



# Pro ambulant

Informationsdienst über die ambulante Versorgung in Nordrhein-Westfalen

Editorial

## Ende gut, alles gut?

**In NRW derzeit wohl eher nicht. Nach Jahren strenger Budgetierung, in denen die Ärzte bis zu 30 Prozent ihrer erbrachten Leistungen nicht bezahlt bekamen, hatten sie große Hoffnung in die seit Januar gültige Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung gesetzt. Ihre Erwartung wurde nicht erfüllt. Im Gegenteil! Das Vertrauen in ein Vergütungssystem, das den Besuch eines Hausarztes schlechter stellt als den eines Handwerkers, ist verloren gegangen.**

Die Honorarreform 2009 macht es deutlich: In NRW steht wesentlich weniger Geld für die ambulante medizinische Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung als in anderen Bundesländern. Niedriger als in Westfalen liegen nur die Ausgaben in Thüringen und Sachsen-Anhalt. Die Diagnose: Dieses System ist krank.

Selbst gemachte Leiden? Keinesfalls! Die regionalen KVen sind nicht für die Honorarreform und für deren Intransparenz verantwortlich. Es ist vielmehr der Gesetzgeber, der die Details vorgeschrieben hat. Dabei hat das Bundesministerium für Gesundheit die Umsetzung der Reform durch die Spitzengremien der Selbstverwaltung auf Bundesebene in jeder Phase aufsichtsrechtlich begleitet, akribisch geprüft und in seinem Sinne korrigiert. Vom Versagen der ärztlichen Selbstverwaltung kann also keine Rede sein. Insgesamt hat es durchaus Honorarsteigerungen gegeben. Jedoch fließt das zusätzliche Geld oft nicht dahin, wo es besonders gebraucht wird. Mehr als die Hälfte der Praxen in NRW muss mit Umsatzverlusten rechnen, besonders betroffen sind Neurologen, Orthopäden, HNO-Ärzte und Augenärzte. Vielen Praxen in diesen Gruppen droht die Insolvenz.

Jetzt sind eigene Übergangsregelungen und regionale Spielräume dringend erforderlich. Liegt doch die tiefere Ursache für das Desaster im Glauben an eine zentralisierte Honorarverteilung. Diese ist nun einmal im Gesetz verankert. Entscheidend wird nun sein, in der für 2010 vorgesehenen zweiten Stufe der Honorarreform die Vergütung pro Behandlungsfall bundesweit anzugleichen.

Also: Mit unbegründeten Schuldzuweisungen an die Selbstverwaltung ist niemandem gedient. Es kommt auf gegenseitige Solidarität an, um als Gemeinschaft überleben zu können. Die von Minister Laumann zu Recht geforderte schnelle Angleichung der ärztlichen Vergütung im Bundesgebiet kann jedoch nur politisch mit Unterstützung der Landesregierung herbei geführt werden. Damit wir zuletzt hoffentlich doch mit Fug und Recht behaupten können: Ende gut, alles gut!

### Inhalt

#### Editorial

**Ende gut, alles gut?**

#### Honorarreform

**Abgehängt**

2

#### Interview

**„Zahle sechsstellige Ablösesumme und verdiene wie ein Angestellter“**

4

#### Selektivverträge

**Wozu Monopoly auf Kosten der Patienten?**

5

#### Interview

**Für Patienten steht eine gute Versorgung im Mittelpunkt**

6

#### Ethische Folgewirkungen

**Ärztliches Berufsethos –  
Libero für Systemschwächen?**

7

#### Kurznachrichten

**Bericht: DMP-Programme nutzen den Patienten**

8

#### Impressum

8

# Abgehängt

**Nordrhein-Westfalen das ärmste Bundesland der Republik? Kaum vorstellbar. Und doch ist dies in einem gesellschaftlich wie wirtschaftlich wichtigen Bereich der Fall: Im Gesundheitswesen – zumindest auf dem Gebiet der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten. Hier steht für die medizinische Behandlung der Menschen deutlich weniger Geld zur Verfügung als in anderen Bundesländern, sogar weniger als in den strukturschwachen ostdeutschen Ländern.**

Die seit Anfang des Jahres geltende neue Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bringt es deutlich an den Tag: Die Leistungen der niedergelassenen nordrhein-westfälischen Ärzte – und auch die der rund 400 Kliniken im Land – werden immer noch schlechter bezahlt als die der Kollegen in Nachbarländern wie Niedersachsen, ganz zu schweigen von den „reichen“ süddeutschen Ländern und den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen. Dabei wird die Systematik des Gesundheitsfonds dafür sorgen, dass Versicherte in NRW wie anderswo den gleichen Beitrag zahlen, Krankenkassen aus dem Fonds prinzipiell eine gleiche Summe für die Versorgung eines jeden Versicherten zugewiesen bekommen. Die – eigentlich – logische Konsequenz: eine bundesweit einheitliche Vergütung von medizinischen Leistungen.

Doch davon sind nordrhein-westfälische Ärzte noch weit entfernt. Für die ambulante Behandlung stehen im Jahr 2009 pro Patient im Landesteil Westfalen 386 Euro zur Verfügung, im Landesteil Nordrhein 404 Euro (die Zahlen basieren auf Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Niedriger als in Westfalen liegen nur die Ausgaben in Thüringen (377 Euro) und in Sachsen-Anhalt (385 Euro). Ansonsten reicht das Spektrum von 429 Euro pro Patient in

Niedersachsen bis zu 506 Euro pro Patient in Bremen.

Und das hat deutliche Konsequenzen für die Honorierung der rund 30.000 Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen. Gemessen an der neuen Grundlage der ärztlichen Honorierung, dem so genannten Regelleistungsvolumen-Fallwert, stehen die Mediziner des bevölkerungsreichsten Bundeslandes immer auf den letzten Plätzen – die rote Schlusslaternen haben in der Regel die Westfalen (siehe Tabelle auf Seite 3).

Sehr deutlich spüren zum Beispiel die Hausärzte die zementierten Honorarunterschiede: Nur wenige Meter über die Landesgrenze nach Niedersachsen erhält der dort arbeitende Kollege für die gleiche Leistung am Patienten satte 36 Prozent mehr Honorar als der westfälische Hausarzt, der rheinland-pfälzische Kollege immer noch 15 Prozent mehr als der nordrheinische. Warum?

Durch die bundesweit vereinheitlichte Honorarverteilung der Ärzte über Regelleistungsvolumen (RLV) werden die Vergütungsstrukturen erstmals vergleichbar. Und für die nordrhein-westfälischen Ärzte wird deutlich, dass ihre Vergütung pro Behandlungsfall schlechter ist als anderswo. Die Berechnung der Honoraranteile der Länder basiert auf den erbrachten und dokumentierten ärztlichen Leis-

## Glossar

### • Punktwert

Bis Ende 2008 wies die Gebührenordnung die Wertigkeit der einzelnen ärztlichen Leistung nicht in festen Eurobeträgen aus, sondern in der Anzahl von Punkten. Erst nach Abrechnung aller Leistungen konnte ein Centwert pro Punkt errechnet werden. Je mehr Leistungen die Ärzte einer Region abrechneten, desto geringer fiel der einzelne Punktwert aus.

### • Regelleistungsvolumen (RLV)

Auch wenn mit der Gebührenordnung 2009 die Preise für jede Leistung feststehen, so hat der Gesetzgeber dennoch für einen Teil davon eine Obergrenze für die mit diesen Preisen zu vergütende Leistungsmenge, das so genannte Regelleistungsvolumen, vorgesehen.

### • Konvergenzregelung

Auf Drängen der NRW-KVen hat der erweiterte Bewertungsausschuss im Januar den einzelnen Regionen wieder mehr eigene Kompetenz in der Honorarverteilung zugestanden: In einer zweijährigen Konvergenzphase sollen die Verwerfungen nun abgemildert werden.

tungen des Jahres 2007. Beide KVen in NRW haben sich in den Vorjahren für eine Stabilisierung der Punktwerte eingesetzt. Konsequenter als andere KVen haben sie den Ausstieg aus dem „Hamsterrad“ und aus der daraus resultierenden und von vielen zu Recht kritisierten „Zwei-Minuten-Medizin“ vollzogen. Nach der Logik der aktuellen Honorarreform werden die beiden NRW-KVen nunmehr im Ergebnis

## Aufgeschnappt:

„Gleicher Beitragssatz in allen Bundesländern Deutschlands bedeutet für mich auch gleiche und gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel für alle Ärzte von Flensburg bis Passau.“

Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann

für ihre bisherige Orientierung an einer patientengerechten und wirtschaftlichen Versorgung „abgestraft“.

Wenn das Geld, das die Krankenkassen verwalten, wirklich dazu dienen muss, die gesundheitlichen Probleme der Versicherten zu beheben, dann ist nicht nachvollziehbar, dass die Behandlung eines multimorbiden Patienten, eines Patienten mit einem Glaukom, eines Patienten mit einer Depression etc. bei Haus- und Fachärzten in Nordrhein-Westfalen weniger kosten darf, weil zwar die Gebührenord-

nung und damit die Abrechnungsbeträge bundesweit gleich sind, aber die Grenzen, bis zu denen sie auch wirklich bezahlt werden, sich bundesweit massiv unterscheiden. Daher fordern die nordrhein-westfälischen Ärzte die Politik in Bund und Land, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung dazu auf, Honorargerechtigkeit in der Form herbei zu führen, dass bundesweit für die Behandlung eines Patienten unabhängig davon, wo sie erfolgt, auch das gleiche Geld bereit steht.

### „Schleuderkurs“ in der Honorarverteilung

Die relativen Honorarverluste in NRW gegenüber anderen Bundesländern sind schmerzlich, aber nicht das einzige Problem der Honorarreform. „Die Honorarreform setzt die oftmals über Jahre gewachsenen Strukturen der Honorarverteilung in den Ländern einem schockartigen Anpassungsprozess aus“, beschreibt Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein die Situation. „Die Verwirklichung der politischen Zielsetzung bundesweit einheitlicher Vergütungsbeträge hat neue Umverteilungen und neue Ungerechtigkeiten ausgelöst, wovon die Ärzte in Nordrhein-Westfalen besonders betroffen sind.“ Sein westfälischer Kollege Dr. Ulrich Thamer pflichtet ihm bei: „Das Honorarvolumen, welches uns bislang zur Verfügung stand, war nicht üppig, ist jedoch fair und leistungsadäquat verteilt worden. Jetzt gibt es vereinheitlichte Bundesvorgaben und wir haben keine Möglichkeit, den regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.“

Die Vorsitzenden der beiden NRW-KVen fordern deshalb mehr Spielraum für die Selbstverwaltung auf regionaler Ebene. Denn für die von der Reform in Nordrhein und in Westfalen-Lippe besonders bedrohten Ärzte müsse eine rasche Lösung gefunden werden. Die in der vergangenen Woche mit den Kassen auf Bundesebene vereinbarte Konvergenzregelung zur zeitlichen Anpassung der Reform und ihrer Effekte sei ein möglicher erster Schritt.

### Regelleistungsvolumen- Fallwerte im Vergleich:

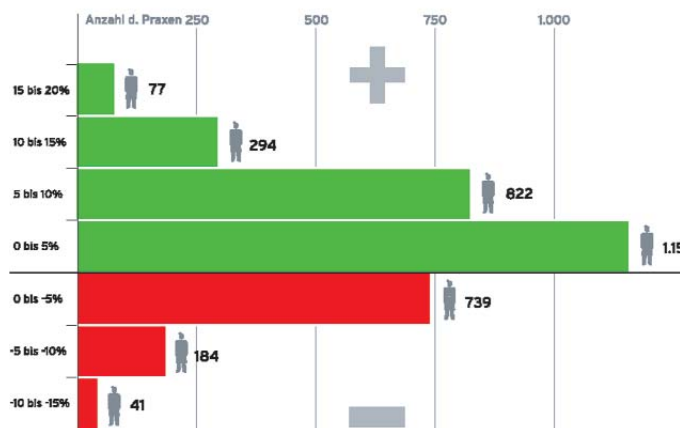
Hausärzte	
Niedersachsen	44,39 Euro
Bayern	41,01 Euro
Hessen	38,18 Euro
Rheinland-Pfalz	40,34 Euro
Berlin	36,45 Euro
Nordrhein	35,00 Euro
Westfalen-Lippe	32,43 Euro

Gynäkologen	
Bremen	23,02 Euro
Saarland	20,40 Euro
Niedersachsen	19,85 Euro
Nordrhein	17,00 Euro
Westfalen-Lippe	15,37 Euro

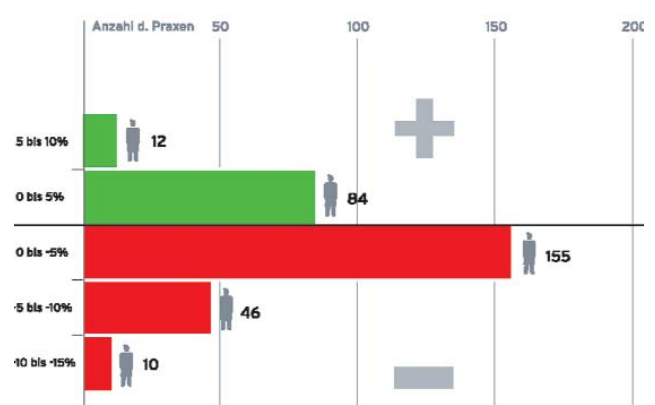
HNO-Ärzte	
Saarland	35,67 Euro
Niedersachsen	34,88 Euro
Bremen	33,57 Euro
Nordrhein	33,00 Euro
Westfalen-Lippe	27,10 Euro

Orthopäden	
Bremen	41,72 Euro
Saarland	35,43 Euro
Nordrhein	32,00 Euro
Niedersachsen	31,60 Euro
Westfalen-Lippe	31,57 Euro

### Simulierte Umsatzveränderung der Hausärzte (Quartale 1/08 zu 1/09)



### Simulierte Umsatzveränderung der Augenärzte (Quartale 1/08 zu 1/09)



Simulierte Umsatzveränderungen der Hausärzte und Augenärzte in Westfalen-Lippe vom ersten Quartal 2008 zum ersten Quartal 2009.

# „Zahle sechsstellige Ablösesumme und verdiene wie ein Angestellter“

**15 Jahre lang war er als Betriebsarzt tätig, mit Mitte 40 dann hat er beschlossen, seinen Facharzt für Allgemeinmedizin zu machen und sich in Westfalen-Lippe selbstständig niederzulassen. Nur wo? Diese Frage bereitet Dr. Michael Scherenberg Kopfzerbrechen, wie er im Interview verriet.**

Frage: Mitte November haben Sie die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie abgeschlossen. Wie geht es jetzt weiter?

Dr. Scherenberg: Ich bin davon ausgegangen, dass in Westfalen-Lippe überall akuter Nachwuchsmangel herrscht und wollte mich – auch aus familiären Gründen – vorrangig im Ruhrgebiet niederlassen. Von der Niederlassungsberatung der KVWL musste ich allerdings erfahren, dass das Ruhrgebiet sehr gut besetzt ist und die Nachwuchsproblematik dort erst in den nächsten Jahren durch eine bevorstehende Pensionierungswelle gegeben sein wird. So lange wollte ich nicht warten. Problem Nummer zwei: Dass ich künftig so viel verdiene wie ein Angestellter, aber dafür eine Abstandssumme in sechsstelliger Höhe zahlen muss, ist mir unbegreiflich. Daraufhin habe ich mich mehr in ländlichen Gebieten umgesehen, eine Niederlassung im Kreis Borken ins Auge gefasst und bereits um einen Mietvertrag verhandelt. Und dann erfuhr ich die Höhe des Regelleistungsvolumens...

Frage: Womit wir beim Thema Honorar wären...

Dr. Scherenberg: Ja. Meine prospektive Partnerin konnte sich wegen des RLV-Bescheides nicht vorstellen, in einer Gemeinschaftspraxis kostendeckend zu arbeiten. In Westfalen-Lippe bekomme ich ein Regelleistungsvolumen von 32,43 Euro pro Patient und Quartal. Zehn Kilometer weiter in Niedersachsen sind das 44 Euro. Nachdem ich das erfahren habe, habe ich mich bei verschiedenen KV-Bereichen nach Fallzahlen und Fachgruppen-Durchschnitt erkundigt und mit spitzem Bleistift gerechnet.

Frage: Wie ist das Ergebnis dieser Vergleiche ausgefallen?

Dr. Scherenberg: Ich habe mir ausgerechnet, dass ich bei einer 1.200-Schein-Praxis in Westfalen-Lippe 38.900 Euro pro Quartal verdienen würde, in Niedersachsen dagegen 53.300 Euro. Bei einer 1.500-Schein-Praxis liegt die Differenz schon bei 17.000 Euro – und das pro Quartal. Wenn ich in Westfalen-Lippe sowieso aufs Land muss, dann kann ich genauso gut nach Niedersachsen gehen und mir das wenigstens mit einem höheren Verdienst versüßen.

Frage: Haben Sie die Vorstellung einer Niederlassung in Westfalen-Lippe also endgültig begraben?

Dr. Scherenberg: Rational gesehen wäre es momentan das Klügste, aber noch besteht Hoffnung: Möglicherweise kann ich in Westfalen-Lippe doch noch eine Praxis übernehmen. Ich hoffe allerdings, dass dies nicht, wie auch schon geschehen, an den angesichts der Honorarsituation unrealistischen Abstandsforderungen der Kollegen scheitert.

Zudem hat die KVWL mit Erfolg darauf gedrängt, bei der Honorarverteilung für diesen Landesteil eigenständig nachbessern zu dürfen. Nachdem der Bewertungsausschuss dem zugestimmt hat, sehe ich einen Lichtschimmer. Auf jeden Fall stehe ich mit der Niederlassungsberatung der KVWL weiterhin in Kontakt, der sich bislang als hilfreich erwiesen hat.



*Ärzte, die sich niederlassen wollen, erkundigen sich bei den Niederlassungsberatungen verschiedener KV-Gebiete und vergleichen erst einmal sorgfältig. Denn längst nicht überall in Deutschland gibt es für gleiche Leistungen gleiches Geld.*

# Wozu Monopoly auf Kosten der Patienten?

**Wettbewerb soll das Vertragsgeschäft beleben – so zumindest sieht es das 2007 gestartete Wettbewerbs-Stärkungsgesetz vor. Mit der Änderung des § 73 b SGB V wird jedoch ohne Not monopolartigen Strukturen der Weg geebnet.**

Zum Ende des Jahres 2008 hat der Deutsche Bundestag die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die einen regionalen Organisationsgrad von mindestens 50 Prozent aufweisen. Diese Bedingung kann derzeit und auch längerfristig gesehen nur der Deutsche Hausärzterverband erfüllen. So entsteht ein willkürliches Vertragsmonopol zu Gunsten eines privatrechtlichen Verbandes, dem per Gesetz ein öffentlich-rechtlicher Versorgungsauftrag ohne Vergabeverfahren übertragen wird – im Grunde eine absurde Situation, die mit nationalem und europäischem Wettbewerbsrecht nicht vereinbar ist.

Konkret heißt das, dass der Hausärzterverband jetzt auch in NRW eigene Verträge schließen kann. Er muss aber nicht – und in NRW gibt es dafür auch keine Notwendigkeit. Kürzlich ausgesprochene Drohungen seitens der regionalen Hausarztverbände geben sogar eher einen Vorgeschmack darauf, was ein solches Verbandsmonopol für Auswirkungen auf die Versorgung haben könnte. Hierzu reicht ein Blick nach Bayern, wo der dortige Hausärzterverband einen Separatvertrag schon abgeschlossen hat. Der Verband hat seine Mitglieder aufgerufen, nicht nur die Patienten anderer Kassen schlechter zu versorgen, sondern auch die der AOK, die nicht einem Hausarztvertrag beigetreten sind.

In Nordrhein existieren bereits seit 2005 so genannte Hausarztverträge zwischen der KV Nordrhein und allen gesetzlichen Krankenkassen, mit Ausnahme der Barmer Ersatzkasse (BEK), die einen bundesweiten gesonderten Vertrag abgeschlossen hatte. Seit 2008 gibt es auch einen neuen, gut funktionierenden Hausarztvertrag zwischen Primärkassen – AOK, IKK und Landwirtschaftlicher Krankenkasse – und der KV Nordrhein gemeinsam mit dem regionalen Hausärzterverband. Rund 3.000 Ärzte und 152.490 Versicherte nehmen daran teil. Zudem gibt es einen Vertrag der KV mit den Betriebskrankenkassen und der Gmünder Ersatzkasse – hier sind es 3.565 Ärzte und 167.161 Versicherte.

Der Ersatzkassenvertrag (ohne BEK) mit 3.745 Hausärzten und 347.733 Versicherten wurde zum Ende des Jahres 2008 gekündigt und soll auf Wunsch der Ersatzkassen durch einen neuen Vertrag zwischen KV Nordrhein, Hausärzterverband und Ersatzkassen ersetzt werden. „Dieser Vertrag bietet den Versicherten der Ersatzkassen die gleichen Konditionen wie den Versicherten der Primärkassen. Allerdings verweigert sich der nordrheinische Hausärzte-



*Das Wettbewerbs-Stärkungsgesetz fördert ungewollt Monopole.*

verband und möchte lieber im Alleingang den Vertragsabschluss für sich in Anspruch nehmen," berichtet Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Eine verbesserte hausärztliche Versorgung kann seit Jahresbeginn auch von vielen Versicherten in Westfalen-Lippe in Anspruch genommen werden. Dies garantiert ein Vertrag, der zwischen mehreren Ärzterverbänden, der KV Westfalen-Lippe und den Krankenkassen AOK Westfalen-Lippe und Vereinigte IKK, den Betriebskrankenkassen und der landwirtschaftlichen Krankenkasse im vergangenen Dezember geschlossen wurde.

Aber auch in Westfalen-Lippe gab es Divergenzen, denn der Hausärzterverband Westfalen-Lippe war mit diesem Vertrag nicht einverstanden und forderte eine rechtliche Überprüfung durch das Landesgesundheitsministerium. Wie das Ministerium der KV Westfalen-Lippe Anfang Februar mitteilte, konnte jedoch kein Rechtsverstoß beim Zustandekommen des Vertrages festgestellt werden. „Unser Vertrag läuft und kann von allen interessierten Kolleginnen und Kollegen genutzt werden“, resümiert Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 2. Vorsitzender der KVWL. Mittlerweile nimmt rund ein Drittel der im Landesteil Westfalen-Lippe tätigen Hausärzte teil.

Für die gesetzlichen Krankenkassen bleiben Körperschaften des öffentlichen Rechts zuverlässige Vertragspartner erster Wahl, die eine seriöse und patientenfreundliche Versorgung garantieren – ohne Erpressungsversuche und Monopoly-Spiele.

## Hintergrund neuer Verträge nach § 73 b SGB V

Der vom Bundestag im Oktober 2008 neu gefasste § 73 b Sozialgesetzbuch V besagt, dass die Krankenkassen bis zum 30. Juni 2009 Verträge über eine flächendeckende hausärztliche Versorgung abschließen müssen. Diese Verträge sind mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten. Faktisch wird damit der Hausarztverband aufgrund seiner Mitgliederzahl bevorzugter Partner für die Krankenkassen. Andere Anbieter – unter anderem auch KVen – haben nur nachgeordnet und zusätzlich zum „Hauptvertrag“ mit den Hausärztern oder im Falle, dass dieser auf eine Schiedsamtverfahren

verzichtet, eine Chance. Dieses Nachrüsten am Gesetz hat seinen Ursprung in einem bayerischen Kuhhandel. Der dortige Vorsitzende des Hausärzterverbandes hatte gedroht, sich im Landtagskampf gegen die CSU zu stellen und erhielt als Geschenk eine Änderung des § 73 b in seinem Sinne. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) will gegen den neuen Paragraphen zur hausarztzentrierten Versorgung Verfassungsklage erheben. Er sei ein „nicht-diskriminierungsfreies Vergabeverfahren“ und verstoße zum anderen gegen Artikel 12 des Grundgesetzes zur Freiheit der Berufsausübung, argumentiert die KBV.

## Interview

# Für Patienten steht eine gute Versorgung im Mittelpunkt

**Die Bestrebungen jetzt auch des rheinischen Hausärzterverbandes, Separatverträge mit Krankenkassen abzuschließen, wie es die Novelle des § 73 b SGBV ermöglicht, hat die Redaktion von Pro ambulant zum Anlass genommen, eine Sicht der Patientenseite hierzu einzuholen. Pro ambulant befragte Hannelore Loskill, Vorsitzende des Sprecherrats des Deutschen Behindertenrats.**

**Frage:** Besteht in der Selbsthilfe der Eindruck, hausärztlich schlecht versorgt zu sein?

**Hannelore Loskill:** Bisher noch nicht, für viele ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Die Patienten sind jedoch allgemein verunsichert und haben Angst vor dem, was auf sie zukommen wird.

**Frage:** Glauben Sie auch, dass Selektivverträge einzelner Arztgruppen mit einzelnen Krankenkassen die Versorgung verbessern werden?

**Hannelore Loskill:** Nein, das erscheint eher unwahrscheinlich. Schon die Verträge zur Integrierten Versorgung haben nur Verwirrung und Intransparenz gebracht. Mit wei-

teren Selektivverträgen ist die freie Arztwahl endgültig beendet. Es ist zu befürchten, dass dann auf dem Rücken der Patienten der Wettbewerb ausgetragen wird.

**Frage:** Wo liegen Ihrer Meinung nach in vertraglicher Sicht die wichtigsten Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung?

**Hannelore Loskill:** Mir sind die verschiedenen vertraglichen Regelungen im Detail nicht bekannt. Das SGB V bietet so viele Möglichkeiten der Berufsausübung für Heilberufler, dass man sich manchmal fragt, ob wirklich eine flächendeckende, gute Versorgung der Patienten, insbesondere der chronisch kranken, bei allen Akteuren im Vordergrund steht.



*Hannelore Loskill, Vorsitzende des Sprecherrats des Deutschen Behindertenrats.*

# Ärztliches Berufsethos – Libero für Systemschwächen?

**Krank sein bedeutet in der Regel auch Schutzlosigkeit, besondere Versehbarkeit. Gesundheitliche Interessen Betroffener stets zu wahren, nicht zu schaden, Schwäche nicht auszunutzen – das gehört seit antiker Zeit zum Kern ärztlichen Berufsethos – erstmals 400 v. Chr. grundlegend formuliert im ‚Eid des Hippokrates‘. Dessen modernisierte Form, das ‚Genfer Gelöbnis‘, ist heute Bestandteil der Berufsordnungen der Landesärztekammern.**

Dort heißt es etwa: „Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. (...) Ich werde (...) bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung“. Nun bedarf auch ethisches Handeln ökonomischer Erdung. Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung basiert auf solidarisch bereit gestellten Ressourcen. Nicht nur die Wirksamkeit ärztlichen Versorgungshandelns, auch dessen Wirtschaftlichkeit hat im Lichte knapper Ressourcen ethische Relevanz. Ethische und wirtschaftliche Anforderungen widersprechen sich insofern nicht zwangsläufig.

Etwaige Dilemma-Situationen entstehen dann, wenn Ressourcen für eine effiziente Versorgung bestehender Morbiditätslast von vornherein fehlen, wenn der Zwang zur Rationierung normativer Wegweisung zuwiderläuft. Da kann Berufsethos puffernd wirken, die Belange kranker Menschen – in Grenzen – schützen. Wie robust, wie nachhaltig verhaltensrelevant indes sind solche Normensysteme, wenn ihre Befolgung zuverlässig negative wirtschaftliche Konsequenzen nach sich zieht? Wenn gerade ihr Nicht-Befolgen sich materiell auszahlt? Das lässt sich an Beispielen veranschaulichen:

(1) Der Arzt ist gehalten, Heilmittel – etwa Leistungen der Ergo-, Sprach- oder Physiotherapie – wirtschaftlich zu verord-



Der Eid des Hippokrates ist Basis des ärztlichen Berufsethos. Foto: D. Schneider/pitopia.de

nen. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit wurde in der Vergangenheit (in Westfalen-Lippe bis 2008) quartalsweise ein Vergleich vorgenommen: Wie weit lag der durchschnittliche Fallwert eines bestimmten Arztes ggf. oberhalb des Durchschnitts seiner Vergleichsgruppe, etwa der Allgemeinmediziner/Internisten. Überstieg die Abweichung (nach oben) einen definierten Grenzwert, führte dies zur statistisch basierten Vermutung unwirtschaftlichen Verhaltens. Zwar konnte der betreffende Arzt Besonderheiten seines Patientenkollektivs entgegenhalten. Wegen unzureichender Transparenz über das Klientel seiner Kollegen fiel solche Beweisführung jedoch nicht leicht. Festgestelltes unwirtschaftliches Verhalten zieht Regresse nach sich. Schon die Sorge vor möglichen Regressen verändert Verhalten, förderte hier zurückhaltendes Verordnen. In der Folge fiel denn

auch der Durchschnittswert der Vergleichsgruppe immer weiter ab. Damit aber stieg zugleich für den einzelnen Arzt gerade bei individuell unveränderter Verordnungsweise das Risiko, statistisch auffällig zu werden. Kurzum: Eine regressbewährte, schließlich in die Rationierung führende Abwärtsspirale, die Berufsethos letztlich im Wege massiver Nachteileerwartungen wirksam zu beeinträchtigen vermochte.

(2) Verhaltensrelevante Anreizwirkungen entfaltet auch und vor allem das Vergütungsprozedere. Seit 16 Jahren zahlen die Krankenkassen für die ambulante medizinische Versorgung eine budgetierte Gesamtvergütung. Deren Entwicklung war bislang durch die Entwicklung der Grundlohnsumme bestimmt. Mit Steigerungsraten in Größenordnungen von 0,38 v. H. (2005), 0,83 v. H. (2006) und 0,47 v. H. (2007) war sie real nicht nur deutlich rück-

läufig. Sie hat sich zudem vom – demografiebedingt zunehmenden – Morbiditätsgeschehen immer weiter entfernt. Eine solche Unterfinanzierung Honorarfrieden erhaltend auf die verschiedenen Arztgruppen zu verteilen, war eine andauernde Herausforderung für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der einzelne Arzt bekommt diese Finanzierungslücke in teils gar nicht mehr oder nur mit sehr hohen Abschlägen vergoltenen Leistungen zu spüren. Immer stärkere Spannungen zwischen berufsethischen und betriebswirtschaftlichen Belangen sind nicht ohne Brisanz. Das hat auch die Politik verstanden.

(3) Künftig soll die Vergütung der ambulanten Versorgungsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung morbiditätsbedingt erfolgen, den Ärzten wurden für ihre Leistungen feste Euro-Preise versprochen. Ein Versprechen, das realiter aber nur für eng begrenzte Leistungsmengen manifest geworden ist, für die so genannten Regelleistungsvolumina. Über diese hinaus gehende Versorgungsleistungen unterliegen starken Abstufungen, das Verfahren insgesamt ist in seiner Anreizstruktur durchaus budgetähnlich. Hinzu kommt: Schließen Krankenkassen mittlerweile mögliche Sonderverträge zu Versorgungssegmenten mit bestimmten Leistungserbringern, soll dies durch Kürzungen in der Regelversorgung, und zwar auch bei den an einem solchen Vertrag gar nicht beteiligten Ärzten, kompensiert werden. Selektive Versorgung zu Lasten der breiten Regelversorgung, auch das dürfte sich im Praxisalltag auf Dauer als ein mit ärztlichem Berufsethos wenig anreizkompatibles System-Reglement erweisen.

All diese Beispiele haben gemeinsam: Sie lassen sich als Ausgabebegrenzende System-Spielregeln begreifen, die dauerhaft wirtschaftlich basierte Anreize zu bestimmten Verhaltensweisen erzeugen – Verhaltensweisen, die zu traditionellen (berufs-)ethischen Handlungsmaximen augenfällig kontrastieren. Solche ‚Spielregeln‘ können insofern die normative Richtschnur bzw. dessen Handlungsrelevanz langfristig nicht unbeeinflusst lassen. Gut nachvollziehbar ist, worauf Wirtschaftsethiker wie Karl Homann seit vielen Jahren hartnäckig verweisen: Die Handlungsmoral des Einzelnen bedarf in modernen Gesellschaften einer ermöglichenden und stützenden Systemmoral. Das gilt auch und vor allem im ausdifferenzierten, komplexen Gesundheitswesen. Für solch fundierende Systemmoral aber stehen nicht die Ärzte in der Verantwortung. Die liegt vielmehr bei den System-Architekten, den politischen Entscheidungsträgern.

## Kurznachrichten

### Bericht: DMP-Programme nutzen den Patienten

Bei chronisch Kranken sinkt das Risiko von schweren Folgekomplikationen, wenn sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen. Dies belegt nachdrücklich der aktuelle Qualitätsbericht für die Disease Management Programme (DMP) in Nordrhein. Zugleich finden diese eine wachsende Akzeptanz unter den Patienten und den niedergelassenen Ärzten. In ganz NRW wurden die DMP frühzeitig etabliert und vor allem beim Diabetes mellitus als Folgeprogramme vorangegangener Strukturverträge implementiert. In die DMP in NRW sind mehr als eine Million Menschen eingeschrieben, davon allein mehr als eine halbe Million Patienten in das DMP Diabetes mellitus Typ 2. Noch höher ist die Quote bei den Typ 1-Diabetikern. Bei einem Großteil der Diabetiker gelingt es den beteiligten Hausärzten in Zusammenarbeit mit Diabetologen und anderen Fachärzten, die Blutzuckereinstellung auf einem zufriedenstellenden Niveau zu halten. Die mit zunehmender Krankheitsdauer drohenden Verschlechterungen und Begleiterkrankungen können die Mediziner deutlich bremsen. „Das führt zu mehr Lebensqualität, aber auch zu einer längeren Lebensdauer“, erläutert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Auch die Blutdruckwerte würden deutlich verbessert, so Hansen weiter. Das rechtfertige den hohen Aufwand für blutdrucksenkende Medikamente und zeige Effekte. Auch bei den anderen DMP konnten die festgelegten Qualitätsziele erreicht werden, wie im DMP Koronare Herzkrankheit. So erhalten Patienten nach einem Herzinfarkt mittlerweile zu rund 80 Prozent Blutfett reduzierende Mittel, was deutlich über dem gewünschten Ziel von 60 Prozent liegt.

In das DMP Brustkrebs waren mehr als 20.000 Patientinnen eingeschrieben. Die Mehrzahl der Frauen wurde in einem frühen Erkrankungsstadium behandelt, was ihre Überlebenschancen deutlich erhöht. Der Bericht kann auf der Internetseite [www.kvno.de](http://www.kvno.de) heruntergeladen werden. Sie können auch ein Druckexemplar unter folgender Mailadresse bestellen: [laltenhofen@kbv.de](mailto:laltenhofen@kbv.de).

## Impressum



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Herausgeber:  
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Tel. 02 11/59 70-0  
[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Herausgeber:  
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe  
Robert-Schirrigk-Straße 4 – 6  
44141 Dortmund  
Tel. 02 31/94 32-0  
[www.kvwl.de](http://www.kvwl.de)



Kassenärztliche  
Vereinigung  
Westfalen-Lippe

Redaktion:  
Andreas Daniel (verantwort.)  
Heike Achtermann  
Ruth Bahners  
Dr. Edith Meier  
Sigrid Müller  
Johannes Reimann  
Ina Retkowitz  
Dr. Michael Wüstenbecker

Druck:  
IVD GmbH & Co. KG  
Wilhelmstraße 240  
49475 Ibbenbüren