



Leserbriefe an:  
Redaktion Bayerisches Ärzteblatt,  
Mühlbauerstr. 16,  
81677 München

### **Staat oder Markt? – Jede Alternative entspricht nicht unserer Sozialkultur**

Zum Leitartikel von Dr. H. Hellmut Koch in Heft 10/2004, Seite 563, und zu BLÄK informiert von Dagmar Nedbal in Heft 10/2004, Seite 574.

Präsident Dr. Koch schreibt unter anderem, „... Problematisch ist für mich vor allem diese weitgehende Ausklammerung von innovativen Medikamenten bei Überlegungen zur Therapie des Typ-2-Diabetes. Die evidenzbasierte Medizin (beweisgestützte Medizin-Anmerkung des Briefschreibers) muss natürlich Vorrang haben. Aber die evidenzbasierte Medizin erfasst nur einen Bruchteil der Medikamente, nämlich die, die lange genug im Handel und lange genug erprobt sind. Gerade dieses ist aber bei Innovationsmedikamenten nicht möglich. Es beunruhigt mich schon, wenn man den Arzt dadurch in einen Gewissenskonflikt bringt, dass man ihn für die Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) finanziell besser stellt, ihm aber die Möglichkeiten nimmt, die seiner Pflicht nach bessere Therapie zu betreiben ...“. Weiter liest man im gleichen Blatt, Seite 574, von Professor Dr. Hellmut Mehnert, titulierte als „Altmeister des Diabetes“, „... es könne kein Zufall sein, dass neuere und teure Präparate im DMP keine Berücksichtigung fänden ...“, was er offensichtlich vor Präsident Koch und Horst Seehofer vorgetragen hat.

Die Beweisfrage ist aber, was ist die bessere Therapie? Das alte, i. a. niedrigpreisige Medikament, mit bekanntem Nutzen-Risikoprofil? Oder die Innovation, hochpreisig, deren Nebenwirkungen noch weitgehend unbekannt sind? Die Weisheit des Nil nocere vergisst, wer vorwiegend an Pharma-Fortbildungen mit ärztlichen Meinungsführern teilnimmt, weil nur der Nutzen vorgetragen, das Risiko aber ausgespart wird.

Auch im Leitartikel und auf Seite 574 zum Risiko der Innovationen leider keine klare Anmerkung. Warum wird auch in ärztlichen Fortbildungen die zugehörige NNH (number needed to harm) und NNT (number needed to treat) nicht genannt oder wenigstens als nicht bekannt erklärt?

Wenn dann bei Innovationen, die ganz große Umsatzrenner sind, Risikoanzeigen und sogar unvorteilhafte Studienergebnisse unter den Tisch gekehrt werden, wie bei Lipobay oder Vioxx, der Staatsanwalt aktiv wird, können große Firmen wie Bayer oder Merck (USA) das Zittern lernen. Also bei allen Innovationen für die Anwender ein großes Cave erklären!

*Dr. Klaus Blumberg, Internist,  
Arbeitsmediziner, 93309 Kehlheim*

### **Zweiter jährlicher Bayerischer Ärztetag überflüssig wie ein Kropf!**

Zum Beschluss „Vollversammlung der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“ in Heft 11/2004, Seite 657.

Frei nach Konfuzius, von dem der Ausspruch „Wer viel schießt, ist noch kein Schütze, wer viel spricht, ist noch kein Redner“ stammen soll, möchte ich hinzufügen, „viele Bayerische Ärztetage machen auch keine bessere Außenwirkung“. Ganz im Gegenteil, ich halte den von der Delegiertenversammlung gefassten Beschluss, künftig zwei Bayerische Ärztetage pro Kalenderjahr durchzuführen, für kontraproduktiv, unnützlich und kostenverschwendend.

1. Konnten wir bislang mit unserem einmaligen Ereignis, Ärztetag in Bayern, eine gewisse oder gelegentlich sogar gute (Medien-)Resonanz – innerärztlich und öffentlich – erzielen, so verzetteln wir uns nun mit einem zweiten Ärztetag und verwässern dadurch unsere (mediale) Präsenz. Hier liegt wohl auch eine grobe Fehl- und Überschätzung des Wirkungsgrades der ärztlichen Selbstverwaltung zu Grunde.

2. Die angedachte künftige Trennung von je einem Berufspolitik- und einem so genannten Regularien-Ärztetag halte ich zudem für künstlich, zwanghaft und nicht praktikabel. Denn wer mag im Einzelnen schon unterscheiden, was berufspolitisch ist, und was nicht. Da geht doch immer das eine in das andere über. Die Regularien sollten sich rasch abhandeln lassen und bei vernünftiger Zeiteinteilung des bisherigen Ablaufplanes der Ärztetage bleibt genug Raum für berufspolitische Debatten.

3. Schließlich kommt hinzu, dass eine derartige Großveranstaltung Bayerischer Ärztetag nicht gerade billig ist, für die Bayerische Landesärztekammer eine enorme zusätzliche Arbeitsbelastung darstellt und mit über 100 000 Euro zu Buche schlägt.

Was haben sich die Delegierten bloß dabei gedacht, so die Mitgliedsbeiträge, die ja erst vor kurzem drastisch erhöht wurden, zu verschleudern? Auch ein nur eintägiger Ärztetag im Ärztehaus Bayern in München verursacht Reise- und Übernachtungskosten (am Abend vor dem Ärztetag findet bekanntlich ein Empfang statt, der ja auch etwas kostet, und eine Übernachtung in jedem Fall erforderlich macht) sowie Personalkosten und vieles mehr. Man könnte fast meinen, dass die Delegierten auch die Reiselust ihrer Gattinnen bzw. Gatten im Auge halten, denn der zweite Ärztetag soll immer in München stattfinden.

Und das alles bei notorischer Finanzknappheit und Arbeitsüberlastung der Kammer, sowie rückläufiger Einnahmen der Niedergelassenen.

Analysiert man einmal ganz sachlich die Kosten-Nutzen-Relation des Bayerischen Ärztetages, so muss man zu dem Ergebnis kommen, dass bei dem Beschluss, einen zweiten jährlichen Bayerischen Ärztetag abzuhalten, wohl eher der Gedanke einer riesigen Balintgruppe oder eines touristischen Nach-München-Reise-Vergnügens Pate stand, und weniger die Vernunft und der verantwortungsvolle Umgang mit den Beitragsgeldern der bayerischen Ärztinnen und Ärzte.

*Dr. Karin Simons, Allgemeinärztin,  
81547 München*

### **Auch im dritten Quartal weniger Patienten in den bayerischen Praxen**

Zu KVB informiert von Michael Anschütz in Heft 12/2004, Seite 741.

Leider springt es einem ins Auge: die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) lässt sich den Verwaltungsaufwand bezahlen, die Ärzte werden mit der Portoerstattung abgespeist. Für die Zahlungserinnerung der Praxen werden gerade einmal 55 Cent Portokosten ersetzt, der restliche Aufwand für Papier, Drucken, Kuvert und den Personalaufwand wird gratis im Rahmen der Ordinationsgebühr erbracht. Die KVB stellt für den administrativen Aufwand inkl. Porto 5,75 € in Rechnung, also etwas mehr als das Zehnfache. Wie heißt es so schön bei G. Orwell: „all animals are equal, but some are more equal than others“. Warum gehören Kassenärzte immer nur zu den Gleichen.

*Dr. Walter Kilchenstein, Internist,  
80333 München*

## Antwort der KVB

Um aus Orwells Roman „1984“ zu zitieren: Das Ganze ist „doppel plus ungut“. Ungut nicht nur deshalb, weil die niedergelassenen Ärzte, aber auch alle Kassenärztlichen Vereinigungen zum Einzug einer Gebühr, die faktisch eine pauschale Erhöhung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung darstellt, herangezogen werden. Weshalb nicht die Krankenkassen, denen das Geld gehört, sondern die Ärzte das Geld eintreiben müssen, ist völlig unverständlich. Leider ist es noch nicht einmal damit getan, dass der Arzt das Geld einkassiert und ordnungsgemäß verbucht. Bei Nichtzahlern muss er auch eine Zahlungsaufforderung schicken oder besser gleich in der Praxis mitgeben, um zumindest das Porto dafür zu sparen. Die KVB muss dann aufgrund vertraglicher Vorgaben in einem extrem aufwändigen Verfahren Patienten mahnen, eingehende Beträge abgleichen und notfalls Nichtzahler sogar verklagen. Und dies alles – ich wiederhole mich – um einen letztlich pauschal erhöhten Krankenkassenbeitrag einzuziehen. Auf einen einfachen Nenner gebracht: Die Ärzte sowie die KVen haben die Arbeit und die Krankenkassen bekommen das Geld. Und damit sind wir wieder beim Zitat des Leserbrief-Schreibers: Warum sind einige gleicher als andere?

Lediglich die Erstattung der Portokosten konnte mit den Krankenkassen vereinbart werden. Als KVB verlangen wir von den Zahlungspflichtigen einen Ersatz für den mit der Mahnung verbundenen Aufwand. Die Alternative zu einer solchen Mahngebühr wäre, dass die Vertragsärzte und Psychotherapeuten auch noch das Mahnwesen aus ihrem eigenen Honorar finanzieren. Und daran kann doch wohl niemandem gelegen sein?!

*Peter Einhell, KVB, Ressortleiter  
Abrechnung/Gesamtprüfung*

## Pharmaberatungs- und Informationsaußendienst – ein neues Gesicht der KVB

*Zu KVB informiert von Martin Eulitz in Heft 12/2004, Seite 747.*

Ihre sehr positive Darstellung des Pharmaberatungsaußendienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) kann ich nicht teilen. Mehrere wichtige Sachverhalte haben Sie leider nicht dargestellt. Das Außenteam der KVB besteht überwiegend aus Nichtmedizinern. Bei Dr. Claudia Becker handelt es sich um eine Dipl.-Biochemikerin und bei Dr. Claudia Fischer um eine Dipl.-Biologin!

Dies ist aus ärztlicher Sicht inakzeptabel! Ein Arzt braucht für das Erlernen einer differenzierten Pharmakotherapie sechs Jahre Studium und eine Facharztweiterbildung von wenigstens fünf Jahren. Offensichtlich gibt es in der KVB fehlgeleitete Führungskräfte, die meinen, dass in Schnellkursen unterwiesene, fachfremde Naturwissenschaftler ausreichen, um Ärzte in einem dermaßen komplizierten Gebiet suffizient beraten zu können. Diese Vorgehens- und Denkweise offenbart eine skandalöse Missachtung ärztlicher Ausbildung, Kenntnisse und Fähigkeiten! Es ist zu fordern, dass derart diffizile Tätigkeiten von qualifizierten Ärzten mit zumindest allgemeinärztlicher oder internistischer Ausbildung übernommen werden!

Im zweiten Teil Ihres Artikels haben Sie die so genannte Arzneikostenfachgruppenanalyse dargestellt. Dazu meine Erfahrungen! Als Arzt, der seine Arzneimittelbudgets um 20 bis 30 Prozent unterschritten hatte, musste ich mir von der Bezirkstelle Mittelfranken der KVB ein weiteres Einsparpotenzial von 30 000 Euro vorhalten lassen, und das bei leitliniengerechter Therapie! Nachdem ich verärgert mit der zuständigen Apothekerin Kontakt aufgenommen hatte, wurde mir kurz mitgeteilt, dass man mich trotz insgesamt wirtschaftlicher Verordnungsweise dann eben ins Einzelfall-Prüfungsverfahren ziehen würde, wenn ich nicht den Therapievorgaben der KVB folgen würde! Meine diesbezügliche Beschwerde gegen die oben genannte Apothekerin wurde pikanterweise auch noch von Ihr selbst bearbeitet! Meine erneute Eingabe beschied Dr. Werner Sitter mit dem bemerkenswerten Satz, dass Therapiefreiheit nicht gleich Therapiebeliebigkeit bedeutet!

Es ist sehr ernüchternd, wenn sich ein Allgemeinarzt hinsichtlich therapeutischer Vorgehensweisen bei der Hypertoniebehandlung derartig herabwürdigend gegenüber einem Fachmann (Nephrologe!) verhält – und das bei kostengünstiger, sach- und leitliniengerechter Therapie!

Auf diese Art konstruktiver Hilfe der KVB kann ich gerne verzichten!

*Dr. med. Herbert Ludwig Urbainczyk, Internist,  
90522 Oberasbach*

## Antwort der KVB

Offensichtlich ist es den Mitarbeitern der KVB in den bislang geführten Gesprächen nicht gelungen, Dr. Herbert Ludwig Urbainczyk Inhalte und Ziele des Außendienstes verständlich zu machen. Der Außen-

dienst der KVB versteht sich als Informations- und Beratungsservice für unsere Mitglieder. Wir wollen damit unsere Dienstleistungsqualität erweitern und unsere Position als kompetenter Servicepartner stärken. Ein zentrales Anliegen des Außendienstes ist es daher, auch in den Praxen auf die besondere Bedeutung der Arzneikosten und deren Entwicklung in Bayern hinzuweisen. Keinesfalls geht es darum, die Therapiefreiheit und die medizinischen Entscheidungen des Arztes in Frage zu stellen. Ziel ist es vielmehr, ihn im Gespräch individuell für Steuerungsmöglichkeiten zum wirtschaftlichen Umgang mit begrenzten finanziellen Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sensibilisieren. Selbstverständlich liegt die medizinische und wirtschaftliche Entscheidung und Verantwortung über die Umsetzung der von uns aufgezeigten Einsparpotenziale allein beim Arzt. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte bereitet der Außendienst als Serviceleistung aktuelle Studiendaten auf und diskutiert unabhängig von wirtschaftlichen Interessen mit den Ärzten. Dies ist eine Aufgabe, die an wissenschaftliches Arbeiten gewöhnte, promovierte Biochemiker und Biologen durchaus übernehmen können. Leider hat Dr. Urbainczyk bislang unseren Außendienstmitarbeitern keine echte Chance zur Zusammenarbeit gegeben.

Die von ihm angesprochene Fachgruppenanalyse ist in den letzten Monaten bereits mit vielen Ärzten intensiv diskutiert worden. Dabei haben wir oft den Hinweis erhalten, dass eine ausführlichere Erläuterung über Ziel und Inhalt dieser Analyse sicherlich Ärger vermieden hätte. Das in der Analyse genannte Einsparpotenzial ist ein Maximalwert. Auch diese Fachgruppenanalyse ist ein Service-Angebot an unsere Vertragsärzte, um über eventuelle – in den Praxen individuell unterschiedlich hohe – Wirtschaftlichkeitsreserven zu informieren und auch zum interkollegialen Gedankenaustausch anzuregen. Hintergrund ist, dass die bayerischen Ärzte beispielsweise bei der Verordnung von Generika im Bundesdurchschnitt weit hinten liegen

*Gerald Frieß, KVB, Ressortleiter Service*

## Zu Leserbriefen

Leserbriefe sind uns willkommen. Sie geben die Meinung des Briefschreibers wieder und nicht die der Redaktion. Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, sodass die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muss.

Leserbriefe müssen sich auf einen veröffentlichten Beitrag in einem der vorhergegangenen Hefte beziehen.