

Qualität – Berufsordnung – Gutachterstelle – GOÄ



Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident der BLÄK.

BLÄK und KVB

Vielleicht erinnern sich einige von Ihnen an mein Referat auf dem letzten Bayerischen Ärztetag in Deggendorf. Zu Beginn hatte ich ein Lamento über die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) an-

gestimmt. Dies hat im Nachhall des Ärztetages 2001 dann doch einige von Ihnen, zumindest vorübergehend, zum Nachdenken veranlasst.

Es gab dann auch ein Treffen der Vorsitzenden der KVB und der Präsidenten der BLÄK. Die Themenfülle war so umfangreich, dass der Meinungsaustausch, da waren sich danach alle Beteiligten einig, unbedingt fortgesetzt werden müsste. Es ereignete sich dann aber nichts mehr! Auch auf der Geschäftsführerebene bestanden lediglich sporadische Kontakte, im Grundsatz hat sich aber – wie vor einem Jahr beklagt – nichts Wesentliches verändert. Meines Erachtens ist die Entwicklung weiterhin gegenläufig, die Körperschaften driften weiter auseinander – und gerade diese Feststellung ist für mich bei meiner langjährigen KV-Vergangenheit besonders schmerzlich.

Qualität der ärztlichen Leistungen

Als Beispiel für diese Entwicklung können die verschiedenen KV-Aktionen zur Qualitätssicherung angeführt werden. Es findet keine Abstimmung mit der Kammer statt, das heißt eben auch keine Koordination des ambulanten mit dem stationären Bereich.

Als weiteres Beispiel: die Qualitätsmanagementseminare für Vertragsärzte wurden ohne Rücksprache mit der Kammer installiert, ebenso die Hygieneaktivitäten bei der Endoskopie. Es sind sicher alles sinnvolle Maßnah-

men, eine Meinungsbildung bzw. Koordination mit der Kammer wäre aber sicher sinnvoll gewesen. Immerhin sind all diese Themen durchaus auch für Privatpatienten relevant und es gibt auch ausschließlich privat niedergelassene Ärzte, von den Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern ganz zu schweigen.

Die Mammographie möchte ich bei dieser Aufzählung ausdrücklich ausnehmen, hier können sich auch Nichtvertragsärzte inzwischen am Verfahren der KVB beteiligen und sich rezertifizieren. Ich bedauere, dass grundsätzlich keine Koordination mit dem stationären Bereich erfolgt. Gerade die Kammer wäre eine Brücke mit unserer Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ).

Wer glaubt, mit strammem Wettbewerb zwischen Vertragsärzteschaft und Krankenhäusern im Bereich der Qualität unserer ärztlichen Leistungen wesentliche Marktvorteile erzielen zu können, liegt meines Erachtens falsch. Die politischen Weichen für eine Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung sind bereits gestellt. Ich halte gar nichts von einem Wettbewerb um die Gunst der Patienten, in einem so eingezwängten Finanzsystem, wie es unser Gesundheitswesen ist.

Es gibt keinen freien Wettbewerb, auch dann nicht, wenn dies uns von politischer Seite vorgegaukelt wird. Natürlich könnte die Qua-

lität unserer ärztlichen Leistung ein Kriterium sein, aber dann bitte auch die Freiheit zur Preisgestaltung.

Mit den Krankenkassen um die Vergütung gleicher Leistungen zu verhandeln, wird wahrscheinlich zu Dumpingpreisen führen und das können wir alle doch nicht wollen, da dies zu einer Qualitätsminderung bei der individuellen Versorgung unserer Patienten führen muss.

Die inzwischen getrennten Qualitätssicherungskommissionen der KVB und der BLÄK haben wenigstens zwei Mitglieder der jeweils anderen Körperschaft – früher haben wir das Schwesterkörperschaft genannt – kooptiert, sodass ein gewisser Informationsaustausch gesichert ist. Es bleibt für mich aber das Dogma bestehen, dass die Qualität unserer ärztlichen Leistung nach wie vor eine absolute, einheitliche Größe sein muss, die nicht zur Disposition gestellt werden darf, auch nicht für eventuelle Wettbewerbsvorteile auf dem Gesundheitsmarkt. Es darf nach wie vor keine Qualitätsunterschiede gleicher Leistungen in Klinik und Praxis geben! Ich appelliere also an die Vorstände beider Körperschaften, sich gemeinsam um die Qualität der Versorgung unserer Patienten zu bemühen.

Nun komme ich aber zu konkreten Entwicklungen des letzten Jahres in meinen Arbeitsbereichen in der BLÄK.

Qualitätsmanagement

Seminare

Die von mir initiierten und inzwischen auch durchgeführten Qualitätsmanagement-Seminare für Vertragsärzte haben großen Zuspruch erfahren. Wir hatten hochkompetente Referenten und Tutoren, die in der Bundesrepublik führend auf diesem Gebiet sind (Abbildung 1).

Eine Umfrage unter den Seminarteilnehmern, ob die Kammer oder die KVB diese Seminare für die niedergelassenen Ärzte weiter anbieten soll, wurde eindeutig mit der Forderung nach weiteren Bemühungen der Kammer in diesem Bereich beantwortet.

Dies ist keine Konkurrenz zur KVB, die in Mittelfranken auf diesem Gebiet ebenfalls sehr aktiv ist. Vor wenigen Wochen fanden jetzt Abstimmungsgespräche statt, ob wir eventuell mit unseren Seminaren für Vertragsärzte eine gewisse Arbeitsteilung erreichen können, um so Synergieeffekte zu erzielen.

Insgesamt muss aber klar gesagt werden, dass derzeit weiterhin keine gesetzliche Verpflichtung für ein internes Qualitätsmanagement in den Arztpraxen besteht, ganz im Gegensatz

zu den Krankenhäusern. Kammer und KVB sollten als Anbieter hier weiter tätig sein und die Vertragsärzte motivieren, sich mit dem Thema Qualitätsmanagement zu beschäftigen. Die Berufsverbände bringen sich hier übrigens intensiv auch ein. Als Alternative sind kommerzielle Anbieter auf diesem Feld sehr aktiv, teuer und verdienen sich auf diesem Markt eine „goldene Nase“.

Kurse

Besonders stolz kann die BLÄK auf die Qualitätsmanagement-Kurse entsprechend dem Curriculum der Bundesärztekammer (BuÄK) sein. Wir haben seit September 1997 in 30 Kursen 649 Teilnehmer in den Kurssequenzen I und II fortgebildet, 525 Teilnehmer haben in 25 Kursen die Kurssequenz Qualitätsmanagement III absolviert. Die meisten Aktivitäten in diesem Bereich sind aus Abbildung 2 zu ersehen. Ich denke, die Zahlen können sich sehen lassen.

Die Berufsordnung lässt übrigens in Zukunft sachliche Informationen über spezielle Qualifikationen, also auch eine eventuelle Qualitätszertifizierung einer Praxis zu, sodass dies auch der Öffentlichkeit zugänglich sein wird. Entsprechendes werden wir auf diesem Ärztetag noch zu beschließen haben.

Qualitätszirkel

Zu den Qualitätszirkeln in Bayern kann ich heute nur sagen, dass wir ungefähr 800 haben. Sie sind erfreulicherweise nach wie vor ein gemeinsames Projekt der BLÄK und der

KVB. Der Schwerpunkt der KVB liegt wohl jetzt inzwischen bei den Diabetesqualitätszirkeln, die zur Erfüllung des Diabetesvertrages notwendig sind. Die in den letzten Jahren entwickelte Evaluation der Qualitätszirkel, die wirklich vorbildlich wäre, wurde von der KVB offensichtlich nicht weiter forciert bzw. ausgewertet. Nur damit wären aber die Vorwürfe gegen einzelne Qualitätszirkel, dass sie zu „besseren Debattierclubs“ geworden seien, zu entkräften. Eine stärkere Transparenz über das Geschehen in den einzelnen Qualitätszirkeln könnte sicher nicht schaden.

KTQ®-Projekt

Im stationären Bereich läuft das KTQ®-Projekt zum internen Qualitätsmanagement mit anschließender eventueller Zertifizierung inzwischen als Routineverfahren. Die BLÄK war intensiv bei der Entwicklung beteiligt. Die ersten Krankenhäuser konnten in Bayern bereits zertifiziert werden.

Externe Qualitätssicherungs-Maßnahmen

An dieser Stelle habe ich seit Jahren einen Bericht über die externen Qualitätssicherungs-Maßnahmen an unseren bayerischen Krankenhäusern abgegeben. Die BLÄK ist gleichberechtigter Partner mit den Krankenkassen und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft in unserer BAQ.

Jahrelang konnte ich Ihnen von einer erfolgreichen Arbeit in diesem Gremium berichten, wir hatten schließlich eine flächendeckende, das heißt eine 98 %-ige Beteiligung, der baye-

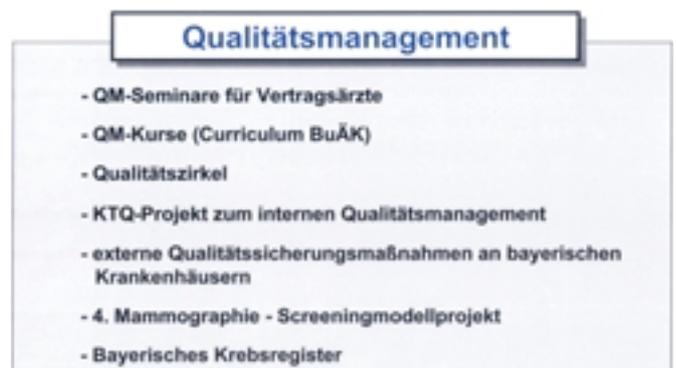


Abbildung 1: Qualitätsmanagement.

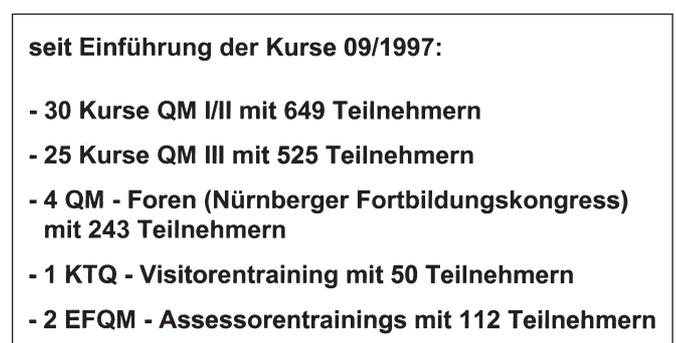


Abbildung 2: QM-Kurse (Curriculum BuÄK).

rischen Krankenhäuser für unsere unbürokratische Tracer-Diagnosen-Konzeption erreicht. Bedingt durch die Situation, dass in einigen Bundesländern in nur sehr begrenztem Umfang effiziente Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Krankenhäusern – trotz gesetzlicher Auflagen – erfolgten, wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 2000 eine neue Rechtslage geschaffen. Für die inhaltlichen Vorgaben der stationären Qualitätssicherung erfolgte eine weitgehende Kompetenzzuweisung an die Bundesebene mit der Folge, dass die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) errichtet wurde.

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Dieses zuständige Bundeskuratorium führte dann in einem Zwei-Stufen-Plan operations- bzw. diagnosebezogene Dokumentationsmodule ein. Sie waren mit unseren bisherigen Dokumentationsverfahren nicht kompatibel, sodass eine völlig neue Erfassung notwendig wurde. Es zeigte sich schnell, dass trotz Sanktionsandrohung die Krankenhäuser auch bei gutem Willen die Aufgaben gar nicht erfüllen konnten. Es gab sowohl inhaltliche als auch ernste EDV-technische Probleme. Beklagt wurde außerdem der deutlich gestiegene zeitliche Aufwand der Dokumentation sowie die hohen Kosten der Umrüstung der Software.

Fast alle Stellungnahmen bayerischer Krankenhäuser gipfelten in der Forderung nach der Aussetzung der Verfahren und natürlich auch der Sanktionen. Nicht akzeptabel ist für viele Krankenhäuser, dass sich die Kodierregeln für Fallpauschalen und Sonderentgelte, und um die geht es jetzt, von den Kodierregeln für die kommenden Diagnosis Related Groups (DRG) unterscheiden. Eine sinnvolle Angleichung ist bis heute nicht erfolgt.

BAQ

Unser bayerisches Kuratorium hat dann in einem Beschluss am 5. Juli 2002 eindringlich empfohlen, die Sanktionen auszusetzen, falls eine unvollständige Dokumentation der so genannten Module der Stufe 1 im Jahr 2002 abgeliefert wurde. Außerdem sollten die so

genannten Module der Stufe 2 von der Dokumentationsverpflichtung zunächst erst einmal ausgesetzt werden, weil zum 1. Januar 2003 bereits wieder wesentliche inhaltliche Veränderungen aufgrund vielfältiger Kritik eingearbeitet werden müssen. Das Bundeskuratorium hat daraufhin, letztlich als Reaktion auf die massive bayerische Kritik, die Sanktionen für 2003 ausgesetzt, für das Jahr 2002 bleiben sie unverständlicherweise allerdings bestehen. Ich hoffe, dass noch nicht das letzte Wort gesprochen ist. Da es sich leider um Bundesvorgaben im SGB V handelt, haben natürlich die einzelnen Bundesländer kaum Spielraum.

Sehr erfreulich hingegen sind aber unsere eigenständigen bayerischen Aktivitäten. Acht von 16 Bundesländern lassen die geburtshilfliche Dokumentation bei unserer BAQ auswerten, das sind 69,7 % aller Geburten bundesweit. Es klappt alles bestens, diese Erfassung und Auswertung sind der Stolz unserer BAQ. Gut läuft auch das für die bayerische Krankenhausplanung wichtige Schlaganfallregister. 25 % aller Patienten mit einem apoplektischen Insult in Bayern werden derzeit erfasst. Damit kann erstmalig ein Vergleich der Behandlung der Patienten in Krankenhäusern mit und ohne Stroke units erfolgen (Abbildung 3).

Unsere BAQ unter der Leitung von Professor Dr. Peter Hermanek ist bei den bayerischen Krankenhäusern und Ärzten hoch angesehen, nicht zuletzt deshalb, weil viel Hilfe und Verständnis für lokale Probleme aufgebracht wird.

4. Mammographie-Screeningmodellprojekt

Des Weiteren ist es sehr erfreulich, berichten zu können, dass der Zuschlag des 4. Mammographie-Screeningmodellprojektes der Planungsstelle Mammographie-Screening des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen für die Region Erlangen-Nürnberg erfolgt ist. Sowohl KVB, Landesärztekammer, Sozialministerium und Krankenkassen haben sich für die bayerische Bewerbung befürwortend eingesetzt. In diesem Modellprojekt wird spe-

ziell die Erfassung und Versorgung der Patientinnen in einer Flächenregion in Zusammenarbeit mit in Mammographie besonders erfahrenen Ärzten in Klinik und Praxis erprobt.

Bayerisches Krebsregister

Nun möchte ich noch das Bayerische Krebsregister erwähnen. Nachdem die Melderate insbesondere in den Kliniken wieder rückläufig war, habe ich mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft eine Motivationsaktion in den Krankenhäusern durch ein Rundschreiben initiiert. Ähnliches erfolgte auch für die Vertragsärzte. Insgesamt sind die Verantwortlichen des Krebsregisters, das übrigens jetzt flächendeckend in ganz Bayern etabliert werden konnte, mit den Melderaten durchaus zufrieden. Auch unser Gesundheitsminister Eberhard Sinner hat vor kurzem die Krankenhäuser erneut zur Mitarbeit bei der Krebsregistrierung in Bayern aufgefordert. Jedes Inzidenzkarzinomregister ist eben nur so gut, wie seine Melderaten.

Kontraproduktiv ist offensichtlich, dass die für den zusätzlichen Arbeitsaufwand der Karzinomregistermeldung bezahlten fünf Euro in vielen Krankenhäusern von der Verwaltung einbehalten werden und nicht der meldenden Ärztin oder Arzt zugute kommen, wie es von uns gewünscht war. Dennoch hat offensichtlich unsere Werbung für das Bayerische Krebsregister Früchte getragen, da insbesondere aus der Oberpfalz, Nieder- und Oberbayern eine deutliche Zunahme der Inzidenzmeldetätigkeit nach unserem Motivations-schreiben festzustellen war.

Um beim Thema „Tumorerkrankung“ zu bleiben, darf ich berichten, dass inzwischen alle gesetzlichen Krankenkassen in Bayern bereit sind, für die Pflege unseres Tumornachsorgekalenders die Vergütung zur Verfügung zu stellen, die bisher für die inzwischen eingestellte Tumornachsorgeerfassung der KVB bezahlt wurde. Der Nachsorgekalender konnte neu aufgelegt werden, die Finanzierung erfolgte paritätisch durch die BLÄK, KVB und die Regionalkassen. Der Kalender erfreut sich einer hohen Akzeptanz, er konnte sogar, da kein Copyright besteht, in andere Bundesländer „exportiert“ werden.

Notarzt

Nun zu einem ganz anderen Thema: Im Haus der BLÄK fanden in den letzten Monaten insgesamt drei Konsensus-Konferenzen zur Notarztproblematik in Bayern unter Leitung des Innenministeriums statt.

Novelle Bayerisches Rettungsdienstgesetz

Das Bayerische Rettungsdienstgesetz soll novelliert werden, wobei die KVB darauf drängt, aus der Gewährleistungsverpflichtung

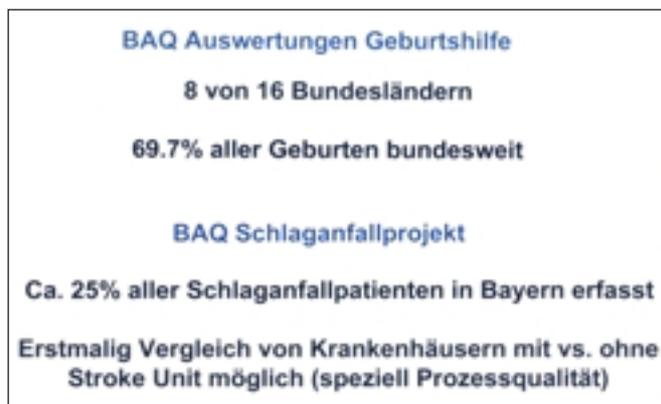


Abbildung 3: BAQ-Auswertungen.

zur Gestellung der Notärzte entlassen zu werden. Dies ist nur verständlich, da die Vertragsärzte am Notarztdienst nur noch mit 20 % beteiligt sind und zum Notarztdienst auch nicht verpflichtet werden können. Festgestellt werden muss aber auch, dass die Rettungszweckverbände, die bisher auch neben der KVB zur Sicherstellung des Notarztdienstes verpflichtet waren, ihren Aufgaben nicht nachgekommen sind. Falls die KVB aber aus der Sicherstellungsverpflichtung entlassen wird, bleiben nur noch die Rettungszweckverbände oder die Krankenhäuser selbst übrig, um die personelle Besetzung zu sichern. Auf diesen Konferenzen mit allen Beteiligten am Rettungswesen in Bayern wurden auch die Themen Standortplanung, Einsatzfrequenz, Meldebilder, Vergütungsprobleme intensiv bearbeitet. Die KVB bot sich an, obwohl sie aus der Sicherstellungsverpflichtung entlassen werden will, als Service im Sinne einer Auftragsleistung die Honorarverhandlungen für die Notärzte zu übernehmen, sie wäre auch bereit, weiterhin dann gebührenpflichtig die Abrechnung durchzuführen. Bei der jüngsten Sitzung im September hat auch der Marburger Bund seine Bereitschaft erklärt, die Honorarverhandlungen für die Notärzte zu führen. Entscheidungen sind meines Erachtens noch nicht gefallen, da die Vertreter des Innenministeriums sich noch bedeckt halten. Eine Verbandsanhörung zur Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes ist Anfang nächsten Jahres vorgesehen, sodass der parlamentarische Weg wahrscheinlich noch mindestens ein Jahr benötigen wird.

Ärztliche Stellen für Qualitätssicherung in Nuklearmedizin und Strahlentherapie
Eine wesentliche Entscheidung für die BLÄK in den letzten Monaten erfolgte als Konsequenz des novellierten Strahlenschutzgesetzes.

Das Bayerische Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltschutz hat die BLÄK beauftragt, zwei neue Ärztliche Stellen zur Qualitätssicherung nuklearmedizinischer Leistungen einerseits und für die Strahlentherapie andererseits zu errichten. Es sind ähnlich wie im Bereich der Radiologie als Qualitätssicherungsmaßnahme Stichprobenprüfungen verbindlich durchzuführen. Diese Ärztlichen Stellen sind für ganz Bayern zuständig, für jeden Leistungserbringer, also für Vertragsärzte und Krankenhäuser und sonstige Institutionen. Mit der KVB sind wir übereingekommen, dass die Prüfungskommissionen selbstverständlich auch mit Vertragsärzten paritätisch besetzt werden. Mit den Vorsitzenden der Berufsverbände für Nuklearmedizin und Strahlentherapie konnte ich diesbezüglich bereits auch eine personelle Vorentscheidung erzielen. Die organisatori-

sche Umsetzung wurde eingeleitet, der Raumbedarf und das benötigte Personal werden derzeit erarbeitet. Die Prüfungsmodalitäten müssen von den jeweiligen Kommissionen selbst noch entwickelt werden, wobei Richtlinien des Bundesamtes für Strahlenschutz als Richtschnur gesehen werden. Die Stichprobenprüfung gemäß Strahlenschutzverordnung soll ab 1. Juli 2003 beginnen.

Ich persönlich bin über diese Entscheidung sehr zufrieden, da damit unterschiedliche Bewertungskriterien zwischen Kammer und KVB, wie wir sie heute immer noch bei den Radiologiestichprobenprüfungen der Ärztlichen Stellen haben, entfallen. In diesem Zusammenhang darf ich an meine eingangs gemachte Feststellung einer einheitlichen Qualität unserer ärztlichen Leistungen erinnern (Abbildung 4).

Berufsordnung

Ein weiterer wesentlicher Bereich meiner Arbeit betrifft die Berufsordnung. Den Bericht darüber kann ich jetzt aber in diesem Zusammenhang kurz halten, da bezüglich der Lockerung des Werbeverbotes ein eigener Tagesordnungspunkt mit Änderungsanträgen zur Berufsordnung noch vor uns liegt.

Industriesponsoring

Unsere Berufsordnung ist eine permanente Baustelle. Während wir Änderungen zur (Muster-)Berufsordnung beim diesjährigen Deutschen Ärztetag jetzt nachvollziehen werden, gibt es schon wieder weitere Änderungswünsche, die wirklich berechtigt sind. Es handelt sich unter anderem um das Industriesponsoring. Wir haben hier zwar Regeln im § 32 bis 34 in unserer Berufsordnung, diese werden aber so nicht eingehalten. Angestellte Ärztinnen und Ärzte unterliegen persönlich den stringenten Auflagen des Antikorruptionsgesetzes, dies gilt aber nicht für freiberuflich tätige Ärzte. Hier findet in einer Zeit der Arzneimittelrichtgrößen, der Arzneimittelregresse und insbesondere der schweren Vorwürfe gegen die Vertragsärzteschaft, an

den Steigerungsraten der Arzneiverordnung schuld zu sein, völlig unverändert ein exzessives Pharmasponsoring weiterhin statt.

Es ist der Politik und Öffentlichkeit kaum verständlich zu machen, wieso die Pharmaindustrie für Fernreisensponsoring genügend Geld hat, die Preise aber immer weiter steigen müssen. Auch die immer wieder beteuerte Verordnungsunabhängigkeit der Ärzte nach einem besonderen Sponsoring muss meines Erachtens bezweifelt werden, es würde sich ja ansonsten auch für die Industrie überhaupt nicht lohnen. Die Berufsordnungskonferenz war sich einig, dass hier dringend Maßnahmen von der Kammer aber auch von der Industrie ergriffen werden müssen.

Ein Verhaltenskodex der Industrie wurde zwar entworfen, bis heute aber nicht konsentiert. Der Vorschlag der BuÄK, das Sponsoring über eine Pool-Lösung zur Unterstützung von Kongressen, wurde von der Pharmaindustrie strikt abgelehnt, dabei wäre auch das Sponsoring zu anonym.

Heute steht bereits in unserer Berufsordnung im § 35, dass im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen Zuwendungen angemessen sein müssen. Nach meiner Erfahrung können einige individuelle Unterstützungsleistungen der Pharmaindustrie aber keinesfalls als angemessen angesehen werden. Ich hoffe, dass allen klar ist, dass hier eine neue praktikablere Regelung dringend notwendig wird. Auf dem nächsten Deutschen Ärztetag ist eine Änderung der (Muster-)Berufsordnung diesbezüglich vorgesehen.

Notfalldienstbefreiung von Ärztinnen bei Kleinkinderbetreuung

Des Weiteren ist ein positiver Beschluss des 105. Deutschen Ärztetages zur Notfalldienstbefreiung von Ärztinnen bei Kleinkinderbetreuung in den ersten drei Jahren noch umzusetzen. Auch diese Regelung soll ebenfalls auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in die (Muster-)Berufsordnung aufgenommen werden.

Abbildung 4: Qualitätssicherung in der Diagnostischen Radiologie.

Ärztliche Stellen			
BLÄK		KVB	
Stufe	Beurteilung der Aufnahmen	Stufe	Qualität der Aufnahmen
I a	ohne Beanstandung	I	ohne Mängel
I b	erfordern Hinweis	II	ohne wesentliche Mängel
II	bedingt brauchbar	III	mit geringfügigen Mängeln
III	unzureichend	IV	mit schwerwiegenden Mängeln
		V	mit besonders schwerwiegenden Mängeln

Patientenrechte

Zu einem neuen Thema: Vor einigen Wochen fand auf Einladung des bayerischen Gesundheitsministers ein Meinungsaustausch über Patientenrechte und die Effizienz der Gutachterstelle bei der BLÄK statt. Es waren alle Heilberufe-Kammern vertreten, Krankenkassen, Finanz- und Sozialministerium und die Krankenhausgesellschaft.

Gutachterstelle bei der BLÄK

Von Seiten der Patientenvertreter wurde Kritik geäußert, dass aus nachweisbaren Kunstfehlern von den Kammern bzw. ärztlichen Organisationen keine erkennbaren Konsequenzen gezogen würden. Hier spiegelt sich die Meinung der Gesundheitsministerkonferenz wieder, dass die Qualifikation der Ärzte hinterfragt werden müsse. Erneut wurde das Thema Kompetenzerhalt statt Rezertifizierung angesprochen.

Der Vorsitzende des Petitionsausschusses des Bayerischen Landtages stellte erfreulicherweise fest, dass die ihm bekannt gewordenen Schadensfälle von den Gutachterstellen sowohl der Zahnärzte als auch der Ärzteschaft einwandfrei und organisatorisch ausgezeichnet abgewickelt wurden. In den meisten Fällen seien weitergehende Schritte des Petitionsausschusses nicht nötig gewesen. Es wurde auch jederzeit von den beteiligten ärztlichen Körperschaften bereitwillig Auskunft gegeben.

Einen Kontrapunkt zu dieser positiven Feststellung setzen aber Vertreter des Münchener Gesundheitsladens und der Notgemeinschaft Medizingeschädigter in Bayern. Es wurde von den Vertretern formuliert, dass anbieterorientierte Beratungsstellen, zum Beispiel unsere Gutachterstelle, keinesfalls zur Patientenberatung geeignet seien.

Es wurde auch die Meinung geäußert, dass die von uns berufenen Gutachter weisungsgebunden seien, sodass die Forderung nach unabhängigen Gutachtern erhoben wurde. Diesem absolut unsinnigen Vorwurf wurde von mir natürlich entschieden entgegengetreten. Tatsache ist, dass jede Partei erfährt, wer als Gutachter benannt ist. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, diesen Gutachter abzulehnen und gegen einen anderen auszutauschen, wenn alle Parteien zustimmen. Bisher konnte man sich immer auf einen Gutachter einigen.

Der Vorwurf, dass die benannten Gutachter auch noch von der Kammer oder von wem auch immer Weisungen erhalten und von uns beeinflusst werden in ihrer Meinungsbildung, ist absurd. Jeder seriöse Gutachter würde sich das auch verbitten.

Immer war es so, dass uns Gutachter das Gutachten unerledigt zurückgeben, wenn nach Einsicht in die Unterlagen auch nur der Anschein einer früheren Beziehung zum Patienten oder dem beklagten Arzt bestanden hat. Die BLÄK sieht in der Gutachterstelle ein wirksames Instrument, das Arzt-Patienten-Verhältnis zu befrieden.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit alle Kolleginnen und Kollegen auffordern, sich am Gutachterverfahren zu beteiligen, wenn es Meinungsverschiedenheiten über den Behandlungserfolg gibt. Die erfolgreiche Arbeit der Gutachterstelle wird von der Politik und der Öffentlichkeit intensiv beobachtet.

Ich möchte das Thema jetzt nicht weiter vertiefen, aber ich musste ein gewisses Misstrauen der Patientenvertreter feststellen. Ich habe umgehend den Patientenschutzverbänden ein persönliches Gespräch in unserem Hause angeboten, wobei die Organisationen mein Angebot gerne annahmen. Es ist sicher eine wichtige Aufgabe der Standesvertretung, auf die Patientenverbände zuzugehen, da nur dann unsere ärztlichen Positionen, unsere Glaubwürdigkeit auch bezüglich des Patientenschutzes, aber auch der Patientenverpflichtungen dargelegt werden können.

Im Vergleich mit anderen Gutachter- und Schlichtungsstellen in der Bundesrepublik kann festgestellt werden, dass die Anerkennung eines ärztlichen Fehlers in ungefähr 30 % der Fälle im Einklang mit den Entscheidungen anderer Bundesländer liegt.

Zu Ihrer Information möchte ich noch einmal ausdrücklich feststellen, dass die BLÄK ausschließlich eine Gutachterstelle unterhält, an die sich Patienten, Ärzte und Versicherungen wenden können, wir geben keine Schlichtungsempfehlungen. Nach wie vor unbekannt ist unserer Gutachtenstelle, wie die entsprechend erstellten Gutachten dann im Streitfall, das heißt vor Gericht gewürdigt werden. So gut wie nie erfahren wir, ob es überhaupt zu gerichtlichen Auseinandersetzungen

kommt, die Gutachten anerkannt werden und die Versicherung im Schadensfälle ihrer Verpflichtung zur Regulierung nachkommt. Von Seiten der Haftpflichtversicherer wird jedenfalls die Arbeit unserer Gutachterstelle sehr geschätzt.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Wenn ich schon bei den Gutachten bin, die zahlenmäßig erheblich zugenommen haben, darf ich Ihnen über einen weiteren Bereich meiner Zuständigkeit mit erheblich intensiviertem Arbeitsanfall berichten, nämlich der GOÄ – also unserer ärztlichen Privatliquidationsordnung.

Allein im Zeitraum von Januar bis September dieses Jahres gingen bei der BLÄK ca. 430 schriftliche Anfragen bzw. Beschwerden zu Rechnungen ein (Abbildung 5). Der größte Teil davon kommt aus der Privaten Krankenversicherung (PKV) gefolgt von Arztanfragen oder Patientenfragen oder Patientenbeschwerden und natürlich von den Beihilfestellen. Daneben erfolgen nicht selten mehr als 40 Telefonate an einem Tag zu Rechnungsproblemen. Bei schwierigen Anfragen sind oftmals zeitaufwändige Recherchen nötig, sodass die Beantwortung durchaus etwas dauern kann. Besonders Ärzte zeigen hier, im Gegensatz zu den Versicherungen, sehr wenig Verständnis.

Ich habe vor einem Jahr intensiv über die Weiterentwicklungsnotwendigkeit der GOÄ berichtet, passiert ist bis heute auf Bundesebene natürlich nichts! Die GOÄ-Reform ist längst überfällig. Besonders in den Bereichen diagnostischer oder therapeutischer neuer Methoden oder Operationsverfahren ist der Reformstau enorm, sodass diese heute nur noch über analoge Bewertungen abrechenbar sind. Die Relation zum Aufwand und zu den Kosten muss aber auch bei den analogen Abrechnungen natürlich trotzdem stimmen.

Der heutige Operationsstandard, zum Beispiel bei gelenk- und knochenchirurgischen

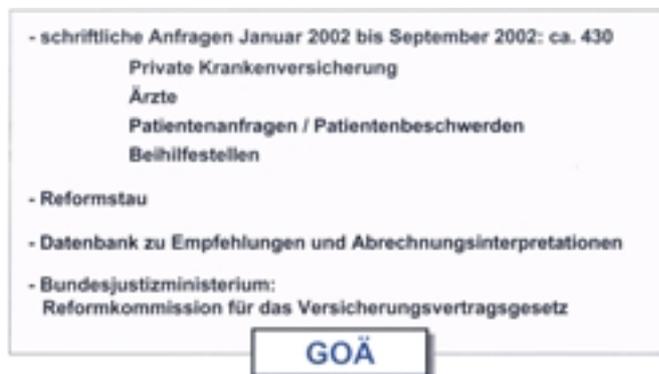


Abbildung 5: GOÄ-Basis der Rechnungsstellung im privatärztlichen Bereich.

Eingriffen, lässt sich, wie beispielweise die moderne gelenkerhaltende Vorgehensweise beim Halux valgus, weder medizinisch-inhaltlich noch aufwandsprechend, der seit 1982 nicht mehr aktualisierten Gebührenordnung zuordnen. Es muss also eine Analogbewertung angesetzt werden. Trotz dieser doch verständlichen Sachlage akzeptieren die privaten Krankenversicherer häufig die Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BuÄK nicht. Diese Empfehlungen werden mit den Fachvertretern, das sind die wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie die Berufsverbände und kompetente „unabhängige“ Fachvertreter, abgestimmt.

Leider erschweren dubiose Seminarveranstaltungen zur GOÄ unsere Arbeit erheblich. Es werden fast schlitzohrige Abrechnungsempfehlungen gegeben, die mit der geltenden Gebührenordnung in keiner Weise vereinbar und vor Gericht auch nicht durchsetzbar sind.

Zu nicht wenigen Gebührenordnungspositionen werden regelmäßig im *Deutschen Ärzteblatt* Empfehlungen oder Abrechnungsinterpretationen veröffentlicht, nur die lesen eben viele nicht. Als Konsequenz daraus bauen wir jetzt gerade eine Datenbank dieser Beschlüsse auf, sodass die Ärzteschaft dann sortiert nach Gebührenordnungspositionen auch Informationen direkt abrufen kann.

Unsere Mitarbeiter sind bezüglich der Schwierigkeiten der Interpretationen der GOÄ einem enormen Druck ausgesetzt, häufig werden die Auskünfte von den Ärztinnen und Ärzten nicht akzeptiert. Die GOÄ wird sogar wörtlich als „Ausgleichsverfahren für die sich reduzierenden Erträge aus der gesetzlichen Krankenversicherung“ angesehen. Derartige Begründungen für Fehlinterpretationen können natürlich nicht akzeptiert werden.

Ich will jetzt nicht weiter ins Detail gehen, ich möchte Ihnen bzw. muss von Aktivitäten berichten, die die Prinzipien der GOÄ ganz in Frage stellen.

Das Bundesjustizministerium hat eine Reformkommission für das Versicherungsvertragsgesetz berufen. Diese Kommission ist mit führenden Versicherern, Juristen, Wissenschaftlern und Beamten besetzt. Vertreter der Ärzteschaft sind nicht dabei! Diese Kommission schlägt nun die Einführung von Naturalleistungen durch Privatversicherer – also angestellten Ärzten, unternehmenseigenen Krankenhäusern oder Apotheken – alternativ die direkte Abrechnung zwischen Leistungsbringern und Versicherungen vor. Das Ar-

gument ist, dass nur durch eine Änderung des Abrechnungsverfahrens „eine wirksame Kostensteuerung“ durch die Privatversicherer möglich ist. Der Privaten Krankenversicherung müsse mit der gesetzlichen Krankenversicherung im Verfahren eine Gleichbehandlung eingeräumt werden. „Nachtigall ich hör’ Dir trapsen!“

Versuche der Versicherer und des Staates, regulierend einzugreifen, sind verständlich. Wenn man weiß, dass bundesweit ca. sieben bis acht Milliarden Euro jährlich für die Beihilfe auf Bund- und Länderebene ausgegeben werden. Dazu kommt noch die Beihilfe der kommunalen Bereiche. Etwa die Hälfte aller Privatversicherten sind wohl beihilfeberechtigt. In Zeiten leerer Staatskassen wird natürlich überall nach Entlastung gesucht.

Dies ist übrigens auch der Grund, warum die Novellierung der GOÄ von der Bundesregierung nicht weiter betrieben wird, obwohl die Vorarbeiten erfolgt sind. Eine Aktualisierung würde sicher auch zu höheren Ausgaben der Privatversicherungen und der Beihilfe führen. Also wird das Problem eben verschoben oder zunächst einmal ausgesessen.

Diagnosis Related Groups

Zum Schluss kommend möchte ich den Bogen wieder zum Anfang meiner Rede schlagen.

Die DRG sind beschlossen! Eine Zusammenarbeit von Vertragsärzten mit Krankenhäusern oder auch Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer ist unerlässlich, weil sich bei diesem neuen stationären Vergütungssystem völlig neue Strukturen entwickeln müssen. Nicht zwangsläufig an den stationären Aufenthalt gebundene Leistungen werden unter Rationalisierungsaspekten in den ambulanten vertragsärztlichen und pflegerischen Bereich verlagert. Dies wird zu einer Erweiterung der prästationären, insbesondere auch der präoperativen ambulanten Diagnostik und auch der ambulanten poststationären Nachsorge führen.

Völlig ungeklärt ist bisher, wie bei Fortbestehen der derzeitigen sektoralen Budgets die Gegenfinanzierung des durch die Leistungsverlagerung aus dem Krankenhaus in die anderen Versorgungssektoren entstehenden Mehraufwandes erfolgen wird. Vor diesem Hintergrund drohen Zuständigkeitskonflikte, die im schlimmsten Fall auf dem Rücken des Patienten ausgetragen werden. KVB und Kammer gemeinsam werden hier völlig neue Konzepte entwickeln müssen. Nur ein Miteinander, nicht ein Gegeneinander ist der Garant für eine erfolgreiche berufspolitische Arbeit. Wir brauchen keine Konfrontation oder forcierten Wettbewerb zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, sondern Kooperations- und Integrationsmodelle!

Abschließend möchte ich mich noch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Landesärztekammer für die immer konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit bedanken. Ganz besonders möchte ich die harmonische Atmosphäre im Vorstand und innerhalb des Präsidiums betonen.

Wir stehen am Ende einer Legislaturperiode, die einen kurzen Rückblick gestattet. Die klare Aufgabenverteilung bzw. Ressortzuständigkeit innerhalb des Präsidiums hat sich außerordentlich bewährt. Jeder von uns wusste, für was er zuständig ist, und fühlte sich im Haus und auch außerhalb dafür verantwortlich. Wir hatten keine Schnittstellenprobleme untereinander. Die Arbeit geht weiter, die nächsten Gesundheitsreformen stehen vor der Tür, die BLÄK wird sich auf neue Verhältnisse einstellen müssen, auch organisatorisch müssen die Schwerpunkte ihrer Aktivitäten neu definiert werden. Entscheidend ist, dass sich die bayerischen Ärztinnen und Ärzte darauf verlassen können, dass ihre Landesärztekammer in allen Bereichen des Gesundheitswesens mit aller Kraft die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte in Bayern weiterhin vertreten wird.

Es gilt das gesprochene Wort.

ANZEIGE:

Laser Therapie & Magnetfeld Therapie

Durchblutungsregulierend
Entzündungshemmend
Photobioaktivierung
Schmerzlindernd
Wundheilend

Schmerzfrei behandeln

Besuchen Sie uns im Internet:
www.therapeutenshop.de
E-Mail: mail@bovimed.de

kostenloses Infomaterial:
BOVIMED GmbH
Im Oberfeld 2
94491 Hengersberg
Tel.: 09901/949494
Fax: 09901/949493