

Offener Brief an Frau Ministerin B. Stamm

Frau Ministerin Barbara Stamm
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Gesundheit
Winzererstr. 9
80797 München

München, den 27. 4. 1999 / sf

Betrifft: Risiko politisch veranlaßter Mehrausgaben für die Krankenkassen in Bayern, Gefahr einer Zweiklassenmedizin

Sehr geehrte Frau Ministerin Stamm,
vielen Dank für Ihren Brief vom 1. 4. 1999 in dem Sie uns mitteilten, daß Sie aufgrund Ihrer angespannten Terminlage unserer Bitte leider in absehbarer Zeit nicht entsprechen können. Am 26. 4. 1999 hatten wir einen Termin bei Ihrem Mitarbeiter, Herrn Ministerialdirigenten Dr. M. Gaßner.
Mit diesem Brief möchte ich im Namen der niedergelassenen Invasivkardiologen Bayerns die aktuelle Problematik wie folgt beschreiben:

1. Gegenwärtige Situation

Mit Wirkung zum 1. 4. 1999 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstmals für ganz Deutschland eine einheitliche Regelung für invasivkardiologische Vertragsärzte im EBM verankert: Dieses einheitliche Vorgehen betrifft sowohl das „Arzthonorar“ (in Punkten festgelegt) als auch die Materialkostenpauschale (in DM).

Da sowohl das „Arzthonorar“ für diagnostische Linksherzkatheteruntersuchungen mit 10000 Punkten als auch das für Ballondehnungen mit 9500 Punkten knapp bemessen war, gaben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV für die regionale Vereinbarung von Gesamtvergütungen bereits am 9. 12. 1998 eine gemeinsame Empfehlung heraus: Im § 1 haben die Vertragsparteien den Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlen, „durch geeignete Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung sicherzustellen, daß die zum 1. 4. 1999 neu bewerteten Leistungen ... weiterhin kostendeckend erbracht werden können“ (s. Anlage).

Leider hat die KV Bayern diese Sicherstellung nicht umgesetzt. Vorbildlich erfolgte dies in einigen anderen Regionen, in denen ein fester Punktwert von 10 Pfennig für die ohnehin niedrige Punktzahl der invasivkardiologischen Leistungen festgesetzt wurde und somit eine wirtschaftliche Erbringung der Herzkatheterleistungen ermöglicht. Der in Bayern verabschiedete neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM), der mit Wirkung zum 1. 4. 1999 in Kraft trat, läßt aufgrund seiner völlig neuartigen und daher nicht abzuschätzenden Struktur vermutlich weder den diagnostischen Linksherzkatheter noch die Ballondehnung bzw. andere Interventionen kostendeckend erbringen. Eine von uns mehrfach geforderte Modellrechnung wurde von der KV Bayern bislang nicht durchgeführt und ist auch wohl nicht mehr zu erwarten. Aufgrund der seit 1997 neu hinzugekommenen 5 Katheterpraxen, die bei der Füllung des Honorarfonds mit ihrem Invasivanteil nicht berücksichtigt werden, ist jetzt nicht mehr mit einer Wirtschaftlichkeit zu rechnen (s. Anlage).

2. Folgen für die Krankenkassen

Vertragsärzte, die ihre Herzkatheteruntersuchungen bei Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) nicht durch ihre Einnahmen bei Patienten mit privater Krankenversicherung (PKV) subventionieren wollen bzw. können, sehen sich gezwungen, ihre Kassenpatienten zum Herzkatheter in ein Krankenhaus einzuweisen bzw. von den Hausärzten einweisen zu lassen.

Die folgenden Zahlen belegen die dann zu erwartenden Mehrausgaben für die Krankenversicherungen:

a. diagnostische Linksherzkatheter in Bayern:

	krankenhausärztlich	vertragsärztlich
1996	58403	12345
1997	58899	14322
1998	(?)	15873

Die vom Bayerischen Sozialministerium grundsätzlich erwünschte Verlagerung von stationären Untersuchungen in den ambulanten Bereich hat tatsächlich von 1996 auf 1997 stattgefunden: Während 1996 17,4 % der diagnostischen Herzkatheteruntersuchungen vertragsärztlich durchgeführt wurden, stieg die Zahl 1997 auf 19,6 % (für 1998 liegen für die Krankenhäuser noch keine Zahlen vor).

- *Kosten für einen vertragsärztlichen diagnostischen Linksherzkatheter:*
Für einen virtuellen (aber akzeptablen) Punktwert von 8 Pfennig (der leider nicht erreicht wurde !) würde das Arzthonorar für einen diagnostischen Linksherzkatheter DM 800,- betragen. Hinzu kommt die Materialkostenpauschale von DM 355,-. Gesamtsumme: DM 1155,-.

- *Kosten für einen krankenhausärztlichen diagnostischen Linksherzkatheter:*
Bei einer durchschnittlichen Liegezeit von 2 Tagen und einem bundesdurchschnittlichen Tagessatz von DM 557,- (entnommen aus dem Krankenhausreport 1998) und einem Sonderentgelt von DM 1640,-, errechnet sich eine Gesamtsumme von DM 2754,-.

Wird ein diagnostischer Linksherzkatheter vom vertragsärztlichen Bereich in das Krankenhaus verlagert, entstehen Mehrkosten von DM 1599,- pro Katheteruntersuchung.

Im Jahre 1998 wurden 15873 vertragsärztliche diagnostische Linksherzkatheter durchgeführt. Müssen diese Untersuchungen wegen Unwirtschaftlichkeit wieder in den Krankenhausbereich zurückverlagert werden, entstehen den Krankenkassen **jährliche Mehrkosten von DM 25,4 Mio.**

b. PTCA (Ballondehnungen und andere Interventionen) in Bayern:

	krankenhausärztlich	vertragsärztlich
1996	15370	2377
1997	17038	2452
1998	(?)	2630

- *Kosten für eine vertragsärztliche PTCA:*
Bei einem virtuellen (aber akzeptablen) Punktwert von 8 Pfennig würde das Arzthonorar für eine PTCA DM 760,- betragen, zuzüglich der Materialkostenpauschale DM 2070,-. Gesamtsumme DM 2830,-.

- *Kosten für eine krankenhausärztliche PTCA:*
Bei einer angenommenen durchschnittlichen Liegezeit von 3 Tagen und dem bundeseinheitlichen Tagessatz von DM 557,- errechnen sich Pflegekosten von DM 1671,-, zuzüglich Sonderentgelt für PTCA von DM 6280,-, also insgesamt DM 8951,-.

Wird eine PTCA vom vertragsärztlichen Bereich in das Krankenhaus verlagert, entstehen Mehrkosten von DM 6321,- pro PTCA.

Wie aus den Zahlen klar hervorgeht, hat die „Mengenausweitung“ bei den Ballondehnungen in Bayern im Krankenhauswesen (+ 11 %) zugenommen, während sie im vertragsärztlichen Bereich lediglich um 1 % anstieg. Die Zunahme im Krankenhausbereich war von 1996 auf 1997 also 11 x so groß wie bei den Vertragsärzten, bei denen der prozentuale Anteil an den PTCAs von 1996 mit 13,4 % auf 12,6 % (1997) sogar zurückging.

Für das Jahr 1998 liegen für das Krankenhaus noch keine Zahlen vor, im vertragsärztlichen Bereich wurden 2630 PTCAs in Bayern durchgeführt.

Müssen aufgrund der nicht mehr kostendeckend zu erbringenden PTCAs all diese vom vertragsärztlichen in den krankenhausärztlichen Bereich zurückverlagert werden, entstehen den Krankenkassen **jährliche Mehrkosten von DM 16,1 Mio.**

Wenn sämtliche diagnostische und interventionelle Herzkatheter vom vertragsärztlichen in den krankenhausärztlichen Bereich zurückverlagert werden müssen, betragen die gesamten Mehrkosten für die Krankenversicherungen: **jährlich DM 41,5 Mio.**

Bitte beachten Sie, daß obige Rechnung schon zuungunsten der Vertragsärzte (aktueller Punktwert ist niedriger) und zugunsten der Krankenhäuser (aktuelle Liegezeiten oft höher) vorgenommen wurde.

3. Gesundheitliche Folgen für die Patienten: Wartelisten, Zweiklassenmedizin

Eine Rückverlagerung von diagnostischen und therapeutischen Herzkatheteruntersuchungen vom vertragsärztlichen in den krankenhausärztlichen Bereich würde zwangsweise zu einer drastischen Zunahme der Wartezeiten führen, wie sie heute schon in den skandinavischen Staaten und auch in Großbritannien üblich sind. Wartelisten sind bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung mit dem Risiko eines Herzinfarktes bzw. Todes auf der Warteliste verbunden. Wir hätten dann eine ähnlich prekäre Situation wie vor 10 Jahren mit dem „Tod auf der Warteliste für eine koronare Bypassoperation“.

Eine Rückverlagerung der Herzkatheteruntersuchungen in den krankenhausärztlichen Bereich würde die ohnehin schon bestehenden Tendenzen zur Zweiklassenmedizin weiter verstärken: Privatpatienten hätten praktisch keine Wartezeit, während gesetzlich versicherte Patienten auf der Warteliste Komplikationen erleiden würden.

4. Mengenausweitung – Qualitätssicherung

Während sich im vertragsärztlichen Bereich in Bayern bereits Qualitätssicherungsprogramme bewährt haben und zusätzlich über die KV Bayern die Teilnahme am Qualitätszirkel PTCA – einschließlich eines externen Monitorings durch Krankenhausärzte – Pflicht ist, werden in den Krankenhäusern keine flächendeckenden qualitätssichernden Maßnahmen durchgeführt. Wie obige Analyse der Mengenzunahme für PTCAs in Bayern zeigt, kann die Problematik der „Mengenausweitung“ nur durch eine für den vertragsärztlichen und krankenhausärztlichen Bereich gleichermaßen geltende flächendeckende Qualitätssicherung analysiert und gelöst werden.

5. Schlußfolgerungen

Sehr geehrte Frau Ministerin Stamm,
es bleibt an Ihnen, Ihren Wählerinnen und Wählern zu erklären, weshalb

- a. das Bayerische Sozialministerium seiner Aufsichtspflicht gegenüber der KV Bayern nicht nachgekommen ist, die gemeinsame Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KVB zur Sicherstellung von Herzkatheterleistungen umzusetzen, wie dies zum Beispiel in anderen KVen erfolgt ist.
- b. hierdurch das Sozialministerium durch Rückverlagerung von vertragsärztlichen Herzkatheteruntersuchungen in den Krankenhausbereich jährliche Mehrkosten von ca. DM 41,5 Mio. verursacht.
- c. das Bayerische Sozialministerium somit indirekt aber zwangsläufig zu einer Steigerung der Beitragsätze, also zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten beiträgt und den Wirtschaftsstandort Bayern schwächt.
- d. das Sozialministerium indirekt Wartelisten für Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung verursacht und somit die ohnehin schon bestehenden Tendenzen zur Zweiklassenmedizin verstärkt.

Mit den besten Grüßen
Ihr

Prof. Dr. med. Sigmund Silber
Herzkatheterlabor der Kardiolog. Gem.praxis
in der Klinik Dr. Müller
Am Isarkanal 36, D-81379 München
Tel. (089)-7421510, Fax (089)-2904202
e-mail: sslilber@med.de

Nachrichtlich: Herrn Ministerpräsidenten Dr. Edmund Stoiber
Herrn Dr. med. Lothar Wittek, Vorstandsvorsitzender der KVB

Gute Noten, schlechte Noten

An den Schulen gab es Zeugnisse. Das muß die AOK-Oberer inspiriert haben. Einer Sonntagszeitung verrieten sie ihren neuesten Coup: Ärzte und Kliniken sollen benotet werden – ganz so wie in der Schule. AOK-Chef Ahrens spricht lieber vom „Ärzte-TÜV“ und fordert, ärztliche Leistungen wie „Behandlungsdauer, Rückfallquote, Häufigkeit von Komplikationen, Zufriedenheit mit Patienten und Behandlungskosten“ zu beurteilen. Je weniger Kosten ein Arzt verursacht, desto größer ist die Chance, von den Ortskrankenkassen als Klassenbester ein „Gütesiegel“ verpaßt zu bekommen. Der AOK steht das Wasser bis zum Hals. Da sie im Konkurrenzkampf mit anderen Kassen zunehmend stärker unter Druck gerät, ist ihr wohl jedes populistische Mittel recht, sich wieder ins Gespräch zu bringen. Darüber hinaus wollen die Ortskrankenkassen vertuschen, daß ihre Konzepte zur Qualitätssicherung seit Jahrzehnten an den tatsächlichen medizinischen Notwendigkeiten vorbeigehen. Nachdem der Gesetzgeber nun endlich die Ärzte in die Qualitätssicherung gleichberechtigt einbezogen hat, scheuen die Krankenkassen offensichtlich die Konkurrenz valider Konzepte und konzentrieren sich statt dessen auf Werbegags. Den Krankenkassen geht es darum, auch ärztliche Behandlungsverfahren wie Betriebsabläufe in der Wirtschaft zu nominieren. Diese Art Standardabläufe setzten allerdings einen normierten Patienten voraus. Kranke sind aber keine Werkstücke. Für den Arzt ist jeder Patient ein Mensch, der

Anspruch auf eine individuelle medizinische Behandlung hat. Die Vorstellungen der AOK hingegen würden die freie Arztwahl in Frage stellen und damit den Patienten entmündigen.
(bäk-intern, 25.2.1998) (Si)

- wirtschaftliche Selbständigkeit,
- besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Auftraggeber und Freiberufler,
- die ideelle und nicht die materielle Wertschöpfung steht im Vordergrund,
- die Profession unterliegt dem Postulat, altruistisch, nicht egoistisch motiviert zu sein.

Der Vertragsarzt ist kein Unternehmer

Von K. Frank Erdmann

Ist der Arzt Unternehmer, Selbständiger oder Freiberufler? Verfolgt man die Diskussionen bei KV-Vertreterversammlungen oder bei Treffen der Berufsverbände, dann stellen sich immer wieder Ärzte als Unternehmer dar. Und weil sie Unternehmer seien, könnten sie so und nicht anders handeln. Schließlich müsse sich die langjährige Ausbildung ebenso rentieren, wie sich das eingesetzte Kapital amortisieren müsse. Zugleich wünschen sie eine Bestands- und Weiterentwicklungsgarantie für ihr Unternehmen Arztpraxis. Daß Ärzte, ob privat oder als Vertragsärzte tätig, keine Unternehmer im klassischen Sinne sein können, dürfte unstrittig sein. Entscheidende Freiheiten werden ihnen durch das Berufs- und Sozialrecht verwehrt. Ärzte bleiben aber, auch wenn es viele anders sehen, Angehörige der freien Berufe. Denn die Voraussetzungen dafür sind gegeben:

- persönliche Leistungserbringung,
- Weisungsungebundenheit und Entscheidungsfreiheit,

Daß seit einigen Jahren bei vielen Ärzten ein Identitätskonflikt zwischen der Rolle als Freiberufler und der des kommerziellen Dienstleisters besteht, kann nicht wegdiskutiert werden. Natürlich muß sich ein Freiberufler auch Gedanken über die Rentabilität seines Tuns machen, schließlich lebt er davon. Doch für seine individuelle Praxis-Rentabilität kann er nicht die Gesellschaft verantwortlich machen. Denn es war seine Entscheidungsfreiheit, sich wirtschaftlich selbständig zu machen. Folglich ist es auch in sein Belieben gestellt, seine Dienstleistung als Freiberufler kostengünstiger und damit für ihn profitabler anzubieten. Wäre der Arzt Unternehmer mit primärer Gewinnerzielungsabsicht, hätten sich im ambulanten Sektor schon längst kooperative Betriebsstrukturen etabliert – natürlich unter Aufgabe der den freien Berufen innewohnenden individuellen Freiheit. Doch genau das hat die Mehrzahl der Ärzte bis heute nicht gewollt. Die deutschlandweit in Gründung befindlichen Praxisnetze zielen gerade darauf ab, sich die Freiheit als Selbständige zu erhalten und sich in die betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten nicht reinreden zu lassen. Vertragsarzt ist ein freier, aber ein staatlich gebundener Beruf. Die Freiheit, sich kosten- und ertragsgünstiger zu organisieren, bleibt.
(aus: Ärzte Zeitung, Nr. 45, 10.3.1999) (Si)