

Editorial

# Wahlprüfsteine

**Ruhe soll in diesem (Wahl-)Jahr die erste Bürgerpflicht der Ärztinnen und Ärzte sein. Kaum hatte die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht, dass durch die Honorarreform mit Ausnahme von Baden-Württemberg in allen Regionen der Republik die ärztliche Gesamtvergütung mehr oder weniger gestiegen ist, fordern alle, die Ärzte sollen endlich Ruhe geben.**

Die Politiker – allen voran Ulla Schmidt – möchten Ruhe in den Wartezimmern, die Vorstände der Krankenkassen möchten keine Forderungen mehr hören, und auch die Journalisten sind die kritischen Stimmen aus der Ärzteschaft leid. Alle sagen: Jetzt habt ihr doch mehr Geld, nun nervt gefälligst nicht mehr.

Doch so einfach ist es nicht. Die ambulante medizinische Versorgung krankt nicht nur an ihrer permanenten Unterfinanzierung. Auch sonst gibt es eine Reihe von Fehlentwicklungen und Fehlsteuerungen, die sowohl den Ärzten als auch ihren Patienten nicht gefallen können. Zu nennen ist die zunehmende Regulierung der ärztlichen Tätigkeit durch immer mehr Gesetze und Richtlinien. Die Freiberuflichkeit des Arztes, das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und seinen Patienten, wird immer weiter ausgehöhlt. Die Sicherung der ärztlichen Unabhängigkeit ist deswegen ein wichtiges politisches Anliegen der Ärzteschaft.

Viele Ärzte und Psychotherapeuten befürchten zu Recht eine immer stärkere Ökonomisierung der Medizin. Kapitalgesellschaften erhalten über die Rechtsform des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Zugang in die ambulante Versorgung. Gerade niedergelassene Fachärzte fürchten die ungleiche Konkurrenz und sehen sich in ihrer Existenz bedroht. Und allen schwanzt, dass auch in der Medizin das Interesse der Kapitalgeber an Rendite bald mehr zählen könnte als das Interesse des Patienten an guter Behandlung.

Auch in den Details schafft die Gesundheitspolitik der Bundesregierung mehr Probleme als Lösungen: die überregulierte Honorarverteilung im § 87 ff. SGB V, die Bevorzugung des Hausärztesverbandes bei der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b), die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ohne Bedarfs- und Qualitätsprüfung (§ 116 b) usw.

Darauf dürfen, ja darauf müssen die Ärzte und Psychotherapeuten hinweisen. Sie müssen Fehlentwicklungen aufzeigen und sich über Mängel beklagen. Und sie tun es – gerade in einem Wahljahr.

## Inhalt

<b>Editorial</b>	
<b>Wahlprüfsteine</b>	<b>1</b>
<b>Brennpunkt Sicherstellung</b>	
<b>Pochen auf Handlungsfähigkeit: KBV fordert Wettbewerbsordnung</b>	<b>2</b>
<b>Honorarreform</b>	
<b>Ein Zuwachs der Vergütung löst die Strukturprobleme nicht</b>	<b>4</b>
<b>Die Grundversorgung ist unterfinanziert</b>	<b>5</b>
<b>Nordrhein: Gesamtdefizit von 40,4 Millionen Euro . „Erosion von ärztlicher Versorgung stoppen“</b>	<b>6</b>
<b>Interkulturelle Fachtagung</b>	<b>7</b>
<b>Innovative Konzepte prämiert</b>	<b>7</b>
<b>Kurznachrichten</b>	
<b>eGK startet im Oktober</b>	<b>8</b>
<b>Praxen in Sachen „Schweinegrippe“ gut informiert und aufgestellt</b>	<b>8</b>

# Pochen auf Handlungsfähigkeit: KBV fordert Wettbewerbsordnung

Im Vorfeld der Bundestagswahl hat KBV-Chef Dr. Andreas Köhler der Politik einen Katalog mit Forderungen präsentiert. In dessen Zentrum steht die künftige Handlungsfähigkeit des KV-Systems. Denn die ist nach Analyse der KBV akut bedroht „weil der Gesetzgeber der Selbstverwaltung immer mehr Fesseln angelegt hat“. Die KBV fordert eine neue Wettbewerbsordnung und den ungeteilten Sicherstellungsauftrag.

Der ungeordnete Wettbewerb der unterschiedlichsten Vertragsvarianten treibt nach Köhlers Darstellung zunehmend fragwürdige Blüten. So sei mitunter die Auswahl aus bestimmten Versorgungs- und Tarifmodellen der Krankenkassen „noch komplizierter als die des richtigen Handytarifs“. Als Antwort auf eine zunehmend intransparente Versorgungslandschaft fordert die KBV eine umfassende Wettbewerbsordnung. Dabei bedarf es, so Köhler, eines klaren Bekenntnisses der Politik zum Kollektivvertrag. Insbesondere der Sicherstellungsauftrag müsse zwingend in einer Hand liegen – beim KV-System.

## Neue Wettbewerbsordnung

Die KBV will keine Rückkehr zum status quo ante. Das Gütezeichen des „neuen“ Sicherstellungsauftrags ist seine differenzierte und am künftigen Versorgungsbedarf orientierte Struktur. Daher bedeutet die ungeteilte Verantwortung der KVen für die Sicherstellung keine Absage an alternative Vertrags- und Versorgungsformen. Diese sollen aber nicht länger um ihrer selbst willen betrieben und zu Lasten der Regelversorgung alimentiert werden. Als „Ergänzungsverträge“ erfüllen sie künftig die Funktion eines Labors, in dem neue Ansätze entwickelt und erprobt werden – mit dem Ziel, diejenigen Modelle, die sich als echte Innovationen erwiesen haben, in die Regelversorgung zu übertragen.

## Drei Versorgungsebenen

Auch die Regelversorgung selbst bedarf nach den Vorstellungen der KBV einer neuen Struktur.



Die KBV fordert ein klares Bekenntnis der Politik: Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Deutschland gehört in eine Hand. Und zwar in die des KBV-KV-Systems.

So plädiert die KBV für ein stringentes, dreistufiges Modell:

- Grundversorgung (hausärztliche und wohnortnahe fachärztliche Versorgung);
- spezialisierte fachärztlich-ambulante Versorgung mit einheitlichen Bedingungen für den ambulanten und stationären Sektor;
- stationäre Versorgung.

Besonders mit Blick auf die fachärztliche Versorgung muss durch faire Wettbewerbsbedingungen zwischen Niedergelassenen und Kliniken die alte politische Forderung „ambulant vor stationär“ endlich konsequent umgesetzt werden. Seine

Funktion als Wettbewerbsordnung kann das dreistufige Strukturmodell aber nur dann erfüllen, wenn die Zuständigkeiten und die Übergänge zwischen den Ebenen verbindlich geregelt sind. Die KBV spricht sich daher für die gesetzliche Definition von Versorgungsaufträgen aus. Mit diesem Instrument soll auch der „Aufbau eines Casemanagements“ und damit auch das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten gesteuert werden.

## Versicherten-Tarife: Wahlrechte ohne Zwang

Der Neuzuschnitt der Versorgungsebenen korrespondiert – so die Forderung der KBV – mit neuen Anreizen der Inanspruchnahme durch die Versicherten. Deren Wahlrechte sollen dabei ausdrücklich gewahrt bleiben. Verträge, die die Einschreibung eines Versicherten und dabei die Festlegung auf einen namentlich zu benennenden Arzt als „Lotsen“ erfordern, werden dieser Forderung nicht gerecht. Die KBV erteilt daher der „hausarztzentrierten Versorgung“ in ihrer aktuellen gesetzlichen Fassung (§ 73 b SGB V) eine klare Absage. Stattdessen plädiert sie für ein transparentes Tarifmodell mit drei Optionen:

- freie Arztwahl und freier Facharzt-Zugang (entspricht der heutigen Regelversorgung);
- freie Wahl des Hausarztes, Zugang zum Facharzt und zu anderen Versorgungsebenen nur durch Überweisung;
- Kostenerstattung.

Eine neue Wettbewerbsordnung ist eine zentrale, aber nicht die einzige Erwar-

tung der KBV an die Politik. Die schwindende Bereitschaft junger Ärzte, die Bürde einer Arztpraxis – insbesondere in ländlichen Regionen – zu übernehmen, stellt die flächendeckende Sicherstellung in einer Reihe von Landkreisen schon heute in Frage. Nicht nur in den östlichen Ländern, etwa in der viel zitierten „Uckermark“, sondern auch in NRW-Landkreisen finden viele ausscheidende Hausärzte schon heute nur schwer einen Nachfolger.

### Stärkung der Freiberuflichkeit

Die Steigerung der Attraktivität des Arztberufs ist vor diesem Hintergrund zwingend erforderlich. Ein wichtiger Baustein ist dabei die Rückbesinnung sowohl auf die professionelle als auch auf die materielle Autonomie des Arztes als freier Beruf. Diese Autonomie ist nach Überzeugung der KBV in akuter Gefahr. Die liberalen Gestaltungsoptionen bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) haben bei einer Reihe von Akteuren große Begehrlichkeiten geweckt. Von den Ende März 2009 bestehenden 1.257 MVZ befinden sich 657 (52,3 %) in der Trägerschaft von Vertragsärzten und bereits 485 (38,6 %) in der Trägerschaft von Krankenhäusern – Tendenz steigend. Weitere 205 MVZ (16,3 %) wurden von sonstigen Investoren initiiert. Die KBV fordert daher stringente Vorgaben zur Trägerstruktur von MVZ. Danach wäre künftig eine Mehrheitsbeteiligung von Ärzten eine zwingende Zulassungsvoraussetzung neu zu gründender MVZ. Die Dominanz von Kapitalgesellschaften in den MVZ, die neuerdings auch in der politischen Diskussion kritisch betrachtet wird, soll auf diese Weise verhindert werden.

### Qualitätsentwicklung in ärztlicher Hand

Die ungeteilte Verantwortung für die Sicherstellung und die umfassende Zuständigkeit für die Qualitätsentwicklung sind für die KBV zwei Seiten der selben Medaille. Die Steuerungshoheit in Sachen Versorgungsqualität, daran lässt die KBV keinen Zweifel, muss künftig wieder in den Händen der Ärzteschaft liegen. In diesem

„Besonders mit Blick auf die fachärztliche Versorgung muss durch faire Wettbewerbsbedingungen zwischen Niedergelassenen und Kliniken die alte politische Forderung ‚ambulant vor stationär‘ endlich konsequent umgesetzt werden.“

**Dr. med. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV**

Zusammenhang führt die KBV gleich mehrere Kompetenzfelder auf:

- die Entwicklung von Qualitätszielen und -indikatoren;
- die Erhebung, Auswertung und Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten (auch als „Benchmarking“-Darstellungen);
- die Einführung qualitätsbezogener Vergütungselemente („Pay for Performance“).

Zur Umsetzung dieser Ziele bedarf es einer Reihe klarer gesetzlicher Ermächtigungen und untergesetzlicher Regelungen, für die die KBV in ihrem Katalog mit Nachdruck wirbt.

### Vergütung

Die Pauschalierung der Honorare hat sich nach Auffassung der KBV nicht bewährt. Sie fordert daher eine grundsätzliche Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung. Hingegen ist in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung die Übernahme des DRG-Systems – ein System von Fallpauschalen analog zum Krankenhaus – denkbar. Denn der von der KBV dringend eingeforderte faire Wettbewerb der Sektoren kann nur auf der Grundlage eines einheitlichen Vergütungsverfahrens organisiert werden.

Die KBV fordert keine Totalrevision der Vergütungsreform 2009. Gleichwohl sind Korrekturen erforderlich: So sollen geeignete Übergangsregelungen und Fristen die unerwünschten Effekte vermeiden. Zudem sollen regionale Unterschiede, insbesonde-

re die abweichenden Kosten- und Versorgungsstrukturen in Stadt und Land, besser als heute berücksichtigt werden. Eine Kardinalforderung der KBV ist schließlich die Anhebung des Orientierungspunktwertes von derzeit 3,5 Cent auf den betriebswirtschaftlich kalkulierten Betrag von 5,11 Cent.

### Arzneimittel

Die Fülle gesetzlicher Regulierungsinstrumente und erst recht die Vielzahl gültiger Rabattverträge der Krankenkassen mit den Pharmaherstellern haben aus der Sicht der Ärzteschaft zu einer völligen Intransparenz über die effektiven Arzneimittelpreise geführt. Die KBV fordert daher, die Verantwortung des verordnenden Arztes auf die Indikationsstellung, die Auswahl des Wirkstoffs und die Dosierung zu begrenzen. Die verordnungsfähigen Wirkstoffe sollen in einer „Positivliste“ zusammengefasst werden. Ein weiteres Anliegen der KBV im Kontext der Arzneimittelverordnung berührt die Versorgungsschnittstelle zwischen „ambulant“ und „stationär“. Für Patienten mit medikamenten- bzw. kostenintensiven Erkrankungen soll ein „Überleitungsmanagement“ eingeführt werden. Aber auch innerhalb der ambulanten Versorgung soll die Abstimmung zwischen den Ärzten der Grundversorgung und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung verbessert werden. Dies gilt insbesondere für die Verordnung von Spezialpräparaten. Hier soll das jüngst eingeführte Zweitmeinungsverfahren durch ein effektiveres Verfahren ersetzt werden.

# Ein Zuwachs der Vergütung löst die Strukturprobleme nicht

**Nordrhein-Westfalens niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bekommen mehr Geld – und sind im Bundesvergleich dennoch die Verlierer. So ambivalent fällt die Bewertung der Honorarreform nach dem ersten Abrechnungsquartal für die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe aus.**

Proportional zur Gesamtvergütung wuchsen im Westen auch die Probleme: Die letzten Plätze bei der Vergütung pro Patient im Bundesvergleich, unterfinanzierte Grundversorgung, ungleiche und ungerechte Verteilung des Honorarzuwachses, eine deutliche Unterdeckung im Landesteil Nordrhein.

Zunächst erfreulich: Mit einem Zuwachs der Gesamtvergütung von 9,4 Prozent in Nordrhein und 8,2 Prozent in Westfalen gegenüber dem Vorjahresquartal kommen die NRW-Ärzte nicht so schlecht weg wie lange befürchtet. Die Spanne in den anderen Ländern reicht von einem Minus von 0,7 Prozent in Baden-Württemberg bis zu einem Plus von 32 Prozent in Berlin (Stand der KBV-Hochrechnung Ende Juli 2009).

In Zahlen ausgedrückt bedeutet das für die Ärzte und Psychotherapeuten in NRW: Die Honorarsumme, die im I. Quartal 2009 im Rheinland an die rund 17.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ausbezahlt wurde, ist um 75,74 Millionen Euro, für die 13.000 Kolleginnen

Honorarzuwächse und -verluste im NRW-Vergleich		
	Nordrhein	Westfalen-Lippe
Hausärzte	+ 9,11 %	+ 7,4 %
Psychologische Psychotherapeuten	+ 20 %	+ 20,6 %
Orthopäden	- 4,81 %	- 4,2 %
Gynäkologen	+ 3,29 %	+ 8,1 %

und Kollegen in Westfalen-Lippe um 52,8 Millionen Euro gestiegen. Bis auf einige Ausnahmen konnten alle Fachgruppen ihr Honorarvolumen steigern, zum Teil im zweistelligen Bereich.

Eine positive Bilanz? Nicht ganz. Die Vorstände der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen betrachten die Ergebnisse der vorliegenden Echt-Abrechnung mit einem lachenden und einem weinenden Auge.

Kopfzerbrechen macht den KV-Vorständen in Dortmund und Düsseldorf die nun durch Gesetz bundeseinheitlich festgelegte Honorarverteilung. Trotz der Zunahme der Gesamtvergütung kommt bei vielen Ärzten nicht nur nichts an – rund ein Viertel der Hausärzte und ein Drittel der Fachärzte in NRW wird unter den neuen Prämissen sogar weniger Umsatz machen als im Vorjahresquartal. Andere kompensieren gerade mal die Verluste aus der Vergangenheit (siehe auch das Interview mit dem Kölner Kinderarzt Dr. Geiss auf Seite 7).

Wie gesagt, in einigen Facharztgruppen muss sogar eine Mehrheit der Ärzte Verluste gegenüber 2008 hinnehmen. Besonders betroffen die Orthopäden: Mehr als 70 Prozent werden in NRW gegenüber dem Vorjahr verlieren – trotz gleicher Arbeit weniger Umsatz. „Das können wir so nicht hinnehmen“, betont Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KVWL. „Die bisher stabile Honorarverteilung in unseren KVen



„Dank unserer Honorarverteilung ist es den KVen gelungen, den Schaden, den der Bewertungsausschuss mit seiner ungerechten Honorarreform den Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe zugefügt hat, vom einzelnen Kollegen abzuwenden.“

**Dr. med. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein**

ist durch die bundesweiten Vorgaben durcheinander geraten. Nur mit größerer regionaler Eigenständigkeit und entsprechenden Spielräumen für die KVen wird dieses Problem zu lösen sein."

In beiden Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich angesichts der ungerichteten Auswirkungen der bundeseinheitlichen Verteilung die Mitglieder solidarisch erklärt. In einer Korridor-Regelung werden die Verlierer der Reform gestützt. Keine Praxis soll pleite gehen, keiner mehr als fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr verlieren. Mit anderen Worten: „Dank unserer Honorarverteilung ist es den KVen gelungen, den Schaden, den der Bewertungsausschuss mit seiner ungerechten Honorarreform den Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe zugefügt hat, vom einzelnen Kollegen abzuwenden“, bilanziert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KVNo. „Bei uns im Rheinland allerdings um den Preis der Unterdeckung durch die Gesamtvergütung. Es kann und darf nicht sein, dass auf diese Weise die Ärzte weiterhin das gesamte System subventionieren!“

Knapp zehn Prozent Zuwachs bei der Gesamtvergütung hört sich gut an, ist auch mehr als der Tropfen auf den heißen Stein. Aber: „Die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung von rund 30 Prozent, die sich über 15 Jahre enger Budge-



„Die bisher stabile Honorarverteilung in unseren KVen ist durch die bundesweiten Vorgaben durcheinander geraten. Nur mit größerer regionaler Eigenständigkeit und entsprechenden Spielräumen für die KVen wird dieses Problem zu lösen sein.“

**Dr. med. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe**

tierung der ärztlichen Honorare aufgetan hat, wird damit nur zu einem Teil ausgeglichen“, bedauert der KVWL-Vorsitzende Thamer. In den letzten Jahren hatten die Ärzte rund 30 Prozent mehr Leistungen erbracht, als letztlich bezahlt werden konnten. Und auch im ersten Quartal 2009 gab es wieder deutliche Überschreitungen im immer noch eng begrenzten Honorarbereich der Regelleistungsvolumen (siehe den Beitrag „Die Grundversorgung ist unterfinanziert!“ unten auf dieser Seite).

Fakt ist: Die Regelversorgung – die Behandlung von kranken Menschen – ist in NRW nach wie vor unterfinanziert. Die sogenannte „Morbidityorientierte Gesamtvergütung“ ist sowohl für das Rheinland als auch für Westfalen zu niedrig bemessen.

„Wir haben es prognostiziert“, betont Leonhard Hansen. „Ursache ist die Benachteiligung unseres Bundeslands durch den für die Honorarreform verantwortlichen Bewertungsausschuss. Er hat bezogen auf Nordrhein und Westfalen-Lippe einen niedrigeren bundesweiten Orientierungspunktwert eingeführt, ohne aber gleichzeitig eine Anhebung des Leistungsbedarfs auf den Bundesdurchschnitt vorzunehmen.“

Wir sind auf dem Weg zu einer adäquaten Vergütung, haben das Ziel aber noch längst nicht erreicht – ist das Fazit der beiden KV-Vorstände nach der ersten Abrechnung 2009. Einige Weichen konnten zugunsten der Ärzte und Psychotherapeuten gestellt werden, andere Bereiche bleiben Baustelle.

## Die Grundversorgung ist unterfinanziert

Das Regelleistungsvolumen (RLV) – so auch die Interpretation der Bundesgesundheitsministerin persönlich – soll alle notwendigen Leistungen in einer Arztpraxis abdecken. Schöne Theorie – graue Wirklichkeit. Die Abrechnung des 1. Quartals 2009 zeigt, dass für die eigentliche Behandlung der Kranken in Nordrhein-Westfalen deutlich zu wenig Geld eingeplant wurde.

**Das Grundproblem:** Die Regelleistungsvolumen fast aller Fachgruppen sind in den beiden NRW-Regionen so gering wie sonst in keinem anderen Bundesland. So stehen für die Basisversorgung eines

Patienten in einer Hausarztpraxis in Westfalen rund 32 Euro und in Nordrhein rund 35 Euro im Quartal zur Verfügung. Das ist erheblich weniger als zum Beispiel im Nachbarland Niedersachsen, in dem die Hausärzte auf ein Regelleistungsvolumen von mehr als 44 Euro kommen. Eine bundesweite Angleichung der Behandlungskosten – eigentlich eine logische Folge des einheitlichen Kassenbeitrags und des Gesundheitsfonds – konnten weder die Kassenärztlichen Vereinigungen noch die Landesregierung bislang durchsetzen.

**Die Folge:** Die Leistungen der Haus- und Fachärzte in NRW sprengen das enge Finanzkorsett. Das Regelleistungsvolumen wird von fast allen Praxen deutlich überschritten. In Nordrhein waren es zum Beispiel 92,3 Prozent der hausärztlichen und 79,6 Prozent der fachärztlichen Praxen, die mehr Leistungen erbrachten und abrechneten, als ihnen die RLV zugestanden. In Westfalen war dies ähnlich. Dass der Rahmen der RLV deutlich zu eng ist, zeigt das Ausmaß der Überschreitungen. Beispiel Westfalen: Die durchschnittliche Überschreitung betrug hier 27,33 Prozent.

Ein knappes Drittel der Leistungen in den Praxen werden damit nach wie vor fast umsonst erbracht. Die das RLV übersteigende Leistungsmenge wird nur noch mit erheblich abgestaffelten Preisen vergütet. So verringert sich in Nordrhein der eigentliche Punktwert von 3,5 Cent auf 0,6 Cent

bei den Hausärzten und 0,8 Cent bei den Fachärzten. In Westfalen werden noch mager 0,5 Cent vergütet. Für rund 15 Prozent des Honorars arbeiten? Sicher kein Anreiz! Zusätzliches Honorar können Nordrhein-Westfalens Ärzte nur außerhalb der Basisversorgung verdienen (siehe unser

Beispiel). Rund die Hälfte der Honorarzuströme des ersten Quartals wurden nicht durch die unmittelbare Behandlung von Krankheit, sondern in Bereichen wie Prävention, Akupunktur und ähnliches verursacht.

## Nordrhein: Gesamtdefizit von 40,4 Millionen Euro

Insgesamt betrachtet sind im ersten Quartal dieses Jahres rund neun Prozent mehr Geld in die ambulante Versorgung geflossen als im Vorjahr. Allerdings konnte dies nur auf Kosten einer Unterdeckung des KV-Budgets von rund 40 Millionen Euro bewerkstelligt werden. Die Summe wurde aus Rückstellungen der KV Nordrhein aufgebracht. Ein Grundproblem ist die ungleiche Auswirkung der Honorarform 2009.

Vor der seit Jahresbeginn in Kraft getretenen Honorarreform wirtschafteten die nordrheinischen Praxen unter so genannten Individualbudgets, unter denen sie eine Menge unbezahlter Mehrarbeit erbrachten. Diese Leistungen werden neuerdings entsprechend der Morbidität der Patienten – d. h. nach dem tatsächlichen Bedarf durch Krankheitsaufkommen – vergütet. Jetzt können auch die Fälle abgerechnet werden, die früher auf Grund der Budgetgrenze behandelt, aber nicht mehr vergütet wurden. Diesen Honoraranspruch der Mediziner muss die KV nun erst einmal bedienen. Soweit der positive Aspekt des Ganzen. Aber die Bäume wachsen bei Weitem nicht in den Himmel, denn auch weiter existiert eine budgetierte Gesamtvergütung, die mit einer gesetzlich fixierten Mengensteuerung verknüpft ist. Diese Begrenzung ist mit dem so genannten Regelleistungsvolumen (RLV) eingebaut worden. Leistungen, die dem RLV unterliegen, werden bis zur Höhe des jeweiligen Praxis-RLV mit dem bundeseinheitlich festgelegten Orientierungspunktwert 3,5001 Cent bewertet. Die über das RLV hinaus abgerechneten Leistungen werden nur noch abgestaffelt vergütet.

Fatal wirkt sich das für das Rheinland viel zu kurz bemessene RLV aus. Aufgrund der im Bundesvergleich sehr niedrigen RLV haben rund 13.700 Arztpraxen in Nordrhein ihre RLV überschritten. Durch eine maximale Ausschöpfung der RLV gehen 410 Millionen Euro an die Praxen, vorausberechnet waren aber nur 388 Millionen Euro. Hier klafft eine Lücke von 22 Millionen Euro. Darüber hinaus fehlen weitere sechs Millionen Euro, die in Folge der von der Vertreterversammlung der KV Nordrhein beschlossenen und mit den Krankenkassen vereinbarten Konvergenzregelung zur Begrenzung von Verlusten einzelner Praxen aufgewendet werden mussten.

Neben den RLV-zugeordneten Leistungen existieren so genannte freie Leistungen. Hierzu gehören u. a. Prävention, Akupunktur und psychotherapeutische Leistungen. Patientinnen und Patienten haben im ersten Quartal 2009 mehr von

diesen Leistungen in Anspruch genommen, als Kassen und KV erwartet haben. Die hierfür reservierten Gelder reichen folglich nicht aus. Dies schlägt nochmals mit rund sechs Millionen Euro zu Buche.

„Das Gesamtdefizit von 40,4 Millionen Euro hat die KV aus Rückstellungen finanziert – das kann natürlich keine Lösung sein. Die Kassen sind in der Pflicht, die Finanzierungslücke zu schließen. Das Morbiditätsrisiko wieder bei den Kassen anzusiedeln, war ein Ziel der Reform und ist von der Politik so beschlossen worden. Nun gilt es, dazu zu stehen. Die neue Welt, auf deren Basis jetzt die Verhandlungen mit den Vertragspartnern stattfinden müssen, scheint realiter noch nicht in allen Köpfen angekommen zu sein“, argumentiert Dr. Leonhard Hansen, Vorsitzender der KV Nordrhein.

## „Erosion von ärztlicher Versorgung stoppen“



Detlev Geiß ist einer von 768 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in Nordrhein.

Detlev Geiß ist einer von 768 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten im KV-Bezirk Nordrhein. Er praktiziert mit einer Praxispartnerin im Kölner Stadtteil Chorweiler, einem so genannten sozialen Brennpunkt. Ihre 2.000 kleinen Patienten kommen überwiegend aus Familien mit Migrationshintergrund. „Das verlangt mehr als nur medizinische Betreuung. Wir sind auch Lebensberater“, beschreibt Geiß selbst diese Arbeit. Vor Jahresfrist musste er trotz überfülltem Wartezimmer um sein wirtschaftliches Überleben kämpfen. Da Geiß der einzige Kinder- und Jugendarzt in

Chorweiler ist, hätte ein Abwandern der Gemeinschaftspraxis gravierende Folgen für die Versorgung dieses Stadtteils gehabt. Pro ambulant fragte nach, was sich in der Kölner Praxis für Kinder- und Jugendmedizin durch die Honorarreform geändert hat.

**Pro ambulant: Wie hat sich die aktuelle Honorarreform auf Ihre Praxis ausgewirkt?**

Geiß: In der Vergangenheit hatte unsere Praxis Einnahmeverluste bis zu 20 Prozent. Wir sind ganz auf das Honorar der gesetzlichen Krankenkassen angewiesen, andere Einnahmen haben wir nicht. Jetzt haben unsere Einnahmen wieder das Niveau von 2004 (!) erreicht. Damit ist glücklicherweise vorerst die Honorar-Talfahrt mit Ertragverlust bis zu 40 Prozent für die Praxisinhaber gestoppt worden. Von Gewinnen, wie sie die Politik und leider auch

die Kassenärztliche Bundesvereinigung kommuniziert, kann man angesichts des Inflationsverlustes in fünf Jahren mit zwei Gehaltserhöhungen für die medizinischen Fachangestellten sicher nicht reden. Es ist noch nicht einmal der effektive Status von 2004 erreicht, und auch damals war der Verdienst nicht üppig.

**Pro ambulant: Hat die Honorarreform Auswirkungen auf Ihre konkrete Arbeit?**

Geiß: Wenn der Trend anhält, könnten wir wieder mit mehr – jetzt wieder bezahlbarem – Personal auch mehr Patienten in unserem sozialen Brennpunktviertel betreuen. Damit würde dann auch die gefährdete pädiatrische Versorgung am Ort – ohne lange und kostenträchtige Wege für die Patienten in andere Stadtteile – verbessert. Nach unseren mitgeteilten Regelleistungsvolumina allerdings ist die Tendenz

leider wieder sinkend, und das Übel wird bleiben wie es ist. Angesichts der zahlreichen, halbherzigen und wenig zukunfts-trächtigen „Reformen“ zuckt doch jeder erschreckt zusammen, wenn er dieses früher so positiv besetzte Wort hört.

**Pro ambulant: Was müsste geändert werden, damit Ihnen Ihre Arbeit erleichtert würde?**

Geiß: Alle Arztpraxen in Problemvierteln/Problemregionen brauchen wesentlich mehr ausgleichende Unterstützung bei ihrer schwierigen Multi-Kulti-Arbeit, damit in Zukunft der in der Bundesrepublik insgesamt noch recht gute medizinische Standard auch dort gewahrt werden kann. Die schleichende und leider meist lautlose Erosion von ärztlicher Versorgung aus unseren Vierteln muss unbedingt gestoppt werden!

## Interkulturelle Fachtagung

Nicht nur die demografische Alterung, auch die ‚Internationalisierung‘ der Bevölkerung entwickelt sich dynamisch. Das zeigt sich u. a. in der medizinischen Versorgung, die zunehmend von zugewanderten Menschen in Anspruch genommen wird (siehe auch Pro ambulant, Ausgabe 3/2008). Einblicke in deren Lebenswelt, Wissen um kulturelle Prägungen, um handlungsbestimmende Normen- und Wertesysteme sind versorgungsrelevant. „Religion im Alltag“ und „Unterschiede in den Geschlechterrollen“ gehören daher zu den Themen, die die KV Westfalen-Lippe in einer weiteren interkulturellen Fachtagung aufgreift – diesmal gemeinsam organisiert mit dem NRW-Gesundheitsministerium und der Deutsch-Türkischen Medizinergesellschaft NRW.

Welche interkulturellen Herausforderungen tauchen im konkreten Versorgungsalltag eines niedergelassenen Arztes auf? Antworten wird ein ärztlicher Erfahrungsbericht geben, der das Tagungsprogramm praxisnah abrundet. Ist Ihr Interesse geweckt? Sie sind herzlich eingeladen.

Die von KVWL, NRW-Gesundheitsministerium und Deutsch-Türkischer Medizinergesellschaft NRW veranstaltete interkulturelle Fachtagung findet am 18. November 2009, 15 Uhr, in Gelsenkirchen, Begegnungszentrum Schacht Bismarck, Uechtingstraße 79e, statt. Die Teilnahme ist kostenlos. Weitere Informationen: KVWL-Stabsbereich Politik, Ursula Hiller, Tel.: 02 31/94 32 32 33, gesundheitspolitik@kvwl.de.

## Innovative Konzepte prämiert

Unter dem Titel „Der Arzt als Unternehmer und Manager“ fand am 5. September der 5. Innovationskongress der KV Nordrhein in Düsseldorf statt. Anlässlich des Kongresses verlieh die KV erstmalig den Innovationspreis. Der Preis wurde gestiftet, um innovative Ansätze in der Patientenversorgung zu würdigen. Sieger der Ausschreibung ist das „Ärztliche Qualitätsnetz Solingen – solimed“. Das Konzept von „solimed“ beinhaltet eine innovative Organisations- und Kommunikationsstruktur. Diese verbessert die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung durch Vernetzung der Haus- und Fachärzte und koordiniert eine fachübergreifende Zusammenarbeit. Eine Patientenakademie steigert die Patientensouveränität. Auf Platz zwei folgt das „Ambulante PalliativZentrum Dormagen“. Eine vorbildliche Vernetzung von professionellen Akteuren aus dem medizinischen Bereich unter Einbindung von ehrenamtlichen Diensten sorgt für eine bestmögliche Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen. Den dritten Platz teilen sich zwei Teilnehmer. Die „Überörtliche Urologische Partnerschaft“ aus dem Gebiet Bonn Rhein-Sieg (Dr. med. Reinhold M. Schaefer, Dr. med. Philipp S. Lossin aus Bad Godesberg, Ralph D. Duelfer aus Duisdorf, Dr. med. Andreas Knaut aus Rheinbach, Dierk-Hergen Pötter aus Meckenheim). Die Partnerschaft umfasst die Bereiche Urologie, Kinderurologie, urologische Onkologie, Endokrinologie und Andrologie, Vitalmedizin und Männerarzt CMI. Ebenso ausgezeichnet wurde Frau Dr. med. Hildegard Schain aus Düren. Sie ist Fachärztin für Nervenheilkunde, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und erhält den Preis für ihr Engagement bei der neurologischen Betreuung in Alten- und Pflegeheimen. Sie schult dort Pflegepersonal und Hausärzte in neurologischen Fragen.

## Kurznachrichten

### eGK startet im Oktober

Eines der umfangreichsten IT-Projekte weltweit startet jetzt im Rheinland. Ab Oktober wird die Techniker Krankenkasse (TK) als größte Krankenkasse elektronische Gesundheitskarten (eGK) an ihre rund eine Million rheinischen Versicherten ausgeben. Im ersten Schritt wurden die Praxen und Kliniken mit neuen Kartenlesegeräten ausgestattet, jetzt folgen die Kassen mit der Ausgabe der Karten. Die neue Karte soll künftig wie ein Schlüssel funktionieren. So können alle Beteiligten im Gesundheitswesen dank einer sicheren Vernetzung die Chancen des elektronischen Informationszeitalters nutzen. Jede neue Karte trägt ein Bild des Versicherten und ist somit nicht verwechselbar. Der eingesetzte Prozessorchip besitzt einen erweiterten Speicher, der künftig die Notfalldaten oder eine individuelle Patientenakte aufnehmen kann. In allen Fällen entscheidet der Versicherte, welche Daten gespeichert werden, wer sie auslesen und verändern darf. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz war bei der Entwicklung der Technologie und Sicherheitsarchitektur immer beteiligt.

### Praxen in Sachen „Schweinegrippe“ gut informiert und aufgestellt

Nachdem das Bundeskabinett am 19. August grünes Licht für die Voraussetzungen zu einer groß angelegten Impfkampagne im Herbst gegen das A/H1N1-Virus – die so genannte Schweinegrippe – gegeben hat, haben auch in NRW erste Gespräche zum Abschluss einer Impfvereinbarung stattgefunden. Die Praxen in Nordrhein-

Westfalen sind für diese Aktion gut aufgestellt. In jedem Herbst impfen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 2,6 Millionen Versicherte in NRW gegen die Influenza. Diese Erfahrung garantiert einen professionellen und organisatorisch gut vorbereiteten Ablauf, der auch bei den anstehenden Massenimpfungen geeignete Voraussetzungen bietet. Darüber hinaus sind den Praxen ihre Patienten und deren Krankheiten bekannt, was eine individuelle Einschätzung von etwaigen Risiken möglich macht. Das bestehende Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient sorgt für einen sensiblen Umgang mit verunsicherten Patienten und bietet Schutz der persönlichen Daten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind im Pandemiefall wichtige Multiplikatoren. Die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe unterstützen seit Ausbruch der Schweinegrippe ihre Mitglieder mit notwendigen Informationen. Dabei arbeiten die KVen eng mit den Gesundheitsämtern zusammen. Durch Faxaktionen, Beiträge in den regulären Printmedien und auf den Internetseiten der jeweiligen KV werden Ärztinnen und Ärzte zeitnah über den Umgang mit Verdachtsfällen, Vorgehen bei Diagnostik und Therapie, Sicherheitsbestimmungen und über neue Entwicklungen informiert. Zudem geben Wartezimmer-Plakate Hinweise auch für die Patienten, die in die Praxen kommen.

## Impressum



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

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

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

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