

BVA-Delegiertenversammlung 2011: Strukturpauschale ist falsches Mittel bei richtiger Diagnose

von Stefan Bültmann

Die diesjährige Delegiertenversammlung (DV) am 5. und 6.11.2011 in Berlin stand ganz im Zeichen der sogenannten Strukturpauschale: Im Vorfeld hatte der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Honorarumverteilung innerhalb der Facharztgruppe der Augenärzte für viel Diskussionsbedarf gesorgt.

Auf der Tagesordnung standen auch die Vorstandswahlen (siehe Seite 276/277). Dr. med. Stefan Bültmann nahm zum dritten Mal als BVA-Delegierter für Nordbaden/Kurpfalz an einer DV teil, jedoch berichtet er 2011 erstmals als künftiger Chefredakteur des Augenarztes – so dass er die Diskussionen und Beschlüsse einerseits aus der Perspektive eines Stimmberechtigten, andererseits als Berichterstatter wahrgenommen hat.



Dr. med. Stefan Bültmann
Designierter Chefredakteur
„der Augenarzt“
BVA-Delegierter für
Nordbaden



BVA-Delegiertenversammlung 2011 in Berlin

Die neue EBM-Nummer 06225: Zeugt von Robin-Hood-Mentalität

Entgegen dem gleichmäßigen, kühlen Herbstsonnenschein draußen auf dem Gendarmenmarkt ging es im ersten Stock des Berliner Hilton – dank der stringenten Versammlungsführung durch Dr. med. Martin Bresgen – zwar geordnet, aber dennoch zuweilen recht bewegt zu: Das Thema Strukturpauschale zog sich durch alle Diskussionen der Delegiertenversammlung und wurde am DV-Sonntag eingehend debattiert. Seit Bekanntgabe durch den Bewertungsausschuss und mit den Schreiben der KVen, die inzwischen bei den Augenärzten eingegangen waren, standen viele rein praktische Fragen im Mittelpunkt. Zunächst hatte die „Robin-Hood-Mentalität“ der KBV,

eine Umverteilung von den operativ hin zu den konservativ tätigen Augenärzten – innerhalb derselben Fachgruppe ohne neues Kapital von außen – vorzunehmen, zu Emotionen von Freude und Häme über Entsetzen bis zu Frust geführt.

Bewertungsausschuss: K.O.-Methode gewählt

Der BVA-Vorstand konnte die Berliner Bewertungsausschuss-Entscheidung nicht verhindern. Von allen Rednern wurde begrüßt, dass die eklatante Unterfinanzierung der nicht-operativen Augenheilkunde endlich erkannt wurde und nach Lösungen gesucht wird, nachzubessern. Klar ist, dass deswegen eine nicht-operative Praxis mit dem GKV-Honorar nicht betrieben werden kann und

lediglich 3 % aller Fälle operativer Natur sind. Basierend auf dem Köhlerschen 5-Stufen-Modell wäre eine Unterscheidung zwischen einem operativen und einem konservativem Behandlungs-Einzelfall plausibel gewesen. Da dann aber nur umverteilt werden kann, was jenen 3 % operativen Fällen weggenommen wird, wäre hier die Umverteilung bei den nicht-operativen Fällen kaum spürbar ausgefallen. Also entschied man sich für die K.O.-Methode, bei der ein operativer Fall im jeweiligen Quartal zu einer „Infizierung“ aller anderen nicht operativen Fälle desselben Arztes führt. Hat man als Beispiel eine Quote von 20 % Operateuren in einer KV und nimmt diesen nun € 4 weg, dann bekommen die 80 % nicht-Operateure von jedem Schein des Operateurs einen Euro in der Umverteilung. Soweit die Theorie.

Nur eines ist sicher:

Alle Operierenden verlieren

Die Debatte beleuchtete schnell so viele Variablen, etwa die unterschiedlichen Scheinzahlen der beiden Gruppen sowie die Unklarheit, wie viele „Operateure“ es in einem Bundesland mit überwiegend Strukturverträgen gäbe, bis hin zur föderalen KV-Situation, so dass keine Vorhersagen gemacht werden können.

Sicher ist nur eines: Der Operateur verliert einen deutlichen Anteil seines KV-Honorars für alle seine Fälle. Und jeder, der mindestens eine Operation durchführt wird in diesem Quartal als Operateur eingestuft. Je nach Regelung durch die KV könnte die Umverteilung bis zu € 11,04 betragen, sie könnte in der Realität jedoch auch im Bereich von wenigen Cent liegen.

Da in einigen KVen eine Stützung des Augenarzt-RLV stattfindet, die im kom-

menden Jahr wegen der Neuregelung auslaufen könnte, rechnen einige Landesvorsitzende durch die Umsetzung der Strukturpauschale statt einer Verbesserung sogar mit einem Gleichbleiben oder einer Absenkung der RLV – auch der nicht-operativen Kollegen – sowie mit einem Abfließen der Gelder in andere Fachgruppen, ganz entgegen der Bekundung der KBV.

Große augenärztliche „Mittelschicht“: Basisversorgung plus einige Operationen

In der emotionalen, aber stets sachlich geführten Diskussion wurde klar, dass die Augenheilkunde nicht nur aus rein konservativen Augenärzten „zu Fuß“ und den High-Volume-Operateuren „zu Pferd“ besteht, sondern dass eine relativ große Mittelschicht von Versorgern mit geringeren OP-Zahlen bei den Katarakt-OP, IVOM und Schiel- sowie Lid-OPs ein breites Spektrum der modernen Augenheilkunde wohnortnah abdeckt. Gerade diese Gruppe muss sich jetzt überlegen, ob sie nicht, um ihre Praxen vor dem wirtschaftlichen Ruin zu bewahren, auf die operative Tätigkeit verzichtet. Allen wurde klar, dass das ehemals viel beklagte Schwarz-Weiß-Modell „Konservativer“ und „Operateur“ völlig an der Realität vorbeigeht und nur der einzelne Behandlungsfall als konservativ oder operativ einzustufen ist. Praxen mit mehreren Ärzten oder Berufsausübungsgemeinschaften machen solche Entscheidungen noch komplizierter.

Schlimmstes verhindert oder Übles angerichtet?

Der BVA-Landesvorsitzende von Berlin, Dr. med. Uwe Kräffel, stand mehrmals im Mittelpunkt der Diskussion, da er durch

sein Amt in KBV-Gremien Einblick in die Entscheidung bekommen hatte und zu einigen Kritikpunkten eine Gegenposition einnehmen konnte. Hier wurden künftige Honorar-Steigerungen durch die Morbidität und Alterung des Patientengutes genauso angesprochen wie die Umverteilung innerhalb der Fachgruppe, um damit ein Abfließen an andere Arztgruppen bei künftigen Weichenstellungen zu vermeiden.

Selbst eine Sabotage bzw. Streik-Reaktion wurde kurz diskutiert, erwies sich jedoch schnell als weder praktikabel noch vermittelbar.

Mit dem Abwerten der Grundkomplexe sei nicht sicher garantiert, dass künftig – bei einer eventuellen Abwertung der neuen Ziffer 06225 – die Grundpauschale wieder angehoben wird. Derzeit könne diese ohnehin nur als geschätzter Betrag im Bereich zwischen wenigen Cent und mehreren Euro unter Vorbehalt ausbezahlt werden. Niemand könne von Planungssicherheit reden, etwa wenn die Kriterien zur Abgrenzung bei der Strukturpauschale auf weitere spezielle Leistungen im konservativen Bereich wie z. B. Ultraschall, VEP oder Angiografie ausgedehnt werden könnten. Warum die intravitreale operative Medikamenteneinbringen (IVOM) einer KBV-Entscheidung unterliege, ohne dass eine EBM-Ziffer dafür abgerechnet wird, konnte nicht überzeugend nachvollzogen werden.

Strukturpauschale ist niederlassungsfeindlich

Die KBV und der Bewertungsausschuss haben mit der Entscheidung einen Keil angesetzt, dessen Zweck oder zumindest absehbare Folge eine Spaltung der Augenheilkunde ist. Der frisch wieder gewählte erste Vorsitzende, Prof. Dr. med.

Bernd Bertram wies auf eine mögliche weitere Konsequenz hin. Niemand wird sich nach einer Ausbildung in moderner Ophthalmologie mit den heutigen Möglichkeiten in Deutschland niederlassen wollen, wenn er von vornherein entscheiden muss, ob er auf einen großen Anteil seiner Fähigkeiten verzichten soll. Die Demografie-Problematik würde so unnötig verschärft. Auch die Abgabe einer Praxis gestaltet sich durch den KBV-Beschluss als noch schwieriger, da das Kaufinteresse sinkt. Niemand möchte als „Barfuß-Augenarzt“ in die Niederlassung gehen, jeglicher Möglichkeit der operativen Evolution beraubt. Die Investition in eine primär groß-operative Praxis wird für einen jungen Facharzt kaum zu stemmen sein.

Insgesamt ist die Lage derzeit unbefriedigend, jedoch wäre blinder Aktionismus

gefährlich. Die Delegiertenversammlung verabschiedete mehrere Anträge zum Thema, jedoch ohne den Vorstand für das kommende Jahr mit den Beschlüssen in seinem Handlungsspielraum zu stark einzuengen.

GOÄ-Reform: Baldiger Abschluss?

Mit Einblicken in den zähen Reformprozess der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) ist Dr. med. Stephan Schneider als Vorstandmitglied und Ressort-Leiter Gebührenordnung betraut. Die Reform ist wegen der inhaltlich überlebten GOÄ erforderlich. Die Ausgestaltung und Abbildung der Augenheilkunde in der jetzt aktuellen Version der Bundesärztekammer wird begrüßt, aber mit einer gewissen Sorge wird betrachtet, ob für die Augenheilkun-

de adäquate Preise resultieren werden. Ein Abschluss noch in dieser Legislaturperiode wäre wünschenswert. Nach der aktuellen Zustimmung des Bundesrates zur Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) erscheint dieses Ziel realistischer. Belastbare Informationen sind derzeit: Mehr Gebührenpositionen als in der aktuellen GOÄ spiegeln den medizinischen Fortschritt wider, Beibehaltung von Analogbewertung und Steigerungssätzen als Methodik, Einzelleistungsvergütung sowie nur wenige ablaufbezogene Komplexe, besonders im operativen Kapitel.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Mehrere elementare Veränderungen werden mit dem GKV-VStG der CDU/CSU-FDP-Regierung verbunden. Einige Sachverhalte sind verwurzelt in den von Ulla Schmidt und der Vorgänger-Regierung beschlossenen Reformschritten.

Spezialärztliche Versorgung

Die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ betrifft aktuell nur die Ophthalmologie und ist für die Mehrheit unserer Fachgruppenmitglieder eher nebensächlich, solange der Katalog der darin enthaltenen Leistungen nicht erweitert wird. Derzeit ist bei dem Thema „spezialärztliche Versorgung“ noch viel im Fluss: Besonders andere Fächer, die hier breiter betroffen sind und die Kliniken bringen regelmäßig neue Aspekte und Argumente mit ein. Aber auch der BVA engagiert sich, um die Gesetzgebung im Sinne der Augenärzte zu beeinflussen.

Medizinische Versorgungszentren

Die Gründung und der Betrieb von MVZ soll stärker reglementiert werden. Einerseits werden künftig aus Gründen der Investition und aus der Breite der

Gut angefangen:

Initiative Klarheit schaffen – jeder Patientenkontakt zählt



Die Initiative „Klarheit schaffen“ mit dem gelungenen Internet-Auftritt und den neuen Plakaten und Broschüren waren ebenso Thema wie andere Aktivitäten, die Bevölkerung über diverse

Medien zu erreichen. Hier wurden besonders Dr. med. Ute Dunker und die unermüdliche Arbeit von Dr. med. Georg Eckert sowie Jeanette Prautzsch aus dem Presse-Ressort gelobt. Beide beantworten Anfragen von Journalisten und können auf eine umfangreiche Datenbank (mit Bildern, Statistiken und einem Pressearchiv) auf der BVA-Homepage zurückgreifen. Die Beteiligung des BVA an der Aktion „Vision 2020“ und die jährliche „Woche des Sehens“ (WdS) spannt den Bogen zu den Low-Vision-Berufen und Selbsthilfegruppen. Die WdS erreicht viele Menschen, von Betroffenen, Angehörigen bis hin zu den Interessierten, die sich sonst nicht mit dem Thema „Sehen“ beschäftigt hätten. Wie kaum eine anderer Berufsverband hat der BVA eine umfangreiche und aktuelle Sammlung von Leitlinien und Empfehlungen für Augenärzte erarbeitet. Prof. Dr. med. Bernd Bertram und Prof. Dr. med. Norbert Pfeiffer wiesen darauf hin, dass letztlich jeder Patientenkontakt mit dem Augenarzt die Grundlage dafür ist, wie das Ansehen der Augenärzte und die Bedeutung der Augenheilkunde in der Bevölkerung vermittelt werden.

angebotenen Leistungen heraus mehr Zusammenschlüsse von Praxen entstehen. Andererseits soll dem Einzug von Klinik-Aktiengesellschaften, industriellen Investoren und Hedgefonds Einhalt geboten werden, damit auch Großpraxen in ärztlicher Hand und unter ärztlicher Leitung bleiben. Die Gesetzgebung erlaubt allerdings keine rückwirkenden Beschlüsse. Eine MVZ-Gründung soll nur als Personengesellschaft (GmbH) mit ärztlichem Leiter möglich sein. Der BVA bezieht klar in seinem Beschluss Stellung: „Der BVA setzt sich für alle Augenärzte ein, nicht für Praxis- oder Klinikbetreiber.“

Neu: Zuzahlung bei Sonderlinsen

Bei der Definition von Intraokularlinsen (IOL) als Hilfsmittel wird die Implantation von Sonderlinsen einer neuen Interpretation unterworfen, was Abrechnung der IOL und die anfallenden Zusatzleistungen angeht. Explizit heißt es im Entwurf des Gesetzestextes: „die Versicherten zahlen [...] nur die Mehrkosten einschließlich etwaiger Folgekosten, die durch die Sonderlinse bedingt sind.“ Damit wird eine Sonderlinse bei einer grauen Star-OP zu einer Leistung, bei der die Patienten nicht mehr die gesamte OP selbst bezahlen, sondern einen Aufpreis auf die IOL und für die zusätzlichen Leistungen, die durch diese Wahl anfallen. Die refraktiv-chirurgische „clear-lens-extraction“ bleibt davon unberührt und damit weiter eine reine Selbstzahlerleistung.

Delegation von Leistungen

Der Gedanke der vermehrten Delegation an nicht-ärztliche Mitarbeiter oder Berufe liegt in der geschilderten Gesamtsituation auf der Hand und ist so im VStG vorgesehen. Der BVA setzt sich mit den

gesetzlich geforderten und unumgänglichen Vorgaben der Delegation kritisch auseinander. Klare Ansage hier: „Delegation, nicht Substitution“. Die Fortbildungen im Rahmen der AAD und DOG, das ATA-Curriculum und eine Definition delegierbarer Leistungen innerhalb der Praxen bilden die Grundlage zur Qualifikation der Praxisteams. Klar ist jedoch, dass die Indikationsstellung, Befundung und Besprechung mit dem Patienten zwingend dem Augenarzt obliegen müssen. Letzteres betrifft insbesondere die Möglichkeiten bei der digitalen Befunderhebung und Übermittlung unserer modernen Diagnostiksysteme.

Zu den Themen Telemedizin und Delegation ärztlicher Leistungen wurden zwei Anträge des Vorstandes ohne Gegenstimmen verabschiedet. Keinesfalls kann also eine Überversorgung im Raum stehen, selbst wenn sie noch so gebetsmühlenartig von den Kassen propagiert wird.

Gleich viele, aber ältere Augenärzte müssen immer mehr ältere Menschen behandeln

Wie die Ausführungen von B. Bertram veranschaulichten, bleibt die Zahl der Fachärzte und KV-Ärzte in der Augenheilkunde weiterhin konstant. Allgemein ist eine Bewegung zu größeren Einheiten und Zusammenschlüssen bei den Praxen zu beobachten, auch die Zahl der angestellten Ärzte und Ärztinnen nimmt zu. Letztere verzichten bei unsicherer Planbarkeit und schwieriger Finanzierung auf Gründung oder Übernahme von Praxen. Das Durchschnittsalter unserer Fachgruppe unterscheidet sich nicht wesentlich von anderen Fachgruppen. Bemerkenswert ist aber, dass mit 1940 Augenärzten der größ-

te Anteil der Fachgruppe bereits die 50 überschritten (im Jahr 2006 waren das erst 1761 Augenärzte) und damit die Gruppe zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr zahlenmäßig überrundet hat (1741 Augenärzte im Vergleich zu 2021 im Jahr 2006). Waren damals 571 Kollegen jünger als 40, sind es jetzt noch 308. 20 % der Kollegen sind 60 und älter. Wir behandeln jedoch einen eklatanten Anteil von Patienten im dritten und vierten Lebensabschnitt, eine Verteilung die sich so bei den Hausärzten nicht findet. Die Arbeitszeit pro Arzt nimmt ab, was auf eine Vielzahl von Ursachen – nicht zuletzt die Honorierung und ausufernde Verwaltungsaufgaben – zurückzuführen ist. Mit dem Wandel in der Demografie und dem medizinischen Fortschritt bei gleichzeitiger Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor steigt der Bedarf an Augenärzten. Der einzelne Behandlungsfall wird komplexer und zeitintensiver: Die Erfordernisse bei den Patienten haben sich deutlich gewandelt. ●

BVA: Solide aufgestellt

Für alle BVA-Mitglieder in diesen Zeiten keine unwichtige Information: Der Vorsitzende des Finanzausschusses Dr. med. Michael Hammer legte den Delegierten die finanzielle Situation des BVA übersichtlich und strukturiert dar, so dass die Haushaltsbeschlüsse ohne Gegenstimmen angenommen wurden. Danach wurde der Vorstand für seine weitere Tätigkeit entlastet.