

Berufspolitik 2012 – Rückblick und Ausblick



Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

ein ereignisreiches Jahr geht zu Ende, und auch 2013 verspricht Spannung in der Berufspolitik.

Ein Blick zurück: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit seinen innovativen Ansätzen und der Stärkung der ambulanten Versorgung trat mit dem Jah-

re 2012 in Kraft. Über Jahre hinweg hat uns der Gesetzgeber darauf warten lassen.

Ob es die ambulante Spezialfachärztliche Versorgung ist, ob Ärztenetze als Leistungserbringer, die Anpassung der §§ 115 a und b, der Honorararzt oder die Bedarfsplanung, die Initiativen der Regierungskoalition sollen die künftige medizinischen Versorgung in Praxis und Klinik qualifiziert, wohnortnah und flächendeckend sicherstellen. Wohlwissend, dass diese gesetzlichen Grundlagen und Voraussetzungen im medizinischen Alltag und den Versorgungsebenen erst umgesetzt werden müssen. Dabei tun sich nicht nur die ärztliche Selbstverwaltung, der Gemeinsame Bewertungsausschuss und andere schwer - auch

für uns Urologinnen und Urologen in Klinik und Praxis stellen die neuen Versorgungsformen eine Herausforderung dar.

Sektorengrenzen zu überwinden hört sich gut an, ist aber leichter gesagt als getan. Ängste, Vorbehalte und zu hohe Erwartungen abzubauen, ist essentielle Aufgabe eines Berufsverbandes, der niedergelassene Urologen und Kliniker vertritt. Gleiche Rahmenbedingungen, gleiche Augenhöhe und Transparenz sind Voraussetzungen für neue, sich ergänzende Strukturen und Prozesse in der Patientenversorgung, gerade angesichts wachsender Anforderungen an unser Fach. Demografie mit steigender Zahl älterer Patienten in der ambulanten und stationären Versorgung und Pflege einerseits, begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen andererseits verlangen in der Tat andere Versorgungsformen. Kooperation ist angesagt statt Konfrontation, auch wenn ein gewisser Wettbewerb unter den „Leistungserbringern“ nicht nur unvermeidlich, sondern auch gesund ist.

Urologische, regionale Netzwerke aus Praxen und Kliniken sind künftig notwendig und gefordert. Die Einzelpraxis muss deshalb nicht automatisch ein Auslaufmodell werden, gehört aber künftig in einen regionalen Verbund, in ein Team.

Berufsausübungsgemeinschaften ganz oder im Teil, örtlich und/oder überörtlich sind hier Lösungsansätze. Arbeiten in der Klinik und/oder in der Praxis, angestellt oder freiberuflich - Vieles ist möglich. Der Gesetzgeber hat die Voraussetzungen geschaffen, umsetzen müssen wir diese selber.

Im Laufe des Jahres haben wir die Strukturreform innerhalb des BDU weitestgehend umgesetzt. Wir haben im Präsidium Termine über Termine mit Sitzungen, Konferenzen und Veranstaltungen wahrgenommen. Zu

nennen sind hier der Deutsche Krebskongress, regionale Kongresse und der deutsche Urologenkongress; Sitzungen und Gespräche mit der KBV, BÄK, mit Berufsverbänden, Krankenkassen und Medien, Sitzungen der Arbeitskreise, Sachausschüsse, des Hauptausschusses und des Präsidiums.

Im Fokus standen dabei die Uro-Onkologie (Onkologievereinbarung und ASV), die Versorgungsforschung, aber auch die KBV-Vorgaben zum Labor, die mit einer Quotierung der Kostenerstattung von vier Euro pro Fall das Präsenzlabor in der urologischen Praxis gefährden. Bei allem Verständnis, unkontrollierte, industriemäßige Mengenausweitung im Labor zu unterbinden, führt diese Maßnahme zum Aus des Teillabors in der urologischen Praxis. Hier gilt es, diese Vorgaben regional zu modifizieren und dem Versorgungsbedarf anzupassen. Der BDU prüft, zusammen mit anderen fachärztlichen Berufsverbänden, gerichtliche Schritte gegen die Einführung der KBV-Vorgaben einzuleiten.

In der Sommerpause bescheren uns die religiöse Beschneidung und die Studie der Barmer/GEK zur radikalen Prostatektomie große mediale Aufmerksamkeit.

Der Gesetzgeber und die Parlamente haben inzwischen gehandelt und für Arzt und Eltern den unhaltbaren Zustand eines Straftatbestandes bei diesem Eingriff wieder aufgehoben, vorausgesetzt, solch ein Eingriff findet unter den Kriterien der ärztlichen Heilkunst und Schmerzfreiheit statt. Und das ist gut so.

Die tendenziöse Veröffentlichung einer Befragung von Versicherten einer Krankenkasse zur Indikation und zum Outcome der RPE konnten DGU und BDU u.a. mit der aktuellen Leitlinie zum PCA souverän begegnen. Studien wie HAROW und

PREFERE werden künftig ihres Dazu beitragen müssen, um die Versorgungsqualität auch abzubauen.

Der September brachte uns einen heißen Herbst aufgrund der Initiative des GKV-Spitzenverbandes, die ambulante Vergütung der Vertragsärzte um 3,5 Milliarden Euro zu kürzen. Der BDU hat in Zusammenarbeit mit den freien Verbänden und Berufsverbänden kurzfristig eine Protestbereitschaft der Vertragsärzteschaft medial organisiert, die zu einer Wende im Honorarstreit führte. Bis zu vier Prozent mehr wird es in 2013 im Rahmen der Kassenabrechnung geben, vorausgesetzt die regionalen KVen setzen diese Vorgaben mit den Kassen auch um: ein Pyrrhussieg!

Der BDU sieht in diesem Verhandlungskommiss, die Gesamtvergütung im kommenden Jahr um 1,2 Mrd Euro zu steigern, nur einen ersten Schritt. Lediglich eine Kardinalforderung – die Ausbudgetierung der Psychotherapie aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung – ließ sich bei den Kassen durchsetzen.

Eine Anpassung des Orientierungspunktwertes um elf Prozent wurde nicht erreicht. Lediglich 270 Mio Euro stehen hier zur Erhöhung des Orientierungspunktwerts auf 3,5363 Cents zur Verfügung.

Allerdings stellen die Kassen weitere 250 Mio Euro für strukturelle Verbesserungen bereit, welche die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erhöht. Erwähnenswert ist hier die Förderung einer fachärztlichen Grundversorgung.

Die Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demografie (Alter und Geschlecht) führen regional unterschiedlich zu einer weiteren Erhöhung der MGV.

Außerdem können KVen und Kassen regional Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen auf den Orientierungswert vereinbaren.

Damit ergeben sich unmittelbare Auswirkungen auf das

Honorar der Urologen erst einmal von 0,9 Prozent aus der Erhöhung des OPW. Alles Weitere hängt von der Verhandlungsbereitschaft/ dem Verhandlungsgeschick der Kassen und KVen ab. Die Umsetzung liegt jetzt bei der jeweiligen KV und den Kostenträgern. Hier hätte man die Protestbereitschaft der Vertragsärzte weiter nutzen können.

In den letzten Tagen des Jahres erwartet uns nun die Auswertung der Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Sicherstellungsauftrag, von der wir uns ein starkes Meinungsbild und ein entsprechendes Mandat für weitere Verhandlungen mit der Politik erhoffen.

Mit dem Blick in die Zukunft geht es uns nicht nur um feste und kostendeckende Preise, sondern auch um die Abschaffung einer versorgungsfremden Mengensteuerung und Regressen bei veranlassenden Leistungen.

Wir unterstützen die Forderung der KBV nach einer Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit und der ärztlichen Autonomie in der Frage der ärztlichen Qualifikation.

Dazu gehört auch das Wesen eines Kollektivvertrages der ambulanten Versorgung der Vertragsärzteschaft, ergänzt durch Selektivverträge und integrierte Versorgung. Der Garant einer qualifizierten, wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung ist primär der Vertragsarzt.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf das BGH-Urteil aus dem Juni 2012 hinweisen, welches unterstreicht, dass der freiberuflich tätige Kassenarzt weder Beauftragter noch Amtsträger einer öffentlichen Behörde/Kasse ist. Dies unterstreicht die Bedeutung einer Arzt/Patientenbeziehung und ist der freien Arztwahl geschuldet. Damit haben wir als Vertragsärzte nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, das persönliche Vertrauen in der Arzt/Patientenbeziehung zu erhalten, wenn wir künftig die entzogene Gestaltungsfrei-

heit von den Krankenkassen wiedererlangen wollen.

Wir Urologen in Praxis und Klinik haben auch in der Zukunft in der medizinischen Versorgung Einiges zu bieten. Wir sind Grund- und Spezialversorger. Die Demografie erfasst unser Fach in vollem Umfang – diesen Herausforderungen wollen und müssen wir uns stellen. Neue Strukturen und Prozesse in der Versorgung wird Ihr Berufsverband auch künftig gemeinsam mit der DGU als wissenschaftlicher Fachgesellschaft gestalten: An Aufgaben wird es uns in den nächsten Jahren weder in Praxis noch Klinik mangeln.

Ihnen, Ihren Mitarbeitern und Familien wünsche ich ein ruhiges und besinnliches Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2013.

Ihr

Axel Schroeder
Präsident