

Zeitschrift für Ambulante Neurochirurgie

ISSN 1139-7021 01/2009



BDNC

Berufsverband
Deutscher Neurochirurgen e.V.

ANF

Arbeitsgemeinschaft
Neurochirurgischer
Fachpraxen

In dieser Ausgabe

Jan Eric Döllein

Was derzeit wirklich passiert

Horst Poimann

Die Position der ambulant tätigen
Neurochirurgen in Deutschland

Michael Tröster

Reaktionsmöglichkeiten auf den zunehmenden
Wettbewerb im Gesundheitssektor

Michael A. Conzen

Regelleistungsvolumen 2009, Quo vadis?

Wolfgang Bruns

Regelleistungsvolumen im EBM 2009

Gerd Sandvoß

Formerfordernisse, Risiken und Praxis der
Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

Felix Schumacher, Ilja Leifeld und Jochen Leifeld

Vom rechten Maß und Wohldosierten

For Responsibility reasons

und weitere aktuelle Informationen
aus Berufspolitik, Wissenschaft
und aus den Landesverbänden

**Frühjahr
2009**

Inhalt

editorial	1
beiträge	
Jan Eric Döllein	
Was derzeit wirklich passiert	4
Horst Poimann	
Die Position der ambulant tätigen Neurochirurgen in Deutschland	12
Michael Tröster	
Reaktionsmöglichkeiten auf den zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitssektor	16
Michael A. Conzen	
Regelleistungsvolumen 2009, Quo vadis?	22
Wolfgang Bruns	
Regelleistungsvolumen im EBM 2009	24
Gerd Sandvoß	
Formerfordernisse, Risiken und Praxis der Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ	27
ethica neurochirurgica	
Felix Schumacher, Ilja Leifeld und Jochen Leifeld	
Vom rechten Maß und Wohldosierten, For Responsibility reasons	29
aus der wissenschaft	35
aus den landesverbänden	37
berichte und informationen	55
berufspolitische nachlese – glossar zum quartal	70

impressum

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Neurochirurgischer Fachpraxen ANF im BDNC
Verlag: huttenscher verlag 507,
Huttenstraße 10, 97072 Würzburg
Redaktion: J. Leifeld, H. Poimann,
Druck: DocuPoint, Magdeburg
Titelseite:
Satz und
Herstellung
Anzeigen:

ELSTERSATZ, Wildflecken
Huttenscher Verlag 507
Anzeigen ZfaNch
Huttenstraße 10, 97072 Würzburg

adresse der redaktion

Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie
Redaktion
Dr. J. Leifeld / S. Hergenröder
Sonnenstraße 39, 97772 Wildflecken

Persönliche Meinungen der Autoren
sind individuell und geben deshalb
grundsätzlich nicht die Meinung
der Redaktion wieder.

Editorial

*Liebe Kollegin, lieber Kollege,
liebe Freunde in der ambulanten Neurochirurgie!*

Wird sie nicht immer ansehnlicher, unsere ZfaNch? Uns Lesern kurzweilig interessante Lektüre resp. auf Neudeutsch Infotainment, Infothek uns als „Unternehmern“ und unserem BDNC gereiche sie zur Ehre, zu mehr Transparenz und alles in allem zur verlässlichen Plattform unserer gemeinsamen Sache!

Und gleich noch ein Selbstlob vorneweg, abermals ein verdientes und zumal in diskreter Diktion, in den Worten von Stefan Hergenröder vom 21.1.2009: „Mit bescheidenem Stolz und großer Freude: Die ZfaNch ist Online! Unter www.huttenscherverlag507.de in der Kategorie Seiten: ZfaNch.“

Dabei steht unsere kleine vertragsneurochirurgische Schar, unsere Gesellschaft ganz allgemein, unsere Zeit in einer wüst aufgeworfenen Landschaft bei Gegenwind und Niederschlag, mit Tiefebenen statt Hochland und erstaunlich genug: trotzdem mit jähnen Abgründen – und wohin die sich wohl öffnen bei Tiefebenen wenn nicht ins Innere? Somit folgt im folgenden einiges an Nabelschau, an Selbstreflexion, finden sich wieder weit mehr sozioökonomische als neuroanatomische oder intraoperative Analysen, wird ein Kompass gesucht, dessen wesentliche Bestandteile laut vorliegender Ausgabe heißen könnten: Anfang vom Ende des Sachleistungsprinzips, Maßhalten gefragt und Differenzieren, vor allem: solidarisch bleiben und an Entschlossenheit nicht nachlassen und redlich kommunizieren!

Vielem von diesem hat sich unsere ZfaNch bekanntlich verschrieben, auch wieder unsere ak-

tuelle Ausgabe und ganz im Sinne einer jüngst veröffentlichten Studie der Uni Lübeck (Heiner Raspe et al., 11/08): „Die Ärztliche Profession: aktuelle Wertorientierungen im Kontext aktueller Herausforderungen“. In diesem Survey wurde u.a. die ärztliche Interessenvertretung abgeklopft: welche Instanzen schätzt die Profession in puncto Stärkung und Weiterentwicklung des Berufsstandes? Und welche nicht? Es kam ein Ranking heraus, bei dem die Kassenärztlichen Vereinigungen ganz zuunterst stehen, davor rangieren in aufsteigender Reihenfolge die Ärztegenossenschaften, dann die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, gefolgt vom NAV-Virchow-Bund, dem Hartmann-Bund und dem Marburger Bund, noch davor rangieren die Ärztekammern. Allem voran aber stehen die Berufsverbände als derzeit höchstgeschätzte ärztliche Interessenvertretung überhaupt.

Jan Eric Döllein, 38jähriger Niedergelassener in Neuötting, stellt als Junger, der sich schon deswegen viel vorgenommen hat, als Noch-Freiberufler all das dar, was uns aus diffusem Raum bedroht in der Verfolgung unserer seit Hippokrates' Zeiten immergleichen redlichen Absichten. Und diese Einschätzung zur Lage ist längst nicht wie hier zufällig geschehen mit CSU-Engagement notwendig verbunden; auch von der FDP und anderen politischen Parteien liegen vernünftige Positions-papiere vor, ich denke etwa an die Rede von Heiner Garg/FDP vor dem Schleswig-Holsteinischen Landtag am 29.1.2009. In diesem Jahr stehen außer Abstürzen und Rettungsschirmen eben auch zahllose Wahlen an, wichtigste darunter, Chancen

Editorial

für Interessenpolitik wiewohl immer eingedenk des großen Ganzen ...

Horst Poimann stellt eine aufschlussreiche Be standsaufnahme zur Position ambulant tätiger Neurochirurgen (derzeit 407) in Deutschland dar – bei knapp 1000 Neurochirurgen im Klinikbereich. Tendenz in der Niederlassung: klar steigend! Dieser Trend wird auch vor dem Hintergrund eines Europavergleiches der neurochirurgischen Facharztdichte diskutiert, den Herr Prof. Reulen auf der 20. Jahrestagung des BDNC 01/09 vortrug. Mit einem kleinen Wörtchen am Ende seines Beitrages hat Horst Poimann Wichtiges vom Selbstverständnis unserer ZfaNch zusammengefasst, wenn er formuliert: die Zeitschrift wird sich so wie hier und jetzt auch zukünftig darum kümmern ... Sich kümmern, nicht unbekümmert mehr sein können ...

Als solches Serviceangebot versteht sich auch der Beitrag von Michael Tröster, der einen nützlichen Überblick über die Möglichkeiten ärztlicher Kooperation gibt. Hier gelten für uns genau die gleichen Vorgaben, denen sich derzeit jeder Unternehmer stellen muß und welche die Wirtschaftswoche in ihrer Ausgabe vom 2.3.2009 unter dem Titel „Angst vorm Endspiel“ mit den Worten skizzierte: „Es wird nicht mehr gehen, dass Hersteller den Druck, den sie vom Markt bekommen, einfach durchreichen. Wir müssen enger zusammenarbeiten und gemeinsame Strategien entwickeln. Erst recht in der Krise.“

Michael Conzen stellt zum allesbestimmenden Jahreshauptthema 2009: dem Regelleistungsvolumen, dem hohen Anspruch der neuen Honorarsystematik die wenigen uns noch verbliebenen systemkonformen rechtlichen Möglichkeiten gegenüber, die uns von der schieren Ohnmacht noch trennen. Ist es auch Wahnsinn, so hat es doch Methode.

Der Medizinrechtler und Fachanwalt Wolfgang Bruns hielt auf Einladung durch den BDNC 01/09 in Hannover einen gerade für die RLV-Geschädigten wichtigen Vortrag aus juristischer Sicht und stellte dem BDNC seine Charts zur Verfügung.

Gerd Sandvoß stellt aus seiner profunde recherchierten Sicht Formerfordernisse, Risiken und Praxis der Honorarvereinbarung mit PKV-Versicherten dar. Bereits hier dreht sich Vieles um die Frage, was ist „angemessen“ in puncto Honierung, was ist überzogen resp. juristisch „wucherisch“? Diese Frage mit allen Implikationen auch für Ideenbildung zu unserem berufsständischen Selbstverständnis wird dann in der Rubrik Ethica neurochirurgica aufgegriffen. Nota bene: mir sekundieren zwei Nichtneurochirurgen, deren einer mein Sohn Ilja ist (wie in der vorigen Ausgabe Sohn Nils mitwirkte): gerade volljährig geworden und schon mit Arbeit an „unseren“ Idealen befasst – wenn das nicht Generationenübergreifendes und „responsibility“ belegt, wie sie im Moment öffentlich obligater Bestandteil sind des Hoheliedes auf die Familienunternehmer im Lande ...

Einen sehr wichtigen Kontrapunkt zu all dem Sozioökonomischen bietet die neu geschaffene Rubrik „aus der Wissenschaft“, in der Martin Engelhart hier „seinen“ Überblick über aktuelle Publikationen gibt. Nicht nur zu dieser Rubrik gilt: Anregungen von Ihnen liebe Leser nicht nur unschädlich, nicht nur hochwillkommen, sondern unerlässlich! – um der Nachhaltigkeit unseres Projektes ZfaNch willen; nur mit uns wenigen people dürfte sich sonst bald horror vacui einstellen oder die große Langeweile oder die allmähliche Selbstverbrennung der Protagonisten. Immerhin gehen für den Unterzeichneten für jede Ausgabe (und das heißt: viermal jährlich) jeweils (!) drei Wochenenden drauf für Redaktionsarbeit!

Editorial

Auch das Ehrenamt, des Ausgleichs noch harrend, lebt schließlich nicht von Luft allein, aber die Karawane zieht schon mal weiter und gute Leistung hat und behält ihren Preis und den zu fordern hat mit Scham nichts zu tun. Nur eben, daß das Maß stimmen und vom gemeinschaftlichen-gesamtgesellschaftlichen Konsens getragen sein muß

Folgen noch drei Rubriken, die den Infothek- und Service-Charakter der ZfaNch vor allem anderen ausmachen: der diesmal sehr umfangreich geratene Leifeld-Beitrag „aus den Landesverbänden“ ist ein solcher – auch hier ist der Plural als Plural gemeint! Nicht alleine in SH wird versucht, am einen oder anderen Rädchen aus guten Gründen mitzudrehen; Mitautoren sind herzlich aufgefordert! Mit der Landesverbandsplattform bietet die ZfaNch eine Art Logbuch, uns zur Orientierung im Gestüpp des Hic et nunc als scharfe Klinge, Späteren zur Erinnerung daran, wie alles so kam wie es kommen musste und wo evtl. wir freiberuflichen Neurochirurgen in unserer Bedrohtheit denn versuchten, unsere Schnitte anzusetzen ...

„Berichte und Informationen“ ist eine weitere solche Rubrik: es lohnt sich also, die ZfaNch entweder zuhause aufzubewahren oder aber die Internetadresse zu notieren: des Nachschlagens wegen, wenn gegebene Anlässe kommen...

Folgt noch last but not least die berufspolitische Nachlese, das Glossar zum Quartal mit Kurzdarstellung wichtiger Sujets und Angabe von Quellenachweisen zu vertiefender Beschäftigung to whom it may concern ...

Wo derart viel Primär- und Sekundärquellen in unsere periodisch erscheinenden Seekarten namens ZfaNch eingetragen sind, uns Navigation ein wenig zu erleichtern: war Auseinandersetzung mit korrektem Zitieren auch aus urheber-

rechtlicher Sicht dringlich klärungsbedürftig. Die Reaktion der ZfaNch hat also bei der Kanzlei Jun angefragt und durch Frau Brandt juristischen Rat erhalten. Zunächst wird die Schutzfähigkeit von Zeitschriftenartikeln klargestellt: es besteht Urheberrechtsschutz, wenn die Darstellungen durch individuelle Gedankenformung und -führung des Verfassers geprägt sind bzw. deren individuelle Prägung sich aus der Form der Sammlung, Einteilung und Anordnung des dargebotenen Stoffes ergibt. Mitteilung bzw. Beschreibung des Inhalts eines bereits veröffentlichten Werkes eines Anderen darf gemäß §24 Abs. 1 UrhG ohne Zustimmung des Urhebers des benutzten Werkes frei benutzt werden. Die ZfaNch täte also gut daran, die Artikel möglichst selbstständig zu gestalten und ggf. nur Sinngehalte zu übernehmen. Schließlich verlangt das Urheberrechtsgesetz, § 63 deutliche Quellenangaben. Diese zu bieten, ist schon wegen der infothekarischen Zwecksetzung der ZfaNch Ehrensache. Was Zitatübernahme nur dem Sinngehalt nach anbetrifft: kollidiert allzu großes Absehen vom wörtlichen Zitieren mit dem Anspruch, so präzise wie möglich Fakten i.e. Diktio nen zu transportieren ... Wobei wir wieder im Kompromisslichen wären und beim nimis nisi, dem abgewogenen Vorgehen ...

Bleibt noch Ihnen wie stets bemüht: angenehme Lektüre zu wünschen, möge sie nützen, gefallen und stimulieren. Mit herzlichem Gruß aus Rendsburg

Ihr Jochen Leifeld
(für die Redaktion Ihrer ZfaNch)

Was derzeit wirklich passiert

Ich bin 38 Jahre alt und Allgemeinarzt mit einer gut gehenden Hausarztpraxis in Neuötting, Oberbayern, geistig gesund und ein völlig normaler Bürger mit einer Lebensgefährtin und einem 15 Monate alten Sohn, bin seit 12 Jahren Gemeinderat und seit sechs Jahren Kreisrat der CSU, einer Partei, die sicherlich weit entfernt ist vom Ruf, linkspolitische und revolutionäre Gedanken zu pflegen.

Es ist nicht meine Aufgabe, solche Texte zu schreiben und es gibt in Deutschland Tausende, die dies besser, packender und erheblich vollständiger schaffen und wenigstens einer von denen sollte das auch tun.

Ich bin von tiefstem Herzen Demokrat und, wie mir in den letzten Tagen bewusst geworden ist, ein hoffnungsloser Idealist. Ich habe nicht mehr gemacht, als mir selbst die Frage zu beantworten, warum wir niedergelassenen Ärzte, Hausärzte und Fachärzte aussterben sollen, obwohl sich an der Charakteristik unseres Berufes und der Faszination für die nachfolgende Generation nichts geändert hat; der Wunsch dazu kam mit Sicherheit nicht aus der Bevölkerung, nicht von unseren Patienten.

Dass wir zu teuer sind, kann man wirklich nicht behaupten und wertlos sind wir erst recht nicht, denn mit jedem Krankenhaustag, den wir durch unsere Arbeit vermeiden können, helfen wir den Krankenkassen sparen.

Am 30. 1. 2008 haben sich 7000 von 8000 Hausärzten zu einer Protestveranstaltung in Nürnberg getroffen und diese war die größte und eindrucksvollste ihrer Art seit Bestehen der GKV. Keine der großen Boulevardzeitungen brachte meines Wissens einen adäquaten Artikel, keiner der privaten und öffentlich-rechtlichen Sender ging tiefer und nachhaltiger auf diese Veranstaltung ein. Die allermeisten Hausärzte eines der reichsten und größten Bundesländer drohen mit Widerstand

und niemanden interessiert es. Nur uns Ärzte, der Rest der Bevölkerung wird außen vor gehalten.

Das machte mich stutzig und ich begann, immer tiefer im Internet nach den Gründen zu suchen, worauf ich stieß, hat meinen Glauben an den Rechtsstaat im Mark erschüttert und erklärt uns allen die Frage, was hier wirklich passiert:

Man muss weiter ausholen, spätestens seit der Seehoferreform 1997 wurde uns ja schon klar gesagt, dass die deutsche Bevölkerung immer mehr überaltert, dass die Gesundheitskosten aus dem Ruder laufen sollen und die Bezahlung immer weniger vom Solidarsystem übernommen werden können. Der Lösungsansatz lag neben den Einsparungen, unter denen sowohl die Krankenhäuser als auch die Niedergelassenen leiden, in der fortschreitenden Privatisierung von Teilen unseres Gesundheitssystems.

Nur allzu gern nahmen viele kommunale Träger die Möglichkeit wahr, ihre defizitären Krankenhäuser an Klinikkonzerne zu verkaufen. Die schlechte Einnahm situation der Häuser war ein Produkt der Reformen. Grundsätzlich ist diese Tendenz in allen Bereichen unserer Gesellschaft zu finden, der Staat zieht sich aus wichtigen staatlichen Aufgaben zurück und verkauft sein Eigentum, mit dem immer auch eine Sicherstellungsaufgabe verbunden ist, an private Hände. Man kennt dies von der Bahn, von der Post, von der Stromversorgung und zahlreichen anderen Bereichen. Auf der Homepage des Bundestages findet man zu dem Schlagwort Privatisierung über 2000 Einträge aus den letzten fünf Jahren. Aktuell diskutiert man gerade die Privatisierung des Gerichtsvollzieherwesens. Schleichend geht damit aber auch ein zunehmender Machtverlust der Regierung einher und der Bürger ist in allen Bereichen häufig der Willkür der Konzerne ausgesetzt. Grundlage dieser Denkrichtung ist der so genannte Neoliberalismus, der eine Entstaat-

Was derzeit wirklich passiert

lichung und eine Übernahme gemeinschaftlicher Felder durch „die Bürger“ propagiert, womit allerdings keine Bürgervereinigungen gemeint sind, sondern nur die großen Konzerne.

Zurück zu unserer Entwicklung im Gesundheitssystem: Es entstanden also vier große Klinikketten, namentlich *Rhönklinken*, *Asklepios*, *Sana* und *Fresenius*, die miteinander im Jahr 2007 sieben Milliarden Gewinn erzielt haben, wohl germeckt, der Klinikmarkt ist noch längst nicht komplett aufgeteilt, sondern befindet sich noch zu großen Teilen in den Händen der Kommunen. Es ist aber zu Zeiten der politisch gewünschten DRG-Abrechnung zu erwarten, dass die stetig größer werdenden Defizite die Landkreise immer mehr zwingen werden, sich von der Schuldenlast zu befreien, ihre Krankenhäuser den interessierten Klinikketten zu verkaufen. Die Gewinnerzielung läuft, auch wenn das stetig verneint wird, über eine Personalkostenreduzierung, indem man aus dem BAT-Tarif ausssteigt und Haustarife anbietet, denen die Mitarbeiter zustimmen müssen.

Zitat aus der Homepage der Rhönkliniken:
„Wir würden den Versuch, uns auf BAT-Niveau binden zu wollen, als Angriff auf die Zukunft unserer Krankenhäuser betrachten.“

Auch die Synergieeffekte wie gemeinsamer Einkauf, Labor etc. der Klinikketten helfen, dass sich vormals rote Zahlen bald in Gewinne verwandeln. Über kurz oder lang werden sich die meisten Krankenhäuser mittelbar oder unmittelbar im Besitz der großen Vier befinden.

Was geschieht nun bis 2020 mit den niedergelassenen Ärzten in Deutschland? Die werden einfach aussterben. Die Ursache ist ja leicht erklärt, auch im ambulanten Sektor ist die Honorierung so schlecht geworden, dass sich für einen jungen Arzt das Risiko in die Selbstständigkeit einfach nicht mehr lohnt. Alle Gesundheitsreformen

der letzten Jahre hatten nur ein Ziel, nämlich die gesamten Leistungserbringer derart in finanzielle Missslage zu bringen, dass man sich förmlich nach einem Heilsbringer in Form eines professionellen Großbetriebes sehnt, der einem die Last der stetigen Existenzbedrohung von den Schultern nimmt. Durch die Reformen wurde sicherlich auch Geld für die Krankenkassen gespart, aber das war nur der nachrangige Sinn, in Wahrheit wurde hier die komplette Privatisierung der gesamten Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung vorbereitet.

Man gründet heute MVZ, weil argumentiert wird, dass der Zusammenschluss die Kosten senkt und die Patienten kürzere Wege haben. Dem kann man nicht widersprechen, aber in Wirklichkeit liefern die, derzeit häufig noch in den Händen von einzelnen Ärztegenossenschaften liegenden, Einrichtungen die ideale Basis für eine Übernahme durch die großen Konzerne. Ab einer entsprechenden Summe wird sicher jeder schwach. Es wird dann fortwährend angestrebt, die, in der Region übrigen Arztsitze allmählich billig aufzukaufen, denn andere Interessenten gibt es kaum. Sollte dann der gleiche Konzern auch noch das entsprechende Krankenhaus besitzen, liegt das Monopol der Gesundheitsversorgung einer ganzen Region in den Händen eines einzelnen Privatunternehmens.

Ab dann würden nicht mehr die Krankenkassen den Preis diktieren, sondern der Monopolist, denn niemand anderes kann die Sicherstellung der medizinischen Versorgung garantieren. Die Gelder der Beitragss Zahler werden reichlich in die Taschen der Besitzer fließen und der mündige Bürger wird in seiner Versorgung komplett auf die Bestimmungen des jeweiligen Konzerns angewiesen sein.

Gerade Rechte wie die freie Arztwahl will ich hier gar nicht erwähnen, man wird froh sein, dass sich überhaupt noch jemand der Bürger an-

nimmt. Unsere breit gefächerte Arztlandschaft soll also ganz bewusst umgebaut werden zu einer reinen Monokultur, die nur der Gewinnerzielung dient und den einzelnen Patienten als Wertschöpfungsfaktor und nicht als Mensch behandelt.

Mit Sicherheit entstehende Mehrkosten für den Versicherten müssen die Patienten aus der eigenen Tasche bezahlen. Man bezahlt auch, denn man hat ja keine Behandlungsalternative. Ab diesem Zeitpunkt sind übrigens auch Strukturen wie KVen, Krankenkassen oder Ärztekammern völlig unsinnig geworden, denn einem Alleinanbieter redet niemand mehr drein. Berufständische Gebote wie Schweigepflicht, Ehrenkodex, Werbungsverbot werden ebenfalls keine Geltung mehr haben, der Arzt ist ein reiner angestellter Dienstleister für den Profitkonzern. Bis 2020 ist alles abgeschlossen.

Diese ganze Entwicklung ist verursacht allein durch die von unserem Staat veranlassten Gesundheitsreformen und man muss sich natürlich fragen, wie können unsere gewählten Volksvertreter diesen Ausverkauf der Persönlichkeit und der Intimität seiner Bürger nicht nur zulassen, sondern sogar auslösen wollen? Wie kann ein Staat bewusst seine Mitglieder zu gläsernen Wirtschaftsgütern machen? Bewusstes Handeln möchte ich den meisten gar nicht unterstellen, denn durch die Nomenklaturen, Umfragen, scheinbaren Kompliziertheiten und angeblichen Komplexitäten wissen die allermeisten unserer Bundestagsabgeordneten überhaupt nicht mehr Bescheid, welche Konsequenzen die Reformen langfristig auslösen werden. Auch die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sieht in den MVZ offenbar immer noch eine großartige Wiedererweckung der alten Polikliniken aus Ostdeutschland, wobei sie einen entscheidenden Unterschied vergisst, in der DDR bestand natürlich eine Kostenstabilität durch den Staatsbesitz, während MVZ in den Händen monopolistischer Konzerne die

Gesundheitsausgaben sicher ans Limit treiben werden und auch mit den Patientendaten noch Geschäfte gemacht werden.

Die ganzen Ziele dieser entsolidarisierten Übernahme der Bevölkerung werden den Politikern von den Initiatoren angepriesen mit den Begriffen Vernetzung, Qualitätssteigerung, Kommunikationssteigerung und so weiter. Ich glaube fest daran, dass viele unserer Politiker insgesamt davon überzeugt sind, es richtig zu machen, denn die Daten, die sie erhalten, bestärken sie.

Die Initiatoren, die still und heimlich unsere Politiker derart stark beeinflusst haben, dass sie zufrieden und mit reinem Gewissen die Grundfesten unseres Staates auf den Markt werfen, sind klar zu nennen: es handelt sich um Liz und Reinhard Mohn, unterstützt von ihrer Freundin Frieda Springer.

Sie haben diese Namen fast noch nie gelesen, sie halten sich weitestgehend aus den Medien heraus und doch werde ich Ihnen erklären, dass es nahezu niemand anderes ist, der das deutsche Gesundheitssystem zur Ernte für Investoren vorbereitet hat. Das Ehepaar Mohn besitzt, als reiner Familienbetrieb, sowohl die Bertelsmann AG, als auch die Bertelsmann Stiftung, ein geniales Steuersparmodell, denn die Stiftung ist derzeit immer noch als gemeinnützig anerkannt, obwohl sie zu 75% Besitzer der Aktien der AG ist, 25% der Aktien befinden sich in direktem Familienbesitz. Durch die Gemeinnützigkeit muss die Stiftung die Dividendenausschüttung erheblich begünstigter versteuern, als es die Familie Mohn müsste, wenn sie als privater Eigner Steuern zahlen würde. Die Einsparungen liegen in Milliardenhöhe, denn beispielsweise im Jahr 2006 kursiert ein Gewinn der Bertelsmann AG von 1,7 Mrd. Euro und der Umsatz des Konzerns war 2005 mit 16,8 Milliarden Euro so hoch wie der der nächsten zehn Medienkonzerne zusammen. Ein „global player“, der insge-

samt in über 60 Ländern vertreten ist und sich vor allem über die Vermarktung von Kommunikation im weitesten Sinne finanziert. Unter anderem gehört der Bertelsmann AG sowohl die RTL Group, als auch der Gruner + Jahr Verlag, aber auch die, auf breiter internationaler Ebene agierende Arvato, die sich auf alle Kommunikationsplattformen zwischen Bürger und Staat spezialisiert hat. Insgesamt gehört dieser unglaublich mächtige Konzern einer einzigen Familie, der Familie Mohn. Frieda Springer, die Witwe von Axel Springer besitzt die Hauptanteile des Springerkonzerns.

Die beiden Damen sitzen häufig bei einem Plausch bei ihrer Freundin Angela Merkel. Ob sich unsere Kanzlerin diese Freundschaft allerdings frei wählen konnte, ist angesichts der Medienallmacht von Liz Mohn und Frieda Springer, die übrigens einen ausgesprochen sympathischen Eindruck machen, mehr als fraglich. Ein Kaffeekränzchen also regiert unser Land.

Die politische Einflussnahme erfolgt über die Bertelsmann Stiftung, eine Institution, die sich vom Steuersparmodell schnell zum größten und durch den Medienhintergrund mächtigsten Think Tank der Republik gewandelt hat. Obwohl man in den Medien kaum den Namen Bertelsmann hört, ist es doch erklärte Politik, die Gesellschaft zu verbessern, zu reformieren und zu perfektionieren, vorwiegend in den Hinterzimmern der Macht. Übrigens relativ klar formuliert von Reinhard Mohn selbst, der wohl auch aufgrund seines Alters mittlerweile die personelle Führung in die Hände seiner Ehefrau gelegt hat.

Ich muss gestehen, dass mich der extrem apodiktische Anspruch und die verlockenden Heilsbotschaften leider an die Ideen von Scientology erinnert haben, jedoch habe ich bei allen Recherchen keine Verbindung entdecken können und behaupte dies auch nicht. Letztendlich ist dies aber

wohl auch der Grund, warum auf zahlreichen Internetseiten von der „Mohn-Sekte“ gesprochen wird und gerade wir Deutschen müssen immer hellhörig werden, wenn jemand für sich allein den Anspruch proklamiert, zu wissen, was eine bessere Welt ist.

Eine weitere Frage, die sich mir ständig stellt, ist, wie verfassungskonform ein Lobbyismus ist, bei dessen Nichtbeachtung unsere Volksvertreter fürchten müssen, über die Vernichtung in den Medien ihren Job zu verlieren. Wenn ein Beruf, wie der des Politikers so stark von der öffentlichen Meinung abhängt und diese Meinungsbildung in den Händen zweier netter Damen liegt, wie viel ist dann eigentlich unsere Demokratie noch wert?

Nun zurück zum Gesundheitssystem: Die Bertelsmann Stiftung berät, aus natürlich nur idealistischem Grund die gesamte Bundesregierung, aber natürlich auch viele andere Konzerne mit Fakten, Demographie, Benchmarks und Qualitätskriterien. Sie schafft Diskussionsforen und Kongresse, bei denen ausgewählte Referenten Bertelsmann-positionen vertreten und fortwährende, subtile Meinungsbildung aus einem Guss erfolgt. Dabei hat die Stiftung in Deutschland aufgrund ihrer „Uneigennützigkeit“ gerade in Politikerkreisen eine außergewöhnlich große Reputation erlangt. Der Volksvertreter muss, um richtige Entscheidungen treffen zu können, wissen, mit welcher Sachlage er konfrontiert ist, was die Bevölkerung will und welche Risiken bestehen. Diese Daten liefert Bertelsmann, gleich kombiniert mit den entsprechenden Lösungsansätzen. Die Macht der Demographie und Demoskopie ist überragend. Wenn mir jemand sagt, ich solle meine Praxis renovieren, habe ich die Möglichkeit, frei zu entscheiden, wenn mir aber jemand sagt, 87% der Bürger unserer Stadt finden die Einrichtung und die Farbwahl meiner Praxis schrecklich, wie sehr gerate

ich dann bei meiner Entscheidung unter Druck? Deshalb kann man den Politikern letztendlich gar keine Vorwürfe machen, denn sie meinen ja, ihre Reformentscheidungen für das Volk zu treffen. Anprangern könnte man höchstens, dass sich viele schon so weit vom Bürger entfernt haben, dass sie ihn nicht mehr selbst befragen können.

Ähnlich verhält es sich auf alle Fälle mit dem Gesundheitssystem. Ständig wird von Bertelsmann kritisiert, die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen den ambulanten und den stationären Ärzten sei schlecht, die Qualitätskriterien würden nicht beachtet, man könne unsere Arbeit nicht messen und statistisch erfassen.

Die Medien aber beschränken sich in der Berichterstattung nur auf Fehler und Versäumnisse unseres Berufsstandes, die tägliche Arbeit um die Gesundheit unserer Bevölkerung findet jedoch keine Erwähnung. So sturmreif geschossen, glauben viele Politiker, an dieser „desolaten“ Situation etwas ändern zu müssen, zumal, ich gestatte mir zu sagen angeblich, das Geld immer weniger wird. Heilsbringer sind hier wieder die privaten Träger, die dem chaotischen System der Einzelpraxen mit einer Fülle an Controlling, Effizienzsteigerung, Qualitätsmanagement, Benchmarking und repräsentativer Außenwirkung entgegentreten. Das ist der Anspruch, der von der gemeinnützigen Stiftung in die Köpfe der Bundespolitiker geimpft wird, das ist alles so schön nachvollziehbar und welcher Politiker möchte nicht im Gesundheitssystem Qualität und messbare Größen?

Doch wird menschliche Nähe und soziale Wärme jemals quantifizierbar sein? Offensichtlich bemerken Viele nicht, auf welche Gefahr wir zusteuern: wenn das System der Einzelpraxen dem Monopolismus einiger weniger Konzerne weicht, wie groß ist dann deren Macht? Was Bertelsmann davon hat, unsere Bürger zu vermarkten?

Nun, Frau Brigitte Mohn sitzt im Aufsichtsrat der Rhön Kliniken AG, dem größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland. Und ich bin überzeugt, dass es noch tausend anderer gewinnversprechender Gründe gibt, mit denen sich die Bertelsmann AG dieses völlig neue, bisher geschützte Wirtschaftsfeld erschließen wird. Sei es durch Schriftmedien, Kommunikationsplattformen Fernsehprogrammen etc. Interessant, fand ich auch die Rolle des Herrn Frank Knieps, der noch 2003 als AOKGeschäftsführer vor einer Privatisierung der Gesundheitswirtschaft warnte, weil diese über kurz oder lang die Kosten in die Höhe schnellen lasse. Mittlerweile steht er auf der Referentenliste jeder Bertelsmannveranstaltung und sitzt im Bundesgesundheitsministerium als Verantwortlicher für die Umsetzung der Reformen.

Ich kann mir ein Zitat aus einem Interview von 1999 mit den „Verbrauchernews“ einfach nicht verkneifen, es ging um die Forderungen der Reformkommission Soziale Marktwirtschaft, gesponsert von der Bertelsmannstiftung: „*Die Kommission ruft zur Abkehr von den tragenden Strukturprinzipien der sozialen Krankenversicherung auf ... Gesundheit soll von den wirtschaftlichen Möglichkeiten des Einzelnen abhängig gemacht werden. ... Die Vorschläge der Kommission enthalten keine neuen und schon gar keine brauchbaren Gedanken zur politischen und finanziellen Stabilisierung der Krankenversicherung. Sie sind Blendwerk, weil sie Gesetze der Marktwirtschaft im Gesundheitswesen einführen wollen, die dort gar nicht gelten können.*“ Bewundernswert, soviel fällt mir dazu ein, wie schnell gut dotierte Referentengehälter die Meinung nahezu um 180° drehen können.

Nett ist auch die Geschichte mit der E-card, die von den Stiftungsgremien immer als Weg aus der Intransparenz und dem angeblichen Mangel an Kommunikation zwischen den medizini-

schen Leistungserbringern hochgehalten wird. Obwohl sich alle Ärzteverbände dagegen aussprechen, weil die E-card eindeutig ein Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht und die Individualität des einzelnen Bürgers ist, betreibt das Bundesgesundheitsministerium weiter deren Einführung. Beauftragt, für ein Volumen von vorrausichtlich 1,9 Mrd. Euro ist der Konzernteil Arvato. Es ist übrigens müßig zu nennen, dass dieses Unternehmen zusammen mit dem Verlag Gruner + Jahr und dem Springer Konzern das modernste Druckzentrum Europas Prinovis hält. Je tiefer man sucht, desto öfter findet man die Verquickung der selbsternannten Eliten, die uns in Wirklichkeit regieren. Ich gebe zu, gar nicht tiefer gestöbert zu haben, denn eigentlich wollte ich ja nur die Frage klären, warum unsere Situation ist, wie sie ist. Ich habe auch bei Frau Springer und ihrem ganzen Konzern keine offizielle Beteiligung an den großen Klinikketten gefunden, deshalb kann ich mir letztendlich nur vorstellen, dass entweder entsprechender Aktienbesitz oder die multiplen Verwebungen mit dem Bertelsmann Konzern der Grund sind, warum sich die Springerpresse so mitschuldig macht an der Vernichtung der ambulanten Patientenversorgung durch niedergelassene Ärzte. Abschließend möchte ich noch einmal kurz zusammenfassen:

1. Krankenhäuser machen politisch gewollte Defizite, werden an Klinikketten verkauft.
2. Niedergelassene Ärzte verdienen politisch gewollt so wenig, dass der Nachwuchs ausbleibt. Sie werden durch MVZ ersetzt, die zu guter Letzt ebenfalls den Klinikketten gehören werden.
3. Die medizinische Versorgung unseres Landes liegt dann nicht mehr in der Verantwortung von Ärzten, sondern von Konzernen.
4. Monopolstrukturen und die Lenkung der Patientenströme garantieren bei einer überalterten

Bevölkerung eine geradezu utopische Ertrags-situation.

5. Ärztliche Standestradiotraditionen werden dem rei- nen Streben nach Ertrag geopfert werden. Die gesundheitspolitische Landschaft wird sich von Grund auf radikal verändern und entsoli-darisieren.
6. Die Ursache liegt nicht in dem Wunsch der Be-völkerung, sondern in der geschickten Manipu-lation der Regierung durch hochpotente Lob-byisten, die die Macht haben, über das Schick-sal der Politiker zu verfügen.

Ich weiß, dass ich Ihnen hier viele Fakten und Da-ten zugemutet habe, aber ich verspreche Ihnen, dass es sich hierbei nur um die absolute Spitze des Eisberges handelt. Ich könnte die Entstehung der Hochschulgebühren oder die Beeinflussung der Schulpolitik nennen, ich könnte die Agenda 2010 der rot-grünen Regierung nennen, die in all ihren Details nahezu komplett aus der Feder der Bertelsmannstiftung stammt. Ich empfehle Ih-nen nur einmal, in Ihre Suchmaschine die zwei Schlagwörter „Bertelsmann“ und „Kritik“ einzu-geben und Sie finden eine derartige Fülle an In-formationen, wie dieser Konzern Deutschland fest im Griff hat und seine Bevölkerung zu Scha-fen degradiert, deren Wolle reichlich Gewinn ab-wirft. Dabei ist es völlig unwichtig, ob man ein Arbeitsschaf, ein Landtagsschaf oder ein Bundes>tagsschaf ist, die gesamte Bevölkerung trägt dazu bei, den Nachschub an Wolle zu liefern. Ich weiß nicht, wie wir alle es verhindern können, dass Ge-sundheit zu einer profitablen Beute für die mächtigen Konzerne werden wird, nur haben wir Ärzte generell eine nicht kontrollierbare Kommunikationsplattform, nämlich unser Wirken vor Ort, bei den Bürgern. Informieren Sie sich erst mal selbst, machen Sie sich ein eigenes Bild, bevor Sie mir alles glauben. Betrachten Sie die Medien einmal unter dem neu gewonnenen Aspekt der Unfrei-

heit und Manipulation. Wenn wir uns der Hintergründe bewusst werden, sieht man auch, wie unwichtig eigentlich die Streitereien der Berufsverbände sind, wie sensationell allerdings der Protest der Hausärzte in Bayern war.

Ich habe noch so viele Fragen, die ich Sie alle bitte zu beantworten, z.B. welche Rolle spielen die Krankenkassen? Ich kann mir nicht vorstellen, dass diese sehenden Augen in eine Zwangssituation laufen wollen, in der sie ausgemolken werden wie nie zuvor. Auch ist es doch höchst fragwürdig, ob man überhaupt dann noch Krankenkassen benötigt: wenn ohnehin die Versorgung monopolistisch in den Händen der großen Konzerne liegt, ist es wohl zu erwarten, dass man seinen Krankenversicherungsbeitrag unmittelbar dorthin überweisen wird. Das ist in letzter Instanz das System des amerikanischen Konzerns Kaiser Permanente, mit dem unsere, hoffentlich getäuschte Gesundheitsministerin durchs Land zieht und das auf allen Internetseiten des Bundesgesundheitsministeriums so überzeugt angepriesen wird.

Wie ist das mit Healthways, sind die so klug, dass sie die Vermarktung unserer Republik bereits erkennen und ähnlich einem Bohrteam die besten Pfründe sichern wollen? Oder besteht hier eine Übereinkunft mit der Bertelsmann AG, für die es ein leichtes wäre, die Bevölkerung gegen diesen potentiellen Gegner aufzubringen? Geben Sie mal „Atlantikbrücke“ in ihre Suchmaschine ein, erweitert den Horizont erheblich.

Ich habe Angst vor dieser ganzen Verstrickung und erst recht vor dem Gedanken, in einem Land zu leben, das längst in den Händen von Konzernen ist. Ich kann nur diese Ergebnisse meiner Recherche darstellen und allen verantwortungsvollen Bürgern erklären, in der Hoffnung, dass dadurch eine Diskussion angeregt wird, in allen Bereichen des täglichen Lebens.

Ich kann als Arzt Menschen nicht verändern, ich kann als Arzt aber die Menschen informieren über Gefahren, die in ihrem Verhalten gründen, kann sie warnen und versuchen, über die Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären. Das Internet scheint mittlerweile der einzige Weg, Informationen noch ungefiltert austauschen zu können.

Ich lade Sie alle ein, mitzusuchen, mitzustöbern, die Geschichte publik zu machen. Zeigen Sie diese Zusammenfassung gerne allen interessierten Menschen, Journalisten und Entscheidungsträgern, die sich längst fragen, woher das Gefühl kommt, in diesem Staat nur noch ein Wirtschaftsgut zu sein, die sich täglich die Frage stellen, warum das Leben hier immer weniger schön ist. Zeigen Sie diese und Ihre eigenen Erkenntnisse den Menschen, die Macht und Einfluss haben, diskutieren Sie, ob diese Allmacht gewollt ist, oder so schleichend entstanden ist, dass sie einfach übersehen wurde. Vertreten Sie ein Menschenbild, das mehr ist, als die RTLVision von Superreichen und armen Bürgern, die sich bei DSDS für uns zum Idioten machen. Die weitestgehende Anspruchslosigkeit unseres Medienangebots zeugt meiner Meinung nach deutlich von dem Respekt, den die Regierenden vor uns haben. Wenn wir nach all den Gesprächen dann gemeinsam erkennen sollten, dass diese Entwicklung unveränderbar ist und in Zukunft der Weg unserer Gesellschaft in diese Richtung führen soll, muss jeder selbst wissen, ob er dort leben will oder nicht. Nur wissen sollte jeder, warum alles so abläuft. Hinterfragen Sie, warum ein Mann wie Horst Seehofer, obwohl er die Türen geöffnet hat für diese Politik, heute in der Passauer Neuen Presse als scharfer Kritiker des Neoliberalismus zitiert wird und erinnern Sie sich, bei aller Fragwürdigkeit, warum er gerade vor der Bewerbung zum CSU-Vorsitz durch die Medien geprügelt worden ist. Dieses Schicksal droht allen Ab-

Was derzeit wirklich passiert

trünnigen und natürlich habe auch ich persönlich echte existentielle Angst vor den Auswirkungen dieses Dossiers.

Die Lösung des Problems der Rettung unseres Gesundheitssystems wäre einfach: würde man den Beruf des selbstständigen Arztes wirklich wieder attraktiver machen, würde diese Berufsgruppe immer ein mächtiges Kontrollorgan und einen Gegenpol zu der Konzernpolitik darstellen, zumindest solange, bis man uns auch korrumpiert hat.

Die grundsätzliche Beurteilung der derzeitigen Lage unserer Nation überlasse ich sehr gerne anderen, denn die werden dafür bezahlt. Es ist wichtig, dass der Staat sich wieder seiner Verantwortung für den einzelnen Bürger bewusst wird und nicht für den Bürger in der Definition des Neoliberalismus. Machen Sie sich Gedanken und, was mich freuen würde, überzeugen Sie mich, dass ich mich irre, dass alles, was ich heute hier verfasst habe nicht wahr ist und das Hirngespinst eines Spinners, Sie könnten mir keine größere Freude machen.

Dr. med. Jan Erik Döllein
Allgemeinarzt, CSU-Kreis- und Gemeinderat Mitglied des Verwaltungsrates der Kreiskliniken Altötting/Burghausen
jandoellein@kabelmail.de

Persönliche Meinungen der Autoren sind individuell und geben deshalb grundsätzlich nicht die Meinung der Redaktion wieder.

Die Position der ambulant tätigen Neurochirurgen in Deutschland

Neurochirurgische Fachpraxen, die an der ambulanten Versorgung der Bevölkerung teilnehmen, gibt es seit Mitte der 80-er Jahre. Die ersten Neurochirurgen, die sich niederließen, fanden sich in Berlin, Hannover, Osnabrück und Saarlouis. Waren Neurochirurgen im Vertragsarztwesen zunächst eine absolute Rarität, so findet man jetzt flächendeckend im ganzen Bundesgebiet Neurochirurgen, die vertragsärztlich tätig sind, die zudem Belegarzttbetten betreiben, konsiliarisch-operativ eingebunden sind oder über IV-Verträge ihre operative Arbeit vergütet bekommen.

Wenn man die Gesamtstruktur der Ärzteschaft im Jahr 2006 zugrunde legt mit insgesamt 407 000 Ärzten, von denen allerdings nur 311 000 berufstätig sind, so verteilt sich diese Zahl auf 136 000 im ambulanten Bereich, 148 000 im stationären Bereich, ca. 10 000 in Behörden und Körperschaften und 16 000 in anderen Bereichen, z.B. Versicherungen, etc.. Im ambulanten Bereich finden sich ca. 7000 Privatärzte sowie 119 000 Vertragsärzte mit ca. jeweils 60 000 Haus- und Fachärzte. Zusätzlich finden sich im ambulanten Bereich 9 000 angestellte Ärzte in Form als Praxisassistenten oder in anderer Anstellungsform. Die 2006 gültigen Zahlen sind auch für das Jahr 2008 nicht wesentlich verändert. So finden wir unter den Vertragsärzten ca. 41 000 Allgemeinärzte, 18 000 Internisten, 9 000 Frauenärzte, jeweils ca. 5 000 Kinderärzte, Neurologen, Orthopäden, HNO-Ärzte und Psychiater und ungefähr jeweils 3 000 Hautärzte, Anästhesisten, Radiologen und Urologen. Die Neurochirurgen bilden in diesem Konzert im Jahr 2007 mit 379 ambulant tätigen Neurochirurgen und ihren 28 angestellten Kollegen, d.h. insgesamt 407 nur einen ganz geringen Bruchteil der vertragsärztlich Tätigen, d.h. insgesamt 4 Promille der vertragsärztlich Tätigen in der ambulanten Versorgung. Kleinere Gruppen im ambulanten Bereich stellen nur die Kinderchirurgen, die

Thoraxchirurgen, Transfusionsmediziner und medizinische Mikrobiologen und Infektionsepidemiologen dar.

Wenngleich die ambulante Versorgung im Gesamtbereich der ärztlichen Versorgung nur wenige Promille ausmacht und in Vertragsverhandlungen natürlich keine echte Verhandlungsmacht darstellen, stellen die neurochirurgischen Fachpraxen mit über 400 neurochirurgischen Kolleginnen und Kollegen für die neurochirurgische Versorgung der Patienten in der Bundesrepublik jedoch eine andere Position dar. Wenn man von den in den Jahren 2004 und 2008 erhobenen Daten solide Hochrechnungen durchführt, werden gegenwärtig ca. 1 Mio. Patienten ambulant in den Praxen gesehen, diagnostiziert, beraten und ggf. auch ambulant weiterbetreut und etwas mehr als 100 000 operative Eingriffe durch Neurochirurgen pro Jahr durchgeführt. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Wirbelsäuleneingriffe, ca. 5000 Versorgungen von peripheren Nerven und ca. 1 000 intracraniale Eingriffe, d.h. ein Neurochirurg sieht durchschnittlich im Jahr in seinem Sprechzimmer ca. 2500 Patienten und führt daneben ca. 250 operative Eingriffe durch. (Tabelle 1)

Diese Leistung wird mit durchschnittlich 3 Mitarbeitern pro Neurochirurg erreicht, d.h. in den neurochirurgischen Fachpraxen sind ca. 1.200 Angestellte vertreten. Zusammen sind etwas mehr als 1.600 Menschen in neurochirurgischen Fachpraxen für eine Wertschöpfung in der Gesundheitsbranche für 80 Mio. verantwortlich. Sieht man das im Vergleich zu den 214 Mrd. Euro, die die 4,2 Mio. Beschäftigten im Gesundheitswesen gegenüberstehen, ist der Anteil der neurochirurgischen Fachpraxen gering. Wie sehen die Zahlen nun genauer aus? Wie man in Tabelle 1 sehen kann, wurden im Jahr 2004 in einer Stichprobe 24 Praxen befragt mit 48 Neurochirurgen im

Die Position der ambulant tätigen Neurochirurgen in Deutschland

	1 Befragung 2004			2 Befragung 2008		
	24 Praxen = 48 Ärzte			48 Praxen = 83 Ärzte		
	2001	2002	2003	2005	2006	2007
Patienten	1.842	1.945	2.062	2.216	2.220	2.224
Schmerz	22 %	23 %	22 %	43 %	44 %	40 %
Privat				10 %	12 %	11 %

Tabelle 1:
Patientenanzahl pro Jahr
und neurochirurgischer Facharzt

Tabelle 2:
Patientenanzahl pro Jahr
und neurochirurgischer Facharzt

	2001	2002	2003	2005	2006	2007
Ops/LWS	99	103	119	119	110	142
Ops/HWS	23	24	28	41	22	31
Proth./HWS	–	–	–	4	7	8
Proth./LWS	–	–	–	5	9	6
Cages	20	19	22	18	19	23
Endosk.	8	8	6	–	–	–
dors. Instr.	2	3	4	10	13	18
Periph. Nerv.	10	10	11	–	–	–
SHT/HWS	2	2	2	–	–	–

Jahr 2004, die sich in den 24 Praxen bis zum Jahr 2003 um 7 gesteigert hatten, nämlich auf 55 Neurochirurgen. Die zweite Befragung im Jahr 2008 umfasste die Jahre 2005 bis 2007 und hatte in der Stichprobe 48 Praxen mit insgesamt 83 Ärzten. Die Patienten pro Jahr und Neurochirurg stiegen vom Jahr 2001 von 1.842 auf 2.224 im Jahr 2007 nahezu kontinuierlich an.

Dabei beläuft sich der Privatanteil zwischen 10 % – 12 %. Der Anteil der Schmerzpatienten war in den Jahren 2001 bis 2003 mit ca. 22 % nahezu konstant, in den Jahren 2005 bis 2007 fand sich jedoch ein Schmerzpatientenanteil der ambulanten Patienten zwischen 40 % – 43 %. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es keine genaue Erklärung für diesen deutlichen Sprung in der Versorgung.

Nicht in der Tabelle dargestellt, sind noch die ambulanten Aktivitäten mit 220 mal Röntgendiagnostik, 473 mal Elektrophysiologie, 55 Sonographien und 182 CT im Durchschnitt pro Neuro-

chirurg und Jahr. Ein Patient musste ca. 10 Tage im Durchschnitt auf einen Termin in der Praxis warten, bei OP-Indikation noch einmal 12 Tage bis zur operativen Behandlung. (Tabelle 2)

Lassen wir uns einen Blick auf die operative Tätigkeit der Neurochirurgen im ambulanten Bereich werfen. So steigerten sich die Eingriffe an der LWS bei degenerativen Veränderungen von 99 Eingriffen im Jahr 2001 pro Neurochirurg und Jahr auf 142 Eingriffe im Jahr 2007. Ebenso stieg die Anzahl der HWS-Eingriffe von 23 auf 31 Fälle im Durchschnitt. Der Anteil an HWS-Prothesen und LWS-Prothesen war in den Jahren 2005 bis 2007 unter 10 % der WS-Eingriffe. HWS-Prothesen wurden in einem deutlich höherem Prozentsatz implantiert. Cages wurden während der Jahre 2001 bis 2007 nahezu kontinuierlich um die 20 pro Neurochirurg und Jahr implantiert, wobei dorsale Instrumentierungen von 2 im Jahr 2001 auf 18 im Jahr 2007 anstiegen. Endoskopische Eingriffe an der LWS waren deutlich weit unter

10% vertreten, ebenso Eingriffe an peripheren Nerven und intracraniale Eingriffe.

Qualitätsmanagement hatten weit über die Hälfte der Praxen eingeführt, ein großer Anteil bereits mit ISO- oder QEP-Zertifizierungen. Dies entspricht auch den offiziellen Erhebungen der KV, die bundesweit zu einer Stichprobe von 2,5 % der Praxen im ambulanten Bereich aufrief, um eine Erhebung durchzuführen, in wie weit QM eingeführt ist.

Die Angaben, in welchem Rahmen die operativen Tätigkeiten stattfinden, schwanken für im ambulante Operationen zwischen 23 % und 30 %, belegärztlich zwischen 38 % und 50 %, konsiliarisch zwischen 54 % und 38 %, IV-Verträge ca. 5 % und Praxisklinik zwischen 2 % und 19 %, d.h. die neurochirurgischen Fachpraxen zeigen sich sehr aktiv in der Nutzung der vorhandenen Ressourcen, um Patienten zeit- und heimatnah gut versorgen zu können. Dazu tragen sicher auch die medizinischen Versorgungszentren bei, die seit Juni 2005 von knapp über 100 auf mittlerweile fast 1000 im Bundesgebiet angewachsen sind. Eine Erfassung der MVZ, in denen Neurochirurgen beteiligt sind, hat noch nicht stattgefunden und so lassen sich Zahlen nur vermuten.

Sicher ist jedoch, dass neben den 407 im ambulanten Bereich tätigen Neurochirurgen, knapp über 1000 Neurochirurgen in Kliniken aktiv sind. Wenn man sich die Daten der Deutschen Krankenhausgesellschaft betrachtet und dort sehen kann, dass die Fallzahl von mehr als 96 bis 2006 sich nicht wesentlich änderten, die Belegungstage von 175 Mio. auf 142 Mio. rückläufig sind und auch die Verweildauer entsprechend von 10,8 Tagen auf 8,5 Tage gesunken ist, auf der anderen Seite der prozentuale Anteil der privaten Kostenträgerschaft für Krankenhäuser steigt, während der

der öffentlichen Häuser abnimmt und der ärztliche Dienst in privaten Krankenanstalten durchschnittlich 30 % mehr Patienten versorgen muss, als in öffentlichen Häusern, wird allein aufgrund dieser Dynamik ein weiterer Shift in der Neurochirurgie von der Tätigkeit im Krankenhaus zur ambulanten Tätigkeit eintreten. Dazu kommen die jährlich neu geprüften neurochirurgischen Fachärzte, für die im Kreis der Neurochirurgen niemand für entsprechende Stellen in Kliniken gesorgt hat. So werden in den nächsten 10 Jahren weitere 500 Neurochirurgen im ambulanten Bereich tätig werden.

Herr Prof. Reulen sprach auf der 20. Jahrestagung des BDNC von einer hohen Facharztdichte an Neurochirurgen, bei der sich die deutschen Neurochirurgen gegenwärtig gleichwohl in einer günstigen Situation befinden, in der, bezogen auf die Anzahl der Neurochirurgen pro Bevölkerung, die neurochirurgischen Operationen im Land und die mittlere Arbeitsbelastung eines Neurochirurgen eigentlich kein Grund für Klagen bestünde, wenn man international vergleicht. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern verfügt Deutschlang mit 1 zu 64 000 pro Bevölkerung eine relativ hohe Dichte an Neurochirurgen. Zusammenfassend benennt er den Nettozuwachs an berufstätigen Neurochirurgen im Durchschnitt von ca. 60 Kollegen, die bei weiter unveränderten Maßnahmen im Jahr 2000 ca. 2000 tätige Neurochirurgen erwarten lässt. Die überwiegende Anzahl dieser Neurochirurgen wird im ambulanten Bereich tätig sein. Nach seiner Einschätzung ist im Augenblick zum Status quo gesehen objektiv kein erhöhter Bedarf zu erkennen. Eine jährliche Zunahme von 3 %-4 % an Neurochirurgen hingegen würde sich weiter an europäische Werte annähren und würde Möglichkeiten für die zukünftige Entwicklung des neurochirurgischen Fachgebietes weiter offen halten.

Quellen:

Krankenhausstatistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahr 2007,
Zeitschrift Fachärztliche Versorgung in Bayern der KVB vom Jahr 2008, Statistisches
Bundesamt, Arztnahlen der Bundesärztekammer von 2007

Wie die Zahlen vom Jahr 2001 bis zum Jahr 2007 zeigen, bedeutet eine zunehmende Anzahl niedergelassener Neurochirurgen nicht zwangsläufig weniger Arbeit für den Einzelnen, sondern im Gegenteil: die zunehmende Zahl ambulanter Fachpraxen sorgt dafür, dass eine gute Versorgung zeit- und heimatnah stattfinden kann und dieses Angebot wird sowohl von den Zuweisern, als auch von den Patienten direkt gesucht und genutzt. Von daher muss davon ausgegangen werden, dass bis zum Jahr 2020 die Routineversorgung überwiegend durch neurochirurgische Fachpraxen stattfinden wird, während Kliniken, die bis dahin es geschafft haben, sich ein eigenständiges Profil zu erarbeiten, auf speziellen Feldern an der Versorgung teilhaben werden. Die Fachpraxen werden die primäre Anlaufstelle für neurochirurgische Patienten werden und nach entsprechender Diagnostik eine Lotsenfunktion für neurochirurgische Patienten wahrnehmen, um optimale Versorgung für entsprechende Krankheitsbilder zu gewährleisten. Regionale und überregionale Praxisnetze werden für die flächendeckende Versorgung eigenständige Vertragswerke mit Krankenkassen generieren und Krankenhäuser entsprechend mit einbinden. Die Kostenträger werden aufgrund der höheren Effizienz der ambulanten Strukturen Wert darauf legen, dass ihre Patienten dann entsprechend kostengünstig und mit hoher Qualität versorgt werden.

Damit diese vorstehenden Aufgaben auch gelöst werden können, ist eine adäquate Versorgungsforschung im neurochirurgischen Bereich dringlich notwendig. Der Arbeitskreis „Versorgungsforschung“ beim wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (09/2004) hat dabei die Versorgungsforschung folgendermaßen definiert: „Die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen

unter Alltagsbedingungen.“ Zu diesem Zweck studiert die Versorgungsforschung Themenbereiche wie z.B. Finanzierungssysteme, soziale und individuelle Faktoren, Organisationsstrukturen und Organisationsprozesse und Gesundheitstechnologien, den Zugang zur Kranken- und Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Kosten, die letztendlich unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden beeinflussen. In diesem Zusammenhang benötigen wir Neurochirurgen dringlich Zahlen, welcher objektiver und subjektiver Versorgungsbedarf besteht und wie dieser Zustand kommt. Es muss geklärt werden, in wie weit tatsächlich neurochirurgische Leistungen in Anspruch genommen werden und welche Organisationen zur Verfügung stehen. Dazu werden systematische Übersichten zum Stand der notwendigen Gesundheitstechnologien gefordert (health technology assessment – HTA) sowie die Ermittlung von Kosten und Nutzen der Versorgungsstrukturen, Prozesse und Technologien. Eine Rolle spielt dabei die Qualitätsforschung und letztlich die Analyse der Einflüsse von Versorgungsstrukturen, Prozessen und Technologien auf Lebenserwartung, Wohlbefinden und Lebensqualität der Versorgten. Die Erfassung der neurochirurgischen Strukturen durch das Referat 1 der Akademie für neurochirurgische Fort- und Weiterbildung stellt einen ersten zaghaften Versuch dar, die neurochirurgische Versorgung tatsächlich, zumindest in ihren Strukturen darzustellen.

Auch dieser Beitrag mag dazu ein klein wenig Zusatzinformation liefern. Die Zeitschrift für ambulante Neurochirurgie wird in ihren weiteren Ausgaben sich darum kümmern, dass das Thema Versorgungsforschung in der Neurochirurgie in all ihren Aspekten aktiv thematisiert wird.

Reaktionsmöglichkeiten auf den zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitssektor

Der Gesundheitssektor in Deutschland befindet sich in einem dramatischen Wandel. Infolge des demographischen Wandels mit einer immer stärker alternden Gesellschaft, einem jahrelangen Rückgang der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, der Haupteinnahmequelle der gesetzlichen Krankenversicherungen, denen rund 90% der Gesamtbevölkerung angehören, sah sich der Gesetzgeber zu einschneidenden gesetzlichen Korrekturen im Krankenversicherungsrecht in immer kürzeren Abständen gezwungen. Ein besonderes Anliegen des Gesetzgebers ist es hierbei, den Wettbewerb im Gesundheitswesen einzuführen (zu stärken). Hierfür werden einschneidende Liberalisierungen im Vertragsarztrecht vorangetrieben, mit dem Ergebnis einer zunehmenden Aufweichung der sektoralen Trennung von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz zum 10. 10. 2004 wurde für Krankenhäuser die Möglichkeit geschaffen, durch die Einführung medizinische Versorgungszentren auf dem ambulanten Sektor Fuß zu fassen. Dies war bislang nur durch eine besondere Ermächtigung zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung, durch Belegärzte oder bestimmte spezialisierte Leistungen möglich.

Als Reaktion auf diese Entwicklungen wurde auf dem 107. Deutschen Ärztetag in Bremen im Jahre 2004 eine Änderung der Musterberufsordnung vorgenommen. Den ambulant tätigen Ärzten wurden Kooperationsformen und die Anstellung von Ärzten ermöglicht. Da die Musterberufsordnung jedoch durch die Satzungsgeber der einzelnen Bundesländer, insbesondere die Landesärztekammern, in Landesrecht umgesetzt werden muss, ist die genaue Ausgestaltung der Liberalisierung in den einzelnen Landesberufsordnungen unterschiedlich ausgefallen. So sind etwa in Sachsen und Bayern Ärzte-GmbH's weiterhin unzulässig.

Mit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1.1.2007 hat der Sozialgesetzgeber nicht nur die seitens der Ärzteschaft beschlossenen Änderungen der Musterberufsordnung in das Vertragsarztrecht übernommen, sondern ging sogar noch darüber hinaus. Neue Versorgungsformen mit einer noch weitergehenden Vermischung der Sektorengrenzen stellen für alle Beteiligten am Gesundheitswesen völlig neue Herausforderungen dar. Gerade für ambulant tätige Ärzte bieten sich hierdurch zahlreiche Chancen. Mit effizienten Managementstrukturen in Arztpraxen können diese aufgrund der Möglichkeit des Abschlusses von Direktverträgen mit Krankenkassen, wodurch die bisher starre Systematik von Kassenärztlicher Vereinigung einerseits und niedergelassenen Ärzten sowie Krankenhäusern andererseits durchbrochen wurde, profitieren.

Aufgrund der dargestellten Entwicklungen sind größere Leistungserbringereinheiten auch im niedergelassenen Bereich bei Vergütungsverhandlungen in einem klaren Wettbewerbsvorteil gegenüber Einzelpraxen. Dies trifft gerade für Ballungsgebiete zu. Eine andere Beurteilung mag für ländliche Regionen und in Ballungsgebieten für besondere Spezialisten mit Alleinstellungsmerkmalen gelten. Dementsprechend gewinnt die Frage möglicher Kooperationsformen für niedergelassene Ärzte eine zunehmende Bedeutung. Der nachfolgende Beitrag soll einen kurzen Überblick über die Möglichkeiten ärztlicher Kooperationen geben. Infolge der Vielzahl an Kooperationsformen wird dieser Artikel in zwei Teilen erscheinen.

I. Berufsausübungsgemeinschaften/Gemeinschaftspraxen

Am verbreitetsten und bekanntesten ist schon die früher praktizierte Möglichkeit eines Zusammenschlusses fachgebietsgleicher Ärzte unter einem

gemeinsamen Dach. Infolge einer Angleichung der Terminologie des SGB V an die Vorgaben des Berufsrechts wurde der vorher verwandte und gebräuchliche Begriff der Gemeinschaftspraxis mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 1.4.2007 ersetzt. Die Zusammenlegung von Praxen diente anfänglich vornehmlich einer Ausnutzung von Synergieeffekten in Form von Kostenreduktionen durch die gemeinsame Nutzung und den effizienten Einsatz von Personal und Sachmitteln, wie dies auch in Ärztehäusern der Fall ist. Diese Form des Zusammenschlusses kann auch zwischen Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und unter Beteiligung von Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (MVZ's) in unterschiedlichen Gestaltungen und Varianten erfolgen. Neben der eher gebräuchlichen Ausgestaltung als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) nach §§ 705 ff. BGB, kommt auch die Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft mit dem Vorzug einer Haftungsreduzierung bei Behandlungsfehlern auf den jeweils tätigen Arzt in Betracht. Der Zusammenschluss von Ärzten ist demnach in der Form einer juristischen Person des Privatrechts zulässig. Vorausgesetzt wird allerdings, dass die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird. Gleichbedeutend damit ist, wenn die Mehrheit der Geschäftsführung in den Händen von ärztlichen Berufsträgern liegt. Gleichermaßen gilt für die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte in einer derartigen Gesellschaft. Dritte dürfen an dem Gewinn der Gesellschaft (auch nicht als stiller Gesellschafter) beteiligt werden.

Sofern der Zusammenschluss an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz erfolgt, spricht man von einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Die örtliche Berufsausübungsgemeinschaft kann gemäß § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV eine Filiiale betreiben oder spezielle Untersuchungs- und

Behandlungsleistungen gemäß Paragraph 24 Abs. 5 Ärzte-ZV in ausgelagerten Praxisräumen erbringen, ohne sich hierdurch in eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zu wandeln.

Ein Zusammenschluss von Ärzten in einer fachgebietsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft unterscheidet sich zwar von der gesellschaftsrechtlichen Gestaltung nicht von einer fachgebietsgleichen Berufsausübungsgemeinschaft. Anderes gilt jedoch für die Abrechnung im Bereich der GKV-Leistungen. Der Gesetzgeber fördert regelmäßig Kooperationseinheiten insbesondere die Berufsausübungsgemeinschaften durch Aufschläge und erhöhte Regelleistungsvolumina, so dass sich aus einem derartigen Zusammenschluss in der Regel eher wirtschaftliche Vorteile ergeben.

1. Überörtliche Praxisausübung

Seit Inkrafttreten des Vertragsarztsrechtsänderungsgesetzes ist es niedergelassenen Ärzten nach entsprechender Genehmigung durch die KV und eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses (worauf bei Vorliegen der nachstehend beschriebenen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht) möglich, neben ihrem Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu werden. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert wird und die Versorgung der Versicherten am Ort des Praxissitzes nicht beeinträchtigt wird. Die Tätigkeit an einem weiteren Ort kann sogar bezirksübergreifend, also auch an einem anderen KV-Bezirk erfolgen. Der Versorgungsauftrag des Vertragsarztes kann unter Beachtung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung sowohl an dem weiteren Ort (§ 24 Abs. 3 S. 6 Ärzte-ZV) als auch am Praxissitz (§ 24 Abs. 3 S. 5 Ärzte-ZV) durch angestellte Ärzte erfüllt werden. Die Zahl der angestellten Ärzte am Praxissitz ist durch Bundesmantelvertragsregelungen auf drei

Vollzeit beziehungsweise sechs halbtags beschäftigte Ärzte beschränkt.

Die Möglichkeit einer überörtlichen Tätigkeit dürfte selbst in zulassungsbeschränkten Gebieten möglich sein, wenn der Vertragsarzt, der an einem weiteren Ort tätigwerden will, Leistungen erbringt, die ein bereits niedergelassener ärztlicher Leistungserbringer nicht anbietet.

2. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Möglich ist auch, dass sich Inhaber unterschiedlicher Praxissitze unter Beibehaltung derselben zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Die Notwendigkeit, für die Corporation einen gemeinsamen Praxis sieht bilden, entfällt. Diese Möglichkeit gilt sowohl innerhalb eines KV Bezirks, als auch KV – bezirksübergreifend. Auch die Bildung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung durch die KV.

II. Medizinische Versorgungszentren

Für Ärzte unterschiedlicher Fach- oder Schwerpunktbezeichnungen besteht neben der Möglichkeit der Gründung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft die Alternative in einem Medizinischen Versorgungszentrum zusammen zu arbeiten. Nach der gesetzlichen Definition in § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind Medizinische Versorgungszentren fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztreister eingetragen sind, als Angestellte oder Fachärzte tätig sind. Medizinische Versorgungszentren können sich dabei aller zulässigen Organisationsformen bedienen.

Im Gegensatz zu den bisherigen Kooperationsformen zeichnen sich Medizinische Versorgungszentren insbesondere durch wesentlich flexib-

ler gestaltete interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten, ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen und auch durch einen größeren gesellschaftsrechtlichen Gestaltungsrahmen aus. Bei der Wahl der Rechtsform sind jedoch wieder landesspezifische Besonderheiten zu beachten.

1. Gründungsvoraussetzungen

Gesellschafter Medizinischer Versorgungszentren können nur die an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter teilnehmenden Leistungserbringer sein. Als Gründer und Betreiber eines Medizinischen Versorgungszentrums kommen daher in Betracht:

- ¬ Vertragsärzte
- ¬ Vertragspsychotherapeuten
- ¬ ermächtigte Krankenhausärzte
- ¬ Krankenhaussträger
- ¬ Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- ¬ Apotheken
- ¬ Vertragszahnärzte

Gründer kann demnach neben einer Einzelperson (z.B. Vertragsarzt) auch eine juristische Person (zugelassenes Krankenhaus in der Rechtsform der GmbH oder AG) oder eine Personengemeinschaft sein. Dem Gründer eines MVZ steht es frei mehrere MVZ zu gründen. Da er hierbei nicht an seinen Leistungsort gebunden ist, können die Gründungen auch bezirksübergreifend erfolgen. In einem MVZ besteht demnach eine strikte Trennung zwischen der Gründungs- und Leistungserbringerebene. Im Unterschied zu den Leistungserbringern müssen die Gründer nicht verschiedenen Fachrichtungen angehören und müssen auch nicht selbst im MVZ tätig sein. So ist es etwa drei Allgemeinmedizinern möglich, Gründer eines MVZ zu sein, in welchem als Leistungserbringer ein Neurologe und ein psychologischer Psychotherapeut tätig sind.

2. Das Merkmal „fachübergreifend“

Um das Merkmal der fachübergreifenden Tätigkeit zu erfüllen, müssen auf der Leistungserbringerebene (im MVZ) mindestens zwei Ärzte verschiedener Fachgebiete tätig sein. Insoweit ist auf die Facharztbezeichnung der beteiligten Ärzte abzustellen. Seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zum 01.01.2007 ist hierfür ausreichend, wenn Ärzte gleicher Fachrichtungen mit unterschiedlichen Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Ärzte/Therapeuten die nach der Bedarfsplanung ausschließlich der „Psychotherapeutischen Arztgruppe“ zugeordnet werden müssen, wie etwa Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, erfüllen nicht das Kriterium „fachübergreifend“.

3. Ärztliche Leitung

Unabhängig davon, von wem ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet wurde, muss dieses unter ärztlicher Leitung stehen. Sämtliche medizinischen Entscheidungsbefugnisse müssen danach uneingeschränkt in der Hand eines oder mehrerer Ärzte verbleiben. Die Sicherstellung und Wahrnehmung der vertragsärztlichen Pflichten muss von der ärztlichen Leitung gewährleistet werden. Bei einer Verletzung vertragsärztlicher Pflichten trägt die ärztliche Leitung somit die Verantwortung.

4. Zulassung

Die Zulassungserteilung zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt für das gesamte Medizinische Versorgungszentrum, nicht für einzelne Ärzte. Im Medizinischen Versorgungszentrum angestellte Ärzte verfügen demnach über keine individuelle Zulassung. Da Medizinische Versorgungszentren

jedoch der Bedarfsplanung unterliegen, bestehen für sie in überversorgten Planungsbereichen die üblichen Zulassungsbeschränkungen. Um zu verhindern, dass Medizinische Versorgungszentren nach ihrer Gründung in die Hände nicht medizinischer Leistungserbringer gelangen, entfällt die Zulassung für das MVZ, wenn beispielsweise der einzige Gründungsarzt stirbt.

III. Anstellung von Ärzten

1. Vorbemerkung

Für Vertragsärzte besteht die Möglichkeit angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung zu beschäftigen. Um sicher zu stellen, dass der Vertragsarzt die Arztpraxis persönlich leitet, können je Vertragsarzt nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder eine entsprechende Anzahl teilzeitbeschäftigte Ärzte angestellt werden. Weiterbildungsassistenten werden dabei nicht angerechnet. Bei teil zugelassenen Vertragsärzten mindert sich die Beschäftigungsmöglichkeit auf einen Vollzeitbeschäftigte oder eine entsprechende Anzahl Teilzeitbeschäftigte. Der Vertragsarzt kann sich zur Erfüllung seiner Versorgungspflicht am Vertragsarztsitz der angestellten Ärzte bedienen. Die ärztlichen Leistungen der Angestellten werden dem Vertragsarzt als persönliche Leistungen zugerechnet, selbst wenn sie in dessen Abwesenheit erbracht werden. Vertragsarztrechtlich gilt dies auch für die Leistungen eines angestellten fachfremden Arztes, selbst wenn diese an anderen Orten und ohne Mitwirkung oder Beaufsichtigung durch den Vertragsarzt erbracht werden. Die Anstellung fachfremder Ärzte kann jedoch zu einer Gewerblichkeit der gesamten anstellenden Praxis führen.

2. Anstellung in gesperrten Planungsbereichen

Sofern für die Arztgruppe des anzustellenden Arztes Zulassungsbeschränkungen angeordnet

sind, ist nur die Anstellung fachidentischer Ärzte möglich. Sofern nicht die Voraussetzungen zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes bestehen, hat sich der anstellende Vertragsarzt zudem zu einer Leistungsbegrenzung zu verpflichten. Danach darf der bisherige Leistungsumfang der Praxis des anstellenden Arztes nach der Anstellung eines weiteren Arztes nicht wesentlich überschritten werden. Bis zur Aufhebung der Zulassungsbeschränkung bleiben die angestellten Ärzte in zulassungsbeschränkten Gebieten daher bedarfsplanungsmäßig unberücksichtigt. Unter den zuvor genannten Bedingungen können auch zugelassene Versorgungszentren in gesperrten Planungsbereichen Ärzte anstellen. Zugelassene Ärzte habe zudem die Möglichkeit sich nach Einbringung ihres Kassenarztsitzes in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ ihre kassenärztrechtliche Tätigkeit zukünftig in einem Anstellungsverhältnis zu erbringen. Auf diese Weise eingekommene Kassenarztsitze können dann nach dem Ausscheiden des bisherigen Sitzinhabers mit einem oder mehreren angestellten Ärzten besetzt werden, ohne dass hierfür eine vorherige Ausschreibung des Sitzes in einem Nachbesetzungsverfahren erforderlich wäre.

3. Anstellung von Ärzten in offenen Planungsbereichen

In offenen Planungsbereichen können neben fachgebietsidentischen auch fachgebietsfremde Ärzte angestellt werden. Insofern besteht kein Unterschied zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren. Angestellte Ärzte werden bei der Ermittlung des Versorgungsgrades entsprechend ihrer Arbeitszeit daher voll berücksichtigt. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt jedoch im Namen des Vertragsarztes/Medizinischen Versorgungszentrums.

Die rasanten Veränderungen im Vertragsarztrecht ermöglichen freiberuflich tätigen Ärzten in unterschiedlichster Weise ihre Tätigkeit auszuüben. Einschränkend wirken hierbei lediglich noch vorhandene Zulassungsbeschränkungen. Diese Einschränkungen entfallen jedoch, wenn bereits zugelassene Vertragsärzte eine Kooperation beabsichtigen. Einer fachgebiets- und ortsübergreifenden ärztlichen Betätigung sind in diesem Falle nahezu keine Grenzen mehr gesetzt. Durch die Möglichkeit der Beschäftigung angestellter Ärzte und einer Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren rein auf der Gründungsebene können Kassenärzte wirtschaftlich alle Chancen nutzen, die sich auf dem Wachstumsmarkt Gesundheit bieten.

FORMAR HWS-Bandscheibenersatz

Form folgt Funktion

- Pyramidale Oberfläche begünstigt primäre Stabilität
- Konvexe Form fördert spontane Stabilisierung
- Innovative Titanpinanordnung verbessert Röntgenkontrolle
- Große zentrale Durchbauungszone erhöht Fusionswahrscheinlichkeit
- Homogene Lastenverteilung minimiert Einbruchrisiko



Regelleistungsvolumen 2009, Quo vadis?

Keine Honorarreform hat im Bereich der kassenärztlichen Versorgung in den letzten 20 Jahren zu solchen Verwerfungen und Unmut geführt wie die jetzt eingeführten Regelleistungsvolumina im EBM 2009.

Zunächst sei der politische Hintergrund des EBM 2009 kurz berichtet:

Der neue EBM 2009 war politisch angekündigt mit dem Ziel, die Abkehr von der Punktwährung in eine Eurowährung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu schaffen. Gleichzeitig war allen Beteiligten klar, dass die Mittel für die ambulante medizinische Versorgung immer begrenzt sein würden und Budgetgrenzen eingezogen werden müssten. Diese Budgetgrenzen wurden nun nicht mehr als Budget, sondern als Regelleistungsvolumen benannt.

Die Einführung des Euro-EBM vollzieht sich auf dem Hintergrund der Einführung des Gesundheitsfonds, sowie der bundesweiten Vereinheitlichung von Regelungen der Honorarverteilung. Die erste Stufe sollte zunächst einen bundeseinheitlichen Punktwert innerhalb der Fachgruppen aufzeigen, in der zweiten Stufe sollten dann auch einheitliche Fallwerte dargestellt werden. Diese politisch gewollte bundeseinheitliche Regelung sollte zusammen mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine neue Umverteilung aller Gelder innerhalb der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum Ziel haben. Dabei war naturgemäß politischer Wille, arme Bundesländer (vorwiegend im Osten der Republik) im Honorar aufzuwerten und die alten Bundesländer im Honorar etwas abzudämpfen. Von der Politik wurde dann vorgegeben, diese Regelleistungsvolumina spätestens zum 30.11.2008 für das 1. Quartal 2009 den Vertragsärzten mitzuteilen.

Gesetzesgrundlage

Die Grundlage des Regelleistungsvolumen im EBM 2009 wurde im § 87 Abs. 1 SGB V festgelegt.

Dabei hat die kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen eine einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen festgelegt. Durch diesen einheitlichen Bewertungsmaßstab waren naturgemäß die Handlungsspielräume der kassenärztlichen Vereinigungen in den verschiedenen Bundesländern in ihrem Handlungsspielraum stark beeinträchtigt.

Das Regelleistungsvolumen wurde wie folgt definiert:

Ein Regelleistungsvolumen ist die von einem Arzt oder einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistung, die mit den, in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preise zu vergüten ist. Abweichend von Abs. 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen übersteigende Menge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Als Ausweg für Spezialpraxen wurde ein Passus in § 87b Abs. 3 SGB 5 eingezogen der lautet, dass Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten für Sicherstellungsaufgaben und zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlust verwendet werden. Diese Gelder sollten demnach für sogenannte Praxisbesonderheiten zur Verfügung stehen.

Da es sich um ein Bundesgesetz handelt, sind rechtliche Lösungen, die individuell angestrebt werden, nur sehr schwer durchsetzbar. Eine Verfassungsbeschwerde gegen das SGB V ist ohne Aussicht auf Erfolg. Ebenso sind Klagen gegen den EBM oder gegen den Honorarverteilungsmaßstab nicht möglich. Auch Sammelklagen oder Klagen des Berufsverbandes der Deutschen Neurochirurgen sind überhaupt nicht zulässig. Der

Gesetzgeber hat zur Ausübung von Befassungsbeschwerden auch vorgegeben, dass zunächst der ordentliche Rechtsweg ausgeschöpft sein muss, dies heißt, explizit, dass zunächst durch alle Instanzen des Sozialgerichtswesens durchgeklagt sein müsste, ein Vorgang, der nicht unter 3 Jahren zu schaffen ist.

Rechtliche Möglichkeiten

Diese düsteren Aussichten des rechtlichen Vorgehens der einzelnen Vertragsärzten lassen im einzelnen nur folgende Möglichkeiten offen:

Jeder niedergelassene Neurochirurg, der sich einer Verschlechterung durch die Einführung des neuen Regelleistungsvolumens ausgesetzt sieht, sollte Widerspruch gegen den RLV-Bescheid einlegen. Bei Ablehnung des Widerspruchs müßte Klage erhoben werden. Dieser Widerspruch ist für jedoch Honorarbescheid, für jedes Quartal ebenfalls durchzuführen.

Leider sind die Rechtsmittel einer Untätigkeitslage gegen die KV oder eine einstweilige Verfügung in diesem Falle nicht gegeben. Ebenfalls, leider ohne Aussicht auf Erfolg ist die Klage nach dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, gemäß Artikel 12 Grundgesetz, Artikel 3 Grundgesetz. Die Zuerkennung höheren Honorars kommt auf Grundlage des Artikels 12 Abs. 1 Grundgesetz dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird. Das Bundessozialgericht hat in seiner Urteilsge-

bung dabei den überragenden Gemeinwohl Be lang, einer Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung im Auge.

Perspektiven

Die berufspolitischen Interventionsmöglichkeiten auf Bundesebene werden im Einklang mit den übrigen Berufsverbänden durch den BDNC wahrgenommen. Alleine die Schiene über die KBV zu einer Verbesserung zu gelangen, erscheinen jedoch eher gering. Wichtig ist, dass bundesweit politischer Druck aufgebaut wird, diese Honorarungerechtigkeiten zu beseitigen. Ob dies zu einer Rücknahme des gesamten Gesetzes führt oder zu einer Novellierung bleibt dahingestellt. Vielleicht ist die Situation der bevorstehenden Wahlen im September 2009 auf Bundesebene ein geeigneter Hebel, hier einen politischen Lösungsansatz zu finden.

Der BDNC rät allen niedergelassenen Neurochirurgischen zunächst vor Ort, d.h. in der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung den Handlungsspielraum auszuschöpfen, den die örtlichen KV noch haben. Hier ist als erstes die sogenannte Praxisbesonderheit anzumerken, wie auch die sogenannten Sicherheitsnetze, die gegen einen überproportionalen Honorarverlust eingezogen wurden. Wie lange diese Sicherheitsnetze noch aufrecht erhalten werden, ist unbekannt. Wahrscheinlich werden sie jedoch bis Ende 2010 noch existieren. Was nach 2010 kommt wird wohl erst nach der nächsten Bundeswahl festgelegt werden.

Regelleistungsvolumen im EBM 2009

1

Regelleistungsvolumen im EBM 2009

2

§ 87 Abs. 1 SGB V

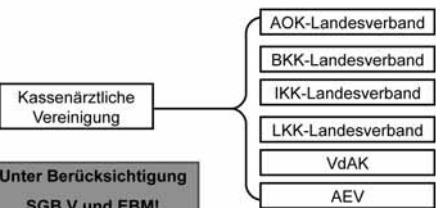
Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse einen **einheitlichen Bewertungsmaßstab** für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen.



Wie wird welche vertragsärztliche Leistung vergütet?

3

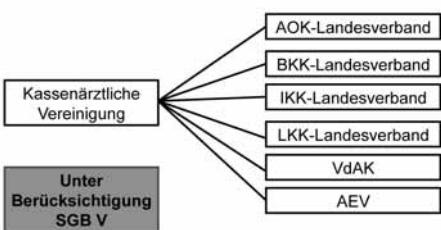
§ 85 Abs. 4 SGB V Honorarverteilungsmaßstab (HVM, HVV)



Wie wird der Honorartopf der KV unter den Vertragsärzten verteilt?

4

§§ 82 Abs. 2, 83 SGB V Gesamtverträge, Gesamtvergütungen



Wieviel ist im Honorartopf der KV?

5

§ 87 b SGB V Vergütung der Ärzte (arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina

(1) Abweichend von § 85 werden die vertragsärztlichen Leistungen ab dem 1. Januar 2009 von der Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage der **regional geltenden Euro-Gebührenordnung** nach § 87 a Abs. 2 vergütet.

(2) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind **arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina** festzulegen.

6

§ 87 Abs. 2 SGB V

Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der **Euro-Gebührenordnung** gemäß § 87 a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist.

Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten;

7

§ 87 b Abs. 3 SGB V

.... Soweit dazu Veranlassung besteht, sind auch Praxisbesonderheiten zu berücksichtigen.

.... Anteile der Vergütungssumme nach Satz 2 Nr. 1 können für die Bildung von Rückstellungen zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben und zum **Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten** verwendet werden.

* Folienvortrag gehalten auf der jüngsten BDNC-Tagung

8

Der Gesetzgeber sieht im SGB V ab dem 01.01.2009 zwingend Regelleistungsvolumen vor!

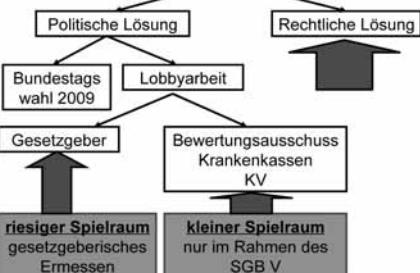
Der Bewertungsausschuss muss im EBM zwingend Regelleistungsvolumen vorsehen!

Die Kassenärztliche Vereinigung muss im HVM zwingend Regelleistungsvolumen vorsehen!

Gehorsam unter den Willen des Gesetzgebers!

9

Was tun?



10

Rechtliche Lösung?

- Verfassungsbeschwerde gegen SGB V?
- Klage gegen EBM?
- Klage gegen HVM?
- Sammelklage?
- Klage des Berufsverbands?

- Verfassungsbeschwerde nur bei Ausschöpfung des ordentlichen Rechtswegs (§ 90 Abs. 2 BVerfGG)
- Normenkontrollklage (gegen EBM oder HVM) existiert im Sozialgerichtsgesetz nicht
- Sammelklage existiert nicht
- Verbandsklage existiert nicht

11

Rechtliche Lösung?

verfahrensrechtlich richtiges Vorgehen:

- Widerspruch gegen jeden RLV-Bescheid
- (Klage gegen jeden RLV-Bescheid)
- Widerspruch gegen jeden Honorarbescheid für jedes Quartal
- (Klage gegen jeden Honorarbescheid)

Lange Wartezeit!

25

ZfaNch
1/2009

12

Rechtliche Lösung?

Beschleunigung / vorläufiger Rechtsschutz?

- Untätigkeitsklage, weil KV nicht über den Widerspruch entscheidet? (§ 88 Abs. 2 SGG)
- Anordnung aufschiebender Wirkung? (§ 86 b SGG)
- Einstweilige Verfügung? (§ 86 b Abs. 2 SGG)

hoffnungslos!

13

Rechtliche Lösung?

Argumentationsmöglichkeiten

Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit?
(Art 12 GG, Art 3 GG)

Differenzierungsgebot?

Gebot der leistungsproportionalen Vergütung?

14

Bundessozialgericht

Urteil vom 09.12.2004 B 6 KA 44/03 R, ArzTR 2005, 247

Die **gesetzlich vorgegebenen Strukturen** des vertragsärztlichen Vergütungssystems sind mit dem Grundrecht des einzelnen Vertragsarztes aus **Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar**.

Das in § 72 Abs. 2 SGB V normierte Ziel angemessener Vergütung vertragsärztlicher Leistungen ist eine von mehreren Vorgaben für die Regelung der gesamtvertraglichen Beziehungen zwischen den vertragsärztlichen Institutionen. Ein **Anspruch auf Vergütung in bestimmter Höhe kann daraus nicht hergeleitet werden.**

15

Bundessozialgericht

Urteil vom 09.12.04 B 6 KA 44/03 R, ArzTR 2005, 247

Die **Zuerkennung höheren Honorars** kommt auf Grund des Art 12 Abs. 1 GG i.V.m. dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung erst dann in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das **vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen gefährdet wird**.

BSG/BVerfG

Überragender Gemeinwohlbelang einer Sicherung der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

16

Bundessozialgericht

Urteil vom 09.12.04 B 6 KA 44/03 R, ArztlR 2005, 247

Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg nur für einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann.

... mindestens vier zusammenhängende Quartale.

Bewertungsausschuss und KV dürfen üben!

17

Mit Ausnahme der Psychotherapeuten wurden alle Klagen von Vertragsärzten auf „mehr Honorar“ zurückgewiesen!

Auch bei den Psychotherapeuten wurden nur bei zeitgebundenen Leistungen feste Punktwerte zuerkannt.

26

ZfaNch
1/2009

18

Empfehlungen:

„systemkonformes Vorgehen“

Widerspruch gegen alle RLV-Bescheide (erst einmal unbegründet einlegen)

Widerspruch gegen Honorarbescheid 1/08, 2/08, 3/08, ...

Berechnungsfehler in den Bescheiden?

Beantragen von Ausnahmeregelungen

Zusatzbudget, Ausnahmen von der Abstaffelung, Praxisbesonderheiten, Ausgleich überproportionaler Honorarverluste/Härfefallregelung usw.

19

Systematik des EBM, der HVMs 2009

Regelleistungsvolumen, in Euro

RLV-Überschreitung: Abstaffelung, in Euro

Fallwertzuschlag, zur Zeit nur Teilradiologie, 5 Euro

Einzelleistungen, in Euro
insbes. Notfall, ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen, Schmerztherapie

Freie Leistungen, insbes. org. Notfalldienst, in Euro

Kosten (Porto, Labor), in Euro

Regionale Sonderverträge, in Euro

20

Wo sind die 3 Milliarden Euro geblieben,
die 2009 zusätzlich in die vertragsärztliche Versorgung fließen sollen?

Erst im Herbst 2009 werden Sie wissen, ob Sie zu den Gewinnern oder Verlierern des EBM 2009 gehören werden!

mein Rat:

Weiter arbeiten wie bisher und hoffen, dass die Katastrophe (jedenfalls für Sie) nicht eintritt!

Formerfordernisse, Risiken und Praxis der Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

1

Die Gerichte haben die Ansicht der PKV verworfen, dass angesichts des festgelegten Gebührenrahmens von 1 bis 3,5 bereits die Vereinbarung eines 7-fachen Satzes – also die Verdoppelung des Höchstzahles von 3,5 – pauschal „wucherisch“ und damit überhöht und unwirksam sei.

2

Richterrecht

- ArztR 11/2004 S. 403–407: Abrechnung der Radikaloperation einer bösartigen Schilddrüsengeschwulst als Zielleistung. Urteil des BGH vom 13.5.2004 – III ZR 344/03: Doppelberechnung der Hauptleistung für in der Legende fehlende Leistungsinhalte (Kompartimentausräumung)
- = 2 x Faktor 3,5 d. h. Faktor 7,0

3

Richterrecht²

BVerfG, Beschluss vom 25.10.2004 (Az.: 1 BvR 1437/02)

- „Ein (erforderliches, höchstpersönliches) Aushandeln liegt nur vor, wenn der Abschluss der Vereinbarung ernsthaft zur Disposition steht, der Arzt also ggf. auch bereit wäre, darauf zu verzichten.“
-, da es bei „Leistungen von außergewöhnlicher Qualität“ kein schützenswertes Interesse daran gebe, diese Leistungen nur in dem vom Normgeber vorgegebenen „üblichen“ Rahmen zu vergüten.

27

ZfaNch
1/2009

4

Richterrecht¹

LG Dortmund Beschluss vom 11.4.2006 (Az.: 20 332/05)

- „Als Maßstab für die Beurteilung der Gegenleistung ist nicht der gesetzliche Gebührenrahmen, sondern der objektive Wert der Gegenleistung heranzuziehen.“
- Das heißt zum Beleg des Mißverhältnisses von Leistung und Gegenleistung reicht die pauschale Begründung nicht aus, dass der Steigerungsfaktor den gesetzlich vorgesehenen Steigerungsfaktor um ein Mehrfaches übersteigt.

5

Richterrecht¹

OLG Düsseldorf Urteil vom 14.4.2005 (Az.: I 8 U 33/04)

- „Die Überschreitung des Gebührenrahmens bei einer Honorarvereinbarung bedarf keiner besonderen Begründung“ (Faktor 8,2 nicht sittenwidrig)
- AG München Urteil vom 23.10.2007 (Az.: 155 C 371)
- „Es ist gerade das Ziel einer Honorarvereinbarung, einen von der GOÄ abweichenden Honorarbetrag, also die Freistellung von § 5 Abs. 2 GOÄ, zu vereinbaren. Dementsprechend entfällt die Pflicht, gemäß Gebührenvereinbarung erhöhte Gebührensätze zu begründen.“ (Diskusprolaps-OP Faktor 9,5)

6

Richterrecht¹

LG München I Beweisbeschluss vom 21.3.2006 (Az.: 9 O 21037/05)

- Orthopäde 12,5 facher Satz: „deshalb müsse die Versicherung die in Rechnung gestellten Leistungen mit den Gebühren vergleichen, die für Leistungen vergleichbaren Standards üblicherweise verlangt werden“: (mit dem marktüblichen Preis).
- Versicherungen, die meinen, ein mehr als 3,5-facher Satz sei zu hoch, müssen darlegen, weshalb das Arzthonorar das marktübliche Maß deutlich überschritten haben soll

7

Ausnahme

Nach § 12 Abs. 3 Satz 3 GOÄ ist der Arzt auf Verlangen seines Patienten auch im Falle einer abweichenden HV verpflichtet, das Überschreiten der vereinbarten Steigerungssätze zu begründen, wenn dies auch ohne die Honorarvereinbarung gerechtfertigt gewesen wäre. (z.B. Anspruch des Patienten auf Begründung des 3-fachen Satzes z.B. für Beihilfestellen)

8

Bundesverfassungsgericht

Beschluß vom 19.4.1991 Az.: 1 BvR 1301/89

- **GOÄ Pauschalhonorare sind nicht zulässig**
- Das BVerfG hat die Einschränkung freier Honorarvereinbarungen durch die Bindung der Liquidation an die Abrechnungstatbestände der GOÄ verfassungsrechtlich gebilligt. Die Restriktionen in § 2 der GOÄ seien durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt und für den Arzt auch zumutbar.
- So auch BGH, Urteil vom 23.3.2006 – III ZR 223/05

9

BGH

Urteil vom 30.10.1991 – Az.: VIII ZR 51/91.

Die abweichende Honorarvereinbarung ist aus der Sicht des Verordnungsgebers auf den Einzelfall abzustellen. Dabei dürfen die Vermögensverhältnisse des Patienten nicht außer Acht gelassen werden; dies ergibt sich aus dem Prinzip der „Angemessenheit der Vergütung“ nach dem ärztlichen Berufsrecht § 12 Abs. 1 der Musterberufsordnung.³

28

ZfaNch
1/2009

10

- Vorformulierte Honorarvereinbarungen, die nicht ausgehandelt werden, unterliegen der Inhaltskontrolle des AGB-Gesetzes
- Formularmäßige Honorarvereinbarungen werden nur dann als wirksam anerkannt, wenn der Arzt ein berechtigtes Interesse an der Überschreitung des Gebührenrahmens der GOÄ darlegen kann, so wenn dem Arzt besonders schwierige und zeitaufwendige Fälle anvertraut werden⁴
- In einer **individuelle Absprache** muß der Arzt dem Patienten seine besonderen Überlegungen darlegen, warum er vom Leitbild der GOÄ mit dem dort genannten unterschiedlichen Gebührenrahmen abweichen will LG Köln v. 12.5.1993 in: VersR 1994, S. 545 ff.

11

Formerfordernisse

- Schriftform⁵ erforderlich - nur für künftige Leistungen!
- Unterschriften von beiden Parteien: Arzt und Patient
- GOÄ Nummer(n) und Bezeichnung der Leistungen (Legenden)
- Steigerungssatz (Faktor) und vereinbarter Endbetrag
- Feststellung, daß „eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist“
- Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten
- Der Arzt hat Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung zu geben.
- Persönliche Absprache zwischen Arzt und Patient notwendig
- Auch „analoge“ GOÄ Nrn. können abgedungen werden⁵

12

Ausschlüsse

- Notfall – und akute Schmerzbehandlung
- Nur für höchstpersönlich vom Wahlarzt erbrachte Leistungen !!
- Bei Schwangerschaftsabbruch
- Bei technischen Leistungen der Abschnitte A, E, M und O der GOÄ
- Punktzahl und Punktewert dürfen nicht verändert werden
- Vorsicht bei Behilfeberechtigten: hier ist die Erstattung nur bis zum Faktor 3,0 bzw. 3,5 festgelegt

Quellen

- 1 Brodski E : Ärzte Zeitung 6.9.2006 www.mao-bao.de/artikel/2006EB_GOAE.htm
- 2 Schulenburg D (2007) Die Honorarvereinbarung. Rheinisches Ärzteblatt 4 Seite 18
- 3 Klakow-Franck R (2002) Abweichende Honorarvereinbarung. Deutsches Ärzteblatt 99 Seite A-3043
- 5 Rieckenberg Th (2002) www.aekn.de/web_aekn/home.nsf/ContentView/Beratung_2, mit Verweis auf LG Stuttgart Az.: 6 S 16/84
- 4 Abschluß einer Honorarvereinbarung; www.aerztekammer-bw.de/20/goae/01allgemein/honorarvereinbarung.html
- Kamps (2005) Abschluß von Honorarvereinbarungen. LÄK Baden-Württemberg

ethica neurochirurgica

Felix Schumacher, Ilja Leifeld und Jochen Leifeld

Vom rechten Maß und Wohldosierten. For Responsibility reasons.

Die Nachrichten zur Lage von Weltwirtschaft und Weltfinanz werden immer dramatischer, die Rede ist von Staatsbankrotten, Schuldenexzessen und Monstrositäten und immer mehr von Psychopathologie: vom Schreckgespenst und Mehltau der Depression. Analogien werden beschworen zur unendlich langen Durststrecke zwischen 1929 und 1937 und die humane Katastrophe der braunen Horden und des 2. Weltkrieges erscheint vor diesem Hintergrund und das alles lässt noch Schlimmeres erwarten. Superlatitive sind dieser Tage bestim mend und nicht nur in den Wirtschafts- und Finanzteilen des Blätterwaldes: Auftakt zum Zusammenbruch des Weltmarktes, Ausverkaufsstimmung an den Weltbörsen, der Grossinvestor Bill Gross (einer der mächtigsten Investoren der Welt, Manager bei der Allianz-Tochter Pimco) sprach am 27.2.2009 vom „Tod der Aktie“ und fasste in einem Interview zusammen: „nichts wird mehr sein wie es war“. Warren Buffet sieht das Pearl Harbor der Weltwirtschaft bevorstehen (Ärzte Zeitung, 22.01.09). Und schon früh in 2008 alarmierten Äußerungen aus dem ansonsten so verbal coolen Inneren des Finanzestablishment, als Joseph Lipsky, Manager beim Internationalen Währungsfonds IWF, den Ernst der abstürzenden Lage auf die Formel brachte: man müsse das Undenkbare denken ...

Ob dies uns in Europa, in Deutschland, in den freien Berufen, in der defensiven Branche des Gesundheitswesens wesentlich erschüttern kann? Arno Metzler, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Freien Berufe BFB erklärte am 02.03.09 dem Handelsblatt: „Bei den rund eine

Million Ärzten, Architekten, Anwälten und Steuerberatern mit ihren 2,9 Mill. Beschäftigten sind mittelfristig rund 400 000 Arbeitsplätze direkt durch die Wirtschaftskrise bedroht“. Eine schwierigere Lage habe es für die Selbständigen in den letzten Jahrzehnten nicht gegeben. „Und Ärzten drohen durch die sinkenden Kassenbeiträge ganz harte Zeiten!“

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung setzt jüngst auf maximale Eskalation im Kampf gegen den Murks der Honorarreform – „weil diese missglückte Reform für die 140 000 Niedergelassenen nur noch so zu retten ist: mit mehr Geld!“ Massiv wird Druck aufgebaut auf die Politik, ein Crescendo bis zur Bundestagswahl 09/09: den etlichen Leitartiklern ist allerdings Recht zu geben, wenn sie wie in der Süddeutschen Zeitung am 1.3.2009 äußern: „Angesichts des schwersten Konjunktur einbruchs der Geschichte der Republik wirkt der Schlachtplan der Ärztefunktionäre nämlich völlig deplatziert und egozentrisch. Wer so vorgeht, gibt Politik und Krankenkassen die besten Argumente an die Hand, nicht auf Forderungen einzugehen, seien sie noch so berechtigt“.

Jenseits von Nothilfe und Krisenmanagement, von Konjunktur- und Rettungspaketen und von Eskalations-Szenarien geht es aber immer und vor allem: um Ideen und deren Gestaltungsmacht. Immer stehen am Anfang Ideen und dann erst kommt das neue R-Wort, die Regulation. Unsere Überzeugung: dass nicht Masse, sondern Maß, dass nicht Milliarden, sondern differenzier te intelligente innovative Wege Not tun und zumal ein Stück Lehre aus der Krise darstellen, die sehr

viel mit Maßlosigkeit überzogener Erwartungen – an die je höchstpersönliche Rendite des Augenblicks – zu tun haben und nun mit mühsamsten langwierigen Eingriffen eines „deleveraging“ zurückgebaut werden müssen weltweit.

Maß und Verantwortlichkeit also! Schon seit den Zeiten der griechischen Vorsokratiker ist Maß der Ausdruck für Tugend par excellence. Er ist direkt der Hybris entgegengesetzt. Schon älteste Sprichwörter der griechischen Antike belegen dies. „Die Mitte ist das Beste“ oder das bereits den Sieben Weisen zugeschriebene „Nichts im Über-Maß“. Solche Aussagen sind tief verwurzelt in einer ethischen griechischen Grundhaltung, dass sich das schöne wohlgeordnete All mit der Lehre von der rechten Ordnung der Seele und der Polis zur harmonischen Einheit verbindet. Es besteht also innige Verbindung zum „Erkenne dich selbst“. Ins Politische gelangte das Maß durch Solon, der das „Nichts zu sehr“ zum Wahlspruch seiner Gesetzgebung machte, gerechten Ausgleich zwischen den Ansprüchen der Armen und der Reichen betrieb. Vielleicht beeinflusst von der Hippokratischen Medizin und ihrer Lehre vom Gleichgewicht, entwickelte Demokrit eine Ethik, nach welcher der Mensch Lust, Autarkie und Wohlordnung der Seele nur erreicht, wenn das rechte Maß zwischen Über-Maß und Mangel getroffen wird.

Doch schon wenig später, immer noch im vor-sokratischen Griechenland, ließen die Sophisten das Ethos verfallen und zeigten dessen allgegenwärtige immanente Bedrohtheit – durch die Formel eines auf den Einzelmenschen gemünzten Relativismus. Deren Homo-mensura-Satz erklärte Maß zur Erfahrung der Schwachen, welche die Starken am Ausleben ihrer Begehrlichkeiten nur hinderten. Glück und Tugend lägen nicht in der Selbstbeschränkung, sondern im Großwerdenlassen der Begierden, die der Hedonist, exempla-

risch der Tyrann, ausleben könne (so K.Mainzer im Historischen Wörterbuch der Philosophie).

Später vollzog Sokrates sein vorgelebtes Tugendwissen und erfuhr durch Platon das Maß nicht nur folgenreiche Aufwertung für den muthaften Seelenteil (als Arete der Besonnenheit im Range einer Kardinaltugend), sondern für Kosmos, Polis und Seele ineins – Abbild des kosmischen Maßes, des wohlgeordneten schönen harmonischen Alls. Durch die Herrschaft des Beseren über das Schlechtere, der Vernunft über Leidenschaften und Begierden wurde der maßvolle Mensch sein eigener Herr. Indem Aristoteles an die zentrale Stelle des Maßes später die Mitte setzte: alle Tugenden seien Mitte zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig, und indem er damit stets die MITTE FÜR UNS meinte, wurde bereits relativiert, wurde der Verschiedenheit der Personen und der Besonderheit der Zeitumstände und Situationen Rechnung getragen. Cicero später verschmolz das Maß mit der römischen virtus, häufig unter dem Oberbegriff frugalitas, der Tugend des soliden ordentlichen Lebensstils. Zu einem solchen maßvollen Lebensstil zählte er die Tugenden des dezenten und respektvollen Umganges (verecundia, reverentia), die richtige Einstellung zu Lust, Vergnügen und Spiel, eine angemessene Berufswahl, das für jedes Alter und jeden Stand Schickliche, ein würdiges äußeres Erscheinungsbild, die Wahl des passenden Hauses, die Ordnung der Rede, der Unterhaltung und des Disputs sowie das rechte Verhalten zur richtigen Zeit. Den Widerpart bildeten für Cicero die Hauptsünden Roms: avaritia, luxuria und voluptas (Gier, Verschwendug und Wollust) – wie immer noch gültig das alles!

Und Tendenz wie schon von den Sophisten bekannt: die Neuzeit zersetzte die große Bedeutung des Maßes im Ethos der Antike (und auch noch im Mittelalter) – durch den Autonomieanspruch des Subjekts. Der Mensch wurde sich

selbst zum Maß, nichts mehr besitzend als die leere Freiheit, sich jede beliebige Natur selbst erschaffen zu können. Das jahrtausendelang hochgeachtete Apollinisch-Maßvolle wurde auf einmal ganz fremd, so etwa Nietzsche und seiner Zeit, verdrängt vom „Kitzel des Unendlichen, Ungemessnen“ (in: Jenseits von Gut und Böse).

Die wechselvolle Geschichte des rechten Maßes – was hat die uns neurochirurgischen Vertragsärzten in den Zeiten zusammenbrechender Weltfinanzordnung, im Konjunktur- und Honorartal zu sagen?

Erstens: In letzter Zeit, so kommt es mir vor, häufen sich in meiner Sprechstunde Fälle mehrsegmentaler Desen, deren Langstreckigkeit ich nicht hinreichend am präoperativen Läsionsmuster festmachen kann – und ich also versucht bin, die Erklärung im Honorarzuschlag des Extrasegmentes zu sehen. Leistung folgt, so heißt es, dem Geld. Wirklich NUR dem Geld? Dann dürfte nach aller Lehre der Geschichte bald kein Geld mehr solchen Leistungen folgen ...

Zweitens: In einigen besonders wohl(an)ständigen Ballungsräumen verfestigt sich der Trend, beim Steigerungsfaktor für PKV-Versicherte regelmäßig hocheinstellig oder gar zweistellig abzurechnen, und zwar „durch die Bank“. Zum Thema von GOÄ-Abrechnung und Steigerungsfaktoren sei auch verwiesen auf den Sandvoss-Beitrag in dieser Ausgabe. Wer würde bei derartigen Usancen den Damen und Herren Hess und Knieps verdenken, die freiheitliche GOÄ „einzufangen“ und dem durchregulierten EBM anzugelichen? Woher wir das nur kennen: dass kurzfristig extreme Renditezuwächse allein solchen Instrumenten zu verdanken sind, die sich mittel- bis langfristig als toxisch herausstellen?

Drittens: Und das führt uns auf ein noch weiteres Feld: wo ist zukünftig überhaupt noch „mein Geld sicher“? – zur Frage unserer Anlagen also, so wir denn überhaupt (noch) in der Verlegenheit sind, solche Probleme zu haben (Erst mal haben Gewehr, dann schießen):

Nachhaltiges Investment schickt sich an, Horizont einer neuen Zeitrechnung für Anleger zu werden. Laut UN-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung „Unsere Gemeinsame Zukunft“ ist nachhaltige Entwicklung solche, die „den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen.“ (Langfristig Stiftungsvermögen sichern, Der Stifter, 25. Juni 2008). Das bedeutet nicht nur, beispielsweise Armut zu bekämpfen und für gerechte Lebensstandards zu sorgen, sondern gleichzeitig auch langfristig den unwiderruflichen Verlust natürlicher Ressourcen zu vermeiden. (Pictet und Nachhaltigkeitsausgabe von November 2007)

Wie kann Nachhaltigkeit als Kriterium für Investments nützen? In den letzten Jahren hat es ein zunehmendes Wachstum in der sogenannten Nachhaltigkeitsbranche gegeben. Dieses wird häufig dadurch erklärt, dass viele Anleger nachhaltige Investments bevorzugen, um dabei sowohl in maßvollem Ausmaß Gewinne zu erzielen, als auch sozial aktiv zu sein, also „gutes Geld“ zu erwirtschaften. („Die gute Tat kennt nicht nur ein Motiv, FAZ vom 23.8.2008). Darauf ausgelegt sind die sogenannten Nachhaltigkeitsfonds, welche vor allem in den Bereichen der erneuerbaren Energien, aber auch in „gute“ Unternehmen investieren, welche sich durch besondere Tätigkeit beispielsweise bei der Arbeitsplatz- und Gesundheitssicherung und bei der Gleichberechtigung ihrer Angestellten auszeichnen. („Best-in-class-Ansatz“). Ausgenommen davon werden hingegen Unternehmen, welche ihre Gewinne mit Waffen,

Alkohol, Tabak, Glücksspiel oder Pornographie erzielen. („Mangelhafte Klassenbeste, Süddeutsche Zeitung, 10. November 2007). Und Präsident Barack Obama könnte Amerika für nachhaltige Geldanlagen noch interessanter machen und der Welt zum Vorbild gereichen. In Deutschland verdienen jetzt bereits fast zwei Millionen Menschen ihr Geld in Öko-Branchen, wie aus dem ersten „Umweltwirtschaftsbericht“ des Bundesumweltministeriums hervorgeht. Danach führt Deutschland weiterhin den Weltmarkt für Umweltgüter an, konnte den Anteil mit 16% zuletzt sogar weiter ausbauen. Besondere Stärken weist Deutschland bei der nachhaltigen Energiewirtschaft und bei der Abfall- und Kreislaufwirtschaft auf. Ökologie und Ökonomie können nicht mehr als gegensätzliche Kategorien begriffen werden, so schließt der Umweltwirtschaftsbericht. Und es gilt die Prognose des ehemaligen Chefökonomen der Weltbank Nicholas Stern: unternimmt die Menschheit nichts gegen den Klimawandel, kosten dessen Folgen bereits in wenigen Jahren 20% des Bruttoinlandsprodukts pro Jahr. Ökologische Kriterien dürften daher langfristig immer wichtiger werden. Dies gilt ungeachtet aktueller Probleme etwa auf dem als besonders nachhaltig geltenden Solarsektor, der sich augenblicklich in einer Konsolidierungsphase befindet. Und Hersteller von Biokraftstoffen gehen gerade reihenweise Pleite. Aber gerade wenn künftig eine noch sehr viel größere Zahl Anleger konsequent nachhaltige Kriterien berücksichtigt, dürfte diese Form der Geldanlage, die gutes Gewissen generiert, zum Vorteil des Planeten Erde weiter prosperieren. Um in der bunten Fülle zu gewährleisten, dass Investments den Nachhaltigkeitskriterien genüge tun, beschäftigen sich spezielle Ratingagenturen mit der Einstufung von potentiellen Anlagen der Nachhaltigkeitsfonds. Eine Möglichkeit der Bewertung ist der „Sustainability Screening Report Process“. Dabei werden vor allem die Stärkung

der sozialen Strukturen, die ökonomische Nachhaltigkeit und ökologische Verantwortlichkeit des betreffenden Unternehmens unter die Lupe genommen und bewertet. Eine Möglichkeit, die einer Überlegung wert wäre, ist die Einführung einer Nachhaltigkeits-Plakette zur Auszeichnung von Fonds, ähnlich den häufig verwendeten Bio-Siegeln auf Obst und Gemüse, die den Käufer zu ethisch wertvollerem kaufen motivieren könnte. Und grundsätzlich ist es durchaus möglich, mit Nachhaltigkeitsresearch Risiken zu reduzieren. Wie können wir als Ärzte nun am Nachhaltigkeitsgedanken partizipieren? Eine Option zur Verfolgung des Nachhaltigkeitsziels – neben dem Investment in solche Fonds – ist die Stiftung, sofern sie gemeinnützig ist. In der jüngeren Vergangenheit, dank Zumwinkel & Consorten, eher negativ als Mittel zur Steuerhinterziehung aufgefallen, ist sie tatsächlich eine gute Möglichkeit, gleichzeitig zum Gemeinwohl beizutragen, als auch Imagepflege zu betreiben. Laut dem Träger der „Medaille für Verdienste um das Stiftungswesen“ 2008, Michael Otto, verfolgen seine Stiftungen folgende drei Ziele: „Sie sollen ökologische oder gesellschaftliche Missstände beseitigen helfen, eine nachhaltige Wirkung erzielen und andere zum Mitmachen anstiften.“ Gemäß § 81 Abs. 2 BGB gilt eine Stiftung zudem erst dann als rechtsfähig, „wenn die dauernde und nachhaltige Erfüllung des Stiftungszwecks gesichert erscheint [...]“. („Die gute Tat kennt nicht nur ein Motiv, FAZ vom 23.8.2008). Wenn die Stiftung darüber hinaus ihr Kapital in nachhaltige Anlagen investiert, werden gleichzeitig sowohl diese als auch der Stiftungszweck erfüllt, aus nachhaltiger Sicht ein doppelter Profit.

Daraus folgt, dass die Stiftung eine der geeigneten Institutionen für eine nachhaltige Entwicklung ist. Diese Tatsache wird auch daran deutlich, dass die Zahl der neugegründeten Stiftungen in Deutschland sich in der Zeit von 2000

bis 2007 von 681 auf 1134 beinahe verdoppelt hat (Quelle: Bundesverband deutscher Stiftungen). Die Gründung einer rechtsfähigen Stiftung ist mit relativ wenig Aufwand verbunden und ist simpel in der Durchsetzung. Zunächst ist die förmliche Willensbekundung in einem Stiftungsgeschäft erforderlich, wobei die nötigen Mittel zur Verfügung gestellt und der Zweck in Form einer Stiftungssatzung festgelegt werden müssen. Sobald das Stiftungsgeschäft die Stiftung anerkennt, gilt sie als gegründet. Wesentlich für die Stiftung ist, dass der Stifterwille bis zum Erlöschen der Stiftungsorgane für die Stiftung verbindlich bleibt, selbst wenn dieser inzwischen einen anderen Zweck für sinnvoller erachtet. Weitere Informationen über die Gründung einer Stiftung lassen sich vom Steuerberater oder der Internetpräsenz des Bundesverbandes Deutscher Stiftungen einholen (www.stiftungen.org).

(Langfristig Stiftungsvermögen sichern, Der Stifter, 25. Juni 2008). Eine weitere Möglichkeit ist es, anstelle der Gründung einer eigenen Stiftung, sich an einer bestehenden durch Spenden zu beteiligen. Wer sich nicht festlegen kann, aber sein Geld dennoch nachhaltig anlegen will, der profitiert auch von den neu gegründeten Umwelt- und Ethikbanken in Deutschland. So gibt es zum Beispiel die Umweltbank, die für jeden Neukunden einen Baum pflanzt. Auch wenn es sich hierbei nur um eine kleine Geste handelt, hat die Umweltbank damit Erfolg: „Die Nachfrage ist enorm. Unsere 150 Mitarbeiter kommen mit der Arbeit nicht mehr nach. Wir sind sechs Werkstage im Rückstand bei der Auftragsbearbeitung.“ sagt Umweltbank-Chef Horst Popp (Welt am Sonntag, 11.1.2009). Dieses Beispiel verdeutlicht den wachsenden Erfolg der immer populärer werdenen Nachhaltigkeitsbranche. Das Vertrauen in die Realwirtschaft lässt indessen eindeutig nach, wie die aktuelle Entwicklung zeigt. 08/15-Experten

und gierige Banker führten infolge ausschließlich monetärer Ausrichtung die Weltwirtschaft mit wehenden Fahnen an den Rand des Abgrunds. So ist es nicht verwunderlich, dass allgemein als neutral geltende Vermögensverwalter heute gefragter sind denn je. Viele Anleger sind nicht länger bereit, die provisionsorientierte Verkaufsweise vieler Banker, welche primär den Verkauf der eigenen Anlageprodukte betreiben, hinzunehmen. So gibt es bereits immer neue Aufnahmekriterien für Vermögensverwalter, welche z.B. einen bestimmten Erfahrungsschatz vorzuweisen haben. Entscheidend dabei ist vor allem die Neutralität in der Beratung. Die Finanzmarktkrise beweist überdies den Mangel an Nachhaltigkeit in der bisherigen Investmentalität. Sicher heißt nachhaltig noch nicht gleich krisenfest. Und Finanzprodukte, die nach ethischen, sozialen und ökologischen Aspekten ihre Anlagebasis auswählen, sind aktuell auch tief ins Minus gerutscht. Andererseits lassen sich auch dieser Tage Gewinne mit gutem Gewissen realisieren: „Mit Mikrofinanz-Fonds können Investoren helfen und verdienen – und zwar trotz Finanzkrise (Süddeutsche Zeitung, 08.11.08). 2006 erhielt Muhammad Yunus, Bangladesch, den Friedensnobelpreis für seine Idee einer fundamentalen Armutsbekämpfung in den Ländern der Dritten Welt durch Mikrokredite; 2007 ist hier das Anlagevolumen weltweit aller privaten und institutionellen Investoren auf 5,4 Mrd. Dollar gestiegen – gegenüber nur 2 Mrd. Dollar ein Jahr zuvor. Und das Wachstumspotential auf dem Markt für Mikrokredite wird aktuell auf ein Volumen von 31 Mrd. US-Dollar geschätzt – nach Einschätzung von Experten betrage der gesamte Finanzierungsbedarf im Mikrofinanzsektor sogar etwa 250 Mrd. Dollar; etwa 1,5 Mrd. Menschen auf unserem Planeten benötigten nach Schätzungen einen Mikrokredit, erst 100 Mill. Menschen hätten z.Zt. Zugang zu dieser Geldquelle. Adressat bei Mikrofinanzierungen sind gerade diejenigen, denen

konventionelle Banken die Kreditwürdigkeit absprechen; trotz der vermeintlich schlechten Bonität und trotz Zinssätzen von > 20% fällt bei Mikrofinanz erstaunlicherweise nur jeder fünfzigste Schuldner aus; häufig würden die Kredite nur an Frauen vergeben, die als die besseren Schuldner gelten, weil sie das Wohl des Haushalts im Auge hätten. Mikrofinanz-Fonds entwickeln sich zudem unabhängig von anderen Anlageklassen bei extrem geringen Schwankungen und dienen somit der Risikobegrenzung im Depot durch Diversifikation, während sie den Kreditnehmern die so wichtige Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln. Der Autor dieses Beitrages unterhält seit dem Vorjahr einige kleinere Tranchen im Responsibility Global Microfinance Fund bei Credit Suisse; die Nachfrage nach der recht überschaubaren Anzahl derartiger Finanzinstrumente wächst kontinuierlich, die Renditen liegen seit Jahren stabil im niedrigen bis mittleren einstelligen Bereich, sind also gewissermaßen maßvoll.

Viertens. Der für diesmal letzte Aspekt des rechten Maßes aus Verantwortlichkeit betrifft die sogenannte work-life-balance. In einem Fragebogensurvey zur „Ärztlichen Profession: aktuelle Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen“ haben Heiner Raspe und Thies Hendrik Schroeder vom Institut für Sozialmedizin, Campus Lübeck vor der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein am 26.11.08 die „Ressource Arzt“ thematisiert. Wie sind deren Wertorientierungen und welche Auswirkungen haben diese auf das ärztliche Selbstverständnis? Die schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird im Survey immer wieder genannt und als ziemlich belastend erlebt – neben unangemessenem Einkommen, verringertem Ansehen, stark anwachsendem Einfluß von Verwaltungen und zunehmender Kommerzialisierung. Und ganz in diesem Sinne beschreibt die Süddeutsche Zeitung in

ihrer Ausgabe vom 04.03.09: „Mit Rücksicht auf ihre Familien verschmähen Politiker Karrieren auf Bundesebene“. Zitiert werden hier der hessische Grünen-Landesvorsitzende Tarek Al-Wazir, aber auch der schleswig-holsteinische Grünen-Vorsitzende Robert Habeck; dieser „winkte ab, als der Vorsitz der Bundespartei an ihn herangetragen wurde – mit der Begründung: man könne nicht vier Kinder zeugen und sich danach aus dem Staub machen. Später zog der Berliner Landespolitiker Volker Ratzmann seine Kampfkandidatur gegen Cem Özdemir zurück – wegen bevorstehender Vaterschaft.“

Das rechte Maß gilt es zu finden und zu halten, ziemlich genau zwischen einem Zuviel und einem Zuwenig und in Verantwortlichkeit vor uns selbst, unseren Patienten und Familien und Mitarbeitern und vor dem ganzen uns umgebenden und tragenden Gemeinwesen, welches uns den Druidendistrikt immer noch einräumt, wenn auch nicht unumkämpft – angesichts von Beitragssatz=Branchenindex von immerhin 15% sogar beängstigend üppig! – schließlich vor unseren Kindern und unseren Schülern und überhaupt der ganzen Schöpfung dieses unseres Planeten, der da Homo sapiens hat... Auf die richtige Dosis kommt es an, die genau im „therapeutischen“ Fenster gelegene.

Wer wüsste das besser als wir Vertragsärzte in unserer täglichen „one-man-show“ (O-Ton Mario Brock, irgendwann, irgendwo) vor unserer allmonatlich vielhundertfachen Herausforderung, eben dieses rechte Maß zu treffen, die geeignete Dosis, die hilfreich doch oft nur in einem ach so kleinen Fenster ist, darunter wirkungslos, darüber nichts als UEW? Die Einzelfall-paßgenaue Differentialindikation? Procedere angemessen, nicht überzogen?

Wer wohl wenn nicht wir ?!!!

aus der wissenschaft

von Martin Engelhardt

In Zukunft wird an dieser Stelle ein Überblick über aktuelle Publikationen erscheinen. Dabei werden für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung oder Hilfestellung bei einzelnen Themen die wesentlichen Ergebnisse aus der aktuellen Literatur zusammengefasst. So werden ab dieser Ausgabe zunächst themenbezogen (z.B. LWS-Pathologien) verschiedene Bereiche beleuchtet, anschließend übergreifend aktuelle Publikationen und ihre Ergebnisse vorgestellt.

Die häufigsten neurochirurgisch therapierten Erkrankungen betreffen die Lendenwirbelsäule. Zu dieser Thematik sind in den letzten Monaten erstmalig wichtige Publikationen erschienen, die auf einem hohen Evidenzgrad ihre Aussagen belegen. Bislang gab es zu diesem Thema überwiegend Fallberichte oder Beschreibungen von Serien einer Institution. Mit diesen neuen randomisierten und kontrollierten Studien gibt es zum ersten Male statistisch relevante Aussagen zu Wert und Nutzen der täglichen Arbeit und darüber hinaus eine wichtige Unterstützung in der Diskussions- und Entscheidungshilfe.

Im Februar 2008 veröffentlichten Weinstein et al. im *New England Journal of Medicine* eine Arbeit, in der die chirurgische Therapie der lumbalen Spinalkanalstenose mit der konservativen Therapie verglichen wird. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer mindestens 12 Wochen andauernden radikulären Symptomatik, oder einer claudicatio Symptomatik (Gehstreckenverkürzung, Dysästhesien, lokale oder ischialgiforme Schmerzen). Bildmorphologisch wurde in mindestens einem Segment eine Stenose diagnostiziert. Patienten mit einer degenerativ bedingten Listhese und Patienten mit einer Instabilität (Funktionsaufnahmen mit einer Translation von mehr als 4 mm, Aufklappen von mehr als 10°) wurden nicht eingeschlossen bzw. extra ausgewertet. Bei allen eingeschlossenen Patienten be-

stand sowohl ihren Beschwerden als auch dem Bildbefund nach eine Operationsindikation.

289 Patienten wurden randomisiert in eine chirurgische und eine konservative Gruppe, 365 Individuen bildeten die Kontrollgruppe. Insgesamt wurden 400 Patienten operiert, 254 wurden konservativ therapiert.

Die chirurgische Therapie beinhaltet in der Regel eine Laminektomie, die konservative Behandlung bestand aus medikamentöser Therapie, Injektionen, physikalischen Anwendungen und der Anleitung zu deren häuslichen Anwendung.

Bewertungskriterien waren die Owestry-Skala und die SF 36-Einstufung.

In allen Nachuntersuchungen waren die Patienten sowohl hinsichtlich der objektiven (Owestry und SF 36) als auch der subjektiven Kriterien nach chirurgischer Therapie signifikant besser als nach konservativer Therapie.

Subjektiv zufrieden oder sehr zufrieden waren nach der Operation 62–64 %, nach konservativer Behandlung 18–30 % (Nachuntersuchungen 6 Wochen bis 2 Jahre).

Eine weitere Arbeit von Weinstein et al. von Dezember 2008 in „Spine“ beschreibt die Ergebnisse nach Operation eines lumbalen Bandscheibenvorfalles im Vergleich zur konservativen Therapie. Auch diese Untersuchung ist randomisiert und kontrolliert durchgeführt worden. Alle

aus der wissenschaft

Patienten hatten mindestens 6 Wochen Schmerzen und eine Radikulopathie, entsprechend dem bildmorphologischen Befund im Bezug auf Segment und Seite des pathologischen Befundes.

501 Patienten wurden randomisiert, 743 Patienten bildeten die Kontrollgruppe. In der randomisierten Gruppe wurden 45 % bzw. 59 % der Patienten operiert, aus der Kontrollgruppe 70 % der Patienten. Die chirurgische Therapie beinhaltete die Sequestero- und Teildiskektomie, die konservativen Patienten erhielten NSAR und physikalische Therapieformen. Die Bewertungskriterien waren auch in dieser Arbeit die Owstrey-Skala und SF 36, wobei auffällig war, dass die Patienten, die chirurgisch therapiert wurden, deutlich höhere Einschränkungen vor der Therapie angaben.

Insgesamt profitierten die Patienten nach chirurgischer Therapie signifikant deutlicher in allen Kriterien (Owestry und SF 36) bis auf die Quote an Wiedereinstiegen in die Berufstätigkeit. Subjektiv waren in den Nachuntersuchungen (2–4 Jahre) 74–76 % der Patienten postoperativ zufrieden bis sehr zufrieden gegenüber 46–50 % der Patienten nach konservativer Behandlung.

Quellen

- 1 Weinstein J.N., Lurie J.D., Tosteson T.D., Tosteson A.N., Blood E.A., Abdu W.A., Herkowitz H., Hilibrand A., Albert T., Fischgrund J.: *Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation: four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT)*. Spine. 2008 Dec 1 33(25), 2789–2800.
- 2 Weinstein J.N., Tosteson T.D., Lurie J.D., Tosteson A.N., Blood E., Hanscom B., Herkowitz H., Cammisa F., Albert T., Boden S.D., Hilibrand A., Goldberg H., Berven S., An H.: *SPORT Investigators*. *Surgical versus nonsurgical therapy for lumbar spinal stenosis*. N Engl J Med. 2008 Feb 21 358(8), 794–810.
- 3 http://www.dgnc.de/htm/02/AWMF_Lumbaler_BSV_010205.pdf
- 4 http://www.dgnc.de/htm/02/AWMF_Lumbale_SKS_010205.pdf

aus den landesverbänden

von Jochen Leifeld

Aus der Sicht der aktiven neurochirurgisch berufspolitischen Szene Schleswig Holsteins stellt sich die (R)Evolution der Honorarreform anhand wesentlicher *Eckdaten in Gestalt eines Logbuchs* seit dem Erscheinen der letzten Ausgabe der ZfaNch wie folgt dar:

KV Schleswig-Holstein erzielt 11/08 Teilerfolg beim Schiedsamt. Entscheidung zum Honorarverteilungsvertrag ist gefallen. Die KV habe mehrere Sonderregelungen durchsetzen können. Dies sei ein Teilerfolg für die Ärzteseite. Die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses sollen grundsätzlich Anwendung finden. Der Orientierungspunkt von 3,5001 Cent gilt für alle Leistungen und es gibt keinen Aufschlag. Als Sonderregelungen sind vereinbart: Sollte Ende 2009 in der Antragsgebundenen Psychotherapie eine Unterfinanzierung entstehen, sind die Kassen verpflichtet, nachzuzahlen. Dies sei ein bisher bundesweit einmaliger Beschluss, erklärte die Kasse. Folgende zusätzliche extrabudgetäre Leistungen wurden festgelegt: Dialyse Sachkosten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, Leistungen nach § 115b (ambulantes Operieren), sofern nicht in Kapitel 31 EBM, Belegärztliche Leistungen außerhalb Kapitel 36 EBM, Betreuungspauschalen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater nach EBM-Nr. 16230 und 21230. Außerdem seien die Heimbesuche ohne Altersbegrenzung zu nennen, so dass alle Arztbesuche von Heimpatienten für sämtliche Arztgruppen extrabudgetär gestellt seien, erklärte die KV. Die von den Krankenkassen geforderte Rückzahlungspflicht der KVSH bei Nichtausschöpfung der Regelleistungsvolumina habe das Schiedsamt abgelehnt, verkündete die KV. Nach Ablauf des Jahres 2009 sollen etwaige nicht ausgeschöpfte Mittel vielmehr einem bei der KVSH angelegten Sonderfonds zugeführt werden. Die Verwendung der Mittel muss im Einvernehmen mit den Krankenkassen geschehen.

Bei Nichteinigung entscheidet das Schiedsamt. „Ebenso habe das Schiedsamt den geradezu unverschämten Antrag der Kassen zurückgewiesen, die Überschreitung des Arzneimittelbudgets in Höhe von etwa 80 Mio. Euro mit den Honoraren 2009 zu verrechnen“, erklärte die KV. Nach Einschätzung des KVSH-Vorstands ist die Schiedsamtsentscheidung ein Teilerfolg mit bitterem Beigeschmack. Gerade bei den belegärztlichen Leistungen und beim ambulanten Operieren habe es in den Verhandlungen keinen Spielraum für einen Punktwaufschlag gegeben. Bei diesem Ausgang hätten auch diverse Äußerungen aus dem Bundesgesundheitsministerium eine Rolle gespielt. „Die KVSH wird versuchen, das Ergebnis für die beiden genannten Bereiche nachträglich, zum Beispiel durch Sonderverträge, zu verbessern. Fakt ist, dass innerhalb des Kollektivvertrags der Zentralismus Einzug gehalten hat und Wettbewerb nahezu ausgeschlossen ist“, erklärte die KV.

28.11.2008 und revidiert 19.12.2008: Mitteilung der Regelleistungsvolumina für das Quartal I/09: Die Honorarbotschaften an uns neurochir.Vertragsärzte sind erstens verheerend und zweitens extrem divers: die NCh ist mit > 31% einer DER großen Verlierer in SH der Honorarreform. Außerdem soweit bisher schon verfügbar die Übersicht über Fallwerte NCh bundesweit: Bayern 49,62 €, Berlin 43,95 €, Hamburg 155,32 € (die „PRT-Fließbänder“ machens möglich), Hessen 30,66 €, Niedersachsen 58,78 €, Rheinland-Pfalz 28,17 €, Sachsen-Anhalt 61,97 €, Westfalen-Lippe 56,96 €, – und in Schleswig-Holstein zwar wegen Kleinheit der Fachgruppe Gewährung sogenannter Individualbudgets = Replikation des je individuellen Vorjahres-Budgets: allerdings „korrigiert“ um den Anpassungsfaktor 0,627 – will sagen gekürzt um ein Drittel! Hier wird sie wieder sichtbar, diese absolut ungerechte „Schere“ in den an und für sich doch einheitlicher zu gestaltenden Entgel-

aus den Landesverbänden

ten: von 20 bis 150 € Fallwert reicht das Spektrum: gut wahrscheinlich, dass diese Bombe in allerkürzester Zeit hochgeht, spätestens gegen Ende der Konvergenzphase Ende 2010! Und da bedeutet es nur einen geringen Trost, daß durch das Schiedsamt für die Neurochirurgen in Schlesw.Holstein die Betreuungspauschale 16230 extrabudgetär zu vergüten bestimmt wurde. Lü. hoffen wir im Norden auf den Erweiterten Bewertungsausschuß am 15.1.2009, wo ein KVSH-Antrag auf mehr Föderalismus eingebracht werden soll: der Flexibilität und regionalen Restgestaltungsspielräumen zuliebe. Und die Exponenten des Erw.Bewertungsausschusses kommen am 10.1.2009 ins Mövenpick-Hotel nach Lübeck auf einen berufspolitischen Norddeutschen-Fortbildungs-Samstag; mit dabei: unser gesamter (heißt: zweiköpfiger!) KVSH-Vorstand. Und möglichst viele von uns, um A.Köhler und J.Wasem nach deren je einstündigen Referaten über das Neue am Neuen Jahr (die Honorarreform und den Gesundheitsfonds): so gut es in unserer Macht steht argumentativ zwischenfragend auf Linie zu bringen: daß es ein Gebot von Gerechtigkeit und Flexibilität ist, am 15.1. in Berlin den Föderalismus entgegen dem Berliner Einheits-Zentralismus zu stärken und damit wieder mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten entsprechend konkreter Versorgungsbesonderheiten vor Ort. Dies ermöglichte dann ggf. wieder den einen oder anderen unserer ehemaligen Stukturverträge und extrabudgetäres Geld ... Jeddenfalls ist diese ganze Umverteilungs-Honorarreform nach Abstimmung mit uns Berufsverbänden und dem KV-Justitiar unter Vorbehalt gestellt worden: daß ggf. von Berlin rückwirkend doch noch zugestandene regionale Gestaltungen den Rechtsanspruch der sogenannten Gewinner zugunsten einer Stützung der Verlierer zu modifizieren. Getreu einer kampagnefähigen Plattform – als Stabsstelle bei unserer KVSH – die der Autor vor dem Beratenden Fachärzte-Beirat 12/08 un-

ter großem Zuspruch in Segeberg vorgeschlagen hat unter dem Motto: „Jede Praxis zählt!“

Wir können uns nicht die Insolvenz auch nur einer einzigen Versorgungseinrichtung in unserem Land angesichts von Wartelisten und fehlendem Ärztenachwuchs und approbierten Emigranten und verwaisenden Arztsitzen leisten! Weitsichtigerweise wurde die Mitteilung des RLV I/09 durch den Vorstand der KVSH unter Vorbehalt gestellt: sollte der E-BW eine Übergangsregelung rückwirkend zulassen, die auf eine Gewinnbegrenzung noch in I/09 hinauslaufen sollte.

Brief Leifeld an den KVSH-Vorstand am 3.12.2008
im Namen der neurochirurgischer Vertragsärzte:

Liebe Frau Kreuz, lieber Herr Ennenbach,

musste das wirklich sein? Nur wegen der Hassenfüßigkeit unseres Justitiars bezüglich des Veröffentlichungsdatums 30.11.2008 mit Halbgarem die eh grenzwertig genervten Gemüter derartig bis aufs Blut weiter zu trietzen? Ich hatte heute ein halbes Dutzend an telefonischen Rückmeldungen von Kollegen/innen: schiere Verzweiflung!

Nun ist es also doch das passiert, was ich in meinen früheren Schreiben an Sie, zuletzt noch vor einer Woche, unbedingt zu vermeiden bat durch mein Angebot einer Plausibilitätskontrolle im Vorabgespräch zwischen Ihnen und mir und zwar unbedingt noch VOR Scheumachen der Pferde sprich vor Aussendung absolut implausibler RLV's an die Basis. Die reagierte heute erwartungsgemäß: entsetzt verängstigt bitterböse wütend, und zwar sowohl meine neurochirurgischen als auch die schmerztherapeutischen Berufsverbandsmitglieder!

Total in die Hose gegangen sozusagen. Ich habe heute den ganzen Tag immer wieder und wieder am Telefon gehangen und besänftigt, abgewiegelt, relativiert, die überforderten Ahnungslosen im KVSH-HVM-Team heute konnten einem

aus den landesverbänden

nur leid tun und konnten den BDNC-Mitgliedern auch nicht im mindesten mit konkreten Daten weiterhelfen. Noch so'n Bock und es wird mir kaum mehr gelingen, meinen aus Überzeugung getragenen Glauben ans KVSH-repräsentierte Solidarprinzip mehrheitsfähig zu halten und immer noch wieder eine Lanze zu brechen für Segeberg. Ein Tsunami rollt an: Ausstieg jetzt nach dem nur allzu verständlichen Motto: sowas nicht länger mit uns!

Und konkret für die Berufsgruppen der Neurochirurgen und Schmerztherapeuten?

RLV's der Neurochirurgen liegen im Schnitt um >30% unter jetzigem Level und in Spitzen um 85%! Mir ist heute allen Ernstes für meine High-tech-high-Performance-schmerzneurochirurgische Schwerpunktpraxis ein Quartals-RLV von 9 000 € mitgeteilt worden. Wenn wir als Honorarabrechner derartigen Zahlennonsens zum Quartalsende einreichen, dann filtert erstens die sachlich-rechnerische Richtigstellung gleich vorneweg heraus – oder es wird der Anfangsverdacht für sozialrechts-schädliche Falschabrechnung angenommen und rechtliche Schritte werden eingeleitet. Wir Neurochirurgen gehören erstens auf gar keinen Fall in die Großgruppe der Chirurgen wie durch Sie als Bezugsgruppe für uns bestimmt – dies habe ich immer und immer wieder an allen möglichen Stellen als Eingabe hinterlassen. Und zweitens: selbst eine NCH-Arztgruppe, arithmetisch gemittelt aus dem knappen Dutzend vertragsärztliche Neurochirurgen, bildet das Leistungsprofil nicht treffend ab: sind in der kleinen Grundgesamtheit Nebenerwerbs-Praxen, die den Schnitt runterziehen – und zweitens etliche, deren Leistungen hauptsächlich über Beleg- und Kooperationsarztverträge extra-IGV resp. extra-RLV repräsentiert sind. Dieser Sachverhalt darf nun aber die rein ambulanten neurochirurgischen Leistungserbringer keinesfalls wie in dieser Kleingruppe unvermeidlich nach unten ziehen. Bleibt aus statistischen Grün-

den alleine übrig, zu konstatieren, dass für diese allzu kleine und zu heterogene Gruppe eine Mitteilung nach RLV aus prinzipiellen Erwägungen nicht gebildet werden KANN!

Und die Schmerztherapeuten? Sowie ich die RLV-Aussendung überblische, ist die neugeschaffene Arztgruppe der ausschließlich schmerztherapeutisch Tätigen von Ihnen noch gar nicht vorgesehen. In etlichen Mailings habe ich Ihnen diese Arztgruppe bei vernünftiger Schneidung der Fallwerte als prinzipiell besonders wichtigen Hoffnungsträger präsentiert: deren Bekenntnis „hohe Qualität durch strikte Mengenbegrenzung“ ist einfach gut und zeitgemäß! Gerne also bitte diese Gruppe anbieten und berechnen und gerne auch im Vorfeld mit mir kontakten, damit ich Zusatzdaten liefern oder Implausibilitäten vor Veröffentlichung checken und rausfiltern kann. Vertrauen ist von allen das zarteste Pflänzchen und am gewaltigsten krisenfähig, nicht nur in der großen Weltfinanz.

Am 10.12.2008 organisierte die KVSH in Kiel den ersten sogenannten Parlamentarischen Abend, zusammen mit dem Landesgesundheitsministerium um Ministerin Trauernicht incl.höchstselbst Rainer Hess/GBA-Vorsitzender in Berlin und mit allen möglichen weiteren Mandatsträgern (immerhin schön, dass der Autor via BDNC als solcher anerkannt explizit geladen wurde – wir sind wiewohl klein so doch eigenständig salonfähig!); würdiger Rahmen des ganzen: die Foyers der Kieler Kunsthalle. Ziel und tatsächlich gutteils erreicht: dass wir nun hier im kleinen pragmatischen Nordstaat den Föderalismus wiederentdecken entgegen dem Berliner Zentralismus, wo wir gewachsene Strukturen individuell stützend erhalten wollen.

Zu diesem Treffen schrieb für die Ärzte-Zeitung am 12.12.2008 Dirk Schnack unter dem Titel: „Ministerium in Schleswig-Holstein solidarisch mit KV. Als erstes Bundesland will Schleswig-Hol-

aus den Landesverbänden

40
ZfaNch
1/2009

stein Sofortmaßnahmen gegen die drohenden Honorarverluste ergreifen. KV und Gesundheitsministerium haben sich auf ein gemeinsames Vorgehen geeinigt. „Wir können nicht zulassen, dass durch die Umsetzung der Honorarreform auf Bundesebene die gute ärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein gefährdet wird“, begründete Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht die Absprache mit der KV. Wichtigster Punkt ist die Forderung nach einer schrittweisen Umsetzung der Honorarverteilung, um den Arztpraxen Zeit für die Anpassung zu geben. Als Übergangsphase ist von „mindestens ein Jahr“ die Rede. Hilfsweise soll eine regionale Anpassung erfolgen. Beides erfordert aber neue Beschlüsse der Bewertungskommission auf Bundesebene. Ministerium und KV wollen durch Kontakte zu den Gremien in anderen Bundesländern für dieses Vorgehen werben. Außerdem sind im Land folgende Korrekturen geplant: Das ambulante Operieren – nach bisherigem Stand würde der Punktwert um 0,75€ sinken – soll durch eine Übergangsregelung mit den Krankenkassen gestützt werden. Details dazu sind noch nicht bekannt. Eine gemeinsame Härtetallkommission mit den Kassen soll eingreifen, wenn sie die Versorgungssicherheit durch Honorarverluste gefährdet sieht. Durch Bildung ausgeglicherner Untergruppen in den Fachdisziplinen sollen Honorarverschiebungen vermieden werden. Auch hier ist eine Beteiligung der Kassen vorgesehen. Regelleistungsvolumen gibt es schon für rund 40 Fachgruppen. Zugleich kündigte Trauernicht an, die Modellprojekte zur Erprobung regionaler Budgets voranzutreiben.“

Also nicht ganz ohne Hoffnung. Ziel:

- 1) Regional gewachsene vertragliche Freiheitsgrade und damit die SH-Sicherstellung vor Kahlenschlag schützen gegen Berliner Zentralismus und
- 2) mehr Zeit zur Adaptation geben durch Übergangsfristen. Angenehmes Nebenergebnis: wieder harmonischer Schulterschluss im Lan-

de, und nachhaltige Unterstützung durch Ministerium (in Kiel und Düsseldorf) verhalf uns ja auch 10/08 in Berlin zu wesentlich nachgebesserter Landes-HVV-Quote.

Und die Alternative Systemausstieg?

Seit dem 11.12.2008 ist es offiziell: ambulante Operationen in SH ab 01/09 nur noch bei gesicherter Kostenübernahme. Und der beratende Ausschuss Fachärzte der KVSH am 17.12.2008 erbrachte Durchwachsenes: unser SH-Antrag an den Erweiterten Bewertungsausschuss in Berlin zwecks Stärkung von Föderalismus und regionalen Restvertragsfreiheiten wurde niedergestimmt – und bezeichnenderweise nicht durch die KBV, sondern die Granden der anderen KV'en (und zwar derjenigen, die RLV's noch nicht ausgerechnet haben, so dass dort die Palastrevolution noch nicht ausbrechen konnte – anders Westfalen-Lippe und Bayern, wo schon gerechnet wurde und promt die Hütte brennt ...). In Schleswig-Holstein wird ab Januar nur noch bei zugesicherter Kostenübernahme ambulant operiert: Mit dieser Sofortmaßnahme reagieren die Mitglieder des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) auf die „existenzbedrohenden Entwicklungen der Honorarreform. Auch in anderen Bundesländern wollen ambulante Operateure nur noch operieren, wenn die Krankenkasse zusagt, die Kosten zu übernehmen. „Der Preis für ambulante Operationen setzt sich zu etwa 80% aus Technik-, Raum- und Personalkosten zusammen. Bei 20% Honorarverlust bedeutet das nach Adam Riese, dass für den ambulant operierenden Chirurgen kein Geld mehr übrig bleibt und er seine hoch qualifizierte operative Leistung umsonst erbringt. Das können wir nicht hinnehmen“, erklärte Dr. Ralf Schmitz, Regionalvertreter des BDC, heute. In einer Sitzung gestern in Kiel sei das Vorgehen intensiv diskutiert worden. Schmitz stellte ein Konzept vor, das zusammen mit sämtlichen operativ tätigen Berufsverbänden, der Ge- ►

aus den Landesverbänden

meinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) sowie der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein mit Unterstützung der KVSH erarbeitet werden. Dieses enthält die Forderung an die Krankenkassen, den Status Quo kurzfristig über einen Aufschub von zwei Quartalen zu sichern – durch Fortzahlung der Vergütung in Höhe der bisherigen Strukturverträge. Während dieser Zeit soll dann mit allen beteiligten Fachgruppen, Verbänden und Kassenvertretern ein „geeignetes und tragfähiges Konzept entwickelt werden, das die ambulante Versorgung in Schleswig Holstein auf Dauer sichert“. „Sollte es nicht zur Fortsetzung der Strukturverträge über die Jahreswende kommen, so wird ab dem 19.1.2009 ein Patient nur dann ambulant operiert, wenn von seiner Krankenkasse eine schriftlich zugesicherte Kostenübernahmeverklärung in Höhe der Preise aus dem Jahr 2008 vorliegt“, beschlossen die BDC-Mitglieder einstimmig. Sie folgten damit einer Entscheidung der Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Chirurgen Schleswig-Holstein vom 3. Dezember.

Die Ärztegenossenschaft hat völlig Recht, wenn sie die KBV-Informationspolitik von wegen knapp 10%-iger Honorarsteigerung deutsche Vertragsärzte immer wieder geißelt und gegen die aktuell überdeutliche kollektivvertragliche Insuffizienz die Option selektivvertraglicher leistungsgerechterer Honorierung dagegenhält sowie die Ultima ratio eines Systemausstieges - und der verschärfte Lage entsprechend und der Rage speziell der Dithmarscher Vertragsärzte nachkommend zu einer großen *Protestveranstaltung am 13.12.2008 in Meldorf* um den Dom und in die „Erheiterung“ einlud. Alle waren sie da (und ich): Vorstand und Aufsichtsrat der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein und des Netzes MQW, der KVSH-Vorstand und der Präsident unserer Landesärztekammer Bartmann, eine Grußbotschaft sogar der Bundesärztekammer (zeitgleich in Berlin tagend)

wurde verlesen und die gesundheitspolitische Sprecherin der Landes-CDU redete und ein Sargfuhr allen voran mit Gerippe nebst vielen Arzthelferinnen in windigem Weiß und Burkhard Sawade als Kreisstellenvorsitzender beschwore Freiberuflichkeit und Mittelstand in Gefahr und den revolutionären Dithmarscher Wind, der kalt aus Westen über die öden post-Kohl-Felder heranwehte. Alleine: es entlud sich viel ehrliche Emotion, der Schulterschluss in der Gesellschaft und zwischen den Beteiligten war wieder mal groß, nur konkret und verbindlich ist Systemausstieg nach wie vor nicht durchbuchstabiert und die Taube auf dem fernen Dach des Doms.

Dazu schreibt Dirk Schnack von der Ärzte Zeitung (wir treffen uns erstaunlicherweise zuletzt mindestens zweimal pro Woche) und es filmten NDR-Fernsehen und RSH lief rum mit Mikro etc.: Ärzte Zeitung, 11.12.2009: „Ärzte im Norden denken über Ausstieg nach. Vor geplanter Protestveranstaltung am Samstag wird auch der Rücktritt von KBV-Chef Köhler gefordert. Praxisinhaber im Norden fordern im Vorfeld einer Protestveranstaltung den Rücktritt von KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. Auch ein flächendeckender Ausstieg aus dem GKV-System wird nicht mehr ausgeschlossen“. „Wir fordern die vom Gesetzgeber zugestandene Honorarerhöhung von 10% und kein undurchsichtiges System, das uns nach dem gegenwärtigen Anschein ein nicht kompensierbares Honorardefizit bringt“, heißt es in einer einstimmig verabschiedeten Resolution, die die Vollversammlung der KV-Kreisstelle Dithmarschen verabschiedet hat. Damit reagieren die Ärzte auf die vorläufigen Honorarbescheide im Norden, nach denen zahlreiche Praxen in Schleswig-Holstein im kommenden Jahr mit Honorarverlusten rechnen müssen - zum Teil in einer Größenordnung von 50%. Die Ärzte an der Westküste wollen das Problem nicht länger nur intern diskutieren. Wie angespannt die Stimmung in den Praxen ist, zeigt ein

aus den landesverbänden

Schreiben der Dithmarscher Kreisstelle an die Ärzte im Norden. Darin fordert der Kreisstellenvorsitzende Burkhard Sawade: „Eine leistungsgerechte Vergütung mit der versprochenen Erhöhung von 10%“, „Die Ablösung der Honorarabteilung der KBV, wegen vertragshandwerklicher Schlamperei“ und „die längst fällige Ablösung von Dr. Köhler als KBV-Chef“. Mit Aushängen in den Praxen machen die Ärzte Patienten auf die Folgen der Honorarreform und auf den Protesttag aufmerksam“.

BDNC-/ANNCH-Ratschläge an die Kollegen/innen von kurz vor Weihnachten: was also ist zu tun und zu hoffen und was steht fest?

Widerspruch einlegen ist Pflicht gegen die Mitteilung des RLV. KVSH möchte kurzfristig darüber entscheiden: um ggf. noch in 12/08 uns die „Chance“ zu geben, sozialgerichtlich dagegen vorzugehen; möglichst den Widerspruch begründen! Argumente hierfür wären etwa:

1) Härtefall wegen > 15%-igem Honorarverlust durch Umstellung auf die neue Mengensteuerungs-Systematik,

2) Praxisbesonderheiten bei Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der jeweiligen Arztgruppe von > 30% durch besonderen Versorgungsauftrag oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung, also Gründe der Sicherstellung,

3) schließlich evtl. RLV-Überschreitungsmenge bei Vertretung eines Arztes oder Krankheit im Vorjahres-Vergleichsquartal; außerdem Vorstandsbeschluss KVSH vom 12.12.2008: die monatlichen Honorarabschlagszahlungen in den Monaten Januar und Februar auf unverminderter Niveau erst einmal fortzusetzen; zur Beförderung der schleswig-holsteinischen Chancen in der entscheidenden *Sitzung des Bewertungsausschusses am 17.12.2008* haben einige und darunter der Autor unseren „Mann“ Köehler psychomental und argumentativ präpariert

durch authentische Signale an die KBV, dass regionale Strukturen hier und da vor die Seehunde zu gehen drohen, wenn alles über den Berliner Einheitskamm geschorfen würde; so habe ich z.B. folgenden Text verfasst mit Druckfunktion auf die Tränendrüse resp. Kindchenschema bezüglich Dithmarschen als letztem Abenteuer Europas, gesandt von mir an info@kbv.de am 14.12.2008:

Sehr geehrter Herr Koehler!

Dies ist die große Bitte an Sie als unser oberster vertragsärztlicher Interessenwahrer in der Bewertungsausschuss-Runde am 17.12.08, die im einzelnen jahrelang gewachsenen und bewährten ja teils ÜBERLEBENSWICHTIGEN ganz spezifischen Vertragsfreiheiten, die wir bis dato in Schleswig-Holstein aus gutem Grund und mit gutem Erfolg gelebt hatten: nicht ohne ausdrücklich zuzulassende Ausnahmen durch bundesvereinheitlichende Regeln plattmachen zu lassen!

Ganz kurz ganz konkret der Fall meiner neurochirurgischen Schwerpunktpraxis in Rendsburg und als Filiale an der Westküste in Delve/Eider: Bin Teilnehmer der QS-Vereinbarung Schmerz, habe mit meinen bestimmungsgemäß höchstens 300 Quartalspatienten mit chronischem Schmerzsyndrom alle Hände voll zu tun, biete definitiv eine gute Versorgung lt. guter Rückmeldungen und regelmäßiger QS-Kontrolle über das KV-übergreifende Kompetenzzentrum Nord, Versorgungsbereich: Dorfgröße: Delve 500 Einwohner, im Umland vielleicht höchstens 20 000 weitere, nächstes ähnlich qualifiziertes neuroalgesiolog. Zentrum: in den Krankenhäusern Schleswig sowie Universitätscampus Kiel und Lübeck zu finden, kein weiterer Niedergelassener weit und breit und nicht bis hinter dem Horizont, Mindestentfernung in die genannten Kliniken: 60, 80 resp. 120 km, dort dann anders als bei mir Wartezeiten auf Terminvergabe von vielen vielen MONATEN! (und wenn die Eider-Zugbrücken wie in den

aus den landesverbänden

zurückliegenden Jahren regelmäßig geschehen monatelang wartungsbedingt ausfallen: bummeelig 40 km zusätzliche Umwegstrecke). Überleben kann diese für die Versorgungssicherstellung in der Fläche unverzichtbare Einrichtung dank regionaler Vereinbarungen; die „neue Welt“ nach Bundes-0815 mit ihrem dominanten Fallzahlbezug und ihrer Down-regulation via Verrechnungsfallwert bricht meinem Zentrum definitiv das Genick. Enthalten Sie bitte bitte dem Land, der Fläche und gerade solchen „Zonenrandgebieten“ nicht durch ausnahmslos umzusetzenden kategorischen Bundes-Imperativ überlebenssichern-de Ausnahmeregelungen vor! Nach Darwin ist das Survival of the fittest gerade dort möglich, wo die weitestgehende Anpassung ans Terroir gelungen ist. Integrieren Sie in das Bundeskonzept von einheitlichem Wettbewerb, was die Wissenschaft der Evolution seit Jahrhunderten lehrt: Flexibilität!!!

Gleich in den ersten Januartagen wurde unter Schirmherrschaft von GFB-SH und ÄGSH ein Aktionsprogramm unter Einschluss nahezu sämtlicher (Fach-)Arztgruppen- organisatorische Federführung liegt bei der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein und der GFB - ausgearbeitet und größtenteils inzwischen umgesetzt. Dazu zählen:

Der genannte Parlamentarische Abend in Kiel mit Landtags- und Bundestagsabgeordneten unter Teilnahme der Landesgesundheitsministerin Gitta Trauernicht – die wiederum daraufhin ein Spitzengespräch aller Berufsverbände mit den GKV-Spitzen katalysierte, infolge dessen die Honorarreduktion in SH laut Schiedsamtsspruch in Höhe von 23% verbindlich zugesagt rückwirkend zum 1.1.2009 nahezu „zurückgedreht“ werden soll; außerdem laufen diverse Aktionen im Einklang mit dem Berliner Manifest (aller möglichen Verbände auf Bundesebene – vom 20.1.2009): den Engpass und die Mangelsituation sichtbar zu machen - incl. Erstellung von Flyern und Pos-

tern und einer professionellen PR-Kampagne organisiert mithilfe der ÄGSH; hierzu gibt es einen Beschluss aller in der GFB organisierten Berufsverbände, nach dem sich jeder Verband mit 2000 € an der Darstellung der entsprechenden Kosten beteiligen möge. Es konnte ein „Sonderpreis“ für uns Smallies vom BDNC ausgehandelt werden, ich habe den neurochirurg. Obulus für die Öffentlichkeits-/PR-Aktionen auf 1000 € reduzieren können und dankenswerterweise Gehör und Unterstützung gefunden seitens unserer Berliner BDNC-Kriegskasse.

Am 10.1.2009 in Lübeck hochkarätig bundespolitisch besetztes berufspolitisches Symposium unserer KVSH mit einem der größten Granden „die an allem schuld sind“: Jürgen Wasem höchstpersönlich ausführlich bereitstehend als „Sparringspartner“ zum Thema Gesundheitsfonds und Honorarreform – und 5 Tage danach tagte dann in Berlin wieder der nächste entscheidende Erweiterte Bewertungsausschuss, der u. a. über unseren schleswig-holsteinischen Antrag auf mehr Freiheit und Föderalismus entscheiden soll – und Jürgen Wasem dann dort wieder Zünglein an der Waage und wichtigster Player, so dass „Seelenmassage“ am 10.1. uns allen nur nutzen konnte und dementsprechend denn auch reichlich wie-wohl nordisch abgeklärt stattfand ...

Erfreuliches aus Berlin und Kiel, jeweils vom 15.1.2009: in puncto ambulantes Operieren ergab ein Gespräch zwischen und GfB und den KK SH gestern in Kiel optimistisch stimmende Resultate:

Es traf sich die AG – Ambulantes Operieren der GFB mit Kassenvertretern in Kiel.

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände Schleswig-Holstein haben heute die Forderungen zum ambulanten Operieren der niedergelassenen Fachärzte Vertretern der Ersatzkassen und des VdAK dargelegt. Diese sind Ba-

aus den Landesverbänden

sis künftiger Gespräche und Verhandlungen zum ambulanten

Operieren, zur Beilegung der Krise um die Facharzthonorare. Zu den Forderungen gehört ein Wiedereinsetzen der finanziellen Förderung von Strukturen im ambulanten Operieren zum 1.1.2009. Umsatzeinbrüche von 20-30% im ambulanten Operieren lassen künftig bewährte Strukturen einer qualifizierten wohnortnahmen und flächendeckenden Versorgung wegbrechen. Die operierenden Fachärzte haben mit der Androhung – Kostenübernahme – ab 19.1.2009, Druck aufgebaut, aber auch zuvor ein Signal zur Gesprächsbereitschaft gesetzt. Dies wurde von den Kassen erkannt und genutzt, sodass zunächst ein Aussetzen der Protestaktion – Kostenübernahme – für 3 Wochen seitens der GFB zugesagt wurde. Am 5. Februar wollen die Kassenvertreter über das Forderungspaket der operierenden Fachärzte entschieden haben, um bis zum Ende des 1. Quartals 2009 gemeinsam ein neues Vertragswerk zum ambulanten Operieren in Schleswig-Holstein rückwirkend zum 1.1.2009 zu entwickeln. Einigung besteht darin sich an den Elementen des früheren Strukturvertrag amb. Operieren Schleswig-Holstein zu orientieren. Diesen wieder aufleben zu lassen bzw. fortzuführen oder in einem Vertrag nach § 73c bzw. § 140 a ff weiterzuentwickeln sind zu prüfende Optionen. Hier hat die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein ihre Unterstützung zu gesagt. Die AOK-Schleswig-Holstein hat die Bereitschaft zur Teilnahme an dieser verhandlungsrunde angemeldet. Die Krankenkassen sind jetzt am Zug eine unkomplizierte adäquate Lösung anzubieten, im Sinne einer guten flächendeckenden Patientenversorgung.

Nächstes GFB-Treffen, auf dem ich unsere ANNCH-SH vertrat, fand dann statt im Hause der ÄGSH am 22.1. Und in Berlin tagte und beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss am 15.1.2009 ganz i.S. unseres SH-Antrages auf „Föderalis-

musförderung“ wie folgt: Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist bei der Honorarverteilung ein größerer Handlungsspielraum eingeräumt worden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss in Berlin stimmte am 15.1.2009 einem entsprechenden Antrag zu. Dies berichtet der Vorstand der KV Schleswig-Holstein. Die neue Regelung gelte rückwirkend zum 1. Januar. Lesen Sie mehr darüber: <http://www.facharzt.de/a/a/75945>

Wichtige Mail aus Würzburg vom 21.1.2009:

Lieber Dr. Leifeld, mit bescheidenem Stolz und großer Freude: Die ZfaNch ist online!
www.huttenscherverlag507.de
in der Kategorie Seiten: ZfaNch
Beste Grüße
Ihr Stefan Hergenröder
Ps: Bitte überall verbreiten!

Am 21.1.2009 beschloss eine Arbeitsgruppe aus vielen Verbänden hat heute das „Berliner Manifest“ zum Wahljahr 2009. „Als Therapiemaßnahme begreifen die deutschen Ärztinnen und Ärzte das gerade begonnene so genannte Super-Wahljahr als Chance, aktiven Wahlkampf für das Gesundheitswesen zu machen“, ist eine der zentralen Passagen des Papiers. Die in Berlin auf Einladung der ‚Freien Ärzteschaft‘ zusammengekommenen Vertreter von ärztlichen Berufs- und Fachverbänden stellen mit Zorn und völligem Unverständnis für das Vorgehen der verantwortlich Handelnden in der Politik fest, dass die seit vielen Jahrzehnten bewährte und weltweit bewunderte wohnortnahe flächendeckende ambulante Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte – politisch gewollt – akut vor dem Aus steht! „Dieses bewährte System, in dem weit über 90% aller Krankheitsfälle in Deutschland abschließend behandelt werden, soll eliminiert werden zugunsten einer industrialisierten, profitorientierten und anonymen Abfertigung in

aus den landesverbänden

Medizinischen Versorgungszentren, in denen der bislang als Individuum geachtete und behandelte Patient zum Fall mit einer Durchlauf-Nummer abgewertet wird. Die seit 1. Januar 2009 geltende Honorarreform ist ein erstes, allerdings energetisches Durchgreifen des Staates zur Umsetzung der Eliminierung der Arztpraxis vor Ort. 15 bis 30% Umsatzeinbrüche, die jetzt schon vorhersehbar sind, gefährden damit in höchstem Maße die wirtschaftliche Existenz der einzelnen Arztpraxis und bedrohen damit die zuverlässige Betreuung der Patienten ebenso wie sie die Sicherung der Arbeitsplätze von zehntausenden Praxismitarbeiterinnen in Frage stellen. Denn die vielfach von interessierter Seite bejubelte Honorerhöhung von angeblich 10% kommt in den Praxen nicht an. Insofern müssen und wollen die deutschen Ärztinnen und Ärzte das Heft des Handelns selbst in die Hand nehmen. Die Patienten werden in den Sprechzimmern über die drohende Entwicklung aufgeklärt: über ihre Entpersönlichung als Patient gleichermaßen wie über den drohenden Verlust ihres vertrauten Arztes um die nächste Straßenecke. In öffentlichen Aktionen wird die Bevölkerung insgesamt durch engagierte Ärztinnen und Ärzte informiert. Streiks mit Praxisschließungen – auch über längere Zeit – werden – bei Aufrechterhaltung einer Notfallversorgung – nicht mehr ausgeschlossen. Insofern begrüßen die in Berlin versammelten Verbandsvertreter ausdrücklich Streikaktionen auf lokaler und regionaler Ebene, die bereits in den nächsten Tagen anlaufen. Den Kolleginnen und Kollegen wird die absolute Solidarität versichert, die zahlreichen bundesweit in Gründung begriffenen Aktionsgemeinschaften der niedergelassenen Ärzteschaft werden nachdrücklich ermuntert, gleichfalls Streiks zu organisieren. Ein bundesweiter Streik der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte noch vor dem Sommer wird nicht ausgeschlossen! In der Fürsorge für unsere Patienten

und in der Verantwortung der nachrückenden Ärztegeneration können und dürfen wir den politisch gewollten Niedergang der flächendeckenden wohnortnahmen haus- und fachärztlichen Versorgung nicht hinnehmen. In der gleichen Verantwortung fordern wir eine glaubwürdige Garantie für unsere Unabhängigkeit in ärztlicher Freiberuflichkeit, die zwingend auch die Freiheit des Arzt-Patienten-Verhältnisses und die Therapiefreiheit einschließt. Dies alles muss abgesichert werden durch ein faires und transparentes Abrechnungssystem; denn nur der wirtschaftlich unabhängige Arzt hat Herz und Hirn frei für seine Patienten.“ Mitunterzeichner des Berliner Manifests sind u.a. der Bayerische Facharztverband der Berufsverband Deutscher Nervenärzte, der Berufsverband der Neurologen und der Berufsverband Deutscher Psychiater sowie die Freie Ärzteschaft, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, Medi Berlin, Vertreter von Hausärzten und Gynäkologen und Vertreter des Miesbacher Manifests. Gefordert wird darin: „1. Wir fordern die Ärzteschaft zur Einigkeit auf. 2. Wir fordern die Ärzte auf, politisch aktiv zu werden. 3. Die Ärzte werden den politisch verursachten Mangel deutlich machen. 4. Das beste Gesundheitswesen der Welt ist in akuter Gefahr. In keinem anderen Land gibt es einen vergleichbaren, ungehinderten Zugang zu Fach- und Hausärzten. 5. Die Dumping-Preise in der neuen Gebührenordnung müssen sofort durch faire Preise für alle Leistungen ersetzt werden. 6. Gesetzlich verordnete Leistungsbegrenzungen und Pauschalen schaden unseren Patienten. 7. Der Ausverkauf des Gesundheitswesens an Gesundheits-Heuschrecken durch die schwarz-rote Koalition muss gestoppt werden.“

Die KVSH und viele Nord-Berufsverbandssprecher erwarten nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zunehmende Verteilungskämpfe zwischen den Fachgruppen,

aus den Landesverbänden

zwischen den sogenannten Gewinnern und den sogenannten Verlierern und insgesamt eine Belastungsprobe für die innerärztliche Solidarität (*Ärzte Zeitung, 23.1.2009*). *Kritische Stimmen geben den Ton an.*

Schon wenige Tage zuvor hatte Ulrich Weigelt, Bundesvorsitzender des dt. Hausärzteverbandes, das frühe Ende der neuen Gebührenordnung bereits ausgerufen und die große Gefahr gesehen, dass jetzt nur Gewinner gegen Verlierer desolidarisierend ausgespielt würden, der Fehler allerdings bereits in der Grundkonstruktion der Honorarreform läge und jede Verlängerung nur Augenwischerei sei. Auf gar keinen Fall könne es Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung sein, die Interessen der einzelnen Arztgruppen gegeneinander zu instrumentalisieren. Indessen wird bekannt, dass annähernd 900 Arztpraxen in SH entsprechend fast einem Viertel Härtefallanträge gestellt haben – was wenn nicht das heißt wohl Bankrotterklärung??? (Bankrott der RLV-Systematik natürlich, nicht der an sich gesunden Praxen!).

Zu dieser Zeit verlangte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes Klaus Bittmann/SH Aufklärung von Ulla Schmidt *angesichts der großen Verwerfungen und wirtschaftlichen Einbrüche bei der Honorierung niedergelassener Ärzte, die gerade leistungsstarke Praxen im hausärztlichen Bereich und kostenintensive Facharztpraxen in ihrer Existenz bedrohten*, Er fragte außerdem, ob die politisch versprochenen 2,7 Mrd. Euro auch tatsächlich und nicht nur virtuell in die ambulante Versorgung flössen. Zudem verlangte der Verband der niedergelassenen Ärzte Aufklärung, „ob das Debakel der kollektivvertraglichen Honorarreform gewollt ist oder ob dahinter Absicht und der Beginn der Umsetzung von sozialpolitischen Vorstellungen steht, Teile der ambulant tätigen Fachärzte zu eliminieren und diese in den stationären Sektor umzusteuern“. Als Konsequenz sei heute bereits absehbar, dass bedroh-

liche Einbrüche für die wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung entstünden und sinnvolle Versorgungsziele Schaden erleiden.

Am 30.1.2009 gab KBV-Vorsitzender Köhler neue Hochrechnungsdaten zur Vergütungssituation auf Basis realer Abrechnungen 2008 bekannt (während alle bisherigen Angaben auf Simulationsrechnungen basierten). Zu aller Verwunderung (?) betrug der Honorarzuwachs im Jahr 2008, hochgerechnet aus den jetzt vorliegenden Abrechnungen für das erste Halbjahr, 1,773 Mrd. Euro, wie KBV-Chef Dr. Andreas Köhler vor Journalisten im Berlin mitteilte. Das sei erheblich mehr als das in bisherigen Simulationsrechnungen unterstellte Grundlohnplus von 222 Mio. Euro. Das wiederum schmälere erheblich den Zuwachs des Honorars in diesem Jahr verglichen mit dem Jahr 2008: und zwar auf 1,232 Mrd. Euro – das ist ein Plus von 4,2 %. Auch wenn es bei einem Zuwachs der gesamten Vergütung von rund 3 Mrd. Euro im Vergleich zu 2007 geblieben ist – tatsächlich haben viele Ärzte als Maßstab wohl nur das Jahr 2008 im Blick. Und hier zeigt sich, dass die Honorarsummen bei den KVen Baden-Württemberg mit 3,4 % und Schleswig-Holstein mit 0,7 % rückläufig sind. Für die nächsten Monate kündigte Köhler Korrekturen an: sie liefen auf mehr Spielraum für die einzelnen KVen hinzu, wobei das Konzept der Regelleistungsvolumina mit dem Ziel einer stärkeren Differenzierung gründlich überarbeitet würde.

Am 31.1.2009 lehnte eine Sonder-VV in Stuttgart das RLV-Konzept vehement ab. Energisch kritisierten einige der etwa 350 anwesenden Ärzte die neuen Regelleistungsvolumina und klagten über erhebliche Verluste und Existenzängste. Besonders die Hausärzte habe es stark getroffen, war den Berichten einiger Niedergelassener zu entnehmen. Sie müssen mit einer um 3,6 % geringe-

aus den Landesverbänden

ren Vergütung im Vergleich zum Vorjahr auskommen. Unter häufigen Zwischenrufen und Pfiffen der Kollegen arbeiteten KV-Vorstand und 50 Delegierte die Tagesordnung ab. „Die Ärzte fühlen sich verschaukelt“, gab Birgit Clever bei der Eröffnung die Stimmung im Bundesland wieder. Dabei habe das System eine Komplexität erreicht, die selbst intime Kenner nicht mehr überblickten. Die KV würde sich schwer tun, etwas anzubieten, was die „Sorgen der Kollegen tatsächlich nachhaltig mildern oder aufheben könnte“. Dies führe zu einer Erosion der Körperschaften von innen. Mehrmals wurde sogar die Forderung nach einer Rückgabe des Sicherstellungsauftrags laut. Ein Neun-Punkte-Plan für dringliche Änderungen konnte nicht komplett vorgestellt werden, weil der Protest am System zu laut wurde. Vorsitzender Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer – selbst massiv in der Kritik – gab bekannt, dass die KVBW laut Vorstandsbeschluss vom Vortag das RLV-System vorerst nicht umsetzen wolle. Es werde eine Parallelabrechnung nach altem und neuem System gemacht. Die KVBW wolle damit an die Öffentlichkeit gehen, um zu zeigen, was geleistet und nicht bezahlt worden sei. Der Protest verebbte dennoch nicht. „Ihre Hauptstrategie war nicht die Verweigerung,“ warf ihm MEDI-Vorsitzender Werner Baumgärtner vor. MEDI-Mitglied Norbert Metke beklagte, dass für die grundlegende ärztliche Tätigkeit kein Geld übrig sei. In fünf von sechs Anträgen zum Beschluss durch die Vertreterversammlung waren die beiden MEDI-Vertreter als Antragsteller verzeichnet. Einstimmig angenommen wurden die Anträge zu einer Anzeigenkampagne in den führenden Tageszeitungen in Baden-Württemberg, weiter die Aufforderung an die Bundesregierung, die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen, die geltende Honorarverteilungssystematik unverzüglich zu beenden und die Forderung, die Regelungsvolumina nicht umzusetzen und dafür

zu sorgen, dass der zugesagte Honorarzuwachs von 10% in Baden-Württemberg ankommt. Einige Enthaltungen gab es beim Antrag auf Absetzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller. Bereits zuvor hatten nach dem Antrag eines Delegierten auf geheime Abstimmung viele den Raum verlassen. Nur einige ließen sich zu einer Rückkehr bewegen. Dem fünften Antrag auf Missbilligung der Honorarpolitik des Vorsitzenden des Vorstandes der KVBW gaben 29 Delegierte ihre Zustimmung bei zwei Enthaltungen und einer Nein-Stimme. Über den letzten Antrag auf Missbilligung der Amtsführung des Vorsitzenden des Vorstandes und der Aufforderung zu seinem Rücktritt konnte nicht mehr abgestimmt werden, weil die Versammlung nicht mehr beschlussfähig war.

Am 4.2.2009 ist in der Ärzte Zeitung zu lesen, in Deutschland steige die Streikbereitschaft von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern ganz erheblich. Sie machten mobil gegen den Honorarrückgang und nannten die Regelleistungsvolumina desaströs. Eine sachgerechte Versorgung der Patienten sei nicht mehr zu gewährleisten. Die Praxen wollen zudem das Angebot von Selbstzahlerleistungen ausbauen. „Wir werden die Patienten darüber informieren, was das System ihnen an Versorgung überhaupt noch zubilligt.“ Auf einer Sondermitgliederversammlung hätten die Mitglieder des BDVN sowie der Berufsverbände der Neurologen und der Psychiater ein ganzes Bündel von Protestmaßnahmen beschlossen. Nach einer Umfrage des BDVN erwarteten 48,56% der Praxen einen massiven Gewinnrückgang, 28,90% planen die Entlassung von Personal und 7,85% der Praxen sehen sich von Insolvenz bedroht. Die Verbände haben ihre Mitglieder aufgerufen, bei den KVen Härtefallregelungen zu beantragen und Praxisbesonderheiten anzumel-

aus den landesverbänden

den. Vom Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar, der den KVen wieder mehr regionale Spielräume bei der Honorarverteilung gibt, erwarte man nicht viel. „Da geht es doch nur wieder um neue Umverteilungen.“ Klar sei bereits, dass Nervenärzte, Psychiater und Neurologen in mehreren Regionen, z.B. in Bayern, ihre Praxen wochenweise schließen würden. Zudem wurde Kritik geübt an der Konvergenzlösung, die nur anfangs zu einer gewissen Abfederung der Verluste führen werde.

Am 3.2.2009 Information aller Vertragsärzte durch den Vorstand der KVSH über einen KV-Vorschlag, der bereits abgestimmt sei mit dem HVM-Ausschuss, in der Hoffnung auf eine breite Mehrheit in der Abgeordnetenversammlung am 11.2.2009: *Verlustbegrenzung im 1. Halbjahr 2009 von maximal 10% im Gesamtumsatz einer Praxis* (während längst durch die Bundespresse ging die bayerische Zusage, u.a. durch das Gewicht von Herrn Söder bekräftigt: dass niemand mehr als 5 % verliere...)

Treffen der Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Neurochirurgen in Schleswig – Holstein ANNCH-SH am Mittwoch den 4.2.2009 um 19.30 Uhr in Kronshagen im Konferenzraum des Mare Klinikums, Eckernförder Strasse 219.

Bernard Essed hatte alle Mitglieder der ANNCH-SH eingeladen. Unser Dutzend wurde wieder mal voll, so sind halt die Zeiten, die Stimmung war und blieb gut und voll auch wieder das Programm/TOP:

- Bericht von der BDNC-Mitgliederversammlung Hannover 01/09
- Aktueller Stand in Sachen Honorarreform und RLV NCH. Hierzu Kurzreferat Leifeld: die vorliegende Chronologie im Schnelldurchgang, ausführliche Aussprache, zuletzt Beschlussfassung nicht un wesentlich vorformuliert

von Koll. Plötz (der ganz neu ist in unserem ambulant-vertragsärztlichen Kreis – woran man sieht, dass dezidiert freiberufliches Credo und Parlando nicht erst jahrelang mühsam erworben sein muss): der KVSH-Vorstandsvorschlag einer Verlustbegrenzung auf 10% zur Alimentierung sogenannter RLV-Gewinner und zur Befriedigung von deren vermeintlichem Rechtsanspruch ist einstimmig von den 14 neurochirurg. Vertragsärzten abgelehnt worden mit Hinweis auf die einzige realistische Sicht auf die Dinge: dass es in SH durch den RLV-Murcks überhaupt NUR Verlierer gibt und dies ist dann auch endlich einmal geradlinig genau so nach außen zu transportieren: die ambulante medizin. Versorgung in SH kennt abweichend von vollmundigen früheren KBV-Ansagen nur Verlust, keiner ist Gewinner und zuallerletzt die Patienten! Und die Bezugsgröße „Gesamtumsatz einer Praxis“ wird nicht nur einstimmig von den anwesenden Neurochirurgen/innen Schles. Holsteins ohne Gegenstimme abgelehnt, sondern es wird geradezu als Unverschämtheit empfunden, zur „Rettung“ stümperhafter RLV-Systematik Quersubventionen einzuberechnen aus dezidiert immer schon außerhalb der RLV-Systematik angesiedelten Honorarkontingenten, die in der Neurochirurgie wie etwa die extrabudgetären ambulant operativen oder belegärztlichen Leistungen auch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung standen und stehen.

- Aktueller Stand in Sachen Ambulantes Operieren. Dto.
- Aktueller Stand in Sachen Streichung der Facettenthermodenervation aus dem Katalog ambulanter Operationen OPS. Seit Absendung des in unserer letzten Ausgabe dokumentierten Briefes durch BDNC und etliche anderen Verbände auf Anforderung an die KBV von dort

aus den landesverbänden

noch keine Antwort – allerdings auch unseres Wissens bundesweit in letzter Zeit keine KV-veranlassten Honorarrückforderungen mehr oder sonstige Strangulationen.

- Aktueller Stand in Sachen Arztgruppen-Proteste ab der 2. Februarwoche. Bericht Leifeld u. a. zu GFB-Koordinationen und zur Finanzierung der koordinierten fachärztlichen Aktionen im Lande (neurochirurg. Kostenanteil für die Öffentlichkeits-/PR-Aktionen SH in Höhe von 1000 € durch BDNC-Topf Öffentlichkeitsarbeit übernommen wie mitgeteilt durch Koll. Michael Conzen). Schlagzeile am 4.2.2009 in der Ärzte Zeitung: „Aktionswoche in SH: Praxen bleiben zu. Zahlreiche Fachärzte in Schleswig-Holstein werden ab kommendem Montag ihre Praxen für eine Woche schließen – ein Protest gegen die aktuelle Gesundheitspolitik, insbesondere die Honorarreform“. „Wir stellen damit die fachärztliche Versorgung im Jahr 2013 dar – denn dann sind die Praxen alle wegrationalisiert“, erläuterte Dr. Christian Hauschild, Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), der die Aktionswoche initiiert hat. „Es geht uns darum, die niedergelassene freie Arztpraxen zu erhalten“, sagte Hauschild auf einer GFB-Sitzung 02/09. Diese seien aktuell gefährdet. Die Pauschalen seien falsch berechnet und zu niedrig. „So können wir keine gute Medizin machen.“ Weitere Facharztgruppen hatten zeitgleich erklärt, ebenfalls bei der Aktion mitzumachen. So berichtete der Berufsverbandsvorsitzende der Augenärzte SH, Bambas, von einem kollektiven Beantragen zeitlich befristeten Ruhenlassens der Zulassung in den beiden letzten Märzwochen – eine bereits mit dem Zulassungsausschuss abgesprochene Aktion, den Mangel sichtbar werden zu lassen. Der Lübecker Orthopäde Dr. Richard Jung sagte den

„Lübecker Nachrichten“, er gehe davon aus, dass rund 80 % der Orthopäden ihre Sprechstunde ausfallen lassen werden. Die Berufsverbandsprecher der Orthopäden, Augenärzte und Chirurgen in SH gaben an, auf deren letzten Mitgliederversammlungen auf Repräsentationsgrade von 80% und mehr gekommen zu sein - also fast alle Mitglieder mobilisiert zu haben! Und nicht anders wir im ANNCH-SH. Analoges wurde am selben Tag aus anderen Bundesländern bekannt: „Die Verärgerung der bayerischen Fachärzte ist immens“, erklärte der Vorsitzende der GFB Bayern, Dr. Thomas Scharmann. „Die Patienten, die unsere Verbündeten sind, wissen, dass wir eine vernünftige medizinische Versorgung für den Preis eines Haarschnitts nicht aufrecht halten können“, sagte Scharmann, der auch Bundesvorsitzender des Deutschen Facharztverbandes (DFV) ist. Mit einem „Fortsbildungs- und Informationstag“ am 17.2.2009 wollen die niedergelassenen Fachärzte in Bayern eine Kehrtwende bei der Honorarreform erreichen. „All die größeren und kleineren Notein griffe am offenen Herzen des Honorarsystems zeigen: Das System ist so nicht reparabel“, erklärte Scharmann. Die Regelleistungsvolumina und die Budgets müssten abgeschafft werden. Besonders dringlich sei jedoch die Lösung der akuten Honorarprobleme. Den niedergelassenen Fachärzten müssten jetzt sofort für die kommenden Wochen und Monate tragfähige Lösungen angeboten werden. Konkret verlangt die GFB Bayern die Abkopplung der Regelleistungsvolumina von den Vorwegabzügen. „Unsere Finanzierung, der Kern der Patientenversorgung, darf nicht von einem technischen Rest abhängen“, erläuterte Scharmann. Die fachärztliche Basisvergütung und auch hoch spezialisierte Leistungen müssten umfassend abgesichert werden.

aus den Landesverbänden

Zuletzt: wie üblich eine Fallvorstellung, diesmal durch Leifeld. Dank Bernard Essed waren wir alle in Kiel auch infranasal nicht verhungert, wurden in außerirdischer Währung mit 4 CME-Punkten bedacht und gingen auseinander mit dem guten Gefühl im Herzen: wir sind uns alle nicht ganz spinnefeind! Und wer weiss, wozu sowas nochmal gut sein kann...

Am 5.2.2009 vermeldete die Bundesgesundheitsministerin Schmidt: „Die allermeisten Praxen werden gewinnen“ – und wies zugleich jede Verantwortung für die aktuellen Verwerfungen bei der Umsetzung der Honorarreform zurück. In Gesprächen mit Vertretern von KBV, KVen, Deutschem Hausärzteverband und dem Deutschen Fachärzteverband sowie den Kassen habe Einvernehmen darüber bestanden, dass die „Ziele der Honorarreform (Transparenz, Honorargerechtigkeit, Kalkulierbarkeit) nicht durch Gesetzesänderungen zu erreichen sind“, schrieb die Ministerin in einem Brief an die Bundestagsabgeordneten von CDU/CSU und SPD. Darin erneuerte sie ihre Kritik an den KVen. Die meisten von ihnen hätten konkrete Informationen über die Auswirkungen der Reformen im Einzelfall erst nach dem Bescheid über die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) für das erste Quartal bereitgestellt. Dies habe dazu geführt, dass viele Ärzte die Mengenbegrenzung über die RLV mit den tatsächlich zu erwartenden Honorarsummen verwechselt hätten. Die Ministerin geht weiter davon aus, dass die Reform im Vergleich der Jahre 2007 bis 2009 den Ärzten drei Mrd. Euro zusätzlich bringen und „die allermeisten Praxen zu den Gewinnern“ gehören werden. Am selben Tag neuerliches Treffen der GFB-SH mit der ÄGSH und nahezu geschlossener Präsenz der Fachärzteschaft durch deren Berufsverbandslandesvorsitzende unter Einschluss des Vorsitzenden des Hausärzteverbandes SH Nicolai Breyer; Abstimmung konzertierter Aktionen diverser Fach-

gruppen, den Mangel i.e. die finanziell erbärmliche Unterdeckung sichtbar werden zu lassen; ausdrückliches erneutes Unterstreichen der Leifeld-Formel: „jede Praxis zahlt.de“ - diesmal erweitert um einen einstimmig gefassten Beschluss, dem Verlustbegrenzungsvorschlag der KVSH am 11.2.2009 die Zustimmung in der Abgeordnetenversammlung zu verweigern unter Hinweis auf die allein wahre Formulierung: „Wir alle sind Verlierer, es gibt keine Gewinner-Praxis, wenn das ganze Land SH Mio. Euro verliert und also sind auch keine Gewinner zu alimentieren durch irgendwelche Verlustbegrenzungen sogenannter Verlierer! Außerdem wird ein Honorar-Splitting-Konzept und somit eine Aufweichung anderslautender Vorgaben in den Bundesmantelverträgen vorgetragen und den Vorstand der KVSH zu beauftragen beschlossen, politisch und juristisch eine Mischfinanzierung gesetzlicher Regelleistungen zu ermöglichen, indem ein Basis-Satz als GKV-Honorar im RLV/Budget zu erbringen ist und zusätzlich ermöglicht werde, individuell nach GOÄ zusätzlich zu liquidieren, Möglichkeiten von Kostenertstattung und Kostenübernahme regelmäßig vorzusehen. Eine Presseverlautbarung zu diesem GFB-Treffen lautet: „Die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände beschloss am 5.2.2009 mit den freien Verbänden und dem Hausarztverband, mit einer Kaskade von Protestaktionen im Februar zu starten. Die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein wurde mit der Koordinierung der Protestmaßnahmen beauftragt, um medienwirksam und kooperativ die Ärzteprotestes in Schleswig-Holstein zu steuern, auch mit den Kliniken. Die Notfallversorgung der Bevölkerung und Patienten ist gesichert. Der Protest und Widerstand richtet sich nicht gegen unserer Patienten, sondern gegen eine verfehlte Berliner Gesundheitspolitik, die alles verspricht aber nichts hält. In Schleswig Holstein kommt im Vergleich zu 2008 im Jahre 2009 weniger Geld an. Ohne Honorarzuwachs ist eine gute,

aus den landesverbänden

wohnortnahe ärztliche Versorgung nicht mehr zu leisten. Das nehmen mittlerweile in Schleswig-Holstein Bürger und Politik zur Kenntnis, dass Ihre Fachärzte sie für einen Preis eines Herrenhaarschnittes oder einer Fußpflege 3 Monate nicht behandeln können. Schleswig-Holsteinweit wird die GFB mit der ÄGSH, dem Hausarztverband, den freien Verbänden und Netzen sich an die Öffentlichkeit wenden. Maßnahmen wie Praxis-schließungen, das Ruhen der Zulassung bei ausgeschöpften RLV, Kostenerstattung oder Kostenübernahme durch die Kassen sind ein Hilferuf der Ärzteschaft, dass wir so nicht mehr weitermachen können! Haus – und Facharztpraxen werden zeitweise geschlossen, um die Auswirkungen dieser Strukturveränderungen aufzuzeigen. Wir Fachärzte fordern eine sofortige und deutliche Absicherung der fachärztlichen Versorgung und der hochspezialisierten fachärztlichen Leistungen. Die RLV müssen der Versorgung angemessen sein und erhöht werden! Wir fordern mehr Honorar von den Kassen, um Struktur und Sonderverträge wieder aufleben zu lassen, für gute Leistungen ein angemessenes Honorar. Nicht nur Geld für Hausarzerverträge und Psychotherapie sondern ebenso für die fachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte. Wir fordern die RLV auszusetzen. Die gesamte Vertragsärzteschaft in Schleswig-Holstein gewinnt in 2009 an Honorar nichts dazu! Eine Verlängerung der Konvergenzphase und Umverteilung innerhalb der Ärzteschaft bringt uns nicht weiter. Wir fordern mehr Geld für Schleswig-Holstein. Dies werden wir in den nächsten Wochen und Monaten fachgruppenübergreifend in gemeinsamen Protestaktionen konsequent deutlich und spürbar machen, wenn es die Politik darauf anlegt eine gute fachärztliche Versorgung, wohnortnah und flächendeckend zu zerstören. Das Dilemma der Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung liegt nicht bei der Selbstverwaltung der Ärzte, sondern bei der Politik und den Krankenkassen“.

Am 6.2.2009 gibt KBV-Chef Köhler bekannt:
„Die Aussage, dass keine KV verliert, muss revidiert werden“. An der Honorarreform müsse dringend nachgebessert werden. Im Vergleich zu 2008 hätten Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg Verluste zu verzeichnen, in Bayern seien „die Polster sehr gering“, sagte Köhler bei einem Pressegespräch zur Erstanalyse der Reform. 134,7 Mio. Euro weniger habe Baden-Württemberg zur Verfügung, 7,4 Mio. Euro weniger seien es in Schleswig-Holstein. Und auch die Ärzte, die sich momentan auf der Gewinnerseite wähnen, bekommen möglicherweise weniger Geld als erwartet: Im Rahmen der Konvergenzphase werde es in einigen KVen Gewinnbegrenzungen geben, um die Verlustbegrenzungen zu finanzieren. Der Gewinn könnte auf fünf bis acht Prozent begrenzt werden, sagte Köhler. „Wir wollen die drei Mrd. Euro, die von der Politik und den Kassen versprochen wurden.“ War das der Offenbarungseid der KBV? Das fragten sich manche der Journalisten nach der heutigen Pressekonferenz. Wenn die Forderungen der KVen nicht erfüllt würden, sei „möglicherweise der Zeitpunkt gekommen, zu fragen: Ist das noch ärztliche Selbstverwaltung?“, sagte Köhler. Dann müsse man möglicherweise „offen bekennen, dass wir die Sicherstellung der Versorgung nicht garantieren können.“ Immer stärker würden die Körperschaften gezwungen, Normen umzusetzen. „Das Potenzial dessen, wo wir uns wehren können, ist sehr gering“, sagte Köhler weiter. Das System sei in einer Phase der Überregulierung angekommen und kaum noch steuerbar. Das grundsätzliche Problem sei, dass es zwar drei Mrd. Euro mehr gebe, aber nur im Vergleich zu 2007. Im Vergleich zu 2008 seien es nur 1,2 Mrd.. Der Erweiterte Bewertungsausschuss habe die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung auf Basis der Gesamtvergütung 2007 simuliert, weil keine Daten für 2008 vorlagen. Die gebe es erst seit sechs Tagen. 2008 habe es aber große Zuwäch-

aus den Landesverbänden

52
ZfNch
1/2009

se gegeben, in allen KVen lagen diese deutlich über der Steigerung der Grundlohnsumme. Der Grund: Durch die EBM-Reform habe es bei den extrabudgetären Leistungen enormen Zuwachs gegeben. „Wir wollen die 3 Mrd. Euro, die von der Politik und den Kassen versprochen wurden“, betonte Köhler. Faktisch würde das bedeuten, dass es 1,04 Mrd. Euro zusätzlich geben müsste für Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Aber auch sonst sieht der KBV-Chef dringenden Nachbesserungsbedarf, etwa im Bereich der Zuschläge zum Orientierungswert. Mit wenigen Ausnahmen seien diese regional nicht verhandelt worden, weil es in einem Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 3. November 2008 geheißen habe, diese seien allein aus Rückstellungen zu finanzieren. Köhler: „Wir glauben, das war eine Missinterpretation.“ Das Schreiben sei mittlerweile relativiert worden – aber zu diesem Zeitpunkt seien die Verhandlungen in den Ländern bereits abgeschlossen gewesen. Für den 27.2. sei die nächste Sitzung des E-BA angesetzt. Darin will Köhler erreichen, dass Zuschläge auf Landesebene umgesetzt werden. Außerdem sollten die Leistungen nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren) und die belegärztlichen Leistungen komplett aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden. Es gebe aus Politik und BMG Signale, dass dies unterstützt werde. Eine weitere „Unwucht“ sieht Köhler in der EBM-Kalkulation. Der Orientierungswert von 3,5 Cent liege deutlich unter dem kalkulatorischen Punktwert des EBM von 5,11 Cent. „In der Realität führt das dazu, dass an Stelle des kalkulatorischen Arztlohns in Höhe von 105 571,80 € nur 72.316,68 € bezahlt werden. Diese Schere ist zu schließen“, fordert Köhler. Die KBV fordere daher eine Umstellung des EBM-Punktwerts auf den jeweils gültigen Orientierungspunktwert und eine entsprechende Anpassung der Leistungsbewertung. Daher solle auch die zum 1. April ge-

plante Aufnahme neuer Leistungen (Balneophototherapie, Neugeborenen-Hörscreening, Intravitreale Injektion und die Versorgung von HIV-/Aidspatienten) zurückgestellt werden, „bis dieser grundsätzliche Konflikt geklärt ist“. Der Beschluss zu den RLV müsse mit Wirkung zum 1.7.2009 vollständig überarbeitet werden: Die KBV verlangt die Einführung von Zusatzregelleistungsvolumen. Es müsse etwa die Möglichkeit geben, regional zu differenzieren in Gruppen mit über- und unterdurchschnittlicher Leistungserbringung. Leistungen im Vorwegabzug müssten im Volumen begrenzt werden, auch für Arztgruppen ohne RLV. Bei den RLV kleiner Arztgruppen wie Humangenetiker oder Rheumatologen soll statt eines regionalen Wertes auch ein bundesweiter verwendet werden können. Weiter will die KBV einen eigenständigen Vergütungsbereich für die Psychotherapie. Leistungen wie Bronchoskopie, Gastroskopie, Narkosen nach Kapitel 5 EBM und Gesprächsleistungen der Psychiater, Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Fachärzte für psychosomatische Medizin sollen aus dem RLV herausgenommen werden. Auch die Fallzählungssystematik müsse in Hinsicht auf Gemeinschaftspraxen überprüft werden, für MVZ müsse dort eine Regelung gefunden werden. Köhlers Zeitplan für die innerärztliche Abstimmung aller wesentlichen Schritte: Bis April sollen die Inhalte auf Klausurtagungen verfeinert werden, dann ist eine erneute Beratung mit den Berufsverbänden geplant. Auf der Vertreterversammlung am 18. Mai soll ein Beschluss gefasst werden. Wenn es im E-BA keine entsprechenden Beschlüsse gebe, werde für die öffentliche Positionierung ein Kassenärztetag geplant – für den 3. Juli.

Am 7.2.2009 ist aus der KV Westfalen Lippe zu hören: Vollversammlung will RLV für das erste Quartal aussetzen. Die Abrechnung soll nach altem Modus erfolgen. Das aus der 3 Mrd. Euro Erhöhung der

aus den landesverbänden

Gesamtvergütung resultierende Plus soll zusätzlich ausgezahlt werden. „Es war erkennbar, dass die VV von den Auswirkungen der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und den jetzt anstehenden Nachregelungen ‚die Schnauze voll hat‘ und mit ihrem Beschluss ein politisches Signal setzen will“, sagte Thamer. Da die RLV-Bescheide nicht vorläufig verschickt worden seien (anders als in SH), griffen in WL für das 1. Quartal die ursprünglichen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses. Man könne auch erwarten, dass die Gewinner der Reform klagen würden, wenn das 1. Quartal abweichend von den ursprünglichen Beschlüssen des Bewertungsausschusses abgerechnet würde. In Abstimmung mit den Gremien der Selbstverwaltung und den Berufsverbänden hätte der Vorstand ein Konzept für eine Konvergenzphase für 7 Quartale entwickelt. Der Antrag wurde gemeinsam gestellt von den Hausärzten, den Fachärzten und den Psychotherapeuten und wurde mit großer Mehrheit verabschiedet.

Am 8.2.2009 werden gleich zwei neurochirurgische Anträge an den Vorstand der KVSH herangebracht: durch Koll. Frieder Cortbus und Leifeld – beide beantragen, den „alten“ Honorarabrechnungsmodus fortzuführen und eventuelle Zugewinne aus dem Topf der durch Politik und Kassen zugesagten 3 Mrd. Euro anteilig praxisindividuell auszuschütten (wobei aktuelle belastbarere Daten besagen, diese Ausschüttung bestünde in ca. 7 Mio „Miesen“!). Nur so könne eine tödliche Spaltung der Vertragsärzteschaft vermieden werden. Die Anträge verweisen beide darauf, dass ihnen überwältigende Mehrheitsvoten ohne Gegenstimme der Neurochirurgie im Lande zugrundeliegen (lediglich ein einziger Vertragsarzt der Fachgruppe fehlte bei Beschlussfassung); sie besagen: „Die Abgeordnetenversammlung möge am 11.2.2009 beschließen, zur „alten“ Honorarabrechnungsmodus zurückzukehren und nicht RLV-Syste-

matik-immanent eine Verlustbegrenzung vorzusehen! Der KVSH-Vorstandsvorschlag einer Verlustbegrenzung auf 10% zur Alimentierung sogenannter RLV-Gewinner und zur Befriedigung von deren vermeintlichem Rechtsanspruch ist einstimmung von den 14 neurochirurg. Vertragsärzten abgelehnt worden mit Hinweis auf die einzige realistische Sicht auf die Dinge: dass es in SH durch den RLV-Murcks überhaupt NUR Verlierer gibt und dies ist dann auch endlich einmal geradlinig genau so nach außen zu transportieren: die ambulante medizin. Versorgung in SH kennt abweichend von vollmundigen früheren KBV-Ansagen nur Verlust, keiner ist Gewinner und zuletzt die Patienten! Und die Bezugsgröße „Gesamtumsatz einer Praxis“ wird nicht nur einstimmig von den anwesenden Neurochirurgen/innen Schleswig-Holsteins ohne Gegenstimme abgelehnt, sondern es wird geradezu als Unverschämtheit empfunden, zur „Rettung“ stümperhafter RLV-Systematik Quersubventionen einzuberechnen aus dezidiert immer schon außerhalb der RLV-Systematik angesiedelten Honorarkontingenten, die in der Neurochirurgie wie etwa die extrabudgetären ambulant operativen oder belegärztlichen Leistungen auch außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung standen und stehen. Ich werde als Gast auf der Abgeordnetenversammlung zugegen sein. Aber meine grösste Hoffnung: dass es unseres Kleingruppen-Votums gar nicht bedarf, weil unser großer KVSH-Vorstand von sich aus den mit Schreiben vom 2.2.2009 angekündigten Antrag zurückzieht resp. in unser aller Sinne modifiziert! Weil jede Praxis zählt! Und ALLE unsere Praxen im Lande sind Verlierer! Aber sowie wir in Einigkeit für unsere gute Sache mutig einstehen: kann das alles unser Schaden vielleicht nicht gewesen sein.“

KVSH-Abgeordnetenversammlung 11.2.2009: Einflussnehmen lohnt sich, wenigstens in diesem Fall:

aus den Landesverbänden

unser Landesverbandsbeschluss nach Abstimmung mit GFB-SH wurde von mir in der Abgeordnetenversammlung vorgetragen, kurz diskutiert und dann einstimmig(!) von der Versammlung angenommen. Damit konnte der KVSH-Vostandsvorschlag einer Verlustbegrenzung auf 10% in wichtigen Punkten für uns sehr vorteilhaft modifiziert werden: 1) Gewinnbegrenzung der Fachärzte auf 0%; „es gibt keine Gewinner der Honorarreform!“ 2) Verlustbegrenzung im einstelligen Bereich, bei ca. 7%; 3) extrabudgetäre Honorare werden zu Teilen aus der Bemessungsmenge herausgerechnet: um das Anreizsystem und die Motivation nicht komplett kaputt zu machen. Zudem wurde beschlossen, auf eine Modifikation des starren Sachleistungsprinzips hinzuwirken; §18 Abs. 10 Bundesmantelverträge verbietet bisher private Zuzahlung durch gesetzlich Krankenversicherte. Dies gilt es analog Bohren dicker Bretter im KBV-Vorstand und in der Berliner Politik zu differenzieren. Gemäß bisheriger bundessozialgerichtlicher Rechtsprechung müssen die üblicherweise zum Fachgruppenstandard und Kernbereich einer Vertragsarztpraxis gehörenden Leistungen vom Vertragsarzt als Sachleistung angeboten werden.

Vorstandstreffen Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein, 25.2.2009: Beschluss eines Aktionsprogrammes „Den Mangel sichtbar machen“; ab 16.3.2009 für den Rest des Quartals im Lande nur noch begrenzte Praxisöffnungszeiten von max. 20 Wochenstunden mit regional abgestimmten Schliessungen an wechselnden Tagen bei geplanter Notfallversorgung.

GFB-SH, 3.3.2009: Krisensitzung mit Ankündigung deutlicher Reaktionen auf die derzeitige Honorarmisere unter dem Motto „Dienst nach Vorschrift“ ab dem 16.3.2009 in den Praxen landesweit mit nicht mehr als 20 wöchentlichen Kassensprechstunden.

Die Regelleistungsvolumina vielen Praxis seien Mitte Februar aufgebraucht. So könnte keine gute wohnortnahe fachärztliche Versorgung sichergestellt werden. Erschwerend käme hinzu, dass die Krankenkassenverbände die Förderung ambulanter Versorgung der Krebspatienten, Früherkennung und ambulantes Operieren zum 1. Quartal 2009 gekündigt haben.

Eine gute fachärztliche Grundversorgung sei zum Preis einer Flatrate nicht zu leisten. „Eine Planungssicherheit ist so weder für Patient noch Arzt gegeben. Wir werden unsere Praxen entsprechend organisieren und umstrukturieren. 20 Stunden GKV-Sprechstunden sind hier angemessen!“ Die Ärzteschaft sehe sich außer Stande, bei diesem Budget für ein ganzes Quartal unbegrenzt fachärztliche Diagnostik und Therapie zur Verfügung zu stellen.

Das Honorarbudget im RLV für eine fachärztliche Basisversorgung müsse eine fachärztliche Grund- pauschale von 25 Euro zusätzlich zu den RLV erhalten. „Mit reduzierten Sprechstundenzeiten und Praxisschließungen werden wir auf den künftigen Mangel in der ambulanten Versorgung aufmerksam machen. Diese Honorarreform ist gescheitert und zerstört eine gute fachärztliche Versorgung.“

Die Ärzte müssten Politik und den Kassen jetzt deutlich die „gelbe Karte“ zeigen, denn wenn diese zentrale Honorarsystematik nicht wieder abgeschafft werde, und das Geld nicht endlich der Leistung folge, sei das Kollektivvertragsystem und das Sachleistungsprinzip für die Schleswig Holsteinischen Fachärzte gescheitert. „Kostenersstattung und Direktverträge müssen dann die fachärztliche Basisversorgung in Schleswig-Holstein sicherstellen.“

berichte und informationen

20. Jahrestagung des BDNC

Die 20. Jahrestagung des BDNC, die traditionell in Hannover, dieses Jahr am 24.1. und 25.1.2009, stattfand, startete am Freitag Nachmittag mit der Sitzung des erweiterten Vorstandes und den parallelen Sitzungen der Klinikleiter, Oberärzte und Fachpraxen. Die Klinikleiter drängt die große Anzahl von Fachpraxen, die sich auf WS spezialisiert haben und somit natürlich eine Konkurrenz zu Vollabteilungen darstellen.

Im oberärztlichen Bereich macht sich das neue Arbeitsschutzgesetz bemerkbar und es wird nach Alternativen gesucht, in wie weit Zusatztätigkeiten möglich werden.

Im Bereich der Fachpraxen ist das neue RLV, das seit dem 1.1.2009 für jeden einzelnen neurochirurgischen Facharzt zugeteilt wurde und eine begrenzte Fallzahl kombiniert mit einem festen Eurobetrag das wichtigste Thema. Dieses RLV zeigt starke Verwerfungen im Bundesgebiet. So erhält der neurochirurgische Facharzt in Schleswig-Holstein 26 € pro Patient und Quartal, d.h. nicht ganz 9 € pro Monat und Patient für Diagnostik und ambulante Versorgung. Der Facharzt in Hamburg erhält hingegen 150 € pro Patient und somit immerhin 50 € im Monat pro Patient. Die verschiedenen Möglichkeiten dieser z.T. existenzbedrohenden Regelung zu begegnen, wurden ausführlich diskutiert und erläutert, ohne dass der Berufsverband auf Bundesebene wirklich Werkzeug in der Hand hätte, um dagegen einzuschreiten. Verhandlungen müssen auf regionaler Ebene mit den jeweiligen KVen geführt werden. Dafür sind die Landesverbände in erster Linie die gefragten Akteure. Es waren erstmalig 80 Facharztpraxenvertreter in Hannover anwesend.

Am Abend fand in einem würdigen Rahmen die Feier zum 20-jährigen Bestehen des BDNC statt. Herr Holger Baum, der jetzige Vorsitzende, konnte

die momentane Situation umreißen. Prof. Weidner zeigte als der 1. Vorsitzende des BDNC, wie sich die Situation in den ersten 5 Jahren, nämlich von 1994 bis 2004, dargestellt hatte und welche strukturellen Veränderungen und Veränderungen der Rahmenbedingungen es mittlerweile gegeben hat. Prof. Lütz als geladener Gastredner zeigte in einem rhetorischen Feuerwerk, welche Folgen die Zentrierung der öffentlichen und der bürgerlichen Aufmerksamkeit auf die Gesundheit haben kann. Die 160 Teilnehmer des Abends konnten in Ruhe bei dezentrer Begleitmusik bestehende Kontakte vertiefen, alte Freundschaften bestätigen und neue Kolleginnen und Kollegen näher kennenlernen. Insgesamt ein erfolgreicher und erfreulicher Abend, der die 20 Jahre Geschichte des BDNC in seinem Wirken gut entsprach.

Die Mitgliederversammlung am Folgetag mit den Berichten der einzelnen Mandatsträger brachte keine Überraschungen. Berichte der einzelnen Vorstandsmitglieder nahmen zu Themen Stellung wie weitergreifendes Europarecht mit der Neustrukturierung von Studiengängen auch in der Medizin für BA und MA, Fragen zum Arbeitszeitgesetz mit 48 Stunden Arbeitszeit Höchstdauer, einem neuen Facharzt für Notfallmedizin, möglicherweise Revision des ärztlichen Kammsystems, etc.. Es wurde zur Jahrestagung nach Münster vom 25. bis 27. Mai 2009 der DGNC recht herzlich von Prof. Wassmann eingeladen. Es gibt Anfragen von Gesundheitsministrien der Länder, welche neurochirurgischen Eingriffe zweifelsfrei in neurochirurgischen Fachabteilungen durchzuführen seien, Berichte aus der gemeinsamen Akademie. Der Vortrag des Medizinrechters Dr. Bruns zeigte die wenigen juristischen Möglichkeiten, die den Facharztpraxisinhabern bleiben, um mit dem RLV umzugehen und möglicherweise Veränderungen zu erreichen, zusammengefasst Praxisbesonderhei-

berichte und informationen

ten geltend machen und Widerspruch gegen die RLV einlegen, um dann in Direktverhandlungen mit der KV die Konditionen realistisch gestalten zu können. Prof. Reulen zeigte eindrucksvoll die Entwicklung der neurochirurgischen Zahlen von 1960 bis 2007 anhand des Registers der Bundesärztekammer. Sehr eindrucksvoll und mit klaren Schlussfolgerungen wurde die Entwicklung und die Bedeutung der Zunahme der Neurochirurgen von 66 Fachärzten auf jetzt fast 1500 gezeigt und auch die Folgen der gegenwärtigen Ausbildung weiterer Neurochirurgen.

Herr Prof. Reulen sprach von einer relativ hohen Facharztdichte an Neurochirurgen in Deutschland. Die deutschen Neurochirurgen befänden sich gegenwärtig in einer Situation, in der, bezogen auf die Anzahl der Neurochirurgen pro Bevölkerung, die neurochirurgischen Operationen im Land und die mittlere Arbeitsbelastung eines Neurochirurgen im Grunde gute Arbeitsbedingungen anzunehmen wären. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern verfüge Deutschlang mit 1 zu 64.000 pro Bevölkerung über eine relativ hohe Dichte an Neurochirurgen. Zusammenfassend sieht Reulen den Nettozuwachs an berufstätigen Neurochirurgen im Durchschnitt von ca. 60 Kollegen, die bei weiter unveränderten Maßnahmen im Jahr 2020 ca. 2000 tätige Neurochirurgen erwarten lässt. Die überwiegende Anzahl dieser Neurochirurgen wird im ambulanten Bereich tätig sein. Nach seiner Einschätzung ist im Augenblick zum Status quo gesehen kein erhöhter Bedarf objektiv zu erkennen. Eine jährliche Zunahme von 3 %-4% an Neurochirurgen würde sich günstig an europäische Werte annähren und würde Möglichkeiten für die zukünftige Entwicklung des neurochirurgischen Fachgebietes weiter offen halten.

Erstmals wurde die Bedeutung der niedergelassenen Neurochirurgen gewürdigt, indem Herr

Prof. Reulen darauf hinwies, dass durch die niedergelassenen Neurochirurgen und Fachpraxen verloren gegangenes Terrain der Neurochirurgie in den letzten Jahren zurückgewonnen werden konnte. Abschließend wurde in einem kleinen Plenum noch einmal überlegt, in wie weit eine Verlegung der jährlichen Mitgliederversammlung nach Berlin Vor- und Nachteile bringt, ohne dass es zu einem mehrheitlichen Ergebnis im Plenum kommen konnte.

Am Nachmittag fanden die bereits bekannten und hilfreichen GOÄ-Schulungen von Dr. Sandvoss statt, die viel dazu beitragen, unliebsame Auseinandersetzungen mit Privatkrankenkassen zu vermeiden.

H. P.



Internetauftritt QEP

Auf der Startseite wurden rechts im Kasten unter „Neues zu QEP“ zwei Links hinzugefügt:

1. QEP-Poster zur Information der Patienten:
„Diese Praxis baut ein Qualitätsmanagement-System auf.“

Um der Praxis bereits während der Implementierungsphase die Möglichkeit zu geben, die Patienten über die Einführung eines QM-Systems zu informieren, stellt die KBV eine Auswahl von Postern zur Verfügung (eine Frau, einen Mann und das bereits bekannte Fisch-Motiv). Praxen können sich die Datei downloaden und je nach Gusto im Copyshop ausdrucken lassen, um das Poster dann im Wartezimmer auszuhängen.

2. Erste Praxis nach MAAS-BGW für QEP zertifiziert:

Eine der Pilotpraxen, die in Schlächtern ansässigen Fachärzte für Urologie und Innere Medizin Dres. Marion und Wolfgang Braun, haben am 9. Oktober 2008 als bundesweit erste Arztpraxis das Zertifikat über die erfolgreiche Integration der Managementanforderungen der BGW zum Arbeitsschutz für QEP überreicht bekommen. (mit Link zum Originalbericht auf der Webseite der BGW). Der BGW-Zusatzkatalog zu QEP wird voraussichtlich im Januar bei der BGW anzufordern sein, wir werden Ihnen dann wieder berichten.

Unter „Gesetzliche Vorgaben zu QM“ findet sich jetzt im Downloadbereich ein Selbstbewertungsbogen für Praxen:

<http://www.kbv.de/qep/11470.html>

„Bewerten Sie den IST-Zustand Ihrer Praxis selbst und schätzen Sie anhand unseres Selbstbewertungsbogen ein, inwieweit Sie die in der QM-Richtlinie geforderten Grundelemente und Instrumente des QM in Ihrer Praxis umgesetzt haben. Hier finden Sie den Selbstbewertungsbogen.“

Ebenfalls im Downloadbereich neu eingestellt wurde die Pressemitteilung der KBV zur Stichprobenprüfung zu Qualitätsmanagement in Praxen (vom 9.10.2008).

Bei „QM-Systeme im Vergleich“ (<http://www.kbv.de/qep/11622.html>) wurden Verlinkungen zu den Listen zertifizierter Praxen der einzelnen QM-Systeme unter dem Punkt „Zertifizierungsfähig?“ eingefügt (bis auf KPQM, da von dort eine solche Liste bisher nicht angeboten wird)

Unter „QEP in den Medien“ wurde die Pressemitteilung der KBV „QEP ist meistgenutztes System in deutschen Praxen“ (vom 10.10.08) eingestellt

Arzneimittel-Info-Service AIS der KBV

Seit Dezember 2008 bietet der AIS gebündelte praxisnahe Informationen zu Arzneimitteln und deren Verordnung. Dazu gehören Hilfestellungen zum Verordnungsmanagement, Analysen zur Ausgabenentwicklung sowie Verordnungshäufigkeiten bei bestimmten Krankheitsbildern und Hinweise zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

In der Rubrik „Arzneimittel AKTUELL“ sind wöchentlich neue Arzneimittelinformationen abrufbar. Frühere Ausgaben sind im Online-Archiv zu finden. Die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ gibt Ärzten wirkstoffbezogene Empfehlungen zu therapeutischem Nutzen und Hinweise zu Preisen zugelassener Therapien. Die KBV stellt die entsprechenden Informationen gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auf der Basis relevanter Studien und Leitlinien zusammen. Ergänzend finden die Nutzer auf der AIS-Website Informationen pharmazeutischer Unternehmen zur Arzneimittelsicherheit, etwa sogenannte Rote-Hand-Briefe. Weblinks zur Arzneimittelrichtlinie inklusive Anlagen und zur Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses vervollständigen das Angebot.

Der AIS ist über die Homepage der KBV unter <http://www.kbv.de/ais/> oder <http://ais.kbv.de> erreichbar.

Krankenhaussuche

Unter www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de stellt die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Suchplattform für Krankenhäuser zur Verfügung, die von Patienten und Ärzten genutzt werden kann.

Hygiene

Unter <http://www.uk-essen.de/krankenhaushygiene/> finden sich hilfreiche und witzige Downloads zum Thema Praxishygiene.

berichte und informationen

Elektronische Dosimeter

Die Ministerien für Arbeit, Gesundheit und Soziales machen darauf aufmerksam, dass elektronische Dosimeter (so genannte EPD = elektronische Personendosimeter) in gepulsten Strahlungsfeldern ungeeignet für die Überwachung der Strahlendosis sein können. Als zuverlässig eingestuft werden die in der amtlichen Dosimetrie verwendeten passiven Dosimeter (Filmdosimeter oder Thermolumineszenzdosimeter), schnell auswertbare Radiophotolumineszenzdosimeter (Flachglasdosimeter) und passive elektronische Dosimeter. Wir legen Ihnen zur Information ein Infoblatt der Landesanstalt für Personendosimetrie und Strahlenschutzausbildung Mecklenburg-Vorpommern an.

Paragraph 116 b

Ärzte müssen gegen die Zulassung von Kliniken (§116b SGB V) zur ambulanten Versorgung klagen. Eine Verfassungsbeschwerde von niedergelassenen Onkologen wegen Wettbewerbsverzerrung wurde vom Bundesverfassungsgericht nicht zur Entscheidung angenommen. (Az.: BvR 840/08).

Delegation ärztlicher Leistungen

Unter <http://www.kbv.de/13196.html> können Ärzte eine ausführliche Stellungnahme zum Thema „Delegation ärztlicher Leistungen“ herunterladen. Das Papier wurde gemeinsam mit der Bundesärztekammer erstellt und ersetzt das bisherige Papier zum Thema aus den Achtziger Jahren. Es klärt sehr vieles jetzt ganz eindeutig. Sie finden es als pdf im Anhang.

Datenschutzbeauftragter

Es kommt immer wieder zu Rückfragen, ob die Praxisleitung bzw. die Praxisinhaber bei der Anzahl der „.... mit der Verarbeitung von Daten beschäftigten ...“ mitzählen oder nicht. Die Interpretation

der Landesdatenschutzbeauftragten dazu ist leider nicht einheitlich. Die Rechtsabteilung der KBV und der Bundesärztekammer legt den Text aus dem Bundesdatenschutzgesetz aber dahingegen aus, dass die Praxisleitung nicht mitzählt! Diese Interpretation findet sich auch in den „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ der KBV und der BÄK, die unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.6188> heruntergeladen werden kann (siehe Anlage, wurde schon im Sommer 08 im Ärzteblatt veröffentlicht).

Diabetesversorgung im europäischen Vergleich

Unter http://www.healthpowerhouse.com/archives/cat_media_room.html findet sich ein Vergleich der Diabetesversorgung innerhalb der verschiedenen europäischen Gesundheitssysteme. Deutschland erreicht hier Platz 8. Eine kurze Beschreibung findet sich unter <http://www.healthpowerhouse.com/files/edit-2008/bg-german-diabetes-index-2008.pdf>.

Förderregeln Bund:

Die zunächst zum Mitte dieses Jahres ausgelau-fene Förderung des Bundes für kleine Unterneh-men ist bis zum 31.12. 2011 verlängert worden. Unter www.leitstelle.org finden Berater und Pra-xen alles Wichtige.

In den ehemaligen Westländern und in Berlin werden Beratungskosten bis 50% übernommen, im Kreis Lüneburg und in den ehemaligen Ost-ländern bis 75% (insgesamt aber nur bis zu einer Gesamtsumme von 1500 €).

Interessant ist, dass auch andere Themen außer QM gefördert werden, wobei besonders relevant das Thema Arbeitsschutz sein dürfte, aber auch viele andere Themen.

Aufgrund häufiger Nachfragen hier noch zwei zentrale Punkte:

1. Die Zertifizierung nach QEP ist leider nicht förderfähig. Förderfähig ist nur die Beratung dazu im Vorfeld. Diese muss jede Praxis selbst beantragen, der Antrag kann aber natürlich vom Berater vorbereitet werden. Auf der Internetseite finden sich auch deziert die Anforderungen an Berater.
2. Förderung für Schulungsmaßnahmen beantragt nicht der Teilnehmer, sondern der Veranstalter, der dann diesen Kostenvorteil an die Teilnehmer weitergeben kann. Details mit einem ausführlichen Folievortrag dazu finden Sie unter http://www.leitstelle.org/index_schulung.php, wo Sie auch direkt die Anträge stellen können.



Landesanstalt für Personendosimetrie und Strahlenschutzausbildung Mecklenburg-Vorpommern

Innovationspark Wuhlheide
(030) 65 76 - 3125 Köpenicker Straße 325, Haus 41,
12555 Berlin Telefax: (030) 65 76 - 3120

Eingeschränkter Anwendungsbereich elektronischer Dosimeter

Stand: 19.5.2008

Das vorliegende Merkblatt gibt Hinweise zur Anwendung von elektronischen Dosimetern in gepulsten Strahlungsfeldern.

Gepulste Strahlungsfelder

Die Mehrzahl medizinischer Röntgengeräte und Beschleuniger erzeugt gepulste Strahlungsfelder. Im Gegensatz zum zeitlich gleichmäßigen Verlauf in kontinuierlichen Strahlungsfeldern wird die benötigte Strahlung in Form eines oder mehrerer kurzer Pulse abgegeben, in denen die Dosisleistung deutlich höher als im zeitlichen Mittel ist. Im Direktstrahl dieser Strahlenfelder übersteigt diese Dosisleistung vielfach den zulässigen Messbereich elektronischer Dosimeter. Das kann zu einer deutlichen Unterschätzung der Dosisanzeige oder gar keiner Anzeige führen.

Passive Dosimeter, wie die amtlichen Film- und Festkörperdosimeter, sind von dieser Prob-

lematik nicht betroffen. Die amtlichen Dosimeter sind für gepulste Strahlungsfelder ohne Einschränkungen geeignet.

Anwendung elektronischer Dosimeter

Elektronische Dosimeter werden häufig zur arbeitswöchentlichen Bestimmung der Strahlenexposition von Schwangeren (RöV § 35 Absatz 6 und StrlSchV § 41 Absatz 5) und von helfenden Personen oder Tierhaltern im Kontrollbereich (RöV § 22 Absatz 2b und StrlSchV § 37 Absatz 1, Satz 2b) eingesetzt. Aufgrund neuerer Erkenntnisse wird derzeit in Fachgremien diskutiert, ob die elektronischen Dosimeter für einen derartigen Einsatz in gepulsten Feldern geeignet sind. Untersuchungen verschiedener deutscher Messstellen haben gezeigt, dass das von den Messstellen angebotene Dosimeter vom Typ Mk2 bei Anwendung persönlicher Strahlenschutzmittel und korrekter Trageweise unterhalb z.B. einer Bleigummischürze auch im Streustrahlengefeld gepulster Strahlenquellen einen unverfälschten Messwert anzeigt. Durch die Alarmfunktion kann ein aktives elektronisches Dosimeter als zusätzliches Dosimeter zum amtlichen Filmdosimeter einen wichtigen Beitrag zum Strahlenschutz liefern. Für Tätigkeiten, bei denen die Gefahr einer Bestrahlung im Direktstrahl oder durch Streustrahlung in dessen Nähe bei hoher Dosisleistung besteht, sind elektronische Dosimeter jedoch nicht geeignet. An diesen Arbeitsplätzen sollten schwangere Personen jedoch unabhängig von der Messprob-

berichte und informationen

lematik nicht eingesetzt werden. Die Verantwortung über den Einsatz eines elektronischen Dosimeters an einem konkreten Arbeitsplatz liegt grundsätzlich beim jeweils zuständigen Strahlenschutzbeauftragten, der die Verwendung für den jeweiligen Arbeitsplatz überprüfen und freigeben muss.

Persönliche Leistungserbringung

Möglichkeiten und Grenzen der Delegation

ärztlicher Leistungen

Bundesärztekammer und

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Stand: 29.8.2008

Die persönliche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Sie prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes¹ und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage einer besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher oder ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Der Arzt kann daher, anders als der gewerbliche Unternehmer, den Leistungsumfang seiner Praxis durch Anstellung von Mitarbeitern nicht beliebig vermehren.

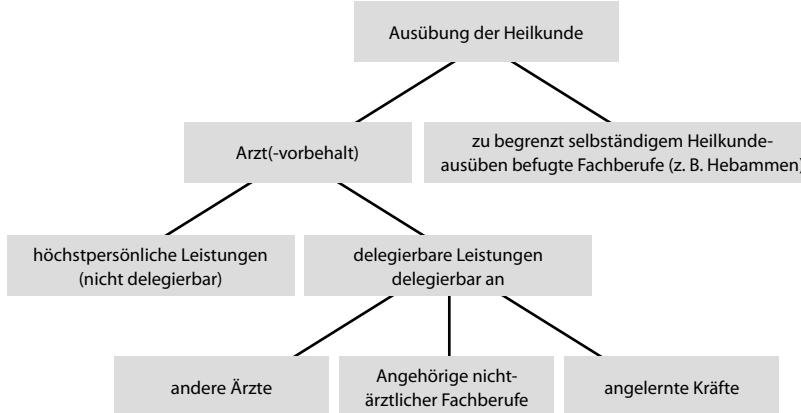
I. Rechtsgrundlagen

Für die ambulante ärztliche Berufsausübung regelt das allgemeine Dienstvertragsrecht – Verträge zwischen Arzt und Patient sind regelmäßig Dienstverträge –, dass Dienstleistungen im Zweifel durch die Person des Dienstleistungsver-

.....
1) Nachfolgend werden die Bezeichnungen „Arzt“, „Mitarbeiter“, „Patient“ u. a. zum Zwecke der besseren Lesbarkeit des Textes jeweils für beide Geschlechter verwendet.

pflichteten zu erbringen sind (§ 613 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, BGB). Im ärztlichen Berufsrecht hat das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung seinen Niederschlag in § 19 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung (MBO) gefunden, im Vertragsarztrecht in § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und in § 15 Abs. 1 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt auch für den Krankenhausarzt, soweit er aufgrund entsprechender Vereinbarungen mit Krankenhaus und Privatpatienten stationäre „Wahlleistungen“ gesondert berechnet (§ 17 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes). Die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gilt zudem für die ambulante Behandlung durch den Krankenhausarzt, wenn er berechtigt ist, im Krankenhaus eine Privatambulanz zu betreiben oder auf der Grundlage einer vom Zulassungsausschuss erteilten persönlichen Ermächtigung gesetzlich Krankenversicherte zu behandeln.

Die aus diesen Bestimmungen resultierende Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistungserbringung erfordert es jedoch nicht in jedem Einzelfall, dass der Arzt sämtliche Leistungen in vollem Umfang höchstpersönlich erbringt. So darf der Arzt gemäß § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) alle selbständigen ärztlichen Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder als delegierbare Leistungen durch nichtärztliche oder ärztliche Mitarbeiter hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und fachlichen Weisung unterstehen. Auch die §§ 15 Abs. 1 und 28 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch (SGB V), sowie § 15 Abs. 1 S. 5 BMV-Ä bestimmen, dass zur ärztlichen



Behandlung die Hilfeleistungen anderer Personen gehören, die der Arzt anordnet und verantwortet.

Von den Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter sind die Leistungen ärztlicher Mitarbeiter zu unterscheiden, die dem Arzt ebenfalls als eigene Leistung zugerechnet werden. Jeder niedergelassene Arzt muss die Beschäftigung eines angestellten Arztes seiner Ärztekammer anzeigen (§ 19 Abs. 1 S. 3 MBO), der Vertragsarzt muss sich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung darüber hinaus die Beschäftigung eines angestellten Arztes durch den Zulassungsausschuss oder die Beschäftigung von Weiterbildungs-/Sicherstellungsassistenten durch seine Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigen lassen (§§ 95 Abs. 9 S. 1 SGBV, 32 Abs. 2 Ärzte-ZV). Zugerechnet werden dem Arzt gemäß § 19 Abs. 2 MBO auch Leistungen eines fachgebietsfremd angestellten Arztes, wobei beide Fachgebiete regelmäßig bei der Behandlung von Patienten zusammenwirken müssen² Die zulässige Zahl der voll

.....

2) Bei privatärztlicher Behandlung scheitert eine Abrechnung der Leistungen eines fachgebietsfremd angestellten Arztes durch den Praxisinhaber im Regelfall an § 4 Abs. 2 GOÄ und der aufgrund der Fachgebietsfremdheit nicht möglichen Aufsicht und fachlichen Weisung. Dementsprechend wird empfohlen, dem fachgebietsfremd ange-

oder in Teilzeit angestellten Ärzte wird nur für den Vertragsarzt³ ausdrücklich auf den Umfang von drei, bei medizinisch-technischen Leistungen auf vier Vollzeitstellen begrenzt (§ 14a Abs. 1 BMV-Ä). Auch ohne diese Begrenzung wird man die Zahl der angestellten Ärzte aber kaum deutlich erhöhen können, ohne dass der niedergelassene Arzt damit zum gewerblichen Unternehmer wird. Dies hätte nach der finanzgerichtlichen Rechtsprechung zu Großaboren in steuerrechtlicher Hinsicht zudem zur Konsequenz, dass die Tätigkeit des Praxisinhabers damit insgesamt der Gewerbesteuer unterliege.⁴ (s. Abb. oben)

II. Arztvorbehalt

Das Ausüben der Heilkunde im umfassenden Sinne ist dem Arzt vorbehalten. Hierzu bedarf es der

.....

stellten Arzt die Befugnis zur Privatliquidation zu erteilen. Die Erstattungsfähigkeit derart abgerechneter Leistungen wird von der Privaten Krankenversicherung allerdings zum Teil bestritten.

3) Diese Einschränkung gilt für Medizinische Versorgungszentren aufgrund der Besonderheiten dieser Versorgungsform nicht.

4) Es ist davon auszugehen, dass jedenfalls die Finanzverwaltung diese Konsequenz auch bei Medizinischen Versorgungszentren zieht.

berichte und informationen

Approbation als Arzt oder einer ärztlichen Berufs-erlaubnis. Die Entscheidung darüber, welche konkreten Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen, hat der Gesetzgeber nur in Einzelfällen ausdrücklich selbst getroffen. So darf z. B. nach § 48 des Arzneimittelgesetzes nur der Arzt oder Zahnarzt verschreibungspflichtige Arzneimittel verschreiben oder nach § 9 des Embryonenschutzgesetzes nur der Arzt eine künstliche Befruchtung vornehmen. Dem gegenüber sind zu Leistungen der Geburtshilfe außer Ärzten auch Hebammen berechtigt (siehe § 4 des Hebammengesetzes).

Meist hat der Gesetzgeber jedoch keine ausdrückliche Entscheidung über den Arztvorbehalt getroffen. Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt in diesen Fällen nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert.

Steht danach eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Not- oder sonstigen Ausnahmefällen, die Erbringung ärztlicher Leistungen auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes. Darauf hat der Patient nach der Rechtsprechung im Krankenhaus Anspruch (Facharztstandard). Der Facharztstandard bildet aber auch bei der ambulanten Behandlung den Maßstab für die anzuwendende Sorgfalt. Zur vertragsärztlichen Versorgung wird nur zugelassen, wer eine Weiterbildung zum Facharzt abgeschlossen hat. Zudem benötigen Vertragsärzte vielfach zusätzliche Qualifikationen und entsprechende Genehmigungen zur Durchführung der ihnen vorbehaltenen Leistungen.

Der Arzt kann Leistungen, die ihm vorbehalten sind und die er selbst erbringen darf, an einen anderen Arzt delegieren, wenn dieser ebenfalls die erforderlichen berufs- und ggf. vertragsärztrechtlichen Voraussetzungen erfüllt. Solche

Leistungen kann der Arzt in Teilen auch an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren, d.h. von diesen unter seiner Verantwortung durchführen lassen. Die ärztliche Leistung und Verantwortung kann in diesem Fall jedoch nicht in dem Sinne substituiert werden, dass die eigenverantwortliche Leistung eines Angehörigen eines nichtärztlichen Fachberufs im Gesundheitswesen die Leistungen des Arztes vollständig ersetzt.

III. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes

In Bezug auf Leistungen, die unter Arztvorbehalt stehen, stellt sich die weitere Frage, welche von ihnen der Arzt ganz oder teilweise höchstpersönlich erbringen muss. Das sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die der Arzt wegen ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich erbringen muss. Eine Gefährlichkeit für den Patienten ist dann gegeben, wenn die nicht fachgerechte Durchführung einer Leistung durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter den Patienten (z.B. bei einem operativen Eingriff) unmittelbar schädigen oder ihm (z.B. durch Nichterkennen krankhafter Befunde bei diagnostischen Maßnahmen) erst zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar werdende Schäden verursachen kann. Aus diesen Gründen höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind insbesondere

- Anamnese,
- Indikationsstellung,
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen,
- Stellen der Diagnose,
- Aufklärung und Beratung des Patienten,
- Entscheidung über die Therapie und
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe.

Eine Pflicht zur höchstpersönlichen Erbringung grundsätzlich delegationsfähiger Leistungen kann sich für den Arzt zudem aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen ergeben. Der nach den §§ 95, 116 SGBV persönlich ermächtigte Arzt kann seine Leistungen, abgesehen von Vertretungsfällen im Sinne des § 32a Ärzte-ZV, nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf; insoweit ist er zur höchstpersönlichen Leistung verpflichtet. Gleiches gilt, abgesehen von nicht vorhersehbaren oder individuell vereinbarten Vertretungsfällen, für den Wahlarzt im Krankenhaus, weil er dem Patienten aus dem Wahlarztvertrag gerade seine höchstpersönliche Leistung schuldet. Der Wahlarzt ist durch § 4 Abs. 2 GOÄ darüber hinaus in der Delegation dort aufgeführter Leistungen beschränkt.

IV. Delegation an ärztliche Mitarbeiter

Die Zulässigkeit einer Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter und die für diesen Fall geltenden Anforderungen hängen von der Qualifikation des anderen Arztes ab. Delegiert der Arzt Leistungen an einen anderen Arzt, von dessen formaler Qualifikation nach Weiterbildungsrecht (insbesondere Facharztanerkennung) und nach ggf. einschlägigen vertragsarztrechtlichen Vorschriften (Abrechnungsgenehmigung) er sich überzeugt hat, darf er nach der erstmaligen gemeinsamen Durchführung der Leistung darauf vertrauen, dass der andere Arzt die Leistungen mit der erforderlichen Qualität und Sorgfalt erbringt. Eine Überprüfungspflicht entsteht daher erst dann, wenn konkrete Anhaltspunkte Zweifel an einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung durch den anderen Arzt begründen.

Eine Delegation vertragsärztlicher Leistungen an einen anderen Arzt, der nicht über eine zur Erbringung der Leistung erforderliche Ab-

rechnungsgenehmigung oder fachliche Qualifikationsbescheinigung der KV verfügt, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts unzulässig. Eine Delegation von Leistungen, die die Qualifikation eines weitergebildeten Facharztes erfordern, an einen anderen Arzt, der nicht über die entsprechende Facharztqualifikation verfügt, ist nur zulässig, wenn die Delegation im Rahmen der Weiterbildung des anderen Arztes erfolgt und wenn sich der delegierende Arzt in unmittelbarer Nähe des anderen Arztes aufhält oder er sich zuvor davon überzeugt hat, dass der andere Arzt über ausreichende Erfahrung mit der Erbringung dieser einzelnen Leistung verfügt.

Von der Delegation ist der Fall der Bestellung eines Vertreters zu unterscheiden, bei der sich der Arzt wie bei der Delegation von Leistungen an einen ärztlichen Mitarbeiter der notwendigen Qualifikation des Vertreters vergewissern muss. Überwachungspflichten treffen den Arzt in Bezug auf einen ärztlichen Vertreter regelmäßig jedoch nicht.

V. Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter⁵

Leistungen, die der Arzt wegen ihrer Art oder der mit ihnen verbundenen besonderen Gefährlichkeit für den Patienten oder wegen der Umstände ihrer Erbringung, insbesondere der Schwere des Krankheitsfalles, nicht höchstpersönlich erbringen muss, darf er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Die Entscheidung, ob und an wen der Arzt eine Leistung delegiert, ob er den betreffenden Mitarbeiter ggf. besonders anzuleiten und wie er ihn zu überwachen hat, muss der Arzt von

.....
5) Der Bereich des Rettungsdienstes ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Siehe dazu die Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Notkompetenz von Rettungsassistenten und zur Delegation ärztlicher Leistungen im Rettungsdienst.

berichte und informationen

der Qualifikation des jeweiligen Mitarbeiters abhängig machen.⁶

Will der Arzt eine Leistung an einen Mitarbeiter delegieren, der über eine abgeschlossene, ihn dazu befähigende Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen verfügt, kann er sich regelmäßig darauf beschränken, diese formale Qualifikation des Mitarbeiters festzustellen (Zeugnis), sich zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem betreffenden Mitarbeiter davon zu überzeugen, dass die Leistungen des Mitarbeiters auch tatsächlich eine seiner formalen Qualifikation entsprechende Qualität haben, und die Qualität der erbrachten Leistungen stichprobenartig zu überprüfen. Sofern die Qualität der Leistungen des Mitarbeiters nicht ausreichend ist, muss der Arzt den Mitarbeiter ggf. nachschulen, ihn eingehender überwachen und, wenn er die Anforderungen an eine Delegation nicht erfüllt, hierauf verzichten.

Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungs pflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben

.....
6) Diesbezüglich wird die bisherige Unterscheidung zwischen grundsätzlich und im Einzelfall delegationsfähigen Leistungen aufgegeben, weil die Qualifikationen der Mitarbeiter und damit die Delegationsmöglichkeiten sowohl innerhalb dieser beiden Fallgruppen differieren als auch zwischen beiden Fallgruppen übereinstimmen können, so dass sich aus dieser Fallgruppenbildung keine Aussagen zur notwendigen Präsenz des Arztes und zur Überwachung durch ihn ableiten lassen.

beschränken kann (Überwachungspflicht). Sofern ein Mitarbeiter bereits durch einen anderen Arzt angeleitet wurde, darf der delegierende Arzt eher von einer regelmäßigen Überwachung zu einer stichprobenartigen Überprüfung übergehen.

Erbringen nichtärztliche Mitarbeiter delegierte Leistungen, ist der Arzt verpflichtet, sich grundsätzlich in unmittelbarer Nähe (Rufweite) aufzuhalten. Es ist daher unzulässig, in der Arztpraxis auf Grund genereller Anordnung an das Praxispersonal Leistungen durchführen zu lassen, wenn der Arzt persönlich nicht in der Praxis erscheinen kann oder für längere Zeit abwesend ist. In solchen Fällen muss daher ein in der Praxis tätiger Vertreter bestellt oder die Praxis vorübergehend geschlossen werden. Bei vorübergehender Abwesenheit können jedoch Leistungen durchgeführt werden, die der Arzt einzelfallbezogen bereits angeordnet hat, wenn dies medizinischen Erfordernissen genügt. Als Grundregel kann gelten, dass eine Abwesenheit des Arztes um so eher hingenommen werden kann je höher Kenntnisstand und Erfahrung des Mitarbeiters in Bezug auf die delegierte Leistung sind und je geringer das mit der Leistung für den Patienten verbundene Gefährdungspotential ist. So können beispielsweise vom Arzt im Einzelfall vorher angeordnete Blutentnahmen in der Zeit vor Beginn der Sprechstunde durchgeführt werden, wenn der Arzt erreichbar ist und notfalls kurzfristig persönlich in der Praxis sein kann. Soweit im Krankenhaus auch zur Nachtzeit und an Wochenden Ärzte im Bereitschaftsdienst anwesend sind, können nichtärztliche Mitarbeiter zuvor im Einzelfall ärztlich angeordnete Leistungen auch zu diesen Zeiten erbringen. Dabei muss aber sicher gestellt sein, dass ein Arzt im Notfall kurzfristig zur Verfügung stehen kann (Notfallkette).

In jedem Fall handelt es sich bei einer Delegation nach diesen Vorgaben um Leistungen, die

dem Arzt deshalb als eigene Leistungen zuge-rechnet werden, weil er sie in jedem Einzelfall anordnen und überwachen muss und weil er da-für die volle Verantwortung und Haftung trägt, was eine gleichzeitige deliktische Verantwor-tlichkeit des Mitarbeiters gem. § 823 BGB nicht ausschließt.

(§ 229 des Strafgesetzbuchs, StGB) oder wegen ei-ner fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) in Betracht, wenn der Patient bei der Durchführung einer de-legierten Leistung zu Schaden kommt. Vorausset-zung ist in diesem Fall allerdings, dass dem de-legierenden Arzt eine Verletzung seiner Pflichten nachgewiesen wird.

VI. Haftung/Strafbarkeit

Der niedergelassene Arzt und der Krankenhaus-arzt, der berechtigt ist, stationäre Wahlleistun-gen und ambulante Leistungen zu erbringen, haften dem Patienten aus dem Behandlungsvertrag nicht nur für eigene Behandlungsfehler und sons-tige Pflichtverletzungen, sondern auch für Pflicht-verletzungen, derer sich ihre Mitarbeiter bei der Durchführung delegierter Leistungen schuldig machen. Zudem haften sie für die ordnungsge-mäße Auswahl, Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter, an die sie Leistungen delegieren.

Unabhängig von einer Haftung aus Vertrag haftet der Arzt auch aufgrund der allgemeinen Haftungsbestimmung des § 823 BGB für Pflicht-verletzungen in Zusammenhang mit der Durch-führung delegierter Leistungen. Die Mitarbeiter, an die der Arzt eine Leistung delegiert hat, haften für eigene Pflichtverletzungen ebenfalls nach dieser Vorschrift, weil der Patient mit ihnen keinen Vertrag abgeschlossen hat. Da die Recht-sprechung den Patienten im Arzthaftpflichtprozess mit Beweiserleichterungen bis hin zur Be-weislastumkehr unterstützt, muss der Arzt im Zweifel nachweisen können, dass er seine Pflich-ten in Bezug auf die Durchführung delegierter Leistungen ordnungsgemäß erfüllt hat.

Neben dieser auf Schadensersatz gerichteten zivilrechtlichen Haftung des Arztes kommt auch eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arz-tes wegen einer fahrlässigen Körperverletzung

VII. Einzelne Fragestellungen

1. Anamnese

Die Anamnese ist wegen der durch sie erhältli-chen, für Diagnose und Therapie bedeutsamen Informationen eine höchstpersönliche Leistung des Arztes und kann daher nicht an nichtärztli-che Mitarbeiter delegiert werden. Zulässig ist es allerdings, wenn entsprechend qualifizierte und eingewiesene nichtärztliche Mitarbeiter mit Pa-tienten vorbereitend einen Anamnese-Fragebo-gen durcharbeiten und der Arzt die Angaben des Patienten im nachfolgenden Gespräch überprüft und ggf. ergänzt.

2. Aufklärung

Eine Delegation der Aufklärung des Patienten, insbesondere über diagnostische oder therapeu-tische Eingriffe und deren Risiken, an nichtärzt-liche Mitarbeiter ist unzulässig. Allerdings ist das Aushändigen schriftlicher Informationen an den Patienten zulässig, sofern sich der Arzt in dem mit dem Patienten zu führenden Aufklärungs-gespräch davon überzeugt, dass der Patient die schriftlichen Hinweise gelesen und verstanden hat. Dabei hat der Arzt auf die persönlichen Be-lange des Patienten einzugehen und ihm Gele-genheit zu geben, Fragen zu stellen.

Bei der Delegation der Aufklärung an ärztli-che Mitarbeiter ist zu beachten, dass der Mitarbeiter zu der ihm übertragenen Aufklärung hin-reichend qualifiziert sein muss und dass der de-

berichte und informationen

legierende Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung durch den anderen Arzt sicherstellen muss, d.h. dass er sich im Gespräch mit dem Patienten oder durch Blick in die Patientenakte der ordnungsgemäß erfolgten Aufklärung vergewissern muss. Bei sehr seltenen Eingriffen können spezielle Aufklärungsanweisungen für den die Aufklärung durchführenden Arzt erforderlich sein.

3. Technische Untersuchungen

Der Arzt kann die Durchführung technischer Untersuchungen an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Dabei obliegt die Anordnung der Leistung und die Befundung und Befundbewertung zwingend dem Arzt. Bei der Zervix-Zytologie kann unter Aufsicht eines Facharztes auch die Befundung von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal (zytologisch tätiger Assistent oder Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent mit einjähriger Weiterbildung in der Zervix-Zytologie) vorbereitet werden (siehe Qualitätssicherungs-Richtlinie Zervix-Zytologie).

Soweit sich für den Patienten mit der Durchführung der technischen Leistung ein Risiko verbindet, muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; die notwendige ärztliche Präsenz kann auch durch einen anderen Arzt gewährleistet werden, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht. In keinem Fall delegierbar sind Leistungen der Endoskopie (außer Kapselendoskopien, die durch speziell ausgebildete nichtärztliche Mitarbeiter durchgeführt werden können) und der Sonographie.

4. Röntgen

Die rechtfertigende Indikation zur Anwendung von Röntgenstrahlen darf nach den §§ 23 und 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 der Röntgenverordnung (RöV) nur der Arzt stellen, der über eine Röntgenfachkunde oder über Kenntnisse im Strahlenschutz verfügt. Die technische Durchführung der An-

wendung von Röntgenstrahlen kann nach § 24 Abs. 2 RöV dagegen an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, die dafür eine Qualifikation nach der Röntgenverordnung besitzen (§ 24 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 RöV) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 RöV). Die Anwendung der Röntgenstrahlen als delegierte Leistung erfolgt unter der Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes. Dabei ist die Anwesenheit des Arztes im Röntgenraum nicht erforderlich. Er muss jedoch für eventuelle Rückfragen der die Röntgenstrahlen anwendenden Mitarbeiter kurzfristig erreichbar sein und die auf seine Anordnung gefertigten Röntgenaufnahmen nach Erstellung selbst beurteilen, um daraus gegebenenfalls auch Schlussfolgerungen für ergänzende Aufnahmen ziehen zu können. Bei Röntgenuntersuchungen mit intravenöser Kontrastmittelgabe muss der Arzt wegen möglicher allergischer Reaktionen in unmittelbarer Nähe sein.

5. MRT

MRT-Untersuchungen kann nur der Arzt anordnen und befunden. Die technische Durchführung von MRT-Untersuchungen kann er an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. In diesem Fall muss er mit den die Untersuchung durchführenden nichtärztlichen Mitarbeitern in der Weise in Verbindung stehen, dass er die entstehenden Aufnahmen bewerten und den weiteren Gang der Untersuchung steuern kann. Bei Risiko-Patienten muss sich der Arzt in unmittelbarer Nähe aufhalten; ausreichend ist auch die unmittelbare Nähe eines anderen Arztes, der das mit der Leistung verbundene Risiko beherrscht.

6. Nuklearmedizin/Strahlentherapie

Radioaktive Stoffe oder ionisierende Strahlung dürfen in Ausübung der Heilkunde unmittelbar am Menschen nur angewendet werden, wenn ein

Arzt mit der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung hierfür die recht-fertigende Indikation gestellt hat. Die technische Mitwirkung bei der nuklearmedizinischen Untersuchung und Behandlung einschließlich Qualitätssicherung und die technische Mitwirkung bei der Strahlenbehandlung, bei der Erstellung des Bestrahlungsplans und bei dessen Reproduktion am Patienten einschließlich Qualitätssicherung sowie die Durchführung messtechnischer Aufgaben in der Dosimetrie und dem Strahlenschutz dürfen an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn diese eine Qualifikation nach der Strahlenschutzverordnung besitzen (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 StrlSchVO) oder Kenntnisse im Strahlenschutz nachweisen können (§ 24 Abs. 2 Nrn. 3 und 4 StrlSchVO). Dies betrifft insbesondere Medizinisch-technische Assistenten in der Radioonkologie und Strahlentherapie (MTAR, vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 2 des MTA-Gesetzes). Voraussetzung ist, dass der verantwortliche fachkundige Arzt die Teilleistungen im Einzelfall anordnet.

7. Labor

In der Labordiagnostik können unter anderem die technische Beurteilung des Untersuchungsmaterials auf seine Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnose und die technische Aufarbeitung histologischen und zytologischen Untersuchungsmaterials, aber auch die Durchführung von Untersuchungsgängen an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter, insbesondere an Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, delegiert werden. Erforderlich ist dabei neben der ärztlichen Anordnung der jeweiligen Leistung deren fachliche Überwachung. Das macht bei Leistungen des Speziallators auch nach der sozialgerichtlichen Rechtsprechung die Anwesenheit des Arztes im Labor zur Zeit der Leistungserbringung erforderlich.

Im Rahmen von Laborgemeinschaften können Leistungen des Basislators auch in der Form dele-

giert werden, dass die Leistungen durch einen der beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt erbracht werden (vgl. §§ 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ sowie 15 Abs. 3 und 25 Abs. 3 BMV-Ä). Der Arzt, der die Leistungen in dieser Form erbringt, kann sie ebenfalls an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegieren.

8. Blutentnahme, Injektion und Infusion

Kapilläre und venöse Blutabnahmen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da venöse Blutabnahmen nicht in allen Ausbildungskatalogen enthalten sind, muss sich der Arzt bei medizinischen Fachangestellten, Angehörigen der Pflegeberufe oder anderem Fachpersonal ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern oder diese besonders einweisen. Bei der delegierten Blutabnahme sind die Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

Subcutane und intramuskuläre Injektionen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Zu diesen Injektionen gehören auch Impfungen, wobei die Impfanamneseerhebung und die Aufklärung zur Impfung nicht delegierbar sind. Allergietests (Pricktest, Subcutantest) können ebenfalls an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, erfordern aber auf Grund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe.

Intravenöse Injektionen und Infusionen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn sich der Arzt von der durch Ausbildung und Erfahrung gewonnenen spezifischen Qualifikation in der Punktions- und Injektionstechnik überzeugt hat und wenn er sich in unmittelbarer Nähe aufhält. Die intravenöse Erstapplikation von Medikamenten

berichte und informationen

ist nicht delegierbar. Die Zulässigkeit einer Delegation der Applikation von Medikamenten oder Infusionen über einen Port ist abhängig von der applizierten Substanz und der Qualifikation und Erfahrung des damit betrauten nichtärztlichen Mitarbeiters.

9. Operation

Die Durchführung von Operationen zählt zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Der Operateur trägt die volle Verantwortung für jeden OP-Schritt, eine eigenverantwortliche Übernahme operativer Teilschritte durch nichtärztliche Mitarbeiter ist nicht möglich. Gegebenenfalls kann die zweite oder dritte OP-Assistenz an speziell ausgebildete nichtärztliche Mitarbeiter (z. B. CTA, OTA) delegiert werden. Die Tätigkeit der ersten OP-Assistenz ist ausschließlich ärztlichen Mitarbeitern vorbehalten.

10. Anästhesie

Die Durchführung von Anästhesien gehört zu den originär ärztlichen Tätigkeiten. Eine Delegation der Anästhesie oder einzelner Phasen der Anästhesie (Vorbereitung, Einleitung, Führung/Aufrechterhaltung, Ausleitung) an nichtärztliche Mitarbeiter kommt nicht in Betracht. Einzelne Maßnahmen während einzelner Anästhesiephasen können allerdings mit der Maßgabe an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, dass dadurch das Risiko für den Patienten nicht erhöht wird und der Fachpflegestandard gewahrt ist.⁷

11. Blasenkatheter

Die Einlage eines transurethralen Blasenkatheters zu diagnostischen oder therapeutischen Zwe-

cken kann an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Da diese Tätigkeit nur im Ausbildungskatalog der Gesundheits- und Krankenpfleger enthalten ist, muss der Arzt anderes Fachpersonal dazu besonders anleiten oder sich ggf. bereits vorhandener Kenntnisse und Fertigkeiten vergewissern. Die Ersteinlage eines suprapubischen Blasenkatheters ist nicht delegierbar.

12. Wundversorgung

Die Versorgung unkomplizierter Wunden ist delegierbar. Die Versorgung komplizierter und sekundär heilender Wunden ist ebenfalls delegierbar; sie müssen jedoch initial und anschließend in regelmäßigen Intervallen ärztlich überwacht werden, weshalb die Wundversorgung in diesen Fällen nur nach Festlegung des patientenspezifischen Vorgehens durch den Arzt delegierbar ist.

13. Hausbesuche

Hausbesuche, d.h. Leistungen in der häuslichen Umgebung des Patienten, sind nach der Entscheidung des Sozialgesetzgebers im Rahmen des GKV-Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (s. § 87 Abs. 2b S. 5 SGB V) auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegierbar. Insoweit kommen der Therapie dienende Maßnahmen wie Wundpflege und Verbandwechsel, subcutane und intramuskuläre Injektionen, aber auch die Diagnostik unterstützende Maßnahmen wie Blutdruckmessungen in Betracht. Ausgeschlossen sind demgegenüber Leistungen, deren Durchführung für den Patienten mit akuten, für die jeweilige Fachkraft u. U. nicht beherrschbaren Gefahren verbunden ist. Einzelheiten hat der Bewertungsausschuss nach Maßgabe der berufsrechtlichen Bedingungen festzulegen.

Voraussetzung jeder Delegation solcher regelmäßig in Abwesenheit des Arztes zu erbringen-

.....

7) Siehe Entschließung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) vom 26.10. und 8.11.2007, Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie

den Leistungen ist zunächst, dass sich der delegierende Arzt der notwendigen Qualifikation des nichtärztlichen Mitarbeiters vergewissert. Des Weiteren ist eine Delegation nur dann zulässig, wenn der Arzt den jeweiligen Patienten zunächst selbst besucht oder in seiner Praxis gesehen und eingehend untersucht hat. Der Arzt muss die zu erbringenden Leistungen angeordnet und den nichtärztlichen Mitarbeiter patientenbezogen in Umstände eingewiesen haben, die beim Erbringen der einzelnen Leistung zu berücksichtigen sind. Ein dokumentierter Bericht an den Arzt ist nach jedem Hausbesuch durch nichtärztliche Mitarbeiter zwingend erforderlich. Bei wiederholter Durchführung solcher Besuche in Abwesenheit des Arztes über einen längeren Zeitraum hinweg muss sich der Arzt in regelmäßigen Abständen einen persönlichen Eindruck von dem in dieser Weise betreuten Patienten verschaffen; der Einsatz von optischen Hilfsmitteln wie Videokamera, Videotelefonie etc. kann die Intervalle verlängern.

14. Heimversorgung

Unter den zum Hausbesuch genannten Voraussetzungen kann der Arzt auch pflegerische Leistungen oder Medikamentengaben anordnen, die von nicht bei ihm angestellten Personen in der häuslichen Umgebung des Patienten oder in Heimen erbracht werden. Auch in einem solchen Fall muss sich der Arzt der notwendigen Qualifikation der Person vergewissern, die die von ihm angeordnete Leistung durchführt. Dabei wird er sich insbesondere in Heimen meist darauf beschränken können zu prüfen, ob die betreffende Person eine Ausbildung in einem entsprechenden Fachberuf im Gesundheitswesen absolviert hat. Insofern reduziert sich seine Verantwortung darauf, die notwendige Leistung anzurufen und für die Durchführung der Leistung durch eine ausreichend qualifizierte Person Sorge zu tragen. Für

die ordnungsgemäße Durchführung der Leistung selbst ist er in diesem Fall nicht verantwortlich. Wenn er allerdings – z. B. aufgrund früherer Erfahrungen mit einer bestimmten Fachkraft oder aufgrund von Berichten von Heimbewohnern – Anlass zu Zweifeln darüber hat, ob die angeordnete Leistung ordnungsgemäß durchgeführt wird, muss der Arzt von einer Delegation abssehen und die notwendigen Leistungen selbst erbringen oder durch eigene Mitarbeiter erbringen lassen.

15. Standardisierte Testverfahren

Mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung des Testergebnisses und der diesbezüglichen Dokumentation ist die Durchführung von standardisierten Testverfahren (z. B. psychometrische Tests, Barthel-Index, geriatrisches Assessment nach LACHS etc.) delegierbar.

16. Case Management

Case Management stellt ein Instrument zur Optimierung des patientenbezogenen Prozessmanagements dar. Es umfasst die Planung, Koordination, Steuerung und Evaluation der Behandlung eines komplexen Einzelfalls über die Sektoren hinweg und unter Einbeziehung aller Leistungserbringer. Case Management ist im Rahmen der individuellen Patientenversorgung vom Arzt anzurufen. Es kann sich auf einzelne Prozessschritte („einfaches“ Case Management) oder das komplette Case Management erstrecken. Die Durchführung des Case Managements darf an speziell ausgebildete oder fortgebildete Mitarbeiter delegiert werden. Die diagnostische und therapeutische Gesamtverantwortung verbleibt beim Arzt.

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

Analgetika-Pro-Kopf-Verbrauch

Deutschland belegt in einem internationalen Vergleich zum Analgetikakonsum in westlichen Ländern einen unteren Platz – ein mitunter beschworener mutmaßlicher weitverbreiteter Schmerzmittelmissbrauch in Deutschland lässt sich mit diesen Daten nicht stützen (H.-C. Diener et al. in J Headache Pain 9, 2008, 225). Der Verbrauch an gängigen Präparaten in den vergangenen 25 Jahren sei hier nahezu konstant geblieben: Er stieg lediglich geringfügig von 45 Tabletten im Jahr 1986 auf 52 Tabletten im Jahr 2005. Der Konsum von nicht-rezeptpflichtigen Analgetika nahm in Deutschland so zu, dass er 2005 fast 90% dieser Wirkstoffe ausmachte. Am anderen Ende der Skala liegt eine Gruppe von Ländern, bei denen nicht nur ein hoher Schmerzmittelverbrauch auffällt, sondern auch eine starke Zunahme in den vergangenen 25 Jahren. Spitzenreiter ist neben Frankreich Schweden mit einem rund dreimal höheren Verbrauch als in Deutschland und einem Anstieg um 40%: von 105 Tabletten im Jahr 1986 auf 147 im Jahr 2005. Für die Studie sammelten die Wissenschaftler in Fünf-Jahres-Intervallen von 1986 bis 2005 Zahlen von 1000 Apotheken in neun Ländern: Australien, Österreich, Belgien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Schweden, Schweiz und den USA. Dabei ging es ausschließlich um allgemeine Analgetika (N2B nach dem ATC-Code der WHO). In Deutschland sind das die nicht-verschreibungspflichtigen Wirkstoffe Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Ibuprofen sowie die rezeptpflichtigen Substanzen Metamizol, Tilidin plus Naloxon, Codein und Tramadol (Ärzte Zeitung, 25.11.2008).

Biofeedback gegen Schulter-Nacken-Schmerzen

Auf der Medica 11/08 präsentierte Dr. Maximilian Meichsner aus Bad Tölz den Einsatz von Oberflächen-Elektromyographie zur Messung von Mus-

kelspannungen, die dann auf einem Bildschirm sichtbar gemacht werden. Unter dieser optischen Kontrolle lernen die Patienten, ihre Muskulatur gezielt einzusetzen: mit Entspannungsverfahren einen erhöhten Muskeltonus zu reduzieren oder aber auch geschwächte Muskeln gezielt zu aktivieren und zu kräftigen. Schulter-Nacken-Verspannungen treten sehr häufig durch Fehlhaltungen bei der Bildschirmarbeit auf. Durch gezieltes Training der Schultermuskulatur – etwa Entlastung des oberen Trapeziusmuskels durch aktiven Einsatz des unteren Trapezius – lassen sich die Beschwerden lindern. Hat ein Patient das Trainingsprinzip mit Unterstützung des EMG-Biofeedbacks am Bildschirm gelernt, kann er zu Hause die Übungen ohne Biofeedback fortführen. „Mit dem Verfahren lernen die Patienten, ihre Probleme langfristig in den Griff zu bekommen“, sagt Meichsner. Bei akuten Beschwerden sei das Verfahren weniger geeignet, vielmehr immer dann, wenn konventionelle Verfahren wie physikalische oder manuelle Therapie versagt haben. Nach einer EMG-Eingangsuntersuchung reichen meist drei Biofeedback-Sitzungen von etwa 20 Minuten aus. Bei hartnäckigen Beschwerden können es aber zehn Sitzungen werden. Die Wirksamkeit der Methode ist in Studien belegt, im schmerzneurochirurgischen Einsatz ist diese Technik u.a. in den Praxen der Koll. Cortbus/Bad Schwartau und Leifeld/Rendsburg. Wenigstens lässt sich derart die beschwerdearme Zeit verlängern.

Arztbesuchsfrequenz in Deutschland überdurchschnittlich

Der 1.10.2007 war hier Rekordtag, als 9,7 Mill. Frauen und Männer eine Haus- oder Facharztpraxis aufsuchten. In Deutschland gehen die Menschen häufiger zum Arzt als irgendwo anders auf der Welt. Rund 18 Mal suchte jeder Einwohner Deutschlands im Jahr 2007 einen Haus- oder Facharzt auf. Das hat das Institut für Sozialmedi-

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

71
ZfaNch
1/2009

zin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (Iseg) in Hannover für den GEK-Report „Ambulant-ärztliche Versorgung 2008“ ermittelt. 2004 waren es noch gut 16 Arztkontakte gewesen. Besuche in Zahnarztpraxen und Krankenhäusern sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Montags gehen die Menschen besonders häufig zum Arzt. An normalen Wochentagen behandeln die 137 000 niedergelassenen Ärzte rund 5,2 Mill. Patienten. Die Hälfte der Menschen in Deutschland hat 2007 die Dienste von vier oder mehr Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen in Anspruch genommen. Diese Entwicklung problematisiert laut GEK-Report die freie Arztwahl; sie dürfe nicht zu Ineffizienz führen, wichtig wären eine stärkere Lotsenfunktion des Hausarztes und Ausbau der Hausarztprogramme ... (Ärzte Zeitung, 15.1.2009).

Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie und Seelische Gesundheit

Mehrere Berufsverbände haben sich 12/08 zur Bundesarbeitsgemeinschaft Neurologie und Seelische Gesundheit (BAG NSG) zusammengeschlossen. Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit organischen Erkrankungen des Nervensystems und psychischen Erkrankungen, inklusive der Schmerzerkrankungen. Beteiligt sind die Berufsverbände der Neurochirurgen, der Nervenärzte, der Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten, der Neurologen, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie wollen ihre Aufgaben in der Patientenversorgung nach außen darstellen und sich auf der Ebene der Selbstverwaltung und gegenüber anderen Verbänden, Kostenträgern, der Politik und der Öffentlichkeit besser koordinieren. „Wir sind ein informeller Zusammenschluss“, sagt Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender des Be-

rufsverbands deutscher Nervenärzte und Sprecher der neuen Arbeitsgemeinschaft. Die BAG NSG vertritt mehr als 10 000 Vertragsärzte – also auch Sie, Sie Leser der ZfaNch! Hätten Sie's gedacht? Wer einen nicht alles vertritt! All diese Ärzte versorgen rund 30 % der Patienten, deren Diagnosen für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich von Bedeutung sind.

Checklisten

Chirurgen in Deutschland sollen bei Operationen künftig wie Piloten nach einer standardisierten Checkliste arbeiten. Das kündigte die Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) an. Die Checkliste war von der Weltgesundheitsorganisation WHO in acht reichen und armen Ländern geprüft worden. Schwerwiegende Komplikationen gingen laut WHO bei ihrem Einsatz um rund ein Drittel zurück, Todesfälle sogar um 40 %. Die standardisierte Liste solle in diesem Jahr routinemäßig in den Klinikalltag eingeführt werden, sagte der Generalsekretär der DGCH, Hartwig Bauer, in Greifswald.

Fremdbesitzverbot für Apotheken mit EU-Recht konform

Das deutsche Fremdbesitzverbot, wonach nur zugelassene Pharmazeuten eine Apotheke besitzen dürfen, ist nach Auffassung des Generalanwalts am Europäischen Gerichtshof (EuGH), Yves Bot, mit europäischen Rechtsvorschriften vereinbar (Ärzte Zeitung, 17.12.2008).

Gesundheitsfonds

Dem Gesundheitsfonds droht ein milliarden schweres Defizit. Der gesetzlichen Krankenversicherung droht nach Informationen des Nachrichtenmagazins „Der Spiegel“ 12/08 wegen der Finanzkrise ein milliardenschweres Defizit 2009. Bei der Festlegung des neuen einheitlichen Krankenkassenbeitrags für 2009 war die Bundesregie-

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

nung von einem Anwachsen der Grundlohnsumme um 2,4 % und der Rentensumme um 2,5 % ausgegangen. Diese Annahme gelte mittlerweile als zu optimistisch. Befürchtet werden laut „Spiegel“ Einnahmeverluste für den Gesundheitsfonds von bis zu zwei Milliarden Euro für den Fall, dass die Arbeitslosigkeit in den kommenden Monaten stark ansteigt. Bundesfinanzminister Peer Steinbrück (SPD) müsse das Finanzloch zunächst mit Steuermitteln stopfen. Spätestens im darauf folgenden Jahr müssten die Krankenkassen dieses Geld aber zurückzahlen.

Honorarabschläge für schlechte Arztleistungen

KBV will über Honorarabschläge für schlechte Arztleistungen reden. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, hat Honorarabschläge für schlechte Arztleistungen in Aussicht gestellt. Die KBV sei sofort bereit, darüber mit den gesetzlichen Krankenkassen zu reden, sagte Köhler dem „Bonner General-Anzeiger“ 11/08. „Wichtig ist aber, dass man Qualitätsindikatoren hat, an denen sich die Leistungen messen lassen. Sonst wird jeder Arzt klagen, der Abschläge hinnehmen muss“, sagte Köhler weiter (Facharzt.de, 27.11.2008).

Honorarbereinigung wegen Selektivverträgen

Mit der ausschlaggebenden Stimme des neutralen Vorsitzenden hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Regeln beschlossen, wie die Gesamtvergütung der KVEn und die Vergütung von Ärzten korrigiert werden, wenn ärztliche Leistungen beispielsweise in Hausarztverträgen oder in der Integrierten Versorgung honoriert werden. Mehr Leistung in Selektivverträgen bedeutet, dass die Gesamtvergütungen in den KV-Kollektivverträgen gesenkt werden müssen. Ziel der KBV war es, das Ausmaß der Umverteilung zulasten der kol-

lektivvertraglichen Vergütung gering zu halten. Dies hätte bedeutet, dass ein Arzt, der an einem Selektivvertrag teilnimmt und Patienten hinzugewinnt, entsprechend KV-Honorar würde abgeben müssen. Damit wären Selektivverträge für die Ärzte selbst relativ unattraktiv geworden. Mit dieser Position konnte sich die KBV gegen die Kassenvertreter und auch gegen den neutralen Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses nicht durchsetzen. Dies erkennend, verließen die drei KBV-Vertreter die Sitzung und nahmen an der Abstimmung nicht teil. Im Kern läuft der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses auf das lange von Ärzten geforderte Prinzip „Geld folgt der Leistung“ hinaus. Gewinnt ein Arzt im Selektivvertrag neue Patienten, dann bekommt er die Leistungen zusätzlich honoriert. Das hat zur Folge, dass zumindest die kollektivvertraglichen Vergütungen – maßgeblich sind die Regelleistungsvolumen – auf der Ebene der KV, unter Umständen aber auch bei einzelnen Ärzten, bereinigt werden. Gegen diesen Mehrheitsbeschluss zur Bereinigung der Gesamtvergütungen als Folge von Selektivverträgen hat die KBV Klage angekündigt; Professor Jürgen Wasem hingegen hält den Beschluss für rechtswirksam (Ärzte Zeitung, 26. und 27.1.2009).

IV-Verträge, Einschätzung der Techniker Krankenkasse

Seit dem 1.1.2009 müssen sich Integrationsverträge auch ohne Anschubfinanzierung finanziell tragen. „Unsere Integrationsverträge werden auch unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds weiter funktionieren“, sagte der Leiter der TK-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Volker Möws bei einer Fachtagung seiner Kasse 11/08. Möws will alle bestehenden 14 Integrationsverträge seiner Kasse im Nordosten weiterführen. Seine Einschätzung für die Zukunft: „Es wird eine Delle geben, aber die Versorgungsform

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

wird sich davon erholen.“ Fest steht aber auch: Die Dynamik der vergangenen Jahre wird es in der integrierten Versorgung künftig nicht mehr geben. Das finanzielle Volumen aller IV-Verträge in Deutschland betrug nach TK-Angaben Anfang 2006 noch 478 Mill. Euro. Mitte 2008 war das Volumen schon auf 784 Mill. Euro gestiegen. Dieses Wachstum ist unter den neuen Rahmenbedingungen nicht mehr zu erwarten, wie TK-Experte Andreas Meusch deutlich machte. Er erwartet eine „rationalere Vertragspolitik“ der Kassen, in der die Mittel zielgerichteter eingesetzt werden: Integrationsverträge müssen künftig mehr als bislang eine verbesserte Versorgungsqualität, Mehrwert für Patienten und wirtschaftliche Zusammenarbeit nachweisen. Um diese Ziele zu erreichen, werden die Kassen stärker auf die Evaluierung der Vereinbarungen drängen. Nur eine untergeordnete Rolle spielt nach Angaben Meuschs für die TK der Wegfall der Anschubfinanzierung. Nach seinen Angaben ist Deutschlands größte Kasse mit dem Volumen der Anschubfinanzierung ohnehin nicht ausgekommen. So überstiegen die Verträge in Schleswig-Holstein und Hamburg das Volumen der Anschubfinanzierung um mehr als das Doppelte. Besonders geeignet erscheinen für die integrierte Versorgung Vereinbarungen aus der Orthopädie/Endoprothetik, Kardiologie und Schmerztherapie.

IV-Verträge ambulantes Operieren

Die Techniker Krankenkasse erneuerte 12/08 ihre Integrationsverträge für ambulante Operationen mit der Deutschen Tagesklinikgesellschaft. Ab 04/09 sollen strengere Qualitätsstandards gelten. Dazu sollen die ambulanten Einrichtungen zum Beispiel eng mit häuslichen Krankenpflegeanbietern zusammenarbeiten. In den kommenden Monaten sollen die bisher 60 Integrationsverträge der TK auf die neuen Bedingungen umgestellt werden. Einige der Krankenkassen, die den be-

stehenden Verträgen beigetreten waren, haben bereits erklärt, dass sie ebenfalls an den neuen Verträgen mitwirken wollen.

KBV-Informationspolitik

Der KBV warf Klaus Bittmann (Bundesverband der Ärztegenossenschaften und NAV-Virchow-Bund) 12/08 eine „geradezu trügerische Informationspolitik vor. Da sie bei den Verhandlungen federführend gewesen ist, hat sie auch Informationen über die Auswirkungen der RLV besessen. Die KBV war doch sicher informiert und ist nicht blind in die Situation gerannt. Trotzdem hat sie darüber nicht aufgeklärt und sogar den Fehler gemacht, stolz von 10% Honorarerhöhung zu sprechen – und das bei einer 30-prozentigen Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung. Da angesichts der Finanzkrise viele Bürger derzeit um ihr Erspartes fürchteten, sind die KBV-Botschaften über kräftige Honorarerhöhungen bei den Ärzten sicher natürlich nicht auf viel Verständnis gestoßen. Das war ein denkbar unglückliches Vorgehen.“

KV-Abrechnung von Ärzten und Krankenhäusern nicht über externe Abrechnungsstellen

Für KV-Abrechnungen dürfen Ärzte und Krankenhäuser nach einem Urteil des Bundessozialgerichts in Kassel nicht auf externe Abrechnungsstellen zurückgreifen. Von dem Urteil nicht betroffen ist die Einschaltung von Verrechnungsstellen bei Rechnungen für Privat-, IGeL- oder zuzahlungspflichtige Leistungen. Das BSG stoppte damit erste Versuchsbälle von Krankenhäusern, die Abrechnung auszugliedern, gewährte aber eine Übergangsfrist bis Ende Juni 2009. Das früher städtische, inzwischen von der Helios-Gruppe übernommene Klinikum Wuppertal hält für die Abrechnung mit der KV Nordrhein kein eigenes Personal mehr vor, sondern hat diese Auf-

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

gabe einer externen Verrechnungsstelle übertragen. Die Patienten müssen bei der Aufnahme eine Einverständniserklärung für die Weitergabe ihrer Daten unterschreiben. Doch das reicht nicht aus, so das BSG. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur informationellen Selbstbestimmung sei zusätzlich eine gesetzliche Grundlage erforderlich. Bislang erlauben die Gesetze eine Abrechnung durch private Dienstleister aber nur bei Privatbehandlungen, Wahl- und Zusatzleistungen. Über die Rechnung könnten die Patienten hier verfolgen, welche Daten weitergegeben würden. Dies sei bei der direkten Abrechnung von GKV-Leistungen mit der KV nicht der Fall. Wie der konkrete Streit um eine Notfallbehandlung zeige, sei zudem fraglich, ob die individuelle Einwilligung immer wirklich freiwillig erfolge. Das BSG gibt den Beteiligten ein halbes Jahr Zeit, ihre Abrechnungspraxis anzupassen. Az.: B 6 KA 37/07 R.

Medical Wellness

Medical Wellness wird zunehmend zu einem Betätigungsfeld für Ärzte – in Ergänzung zu Selbstzahlerleistungen. Da die Grenzen zwischen Medical Wellness und IGeL teilweise verschwimmen, ist eine klare Abgrenzung mitunter schwierig – aber notwendig. Die Ärzte Zeitung hat zu diesem Zweck eine neue Ausgabe initiiert: „IGeL plus“. Massagen sind ein Beispiel für Medical-Wellness-Angebote in der Praxis. Unter den Begriff Medical Wellness können Angebote subsumiert werden wie Antifaltenakupunktur, Ayurveda, Entspannungstraining, Ernährungsberatung, Fitness-Checks, Kneipp-Anwendungen, Nordic-Walking-Training, Raucherentwöhnung, Schlafmedizin, Trauerberatung – bis hin zur Vitalitätsdiagnostik. Organisatorisch entscheidend sei zweierlei: erstens außerhalb der regulären Sprechzeiten Medical-Wellness-Behandlungen anzubieten. Dadurch wissen Patienten, Kunden genannt, dass

genügend Zeit für sie eingeplant wird. Die Wellness-Aktivitäten sind zudem eindeutig von der Praxis abzutrennen, um dortige Einnahmen nicht mit der Gewerbesteuer zu infizieren. Das Wichtigste für einen Einstieg ins Medical-Wellness-Geschäft: dass der Arzt hinter seinem Angebot steht. Dies ist dann ganz persönliche Entscheidung; der Autor dieses Glossars hat mehr als genug mit seinen eigentlichen ärztlichen Kerntätigkeiten zu tun und arbeitet hart (hart auch am gerechten Honorar für diesen Kern) – da bleiben keine Valenzen.

Migränenmittel Telcagepant

Die neue Substanz Telcagepant hat sich in einer Phase-III-Studie zur Akuttherapie bei Migräne als effektiv erwiesen. In der Studie erhielten 1380 Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Migräne Telcagepant, Zolmitriptan oder Placebo. Der CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptid)-Antagonist war in der Dosierung von 300 mg deutlich wirksamer als Placebo, was Schmerzfreiheit und Schmerzreduktion betraf und ähnlich effektiv wie 5 mg Zolmitriptan (Lancet Online). Die Rate der unerwünschten Wirkungen betrug mit Telcagepant 37%, mit Zolmitriptan 51%, mit Placebo 32%. Das Unternehmen MSD will noch in diesem Jahr die Zulassung beantragen. Der Neurotransmitter CGRP wird aus den Nervenendigungen des Trigeminusnervs freigesetzt, löst über eine Gefäßerweiterung eine neurogene Entzündung aus und leitet den damit verbundenen Migräneschmerz an das Gehirn weiter. Der neue Therapieansatz geht davon aus, dass durch Blockierung des CGRP-Signals der Ablauf der Migräne-Attacke unterbrochen wird. Noch ist nicht geklärt, wie CGRP-Antagonisten in Kombination mit Triptanen wirken und ob dadurch die Effektivität der Therapie noch weiter gesteigert werden kann. Eine Studie mit dem oral wirksamen Telcagepant präsentierte Professor Peter Goadsby/London

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

bei einer Veranstaltung des Unternehmens MSD zum European Headache and Migraine Trust International Congress (EHMTIC) in London.

Neuromodulation mit Mikrostimulator

Ein streichholzgroßer Mikrostimulator wurde als Weltneuheit vorgestellt und zunächst bei Patienten mit Hemicrania continua geprüft, einer seltenen Kopfschmerzform mit einseitigen Dauerschmerzen. Ärzte aus dem Team von Dr. Peter J. Goadsby aus San Francisco gehen jedoch davon aus, dass sich die Therapie auch bei anderen Kopfschmerzformen anwenden lässt. So wird eine Okzipitalis-Stimulation auch bei Migränepatienten geprüft, berichten die Forscher in „Lancet Neurology“ (7, 2008, 1001). In ihrer Studie pflanzten Goadsby und seine Mitarbeiter sechs Patienten mit Hemicrania continua das Gerät subkutan in den Nacken und stimulierten damit den ipsilateralen Okzipitalnerv. Die Ärzte wählten für die Studie Patienten, die eine Standardtherapie mit Indometacin nicht vertrugen und derart starke Schmerzen hatten, dass sie im Alltag stark eingeschränkt waren. Geprüft wurde in der Studie nach einem Cross-over-Design: Der Stimulator wurde zunächst drei Monate lang eingeschaltet, dann einen Monat aus- und anschließend für eine Langzeitbeobachtung wieder eingeschaltet. Nach etwa einem Jahr hatten vier der sechs Patienten deutlich weniger Schmerzen. Bei ihnen waren die Werte auf einer Zehn-Punkte-Analogskala um 80 bis 95 % zurückgegangen. Bei einem Patienten ging der Wert nur um 30 % zurück, bei einem nahm er leicht zu. Eine deutliche Schmerzlinderung spürten die Teilnehmer erst einige Tage bis Wochen nach dem Beginn der Stimulation. Die Wirkung hielt jedoch auch noch einige Tage bis Wochen an, als der Stimulator für einen Monat lang ausgeschaltet wurde. Der verwendete Bion® Mikrostimulator ist lediglich 28 mm lang, 3 mm dick und wiegt weniger

als ein Gramm. Er enthält sowohl den Pulsgenerator als auch die Stimulationselektrode. Das gesamte wiederaufladbare System wird mit einer Art Injektionsnadel in die Nähe des gewünschten Nervs implantiert.

Residenzpflicht wegen Zweitpraxis gelockert

Der Umfang der Residenzpflicht muss bei Vertragsärzten, die eine Zweigpraxis betreiben, gelockert werden. Diese Ansicht vertritt das Landessozialgericht Schleswig-Holstein (Az.: L 4 B 445/08 KA ER). Im konkreten Fall ging es um einen Zahnarzt, der zusammen mit seiner Ehefrau in Thüringen eine Gemeinschaftspraxis betreibt und gemäß dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auf Sylt eine Zweigpraxis errichten wollte. Die Thüringer Kassenzahnärztliche Vereinigung lehnte eine Ermächtigung für den Arzt ab. Die mehrere Hundert Kilometer, die zwischen der Haupt- und Zweigpraxis liegen, seien mit der Residenzpflicht nicht vereinbar. Diese verpflichtet Vertragsärzte dazu, ihren Wohnsitz so zu wählen, dass sie in sprechstundenfreien Zeiten die Praxis in angemessener Zeit erreichen können, wenn dies zur Versorgung von Patienten erforderlich ist. Eine Fahrtzeit von 30 Minuten zwischen Wohnung und Praxis wurde vom Bundessozialgericht in einem Fall nicht beanstandet. Diese Rechtsprechung – so das Landessozialgericht in Schleswig-Holstein in einem Eilbeschluss – bedeutet jedoch nicht „zwangsläufig“, dass die Gründung einer Praxisfiliale in über hundert Kilometer Entfernung zur Hauptpraxis nicht genehmigt werden könne. Denn denkbar sei, dass die Residenzpflicht durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz modifiziert und eingeschränkt werde. In der Begründung des Eilbeschlusses streiften die Richter auch die Frage der Sprechstundenhäufigkeit. Der Arzt hatte bei Antragstellung nämlich ausgeführt, auf der Insel Sylt nur

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

maximal drei Tage pro Monat arbeiten zu wollen. Der Zahnarzt, so die Landessozialrichter, „dürfte zu Recht darauf hinweisen, dass er nicht gehalten ist, jeden Tag Sprechstunden an seinem Vertragsarztsitz abzuhalten“.

Respektlos

„Respektlos“ nennt Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte, dass für die fachärztliche Aufrichtung einer gebrochenen Nase nicht mehr und nicht weniger als 12,77 Euro als KV-Honorar fällig werden. Der HNO-Verband erwartet ein Jahr der Wartelistenmedizin. Der HNO-Arzt prophezeit: „Das System der GKV setzt sich mit diesen Dumpingpreisen selbst ein Ende.“ Ähnlich klingt die Ankündigung der Augenärzte im Norden, die angesichts befürchteter massiver Verluste Behandlungseinschränkungen ankündigen. Der Landesvorsitzende Dr. Bernhard Bambas spricht von einer „nie da gewesenen Versorgungskatastrophe“. Die Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände Schleswig-Holstein hält den Erhalt der flächen-deckenden Versorgung nur durch eine Anhebung der Regelleistungsvolumina für möglich.

Right-Coding

AOK Niedersachsen zahlt halbe Millionen Euro für „Right-Coding“. 2.688 Hausärzte seien dem Aufruf der Kasse gefolgt und hätten zehn Euro pro ergänzter Diagnose kassiert, schreibt die „Financial Times Deutschland“ 02/09. Auf diese Weise seien die Daten von 50.000 Patienten verändert worden. „An den Daten hängt eine Menge Geld“, sagte ein Kassensprecher der Zeitung. „Es sollte das Interesse jeder Kasse sein, dass die Abrechnungen richtig sind.“ Die AOK hatte in Niedersachsen Tausende von niedersächsischen Ärzten angesprochen. Dies hatte für heftige Proteste gesorgt, über die auch andere Medien berichteten.

Rückenmarkinfarkt nach Infiltration mit Triamcinolon

Facettengelenks-Infiltrationen bei Patienten mit pseudoradikulären Rückenbeschwerden gehören zu den häufigsten invasiven schmerztherapeutischen Maßnahmen überhaupt, z.T. nach Gefühl, zum Teil gesteuert durch Bildgebung. Dr. Manuel Dafotakis vom Alexianer-Krankenhaus in Aachen berichtet in einer Kasuistik in „Der Nervenarzt 8, 2008, 927“. Bei einer 40-jährigen Patientin scheint es als Folge dieses Eingriffs zu einem akuten ischämischen Infarkt im zervikalen Rückenmark gekommen zu sein. Die Patientin hatte sich wegen Nackenbeschwerden mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bei einem niedergelassenen Orthopäden vorgestellt. Sie bekam eine übliche Schmerztherapie mit Diclofenac verordnet, dazu ein wenig Tetrazepam. Als das nicht wirkte, wurde mit einer Facetteninfiltration der Halswirbelsäule begonnen. Zum Einsatz kam die kristalline Glukokortikoid-Suspension Triamcinolon-Acetonid. Solche kristallinen Lösungen können zu Konglomeraten verbacken, die groß genug sind, um ein kleines Gefäß zu verschließen. MRT-Aufnahmen (transversal) zeigen im Fall der 40-jährigen Frau einen Rückenmarkinfarkt, sichtbar ist eine erbsgroße Hyperintensität im posterioren Myelon in Höhe von HWK 6 i.S. eines ischämischen Infarktes. Die Symptome wären dann die Folge des embolischen Infarkts gewesen. Während der dritten Injektion im Bereich der Zwischenwirbelgelenke HW 5/6 linksseitig trat plötzlich ein von der Patientin als elektrisierend beschriebenes Gefühl im Nacken auf, gefolgt von einem Schwächeanfall beider Arme und einer linksseitigen Dysästhesie. Die Behandlung wurde an diesem Punkt abgebrochen. Im weiteren Verlauf entwickelten sich die Symptome zurück, allerdings nicht vollständig. Es verblieben Parästhesien im kleinen Finger und Ringfinger und leichte motorische Defizite in der Hand. In der neurologischen Erstunter-

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

suchung nach drei Monaten zeigte sich noch immer eine von der Axilla bis in die Finger reichende Dysästhesie, eine Dysdiadochokinese links und ein unsicherer Finger-Nase-Versuch. Nicht alle Zuflüsse von den Halsarterien zum Rückenmark bleiben nach Abschluss der Embryonalentwicklung erhalten. Für die ventrale Seite des Halsmarks geben Anatomen beim Erwachsenen drei bis fünf, für die dorsale Seite fünf bis sieben Zuflüsse an, die in der Regel durch die Foramina intervertebralis laufen. Vorherzusagen, welche Foramina genau arterielle Gefäße enthalten, ist nicht möglich. „Unsere Patientin hat Glück gehabt. Nach einigen Monaten Physiotherapie und Ergotherapie hatte sie kaum noch Beschwerden“ (*Ärzte Zeitung*, 2.1.2009). Anstelle von kristalloidem Triamcinolon bietet sich zervikal vor diesem Hintergrund die Verwendung von Lipotalon an.

Rückenschmerzen, BKK-Umfrage Hamburg

Eine Umfrage im Auftrag der Betriebskrankenkassen ergab in der Hansestadt, dass heute 15 % der Hamburger über tägliche Rückenschmerzen klagen, vor zehn Jahren dagegen nur 1 % der Befragten. Damals ließen sich noch 59 % der Patienten mit Rückenschmerzen ärztlich behandeln – heute nur noch 41 %. Rückenschmerzpatienten werden in der Hansestadt durchschnittlich für 18 Tage krankgeschrieben und erhalten fast immer eine ärztliche Verordnung. 61 % (1998: 41 %) bekommen vom Arzt Medikamente verschrieben, 58 % (1998: 42 %) Krankengymnastik. 80 % der Befragten gab an, dass diese Maßnahmen geholfen haben. Die Betriebskrankenkassen führen die Zunahme an Rückenproblemen auf die gestiegene Nutzung von Computern zurück. Folgen können Fehlhaltungen und Bewegungsmangel sein. In Hamburg bieten die BKKen ihren Versicherten, deren chronische Rückenschmerzen in der Regelversorgung erfolglos behandelt wurden, eine

interdisziplinäre Behandlung in einem Rückenzentrum an. Dort kooperieren Orthopäden, Psychologen, Physiotherapeuten und Psychologen.

Rückenschmerzprojekt KV Berlin – KKH

Der lange in der Pipeline festgesteckte Vertrag zur ambulanten spezialisierten Versorgung nach § 73 c soll Patienten „eine Rundum-Versorgung eröffnen“ (?). Ab 2009 wird Rückenschmerzpatienten der KKH ein umfassendes Versorgungsprogramm angeboten, um die Chronifizierung von Schmerzen im unteren Rücken zu verhindern. Daher ist ein wesentlicher Bestandteil der Vereinbarung, dass Terminvergabe und Dokumentation zeitnah erfolgen müssen. Vor der Einschreibung der Patienten erfolgt ein Eingangsscree ning mit Anamnese, körperlicher Untersuchung und Heidelberger Schmerzfragebogen. Die anschließende Behandlung ist in drei Stufen gegliedert. Sie beginnt mit medikamentöser Therapie und einem Edukationsprogramm. Bestehen die Schmerzen weiter, wird die fachärztliche Behandlung um psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung ergänzt. Wenn dann noch kein Erfolg zu verzeichnen ist, tritt nach maximal sechs Wochen eine Fallkonferenz zusammen, die ein intensiviertes Behandlungskonzept ausarbeitet. Dabei können alle Kassenleistungen und auch Physiotherapie, Entspannungstherapie, soziale Beratung, Reha-Maßnahmen oder stationäre Behandlungen einbezogen werden. Das Programm ist derzeit begrenzt auf KKH-Versicherte, die seit mehr als zwei Wochen an Rückenschmerz leiden. Mit der KKH wurde eine dreiseitige Vertragskonstruktion gewählt, bei der die vertragsärztlichen Leistungen nach Paragraf 73 c geregelt sind. Eine Rahmenvereinbarung regelt die Zusammenarbeit von KV und Niedergelassenen mit den beteiligten Kliniken, die über einen IV-Vertrag nach Paragraf 140 a mit den Kassen verbun-

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

den sind. Der Vertrag läuft unbegrenzt und kann erstmals nach zwei Jahren gekündigt werden. Teilnehmen können fast alle Arztgruppen, als koordinierende oder mitbehandelnde Ärzte. Einige Fachgruppen, wie Orthopäden, Neurologen, Neurochirurgen und Psychotherapeuten können beide Funktionen ausüben. Die Vergütung für die Leistungen im Projekt erfolgt zusätzlich zur Bezahlung der vertragsärztlichen Leistungen in der Gesamtvergütung. Für Screening, Einschreibung und Erstdokumentation fließen 30 €. Die Steuerungs- und Koordinationspauschale beträgt für koordinierende Ärzte 50 € und für mitbehandelnde Ärzte 17 €. Die Schulungsprogramme werden mit 30 Euro bezahlt.

78
ZfaNch
1/2009

Schmerzferien

Die an sich schon recht alte Idee von „Schmerzferien“ als Chance für eine Neuprogrammierung der Schmerzerwartung chronisch Schmerzkranker hat 03/08 auf dem Dt. Schmerztag in Frankfurt und 11/08 auf dem Dt. Schmerzkongress Prof. Walter Ziegelmänsberger aus München wiederbelebt. Dabei vergleicht er das menschliche Gehirn mit einem Computer. „Alles manifestiert sich im Gehirn. Dort werden all unsere positiven und negativen Eindrücke und Erfahrungen gespeichert“, so der Neuropharmakologe. „Im Gegensatz zum Computer hat das Gehirn aber keine Löschtaste. Negative Erfahrungen und Prägungen können gewissermaßen nur durch Überschreiben mit anderen, erfreulicherer Erlebnissen eliminiert werden.“ Dazu gehörten auch das Schmerzgedächtnis und die daraus erwachsene Erwartungshaltung, etwa bei Fibromyalgie-Patienten. I.R. von „Schmerzferien“ wird der Schmerzlevel während eines Reha-Aufenthaltes mithilfe geeigneter Medikamente auf einen Wert von 0 bis 3 in der 10-stufigen visuellen Analogskala (VAS) gesenkt. Danach könne man den Patienten Maßnahmen zur Extinktion ver-

ordnen, Situationen etwa, die sonst von Patienten aus Angst vor Schmerz gemieden wurden – etwa der Besuch einer Ausstellung. Zum Erfolg dieser Maßnahmen ist in der Reha-Einrichtung eine Umgebung nötig, die viele Sinneseindrücke, kognitive Herausforderungen und mögliche Aktivitäten bietet“, so Ziegelmänsberger. Sie sollte sich aber nicht komplett von der alltäglichen Erfahrungswelt des Patienten unterscheiden. So hätten die positiven Eindrücke einer Reha auf Mallorca im Alltagsstress keinen Bestand.

Schmerz-Gen DREAM reguliert Gedächtnis und Gehirnalterung

Das Gen DREAM, das wesentlich an der Schmerzverarbeitung beteiligt ist, scheint auch großen Einfluss auf Lernen und Gedächtnis zu haben und ggf. Hinweise auf die Entstehung und zukünftige Therapierbarkeit der Alzheimererkrankung geben zu können. Das DREAM-Gen wurde 2002 in Toronto identifiziert; es erfüllt eine Schlüsselfunktion bei der Wahrnehmung der unterschiedlichsten Arten von Schmerz („Master-Gen“ der Schmerzwahrnehmung). Mäuse, denen das Gen fehlt, lassen deutlich eine stark reduzierte Schmerzempfindlichkeit erkennen. Ein Team um den Neurobiologen Dr Ángel Manuel Carrión von der Universität Pablo de Olavide in Sevilla nahm die DREAM-losen Mäuse nun genauer unter die Lupe (Curr Biol 2009 19, 54) in zahlreichen neurologischen Tests, in denen ihre Merkfähigkeit und Lernwilligkeit analysiert wurden. Das Ergebnis: ohne DREAM-Protein lernen Mäuse schneller und behalten Information länger. Und, besonders faszinierend, das Gehirn 18 Monate „alter“ Mäuse erwies sich als ebenso leistungsfähig wie das von vergleichsweise jungen Tieren. DREAM entpuppt sich damit als wichtiger Kandidat bei der Entstehung der Altersdemenz. Ein Zusammenhang mit der Entstehung von Morbus Alzheimer ist nicht unwahrscheinlich. Bereits Mitte 2008 wurden Studien

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

veröffentlicht, die eine Entgleisung der Kalziumregulation als eigentliche Ursache der Alzheimerkrankung nahelegen. Die bekannten Ansammlungen von Amyloid-Protein wären demnach ebenfalls als Folge des abnormen Kalziumstoffwechsels der Gehirnzellen zu interpretieren. Auch das DREAM-Gen ist in seiner Aktivität von Kalzium abhängig. Hier scheint sich also ein Kreis zu schließen, in dem DREAM eine Schlüsselposition einnimmt und über die Kalzium-Balance sowohl Schmerzwahrnehmung als auch Gedächtnisleistung und Gehirnalterung beeinflusst. Auf diesen Zusammenhang deuten auch Erfahrungen mit Schmerzpatienten hin, deren Merkfähigkeit deutlich reduziert ist. Hochgradig überraschend und faszinierend, dass ein und dasselbe Gen Schmerz, Lernen und Altersmerkfähigkeit reguliert (Ärzte Zeitung, 15.1.2009).

Sprechstunden, sprechende und schluckende Medizin

Lt. IQWiG fehlt es deutschen Ärzten an Zeit für ihre Patienten. Deutschland habe eines der besten Gesundheitsversorgungssysteme der Welt, allerdings seien Medikamente hier teurer als in jedem anderen europäischen Land – und deutschen Ärzten stehe die wenigste Zeit für ihre Patienten zur Verfügung. Das sind die Ergebnisse einer Analyse des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die 11/08 im British Medical Journal (BMJ) veröffentlicht wurde. In Deutschland seien diese pro Patient um 30 % kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die Kürzesten in Europa. Dennoch hätten deutsche Ärzte längere Arbeitszeiten. Der IQWiG-Analyse nach verwenden die Deutschen mehr frei verkäufliche Arzneimittel als andere Europäer – und zahlen für Medikamente die höchsten Preise. Der Leiter des Kölner Instituts, Professor Peter Sawicki, sagte: „Wir müssen es höher bewerten, wenn Ärzte sich

mehr Zeit für ihre Patienten nehmen.“ Deutschland sollte mehr in die praxisrelevante klinische Forschung investieren und teuren neuen Technologien gegenüber offen, aber kritisch eingestellt sein (www.iqwig.de).

Stanzbiopsie zur Neuropathie-Diagnostik

Professor Ingo Husstedt vom Uniklinikum Münster propagierte beim Medica-Kongress 11/08 in Düsseldorf einen Hauttest zur Neuropathie-Diagnostik. Schmerzen bei Neuropathien sind in der Regel distal-symmetrisch lokalisiert: zu 96 % an den Händen, zu 40 % an den Füßen. Jeder dritte Patient mit neuropathischen Schmerzen sei Diabetiker, bei mehr als jedem Fünften bleibt die Ursache unklar. Jede zehnte Neuropathie sei auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen, so Husstedt. „In französischen Weinbauregionen sind allerdings 80 % der neuropathischen Schmerzen alkoholbedingt.“ Etwa 1 % der Bevölkerung habe eine hereditäre Form der Neuropathie. Hier gebe es einen zuverlässigen neurogenetischen Bluttest. Für die (Labor-)Diagnose einer Neuropathie erwartet Husstedt, dass sich in Zukunft ein Hauttest etabliert. Der Neurologe stanzt aus der betroffenen Region ein wenig Haut aus. Mit einer speziellen Färbung werden die Nervenfasern sichtbar gemacht. Unter dem Mikroskop sind dann typische Nervenveränderungen als Folge des neuronalen Umbaus bei Neuropathie zu sehen. „Die etablierte Neurografie ist lange nicht so sensibel“, sagte Husstedt.

Umverteilung, Vertreterversammlung der KBV 6.12.2008

Dass es ein Kreuz sei mit sogenannter Umverteilung in Zeiten von Krise und Verlusten, betonte die Vorsitzende der KV Schleswig-Holstein (KVSH), Dr. Ingeborg Kreuz. Ihr platzte der Kragen auf der Berliner Vertreterversammlung 12/08: „Außer bei

berufspolitische Nachlese – glossar zum quartal

80
ZfaNch
1/2009

den Psychotherapeuten kommt kein zusätzliches Geld bei unseren Ärzten an“, bemängelte Kreuz und sprach von einer Welle der Empörung, die in Schleswig-Holstein zu erleben sei. Es zeichneten sich durch die Regelleistungsvolumina „groteske Verwerfungen ab“, für die Entscheidungen auf der Bundesebene – auch die der KBV – verantwortlich seien. „Sollen wir den Ärzten jetzt sagen, dass wir kapitulieren und den Ärzten das schützende Dach nicht mehr bieten können?“, regte sich die KV-Chefin auf. Kreuz blieb jedoch mit ihrer Kritik weitgehend allein. Selbst auf den Hinweis, dass dieses Thema nun in dem geschlossenen Teil der Sitzung behandelt werde, gab sich Kreuz weiter kämpferisch: „Wollen Sie mir jetzt etwa das Wort entziehen?“, fragte sie den VV-Vorsitzenden. Zu diesem Zeitpunkt war sie wohl den übrigen Herr(schaft)en im Erkennen der krisenhaft sich zuspitzenden Lage weit weit voraus. Die überwältigende Mehrheit in der VV äußerte sich zu diesem Zeitpunkt gar noch nicht auf der Höhe des (gefühlten) Problems mit abstrakter Verniedlichung wie: „Dass es Umverteilungen geben wird, war bei der neuen, bundeseinheitlichen Systematik von vornherein klar“ ... Eine Cassandra-Causa.

Verzugszinsen bei Privatliquidationen

Wenn Privatpatienten und Selbstzahler die Zahlung ihrer Rechnung gezielt hinauszögern, müssen sich Ärzte das nicht bieten lassen. Denn: Sie können säumigen Zahlern so genannte Verzugszinsen in Rechnung stellen. Diese sind zum 1.1.2009 neu festgelegt worden. Säumige Selbstzahler zu mahnen lohnt sich: Bei einem Verzugszins von über 6% wird so mancher zahlungswilliger. In Verzug geraten Patienten, wenn sie eine Rechnung spätestens 30 Tage nach Fälligkeit der Rechnung nicht beglichen haben. Dies gilt aber nur, wenn sie in der Rechnung darauf hingewiesen wurden; ansonsten müssen sie zunächst ge-

mahnt werden. Der Verzugszins selbst wird auf Grundlage des so genannten Basiszinssatzes berechnet. Dieser wird halbjährlich von der Deutschen Bundesbank angepasst. Seit dem 1. Januar 2009 beträgt er aufgrund der jüngsten Zinssenkungen nur 1,62 % pro Jahr – im vorigen Halbjahr waren es noch 3,19 %. Um die Verzugszinsen zu berechnen, werden bei Geschäften mit Verbrauchern auf den Basiszinssatz fünf Prozentpunkte aufgeschlagen. Das bedeutet: Gerät etwa ein IGeL-Patient in Verzug, kann ihm der betreffende Arzt für die Zeit des Verzugs einen Jahreszins von 6,62 % berechnen. Eine bequeme Methode, um die konkrete Höhe der Verzugszinsen zu berechnen, bietet die Website www.basiszins.de. Dort können Niedergelassene mit einem kostenlosen Rechner den Rechnungsbetrag sowie die Dauer des Verzugs angeben. Unmittelbar darauf erhalten sie die angefallenen Verzugszinsen. Experten wie der Praxisberater Heinz Köttendorf raten Ärzten, auch peinlich genau auf die Begleichung ihrer eigenen Rechnungen zu achten. Denn: Geraten Unternehmer oder Freiberufler in Verzug, dann kann ihr Vertragspartner 8 Prozentpunkte auf die Verzugszinsen aufschlagen – „und zwar ohne Mahnung automatisch 30 Tage nach Fälligkeitstermin“, sagt Köttendorf. Das kann teuer werden: Wer etwa einer 5000-Euro-Zahlung beim Zinssatz von 9,62 % nicht nachkommt und 90 Tage im Verzug war, zahlt 118,60 € an Strafzinsen (Ärzte Zeitung, 16.1.2009).

Weiterbildungsassistenten

Bislang verdienen die Assistenten in der Klinik 4000 Euro, arbeiten sie in der Praxis, kommen sie auf etwa 2100 Euro. Im Fachgebiet Allgemeinmedizin zahlt eine Hälfte die KV, den gleichen Betrag übernehmen die Krankenkassen. Erhöhen kann sich der Betrag, wenn der Praxisinhaber den Assistenten zusätzlich bezahlt. Das können sich aber offensichtlich immer weniger Ärzte leis-

Berufspolitische Nachlese — Glossar zum Quartal

ten. Davon geht zumindest der rheinland-pfälzische KV-Chef Dr. Günter Gerhardt aus. So sind in Rheinland-Pfalz nach Angaben des Mainzer Gesundheitsministeriums derzeit nur 80 von 120 möglichen Praxis-Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin besetzt. In anderen Bundesländern ist das Verhältnis kaum besser. Zu wenig weitergebildete Allgemeinmediziner bedeutet aber, dass sich der Engpass in der hausärztlichen Versorgung künftig weiter verschärfen könnte. Abhilfe kann hier in absehbarer Zeit eine im Oktober von Bundestag und Bundesrat beschlossene Änderung des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes schaffen. Nach Artikel 8 Abs. 4 GKV-SolG soll sichergestellt werden, dass sich Weiterbildungsassistenten künftig nicht mehr aus finanziellen Gründen gegen den Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung entscheiden. Gefördert werden sollen künftig bundesweit mindestens 5000 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin – bislang waren es bis zu 3000. Längst überfällig ist analoges Vorgehen auch für fachärztliche Weiterbildungen bei Vertragsärzten!

Zahnärzteproteste gegen die neue GOZ

Zahnärzte in Westfalen-Lippe haben am 6.12.2008 in Münster gegen die geplante neue Gebührenordnung für Zahnärzte – GOZ – protestiert. Dazu wurde die Kamerversammlung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄKWL) von rund 200 Zahnärzten unterbrochen, die gemeinsam mit ZÄKWL-Vorstand und -Delegierten ihre scharfe Kritik an der geplanten GOZ äußerten. Der derzeitige Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums treffe unabhängig von der Art ihrer Versiche-

rung alle Patienten und gefährde die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Die Zeit für eine individuelle, präventions- und qualitätsorientierte Behandlung von Patienten werde dem Zahnarzt zukünftig fehlen. Die Sprecher aller zahnärztlichen Gruppierungen in Westfalen-Lippe warnten davor, dass mit dieser neuen Gebührenordnung eine moderne und wissenschaftlich hoch entwickelte Zahnmedizin nicht mehr möglich sein werde. Das Niveau der Patientenversorgung werde nachhaltig sinken, da durch diesen Entwurf einer Gebührenordnung die zur Behandlung notwendige Zeit nicht mehr zur Verfügung stehe. Jeder Patient werde zudem in seinen Rechten beschnitten, da er nicht mehr zusammen mit seinem Zahnarzt die für ihn beste Therapie auswählen könne. Die Zahnärzte lehnten dies einhellig ab und kritisierten weiter, dass die Bürokratie in den Praxen weiter zunehmen werde.



**Horst Poimann,
Idiolektik: Richtig Fragen**

**ISBN 978-3-930823-70-3
188 Seiten**

Der Autor zeigt an praktischen Übungen und Gesprächsbeispielen auf, wie man seinen Patienten befragen kann um zu ermitteln, was ihn wirklich beschäftigt. Zusätzlich ermuntern Anregungen den Leser, den eigenen Gesprächshorizont zu erweitern, und die erlernten Prinzipien im eigenen professionellen Alltag umzusetzen.