

16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern

Dresden
31. März 2001

Der Einladung des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Jan Schulze, zur Teilnahme an der 16. Tagung waren 23 der gewählten Vorsitzenden der 28 sächsischen Kreisärztekammern, Mitglieder des Vorstandes der Sächsischen Landesärztekammern und Gäste gefolgt. Der Präsident begrüßte herzlich alle Anwesenden und insbesondere die Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsens, Herrn Dr. Johannes Baumann, Vorsitzender der Bezirksstelle Dresden, Herrn Dr. Ing. habil. Bernd Irrgang, Geschäftsführer der Bezirksstelle und Herrn Dr. Klaus Heckemann, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Bezirksstelle Dresden. Herr Prof. Dr. Jan Schulze interpretierte am Beginn der Tagung die neue Gesundheitspolitik und referierte über die aktuelle gesundheits-, sozial- und berufspolitische Lage in der Bundesrepublik Deutschland und insbesondere im Freistaat Sachsen. Erste Ergebnisse der Aktionswoche vom 26. bis 30. März 2001 der ostdeutschen niedergelassenen Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten sind:

- Die Initiatoren der zweiten Aktionswoche haben es verstanden, die verschiedenen medizinischen Gruppen zu einer gemeinsamen Aktion zusammenzuführen.
- Die Patientenschaft hat sehr genau begriffen worum es den Ärzten in den neuen Bundesländern geht: Das Gesundheitssystem läuft hin auf ein Zweiklassensys-

tem. Die Kritik der Patientinnen äußert sich an der Gesundheitspolitik der Rot-Grün-Koalitionen. Ein weiteres Aufklappen des Spaltes der Sozialmauer West/Ost kann nicht zugelassen werden.

- Die Medien haben jetzt begriffen, dass es den Ärzten nicht um mehr Geld geht. Wir brauchen höhere Pro-Kopf-Pauschale für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern. Die gesetzliche Krankenversicherung stellt nur 77 Prozent der finanziellen Mittel im Vergleich zum Westniveau für die ambulante Versorgung der ostdeutschen Bevölkerung zur Verfügung. Außerdem ist die Morbidität in Ostdeutschland deutlich höher.

- Eine gewachsene Gesprächsbereitschaft der Gesundheitspolitiker auf Bundesebene und im Freistaat Sachsen ist erkennbar.

- Herr Sozialminister Dr. Hans Geisler hat eine Initiative vorbereitet, um eine Steigerung des Budgets um fünf Prozent im Bundesrat zu initiieren.

- Sicher auch auf Druck der Aktionswochen der Ärzteschaft erfolgte am 26. März 2001 ein Gespräch des Aktionsrates der Aktionswoche mit der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin.

- Bei dem Rundtischgespräch am 27. März 2001 im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer unter der Beteiligung der Kassen, der Politik, der Körperschaften und der einladenden Ver-

bänden, wurden die Forderungen des Aktionsrates eindeutig dargestellt:

Ablösung des Arzneimittelbudgets durch individuelle Richtgrößen und Angleichung der finanziellen Mittel an das Westniveau.

- Auf allen Ebenen von den Patienten über die Initiatoren der Aktionswoche hin zu den Kassen und der Politik ist Bewegung zu sehen. Die aktuelle Stunde zur Gesundheitspolitik im Deutschen Bundestag am 28. März 2001 auf Initiative von FDP und PDS hat die Themen der Aktionswoche wiedergespiegelt. Der jetzigen Regierung ist es klar, dass die Gesundheitspolitik und Sozialpolitik wahlentscheidend sein können. Die Politik wird nur dann Ruhe im Wahlkampf 2002 haben, wenn die Forderungen der Ärzte erfüllt sind.

Einführung neuer Vergütungs- und Abrechnungssysteme sowie aktuelle Probleme und Schwerpunkte der Selbstverwaltung waren die Arbeitsthemen der in **Kurzfassungen** wiedergegebenen **Vorträge**.

Diagnosis Related Groups, Systematik und Fragen der Codierung

Dr. Wolf-Dietrich Kirsch

Alterspräsident der Kammerversammlung
Vorsitzender des Ausschusses Krankenhaus

Der Vortrag wird im Heft 7/2001 „Ärzteblatt Sachsen“ als Artikel publiziert.

EBM 2000 plus

Dr. Klaus Heckemann

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Der Entwurf des neuen „EBM 200 plus“ in der Fassung vom 10. November 2000 überzeugt auf den ersten Blick durch eine übersichtliche Gliederung in:

- Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen,
- arztgruppenspezifische Leistungen, unterteilt in den hausärztlichen und den nach Fachgebieten gegliederten fachärztlichen Versorgungsbereich,
- arztgruppenübergreifende qualifikationsgebundene und spezielle Leistungen,
- Pauschalerstattungen.

Unterstützt wird dieser Eindruck von durchaus bis zu einem gewissen Grade nachvollziehbaren Kalkulationsansätzen für die differenziert gewerteten eigentlichen ärztlichen Leistungen, die sogenannten „technische“ Leistungen (Personal-, Raum-, Gerätekosten und anderes mehr) sowie Pauschalerstattungen.

Bei näherer Betrachtung zeigen sich jedoch Probleme. Es offenbaren sich offensichtliche Lücken im Entwurf, wenn man weitere erklärte Ziele des EBM-Entwurfs in seine Wertung einbezieht:

- Regelung einer besseren Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten,
- qualitätsorientierte Vergütung bei Behandlungen, für die es anerkannte Leitlinien gibt,
- Schaffung wirtschaftlicher Praxisstrukturen,
- Bewertung kostenintensiver Leistungen auf der Grundlage einer wirtschaftlichen Auslastung (Großgeräte),
- einheitliche Qualitäts- und Vergütungskriterien für Krankenhäuser und Vertragsärzte bei ambulant-operativen und stationärsersetzenden Leistungen.

Entsprechende Ausführungen oder sogar konkrete Maßnahmen hierzu findet man nur ansatzweise oder gar nicht.

All diese Einschränkungen sind jedoch gegenüber der obersten Prämisse des EBM 2000 plus, der zumindest vorerst

unbedingt zu gewährleistenden strikten Kostenneutralität, zu vernachlässigen. Limitierte Fonds und nichts anderes bedeutet Kostenneutralität, bedeuten ein limitiertes Leistungsangebot und damit eine begrenzte ärztliche Vergütung, dass heißt einen EBM als Instrument der Mangelverwaltung und Rationierung. Hierbei sollen die Mengenbegrenzungen grundsätzlich nicht im EBM, sondern ausschließlich im Honorar-Verteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen Vereinigung geregelt werden, die damit gegenüber dem einzelnen Arzt die volle Verantwortung für die Auswirkungen des neuen EBM zu tragen hat.

Zumindest in den neuen Bundesländern wird für die über das sogenannte „Punktzahl-grenzvolumen“ hinausgehenden Leis-

tungen voraussichtlich überhaupt kein Geld mehr vorhanden sein. Das bedeutet in letzter Konsequenz gegenüber dem bisherigen Honorierungssystem drei wesentliche Änderungen:

1. Auch die bisher unbudgetierten Arztgruppen werden de facto budgetiert.
2. Die Budgets sind weiterhin fallzahlabhängig. Alle Fälle über der Durchschnittszahl der Arztgruppe werden jedoch überhaupt nicht mehr honoriert.
3. Anders kann es nur aussehen, wenn von der Geschäftsgrundlage Punktwert gleich 10 Pfennige für das Punktzahl-grenzvolumen abgewichen wird. Wo ist dann aber noch die als Basis des EBM genommene „betriebswirtschaftliche Vollkostenkalkulation“?

Integrierte Versorgung/Netze

Dr.-Ing. habil. Bernd Irrgang, Geschäftsführer der KVS, Bezirksstelle Dresden Nach Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung durch Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen könnten nunmehr prinzipiell Verträge zur integrierten Versorgung abgeschlossen werden. Aus der Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen enthält die Rahmenvereinbarung jedoch eine Reihe sehr schwer umzusetzender Vorgaben, die berechtigte Zweifel aufkommen lassen, ob mit derartig stringenten Vorgaben eine sektorenübergreifende medizinische Versorgung gelingen kann. Für Ärzte als Mitglieder von Praxisnetzen gilt unter anderem, dass der Praxisverbund eine vertragsfähige Rechtsform aufweisen muss. Die teilnehmenden Ärzte werden zu einer durchgehenden Dokumentationsführung und zur Nutzung des elektronischen Informationsaustausches verpflichtet. Ihre Vergütung erfolgt versichertenbezogen. Dies bedeutet, dass das für die Versorgung der einbezogenen Versicherten benötigte Finanzvolumen durch komplizierte Berechnungen, die die spezifische Morbidität der Versichertengruppe berücksichtigen, aus der für alle Ärzte zur Verfügung stehenden Vergütungssumme herausgelöst wird. Die eingeschriebenen Patienten können sich jedoch nach wie vor auch an außenstehende Nicht-Netzärzte wenden, deren medizinische Leistung ist jedoch aus dem Netzbudget zu finanzieren. Mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung kann das Netz auch die Berechtigung erhalten, ärztliche Leistungen von Nicht-Netzärzten einzukaufen. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung haften für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigung zur Begleichung von Vergütungsansprüchen der Nicht-Netzärzte. Ein Beitrittsrecht von Nicht-Netzärzten zum Netz ist ausgeschlossen, wenn die vertraglich zu vereinbarenden Höchstzahl von Netzärzten erreicht ist.

Für Versicherte besteht ein uneingeschränktes Wahlrecht zwischen integrierter und



Dr.-Ing. habil. Bernd Irrgang, Dr. Johannes Baumann, Dr. Klaus Heckemann, Frau Dr. Verena Diefenbach, Prof. Dr. Jan Schulze, Prof. Dr. Otto Bach (v. li. n. re.)

nicht integrierter Versorgung. Bei Wahl der integrierten Versorgung besteht jedoch eine Einschreibepflicht bei der Krankenkasse. Die Beitritte und Austritte von Patienten sind zu jedem Quartalswechsel möglich, der daraus folgende bürokratische Aufwand ist nicht absehbar. In den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen sind Netzberater tätig, die angehende und bereits tätige Praxisnetze tatkräftig unterstützen. Interessierte Ärzte werden auf eine **Weiterbildungsveranstaltung** in der Sächsischen Landesärztekammer hingewiesen, die am **22. Mai 2001** das Thema „**Chancen und Risiken von ärztlichen Kooperationen**“ behandeln wird.

Neue Medien

Dr. Verena Diefenbach
Hauptgeschäftsführerin
Unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie werden seit Mitte 1999 Modellprojekte zur Digitalisierung bildgebender Verfahren und Bildkommunikation der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen entwickelt. Für den verschlüsselten Zugang der ärztlichen Teilnehmer am Modellprogramm ist die Einführung einer elektronischen Signaturkarte erforderlich. Für die Sächsische Landesärztekammer besteht die Aufgabe darin, ein Verfahren für die Zertifizierung der beteiligten Ärzte vorzubereiten und als Modellprojekt verwaltungsmäßig einzuführen.

Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung

Prof. Dr. habil. Gunter Gruber
Vorsitzender des Ausschusses
ärztliche Weiterbildung

Nach umfangreichen Diskussionen in den Weiterbildungs-Gremien der Bundesärztekammer und in den 17 Landesärztekammern wird dem 104. Deutschen Ärztetag im Mai 2001 in Ludwigshafen eine vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedete Fassung des Paragraphenteils der Muster-Weiterbildungsordnung vorgelegt werden. Erfreulicherweise ist die Zielstellung der Novellierung (Deregulierung, Transparenz und Praktikabilität) für den ersten Teil, den sogenannten Paragraphenteil, aus unserer Sicht erreicht worden. Der Abschluss der Weiterbildung führt zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung in einem Gebiet, zur Bereichsbezeichnung oder zu einem Befähigungsnachweis. Wer innerhalb eines Gebietes die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte und -zeiten abgeleistet und in einer Prüfung die dadurch erforderliche Facharztkompetenz nachgewiesen hat, erhält eine Facharztbezeichnung. Analoges gilt für die Schwerpunktweiterbildung. Neu eingeführt wird der Befähigungsnachweis. Er bestätigt Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Gebiet, die nicht zu den vorgeschriebenen Mindestinhalten der Facharztweiterbildung gehören, insbesondere (spezielle) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Hat

ein Arzt die Anerkennung für mehrere Bezeichnungen erhalten, darf er sie nebeneinander führen, sofern im Heilberufekammergesetz keine Einschränkung gemacht wird. Neu eingeführt wird § 8 „Dokumentation der Weiterbildung“, dass heißt dass der in Weiterbildung befindliche Arzt die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte dokumentieren und der zur Weiterbildung befugte Arzt mindestens jährlich diese Dokumentation überprüfen und abzeichnen muss. Sie soll der Transparenz der Weiterbildung sowohl für den Arzt in Weiterbildung, als auch für den Weiterbildungsbefugten dienen, ersetzt aber das Weiterbildungszeugnis mit seinen wertenden Elementen nicht. In ein bis zwei Jahren könnte die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung abgeschlossen sein, wenn die sachliche und konstruktive Arbeit in den Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer und die Abstimmung mit den Landesärzte-

kammern sowie mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden termingerecht fortgesetzt und die neue Muster-Weiterbildungsordnung vom Deutschen Ärztetag verabschiedet wird.

Junge Ärzte – Probleme der Weiterbildung und beruflichen Integration

Kornelia Kuhn

Vorsitzende des Ausschusses „Junge Ärzte“
Auf Initiative des Ausschusses „Junge Ärzte“ wurde in enger Kooperation mit dem Ausschuss „Weiterbildung“ zwischen dem 29. Januar und 28. Februar 2001 nach dem Zufallsprinzip 500 Weiterbildungsbefugte zu ihrer Einschätzung der Weiterbildungssituation in Sachsen befragt. Seit Anfang März erfolgt die Auswertung des Rücklaufes von 268 Fragebögen (= 53,6 Prozent). Der Ausschuss „Junge Ärzte“ wird die Ergebnisse der Befragung auf dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen vortragen und danach

im „Ärzteblatt Sachsen“ veröffentlichen. Am Ende der Tagung gegen 16:00 Uhr bedankte sich der Präsident der Sächsischen Landesärztekammern bei den Anwesenden für ihre aktive Teilnahme und konstruktiver Diskussion. Er bat um Zusendung von Themenvorschläge für die nächste Tagung, die am Sonnabend, dem 22. September 2001, im Kammergebäude der Sächsischen Landesärztekammer stattfindet.

Fazit:

Die 16. Tagung der Vorsitzenden der Kreisärztekammern war eine informative und gelungene Veranstaltung sowie ein wichtiger und ausführlicher Meinungsaustausch zwischen den Vorsitzenden der sächsischen Kreisärztekammern, dem Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer und den Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen.