



Leserbriefe an:
Redaktion Bayeri-
sches Ärzteblatt,
Mühlbauerstr. 16,
81677 München

Bayerische Ärzteversorgung für die Zukunft gerüstet

Zum Artikel von Dr. Lothar Wittek in Heft 3/2006, Seite 136 f.

The same procedure as every year: Kollege Wittek zeichnet ein rosiges Bild der Situation der Bayerischen Ärzteversorgung (BÄV), zitiert aus dem Geschäftsbericht Eurobeträge im Millionen- und Milliardenbereich, eine ehrliche Bestandsaufnahme unterbleibt.

Klar ist jetzt wenigstens, weshalb die Beiträge der selbstständigen Mitglieder ab dem Jahre

2006 erhöht werden: Das Beitragsaufkommen stieg im vergangenen Jahr lediglich noch um 0,3 Prozent (von 732 auf 734 Millionen Euro) nach 2,2 Prozent im Vorjahr. Ohne die Beitragserhöhung wäre wohl in den kommenden Jahren ein Minus zu verzeichnen.

Zahlen und Fakten, die für die Beitragszahler wichtig wären, werden wie immer verschwiegen: Die Höhe der durchschnittlichen jährlichen Beitragszahlung und die durchschnittliche Höhe der Zugangsrenten werden nicht veröffentlicht. Eine tabellarische Zusammenstellung dieser Kenngrößen von 1985 bis heute gerade im Vergleich mit der Entwicklung des durchschnittlichen Altersruhegeldes wäre sehr aufschlussreich. Ein Grund zur Geheimhaltung besteht nicht. Oder doch?

Zur Erinnerung: Der Durchschnittsbeitrag aller Mitglieder lag im Jahr 1985 bei 5616 Euro und stieg bis zum Jahr 2003 um 69,8 Prozent auf 9538 Euro. Im gleichen Zeitraum stieg die durchschnittliche Zugangsrente um

lediglich 17,7 Prozent von 1776 auf 2091 Euro. Für immer mehr Beitrag nur geringfügig höhere Neurenten. Dagegen lag das durchschnittliche Altersruhegeld aller Versorgungsempfänger 1985 bei 1528 Euro und stieg bis 2003 auf 2451 Euro, eine Steigerung um 60,5 Prozent. Hier findet offensichtlich eine Umverteilung statt, die nicht hinnehmbar ist.

Noch zwei Zahlen zum Vergleich: Die Nordrheinische Ärzteversorgung (NÄV) hat laut *Ärztezeitung* vom 24. November 2005 ihren Rentnern im Jahr 2004 eine durchschnittliche Rente von 2690 Euro ausgezahlt. Die Höhe der Neurenten war – im Gegensatz zur BÄV – höher und betrug durchschnittlich 2745 Euro.

Die Dynamisierung der Renten und ebenso der Anwartschaften beträgt in diesem Jahr ein Prozent, ein absoluter Tiefpunkt seit 1985. Dabei ist bekannt, dass diejenigen Versorgungsempfänger, die ihre Rentenansprü-

www.dahw.de



Bringen Sie
einen Leprakranken
zurück ins Leben.

Mit nur 50 € ist Lepra heilbar. Spendenkonto 9696 | BLZ 790 500 00
Weltweite Hilfe – seit über 45 Jahren erfolgreich

Wenn Sie mehr über die Arbeit der „Deutschen Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.“ erfahren wollen, senden wir Ihnen gerne kostenlos Informationsmaterial zu. Sie erreichen uns unter:
Telefon 0931/7948-0, www.dahw.de.
Oder Sie senden diesen Coupon an:
Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V., Mariannhillstraße 1c,
97074 Würzburg

Dieser Coupon ist aus der Zeitung/Zeitschrift

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

che überwiegend aus Beitragszahlungen vor 1985 ableiten, derzeit eine Lebensverrentung ihrer Einzeleinzahlungen erzielen, die junge Beitragszahler erst lange nach ihrem 100. Geburtstag erreichen werden. Trotzdem wird bei der Dynamisierung nicht differenziert zwischen Ansprüchen, die sich aus Beitragszahlungen vor und nach dem 1. Januar 1985 ergeben.

1985 bestand auch bei der BÄV noch ein gesundes Verhältnis zwischen durchschnittlicher Neurente (1776 Euro) und durchschnittlicher Rente aller Versorgungsempfänger (1528 Euro). Irgendwann zwischen 1985 und 2003 ist das System gekippt, da die Altrenten nominal deutlich stärker anstiegen als die Neurenten. Wenn heute die durchschnittliche Höhe der Zugangsrenten (2091 Euro) wesentlich geringer ausfällt als die Durchschnittsrente aller Versorgungsempfänger (2451 Euro), dann besteht eine erhebliche Schieflage, die schleunigst behoben werden muss. Sonst darf man sich über die mangelnde Motivation der aktiven Mitglieder, Beiträge oder gar freiwillige Mehrzahlungen zu leisten, nicht wundern.

Dr. Bernhard Link, Allgemeinarzt,
63776 Mömbris,

Stellungnahme von Dr. Lothar Witte

„The same procedure as every year“ ... das gilt jedenfalls für den Vergleich des aktuellen Leserbriefes mit dem aus dem *Bayerischen Ärzteblatt* 5/2005: Die aktuelle Leistungsfähigkeit der Bayerischen Ärzteversorgung (BÄV) wird wieder mit dem Modell verglichen, das vor über 20 Jahren abgeschafft wurde und in der heutigen Zeit von keiner Versicherungsaufsicht mehr genehmigt würde.

Die damals im selben Heft veröffentlichte Antwort hat auch heute noch Gültigkeit: Das System der 20-Prozent-Verrentung stammt aus einer Zeit, in der hohe Einkommenszuwächse und korrespondierend dazu hohe Inflationsraten herrschten. Es gab keine Anpassung der Anwartschaften an den inflationsbedingten Kaufkraftverlust. Über den Verrentungssatz wurde ein Ausgleich des Kaufkraftschwundes vorweggenommen, quasi als vorweggenommene Dynamisierung. Die 20-Prozent-Verrentung setzte einen Beitragstrend (= Anstieg des Durchschnittsbeitrags aller Mitglieder pro Jahr) von mindestens acht Prozent voraus, was früher auch über mehrere Jahre der Fall war. Als aber dieser Beitragstrend nicht mehr erreicht wurde,

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.

Die Redaktion

musste auch die Zusage einer Verrentung von 20 Prozent Ende 1984 zurückgenommen werden.

Wer jetzt kritisiert, dass seitdem die Lebensverrentung sinkt, übersieht, dass genau dieses das Ziel der Reform war. Kein seriöses Versorgungswerk kann mehr Leistung zusagen, als es selbst erzielt. Deshalb wurde 1985 das so genannte offene Deckungsplanverfahren (oDPV) eingeführt. Es passt sich automatisch und gleitend an die wirtschaftliche Lage an. Sind Beitragstrend sowie allgemeine Einkommensentwicklung und Vermögensrendite hoch, steigt die Renteneffektivität via Anwartschaftsdynamik. Sind die vorgenannten Parameter niedrig, so bleibt auch die Effektivität niedrig.

Aus dem Anstieg des Durchschnittsbeitrages aller Mitglieder vom Jahr 1985 (5616 Euro) bis zum Jahr 2003 (9367 Euro) um 66,8 Prozent kann keine analoge Entwicklung der Zugangsrenten in diesen Jahren hergeleitet werden. Während nämlich den Zugangsrenten bis zum Jahr 1984 allein die 20-Prozent-Verrentung aller Beiträge zu Grunde lag, ist die heutige Lebensverrentung gekennzeichnet durch die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahre mit geringerer Einkommenssteigerung bei der Ärzteschaft und seit einigen Jahren auch mit einem Tiefstand bei den Vermögensrenditen. Letzterer wirkt auf alle Versicherer und Versorger gleichermaßen. So haben zum Beispiel die Lebensversicherer den Garantiezins bereits auf 2,75 Prozent abgesenkt. In unserem Versorgungswerk wurde der Rechnungszins von vier Prozent zwar noch erreicht und Versorgungsanwartschaften und laufenden Renten zum 1. Januar 2006 sogar noch um ein Prozent dynamisiert, aber die durchschnittliche Dynamisierung der letzten zehn Jahre von 2,41 Prozent konnte auch nicht mehr erreicht werden. Der Trend ist deutlich.

Der Anstieg des durchschnittlichen monatlichen Altersruhegeldes bei den Bestandsrenten der BÄV von 1531 Euro im Jahr 1985 auf 2502 Euro im Jahr 2003 ist keine Umvertei-

lung. Hier kommt doch noch ausschließlich oder zum überwiegenden Teil die 20-Prozent-Verrentung zum Tragen. Diese Renten steigen durch die jährliche Dynamisierung weiter an, während die Zugangsrenten durch den geringer werdenden Anteil der 20-Prozent-Verrentung nicht im gleichen Umfang ansteigen können.

Der Vorschlag zur Wiedereinführung der im Jahr 1998 abgeschafften reduzierten Dynamik bei Renten mit 20-Prozent-Anwartschaften wurde bereits geprüft. Auf eine Umsetzung wurde verzichtet, da das realisierbare Einsparpotenzial gering ist, das durch einen erheblichen Verwaltungsaufwand weiter gemindert würde.

Der Vergleich der verschiedenen ärztlichen Versorgungswerke ist zwar beliebt, aber wenig ergiebig, da es sich um eigenständige, unabhängige Einrichtungen handelt mit eigenem Geschäftsplan, eigenem Beitragsrecht, eigenen Leistungsansprüchen und eigenständigen versorgungs- und berufspolitischen Zielsetzungen. Für einen Vergleich des Leistungsniveaus müssten standardisierte Bedingungen geschaffen werden bei Lebensalter der Mitglieder, Mitgliedschaftsdauer, Höhe und Zeitpunkt der Beitragszahlung, Alter der Versorgungswerke, Finanzierungssystem, versicherungstechnischer Geschäftsplan, Leistungskatalog und Struktur der Rentenberechnung sowie Höhe und Bezugsgröße der Dynamisierungen. Weitere maßgebliche Faktoren sind hierbei auch die Höhe der Dynamisierungsreserve und der Stand der Anpassung an die biometrischen Werte.

Die Beitragssatzanhebung bei den selbstständigen Mitgliedern der BÄV ist nicht zur Schließung von Finanzierungslücken erfolgt. Die versicherungsmathematische Bilanz der BÄV ist solide, was auch der externe versicherungsmathematische Gutachter festgestellt und ausdrücklich bestätigt hat. Die Neuregelung der Beitragsordnung dient auch nicht dazu, ein Absinken des Durchschnittsbeitrages zu vermeiden. Sie hat vielmehr ausschließlich das Ziel, einer bedenklichen

Unterversorgung im betroffenen Mitgliederkreis entgegenzuwirken. Dieser Unterversorgung kann nur durch eine Beitragssatzanhebung wirksam begegnet werden.

Dr. Lothar Wittek, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der BÄV, 81921 München

Erste Praxis in Bayern nach KTK zertifiziert

Zum Artikel von Dr. Hans Ibel in Heft 4/2006, Seite 177 f.

Bezüglich des oben aufgeführten Artikels möchte ich Ihnen mitteilen, dass die Berufsbezeichnung „Visitorin“ sprachlich falsch ist. Sie leitet sich vom lateinischen „visitare“ (= besuchen) her, ein Besucher (auch mit Kontrollaufgaben) ist dann ein visitor; die feminine Form dieses Wortes wäre dann visitatrix (analog Kaufmann/Kauffrau mercator/mercatrix). In den romanischen Sprachen und zum Teil auch im Englischen wird diese Regel auch zum Teil noch eingehalten: französisch directeur – directrice, acteur – actrice, englisch actor – actress, italienisch direttore – direttrice, spanisch actor – actriz, portugiesisch Ator – atriz. Da nun „visitatrix“ im Deutschen das Sprachgefühl verletzen würde, muss (analog „Direktorin“) die eingedeutschte Form „Visitorin“ heißen.

Leider wird im *Deutschen Ärzteblatt* zunehmend sprachlich geschludert (nicht nur „Denglisch“, sondern zum Teil auch miserales Englisch). Es wäre schade, wenn dies auch bei uns in Bayern einrisse.

Dr. Bernd Schade, Facharzt für Chirurgie, 83512 Wasserburg/Inn

Helicobacter pylori-Infektion – eine wiederentdeckte Infektionskrankheit des oberen Verdauungstraktes

Zum Leserbrief von Jürgen Pommerring in Heft 5/2006, Seite 266

Kollege Jürgen Pommerring behauptet in seinem Leserbrief im *Bayerischen Ärzteblatt*, dass durch diese wiederentdeckte Infektion die Pharmaindustrie an der Antibiotikatherapie enorm verdient habe. Dies mag der Fall sein, doch wie ist die tatsächliche Entwicklung?

Ich weiß noch sehr wohl, wie zahlreiche Ulkuspatienten zweimal jährlich wegen eines Rezidives behandelt werden mussten, häufig stationär, bis es endlich zur massiven Blutung, zur Perforation, zur Magenausgangsstenose kam. Teils führten diese Komplikationen zum

Tode, zumindest jedoch zu verstümmelten Operationen wie Magenresektion oder Vagotomie. Besonders letzter Eingriff, der auf der Theorie der vegetativen Ursache des Ulkuseleidens beruhte, war nicht immer erfolgreich.

Als wir endlich eine kausale Therapie hatten, wandelte sich das Krankheitsbild massiv: Die Rezidive blieben vielfach aus, stationäre Ulkuskuren blieben aus, die Operations-Kataloge zur Weiterbildung in der Chirurgie mussten umgeschrieben werden, da die „erforderliche“ Anzahl an Eingriffen nicht mehr erreicht wurde.

Selbst wenn die Pharmaindustrie an der erforderlichen Therapie verdient hat – insgesamt konnten die Kosten der Ulkustherapie deutlich gesenkt werden, lebensbedrohliche Komplikationen vermieden und zahllosen Patienten wieder ein beschwerdefreies Leben gesichert werden.

Dr. Klaus Reichel, Facharzt für Innere Medizin, 91217 Hersbruck

Fisch und Milch zur Prävention von kognitiven Störungen und Depression

Zum Artikel von Johanna Dielmann-von Berg in Heft 4/2006, Seite 176.

Ich möchte Sie auf einen Fehler hinweisen, der im *Bayerischen Ärzteblatt* 4/2006 zu lesen ist. Auf Seite 176 wird unter der Überschrift „Fisch und Milch zur Prävention von kognitiven Störungen und Depression“ auf die Wichtigkeit einer normalen Schilddrüsenfunktion und auf die optimale Jod-Versorgung dieser Drüse hingewiesen.

Im letzten Absatz dieses Artikels wird Professor Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger zitiert, wobei eine Jod-Hormon-Kombination als Therapie empfohlen wird, die es in dieser Form nicht gibt. Es wäre meiner verehrten Kollegin sicher auch nicht recht, wenn dieses Zitat so stehen bliebe. Mit dem „Hormon“ kann nicht das Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH) gemeint sein, sondern das Schilddrüsenhormon selbst, dessen Kombination mit Jod bzw. Jodid als gute Struma-Therapie gilt.

Über den Grund der Verwechslung kann man spekulieren. Eine Möglichkeit sehe ich darin, dass die gängigen Abkürzungen der Begriffe dazu geführt haben. Das Wort „Schilddrüsenhormon“ wird in Veröffentlichungen oft mit SDH abgekürzt, und da ist der Weg zum TSH dann nicht mehr sehr weit.

Ich kann mir gut vorstellen, dass ich nicht der Einzige bin, der sich auf diesen Artikel hin bei Ihnen meldet. Aber da ich während meiner aktiven Zeit sehr viel mit Schilddrüsen-Diagnostik und -Therapie zu tun hatte, ist mir diese verunglückte Kombination doch aufgefallen.

Dr. Otto Miethsam, Facharzt für Radiologie und Facharzt für Innere Medizin, 83435 Bad Reichenhall

Antwort von Professor Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger

Viemals darf ich dem aufmerksamen Leser des *Bayerischen Ärzteblattes* Dr. Otto Miethsam danken, dass er die falsche Wiedergabe meines Textes im *Bayerischen Ärzteblatt* bemerkt hat.

Selbstverständlich ist zur Therapie vor allem der euthyreoten Struma diffusa im Vordergrund die Behandlung mit Jodid und Levothyroxin, um eine optimale Rückbildung der Schilddrüsenvergrößerung in möglichst kurzer Zeit effektiv zu erreichen. Das Thyreoidea stimulierende Hormon des Hypophysenvorderlappens ist ein wesentliches Steuerhormon für die Schilddrüsenfunktion, steht in einem fein abgestimmten Regelkreis mit der drüsen-eigenen Schilddrüsenhormonproduktion und stellt diagnostisch den ersten und wichtigsten Laborparameter zur Bestimmung der Schilddrüsenfunktionslage dar. Therapeutisch ist selbstverständlich ausschließlich der Einsatz von Levothyroxin, in der genannten Indikation der Strumatherapie sehr günstig kombiniert mit Jodid im Vordergrund.

Professor Dr. Petra-Maria Schumm-Draeger, Chefärztin, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen, 3. Medizinische Abteilung, 81925 München

