

Unterversorgung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung

Übergabe eines Eckpunktpapiers an Frau Staatsministerin Christa Stewens

Am 29. Mai 2006 fand ein Gespräch zwischen Frau Staatsministerin Christa Stewens (MdL) und Herrn Prof. Dr. med. Sigmund Silber, 1. Vorsitzender des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK) in den Räumen des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit- und Sozialordnung, Familie und Frauen, in München statt. Prof. Silber bat um das Gespräch, um die aktuelle Unterversorgung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung und die in diesem Zusammenhang stehenden Probleme der niedergelassenen Kardiologen aufmerksam zu machen. Weiterhin anwesend war Herr Ministerialrat Karl Habermann, Leiter des Referats „Krankenversicherung und Vertragsarztrecht“. Prof. Silber bat die Staatsministerin, diese Dokumentation auch der „Arbeitsgruppe für die Gesundheitsreform“ der großen Koalition zu unterbreiten. Der Wortlaut des Eckpunktpapiers ist wie folgt:

Zur aktuellen Problematik der Unterversorgung von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, insbesondere Patienten mit koronarer Herzerkrankung

1. Das medizinische und gesundheitspolitische Dilemma der koronaren Herzerkrankung

In der Bundesrepublik Deutschland stehen – wie in allen Industrieländern – Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems unverändert an erster Stelle der Todesursachen. Die häufigste Herz-Kreislaufkrankung ist die Herzkranzgefäßverengung (koronare Herzerkrankung, KHK). Entsprechend den Angaben des statistischen Bundesamtes in Wiesbaden stirbt ca. jeder 4. Einwohner der Bundesrepublik Deutschland an einer Herzkranzgefäßverengung, absolut gesehen sogar mehr Frauen als Männer. Es sterben ca. sechsmal mehr Frauen an Herzkranzgefäßkrankung als an Brustkrebs.

Die zentrale Bedeutung der koronaren Herzerkrankung für das Gesundheitssystem besteht darin, dass einerseits die Mortalität (Sterblichkeit) kontinuierlich zurückgeht, aber andererseits die Morbidität (chronisches Krankheitsstadium) zunimmt. Da die Patienten zwar einerseits immer älter werden, andererseits aber krank alt werden, nimmt die Diskrepanz zwischen Mortalität (Lebenserwartung) und Morbidität (Lebensqualität) immer weiter zu. Die Lösung kann nur darin liegen, die Morbidität zu senken, so dass die Patienten nicht „krank alt“ sondern „gesund alt“ werden.

2. Aktuelle Unterversorgung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung

Im Rahmen der Versorgungsforschung wurde die DETECT-Studie durchgeführt: Eine repräsentative Umfrage in 3 795 Hausarztpraxen an 55 518 Patienten ergab, dass die medikamentöse Versorgung von Patienten mit koronarer Herzerkrankung in der Bundesrepublik Deutschland deutliche Mängel aufweist und hinter internationalem Standard zurück liegt



Prof. Dr. S. Silber im Gespräch mit Staatsministerin C. Stewens

[1]. So erhalten z.B. lediglich 43% der Patienten mit koronarer Herzerkrankung ein Statin. Diese Substanzgruppe (auch als Generikum erhältlich) stellt den Standard in der medikamentösen Therapie der koronaren Herzerkrankung dar [1]. Im Gegensatz zu den häufig gemachten Feststellungen, das deutsche Gesundheitssystem sei das „Beste der Welt“ spricht die Realität eine andere Sprache. Patienten mit koronarer Herzerkrankung müssen nicht nur als akutes Koronarsyndrom, sondern auch im chronischen, stabilen Stadium regelmäßig und kompetent von Kardiologinnen und Kardiologen ambulant betreut werden.

3. Der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK) vertritt mit seinen fast 1200 Mitgliedern nahezu alle in freier Praxis tätigen Kardiologinnen und Kardiologen. Eine Analyse der aktuellen Leistungsstruktur der BNK-Praxen ergab, dass ca. 2/3 der BNK-Mitglieder in gemeinschaftlichen Praxisstrukturen organisiert sind, lediglich 1/3 sind Einzelpraxen. Bereits heute nehmen 1/3 der BNK-Praxen an Modellen der Integrierten Versorgung teil. Die BNK-Praxen versorgen jährlich ca. 4 Mio. Patienten, das BNK Arzneimittelvolumen beträgt ca. 2 Mrd. €.

Die Belastungs-EKGs und Echokardiogramme werden auf modernstem Qualitätsstandard durchgeführt, der weit über das im neuen EBM geforderte Mindestmaß hinausgeht. Diese – im EBM nicht geforderte Qualität – wird von den BNK-Praxen zum Wohle der Patienten erbracht, obwohl sie nicht vergütet wird. Die Hälfte der BNK-Praxen sind auch invasiv tätig („Herzkatheter“), die meisten führen Koronarinterventionen (Ballondilatation, Stentimplantation, PTCA etc.) durch. 30% der BNK-Mitglieder sind konsiliarisch in Krankenhäusern tätig, 16% belegärztlich. BNK-Praxen führen auch weitere spezielle diagnostische und therapeutische Verfahren durch, wie z.B. elektrophysiologische Untersuchungen, Ablationen, Implantation und Kontrolle von ICDs (eingebaute

Defibrillatoren) und biventrikuläre Schrittmacher zur optimalen Behandlung von Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz.

Somit ist die Versorgung von Herzpatienten in den BNK-Praxen umfassend und auf hohem Niveau gewährleistet.

4. Der neue EBM und seine katastrophale Auswirkung auf die ambulante kardiologisch-fachärztliche Versorgung

Mit Wirkung zum 1. April 2005 ist der neue EBM (sogenannter „EBM 2000 plus“) in Kraft getreten. Das ursprüngliche Konzept des neuen EBM beruhte auf folgenden beiden Säulen:

- a) Neubewertung der Einzelleistungen, basierend auf exakten betriebswirtschaftlichen Analysen mit Zusammenfassung häufiger Abläufe in „Leistungskomplexen“.
- b) Garantie der ärztlichen Vergütung in der Höhe eines durchschnittlichen Oberarztgehaltes.

Ad a): Für die niedergelassenen Kardiologen ist der „Kardiokomplex“ von grundlegender und existentieller Bedeutung. Leider wurden gerade bei der Berechnung dieser für niedergelassenen Kardiologen zentralen Gebührenordnungsposition erhebliche Fehler gemacht. Der BNK hat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dies in seinem Positionspapier vom 21. Juli 2005 mitgeteilt und realistische Lösungsvorschläge zur Fehlerkorrektur unterbreitet. Obwohl die KBV durchaus unseren Bedarf einer Fehlerkorrektur anerkannt hat [2], konnte eine Einigung mit den Krankenkassen nicht erzielt werden. Dementsprechend blieb auch die Verhandlung zur Fehlerkorrektur des Kardiokomplexes in der Tagung des Bewertungsausschusses am 16. Mai 2006 ergebnislos. Die niedergelassenen Kardiologen warten nunmehr schon über ein Jahr auf die dringend erforderliche Fehlerkorrektur.

Ad b): Die Nichteinhaltung der Zusage eines garantierten Punktwertes von 5,11 Cents (bei begrenztem Leistungsvolumen) hat nicht nur die niedergelassenen Kardiologen, sondern die gesamte niedergelassene Ärzteschaft entsetzt. Die Rolle des BNK bei den Protesten aller niedergelassenen Ärzte sowie die in diesem Zusammenhang gestellten Forderungen des BNK sind publiziert [3].

5. Schiefelage im sogenannten „Wettbewerb“ zwischen den ambulanten Leistungserbringern

Im Zentrum der Gesundheitsreformen steht „mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern“. Der BNK begrüßt grundsätzlich dieses Konzept, sind doch seine Mitglieder auf hohem Niveau und mit großem Engagement gut aufgestellt. Der BNK sieht aber mit zunehmender Besorgnis die Wettbewerbsverzerrung, die durch den Aufkauf von Kassenarztsitzen durch Klinikträger entsteht: Hieraus ergibt sich eine Schiefelage im „Wettbewerb“ zwischen niedergelassenen Fachärzten und den von Krankenhäusern getragenen medizinischen Versorgungszentren (MVZ): Während die BNK-Praxen ihre Investitionen selber finanzieren müssen, können Kliniken ihre MVZ-Investitionen über die „duale Finanzierung“, also mit Staatszuschüssen, bezahlen.

Schon seit längerem gibt es im „Wettbewerb“ zwischen in freier Praxis tätigen Kardiologen und Krankenhäusern eine Wettbewerbsverzerrung auf dem Gebiet der sog. „Verbringung“: Hier bieten z.B. größere, staatlich subventionierte Krankenhäuser kleineren

Krankenhäusern „Dumpingpreise“ zur Durchführung von Herzkatheteruntersuchungen an, die niedergelassene Kardiologen, die nicht staatlich subventioniert werden, nicht „mitbieten“ können. Eine ähnliche Wettbewerbsverzerrung existiert auch auf dem Gebiet der privatärztlichen Leistungen: dual finanzierte Krankenhäuser bieten ambulante privatärztliche Leistungen niedriger an als das in der nicht subventionierten, freien Praxis möglich wäre.

Eine zukünftige Gesundheitsreform mit Schwerpunkt auf „mehr Wettbewerb“ sollte garantieren, dass solche Wettbewerbsvorteile für staatlich subventionierte Träger im stationären und ambulanten Bereich abgebaut werden. Anderenfalls ist eine Versorgung in der freien Praxis aufgrund des Wettbewerbsnachteils auf Dauer nicht mehr möglich.

Zusammenfassung

Eine der großen Herausforderungen für das Gesundheitssystem der Zukunft ist die Senkung der Morbidität von Patienten mit Herzkranzgefäßverengung (koronare Herzkrankheit, KHK): Zwar geht die Sterblichkeit erfreulicherweise kontinuierlich zurück, die Patienten sollen jedoch „gesund alt“ und nicht „krank alt“ werden. Wie eine große Studie der Versorgungsforschung an über 55 000 Patienten zeigte, ist die aktuelle Versorgung von Patienten mit KHK in Deutschland inadäquat. Die im Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK) organisierten Praxen versorgen Patienten mit KHK auf hohem Niveau. Die Diagnostik und Therapie der KHK ist so komplex geworden, so dass sie primär in die Betreuung von fachärztlich tätigen Kardiologinnen und Kardiologen gehört. Der zum 1. April 2005 in Kraft getretene neue EBM ist mit seinem falsch berechneten Kardiokomplex eine Katastrophe für niedergelassene Kardiologinnen und Kardiologen dar. Hinzu kommt die Schiefelage im sogenannten „Wettbewerb“ durch staatliche Förderung ambulanter Einrichtungen in medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die von subventionierten Klinikträgern gegründet und betrieben werden.

Eine zukünftige Gesundheitsreform kann nur dann wirksam greifen, wenn die Patienten mit der häufigsten Erkrankung unserer Zeit, der koronaren Herzkrankung, im chronischen Stadium kompetent und ambulant von Kardiologinnen und Kardiologen in freier Praxis betreut werden.



Prof. Dr. med. Sigmund Silber
F.A.C.C., F.E.S.C.

1. Vorsitzender
des Bundesverbandes Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Literatur

1. Bischoff B, Silber S, Richartz BM, Pieper L, Klotsche J, Wittchen H-U: Inadequate medical treatment of patients with coronary artery disease by primary care physicians in Germany. Clin Res Cardiol 2006;95: (im Druck).
2. Köhler A, Weigeldt U: EBM 2000 plus – Ärzte gehen mit der neuen Gebührenordnung sachgerecht um. Deutsch Arztebl 2005; 102:2349–51.
3. Silber S: BNK unterstützt den Protest der Praxisärzte. Herz 2006;31:273–4.