

Dr. med. Stefan Bilger
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ärztliches Qualitätsmanagement – Umweltmedizin
Handschuhsheimer Landstr. 11, 69221 Dossenheim

Dossenheim, den 17.03.2005

Betreff: **Aktuelles aus der Berufspolitik**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

als ob permanenter Wahlkampf wäre wettern Herr Kollege Baumgärtner (in einem Rundschreiben an die Medi-Mitglieder vom 15.02.05) und einzelne Medi-Vertreter (in Heidelberg etwa die nai mit einer Anzeige in der RNZ vom letzten Samstag) gegen den Barmer-Vertrag des Hausärzteverbandes und gegen den Vorstand der KV Baden-Württemberg (insbesondere die Honorarverhandlungen zum neuen EBM). Ich möchte als Ihr Delegierter in der Vertreterversammlung dazu doch noch einmal Stellung beziehen (auch wenn es manchem von Ihnen vielleicht inzwischen zu den Ohren herauskommt).

Zu den Punkten im Einzelnen (**Fettdruck** = Original Dr. Baumgärtner):

Der „Barmer-Apotheken-Hausarztverband-Vertrag“ ist ein Primärarztvertrag.

Dies ist schlichter Unsinn und wer so etwas sagt, weiß nicht, wie ein Primärarztssystem tatsächlich funktioniert (beispielsweise in den Niederlanden mit verpflichtender Einschreibung für alle Patienten bei einem Hausarzt, gesteuerte Überweisung und funktionierender Kooperation von allen Seiten, wobei der Hausarzt für alle eingeschriebenen Patienten eine Pauschale erhält, unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme). Die Begründung „Wie sollen wir einem niedergelassenen Facharzt erklären, warum er in MEDI bleiben soll...“ zeigt, dass Medi hier ein Problem mit den Fachärzten hat, die die Zeichen der Zeit nicht erkennen wollen. Wir haben als Hausärzte überhaupt kein Problem, mit Fachärzten zu kooperieren oder Patienten zu überweisen. Meiner Meinung nach ist dies eine Selbstverständlichkeit, die man nicht immer wiederholen muss. Die ausschließlich durch den Patienten selbst gesteuerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, den Chipkartentourismus und die Ausweitung medizinisch nicht indizierter Untersuchungen und Behandlungen sehen wir allerdings kritisch. Ein Hausarztvertrag, der gar keiner sein will und dementsprechend den Zugang zu Ärzten aller Fachrichtung mit einer Gummiregelung ausweitet wie in Nordwürttemberg, ist für mich keine Alternative. Dennoch bin ich durchaus dafür, dass dieser Vertrag umgesetzt und in der Realität überprüft werden sollte. In der derzeitigen Situation braucht es zur Klärung dessen, was wirklich praxistauglich ist, durchaus unterschiedliche Modelle.

Der Patient gibt seine freie Arztwahl und die Wahl seines Apothekers auf.

Ebenso wie bei der freiwilligen Einschreibung ist der Patient bei der Wahl von Arzt (auch Fachärzten) und Apotheker frei. Diese rhetorische Floskel ist schlicht falsch, wenn man davon absieht, dass ein Patient sich natürlich nicht bei einem Hausarzt oder Apotheker einschreiben kann, der nicht am Vertrag teilnimmt. Ob das gemeint ist?

Durch den Vertrag fließt erstmals ärztliches Honorar für Beratungsleistungen an die Apotheker. Hier steht Aussage gegen Aussage. Hausärzterverband und Barmer versichern das Gegenteil.

Die Finanzierung über den §140 SGB V ist ein Irrweg. Einzig diese Aussage ist aus meiner Sicht diskussionswürdig. Hausarztmodelle sind eigentlich im § 73b SGB V geregelt und solche Verträge sollten aus politischen Gründen auch gefordert werden. Dass der Barmer-Vertrag ein Integrationsvertrag ist (deswegen die Beteiligung Apotheker zwingend), hat andererseits einen gewissen Charme, denn nur dadurch fließt zusätzliches Geld, das nicht aus dem niedergelassenen Bereich stammt (und damit nicht den Fachärzten vorenthalten wird), in die hausärztliche Versorgung. Alle Rechenmodelle, die Medi anstellt zur Frage, woher denn das Geld komme, sind höchst fragwürdig. Man kann davon ausgehen, dass die BEK auch schon Berechnungen angestellt hat, die etwas anders ausfallen.

Die nai-Anzeige behauptet: (Wir werden nicht teilnehmen, weil) „wir einen Vertrag ablehnen, dessen einziges Ziel die Einsparung am Patienten ist.“

Dies ist eine böswillige Interpretation, die wirklich in dieser Form Patienten verunsichern kann. Einsparungen als Ziel sind eine Selbstverständlichkeit und werden natürlich von den Krankenkassen auch erwartet. Auch der Nordwürttemberger Hausarztvertrag enthält entsprechende Formulierungen. Einsparungen sind durchaus auch im Interesse des Patienten (es handelt sich nämlich um seine Beiträge, über die hier verfügt wird). Der Barmer Vertrag enthält aber auch die Formulierung: „Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass keinem Versicherten ein medizinisch notwendiges Arznei- oder Heilmittel entsprechend den geltenden Arznei- und Heilmittelrichtlinien vorenthalten werden darf.“ Wer die weiteren Details zu den zu erwartenden Einsparungen liest, kann hier kaum einen Nachteil zu Lasten der Patienten herauslesen. (Wir sparen permanent auch zu Lasten einzelner Patienten. Die Entscheidungen darüber, was medizinisch geboten und wirtschaftlich vertretbar ist, soll und kann uns keine Krankenkasse und kein Vertrag abnehmen.)

Zum weiteren Punkt: **EBM-Umsetzung durch die KV Baden-Württemberg – wir fordern einen Punktwert von 5,11 Cent!**

Diese Forderung ist politisch richtig und muss selbstverständlich in der Öffentlichkeit vertreten werden. Absolut schädlich ist, dies mit Angriffen auf den KV-Vorstand (namentlich Herrn Herz) zu verbinden, der versucht, für die Kolleginnen und Kollegen, das Beste rauszuholen. Wenn die Forderung einen Punktwertes von 5,11 Cent als K.O.-Kriterium bezeichnet wird, muss man sich doch fragen, wer hier K.O. geschlagen werden soll (Herr Herz, die KV, die Vertragsärzte?).

Wie Herr Herz ausgeführt hat, müssen Honorarverteilungsmaßstab und die Regelleistungsvolumina ab April 2005 so festgelegt werden, dass die Leistungserbringung nicht gefährdet ist (so ist z. B. kein Regelleistungsvolumen möglich, das bereits mit dem Ordinationskomplex erfüllt ist), damit die Honorarbescheide der KV Rechtbestand haben werden. Der Ansatz, einen garantierten Punktwert vorab festzulegen, ist bereits auf der KBV-Ebene bei dem EBM-Vorläufer durch Intervention des BMGS gescheitert, weil damit auch eine Rationierung der Leistungen verbunden wäre. Daher die KBV-Formulierung xx % von 5,11 Cent.

Die vom Gesetz geforderte einvernehmlich Lösung wäre mit den Kassenvertretern nicht möglich. Der Gang zum Schiedsamt wäre vielleicht populär, aber bei der eindeutigen Rechtslage kaum erfolgsversprechend, weil auch der unabhängige "Schiedsrichter" sich an die gesetzlichen Vorgaben zu halten hätte. Diese sehen aber keine Einkommensgarantie für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten vor, was durch die BSG-Rechtsprechung ebenfalls schon längst bestätigt worden ist. Die von Herrn Herz angestrebte und in der Vertreterversammlung vorgetragene Korridorlösung ist dagegen wesentlich intelligenter, wenn auch schwerer zu vermitteln.

Wer hier davon spricht, dass die Ärzte betrogen würden, verkennt schlicht und einfach die Realität. Aufgabe der KV ist in diesem Zusammenhang die Honorarverteilung. Die KV kann weder das Gesamthonorar vermehren (von den entsprechenden Steigerungsraten in Verhandlungen mit den Krankenkassen einmal abgesehen), noch den EBM und andere rechtsverbindliche Regelungen außer Kraft setzen oder gar die Zahl der Vertragsärzte reduzieren. Es ist auch nicht Aufgabe der KV, als Interessenvertretung der Ärzte politische Kampfparolen in die Welt hinaus zu posaunen, die bei Vertragspartnern und anderen Fachleuten nur Kopfschütteln hervorrufen. Ein Rest von Seriosität sollte in dieser Diskussion doch gewahrt bleiben.

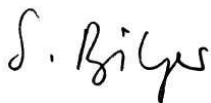
Es ist kein Geheimnis, dass es bei dem zur Verfügung stehenden Gesamthonorar und dem zu erwartenden Punktzahlvolumen keinen Punktwert von 5,11 Cent geben wird. Wer dies sagt, ist allenfalls Überbringer der schlechten Nachricht, nicht der Schuldige. Wer aber die Realität nicht anerkennen will wie Medi und in dieser Frage Substanz durch Verbalradikalismus ersetzt, vernebelt wirklich die Köpfe und streut den Kollegen Sand in die Augen.

Bilden Sie sich Ihr eigenes Urteil! Ich beabsichtige, in nächster Zeit wieder zu einem Hausärzte-Stammtisch einzuladen, wo wir diese Fragen und andere diskutieren können.

Eine gute Nachricht zu Schluss: Modellrechnungen und Konvertierung der Quartalsabrechnung in den neuen EBM 2000 plus haben ergeben, dass eine durchschnittliche Hausarztpraxis kaum mit Punktzahlrückgängen rechnen muss. Was unter'm Strich dabei rauskommt (das einzige, was letztlich zählt), steht allerdings auf einem anderen Blatt.

In diesem Sinne wünsche ich einen erfolgreichen Start im neuen Quartal!

Mit kollegialen Grüßen



Stefan Bilger