

Abrechnungsmöglichkeiten erweitert

Erfolg des BDI bei EBM-Nachbesserung

Die Lobbyarbeit des BDI bei der KBV trägt noch rechtzeitig vor Inkrafttreten des neuen EBM Früchte. Im fachärztlichen Versorgungsbereich ohne Schwerpunkt niedergelassene Internisten können, sofern sie bereits im Zeitraum vom 01.01.2003 bis 30.06.2004 einen Versorgungsschwerpunkt hatten, unbefristet die Genehmigung zur Abrechnung des betreffenden EBM-Kapitels für Schwerpunktinternisten erhalten. Voraussetzung ist ein entsprechender Antrag bei der regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, der bis zum 30. Juni 2005 gestellt werden muss. Die Kriterien der Anerkennung eines Versorgungsschwerpunktes wurden nicht

auf Bundesebene festgelegt, sie verbleiben im Regelungsbereich der Landes-KVen.

Einzelheiten dieser nunmehr rechtskräftigen Beschlussfassung sind im ersten Heft des Deutschen Ärzteblattes 2005 nachzulesen. Außerdem wurden der Zugang zur Abrechenbarkeit des Kardiologisch-diagnostischen Komplexes (Nr. 13350) und des Allergologisch-diagnostischen Komplexes (Nr. 30110) – dem Votum der Internisten folgend – erleichtert. Das Bundesgesundheitsministerium hat den EBM 2000 plus und die begleitenden Vereinbarungen über Regelleistungsvolumina nicht beanstandet, so dass dem Inkrafttreten zum 01.04.2005 nun keine Vorbehalte mehr im Wege stehen.

TS

Krankenhausgesellschaft

2005 wächst für Krankenhäuser die Insolvenzgefahr

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Wolfgang Pföhler, sieht schwarz. Bei steigender Patientenzahl öffne sich die Schere zwischen den seit zwölf Jahren gedeckelten Einnahmen und steigenden Kosten immer weiter. „Wir fahren Minusbudgets“, sagte Pföhler, die sich schon 2004 auf 1,5 Milliarden Euro summierten. Diese Entwicklung setze sich auch 2005 fort. Die Budgets stiegen nur im Null-Komma-Bereich, allein die Personalkosten dagegen im Westen um mehr als zwei Prozent und im Osten um mehr als vier Prozent. Die Krankenhausfallpauschalen brächten keine Entlastung, sondern würden die Lage vieler Krankenhäuser verschärfen. Denn mit der schrittweisen Einführung der Diagnosis-Related-Groups (DRG) ab 2005 wür-

den die Budgets nicht außer Kraft gesetzt. Durch die gesamten Rahmenbedingungen sei die Insolvenzgefahr der Krankenhäuser größer als je. Die Chancen der Kliniken, Träger zu finden, die ihre Defizite abdecken, würden immer geringer. Zurzeit verschärfe sich die Lage, weil der Staat weniger in die technische Ausstattung und Erhaltung der Gebäude investiere. Pföhler: „Wir vermissen seit Jahren die gesetzlich vorgeschriebenen Investitionszuschüsse der Länder, die wiederum auf ihre leeren Kassen verweisen. Dadurch ist ein Investitionsstau von 50 Milliarden Euro entstanden. Die Krankenhäuser müssen deshalb notwendige Investitionen aus eigener Kraft gewährleisten.“

Aus: A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Die Bürokratie, der gute Wille und die Realität

Der Jurist

Solange die Bürger nicht danach rufen, ist das beste Gesetz dasjenige, das nicht erlassen wird.

Verfassungsrichter Udo Di Fabio in: FASZ, 50/2004.

Der Politiker

Es stellt sich die grundsätzliche Frage: Brauchen wir immer mehr, immer kompliziertere Vorschriften und Instrumentarien? Müssen wir nicht zurück, nach dem Motto „keep it simple and safe“ – gerade in der Finanzierung der GKV.

Staatsrat Reinhard Stuth, Hansestadt Hamburg, bei einem Seminar zum Risikostrukturausgleich.

Der Gesetzgeber

Die solidarische Wettbewerbsordnung wird weiterentwickelt und Bürokratie abgebaut.

Unglaublich, aber wahr: So steht es in der Präambel des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (sprich: der letzten Gesundheitsreform).

Die ärztliche Realität in der Praxis

Am schärfsten kritisieren wir aber die ständig zunehmende Bürokratie in der Arztpraxis. Im Durchschnitt verbringt jeder Vertragsarzt heute täglich zwei Stunden mit GKV-Bürokratie – Zeit, die ihm für die Behandlung seiner Patienten fehlt. Jedes Gesetz hat die Vertragsärzte mit noch mehr Vorschriften drangsaliert. Ungefähr 5 Kilogramm Papier, voll mit Vorschriften, stehen in jedem Arztzimmer.

Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Ex-Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in seinem letzten Bericht zur Lage.

Die ärztliche Realität im Krankenhaus

So verbringen etwa Chirurgen in deutschen Krankenhäusern durchschnittlich zweieinhalb Stunden am Tag mit Dokumentationstätigkeit. Noch mehr Zeit – nämlich über drei Stunden – sitzt ein Arzt in der Inneren Medizin am Schreibtisch (...) 37 Prozent der Informationen werden einmal in Formularen festgehalten, 17 Prozent doppelt und 46 Prozent dreifach.

Aus: Hessisches Ärzteblatt 12/2004, Seite 722



Ein reines Primärarzt-Modell

Nicht wenige niedergelassene Kollegen glauben, dass es mit ihren Praxen in den nächsten Jahren ebenso weitergeht wie bisher. Doch das dürfte ein Trugschluss sein: In vielen Bereichen haben die neuen Vertragsformen in der ambulanten Versorgung schon eine beträchtliche Dynamik gewonnen. Die Entwicklung wird keinesfalls spurlos an den Praxen vor-

Man erinnert sich: Im GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) hatte Ulla Schmidt in § 73c SGB V auch der hausärztlichen Versorgungsebene eine Qualitätskur verordnet. **Mit Hausärzten, die bestimmte Qualitätsvorgaben erfüllen, können Krankenkassen Direktverträge abschließen.** Wenn sich die Patienten einer solchen Hausarztzentrierten Versorgung anschließen, erhalten sie einen Bonus, z.B. wird ihnen die Praxisgebühr erlassen. § 73-Verträge laufen aber nicht ohne die Kassenärztliche Vereinigung, die mit den Krankenkas-

sen die Qualitätsvorgaben für solche Verträge zu vereinbaren hat.

Im Klartext: **Hier wird ein Hausarzt erster und zweiter Klasse definiert.** Verständlich, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dieser Aufgabe sehr schwer tun. Wer entscheidet schon gern, wer sich zu Lasten Dritter im System besser stellen darf? **Mit dem § 73c SGB V hat sich die Politik wirklich eine raffinierte Regelung ausgedacht, die für die Kassenärztlichen Vereinigungen in der hausärztlichen Versorgungsebene zum Sprengstoff werden kann.**

begehen. In jedem Fall sollten Internisten die Entwicklung im Auge behalten, denn all die neuen Versorgungsformen entfalten ihre Wirkung in der gesamten ambulanten Versorgung – auch wenn bei einigen Verträgen die Bezeichnung „Hausarztmodell“ nur eine begrenzte Bandbreite bei den Auswirkungen suggeriert.

Inzwischen liegen uns zur Umsetzung drei Varianten vor, deren vertragliche Einzelheiten noch nicht ganz offen gelegt sind.

■ Erst vor wenigen Wochen wurde der **Vertrag der Barmer Ersatzkasse vorgestellt, den diese mit dem Hausärzterverband abgeschlossen hat.** Er weicht in einem wichtigen Punkt von den oben beschriebenen Vorgaben ab: Um die Kassenärztliche Vereinigung aus dem Geschäft herauszuhalten, wählte man als Grundlage den § 140a ff. SGB V; **for-**

mal handelt es sich also um einen Vertrag über eine integrierte Versorgung. Mit diesem Trick ist es gelungen, die KVen und insbesondere deren Vorgaben für die Qualifikationen herauszuhalten.

Zwar kennt der Vertrag auch Qualitätsvorgaben für die beteiligten Hausärzte; diese sind aber sehr niedrig gehalten. Sie dürften kein Hindernis für die Aufnahme in diesen Vertrag sein.

Außerdem hat man in den Vertrag auch noch die so genannte „Hausapotheke“ als neue Versorgungsstruktur fest etabliert: Die Patienten müssen sich nicht nur für einen einzelnen Hausarzt, sondern auch für einen Hausapotheker entscheiden. Mit dem Hausapotheker ist ein zweiter Versorgungsbereich ins Spiel gekommen, was die Voraussetzung für eine integrierte Versorgung war. Die Apotheker sind gewissermaßen das integrierte Feigenblatt, um die KVen herauszudrängen.

Ansonsten liest sich alles wie ein reines Primärarztmodell, das nur die Augen- und Frauenärzte ausgelassen hat.

■ Bekannt geworden ist auch ein Mustervertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Betriebskrankenkassen, der sich nicht als Integrationsvertrag tarnt, sondern ein echtes Hausarztmodell darstellt. Er wurde allerdings vom Länderausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gekippt. Bezüglich des Primärarztmodells war man in diesem Ver-

Pressemitteilung des BDI zum Barmer Hausärztervertrag

Rückschritt in die 50er Jahre

Von einem Fortschritt kann bei dem so genannten Hausärzte-Vertrag der Barmer keine Rede sein, kritisiert BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack: „Für die Patienten ist er ein Rückschritt in die 50er Jahre und die Praxis verspricht angesichts der offenen Fragen chaotisch zu werden.“

Letztlich, so kritisiert Wesiack, **handelt es sich bei dem Vertrag zwischen Barmer und Hausärzterverband, der kürzlich mit großem Tamtam vorgestellt wurde, um einen lupenreinen Primärarztvertrag.** Die Patienten geben ihr Recht der freien Arztwahl ab und machen sich fast völlig von einem einzelnen Hausarzt und einem Apotheker abhängig. „Das ist ein Rückfall in die Verhältnisse der 50er Jahre, als es noch keine freie Arztwahl gab“, betont Wesiack.

In der Praxis dürfte der Vertrag für erhebliche Probleme sorgen und sich als Düngemittel für die ohnehin schon wuchernde Bürokratie erweisen. Wenn die Barmer die Einhaltung des Überweisungsvorbehaltes wirklich überwachen will, wird sie eine zusätzliche Kontrollbürokratie aufbauen müssen. Aber auch die Hausärzte, die sich am Vertrag beteiligen, müssen noch mehr Zeit als bisher auf zusätzliche Dokumentationen verwenden. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden sie von der Kasse auch auf Billigmedikation getrimmt werden oder die konkrete Auswahl der verordneten Medikamente gleich vollständig dem „Hausapotheker“ überlassen müssen. Denn die Barmer kann – neben zusätzlichen DMP-Einschreibungen – die Zusatzkosten des Vertrages letztlich nur im Arzneisektor wieder hereinholen.

„Bei diesem Vertrag geht es offenbar doch nur darum, Geld auf Kosten Dritter abzuschöpfen; ich habe den Verdacht, dass hier vor allem DMP-Fänger rekrutiert werden sollen“, beklagt Wesiack. Er begründet den Verdacht mit der Tatsache, dass sich **die teilnehmenden Ärzte ausdrücklich verpflichten müssen, an DMP teilzunehmen – was dann wiederum die Bürokratie in der Praxis verstärkt.** Und ob die beteiligten Hausärzte wirklich regelmäßig mit einem fünften Quartalsumsatz im Jahr rechnen können, wie es der Hausärzterverband suggeriert, glaubt der BDI-Präsident nicht: „Die stark verschuldete Barmer will doch ihre Kosten senken und nicht steigern – da liegt es auf der Hand, dass die Kasse auf Dauer keine höheren Kosten akzeptieren wird.“

trag mindestens genauso konsequent wie der Hausärzteverband und die Barmer Ersatzkasse, hatte sogar die Sonderrolle der Frauenärzte und der Augenärzte vergessen. Auch mit den geforderten Qualitätsvorgaben war es nicht so weit her.

- Auch die Ärztenossenenschaft MEDI beteiligt sich am Vertragswettbewerb, scheint aber das Primärarztmodell abzulehnen. Man bindet den Facharzt in den Versorgungsablauf so ein, dass er vor einer stationären Behandlung konsultiert werden muss. Finanzielle Vergünstigungen sind für Haus- und Fachärzte vorgesehen.



Auf dem Feld der hausärztlichen Versorgung ist der Vertragswettbewerb also schneller als gedacht eröffnet worden. Es wird auch nicht bei den hier erwähnten drei Modellen bleiben, weitere werden hinzukommen.

Man sollte alles, was jetzt noch das Licht der Welt erblickt, besonders auf folgende Punkte überprüfen:

- Handelt es sich wirklich um eine hausarztzentrierte Versorgung nach dem § 73c SGB V oder versucht man durch andere Rechtskonstruktionen über die integrierte Versorgung die Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Geschäft herauszuhalten, wie dies z.B. die

Barmer Ersatzkasse und der Hausärzteverband tun?

- Werden wirklich sinnvolle Qualitätsvorgaben eingeführt oder hält man sie so niedrig, dass auch wieder alle mitmachen können?
 - Nutzt man die neuen rechtlichen Möglichkeiten, um das Primärarztmodell möglichst lupenrein einzuführen?
- Interessant dürfte die Reaktion der Patienten sein: Tragen sie sich für solche Vertragsangebote ein und lassen sie sich ihre freie Arztwahl für den Erlass der Praxisgebühr abkaufen? Darüber hinaus bleibt einiges an offenen Fragen und Ungeheimheiten übrig.

Kostenerstattung bei Patienten ohne Überweisung?

Was machen die Fachärzte, wenn diese Patienten mit Chipkarte und ohne gültigen Überweisungsschein dennoch in ihrer Praxis erscheinen und behandelt werden wollen? Muss der Facharzt nun alle Barmer-Patienten fragen, ob sie beim Hausarztmodell mitmachen? Und wie geht er mit einem eingeschriebenen „Hausarztmodell-Patienten“ um, der ohne Überweisung kommt?

Wahrscheinlich glauben alle Vertragspartner, dass – sozusagen unter der Decke und unbemerkt – alles so weitergeht wie bisher und der Facharzt den Patienten unverändert im System und im sich kontinuierlich verminderten Honoraropf der Fachärzte versorgen wird.

Aber kann ein „Hausarztmodell-Patient“ ohne Überweisung wirklich genauso abgerechnet werden, als sei er ein ganz normaler Kassenpatient? Oder ist er ein Fall für die Kostenerstattung? Letzteres wäre nämlich die logische Konsequenz – denn ein solcher Patient bewegt sich hier außerhalb seiner Versicherungs-Vereinbarung durchs Gesundheitswesen.

HFS

Einladung

zur **Ordentlichen Mitgliederversammlung**
des **Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.**

am **Sonntag, 3. April 2005, 13:30 Uhr**
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

- 1. Verleihung der Günther-Budermann-Medaille**
- 2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation**
- 3. Kurzgefasste Berichte des Hauptgeschäftsführers zum Geschäftsjahr 2004 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)**
- 4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung**
- 5. Verschiedenes**

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Offizielle Eröffnungsveranstaltung der 111. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
im Kurhaus Wiesbaden (Friedrich-von-Thiersch-Saal)
am Sonntag, 3. April 2005, 17:00 Uhr

Im Zentrum sollen die Krankenhäuser stehen

Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland, zieht die Zwischenbilanz für die integrierte Versorgung zurückhaltend. **170 Verträge waren bis Ende Oktober letzten Jahres bundesweit registriert, die meisten davon nach seinen Worten „alter Wein in neuen Schläuchen“.**

Die Krankenhäuser stehen aus seiner Sicht im Zentrum der integrierten Versorgung. Fast 80% der bei seiner Kasse gestellten 154 Vertragsangebote stammen von Krankenhäusern, berichtete er auf dem 27. Deutschen Krankenhausstag in Düsseldorf. **Im Verein mit anderen Krankenkassen hat sich die AOK Rheinland für Beginn des Jahres 2005 ein großes Programm für die integrierte Versorgung vorgenommen:** Zunächst soll mit Pilotprojekten in einzelnen Regionen begonnen werden, ehe ein flächendeckendes Roll-out anlaufen kann. Bei-

spielhaft nannte Jacobs I.V.-Projekte wie „Der multimorbide Patient in der hausärztlichen Praxis“, „Der Patient mit schwerer Erkrankung“ und „Der chronisch oder schwer erkrankte Patient an besonderen Orten (stationäre Pflegeeinrichtung)“. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt/Herzinsuffizienz oder Depressionen sind einige der Krankheitsbilder, die dafür in Frage kommen. **Bis Ende März 2005, erklärte Jacobs in Düsseldorf, sollen im Rheinland ca. 25 integrierte Versorgungsnetze in Gang gebracht werden.**

Im Nukleus eines solchen integrierten Netzes steht das Krankenhaus, um das herum sich niedergelassene Haus- und Fachärzte, ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittel-Lieferanten, Apotheken und Selbsthilfeeinrichtungen anbinden. Ein externes Netzwerkmanagement, das zum 1.

November 2004 an den Start gegangen ist, fungiert als neutraler Dienstleister für die Netze, begleitet sie betriebswirtschaftlich, bildet Netzstrukturen, baut ein einheitliches Controlling auf, schließt Zielvereinbarungen, organisiert ein einheitliches Konzept für Informationstechnologie und Datenfluss und implantiert Bonus- und Prämienregelungen.

Nach Ansicht von Heinz Kölking, dem Präsidenten des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VDK), kommt der Managementfunktion eine herausragende Rolle zu. Er geht davon aus, dass sich dieser Bereich zunehmend professionalisieren wird und in so genannte Management-Gesellschaften mündet, die Leistungspakete zusammenstellen und den Krankenkassen anbieten.

Für Kölking ist es augenscheinlich, dass die integrierte Versorgung als Komplexleistung die Anreize grundlegend verändert. **Im Gegensatz zur**

Vergütung von Einzelleistungen dürfte das Interesse an möglichst vielen Leistungen schwinden. Dass das Pendel nicht zu stark in die Gegenrichtung ausschlägt und zu wenig gemacht wird, lässt sich durch externe Qualitätssicherung steuern. Aber auch Instrumente der Selbststeuerung können greifen, wenn z.B. Minderqualität zum Schaden der Leistungsanbieter führt. Hierzu zählt er die Kosten von Komplikationen oder die Vereinbarung von Garantieleistungen.

Sorgt Wettbewerb für Qualität?

Leistungen der integrierten Versorgung werden vertraglich vereinbart und unterliegen weitestgehend dem Wettbewerb. Deshalb haben die beteiligten Krankenhäuser, Niedergelassenen, Reha-Einrichtungen, Pflegedienste etc. ein vitales Eigeninteresse an der Qualität der Leistungen und der Ergebnisse. Ebenso ist laut Kölking davon auszugehen, dass die Krankenkasse wie auch die zwischengeschaltete Management-Gesellschaft ein elementares Interesse daran hat, die Akteure in einem integrierten Netz unter Qualitätsgesichtspunkten auszuwählen.

Aber das ist alles noch Zukunftsmusik. Die bisherigen Vertragsabschlüsse bezeichnet Rechtsanwältin Susanne Renzewitz, Leiterin des Bereichs Politik der Deutschen Krankenhausgesellschaft, als Integrationsverträge der „ersten Generation“, mit denen Erfahrungen in einem abgrenzbaren Bereich gesammelt werden können. Eine echte sektorenübergreifende Versorgung finde bislang jedoch noch nicht statt. Das werde Aufgabe der Verträge der „nächsten Generation“ sein. „Die Überwindung von sektoralen Denkmustern ist Voraussetzung für innovative integrierte Versorgungsstrukturen“.

Milliarden-Verschieberei zwischen den Kassen

Das Geld muss für die Kranken fließen!

Der Risikostrukturausgleich, in dem zweistellige Milliardenbeträge zwischen den Krankenkassen verschoben werden, ist dringend reformbedürftig. Seine Zahlungen sollen in Zukunft durch einen Morbiditätsbezug geregelt werden. Wer viele Kranke versichert, muss auch stärker an den Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt werden. Dies soll ab 2007 geschehen, die Arbeiten am so genannten Morbi-RSA sind in vollem Gange.

Es lohnt sich ein Blick in die Vergangenheit. Horst Seehofer hat den Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung erfunden, ihn aber auf die Beitragshöhe begrenzt. Was Wunder, dass sich die

Krankenkassen mehr für gesunde Versicherte als für kranke Patienten interessiert haben. Um dieses für eine funktionierende Krankenversicherung gefährliche Verhalten zu unterbinden, wurde der Risikostrukturausgleich eingeführt. Zunächst orientierte man sich dabei an den einfachsten Kriterien, nämlich an Alter und Geschlecht.

Am Fehlverhalten der Krankenkassen bei der Risikoauswahl der Versicherten hat dies aber wenig geändert. Ulla Schmidt wollte dies mangels Morbiditätsdaten durch die Disease-Managementprogramme lösen. Dabei ging es, wie wir alle inzwischen bemerkt haben, nur vordergründig um die Verbesserung der Versor-

gung, vielmehr wollte man für die Krankenkassen finanzielle Anreize setzen, wieder Kranke zu versichern.

Die Krankenkassen sehen deshalb dem Morbi-RSA mit gemischten Gefühlen entgegen, werden sie doch wieder an ihre eigentliche Aufgabe herangeführt, sich mit den vorwiegend chronisch Kranken zu beschäftigen. Die Fehler der Vergangenheit bei der Suche nach gesunden Beitragszahlern müssen korrigiert werden, die Versorgung kranker Menschen kommt wieder in den Mittelpunkt der Bemühungen. Man wird sich wieder auf die eigentliche Aufgabe einer Krankenversicherung rückbesinnen müssen.

HFS

ks

❄️

EBM – GOÄ – IGeL

aktuell und praxisgerecht

Ab 1. April 2005 gilt der neue EBM!
Dann ist bei der Kassenabrechnung praktisch nichts mehr wie bisher – denn es handelt sich um eine **komplette Neufassung** des EBM.

Planen Sie frühzeitig

und passen Sie Ihre Praxisführung schrittweise an!



Gebühren-Handbuch 2005

Kommentar für Ärzte
EBM • GOÄ • IGeL
Broglie • Schade • et al.
Erscheinungstermin: Dezember 2004
16. Auflage, ca. 1.900 Seiten
Format 14,5 x 21 cm
ISBN 3-922264-59-X
Kartoniert,
€ 56,-
zzgl. € 4,- Porto/Verpackung

NEU IM DEZEMBER 2004

P Mit Querverweisen auf zusätzlich abrechenbare Nummern



Bestellungen bitte nur per Fax, Post, Internet oder E-Mail. Der Coupon passt in einen Fensterumschlag.

Fax: 0611 / 97 46 – 228
E-Mail: abo-service@medical-tribune.de
Internet: www.medical-tribune.de

 **MEDICAL
TRIBUNE**

**Medical Tribune
Verlagsgesellschaft mbH**

Abteilung Vertrieb
Postfach 42 40
65032 Wiesbaden

- ✂️
- Ja, ich bestelle** _____ Exemplare
Gebühren-Handbuch 2005 à € 56,- zzgl. € 4,- Porto/
Verpackung gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
- Bitte liefern Sie das Gebühren-Handbuch
**im Abonnement künftig immer zum jeweiligen
Vorzugspreis** gegen Rechnung, zahlbar nach Erhalt.
Kündbar nach Abnahme einer Ausgabe.

Name/Vorname

Fachrichtung/tätig als

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Praxisstempel

btl-Febr-05



Virtuelle Watsche für Hausärzte-Vertreter

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat einen neuen Vorstand gewählt – diesmal für eine Amtszeit von 6 statt der bisherigen 4 Jahre und zudem hauptamtlich; die bisherigen Vorsitzenden waren ehrenamtlich tätig. Die Chronologie der Wahlen ist ausgesprochen interessant:

Zunächst wurde das hausärztliche Vorstandsmitglied gewählt. Einziger Kandidat: Ulrich Weigeldt, Allgemeinarzt aus Bremen, Vorsitzender des Hausärzterverbandes. **Von 60 abgegebenen Stimmen erhielt er 25 Ja-Stimmen. 21 Mitglieder der Vertreterversammlung stimmten mit Nein, 14 enthielten sich.**

Zur Wahl des fachärztlichen Vorstandsmitglieds stand ebenfalls nur ein Kandidat zur Verfügung: Dr. Andreas Köhler, bisheriger Hauptgeschäftsführer der KBV. Die Facharzt-

fraktion in der neuen Vertreterversammlung hatte ihn vorgeschlagen. Er erhielt 54 Ja-Stimmen, 5 Vertreter stimmten mit Nein und einer enthielt sich der Stimme.

Anschließend war zu entscheiden, wer von beiden erster Vorsitzender wird. Weigeldt verzichtete von vornherein, so dass nur Köhler zur Verfügung stand. 59 Vertreter stimmten für ihn, einer dagegen.

Die beiden werden ihre Ämter am 1. Februar 2005 offiziell übernehmen.

red

Kommentar

Eine Analyse von Wahlergebnissen ist nicht nur historisch interessant, sondern gibt auch Hinweise auf das Wahlverhalten und die Reaktion der Ver-

treterversammlung bei zukünftigen Abstimmungen. Folgende Ergebnisse scheinen besonders interessant:

■ Die Fachärzte haben sich bei der Wahl ihres Kandidaten konsequent an die Absprachen gehalten, ein Verhalten, das man ihnen nach den Erfahrungen der Vergangenheit nicht zugetraut hat.

■ **Die Hausärzte hatten demgegenüber große Mühe, ihren Kandidaten durchzubringen, da sie innerverbandlich zerstritten waren.** Das Wahlergebnis ist nur zu erklären, weil einzelne KV-Bezirke in alte Strukturen zurückgefallen sind und nicht nach dem Muster Hausarzt/Facharzt sondern regionalisiert abgestimmt haben. Dies scheint besonders für Niedersachsen und für Nordrhein zu

gelten. Man darf gespannt sein, ob sich in Zukunft die Fraktionsbildung nach Hausarzt und Facharzt dennoch durchsetzen wird.

■ Die Psychotherapeuten haben sich zwar an den Absprachen beteiligt, haben aber offensichtlich nicht einheitlich abgestimmt. Sie konnten bei dieser Wahl eben nicht das Zünglein an der Waage spielen.

■ **Bei der Wahl zum ersten Vorsitzenden gab es eine überwältigende Zustimmung für Dr. Köhler, dies muss als ermutigendes Signal verstanden werden, dass die Vertreterversammlung zumindest in der Außenvertretung mit einer Stimme unabhängig von der Fraktionsbildung Hausarzt/Facharzt sprechen will.**

HFS

Begriffsverwirrung

Die wunderbare Vermehrung der Kunstfehler

Im letzten Sachverständigengutachten hat man das Kapitel **Fehler in der Medizin** aufgegriffen und ausführlich die Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit abgeklopft. Insbesondere im Ausland gibt es Schätzungen, **wie man die Behandlung der Patienten durch effektives Medizinmanagement sicherer machen kann**, natürlich verbunden mit der Hoffnung, Geld zu sparen.

Im Klartext: Hier geht es nicht um persönliche Behandlungsfehler des Arztes, so genannte Kunstfehler, sondern um Probleme, die aus dem Betriebsablauf eines Gesundheitsbetriebes entstehen. Im Wesentlichen geht es also um eine Art Qualitätsmanagement, an dem natürlich alle am Gesundheitswesen Beteiligten mitarbeiten müssen. Gegen solche Maßnahmen kann ernsthaft niemand etwas einwenden. Im

Gegenteil, es müssen Instrumente gefunden werden, um solche Fehler aufzudecken und dann zu beseitigen.

Von schlampigen Ärzten umgeben?

Die Berichterstattung in den Medien – wie beispielsweise eine große Reportage, die kürzlich im Stern erschien – zeigt aber, **dass man die feinsinnige Differenzierung zwischen dem ärztlichen Behandlungsfehler einerseits und**

dem hier beschriebenen Fehlermanagement in einem Gesundheitsbetrieb andererseits nicht so ernst nimmt oder nicht verstehen will. Der unvoreingenommene Leser oder Zuschauer gewinnt deshalb zunehmend den Eindruck, als sei er von lauter schlampig arbeitenden Ärzten umgeben und dürfe sich kaum noch ins Krankenhaus trauen.

Man ist schon wieder dabei, ein Stück Vertrauen in unser Gesundheitswesen zu zerschla-

gen. Nach dem bekannten Strickmuster wird die Diskussion wieder ärztezentriert geführt.

Diese Entwicklung muss gestoppt werden, indem die ärztlichen Organisationen, vorweg die Kammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen, sich dieses Themas offensiv annehmen und dabei darauf achten, dass zwischen Behandlungsfehlern und Fehlermanagement auch in der öffentlichen Diskussion sauber getrennt wird.

HFS

Neues von der Arbeitsfront

Urlaubsgeld kann während Elternzeit entfallen

In Tarifverträgen kann vorgesehen sein, dass Urlaubsgeld während der Elternzeit (früher: Erziehungsurlaub) nur gekürzt oder gar nicht mehr ausgezahlt wird. Das kann auch während der Zeit der Beschäftigungsverbote wegen der Geburt eines weiteren Kindes gelten, wenn die Elternzeit nicht unterbrochen worden ist.

(Bundesarbeitsgericht, AZ: 9 AZR 137/02
Aus: AOK, „Praxis aktuell“, 2/2004)

Ruiniert der EBM die Belegärzte?

Eine Unterbewertung belegärztlicher Leistungen und existenzvernichtende Umsatzeinbußen für Belegkliniken und Belegabteilungen von Akutkrankenhäusern befürchtet der Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten e.V. (BDPK), Berlin, falls der völlig neu strukturierte Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) 2000plus in der derzeitigen Fassung tatsächlich zum 1. April 2005 ohne Änderungen eingeführt würde.

Der Verband beklagt, dass die operativen Leistungen von Belegärzten nach der vorgesehenen Neuregelung des EBM mit höchstens 50 Prozent jener Punktzahl honoriert werden, die Vertragsärzte im Bereich des ambulanten Operierens abrechnen können. Dies führe zu einer vom Gesetz nicht gewollten deutlichen Schwächung des Belegarztwesens.

Die Privatkrankeanstalten, unterstützt durch den Bundesverband Deutscher Belegärzte e.V., den Berufsverband der Frauenärzte e.V. und durch den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie e.V., hat in einer Eileingabe an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kooperationspartner der Berufsverbände sowie an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung appelliert, die für die belegärztliche Tätigkeit

drohenden Einschnitte zu bedenken und Korrekturen am EBM vorzunehmen.

(...)

In der derzeitigen Fassung des EBM 2000plus seien die zum Teil erheblich verringerten Bewertungsrelationen für die belegärztlichen Operationen in Höhe bis zu maximal 30 Prozent im Fallpauschalen-Katalog 2005 für die Krankenhäuser zu berücksichtigen.

BDPK-Hauptgeschäftsführer Bublitz unterstrich in der Eingabe die bisher auch von der Politik und den Verbänden hoch gehaltenen Grundsätze zugunsten einer funktionierenden belegärztlichen Versorgungsstruktur:

- Ein modernes kooperatives Belegarztwesen und eine intakte belegärztliche Klinikstruktur komplettieren die sektorenübergreifende fachärztliche Versorgung neben der Facharztschiene im Kliniksektor. Dies sei in Flächenregionen unverzichtbar.

- Durch falsche Anreize würde es den Krankenhäusern unmöglich gemacht, die Infrastrukturen und die Einrichtungen effektiv und arbeitsteilig zu nutzen. Es sei zu beachten, dass es ausschließlich belegärztlich geführte Krankenhäuser gibt, deren Existenzgrundlage mit dem EBM 2000plus wegfallen würde.

- Dadurch käme es zu Verlagerungen in den stationären

Sektor, wodurch die operativen Leistungen auch über das Fallpauschalensystem (DRGs) zu vergleichsweise höheren Kosten zulasten der Kostenträger (Krankenkassen) erbracht würden. Es sei davon auszugehen, dass die im stationären Sektor und in Anstaltskrankenhäusern vorhandenen Behandlungskapazitäten derzeit nicht ausreichen, um den zusätzlichen Leistungsbedarf in den Krankenhäusern abzudecken.

- Würden anstelle klinikambulanter und belegärztlicher Leistungen operative Leistungen ausschließlich von Hauptabteilungen der Krankenhäuser erbracht werden, würden die Kosten insgesamt erhöht.

Dringend müssten die belegärztlich erbrachten operativen Leistungen neu und transparent kalkuliert werden. Die vorgesehenen prozentualen Abschläge für belegärztliche Leistungen von den vertragsärztlichen Vergütungspositionen müssten realistisch und nachvollziehbar ermittelt werden.

Aus: A+S aktuell, 24/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Kommentar

Der Verband der Belegärzte hat die kassenärztliche Bundesvereinigung bei der Umsetzung des EMB 2000plus auf einen

Geburtsfehler hingewiesen, der vor der Einführung des EBM am 01.04.2005 dringend beseitigt werden muss. Der Bundesmantelvertrag regelt die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen in der Form, dass sehr häufig nicht die volle Vergütung nach dem EBM, sondern nur etwa 50 % abgerechnet werden können.

Dies wurde mit der vor Jahrzehnten eingeführten und inzwischen oft wiederholten Begründung vorgenommen, dass man Einrichtungen des Krankenhauses mitbenutzt. Im neuen EBM haben wir es aber mit einer geänderten Kalkulationsgrundlage zu tun, sodass Belegärzte plötzlich nach dem EBM 2000plus weniger abrechnen können, als nach der alten Regelung.

Die KBV will dies korrigieren, indem sie neue sachgerechte Abschläge für die einzelnen Leistungen definiert und in den Bewertungsausschuss eingebracht hat. Hier können die Krankenkassen jetzt beweisen, dass die Förderung der belegärztlichen Tätigkeit nicht nur ein Lippenbekenntnis ist, indem man die Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung akzeptiert. Tun sie dies nicht, müssen sie sich den schwerwiegenden Vorwurf gefallen lassen, das Belegarztwesen als funktionierendes Beispiel für eine integrative Versorgung zu zerstören.

Aber auch die Kassenärztliche Vereinigung wird sich überlegen müssen, ob alle Vorgaben der Regelleistungsvolumina der belegärztlichen Tätigkeit förderlich sind. So wird beispielsweise die Fallzahlbegrenzung die Belegärzte bei der stationären Versorgung so empfindlich behindern, dass die davon betroffenen Belegkrankenhäuser im Vergleich zu anderen Kliniken mit offener Fallzahlgestaltung massiv benachteiligt werden. Auch hier ist dringend Abhilfe nötig.

Quelle: DGD Nr. 23/2004

HFS

Versicherungsfremde Leistungen finanzieren

Rauchergeld reicht nicht

Die Mehreinnahmen aus den Tabaksteuererhöhungen zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen fallen weder im laufenden noch voraussichtlich in den zwei Folgejahren hoch genug aus, als dass sie die veranschlagten Ausgaben decken können. Das hat das Finanzmi-

nisterium (BMF) namens der Regierung auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion (Bundestags-Drucksache 15/4104) hin offen gelegt. Kalkuliert worden war mit Extraeinnahmen von 1,045 Milliarden Euro für 2004 (die laut BMF nicht erreicht werden), 2,158 Milliarden für 2005 und 2,708 Milliar-

den für 2006. Pauschal abzugelten hat der Bund in den drei Jahren aber versicherungsfremde Leistungen von schätzungsweise einer Milliarde Euro in 2004, sowie von 2,5 und 4,2 Milliarden Euro in den beiden Folgejahren.

Die EBM-Schulung für Internisten

Informationsveranstaltung EBM 2000 plus – Stand 16. Januar 2005

Landesgruppen im BDI e.V.	Ort der Veranstaltung	Datum	Referent(en)
Bayern	Regensburg KV Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz, Yorckstr. 15 / Eingang Scharnhorststr. 10 93049 Regensburg	09.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
	Würzburg KV Bayerns, Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 97070 Würzburg	15.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
	München – Ort wird noch bekannt gegeben – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt	09.03.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell*
Brandenburg	Dahlewitz Van der Valk Hotel Berliner Ring, Eschenweg 18, 15827 Dahlewitz	02.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Bremen	Bremen	in Planung	
Hamburg	Hamburg Ärztelhaus Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg	08.03.2005 – 20:00 h	Hr. Bollmann, Vorstandsvorsitzender der KV HH Dr. Wesiack, Präsident des BDI e.V.
Hessen	Kassel Kassenärztliche Vereinigung Hessen Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel	15.02.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies, Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
	Frankfurt Kassenärztliche Vereinigung Hessen Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt a. M.	26.01.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies, Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock Ärztelhaus, Paulstraße 45-55, 18055 Rostock	08.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Niedersachsen	Hannover Ärztelkammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 30175 Hannover	27.01.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nordbaden	Karlsruhe Siemens Karlsruhe, Östliche Rheinbrückenstraße 50, 76187 Karlsruhe	16.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nordrhein	Köln KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln	23.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Nord-Württemberg	Stuttgart	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 07.12.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Pfalz	Neustadt Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – Regionalzentrum Pfalz, Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt	09.02.2005 – 15:00 h	Ruth Venus, Referatsleiterin, KV Rheinland-Pfalz
	Neustadt Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – für FA-Internisten – Regionalzentrum Pfalz, Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt	02.03.2005 – 15:00 h	Ruth Venus, Referatsleiterin, KV Rheinland-Pfalz
Rheinhausen	Mainz Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz	24.02.2005 – 19:30 h	Dr. med. H.-F. Spies Mitglied des Engeren Vorstands des BDI e.V.
Saarland	Saarbrücken	in Planung	
Sachsen	Dresden KV Sachsen Schützenhöhe 12, 01099 Dresden	03.02.2005 – 19:00 h	Dr. Rochell / Dr. Grenz, KBV
Schlesw.-Holst.	Kiel	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 17.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Südbaden	Freiburg	Eine erste Veranstaltung zu diesem Thema fand am 22.11.2004 statt. Bei Interesse wird eine zweite Veranstaltung stattfinden. Interesse bitte an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de)	
Süd-Württemberg	Ulm	in Planung	
Thüringen	Weimar	Februar/März 2005 – in Planung	
Trier	Trier Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz Regionalzentrum Trier, Balduinstraße 10-14 54290 Trier	23.02.2005 – 18:30 h	Hr. Leo Mattes, KV Rheinland-Pfalz – Regionalzentrum Trier Dr. Ottenhausen, Vorsitzender LG Trier im BDI e.V.
Westfalen-Lippe	Bielefeld Ravensberger Spinnerei Ravensberger Park 6 33607 Bielefeld	09.03.2005 16.00 h – 18.00 h – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – 18.00 h – 20.00 h – für FA-Internisten –	Hr. Müller, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L
	Dortmund KV Dortmund Robert-Schimrigk-Straße 4-6 44141 Dortmund	16.03.2005 16.00 h – 18.00 h – für HA-Internisten und Internisten ohne Schwerpunkt – 18.00 h – 20.00 h – für FA-Internisten –	Hr. Hecker, Hauptabteilung Abrechnungswesen KV W-L

Wer möchte, kann zu den Veranstaltungen vorab Fragen einreichen, die dann behandeln werden. Bitte mit dem Stichwort „EBM-Schulung“ und der Angabe des Schulungsortes an den BDI faxen (0611 / 1813350) oder mailen (info@BDI.de). Zu allen Veranstaltungen erfolgen rechtzeitig schriftliche Einladungen.

So schätzen Sie die Folgen für Ihre Praxis ab

Mit dem neuen EBM kommen auch die Regelleistungsvolumina (RLV). Sie werden noch stärker als die eigentliche Gebührenordnung das Honorar der Niedergelassenen beeinflussen – darüber hat *BDI aktuell* schon mehrfach berichtet. Wohin der Weg führen wird, lässt sich derzeit noch nicht für jede Praxis exakt vorausberechnen, dennoch sollte man schon jetzt einige grundsätzliche Überlegungen anstellen, um zumindest einen Eindruck von den Auswirkungen zu bekommen und um unnötigen Honorarverlusten vorzubeugen.

Wie viel Honorar eine internistische Praxis erwirtschaften kann, hängt ganz erheblich von der Arztgruppe ab, der sie von ihrer KV zugeteilt wird. Dafür gibt es keine bundesweit absolut gültige Regel, die Rahmenbedingungen lassen den KVen viel Spielraum. Hinzu kommt, dass gerade bei Internisten die Eingruppierung sehr variabel ausfallen kann.

Um sich rechtzeitig auf den neuen EBM und die begleitenden Regelleistungsvolumina einzustellen, sollten Sie im Vorfeld klären, wie Ihre eigene Praxis positioniert ist und welche Eckwerte Ihre KV zu setzen gedenkt. Die folgenden Informationen und Checklisten sollen Ihnen dabei helfen. Sie können nicht alle Aspekte abdecken, sprechen aber wichtige Punkte samt deren Auswirkung auf das Honorar an. Darüber hinaus organisiert der BDI speziell auf Internisten zugeschnittene Informationsveranstaltungen zum neuen EBM (siehe Seite 10)

A: Die wichtigsten Vorgaben für die Regelleistungsvolumina

- 1) Das RLV einer Praxis (in Punkten) wird zu einem festen Punktwert vergütet. Was darüber hinausgeht, wird nur noch zu einem stark abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Höhe des Punktwertes muss mit den Kassen regional verhandelt werden. Die politische Vorgabe hierfür sollten 5,11 Cent sein, um die betriebswirtschaftliche Kalkulation sichtbar werden zu lassen.
- 2) Das RLV einer Praxis errechnet sich aus der Fallzahl, multipliziert mit der jeweiligen **Fallpunktzahl**. Die Fallpunktzahl ist die Punktzahl, die ein Patient mitbringt; hier werden drei Altersgruppen unterschieden, die jeweils unterschiedliche Punktzahlen mitbringen: Patienten bis zum 5. Geburtstag, Patienten zwischen 6 und 60 Jahren, Patienten ab dem 61. Lebensjahr; hier wird die alte „Rentnerregelung“ abgebildet.
- 3) Es gibt zwei **Fallzahlgrenzen**: Bis zu 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe bringt jeder Fall die volle Fallpunktzahl mit. Fälle zwischen 150 und 200 Prozent des Fachgruppendurchschnitts bringen nur noch 75 Prozent der Fallpunktzahl. Für alle über 200 Prozent hinausgehenden Fälle erhöht sich das Regelleistungsvolumen der Praxis nicht mehr. Aber Achtung: **Die KVen können davon abweichende Werte festlegen!** In Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren zählt die Summe der Mittelwerte für Ärzte.
- 4) Für Gemeinschaftspraxen gilt als Fallpunktzahl der Mittelwert zwischen den beteiligten Fachgruppen. Darauf kommt dann noch ein Zuschlag von 30 Punkten pro beteiligter Fachgruppe, mindestens jedoch 130, höchstens 220 Punkten.
- 5) Eine Reihe von Leistungen fällt nicht unter das RLV. Dazu zählen aus dem internistischen Leistungsspektrum beispielsweise:
 - ▶ Besondere Inanspruchnahme (außerhalb der Praxiszeiten)
 - ▶ Notfalldienst
 - ▶ Schutzimpfungen, Gesundheits- und Früherkennungsunter-

suchungen

- ▶ Hausärztliche Grundvergütung
- ▶ Besuche, Prüfung der häuslichen Krankenpflege
- ▶ Labor-Grundleistungen
- ▶ Schriftliche Mitteilungen, Gutachten
- ▶ Auswertung Langzeit-EKG (nur wenn sie als Auftragsleistung erbracht wird!)
- ▶ Dialyse
- ▶ Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
- ▶ Diagnostische Teilgebietsradiologie
- ▶ Kostenpauschalen.

Eine umfangreichere Liste finden Sie in *BDI aktuell* 10/2004.

B: Checkliste Position der eigenen Praxis

- 1) Wie viele Punkte bringen mir bisher in etwa die Leistungen, die nicht ins Regelleistungsvolumen fallen (siehe A5)? Wie hoch ist der verbleibende Anteil? Ändert sich dieser Anteil (siehe C2)?
- 2) Wie hoch ist meine Fallzahl? Wie teilt sie sich auf die drei Altersgruppen auf? (siehe A2).
- 3) Wie hoch ist die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe? Dies steht zwar in den Abrechnungsbescheiden, allerdings kann diese Zahl nur herangezogen werden, wenn sich die Fachgruppeneinteilung in Ihrer KV mit Einführung der Regelleistungsvolumina **nicht** ändert. Sicherheitshalber Rückfrage bei der KV (siehe auch C4).
- 4) Fachärztliche Internisten ohne formalen Schwerpunkt: Hat meine Praxis beim Leistungsspektrum einen Schwerpunkt? *Auch fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt können einer Schwerpunktgruppe zugeordnet werden, wenn sie bei ihren Leistungen tatsächlich einen Schwerpunkt haben. Siehe auch C7!*
- 5) Hausärztlich tätige Internisten: Welche fachärztlichen Leistungen erbringen Sie mit Genehmigung Ihrer KV? *Diese sind in der Fallpunktzahl der Hausärzte nicht enthalten und müssen zu einer Erweiterung des RLV der Praxis führen. Machen Sie Ihre KV frühzeitig darauf aufmerksam, dass dies aus Sicherheitsgründen nötig ist!*

C: Checkliste Fragen an die KV – Folgen für die Praxis

- 1) Generell: Inhalt des Honorarverteilungs-Vertrages zwischen KV und Kassen und dessen konkrete Folgen für die Praxis.
- 2) Welche Leistungen meiner Praxis werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet. Wie hoch ist der dafür vereinbarte Punktwert? *Zusammen mit B1: Abschätzung des Honorars außerhalb des RLV.*
- 3) Welche Fallpunktzahlen gelten für meine Praxis (Fachgruppe)? *Zusammen mit B2 und C4: Abschätzung des RLV der Praxis. Ein Vergleich mit dem verbleibenden Anteil nach B1 vermittelt einen Eindruck davon, ob die Leistungsmenge beschnitten wird oder ob noch Luft besteht. Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren: Auch A4 beachten!*
- 4) Wo werden die beiden Fallzahlgrenzen (siehe A3 und B2) für meine Praxis angesetzt? *Bei hohen Fallzahlen eventuell notwendig, um RLV richtig einzuschätzen.*
- 5) Welchen Punktwert erhalte ich innerhalb des RLV? *Zusammen mit B2, C3 und ggf. C4: Abschätzung des Honorarpotenzials der Praxis innerhalb des RLV. Wer mit dem verbleibenden* ▶

Leistungsanteil nach BI bisher mehr Honorar erzielt hat, muss mit Einbußen rechnen. Wer weniger erzielt hat, bekommt nicht automatisch mehr – dies hängt von der Abrechnung nach dem neuen EBM ab, der sich strukturell erheblich vom bisherigen EBM unterscheidet.

- 6) Wie hoch fällt der abgestaffelte Punktwert bei Überschreitung des RLV aus?
- 7) Fachärztliche Internisten ohne formalen Schwerpunkt: Wie muss ich einen Versorgungsschwerpunkt nachweisen? Wenn die KV für jeden Schwerpunkt und für fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt eigene Gruppen bildet, ist zu überlegen, ob die Schwerpunktgruppe oder die Gruppe „fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt“ günstiger ist. Dann müssen die Rahmenbedingungen beider in Frage kommenden Gruppen eruiert und verglichen werden.

Auch wenn die KVen in der Lage sind, auf alle Fragen kompetent zu antworten, wird es auch mit Einführung des EBM und der Regelleistungsvolumina noch große Unsicherheiten geben, die erst im Lauf der Anwendung erkannt und gelöst werden können. Man fühlt sich an die Weiterbildung erinnert, für die das Prinzip „Learning by Doing“ gilt. Entscheidend dürfte das Honorarvolumen außerhalb der RLV sein. Hier müssen die KVen hart verhandeln, um die im Beschluss des Bewertungsausschusses definierten Leistungsbereiche auszuweiten. Ob dies alles bis zum 1. April geregelt ist und ob Schiedsämter bemüht werden müssen, ist offen. Die hier beschriebenen Schätzmethode geben insofern nur einen Anhaltspunkt, wie sich das Honorar in etwa entwickelt, und keine absolut exakten Werte.

BW

Finanzentwicklung der Kassen im dritten Quartal 2004

Nur noch geringer Überschuss gegenüber 1. Halbjahr

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben in den ersten neun Monaten 2004 insgesamt einen Überschuss von 2,64 Milliarden Euro erzielt. Das ist nur noch eine geringfügige Steigerung gegenüber dem ersten Halbjahr mit einem Überschuss von 2,4 Milliarden Euro, aber eine deutliche Verbesserung gegenüber den ersten drei Quartalen des Vorjahres, das die Kassen mit einem Defizit von 2,6 Milliarden Euro abgeschlossen hatten.

Die Leistungsausgaben der Kassen gingen im Vergleich zum 1. bis 3. Quartal 2003 je Mitglied um 3,2 Prozent zurück. (...) **Deutliche Minusraten gab es vor allem bei Arznei-, Hilfsmitteln und Fahrkosten. Im Arzneimittelbereich lagen die Ausgaben mit einem Rückgang um 10,5 Prozent je Mitglied um rund 1,8 Milliarden Euro unter denen des 1. bis 3. Quartals 2003.** Die wichtigsten Veränderungen der ersten neun Monate 2004 gegenüber dem Vergleichszeitraum 2003 zeigt die nebenstehende Tabelle.

Prävention legt deutlich zu

Auch die Begrenzung der Verwaltungskosten der Kassen, die in den vergangenen

drei Jahren jeweils um durchschnittlich vier Prozent gestiegen waren, hat Wirkung gezeigt. Das Ministerium bemängelt allerdings die deutlich überproportionalen Zuwachsraten einzelner Kassen und Kassenarten insbesondere bei den Betriebskrankenkassen (BKK) mit einer Steigerung von 6,3 Prozent. Positiv bewertet das Ministerium dagegen die **hohen Zuwachsraten bei den Prä-**

ventions- und Früherkennungsmaßnahmen. (...)

Warnung vor Explosion der Arzneikosten

Unterdessen hat der BKK-Bundesverband davor gewarnt, dass die Arzneimittel ausgaben im Jahre 2005 aufgrund von Preiserhöhungen und geringerer Hersteller- und Apothekenabschläge um mehr

als eine Milliarde Euro steigen könnten. Insgesamt dürften sie damit aber immer noch unter dem Niveau von Ende 2003 liegen. Für dieses Jahr erwartet der Verband einen Rückgang der Arzneimittelausgaben um 10,5 Prozent von 22,8 auf 20,4 Milliarden Euro.

Auszug aus einem Beitrag in:
A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Verschiebung bei den Kassenausgaben

	West	Ost	Bund
Ärztliche Behandlung	-4,7	-6,3	-5,0
Zahnärztliche Behandlung	-1,7	-2,9	-1,9
Zahnersatz	-2,0	-4,2	-0,9
Arzneimittel	-10,1	-12,2	-10,5
Hilfsmittel	-13,9	-13,0	-13,7
Heilmittel	-2,8	-12,7	-4,3
Krankenhausbehandlung	1,0	3,0	1,4
Krankengeld	-9,4	-8,9	-9,3
Fahrkosten	-8,7	-9,0	-8,7
Vorsorge und Rehabilitation	-8,0	-4,5	-7,5
Soz. Dienste, Prävention	9,2	6,8	8,8
Früherkennungsmaßnahmen	20,7	33,3	22,3
Schwangerschaft, Mutterschaft	5,2	15,1	6,4
Häusliche Krankenpflege	5,9	0,5	4,9
Sterbegeld	-93,2	-93,9	-93,4
Leistungsausgaben insgesamt	-3,2	-3,1	-3,2
Verwaltungskosten	-0,4	-1,7	-0,6

Die Tabelle zeigt, wie sich die Ausgaben der Kassen pro Mitglied zwischen den ersten drei Quartalen 2003 und den ersten drei Quartalen 2004 entwickelt haben. Das beachtliche Minus bei den Hilfsmitteln ist wohl vor allem den Brillen zu verdanken. Dass unter all den Minuszahlen die Kosten für die Prävention durch erhebliche Steigerungen auffallen, findet sogar die Gesundheitsministerin gut und richtig. **Alle Angaben in Prozent.**

Quelle: A+S aktuell, 25/04, Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH, Berlin

Alte Leier der Politik als Ente entlarvt

Gesundheitspolitiker aller Couleur leiern uns seit Jahre die Ohren voll: Wenn das Gesundheitswesen nicht so viel kosten und derart hohe Lohnnebenkosten produzieren würde, gäbe es bei uns nicht so viele Arbeitslose. Der ewiggleichen Leier zum Trotz: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitsausgaben und der Entwicklung der Beschäftigung – weder in Deutschland noch im internationalen Vergleich. Dies zeigt ein Gutachten, das das Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) gemeinsam mit dem Augsburger BASYS-Institut im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) erarbeitet hat.

Das Gutachten weist nach, **dass in Deutschland der Anteil der Arbeitgeber an**

den gesundheitsbedingten Kosten im internationalen Vergleich im Mittelfeld liegt. Etwa zehn Prozent der Arbeitskosten führt IGES auf Gesundheitsausgaben zurück. Gemessen an den Gesamtkosten der Unternehmen, also dem Produktionswert, liegt der Anteil sogar nur bei rund drei Prozent. Das IGES-Institut hat festgestellt, dass **zwischen 1995 und 2000 alle Kostengrößen stärker zugenommen haben**

als die gesundheitsbedingten Belastungen der Arbeitgeber. Damit hat das Gesundheitssystem den Anstieg der Arbeitskosten sogar abgebrems.

Auch die Effekte der Gesundheitsreform hat das Gutachten unter die Lupe genommen. In der Endstufe 2007 werden die Arbeitgeber (bezogen auf das Untersuchungsjahr 2000) um acht Milliarden Euro entlastet. **Gäben die Unternehmen**

diese Einsparungen durch die Gesundheitsreform an die Käufer weiter, sanken die Kosten deutscher Produkte dadurch um etwa zwei Promille. „Ein VW Golf würde um 28,88 Euro billiger, eine Versicherungspolice (200 Euro) um 37 Cent“, heißt es in dem Gutachten.

Aus: A+S aktuell, 25/04
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Aus Betriebsgründen

Arbeitgeber kann Wunsch nach Teilzeitarbeit ablehnen

Seit dem Jahr 2001 ist der Anspruch auf Teilzeitarbeit gesetzlich verbrieft. Der Arbeitgeber kann den Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung aber aus betrieblichen Gründen ablehnen. Diese betrieblichen Gründe müssen „rational und nachvollziehbar“ sein, erklärt der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB). Ein Unternehmen könne den Wunsch nach Teilzeitarbeit nicht mit dem Argument ablehnen, die Zusammenarbeit mit Teilzeitkräften sei unbequemer.

Arbeitgeber, die einen Antrag auf Teilzeit nicht akzeptieren wollen, müssen dem Arbeitnehmer die Ablehnung schriftlich mitteilen. Im DGB heißt es, dass kaum Arbeitnehmer versuchten, ihr Recht auf Teilzeit vor Gericht durchzusetzen.

LexisNexis, Nr. 55796



Flutkatastrophe in Südasiens

BDI ruft Internisten zu Spenden auf

Auch wenn inzwischen die Aufräumungsarbeiten nach der Flutkatastrophe beginnen – die Situation in Südostasien bleibt weiterhin ausgesprochen kritisch. Das Leben der Menschen, die der Flut entkommen sind, wird nun durch die teilweise katastrophalen hygienischen Zustände und den Mangel an medizinischer Versorgung und Nahrung bedroht.

Nach Angaben der UNO fehlt es trotz der weltweiten Hilfsaktionen immer noch rund zwei Millionen Menschen an Wasser, Nahrung und Medikamenten. Vor allem Kinder sind betroffen. Viele wurden durch die Flut-

wellen von ihren Eltern getrennt – die Flutwellen haben praktisch ihre gesamte Lebenswelt weggespült. Man kann sich wohl kaum vorstellen, welch ein Trauma diese Erlebnisse für die Kinder bedeuten. Neben den Erwachsenen sind es nun vor allem auch diese Kinder, die durch die mangelnde Hygiene und das Fehlen von Nahrung, Medikamenten und ärztlicher Hilfe noch in Lebensgefahr schweben.

Daher ist es derzeit nach wie vor dringend nötig, die medizinische Hilfe vor Ort zu stärken. Der Berufsverband Deutscher Internisten bittet des-

halb alle Internisten, weiterhin vor allem für medizinische Hilfe und Nahrungsmittel zu spenden. Der BDI selbst darf aus juristischen Gründen keine Spenden entgegennehmen und gezielt weiterleiten. Für den angestrebten Zweck kommt daher vor allem die Aktion „Bündnis Deutschland hilft“ in Frage, die von den großen deutschen Hilfsorganisationen mit medizinischen Schwerpunkten getragen wird. Spendenkonto dieser Aktion ist

Bank für Sozialwirtschaft EG,
BLZ 370 20 500
Konto 10 20 30
Stichwort „Seebeben Südasiens“