

Der Motor der Restrukturierung läuft auf Hochtouren

Bericht von der Vertreterversammlung der KVB



Da war man noch vereint: Ein Blick auf die versammelte Runde.



Später gab es in zwei Auszeiten getrennte Gespräche von Fachärzten (oben) und Hausärzten (links).

Vorübergehend zum letzten Mal im großen Saal des Ärztehauses Oberbayern fand die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) am 10. Mai statt. Die Mitglieder der VV nutzten die Gelegenheit, um noch einmal ausgiebig zu diskutieren. Doch selbst bei kritischen Themen gab es keine Dissonanzen, sondern es wurde – im wahrsten Sinne des Wortes – miteinander gesprochen.

Die Delegierten hatten gerade ihre Plätze eingenommen, da gab es auch schon die erste Überraschung. Wie gewohnt setzte der Vorstandsvorsitzende Dr. Axel Munte zu seinem Vortrag an und lobte Kollegialität und Teamwork in der KVB. Im Sinne dieses Gemeinschaftsgefühls gebe es aus seiner Sicht auch keinen Hinderungsgrund, dem „hausärztlichen Vorstandschef“, so Dr. Munte wörtlich, den Vortritt zu lassen. Also war Dr. Wolfgang Hoppenthaller zuerst an der Reihe und übernahm die Einführung. „Das Leben in der KVB steckt voller Überraschungen“, so Dr. Hoppenthaller. Was folgte, war eine schonungslose Abrechnung mit all jenen, die das Leben eines Arztes erschweren,

- den Medien: „Es macht keinen Spaß mehr, sich täglich als Betrüger und Beutelschneider in der Presse wiederzufinden.“
- den Krankenkassen: „Viele Krankenkassen-Funktionäre schauen gerne dabei zu, wie wir Ärzte uns bei einer gedeckelten Gesamtvergütung selbst ausbeuten.“



- den Politikern: „Wenn sie einen Bruchteil der Qualität zeigen würden, die man von uns tagtäglich erwartet, dann ginge es mit unserem Land rasch bergauf.“

Den markigen Worten ließ der KVB-Vize dann einen eindrucksvollen Bericht der VV-Vorstandsarbeit in den vergangenen beiden Jahren folgen. Insbesondere die Erfolgsbilanz der Vertragsverhandlungen sorgte für gute Stimmung und viel Applaus. So konnte Dr. Hoppenthaller nachweisen, dass die jährlichen Kosten für die Selbstverwaltung in Höhe von 4,6 Millionen Euro allein schon durch die mit den Regionalkassen im vergangenen Jahr verhandelte Budgeterhöhung für die Notarzteinsätze wieder „eingespielt“ seien. Bei den – nicht nur für das Image der KVB sowie der Vertragsärzte und Psychotherapeuten – wich-

tigen Projekten liegt man laut dem KVB-Vize ebenfalls voll im Soll: Der neu geordnete ärztliche Bereitschaftsdienst hat sich nach anfänglichen Schwierigkeiten inzwischen etabliert. Mit der neuen Gesamtprüfung kann man noch effizienter Abrechnungsbetrug aufdecken und unterbinden. Und das in Bayern laufende Arzneimittelprogramm hat erste Erfolge aufzuweisen. Damit es kein reiner Jubelbericht wurde, sprach Dr. Hoppenthaller noch die Disease Management Programme (DMP) an. Nach wie vor sei seine Skepsis groß: „Die DMP sind nicht umsetzbar.“ Dennoch sei man gezwungen gewesen, einen Vertrag mit den Krankenkassen zu unterzeichnen. Zu groß wäre ansonsten die Gefahr gewesen, dass aufgrund der Verflechtung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich die Versichertengelder in andere Bundesländer mit DMP-Verträgen abgeflossen wären.



Dr. Munte zur Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten: „Was die gelungene Arbeitsteilung betrifft, sollten wir uns an den Bienenvölkern ein Beispiel nehmen.“



Dr. Hoppenthaller über den Chipkarten-Betrug: „Dieses Problem wird von den Krankenkassen marginalisiert.“

Auf eigenen Wegen

Nach dem operativen Geschäft ging es dann wieder zurück auf die Ebene der großen Politik, als Dr. Munte ans Rednerpult trat. Der Einschätzung seines Vorstandskollegen bezüglich der Qualität der Politiker schloss er sich an: „Die Gesetzentwürfe für eine Reform des Gesundheitswesens sind vollkommen unzureichend und nicht zukunftsweisend. Sie verfolgen das primäre Ziel, die Position von uns Ärzten zu schwächen.“ Detailliert beschrieb Dr. Munte, welche Folgen die Umsetzung der vorgesehenen Gesetze für die ambulante medizinische Versorgungsstruktur hätte. Dabei baute er auch eine eigene Drohkulisse gegenüber der Politik auf: „Wenn die Selbstverwaltung wirklich zerschlagen werden soll, dann steigen wir bei der KVB ganz aus, lassen den staatlichen Verwalter kommen und gehen unseren eigenen Weg.“ Dafür gab es viel Applaus von den Mitgliedern der VV.

Anschließend stellte Dr. Munte das Positionspapier vor, das der Vorstand der KVB im Rahmen einer Klausurtagung in Kitzbühel erarbeitet hatte (siehe Seite 299 ff.). Er erläuterte, warum bei den Hausärzten ein Nachwuchsmangel drohe und dass einige Fachärzte sich inzwischen mehr auf Grund-Leistungen als auf die eigentlichen, spezialisierten Leistungen ihres jeweiligen Fachgebiets konzentrierten. Dies soll mit der Einführung eines hausarztzentrierten Systems langfristig anders werden. „Nur so besteht die Chance, die Fachärzte im System zu halten und unsere Patienten vor ‚holländischen Verhältnissen‘ zu schützen“, so der KVB-Vorstandsvorsitzende.



Die Vorsitzende der VV, Dr. Irmgard Pfaffinger, hatte jederzeit den Überblick über das Geschehen. Unterstützt wurde sie dabei von ihrem Stellvertreter, Dr. Bernhard Böwing (li.), und dem Justiziar der KVB, Dr. Gerhard Till (re.).

Seine Rede beendete er mit einem Satz, der in komprimierter Form das in den vergangenen beiden Jahren aufgebaute Selbstverständnis beschrieb: „Wir sind der Motor für die Restrukturierung der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland.“

In den anschließenden Redebeiträgen der Mitglieder der VV zeigte sich, dass die Worte der Vorsitzenden durchaus auf fruchtbaren Boden gefallen waren. Immer wieder war von einer besseren, arbeitsteiligen Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten die Rede. Auch konkrete Probleme, wie die oft zu lange dauernde Übermittlung von Befundberichten, kamen zur Sprache. Auf offene Ohren stieß der Appell von Dr. Astrid Bühnen, mehr Gestaltungsmöglichkeiten für niederlassungswillige Ärztinnen zu schaffen. „Inzwischen sind mehr als 60 % der Studienanfänger in der Medizin weiblich. Die brauchen Frauen als Vorbilder, die ihnen zeigen können, wie attraktiv unser Beruf eigentlich ist.“

Auszeit beim Institut

Waren echte Kontroversen am Vormittag ausgeblieben, so änderte sich dies nach der Mittagspause beim zweiten Tagesordnungspunkt, der Gründung eines Instituts für medizinische Versorgungsforschung (IMV Bayern) durch die KVB. In der letzten VV hatte es bekanntlich zu diesem Zweck ein einstimmiges Votum für eine zusätzliche Abgabe in Höhe von 0,1 % von den Honoraren gegeben. War anfangs geplant gewesen, eine von der KVB rechtlich und organisatorisch unabhängige Einrichtung zu schaffen, so hatten die Pläne kurzfristig geändert werden müssen. Denn wenige Tage vor der VV hatte das Bayerische Sozialministerium als Aufsicht zwar grünes Licht für ein Institut gegeben, allerdings nur unter einer engen Anbindung an die KVB. Unter diesen Umständen hatte der Vorstand der KVB den eigentlichen Antrag überarbeitet, um die Möglichkeit zu erhalten, nach eingehender Prüfung das Institut als Stiftung errichten zu können. Manchen Delegierten war das offensichtlich zu schnell ge-

Anträge auf einen Blick

In aller Kürze hier noch wesentliche Inhalte von Anträgen, die von der VV angenommen wurden. Die Delegierten votierten dafür,

- dass der HVM in Hinblick auf die von der Bundesebene abgeschafften EBM-Praxisbudgets angepasst wird. Was unter anderem bedeutet, dass bis zur Einführung eines neuen EBM die bisherigen Budgets im Wesentlichen in den HVM übernommen werden. Ferner wurden durch die Anpassung die nur noch für Fachärzte geltenden Regelungen zur ambulanten Fallzahlbegrenzung abgeschafft.
- dass die Richtlinien zur Qualitätssicherung der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen eingeführt werden.
- dass die Beitrags-, Umlagen-, und Gebührenordnung der KVB redaktionell an die Neufassung der KVB-Satzung angepasst wird.
- dass für den Psychiatrischen Bereitschaftsdienst für die Inanspruchnahme der Münchner Bereitschaftspraxis rückwirkend ab dem 1. April 2003 ein Nutzungsentgelt in Höhe von 10 % der dort erzielten Vergütung aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu entrichten ist.
- dass das Nutzungsentgelt für die diensthabenden Ärzte der Augsburger Bereitschaftspraxis ab dem 1. Oktober 2003 von 20 % auf 30 % des in der Bereitschaftspraxis erzielten Honorarumsatzes angehoben wird.
- Dr. Claudia Ritter-Rupp als ärztliches Mitglied des beratenden Fachausschusses Psychotherapie und Dr. Hans Martens als stellvertretendes ordentliches ärztliches Mitglied der KBV-Vertreterversammlung zu berufen.
- bei der KBV zu erwirken, das Verbot für mobile Chipkarten-Lesegeräte solange auszusetzen, bis die bereits gestarteten Modellversuche für eine fälschungssichere Chipkarte abgeschlossen sind oder die neue elektronische Gesundheitskarte definitiv eingeführt ist.
- mit den Krankenkassen zu verhandeln, dass sie die nicht abgerufenen Fördermittel für die Weiterbildung zukünftiger Allgemeinärzte trotzdem zur Verfügung stellen, damit beispielsweise der monatliche Höchstförderbetrag erhöht werden kann.
- auf Bundesebene eine Änderung der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung zu erwirken, sodass auch für die Ausbildungszeiten von AiPs in Allgemeinarztpraxen Fördermittel in Anspruch genommen werden können.

gangen. So gab es Kritik, weil mit dem Antrag bereits der fertige Entwurf einer Satzung versendet worden war. Auch wurde in Frage gestellt, ob dieser bayerische Alleingang denn wirklich notwendig sei.

Nach einem Schlagabtausch der Argumente gab es dann eine zehnmündige Auszeit, in der Haus- und Fachärzte sich auf die schwierige Suche nach einem Konsens begaben. Auch nach dieser Pause war der Knackpunkt, ob man sofort oder erst in der nächsten VV über die Satzung des zu gründenden Instituts abstimmen solle, nicht zu klären. So gab es eine weitere Unterbrechung. Diese brachte nicht nur Beruhigung, sondern auch den Durchbruch. Einstimmig wurden die generellen Beschlüsse rund um die Institutsgründung gefasst, die Details zur Satzung wurden jedoch auf die nächste Versammlung vertagt.

Wer weitere ausführliche Diskussionen bei den übrigen Tagesordnungspunkten erwartet hatte, sah sich getäuscht. Selbst der wichtige Entschluss, wie der neue Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab 1. Juli 2003 konkret aussehen soll, fiel dank guter Vorbereitung in wenigen Minuten. Die wesentlichen Beschlüsse stehen im Kasten links. So konnte Dr. Irmgard Pfaffinger, die Vorsitzende der VV, die Sitzung doch noch vor Einbruch der Dämmerung abschließen und zur nächsten VV, die am 22. November im Ärztehaus Bayern in München stattfinden wird, einladen.

Martin Eulitz (KVB)

Kitzbüheler Erklärung

Positionspapier der KVB zur Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Reformierung des Gesundheitswesens

Im Zuge der Diskussionen über die Reformierung des deutschen Gesundheitssystems haben zahlreiche Parteien und Institutionen Vorschläge gemacht. Der zurzeit vorliegende Referentenentwurf der Bundesregierung zeigt die Tendenz, eine Gesundheitsreform auf dem Rücken der Ärzteschaft durchzuführen.

Ohne ein entschlossenes und gemeinsames Eingreifen der Kassenärztlichen Vereinigungen droht die Entsolidarisierung und Marginalisierung der Ärzteschaft:

Durch den diskutierten Entzug des Sicherstellungsauftrags für die fachärztliche Versorgung wird es zu einer sich verstärkenden Verlagerung fachärztlicher Leistungen an die

Krankenhäuser kommen. Nur so können die Kassen unter Nutzung der staatlichen Quersubventionierung des stationären Sektors dem Qualitätsverlust in der ambulanten fachärztlichen Versorgung begegnen. Der Einführung von Einzelverträgen wird Preisdumping nachfolgen. Mittelfristig werden dadurch dem ambulanten Versorgungsbereich weitere Gelder entzogen. Die einzelvertraglich an die Kassen gebundenen Ärzte sind zudem (spätestens mit Ablauf der ersten Fünf-Jahresverträge) schwierigsten Preisverhandlungen ausgesetzt. Die fachärztlichen Praxen werden unter diesen Bedingungen schwer verkäuflich – was wohl gewollt ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) möchte diesem Szenario mit einem Vorschlag zu einem sinnvollen, von Haus- und Fachärzten gleichermaßen getragenen Ansatz zur Reformierung der ärztlichen Versorgung entgegentreten.

Ziel der **Reformbemühungen** muss es sein, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und dabei gleichzeitig die mittel- und langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens sicherzustellen. Grundsätzlich sollte dabei der **Patient im Mittelpunkt** stehen. Die Erhaltung des Solidarprinzips muss angestrebt werden. Dies kann nur mit und nicht gegen die Ärzte erreicht werden. Die KVB bekennt sich uneingeschränkt zu dem

gemeinsamen Projekt der haus- und fachärztlichen Versorgung durch freiberufliche Ärzte.

Auf seiner Klausurtagung am 24. und 25. April 2003 in Kitzbühel hat der Vorstand der KVB die Position der durch sie vertretenen Haus- und Fachärzte klar formuliert und Handlungsrichtlinien für die Gestaltung der ärztlichen Versorgung aufgezeigt. Die nachfolgende Resolution fasst die Ergebnisse dieser Gespräche zusammen.

Vision der KVB zu den Zielen einer Reformierung des Gesundheitssystems

Die KVB sieht als **Kernaufgaben** der Kassenärztlichen Vereinigungen

- die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten,
- die Interessenvertretung ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten sowie
- die Unterstützung der Mitglieder durch sinnvolle Serviceangebote.

Entscheidend ist dabei, dass der **Patient auch zukünftig grundsätzlich im Mittelpunkt** der medizinischen Versorgung steht. Erst durch die Erfüllung dieser Anforderung, verbunden mit einer höchstmöglichen Qualität der ärztlichen Leistungen, können auch die weiteren Ziele langfristig erreicht werden.

Handlungsbedarf bei der Reformierung der ärztlichen Versorgung

Die Vision der KVB kann durch eine Optimierung der heutigen ärztlichen Versorgung umgesetzt werden. Handlungsbedarf besteht in drei Bereichen.

Versorgungsstruktur

- Definition der durch die beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen (Haus-, Fachärzte und Krankenhäuser) zu erbringenden medizinischen Leistungen;
- Definition der gemeinsamen Schnittmengen, der Grenzen und Korridore zwischen den Versorgungsebenen.

Tarifmodelle

- Unterstützung des Lösungsansatzes in der Versorgungsstruktur durch Entwicklung

eines entsprechenden Tarifmodellangebots für die Versicherten.

Vergütung

- Entwicklung eines angemessenen, ausgewogenen und finanzierbaren Vergütungssystems.

Versorgungsstruktur

Das deutsche Gesundheitswesen gehört in vielerlei Hinsicht zu den leistungsfähigsten medizinischen Versorgungssystemen weltweit: Vorbildlich sind insbesondere der schnelle Zugang zu allen medizinischen Bereichen sowie die breite Fächerung der Grundversorgung.

Der Übergang zu effizienteren und damit finanzierbaren Versorgungsstrukturen wird vor allem durch eine starke Überlappung (gemeinsamer diagnostischer und therapeutischer Korridor) des Leistungsspektrums der drei Versorgungsebenen Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser verhindert:

Neben den in zunehmenden Maße fünfjährig weitergebildeten, das heißt qualifizierten Hausärzten konkurrieren mittlerweile auch Fachärzte (als Niedergelassene oft schwerpunktmäßig mit den Basisleistungen ihres Gebietes) um die Grundversorgung der Patienten. Qualifiziert erbringen diese Hausärzte mit erweitertem Angebotspektrum Teile fachärztlicher Leistungen. Auch übernehmen schon heute viele Krankenhäuser Teile der spezialisierten ambulanten Versorgung von Patienten und stehen damit in direktem Wettbewerb mit dem fachärztlichen Leistungsspektrum.

Die KVB fordert zur **Diskussion über eine klare Definition** der zu erbringenden Leistungen der drei Versorgungsebenen insbesondere im Bereich der Korridore auf:

- **Hausärzte** sollen eine umfassende Basisversorgung der Patienten mit vermehrter Erbringung technischer Basisleistungen in hoher Qualität sicherstellen und grundsätzlich als erste Ansprechpartner auch wichtige Steuerfunktionen im Gesamtsystem übernehmen.
- **Fachärzte** sollen erforderliche hochspezialisierte Leistungen sicherstellen, die den Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit bilden.

- **Krankenhäuser** sollen sich auf das Leistungsspektrum des stationären Bereichs beschränken, welches grundsätzlich nicht ambulant erbracht werden kann.

- Hochspezialisierte Fachärzte in Krankenhäusern dürfen nur bedarfsgerecht an der ambulanten Versorgung beteiligt werden.

Begleitend sollen über entsprechende **sektorübergreifende Behandlungsleitlinien** Qualitätsmaßstäbe gesetzt werden, an denen die medizinische Leistungserbringung aller drei Versorgungsebenen in gleicher Weise gemessen wird.

Auf dieser Basis sollen Qualitätsförderungs-, Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfungsmechanismen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern eine Leistungsfokussierung und eine qualitative Auslese auf allen drei Versorgungsebenen vorantreiben. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss erreicht werden, dass sich qualitativ hochwertige Leistung lohnt und schlechte Leistungserbringung aus dem Angebotsspektrum einer Praxis eliminiert wird.

Traditionell wird der Arztzugang in Deutschland ausschließlich vom Patienten selbst bestimmt. **Die Freiheit der Arztwahl ist im § 76 des SGB V verankert und steht grundsätzlich nicht zur Disposition.** Zusätzlich hat sich jedoch im Laufe der letzten 15 Jahre, befördert durch die Einführung der Versichertenchipkarte, die freie Wahl der Versorgungsebene etabliert. Dies führt oft zu kostentreibender Mehrfachinanspruchnahme der Versorgungsebenen. Krankenkassen haben diesen „Pseudoluxus“ gefördert, da sie aufgrund der Wirkung des Kopfpauschalensystems vom Risiko der Fallzahlmehrerung scheinbar befreit sind. Ohnehin leistet sich nur Deutschland den einzigartigen Luxus einer fehlenden Patientensteuerung im System der drei Versorgungsebenen Haus-, Fachärzte und Krankenhäuser.

Die KVB fordert die **arbeitsteilige Kooperation von Haus- und Fachärzten** im Sinne eines **hausarztzentrierten** Versorgungsmodells: Jeder Patient benötigt in der Regel eine Überweisung seines Hausarztes, um einen Facharzt aufsuchen zu können (**Überweisungsvorbehalt**). Hierdurch soll die Erbringung einer medizinischen Grundversorgung durch die Hausärzte gefördert sowie die Versorgungsebene der Hausärzte als Steuerungselement des Gesundheitssystems etabliert werden.

Damit obliegt den **Hausärzten auch eine wesentliche Mitverantwortung**, unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, indem sie die Möglichkeiten der ambulanten ärzt-

lichen Versorgung durch bewusstes Einbeziehen von fachärztlichen Kollegen ausschöpfen. Ein intelligentes, ethisch gesichertes Anreizsystem soll die Kooperation von Haus- und Fachärzten im ambulanten Bereich so fördern, dass den Patienten ein Krankenhausaufenthalt möglichst durch Einsatz aller ambulanten Versorgungsmöglichkeiten erspart bleibt. Für Patienten, die ihre Versorgungsebene weiter frei wählen wollen, steht ein eigener Versicherungstarif zur Verfügung (siehe Tarifmodelle).

Selbstverständlich besteht auch in diesem System für jeden Arzt die Verpflichtung, den Patienten rechtzeitig an die optimale Versorgungsebene weiterzuleiten. In diesem Zusammenhang gilt für das Ziel der hausarztzentrierten Versorgung der Grundsatz: „Soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig.“

Für das System der arbeitsteiligen Kooperation von Haus- und Fachärzten spricht insbesondere die zu erwartende deutliche Effizienzsteigerung: Vor allem **Doppeluntersuchungen und Fehleinweisungen** können durch den Steuerungsmechanismus vermieden werden.

In Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung mit Hausärzten festgestellt wird, sollen Gesetzgeber und Selbstverwaltung fachärztlichen Internisten, die nach der bis 2003 gültigen Weiterbildungsordnung (WBO) weitergebildet sind, unter Berücksichtigung des KO-Katalogs den Wechsel in die hausärztliche Versorgungsebene ermöglichen. Des Weiteren ist der Übergang zu den oben definierten arbeitsteiligen Versorgungsstrukturen mit der unverzichtbaren Rolle des fünfjährig weitergebildeten Hausarztes durch **Anpassung der WBO auf dem kommenden Ärztetag zu gewährleisten.**

Nur die Schaffung ausreichender, qualifizierter Weiterbildungsstellen in Krankenhaus und Praxis sowie die Fortsetzung von Fördermaßnahmen kann den vorhersehbaren Hausärztemangel abmildern.

Tarifmodelle

Patienten müssen einen Anreiz haben, sich am neuen System zu beteiligen. Die KVB fordert daher den Gesetzgeber auf, endlich den Mut aufzubringen, intelligente Steuerungssysteme einzuführen. Alle Kenner des deutschen Gesundheitswesens wissen, dass es keinen Königsweg gibt bei dieser Entscheidung. Vorstellbar ist zum Beispiel die **Wahl der Versorgungsebene mit einem Kostenerstattungsmodell** zu verbinden. Zu unterscheiden wären dann zwei Tarife:

- **Standardtarif der GKV: Hausarztzugang/Überweisungsvorbehalt.**
- **Kostenerstattungsmodell: Wahlvorbehalt des Patienten.**

Diese Regelung würde es allen gesetzlich Versicherten erlauben, ihre jetzigen Krankenversicherungstarife zu behalten. Solange der Patient dem **hausarztzentrierten System folgt (Überweisungsvorbehalt)**, werden die Kosten der Behandlung wie bisher direkt mit der GKV verrechnet (**Sachleistungsprinzip**). Nur in den Fällen, in denen Patienten einen **Facharzt direkt und ohne Einbeziehung ihres Hausarztes konsultieren**, werden den Patienten die Kosten dieses Besuchs – analog zur Regelung einer privaten Krankenversicherung – direkt in Rechnung gestellt (**Kostenerstattungsprinzip**).

Öffentlich werden die diversen, zum Teil sehr unterschiedlichen Steuerungsmodelle diskutiert. Erfahrung und Standpunkt des Betrachters führen einerseits zu positiven, andererseits aber auch vernichtenden Kommentaren zu jedem Modell. Die Entscheidung für einen Weg muss die Politik endlich fällen.

Vergütung

Die zur Bestimmung der Individualvergütung momentan durchgeführte Gegenüberstellung des in **Punkten ausgedrückten Leistungsumfangs** mit einem vorab festgelegten Gesamtbudget führt zu einer **Entkopplung der eigentlichen ärztlichen Leistung von der finanziellen Honorierung**. Dies bedingt den so genannten „**Hamsterradeffekt**“: Wachsenden Leistungsmengen folgen sinkende Preise und umgekehrt. Diese Tendenz wird noch dadurch verstärkt, dass die in der Vergangen-

heit festgelegten Punktwerte bisher keine leistungsgerechte Abbildung der erbrachten ärztlichen Leistungen darstellten. Schließlich werden heute auch das Risiko einer ansteigenden Morbidität sowie die Kosten des medizinischen Fortschritts voll durch die Ärzteschaft getragen.

Die KVB fordert deshalb die **Einführung eines neuen Honorierungssystems, das eine effiziente Leistungserbringung** unterstützt. Hierbei sollten sowohl die ärztlichen Versorgungsleistungen angemessener abgebildet werden als auch eine transparente, nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungsbewertungen zugrunde liegen. **Außerdem sollen gleiche Leistungen künftig zu gleicher Honorierung führen – egal, ob vom niedergelassenen Facharzt oder im Krankenhaus erbracht.**

Anstehende Aufgaben der KVB

Die Neugestaltung des Gesundheitswesens in Richtung eines hausarztzentrierten Systems wirft noch viele Fragen auf, zu deren Beantwortung nach wie vor wichtige Daten fehlen, die größtenteils nur im Echtbetrieb gesammelt werden können.

Unabhängig von den derzeit laufenden Gesetzgebungsverfahren wird die KVB prüfen, ob ein flächendeckender (Modell)-Versuch einer hausarztzentrierten Versorgung als Gemeinschaftsprojekt der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten unter dem Dach der KVB in Bayern durchführbar ist.

*Dr. Axel Munte,
Vorsitzender des Vorstands der KVB*

*Dr. Wolfgang Hoppenhaller,
Stv. Vorsitzender des Vorstands der KVB*

ANZEIGE:

DATA VITAL
Du ist Leben drin.

Mehr Infos?
Tel. 0551/4990948

Jetzt aber
fix zu
Linux

DATA VITAL GmbH & Co. KG
Willi-Eichler-Str. 25, 37079 Göttingen
E-Mail: DAVIDx@DATA-VITAL.de
Internet: www.DATA-VITAL.de

DAVID X
Das Software-Alternativen
für Ihre Praxis