

Ein Geburtsfehler holt uns ein

Der 31. August 2005 war für den EBM 2000plus und die Honorarverteilung auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein wichtiger Stichtag. Hier sollten die Regelungen des EBM überarbeitet und die Honorarverteilung endgültig so gestrickt werden, dass der EBM auch lupenrein beim Vertragsarzt ankommt.

Dieser Termin ist bei den Vertragspartnern verstrichen, ohne dass ernsthafte Korrekturen an den umstrittenen Vorgaben vorgenommen worden sind oder man ein Schiedsamt auf den Weg gebracht hat. Dabei wird kolportiert, dass man wohl am liebsten wieder ganz von unten anfangen möchte, also im Arbeitsausschuss

des Bewertungsausschusses. Allein der dort übliche Verhandlungsmarathon und der nach jeder Beschlussfassung übliche Instanzenweg sind ein Garant dafür, dass bis zum 31. Dezember 2005 keine Einigung zustande kommen kann - oder doch? Es gehört nicht viel Phantasie dazu, um zu erraten, dass die derzeitige Übergangslösung wohl mangels Alternativen und fehlender Daten bis zum 31. Dezember 2006 weitergeschrieben wird.

Damit wird ein Geburtsfehler des EBM und seiner Honorarverteilung festgeschrieben:

Wir alle wissen, dass der EBM auf der Basis von 5,11 Cent betriebswirtschaftlich

kalkuliert wurde und wir in unseren Praxen unsere Rechnungen auch mit Euro und Cent bezahlen müssen. Ziel des EBM 2000plus war, politisch deutlich zu machen, dass mit der Punktwertwahrung nicht weiter gearbeitet werden kann und diese abgeschafft werden muss.

Das Gegenteil ist eingetreten: Man hat sich im letzten KBV-Vorstand die allerletzten Hinweise auf die 5,11 Cent in der Honorarverteilungsvorgabe mit einer knappen Abstimmung von den Kassen noch herausstreichen lassen. Es ist deshalb auch kein Wunder, dass man nicht mehr vor Schiedsämter geht, weil man weiß, dass dieser Wert nirgendwo mehr in den offiziellen

Papieren festgeschrieben ist. Damit sind die Chancen für eine Umsetzung auf Null gesunken. Es ist eben lästig, dieses unglückliche Thema wieder auf die Tagesordnung zu setzen.

Wir müssen damit zur Kenntnis nehmen, dass das ursprüngliche politische Ziel des EBM 2000plus, deutlich zu machen, dass bei einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Leistung im ambulanten Bereich das dafür zur Verfügung gestellte Geld nicht reicht, aufgegeben wurde. So werden wir wohl auch in 2006 den lupenreinen EBM 2000plus noch nicht erleben dürfen, dank der Weiterführung der seitherigen Honorarverteilungsverträge über den 31. Dezember 2005 hinaus.

HFS

Gesundheitspolitik

Die neue Regierung steht vor neuen Konflikten

Nach wochenlangem Ringen haben die Parteien den Koalitionsvertrag abgesegnet. Grundlegendes zur Zukunft des deutschen Gesundheitspolitik bieten die knapp 190 Seiten allerdings nicht. Schon frühzeitig vertagten die Verhandlenden die Diskussion über den Umbau des Gesundheitssystems aufs kommende Jahr – zu unüberbrückbar erschien ihnen die Kluft zwischen dem Modell „Bürgerversicherung“ der SPD und der „Gesundheitsprämie“ von CDU/CSU.

Die wichtigsten Vorhaben im Überblick:

Krankenversicherung: Kostendämpfung und Moderni-


sierung durch mehr Wettbewerb, lautet die Devise. Das System mit privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen bleibt bestehen, freie Arzt- und Kassenwahl erhalten. Um den Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherungen auszuweiten und Versicherte besser zu stellen, ist eine Übertragung der individuellen Altersrückstellungen bei Wechsel zwischen privaten Versicherungen geplant. Es soll außerdem geprüft werden, ob dies auch bei Versicherten erfolgen kann, die von einer privaten zu einer gesetzlichen Krankenversicherung wandern. Der wachsenden Zahl von Men-

schen, die ihren Versicherungsschutz verloren haben, soll geholfen werden, indem eine Rückkehr in die jeweilige Krankenkasse möglich wird.

Für die Frage der künftigen Finanzierung des Gesundheitssystems wollen die Koalitionspartner 2006 eine Lösung suchen.

Zukünftig sollen Fusionen verschiedener Kassenarten möglich sein. Der Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherten wird nach dem Willen der Koalitionäre vereinfacht und zielgenauer. Die Kassen werden ferner aufgefordert, noch stärker als bisher über Umfang, Preise und Qualität

mit Leistungserbringern zu verhandeln. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) soll dabei jedoch erhalten bleiben.

Arzneimittel: Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird zu einer modernen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte umgebaut. „Echte Innovationen mit therapeutischem Zusatznutzen“ unterliegen weiterhin nicht den Festbetragsregelungen. Scheininnovationen sollen stärker aussortiert werden. Es ist geplant, das Festbetragsystem nachzuzustieren. Naturalrabatte an 

Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

HFS Dr.med. Hans-Friedrich Spies, ma Gabriele Matzkies, M.A., KS Klaus Schmidt, RAB Rechtsanw. Max Broglie, RÜ Rechtsanw. Helge Rühl

Apotheker sind nicht mehr gestattet. Generika sollen um 5% im Preis fallen. Insgesamt werden die Preise für alle Arzneimittel zwei Jahre eingefroren. Zudem will die Große Koalition prüfen, wie Reste von Opiaten und anderen Medikamenten nach dem Tod eines Patienten in Hospizen und Heimen verwendet werden könnten.

Krankenhäuser: Die zum 1. Januar 2006 auslaufende Übergangsfrist zum Umsetzen der Arbeitszeitregelungen hinsichtlich des ärztlichen Bereitschaftsdienstes

wird um ein Jahr verlängert. Die Kalkulation der Fallpauschalen (DRG) soll überprüft und angepasst werden. Auch die belegärztliche Vergütung soll im DRG-System abgebildet werden. Integrierte Versorgung wird weiterhin forciert, die Anschubfinanzierung bis zum Jahr 2008 verlängert.

Ärzte: Eine gleichzeitige Tätigkeit in der ambulanten und der stationären Versorgung soll möglich sein - ein Schritt, um einem Ärztemangel zu begegnen. Als Arzt sowohl freiberuflich als auch angestellt arbeiten zu

können, entspricht einer Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Außerdem sollen die Vergütungen im ambulanten und stationären Bereich angeglichen werden. Zudem steht im Koalitionsvertrag: „Wir werden das ärztliche Vergütungssystem fortentwickeln und vereinfachen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten in der GKV auch in Zukunft zu gewährleisten.“ Zu befürchten sind abgesenkte Gebührensätze. Klar ist, dass diese für bestimmte Privatversicherte wie Beihilfeberech-

tigte und Standardtarif-Versicherte eingeführt und in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) verbindlich verankert werden.

Weiter heißt es: „Die individuelle Verantwortung des Arztes für seine Versorgungspraxis wird gestärkt.“ So werde eine Bonus-Malus-Regelung bei Überschreiten des Arzneimittelbudgets ermöglicht, vermutet die Bundesärztekammer.

Aus: A+S aktuell, 23/05
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Arzneimittelkosten

Der Vertragsarzt als Prügelknabe

Alle erwarten einen weiteren Anstieg der Arzneimittelkosten, der bei etwa 20 % liegen soll. Die Effekte der verschiedenen Gesundheitsreformen, die nahezu isoliert auf Kostendämpfung ausgerichtet sind, sind schon wieder verpufft. Es gab nur wie immer einen kurzatmigen Effekt; eine ursächliche Lösung für das anstehende Problem hat man weiter nicht in der Pipeline.

Das Spiel geht unverändert weiter

So werden nicht nur die Zahlen von 2004 überschritten; auch die noch vergleichsweise hohen Kosten im Jahr 2003 werden in 2005 wohl überschritten werden. Besser kann nicht demonstriert werden, dass das seitherige System einschließlich der Kostendämpfungsgesetze in dieser Richtung gescheitert sind.

Das Spiel geht aber unverändert weiter. Die Vertragsärzteschaft wird durch die

Arzneimittelobergrenze und die Richtgrößen weiterhin für die finanzielle Entwicklung der Arzneimittelausgaben verantwortlich gemacht. Sie wird unverändert mit Einkommensverlust durch Malusregelungen und Kürzung der Honorarbudgets bedroht.

Die Kostenträger reagieren unterschiedlich. Während die AOK und die Barmer Ersatzkasse durch noch schärfere Gesetze den Druck erhöhen wollen und damit planwirtschaftliche Elemente auch gegenüber der Industrie einführen möchten, gibt es Kassen, die sich eher zurückhaltend und vorsichtig äußern. Auch die Apotheken werden wegen ihrer Naturalrabatte beschimpft.

Nützliche Professoren im Dienst der Kassen

Wie immer machen Politik und Krankenkassen zuallererst die KVen und Vertragsärzte verantwortlich. Dabei sind die Krankenkassen in

dieser Diskussion inzwischen selbst Lobbyisten und bedienen sich dabei der Professoren Karl Lauterbach und Gerd Glaeske, um ihren wirtschaftlich begründeten Forderungen einen medizinisch-wissenschaftlichen Anstrich zu geben.

Druck auf die Vertragsärzte

Typisch ist hier die Barmer Ersatzkasse. Sie fordert eine verstärkte Beratung durch KV und Krankenkassen gemeinsam, damit der Arzt billiger verordnet. Hier ist wohl gemeint, dass mit Hilfe der vorhandenen Instrumente der wirtschaftliche Druck auf den Kassenarzt nochmals verstärkt wird, um ihn bei seinem medizinischen Handeln durch ökonomische Zwänge noch gefügiger zu machen.

Begreift denn niemand in diesem System, dass die ordnungspolitischen Ansätze der Arzneimittelpolitik gescheitert sind?

Wie kann man jemanden, in diesem Fall den Vertragsarzt, für etwas verantwortlich machen, auf dass er selbst nur teilweise Einfluss hat? Kann er etwas für die Preisgestaltung einer Industrie, die dem Markt ausgesetzt und zur Zeit noch nicht verstaatlicht ist? Bestimmt er etwa die Rabatte der Apotheken? Wer dämpft die Erwartungen der Patienten an die Arzneimittelversorgung, etwa die Professoren Lauterbach und Glaeske?

Es wird massiv rationiert

Hat jemand wirklich medizinisch valide Daten um die Arzneimittelversorgung als Überversorgung zu definieren? Will man weiter die Hinweise ignorieren, dass zur Zeit schon jetzt massiv rationiert wird, indem nicht die notwendige volle Dosierung verordnet wird und eine chronische Behandlung wider jeden medizinischen Sachverstand aus Kostengründen immer mal wieder unterbrochen wird? Den Körperschaften und ►

den Ärzten muss für diesen Bereich die Verantwortung abgenommen werden. Die Arzneimittelbudgets und die Richtgrößen müssen weg.

Warum fordert man nicht auch bei der Arzneimittelversorgung mehr Wettbewerb, wie wir es täglich bei der ärztlichen Versorgung erleben?

Die Krankenkassen reklamieren unentwegt die Si-

cherstellung für sich, warum nicht auch bei den Arzneimitteln?

Jede Kasse könnte für ihren Versicherten festlegen, wie viel sie bei seiner Krankheit oder bei der jeweiligen Medikamentengruppe ausgeben will. Den Rest müsste eben der Patient selbst bezahlen, wenn die Kasse dazu nicht in der Lage ist. Dies würde bedeuten, dass die Patienten bewusster mit

dem Arzneimittelverbrauch umgehen. Die Apotheken müssten überlegen, ob sie an ihre Kunden die Rabatte nicht doch weitergeben, und die Arzneimittelhersteller, ob sie bestimmte alt gewordene Originalpräparate noch zu überhöhten Preisen anbieten können.

Der Arzt würde übrigens automatisch durch seine Patienten aufgefordert, kostengünstig zu verordnen.

Wie gesagt, dann aber im Einvernehmen mit ihm.

Die Krankenkasse müsste überlegen, wie weit sie eine Rationierung im Wettbewerb der Krankenkassen auf diesem Sektor treiben kann, ohne Mitglieder zu verlieren.

Eine neue Bundesregierung hat hier eine Chance, sich innovativ hervorzutun.

HFS

BDI beteiligt sich am Nationalen Protesttag

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI e.V.) hatte seine Mitglieder dazu aufgerufen, am Nationalen Protesttag der Ärzteschaft am 9. November 2005 ihre Praxen zu schließen und an der Zentralkundgebung auf der Domplatte in Köln teilzunehmen. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack und die beiden Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer sowie Prof. Malte Ludwig sind übereinstimmend der Ansicht, dass sich die Rahmenbedingungen für ärztliches Handeln in der vertragsärztlichen Versorgung stetig verschlechtern: „Die Grenzen des Zumutbaren sind längst überschritten.“ An der Hauptkundgebung in Köln nahmen etwa 2000 Ärzte und Mitarbeiter teil, um gegen die schlechten Arbeitsbedingungen und die Reformpläne von SPD und Union zu protestieren. Bundesweit beteiligten sich etwa 5000 Menschen an dem Protesttag. Zahlreiche Praxen blieben geschlossen. Auf scharfe Kritik stießen Pläne der Koalition, die Vergütungen für privatärztliche Leistungen weiter abzusenken. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, spricht von einer existenziellen Bedrohung von Arztpraxen und Krankenhäusern, falls es zu der Herabsetzung der Honorarsätze in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) komme. Er warnte, dass die ausreichende Patientenversorgung in vielen Kliniken und Praxen bedroht sei.



Foto: Aevermann

Privathonorare

Verjährungsfristen zum Jahresende beachten

Ärztliche Honorarforderungen unterliegen der regelmäßigen Verjährungsfrist, gemäß § 195 BGB einer 3-jährigen Verjährungsfrist. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden bzw. die Rechnung erstellt ist.

Verzug des Patienten

Durch § 286 BGB ist geregelt, dass der Patient spätestens dann in Verzug gerät, wenn er nicht innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung zahlt. Ab dem Zeitpunkt des Verzugesintritts (30 Tage nach Rechnungsstellung) hat der Arzt zusätzlich einen Anspruch auf Zinsen. Nach § 12 GOÄ wird der Honoraranspruch des Arztes gegenüber dem Privatpatienten erst fällig, wenn der Arzt eine den Vorschriften der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt hat. Mit dieser Rechnung hat es der Arzt grundsätzlich in der Hand, durch verspätete Rechnungsstellung den Verjährungsanspruch hinauszuschieben. Aber auch dies geht nur begrenzt, ►

denn nach der Berufsordnung (§ 14 MUBO) soll der Arzt seine Rechnungen im Allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen.

Verjährungsfristen für Honorarrechnungen aus dem Jahre 2002

Nach neuem Recht verjähren Honorarforderungen aus Rechnungsstellungen im Jahr 2002 mit Ablauf des 31.12.2005.

Verhinderung der Verjährung

Der Arzt kann den Eintritt der Verjährung verhindern. Hierfür reicht es aber nicht, dem Patienten eine oder mehrere Mahnungen zu übersenden. Eine Unterbrechung der Verjährung tritt ein, wenn der Patient die Forderung gegenüber dem Arzt anerkannt hat und wenn der Arzt den Honoraranspruch durch Mahnbescheid oder Klage geltend macht. In diesem Fall muss der Mahnbescheid vor Ablauf der Verjährungsfrist dem Patienten zugestellt sein. Es genügt zwar auch, wenn der Mahnbescheid oder die Klage vor dem 31.12. bei Gericht eingegangen ist. Eine Unterbrechung der Verjährung tritt aber in diesem Fall nur ein, wenn der Mahnbescheid oder die Klage dem Patienten alsbald zugestellt wird (§ 270 Abs. 3 ZPO).

Der sorgfältige Arzt wird deshalb spätestens im Laufe der Monate November und Dezember 2005 seine Honorarrechnungen aus dem Jahre 2002 seinem Rechtsanwalt bzw. seiner ärztlichen Verrechnungsstelle zur gerichtlichen Geltendmachung übergeben oder selbst einen Mahnbescheid beantragen bzw. Klage erheben.

RAB

Bayern ante portas

Die KV-Politik in Bayern war schon immer etwas Besonderes. Hat man früher vom Norden solche Entwicklungen mit Nachsicht und Distanz betrachtet, weil man sich nicht betroffen fühlte, so scheint jetzt die Entwicklung im südlichsten Bundesland Präzedenzcharakter zu bekommen. Was ist geschehen?

Die früheren Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der Internist Dr. Axel Munte und der Allgemeinarzt Dr. Wolfgang Hoppenthaller, haben sich bereits vor der KV-Wahl so zerstritten, dass eine Kooperation zwischen dem Hausarzt- und dem Facharzt-Repräsentanten nicht mehr möglich gewesen ist.

Eigenes Mandat für die Hausärzte?

Grund war und ist, dass Herr Hoppenthaller die Ziele des Hausärzteverbandes offen artikuliert und diese umsetzen will. Dabei vermeidet er diplomatische Formulierungen. Was sind diese Ziele?

- Die Hausärzte verlangen für ihre Belange ein eigenes Verhandlungsmandat, was der organisatorischen Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung gleichkommt. Akzeptiert wird wohl nur noch eine gemeinsame Nutzung der Verwaltungsorgane. Eine abgestimmte politische Vertretung der gesamten Vertragsärzteschaft ist damit gestorben.
- Gleichzeitig wird die Verhandlungskompetenz für den Verband neben der KV eingefordert, so dass man zweigleisig fahren kann.

Man fühlt sich hier durchaus an die Doppelstrategie der 68er erinnert: Marsch durch die Institutionen, die man sich nutzbar macht, gleich-

zeitig körperschafts-unabhängige Parallelstruktur über einen freien Verband.

In Bayern ist die Spaltung vollzogen

Zunächst schien es in Bayern Munte zu gelingen, kooperationswillige Hausärzte wie Dr. Werner Sitter zu integrieren. Doch diese wurden jetzt von ihrem Verband regelrecht zurückgepfiffen und haben ihren Rücktritt mit wohl gesetzten Worten erklärt, die im übrigen genau der Position von Herrn Hoppenthaller entsprechen.

Damit ist die Spaltung der bayrischen Vertragsärzte vollzogen worden. Dass dies auch ein Signal für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die übrigen Länder-KVen sein kann, darf man wohl annehmen.

Nicht umsonst hat Rainer Kötzle, der Vorsitzende des Hausärzteverbandes, die Richtung auf dem Deutschen Hausärztag in Potsdam vorgegeben: erklärtes Ziel ist die Hausarzt-KV.

Internisten sind elementar betroffen

Werden die seitherigen Kassenärztlichen Vereinigungen dem politischen Druck der Hausärzte standhalten? Oder haben nicht auch inzwischen die Fachärzte die Spaltungspolitik so satt, dass sie lieber eine getrennte KV akzeptieren?

Der BDI muss die Entwicklung genau beobachten. Sind es doch wieder die Internisten, die von dieser Entwicklung elementar betroffen sind. Wie sollten sich die hausärztlichen Internisten positionieren? Verlassen

sie die hausärztliche Versorgungsebene und kehren in den fachärztlichen Bereich zurück? Können sie sich einen solchen Schritt leisten, wo doch im hausärztlichen Versorgungsbereich die gleichen Leistungen wesentlich besser vergütet werden als im fachärztlichen Bereich?

Es gehört nicht viel Phantasie dazu, dass ein solcher Schritt nur möglich ist, wenn den hausärztlichen Internisten auch im fachärztlichen Bereich angemessene, d.h. zumindest gleiche Bedingungen wie in der hausärztlichen Versorgungsebene angeboten werden. Dabei wird aber auch klar, dass man dann den übrigen fachärztlich tätigen Internisten, die schon jetzt unter zu niedrigen Punktwerten und Vergütungen leiden, gleichartige Bedingungen anbieten muss.

HFS

BDI intern

Geburtstage

Am 19. August 2005 vollendete **Prof. Dr. med. Peter C. Scriba**, 82541 Münsing, sein 70. Lebensjahr.

Am 15. September 2005 konnte Herr **Dr. med. Ullrich Schindlbeck**, 82229 Seefeld, Vorstandsmitglied und langjähriger Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT im BDI e.V., seinen 60. Geburtstag feiern.

Am 29. September 2005 vollendeten **Prof. Dr. med. Hermann Heimpel**, 89275 Elchingen, sein 75. Lebensjahr und **Prof. Dr. h.c. mult. H. G. Lasch**, 35392 Gießen, sein 80. Lebensjahr.

Der BDI gratuliert den Jubilaren herzlich und wünscht noch viele segenreiche Jahre.

Was ist neu im DRG-System im Jahr 2006-Teil1

Die kontinuierliche Weiterentwicklung des DRG-Systems erforderte eine Anpassung der Kodierrichtlinien, der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation bzw. der Vereinbarungen zum Entgeltsystem und der Definitionshandbücher. Im September wurde die Version 2006 der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) mit den allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren vorgelegt. Zeitnah erfolgte die Veröffentlichung der überarbeiteten Versionen des ICD-10-GM 2006 bzw. der OPS-Klassifikation. Die Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgte durch die Selbstverwaltungspartner (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung) und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) und der Beteiligung der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegeverbandes. Die Verabschiedung erfolgte am 08.09.05. Darüber hinaus wurden von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verbände der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) die nachfolgenden Kataloge für 2006 vereinbart:

G-DRG-Fallpauschalenkatalog gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG.

Katalog ergänzende Zusatzentgelte gemäß § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG.

Katalog der noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen sachgerecht vergüteten Leistungen nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Zusatzentgeltkatalog gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Gleichzeitig wurden die zu den genannten Katalogen gehörenden Abrechnungs-

bestimmungen vereinbart. Zur Vorbereitung der Entgeltverhandlungen stehen die Definitionshandbücher zum Fallpauschalenkatalog in verschiedenen Versionen zur Verfügung (Version 2004/2006 bzw. Version 2005/2006 bzw. Version 2006, basierend auf den jeweils gültigen Schlüsseln der ICD bzw. OPS-Versionen 2004 bis 2006). Die Vertragsparteien auf Bundesebene beschlossen zusätzlich eine Migrationstabelle zur besseren Nachvollziehbarkeit zwischen dem G-DRG-Katalog 2005 bzw. 2006 zu veröffentlichen, in der die Fallwanderungen zwischen den Entgeltkatalogen 2005 und 2006 beschrieben werden.

Die Weiterentwicklung der Fallpauschalen bzw. des Abrechnungssystems basiert auf den von 214 Krankenhäusern gelieferten Daten mit Auswertung von ca. 2,6 Millionen Behandlungsfällen. 133 Krankenhäuser waren bereits Kalkulationshäuser in 2004, als „Neueinsteiger“ 2005 lieferten 81 Krankenhäuser Rechnungsdaten. Die Anzahl der Fallpauschalen 2006 wurde um 76 von 878 im Jahr 2005 auf 954 Fallpauschalen im Jahr 2006 gesteigert. Insbesondere im Bereich der Unfallchirurgie, der Onkologie und der Kinderheilkunde zeigt sich eine verbesserte Darstellung.

In der Pädiatrie wurden 51 DRG's neu nach Alter gesplittet geschaffen, 4 neue DRG's sind für Frühgeborene < 1000 g mit signifikanter operativer Prozedur hinzugekommen.

In der Unfallchirurgie wurden 7 neue DRG's zur Abbildung hochaufwändiger Fälle (MDC 08) geschaffen. Aufwändige Mehrfacheingriffe, die nach der Definition kein eindeutiges Polytrauma darstellen, allerdings von „einfachen“ Verletzungsfällen

abzugrenzen sind, wurden stärker betont. Unter anderem wurde die Abbildung schwerer Mehrfachverletzungen durch die Aufnahme der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ als Splittkriterium ermöglicht. Mehrfacheingriffe bzw. beidseitig durchgeführte Eingriffe wurden in neue DRG's festgelegt, um ein rechnerisches Fallsplitting für Kombinationseingriffe zu vermeiden.

7 neue DRG's „Komplexbehandlung Schlaganfall“ wurden zusätzlich zu 6 bestehenden DRG's implementiert. Insgesamt wurden 266 DRG's völlig neu formuliert. Gegenüber dem Vorjahr wurden viele der mit Z bewerteten DRG's wieder unter einer Basis-DRG zusammengeführt. Erstmals wurden 2 DRG's für die teilstationäre Behandlung aufgenommen. Nach dem Fallpauschalenkatalog beinhaltet die L90B mit der Partition M (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre) die Dialyse-Behandlung mit einer Bewertungspauschale. Die L90A, Partition M (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre) stellt eine unbewertete spezielle Fallpauschale für Kinder dar. Für diese Leistung kann ein Krankenhaus-individuelles Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG vereinbart werden. Gegenüber 2005 erlangen auch die PCCL-Splitts wieder an Bedeutung. An Zusatzentgelten wurden 41 mit bundesweiter Bewertung (Anlage 2)- und 42 Zusatzentgelte ohne Bewertung (Anlage 4 - Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes) vereinbart. Für letztere Leistungen sind krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren, sofern diese als Kran-

kenhausleistung erbracht werden dürfen.

In der Kinderonkologie wurden zusätzlich kinderspezifische Schwellendosen für die Medikation für die Zusatzentgelte aufgenommen. Neu wurde auch ein unbewertetes Zusatzentgelt für die komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in die Anlage 4 übernommen. 3 neue DRG's wurden für nicht langzeitbeatmete Patienten in den MDC's Herzkreislauf, Magen-Darm und Polytrauma geschaffen. TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) und SAPS (Simplified Acute Physiology Score) wurden als alternatives Splittkriterium in den Beatmungs-DRG's A06, A07, A11, und A13 etabliert. Eine hohe Einstiegsschwelle zur Minimierung von Missbrauchsmöglichkeiten wurde geschaffen (d.h. mehr als 1100 Punkte, entspricht ca. 10-14 Tagen maximale Intensivbehandlungspflichtigkeit).

1. Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)

Die Gewohnheit, zur besseren Übersichtlichkeit der erfolgten Änderungen in den DKR diese am Rand durch Markierungen (senkrechte Balken) zu kennzeichnen, wurde beibehalten. Die Abschnitte, deren Inhalte eine Modifizierung oder Ergänzungen erfahren haben, wurden in der fortlaufenden Nummerierung durch den Buchstaben „e“ für die Version 2006 gekennzeichnet. Wesentliche Änderungen zum Vergleich zur Vorversion werden wie in den vergangenen Jahren im Anhang E Zusammenfassung dargestellt. Die alte DKR-Nummerierung wurde belassen, eine durchgängige ▶

Zählweise war wie bereits im letzten Jahr nicht mehr realisierbar. Neu im Vergleich zu den vergangenen Jahren ist der Hinweis, dass sich die Deutschen Kodierrichtlinien aus Gründen der Übersichtlichkeit zumeist auf einen durchgängigen stationären Aufenthalt beziehen. Gleichwohl müsse ein stationärer Aufenthalt nicht zwingend einem Abrechnungsfall gemäß Abrechnungsbestimmungen entsprechen. Bei der Zusammenführung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Abrechnungsfall, bei der Einbeziehung vor- oder nachstationärer Leistungen nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen sind sämtliche Diagnosen und Prozeduren auf dem gesamten Abrechnungsfall zu beziehen. Das hat ggf. zur Folge, dass mehrere Prozeduren unter Addition der jeweiligen Mengenangaben zu einer Prozedur zusammenzuführen sind. Indirekt erfolgt hier erstmalig ein Verweis auf die Fallpauschalenvereinbarung 2006 § 2. Die Übergangsregelungen für die Abrechnung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) wurden gestrichen.

Im allgemeinen und speziellen Teil wurden folgende Kodierrichtlinien/Abschnitte gestrichen:

P001e (Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren). Da die Gabe von Bluttransfusionen beim Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine nicht mehr als Standardmaßnahme anzusehen ist, wurde der Abschnitt „Bluttransfusion“ gestrichen.

0102a (Virushepatitis) zur Redundanzvermeidung.

0504a (Panikattacken mit Phobie) wegen fehlender Bedeutung.

0901e (Ischämische Herzkrankheit) – der letzte Absatz zur Kodierung einer embolischen oder nichatheroskle-

rotischen Okklusion eines Koronarbypasses wurde gestrichen, da dieser im Widerspruch zur Regelung der Kodierung von „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ in der DKR D002d steht.

0908d (Zusätzliche Prozeduren im Zusammenhang mit Herzoperationen) Streichung des Verweises auf die DKR **0911d** (Schrittmacher/Defibrillator).

1516a (Erstgebärende), **1517a** (Vielgebärende), **1522a** (Geburtseinleitung), **1525c** (primärer und sekundärer Kaiserschnitt) wurden wegen fehlender Bedeutung gestrichen.

1803a (Stürze) Streichung aus Gründen der Redundanzvermeidung.

Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten

D001a (Allgemeine Kodierrichtlinien)

In dieser Kodierrichtlinie wird explizit auf die Bedeutung einer konsistenten vollständigen Dokumentation in der Krankenakte hingewiesen. Ohne diese Art der Dokumentation ist die Anwendung einer Kodierrichtlinie eine schwierige wenn nicht unmögliche Aufgabe.

D002d (Hauptdiagnose) Neu in dieser DKR ist der Hinweis, dass bei der Kodierung von Symptomen als Nebendiagnosen diese die Nebendiagnosendefinitionen nach DKR D003 erfüllen müssen.

D003d (Nebendiagnosen) Zur Klarstellung der Problematik des Symptoms als Nebendiagnose (ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Gesellschaft vergesellschaftet ist. Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagno-

se kodiert) wurden die ursprünglich in der DKR D002d (Hauptdiagnose) genannten Beispiele 4 und 5 jetzt neu in die DKR D003d verschoben. Klärungsbedürftig bleibt allerdings weiterhin, ob der Begriff des Symptoms medizinisch zu werten ist oder sich ausschließlich am Kapitel XVIII (Symptome abnorme klinischer Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)) der ICD-10-GM Version 2006 orientiert.

D005d (Folgezustände und geplante Folgeeingriffe) Zu den spezifischen Schlüsselnummern für die Ursache von Spätfolgen wurde 2006 neu der ICD-Schlüssel O94 (Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) aufgenommen.

D006e (Akute und chronische Krankheiten)

Im ICD-10-GM wurde der Schlüssel für die akute Pankreatitis neu um die 5. Stelle erweitert. „0“ bezeichnet die fehlende Organkomplikation, „1“ die aufgelisteten Organkomplikationen, die 4. Stelle des ICD-Schlüssels ermöglicht neu die Angabe der Genese der akuten Pankreatitis. Analog zur Differenzierung im ICD wurde das Beispiel in der DKR **D006e** angepasst.

Bei den aufgelisteten Ausnahmen von der genannten DKR wurde unter Punkt C das Beispiel ausgetauscht, da die 2005 angeführte Verschlüsselung (J21.9 - Bronchiolitis (akut), (infektiös), (subakut)) im Widerspruch zum ICD-10-GM stand (J21.9 - akute Bronchiolitis bzw. J21.9 - akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet bzw. akute Bronchiolitis) und zu Missverständnissen geführt ►

Anzeige



VOLVO
for life

ABB. ZEIGT SONDERAUSSTATTUNG.

DER VOLVO V50

EIN BODYGUARD FÜR € 149,- MONATLICH.

SERIENMÄSSIG SICHER. DER VOLVO V50 BODYGUARD. AUSSTATTUNGSLINIE KINETIC, INCL. KLIMAAUTOMATIK, METALLIC-LACKIERUNG, BORDCOMPUTER, SITZHEIZUNG, NEBELSCHEINWERFER, LEICHTMETALLFELGEN UND ZUSÄTZLICH WINTER-KOMPLETTTRÄDER.

MEHR DAZU BEI UNS.

*LEASINGANGEBOT FÜR DEN VOLVO V50 1.8 92 KW (125 PS)	
SONDERZAHLUNG	6.800,- EUR
LAUFZEIT	36 MONATE
GESAMTFAHRLEISTUNG	30.000 KM
MONATLICHE LEASINGRATE	149,- EUR
EIN ANGEBOT DER VOLVO AUTO BANK. GÜLTIG BIS 31.12.05.	

Kraftstoffverbrauch (in l/100km) 9,8 (innerorts) 5,8 (außerorts) 7,3 (kombiniert) CO₂ Emissionen: 174 g/km (kombiniert). Die Angaben wurden ermittelt nach den vorgeschriebenen Messverfahren (RL 80/1268/EWG).

Auto Haas GmbH
In der Weide 15, 55411 Bingen
Telefon 06721/494-28, Fax 494-37
www.auto-haas.de

hat. **D012e** (Mehrfachkodierung) In dieser DKR wird explizit darauf hingewiesen, dass die Reihenfolge bei der Verschlüsselung „Ätiologie vor Manifestation“ nur für das Kreuz-Stern-System gilt. Die Hauptdiagnosenregelung der DKR D002 erfährt somit außerhalb der Kreuz-Stern-Systematik in Bezug auf die Reihenfolge von Ätiologie und Manifestationskodes keine Einschränkung. Beispiel 6 in der genannten DKR weist auf eine der Ausnahmen der Kreuz-Stern-Systematik hin, nämlich dem malignen Pleuraerguss. Dieser wird nicht mit J91* (Pleuraerguss bei andernorts klassifizierten Krankheiten) mit der entsprechenden Ätiologie-Schlüsselnummer angegeben, sondern mit C78.2 (sekundäre bösartige Neubildung der Pleura, maligner Pleuraerguss ohne nähere Angaben) kodiert.

An dieser Stelle der Hinweis, dass der maligne Perikarderguss neu im OPS 2006 mit C79.83 (sekundäre bösartige Neubildung des Perikards maligner Perikarderguss) verschlüsselt wird. 2005 konnte ein nichtentzündlicher Perikarderguss nur über I31.3 angegeben werden.

Neu aufgenommen in die Tabelle 2, der mit einem Ausrufezeichen gekennzeichneten Kodes die bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligatorisch anzugeben sind, wurde die R65.-! (systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) sowie U60.-! (klinische Kategorien der HIV-Krankheit) bzw. U61.-! (Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit).

Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren

P003d (Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS)

Aufgrund der neuen Differenzierung des OPS-Schlüssels 5-448 (andere Rekonstruktionen am Magen) mit Streichung der ursprünglichen OPS-Kodes in 2006 wurden die in der genannten DKR genannten Beispiele ohne weitere inhaltliche Änderung angepasst.

Gleiches gilt für das Beispiel unter dem Punkt „Mehrfachkodierung“ den OPS-Schlüssel 5-820 betreffend. Inhaltliche Änderungen der DKR erfolgten nicht.

Unter dem Punkt „Zusatzinformationen zu Operationen“ der genannten DKR wird auf die Verschlüsselung der Zusatzinformationen durch Kapitel 5 verwiesen. Neu ist die Streichung der früher einzeln aufgeführten Punkte mit dem neu eingefügten Hinweis auf die Kapitelabschnitte 5-93 bis 5-99 (Zusatzinformationen zu Operationen).

P005e (Multiple/bilaterale Prozeduren)

In der Tabelle 1 der Prozeduren, die nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind, erfolgte eine Textanpassung an den Wortlaut des OPS 2006. Statt „Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie“ (8-60) wird jetzt aufgeführt die „Hyperthermie und Hypothermie“ (8-60). Die Liste wurde nicht weiter ergänzt und inhaltlich nicht verändert.

Im Beispiel 1 der genannten DKR wird neu der mit einem Ausrufezeichen gekennzeichnete Kode C97! (bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen), der bei Vorliegen bestimmter Diagnosen obligatorisch anzugeben ist, analog dem bereits im ICD-10-GM 2005, Kapitel 2 unter C97! zu findenden Hinweis (einzelne Tumoren sind separat zu kodieren) als Korrektur eingefügt.

Damit folgt das Beispiel jetzt den Hinweisen der DKR D012e bzw. den Hinweisen im ICD.

P007a (Endoskopie multiplexer Gebiete-Panendoskopie) Im OPS 2006 wurde der Schlüssel 1-636 im Vergleich zum Vorjahr weiter spezifiziert. In der genannten DKR wurde das Beispiel 1 an die neue OPS-Version adaptiert.

P014e (Prozeduren die normalerweise nicht verschlüsselt werden)

Die Tabelle 1 der Beispiele für nicht kodierbare Prozeduren wurde modifiziert.

Zu den Ausnahmen von der Regel sind neu hinzugekommen als kodierbare Prozeduren die antiretrovirale Therapie und Medikamente mit dem Prozedurenkode 8-013 (zusätzlich zu Medikamenten aus 8-012) und betreffen die Medikamente Caspofungin, Filgrastim, Lenograstim, liposomales Amphoterecin, Topotecan, Voriconazol, mit den entsprechenden OPS-Schlüsseln für die Mengenangaben bzw. für das Alter des Patienten.

Die neu zu kodierenden Medikamente werden als verschlüsselbare Ausnahmen bei der nicht zu kodierenden medikamentösen Therapie genannt.

P015e (Organentnahme und Transplantation)

Neu aufgenommen wurde der Hinweis unter Punkt 5 „Versagen und Abstoßungsreaktion nach Transplantation“ zur Verschlüsselung der Organmanifestationen einer GVHD (sofern diese die Nebendiagnosenkriterien erfüllen) nach dem neu eingeführten Kreuz-Stern-System entsprechend der neuen ICD-10-GM- Schlüssel für die Graft- versus-Hostkrankheit im Bereich des Verdauungstraktes (unter K93.-*) bzw. im Bereich der Haut und Unterhaut (L99.-*).

Die „Organ-/Gewebeentnahme und Transplantationstabelle“ Teil 1 wurde unter dem Punkt „Leber“ durch weiter differenzierte neue OPS-Schlüssel ergänzt.

Spezielle Kodierrichtlinien

Kapitel 1 Infektionskrankheiten

0101d (HIV/AIDS)

Die Erläuterung unter dem Abschnitt „HIV-Krankheit (AIDS)“ wurde ohne inhaltliche Änderung redaktionell überarbeitet.

Unter dem Abschnitt „Reihenfolge und Auswahl der Codes“ wurde neu aufgenommen, dass entgegen der Nebendiagnosendefinition bei einer HIV-Krankheit alle bestehenden Manifestationen grundsätzlich zu kodieren sind.

Kapitel 2 Neubildungen

0201e (Auswahl und Reihenfolge der Codes)

Die DKR wurde durch den Hinweis erweitert, dass bei der Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie oder systemischen Strahlentherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen das primäre Malignom als Hauptdiagnose zuzuweisen ist. Die Verschlüsselung bei der Aufnahme zur systemischen Strahlentherapie folgt damit der Aufnahme zur systemischen Chemotherapie.

0209d (Malignom in der Eigenanamnese)

Es erfolgte eine Straffung der DKR unter Weglassung des 2. Beispiels durch inhaltliche Verbesserung des 1. Beispiels. Inhaltliche Änderungen ergeben sich nicht.

0211d (Chemotherapie bei Neubildungen)

Der OPS-Schlüssel 8-54 wurde 2006 ergänzt und die Überschrift „zytostatische Chemotherapie“ durch „Immuntherapie und antiretrovirale Therapie“ erweitert. Die In- und Exklusiva für diesen Schlüssel wurden modifiziert und angepasst. Entsprechend der Änderungen im OPS-Schlüssel wurde unter dem Abschnitt ▶

„Prozeduren“ der angegebene OPS-Schlüssel 8-54 ergänzt.

Kapitel 5 (Psychische und Verhaltensstörungen)

0501e (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin)

Im Beispiel 2 der genannten DKR erfolgte eine Änderung der Hauptdiagnose, statt der akuten Pankreatitis wurde neu die Ösophagitis gewählt. Inhaltliche Änderungen erfolgten nicht.

Kapitel 6 (Krankheiten des Nervensystems)

0601e (Schlaganfall)

Unter Punkt 2 „alter Schlaganfall“ wurde zur Klarstellung der Kodierung das Beispiel 2 modifiziert. Inhaltliche Änderungen erfolgten nicht.

Kapitel 9 (Krankheiten des Kreislaufsystems)

0911d (Schrittmacher/Defibrillator)

Unter dem Abschnitt „Verschlüsselung der Komplikationen des Schrittmachersystems/Defibrillators“ wurde der Text des Codes T82.1 geändert, statt „elektrisches“ Gerät heißt es nun „elektronisches“ Gerät.

Kapitel 10 (Krankheiten des Atmungssystems)

1001d (Maschinelle Beatmung)

Im Hinblick auf die Verschlüsselungsmodalitäten der Beatmungszeiten wurde bei den Hinweisen zur Berechnung der Gesamtbeatmungszeit der Satz „als Bezugsdatum ist der Tag der ersten Leistung zu wählen“ gestrichen. Inhaltliche Änderungen erfolgten nicht.

Kapitel 14 (Krankheiten des Urogenitalsystems)

1401e (Dialyse)

In der DKR wird neu klargestellt, dass auch bei Peritonealdialysen (8-857.1, 2) die Dauer der Maßnahme an der 6. Stelle zu verschlüsseln ist, analog der kontinuierlich durchgeführten Hämofiltrationen, Hämodialysen oder Hämodiafiltrationen.

Kapitel 15 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett)

1505a (Vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft) In Anlehnung an die neue Differenzierung der OPS-Schlüssel 2006 O60.- (vorzeitige Wehen) wurden unter Punkt 2 der genannten DKR die Schlüssel angepasst. Eine inhaltliche Änderung erfolgte nicht.

1507e (Resultat der Entbindung)

Zur Klarstellung der DKR wurde der Text ergänzt. Neu es heißt es jetzt - für jede Entbindung ist von dem Krankenhaus in dem die Geburt stattgefunden hat, der passende Code aus Z37.-! bei der Mutter zu kodieren.

1509a (Mehrlingsgeburt) Entsprechend der neuen Differenzierung des OPS-Schlüssels O60.- erfolgte in der genannten DKR in Beispiel 1 eine Textanpassung. Inhaltlich erfolgte keine Änderung.

1510b (Komplikationen in der Schwangerschaft) In den OPS 2006 wurde neu der OPS-Code O94 (Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) mit Hinweisen und Exklusivum aufgenommen. In der DKR erfolgte eine Anpassung der OPS-Schlüssel. Inhaltliche Änderungen wurden nicht vorgenommen.

1519e (Frühgeburt, vorzeitige Wehen und frustrane Kontraktionen)

Die DKR wurde an die Differenzierung der ICD-10-GM Codes O60.0/O60.1 und O60.3 angepasst. Zusätzlich wurde neu aufgenommen der Hinweis zur Verwendung

des Codes O60.2 (vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung).

Kapitel 16 (Bestimmte Zustände die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben)

1606e (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)

Neu aufgenommen in den OPS 2006 wurde der Schlüssel P91.6 (hypoxisch ischämische Enzephalopathie beim Neugeborenen) unter P91.-. In der DKR erfolgt der Hinweis zur Verwendung des genannten OPS-Schlüssels.

Kapitel 18 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde die andernorts nicht klassifiziert sind)

1806d (Schmerzdiagnosen und Schmerzbehandlungsverfahren)

Im OPS 2006 wurde der Schlüssel 5-039 (andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen) unter 5-039.2 modifiziert und weiter differenziert. Die Prozedurenschlüssel in Beispiel 1 der DKR wurden entsprechend angepasst.

Kapitel 19 (Verletzungen, Vergiftungen unbestimmter anderer Folgen äußerer Ursachen)

1916e (Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen)

Neu ist hier die Anpassung der Verschlüsselung der Insulinüberdosierung mit hypoglykämischen Koma an die ICD-Differenzierung wie sie bereits im Jahr 2005 bestand. Statt der Verschlüsselung mit „0“ an der 4. Stelle wird jetzt neu auf die Verschlüsselung mit „6“ an 4. Stelle (Diabetes mellitus mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen) hingewiesen.

Zusammenfassend ergeben sich in den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2006 wenige substantielle Veränderungen im Vergleich zur

Vorversion 2005. Im Wesentlichen erfolgte eine Anpassung an die ICD-10-GM Version 2006 bzw. an die OPS-Version 2006. Zur Straffung des Textes wurden



einzelne Kodierrichtlinien gestrichen bzw. erfolgten inhaltliche Klarstellungen. Relevante Änderungen finden sich in der DKR D006e, D012e, P001e, P005e, P014e, P015e, O201e, O501e, O601e, O901e, 1401e, 1507e, 1519e, 1606e und 1916e.

Teil 2: ICD-10-GM 2006 und OPS folgt in der nächsten Ausgabe

Dr. med. Christine Kopf-Schiller
Schwerpunktgutachterin Krankenhaus
Beratungszentrum München-Ost
Dr. med. Martin Zeuner
Ressortleiter Versorgungsstrukturen
Medizinischer Dienst der
Krankenversicherung in Bayern
Putzbrunner Str. 73
81739 München

Dr. med. Michael Kulzer
Oberarzt Kardiologie
DRG-Beauftragter
Abteilung für Kardiologie
Krankenhaus München Harlaching
Städtisches Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2
81545 München

Die Hoffnungen ruhen auf der integrierten Versorgung

Der frühere Chef des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1993-1998), Prof. Klaus-Dirk Henke, hat der Gesundheitspolitik eine skeptische Prognose gestellt. Zu erwarten sei „aller Wahrscheinlichkeit nach ein ‚Weiterwurschteln auf hohem Niveau‘“.

Ins System der Krankenversicherung sei in den vergangenen 30 Jahren so häufig regulatorisch interveniert worden, dass es nicht nur intransparent geworden, „sondern auch die Systemverantwortung verloren“ gegangen sei. Mithin sei weiter eine ‚Politik der kleinen Schritte‘ zu befürchten, obwohl eine „übergreifende Reform“ notwendig wäre. (...)

Wie ein sicheres und zukunftsfähiges Gesundheitssystem für Deutschland aussehen sollte, hat der Professor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität Berlin (...) in einem Thesenpapier umrissen (destilliert aus dem Gutachten „Finanzierung, Vergütung und Integrierte Versorgung im medizinisch-technischen Leistungsgeschehen“, Professor Dr. Klaus-Dirk Henke und lic. oec. Lutz Reimers, TU Berlin, 2005).

In zwölf Punkten skizziert das Diskussionspapier den gewaltigen wirtschaftlichen Stellenwert des Gesundheitssektors in Deutschland, leitet daraus politische Forderungen ab und wagt mutige Vorhersagen, welche Strukturen wenig Aussicht haben dürften, dauerhaft fortzubestehen: so die duale Krankenhausfinanzierung, die Doppelnatur der gesetzlichen Krankenversicherung als hoheitliche Funktionsträger einerseits und Großunternehmen andererseits sowie die Dualität von gesetzlicher und privater Kran-

kenversicherung.

Im Einzelnen beinhalten die Thesen, in denen sich durchgängig die Forderung nach mehr marktwirtschaftlichem Wettbewerb im System widerspiegelt, die folgenden Positionen:

1. Der Gesundheitsmarkt ist bereits heute einer der größten Teilmärkte der deutschen Volkswirtschaft. Das Gesundheitswesen beschäftigt derzeit rund 4,2 Millionen Menschen und damit knapp 10% der Gesamtbeschäftigten. Der Umsatz liegt bei knapp 240 Milliarden Euro und macht mehr als 11% des Bruttoinlandsproduktes aus.

2. Zu Lasten der Patienten werden die Potenziale dieses Sektors, der größer und bedeutender ist als die Automobilindustrie, aber nur ungenügend genutzt. Allein in der deutschen Medizintechnik sprechen wir von einem geschätzten Investitionsstau von zehn bis 15 Milliarden Euro.

3. Die demographische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und die steigende Nachfrage nach moderneren Behandlungsmethoden bedingen ein hoch effizientes Gesundheitssystem, das in dieser Form in Deutschland bislang nicht existiert. Damit werden zugleich Chancen auf Wachstum und Beschäftigung gefährdet.

4. Kernelemente einer effektiven Strukturreform unseres Gesundheitswesens sind die Sicherung einer ausreichend medizinischen Grundversorgung und entsprechender Qualitätsstandards, die Schaffung einer soliden Finanzierungsbasis und die Stärkung von Wettbewerbselementen. Weder die so genannte „Bürgerversiche-

rung“ noch die Modelle einer „Kopfpauschale“ sind jedoch in ihren derzeitigen Formen reif für eine Umsetzung.

5. Die integrierte Versorgung auf der Grundlage des geltenden GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) wird daher auf absehbare Zeit im Vordergrund stehen. Sie bietet Möglichkeiten der marktwirtschaftlichen Erneuerung des Systems und genügend Gestaltungsspielräume für sektorenübergreifende Strukturen. Gesundheitspolitik sollte sich auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen und entsprechender Anreize konzentrieren.

6. Dazu gehört die Konzentration des gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabenkatalogs der Krankenkassen auf medizinisch notwendige und solidarisch zu finanzierende Leistungen, über deren konkrete Festlegung seit Jahren Uneinigkeit herrscht. Hier steht die Politik in der Verantwortung, ein nach wie vor bedeutsames Einsparpotenzial und eine Verringerung der Zwangsabgabenlast mit entsprechend mehr Potenzial für private Vorsorge zu realisieren.

7. Das Fallpauschalensystem im Krankenhausbereich (DRG-System) kann wesentliche Impulse für mehr marktwirtschaftliches Denken im Gesundheitswesen geben. Es muss in seiner Ausgestaltung aber klar auf die Förderung von Innovationen ausgerichtet sein. Die duale Krankenhausfinanzierung gehört allerdings perspektivisch abgeschafft und der Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Versorgung in die Hände der Krankenkassen.

8. Der medizinisch-technische Fortschritt darf nicht an sei-

nen Kosten, sondern muss an dem Nutzen gemessen werden, das heißt den induzierten Kosten muss ein ausreichender Nutzen gegenüberstehen. Dazu bedarf es neuer Begrifflichkeiten bei der Bestimmung von Kosten und Nutzen, da die Perspektive allein der Krankenkassen bei der Beurteilung des Fortschrittes zu eng ist. Die Hersteller von medizinisch-technischen Geräten gehören daher auch mit Beteiligungsrechten in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien, vor allem den Gemeinsamen Bundesausschuss.

9. Technologie und Innovationsförderung müssen deutlich verstärkt werden. Dazu gehört auch die Förderung des Übergangs von Forschungsergebnissen in marktfähige Produkte unter Abbau von unnötiger bürokratischer Regulierung. Öffentliche Förderung sollte sich praxisnah auf viel versprechende Zukunftstechnologien konzentrieren.

10. Mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung steht zukünftig im Vordergrund. Dazu gehören Fallpauschalen nicht nur im stationären Sektor, sondern auf absehbare Zeit auch in einer integrierten ganzheitlichen Rundumversorgung, vielleicht differenziert nach Krankheitsbildern.

11. Die Doppelnatur der gesetzlichen Krankenversicherung als hoheitliche Funktionsträger einerseits und Großunternehmen andererseits gehört auf den Prüfstand. Eine weitere Entstaatlichung der Trägerstrukturen ist notwendig. Die bestehende Dualität von privater und gesetzlicher Krankenversicherung wird auf Dauer keinen Bestand haben. ▶

12.

Der Krankenversicherungsschutz sollte sich perspektivisch dem Modell einer Haftpflichtversicherung annähern. Das würde eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherungspflicht bedeuten, eine garantierte Grundversicherung und eine Vielzahl an Versicherungsunternehmen mit unterschiedlichen Angeboten.

Fazit

Jenseits der gesundheitspolitischen Debatte über die zurzeit nicht umsetzungsreifen Modelle „Bürgerversicherung“ oder „Kopfpauschale“ weist zwischen diesen beiden Polen der „dritte Weg“ einer integrierten Versorgung durch die neuen Möglichkeiten des GMG noch erheblichen Gestaltungsspielraum auf.

Aus: DgD 21/2005

Dr. med. Gerd Guido Hofmann in Executive Committee gewählt

Der Ehrenpräsident des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI), Dr. Gerd Guido Hofmann, wurde auf dem diesjährigen Management Council Meeting der Europäischen Fachärzte Union (UEMS) in München zum Liaison Officer gewählt.

Als ständigem Mitglied dieses Führungsgremiums der UEMS obliegt ihm die besondere Aufgabe, die Verbindung zu den anderen Organisationen des Gesundheitswesens auf der europäischen Ebene wie Comité Permanent des Médecins Européens, UEMO (General Physicians), PWG (Junior Doctors) etc. herzustellen und mit deren Arbeit zu kooperieren, die



gesundheitspolitischen Ziele auf europäischer Ebene zu koordinieren. Anlässlich des Münchner Meetings fanden die turnusmäßigen Neuwahlen zum Executive Committee der Union Européenne des Médecins Spécialistes statt.

Gewählt wurden neben Dr. Hofmann als Verbindungssof-

ficer der Präsident Dr. Zlatko Fras (Slowenien), der Generalsekretär Dr. Bernard Mailliet (Belgien), der Schatzmeister Dr. Vincent Lamy (Belgien) sowie die Vize-Präsidenten Dr. Giorgio Berchicci (Italien), Dr. Edwin Borman (UK), Dr. Gunilla Brenning (Schweden), Dr. Zoltan Magyari (Ungarn).

Die Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2006 und währt 3 Jahre. Insbesondere die Themen Qualitätsmanagement, Harmonisierung der Fortbildung (CME), Anerkennung der Facharzt-Titel bei Migration innerhalb Europas und die Arbeitsteilung mit den General Physicians werden die Herausforderung für diese Jahre sein. red.

Anzeige

Hertz mieten: Ist gut. Tut gut.



<p style="text-align: center; font-weight: bold;">z.B. BMW 1er mit Navigation</p> <p style="font-size: 0.8em;">Für Mitglieder pro Tag ab</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">€60³²</p> <p style="font-size: 0.7em;">Bruttopreis pro Tag, inkl. unbegrenzter km, Haftungsbeschränkung, Diebstahlschutz und Zulassungsgebühr.</p>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">z.B. Mercedes-Benz C-Klasse</p> <p style="font-size: 0.8em;">Für Mitglieder pro Wochenende ab</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">€89³²</p> <p style="font-size: 0.7em;">Bruttopreis, Freitag 9,00 Uhr – Montag 9,00 Uhr, inkl. unbegrenzter km, Haftungsbeschränkung, Diebstahlschutz und Zulassungsgebühr.</p>
--	---

Für Mitglieder des Berufsverbands Deutscher Internisten: günstige Verbandstarife – jetzt nochmals reduziert!

Mit Ihrer Verbands-CDP: 572 574 erhalten Sie in Deutschland, Europa und weltweit besonders günstige Tarife für Ihre Pkw Tages-, Wochenend- und Monatsanmietungen sowie für Lkw Anmietungen.

Tarifauskünfte und Reservierungen unter der Verbandshotline 01805 – 000 768 (0,12 €/Min.)

www.hertz.de
www.hertztrucks.de



Kirchhof: Bürgerversicherung ist verfassungswidrig

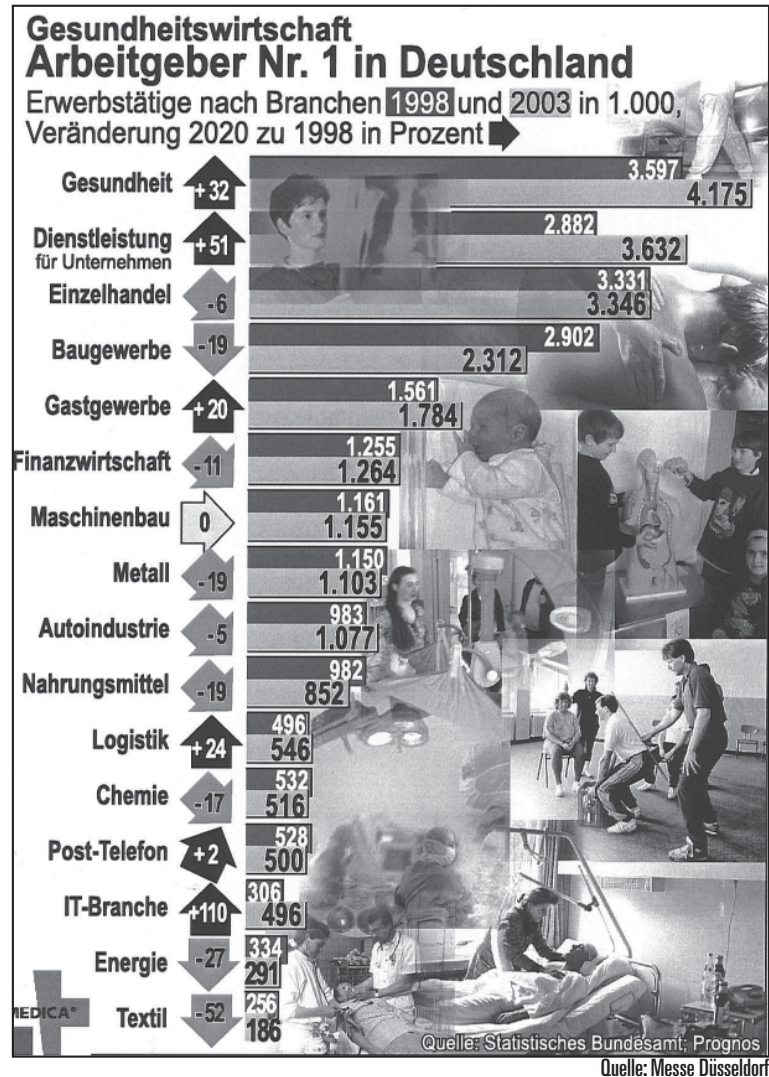
Die von der SPD vorgeschlagene Bürgerversicherung, bei der die Gesamtbevölkerung in der Krankenversicherung zwangsversichert wäre, ist nach Auffassung des Verfassungsrechtlers Prof. Dr. jur. Paul Kirchhof, Bundesverfassungsrichter a.D., Universität Heidelberg, aus mehreren Gründen verfassungswidrig.

Eine Pflichtkrankenversicherung, die die gesamte Bevölkerung der Versicherungspflicht unterwirft, habe nur dann ihre Berechtigung, wenn die Umsetzung nicht durch alternative Sicherungssysteme zu realisieren wäre. Eine Bürgerversicherung wäre nach Ansicht Kirchhofs eine „Anti-Bürgerversicherung“, weil auch diejenigen Bürger in ein Zwangsversicherungssystem einbezogen werden sollen, die bereits in einem substitutiven Vollversicherungssystem ausreichend gegen das Krankheitsrisiko versichert sind. Sie wären gezwungen, einem Versicherungssystem beizutreten, das wirtschaftlich Not leidet. Diese hätten aber Verfassungsschutz gemäß Artikel 12 Absatz 1 (Freiheit der Berufswahl). Eine Ausdehnung der staatlichen Pflichtversicherung würde in bestehende Versicherungsverträge eingreifen. Bei einer Überführung

in eine Bürgerversicherung würden die Eigentümerpositionen tangiert, beispielsweise die Garantie der Eigentümerfreiheit des Artikels 14 Grundgesetz berührt und deswegen bei einer Überleitung gravierende Enteignungsfolgen auslösen.

Eine Bürgerpflichtversicherung käme einem zweiten steuerfinanzierten Sicherungssystem gleich. Dies widerspreche aber der Finanzverfassung in Deutschland. Durch den Steuerertrag bewahre der Staat seine Unparteilichkeit. Das Finanzierungsinstrument der Steuer garantiere dem Staat die Freiheit der Budgetentscheidung und der Verteilung von Sozialleistungen nach dem Fürsorgeprinzip. Es bestehe mithin kein Grund, ein privates Versicherungssystem, das gut funktioniert, durch eine Bürgerversicherung zu ersetzen. Bei der derzeitigen Parallelität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hätten die Privatversicherten die Möglichkeit, den Sicherungsschutz vertraglich abzuschließen, den der Sozialstaat andernfalls unter Zwangsbedingungen gewährleisten müsse.

Wenn Bürger sich gegen das Krankheitsrisiko in einer privaten Versicherung versichern und hier besser aufgehoben sind als in einer



öffentlich-rechtlichen Versicherung, die nach dem Umlagefinanzierungsverfahren organisiert ist, so dürfe den privat Krankenversicherten aufgrund ihrer Wahlentscheidung kein Nachteil erwachsen. Würden Privatversicherte und beihilfeberechtigte Beamte, öffentlich Bedienstete und versicherungsfreie

Selbstständige, die ausreichend privat vorsorgen, in die Bürgerversicherung rekrutiert, so müssten diese entschädigt werden. Andernfalls läge ein Verstoß gegen Artikel 14 Absatz 3 GG vor.

Aus: A+S aktuell, 23/05
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

Heilberufsausweis und Gesundheitskarte

Telematik-Struktur setzt sich langsam durch

Telematik-Premiere auf der Medica 2005 in Düsseldorf: Die ersten Ärzte haben Ende November die ersten elektronischen Heilberufsausweise (HBA) in Form einer Chipkarte bekommen. NRW-Sozialminister Franz-

Josef Laumann (CDU) überreichte die Plastikkärtchen feierlich an die Ärztekammer-Präsidenten von Nordrhein, Rheinhessen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Der Geschäftsführer der Ärzte-

kammer Nordrhein, Dr. Robert Schäfer, stattete fünf niedergelassene Ärzte aus Nordrhein mit dem HBA aus. Nutzen können die Kollegen den elektronischen Ausweis erst, wenn die Spezifikation der dazu notwendigen Le-

segeräte fertig ist. Das soll noch in diesem Jahr geschehen. Damit wäre die ärztliche Selbstverwaltung schneller als die Betreibergesellschaft gematik mit dem ehrgeizigen Projekt der elektronischen Gesundheitskarte ▶

te. Erst die Kombination aus beiden Karten ermöglicht die Nutzung der modernen Telematik-Strukturen im Gesundheitswesen.

„Ein historischer Tag“

Minister Laumann sprach von einem „historischen Tag“ für das deutsche Gesundheitswesen und freute sich, den Startschuss „für eine deutliche Vereinfachung der Abläufe und Verbesserung der Kommunikation in Arztpraxen, Kliniken und Apotheken“ geben zu können. Sobald die Pilotversuche mit den Karten erfolgreich abgeschlossen sein werden, können mehr als 400 000 Ärztinnen und Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Apotheker einen elektronischen Ausweis bei ihrer zuständigen Kammer beantragen. Darüber hin-

aus werden in Zukunft auch mehr als 2 Millionen Angehörige der übrigen Gesundheitsberufe die Ausweise im Scheckkartenformat als den digitalen Schlüssel zum vernetzten Gesundheitswesen nutzen können.

Ärzte müssen in EDV investieren

Was die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für die Versicherten und der Telematik-Strukturen im Gesundheitswesen die Ärzte kosten wird, kann bislang niemand konkret sagen. Die KBV geht vorsichtig von 1500 bis 2000 Euro aus, Fachleute aus der IT-Branche halten 2000 bis 4000 Euro für realistisch, je nach Ausstattungsbedarf der Praxis. Gut ein Drittel aller Praxen arbeitet noch mit veralteten

DOS-Rechnern, von denen sie sich trennen müssen. Die Ärzte erwarten, dass die Krankenkassen sich an den Investitionskosten beteiligen, denn schließlich haben diese den größten Nutzen von der eGK. Auf der MediMedia in Düsseldorf wies Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende der Ersatzkassen-Verbände (VdAK), vorsorglich darauf hin, dass es nicht üblich sei, dass die Krankenkassen die betrieblichen Investitionen der Praxen finanzieren. Dennoch sind die Kassen bereit, durch Zuschläge für das Ausstellen des elektronischen Rezepts (Klick-Gebühr) die Investitionen zu refinanzieren. Sie haben jetzt erst einmal eine Kosten-Nutzen-Analyse in Auftrag gegeben, die die Basis abgeben soll für die Berechnung der Zuschläge.

Gilbert Mohr, EDV-Experte der KV Nordrhein, meinte, es gehe nicht an, dass die Volkswirtschaft durch die Telematik einen Nutzen habe, der zu Lasten der Ärzte gehe. Viele befürchten, dass ihnen das Ausstellen des elektronischen Rezepts Ärger bereiten und den Praxisbetrieb lahm legen wird, wenn etwa 200 mal am Tag die eGK mit dem Heilberufsausweis in das Lesegerät eingeschoben werden muss, um ein Rezept auszustellen.

Zusatzvergütung für Zusatzleistungen

„Der Zusatzaufwand muss den Ärzten vergütet werden“, fordern Mohr und die KVen. Wenn die Preise stimmen, glaubt er, werden die Ärzte auch bereit sein, zusätzlichen Aufwand zu betreiben. Die Einmal-Kosten für die Hardware könnte man nach seiner Ansicht den Ärzten noch einigermaßen erklären, denn dafür bekämen sie ja auch neue, hochwertige Geräte. Ein Problem aber wer-



Foto: Aevermann

NRW-Minister Laumann

den die laufenden Kosten darstellen: Wer heute schon rund 80 Euro im Monat für die Software-Pflege zahlt, muss demnächst vielleicht 200 Euro und mehr im Monat aufbringen – „Das ist sehr schwer zu vermitteln“. Davon sind allein für den Zugang zu einem virtuellen Praxis-Netz (VPN) 120 Euro zu veranschlagen.

Wenig Spielraum für Rabatte

Preisreduktionen durch Massen-Absatz sind eher nicht zu erwarten, denn es handelt sich bei den Vertragsärzten um einen geschlossenen kleinen Markt, wie Jens Naumann, Sprecher der Mittelstandsinitiative Arztpraxis-EDV, feststellte. Da werde man schnell an einen Preis stoßen, den man nicht mehr unterschreiten könne. So seien vielleicht maximal 400 000 Konnektoren absetzbar.

Ewiger Streit um die Testregionen

Während in anderen Ländern die Karte bereits ausgeteilt wird, streiten in Deutschland die Partner der Selbstverwaltung über die Lösungsarchitektur und die Testabläufe. Durch die Ersatzvornahme vom 9. November hat Bundes-

Anzeige



Abbildung zeigt Sonderausstattung

Der neue Saab

93



SportCombi Aero

Aerodynamik für Fortgeschrittene.
Der neue 9-3 SportCombi Aero mit Turbomotor.

Für BDI-Mitglieder:

22 Prozent
Nachlass
auf Saab-Modelle

Turbomotor

- 2.8 V6 Turbo mit 184 kW (250 PS)

Serienmäßig mit

- Sportfahrwerk und Sportsitzen,
- Sportauspuff mit verchromten Endrohren,
- 17"-Leichtmetallrädern,
- Frontspoiler, Heckstoßfänger und Seitenschürzen im Aero Design in Wagenfarbe,
- Sportlenkrad und vielem mehr.

Kraftstoffverbrauch: innerorts 15,5 l/100 km; außerorts 7,4 l/100 km; kombiniert 10,4 l/100 km. CO₂-Emission, kombiniert: 250 g/km. Fahrzeugabbildung zeigt Sonderausstattung.

Ihr Ansprechpartner:

Saab Zentrum Wiesbaden, Wiesbadener Straße 87, 55252 Mainz-Kastel
Tel. 06134 / 287785, Fax: 06134 / 287710

gesundheitsministerin Ulla Schmidt das Vorhaben beschleunigt. Bis zum 24. November mussten die Testregionen ihre Bewerbungen bei der Betreibergesellschaft gematik abgegeben haben. Diese hatte anschließend zwei Wochen Zeit für eine Entscheidung. Das BMGS will mindestens 4 Testregionen für die Tests mit jeweils 10 000 Teilnehmern.

Wenn sich die Gesellschafter der gematik – Leistungserbringer und Krankenkassen – wieder nicht einig werden können, legt das BMGS per Ersatzvornahme die Regionen fest. Danach bleiben 4 Wochen Zeit für den Abschluss der Verträge zwischen den Regionen und der gematik. Noch Ende 2005 soll ein zentrales Test-Labor das Konstrukt mit virtuellen Daten unter die Lupe nehmen, berichtete Lutz Sindermann, Referent für Telematik+Gesundheitskarte im BMGS, auf dem Euroforum „Countdown Gesundheitskarte“ Anfang November in München. Danach folgt ein praktischer Anwendertest in einer Muster-Umgebung. Ein Hacker-Test soll zeigen, ob es Hackern gelingt, Zugriff zu den sensiblen Daten

auf dem Chip der Prozessor Karte zu erhalten. Mit einem Preisausschreiben will die Gematik den Hackern Anreize geben zum Versuch, die Karte zu knacken, erklärte ihr Geschäftsführer Harald Flex: „Wenn das gelingt, haben wir schlechte Arbeit gemacht.“

Mit Echt Daten wird erst gearbeitet, wenn feststeht, dass die eGK den Anforderungen des Praxisbetriebs entspricht. Sie soll für Ärzte und Patienten möglichst idiotensicher in der Anwendung sein, sagte Flex. Im Laufe des Jahres 2006 kommen zunächst Tests mit jeweils 10 000 Versicherten in einigen Testregionen, und eventuell Anfang 2007 dann Tests mit 100 000 Versicherten in weiteren Testregionen. Welche Regionen das sind, steht immer noch nicht fest. Erst wenn alles klappt, kann die eGK flächendeckend ausgeleitet werden.

Neue Herausforderungen für die Ärzte

Bis dahin aber laufen alte und neue Karte parallel und die Ärzte müssen sich möglichst rechtzeitig auf die neuen Herausforderungen

einstellen.

Die gematik ist zuständig für die Evaluation der Testergebnisse sowie die Weiterentwicklung und Pflege der Telematik-Infrastruktur insgesamt.

Barbara Gentsch, stellvertretende Vorsitzende der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Telematik, hofft dass es mehr als nur 4 Regionen werden, damit nicht nur mit den Pflichtanwendungen der Karte, sondern auch mit den freiwilligen Anwendungen (Arzneimittel-Dokumentation, Patientenakte etc.) begonnen werden kann. Der Mehrzweck der Karte soll für alle Bürger erkennbar sein, sagte sie, deshalb sollte in möglichst vielen Bundesländern damit begonnen werden.

Besonders große Skepsis herrscht offenbar unter den niedergelassenen Ärzten. Prof. Holger Pfaff vom Zentrum für Versorgungsforschung der Universität zu Köln hat im Auftrag der Ärztekammer Nordrhein, unterstützt von der KVNo, unter niedergelassenen Ärzten auf der Medica 2004 eine Akzeptanz-Untersuchung (AUGE-Studie) gemacht. Demnach beschäftigten sich 64% der 182 befragten Ärzte (davon

fast die Hälfte Allgemeinärzte) mit dem Thema Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Knapp 40% war der aktuelle Stand der Diskussion bekannt. Nur 17,5% hielten die Einführung für einen notwendigen Schritt und gerade einmal 25,4% glaubten, dass sie damit problemlos in der Praxis umgehen könnten. Dass sich der zeitliche Aufwand in den Praxen durch den Einsatz der eGK verringern würde, glaubten nur 24%. Aber gut 90% waren überzeugt, dass sie mehr Zeit für die Aufklärung der Patienten über die eGK brauchen würden. Insgesamt fühlten sich nur 27,7% ausreichend über die neue Karte informiert. Fast 73% meinten, dass die Interessen der niedergelassenen Ärzte nicht genügend berücksichtigt worden seien, und 63,3% äußerten, dass die ärztliche Selbstverwaltung die Interessen der Ärzte nicht angemessen verträte.

KS

Dr. Robert Schäfer (links), Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, übergibt den elektronischen Arztausweis an nordrheinische Kollegen
Foto: KV Nordrhein



Die Janusköpfigkeit und der Marburger Bund

Die deutschen Klinikärzte sind auf die Straße gegangen, weil in den Kliniken vieles nicht mehr stimmt. Die Gehälter werden teilweise gekürzt, Bereitschaftsdienste sind zu lang und zu häufig und Überstunden werden nicht bezahlt. Das Ganze wird zu allem Überfluss noch in asoziale Zeitverträge verpackt. Hier ist eine echte gewerkschaftliche Vertretung gefragt. In der Diskussion wird aber

übersehen, dass diese Zustände schon seit Jahren, um nicht zu sagen seit Jahrzehnten bestehen, ohne dass es in der Vergangenheit zu handfesten Streiks oder Arbeitsniederlegungen gekommen ist. Der eigentliche Hintergrund für die jetzige Entwicklung ist die fehlende Zukunftsperspektive für junge Ärzte in unserem Gesundheitswesen. Die Chefarztverträge sind nicht mehr das, was sie einmal waren,

die Bürokratie nimmt zu, die Sicherheit in einer niedergelassenen Praxis als Weg in die Selbstständigkeit kann man inzwischen wegen der hohen finanziellen Risiken ebenfalls nicht mehr empfehlen. Dies hat sich bis zum jüngsten angestellten Arzt herumgesprochen. Zu allem Überfluss kommt noch hinzu, dass der ärztliche Berufsstand in der Öffentlichkeitsarbeit systematisch schlecht geredet wird.

Der Aufstand der jungen Ärzte ist somit durch die Kombination von schlechten Arbeitsbedingungen und beruflicher Perspektivlosigkeit absolut verständlich.

Damit reicht aber der Gewerkschaftsgedanke zur Lösung der Probleme alleine nicht aus. Man braucht auch einen Verband, der sich in den Körperschaften und den politischen Gremien durchzusetzen versucht, um zu helfen, dass unser Gesundheitswesen wieder attraktiv für Ärzte wird.

So etwas war der Marburger Bund mit seiner Janusköpfigkeit, Gewerkschaft und berufsständige Organisation, in der Vergangenheit. Der Verband hat aber einen Fehler gemacht, den er kurz vor Toresschluss, sozusagen Sekunden vor Zwölf noch behoben hat. Er hatte die Verhandlungsmacht der eigentlichen Konkurrenzorganisation, der Gewerkschaft ver.di, übertragen. Die Verantwortlichen haben offensichtlich gerade noch rechtzeitig gemerkt, dass dies den Untergang ihrer eigenen Organisation bedeuten würde und haben die Notbremse gezogen. Gott sei Dank. HFS



Aufstand der jungen Ärzte

Foto: Aevermann

Arbeitsrecht

Keine Lösung in Sicht

Auch der jetzige Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) entschärft die Probleme aus Sicht der Krankenhaus-Gesellschaft keinesfalls. Die wichtigsten DKG-Argumente:

Der TVöD gilt nur für Krankenhäuser, die einem kommunalen Arbeitgeberverein angehören und für Krankenhäuser in Trägerschaft des

Bundes – ca. 35% der deutschen Krankenhäuser. Regelungen zur Verlängerung der täglichen Höchstarbeitszeit auf bis zu 24 Stunden können nur durch Betriebs- oder Dienstvereinbarungen realisiert werden. Diese bedürfen der Zustimmung des Betriebs- bzw. Personalrates des Krankenhauses – nicht prognostizierbar. Regelungen zur

Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit über 48 Stunden hinaus können nur durch Betriebs-/Dienstvereinbarungen und individuelle Zustimmung des Arbeitnehmers realisiert werden – die Zustimmungsrate hält die DKG für gering. Der Marburger Bund hat sich dem TVöD nicht angeschlossen. Rechtlich offen ist, ob für Krankenhausärzte, die Mitglied des Marburger Bundes sind, der TVöD gilt.

Ein einziges Chaos prophezeit Jörg Robbers, Hauptgeschäftsführer der DKG: „Wir haben dann Ärzte verschiedenen Rechts in einem Haus. Wann gilt was? Wie wird der mb-Arzt bezahlt?“ Das Motto sei: drei Juristen, drei Meinungen. Robbers vergisst zuweilen, dass Ärzte zu den Leistungserbringern im Krankenhaus zählen und nicht nur einen lästigen Kostenblock darstellen, den man am liebsten abschaffen ►

Deutschlands Gesundheitswesen hoch effizient

Das deutsche Gesundheitswesen wird von seinen Kritikern als teuer und ineffizient bezeichnet. „Mercedes zahlen und VW fahren“ – kaum ein anderer Slogan ist in den letzten Jahren so häufig für das Verhältnis von Preis und Leistung im deutschen Gesundheitswesen benutzt worden. Der Beweis für diese Behauptung wurde nie erbracht.

„Deutschland hat im internationalen Vergleich nachweislich ein umfassendes, ein preiswertes und damit ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen“, so das Urteil von Prof. Fritz Beske, Leiter des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) bei der Vorstellung des Gutachtens mit dem Titel „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“.

In der Studie wird das Gesundheitswesen von 14 hoch industrialisierten Ländern beschrieben und deren Leistungskatalog mit Gesundheits- und Geldleistungen mit den Kosten verglichen.

Fortsetzung von Seite 16

würde. Tauschen möchten jene federgeschmückten Häuptlinge nicht mit den Indianern, die rund um die Uhr im Einsatz sind. Die Leistungsbilanz der Ärzte wird gemessen und schriftlich fixiert. Wie steht es um die Leistungen der DKG? Hat sie als nicht öffentlich rechtliche Einrichtung in einer Zeit, da die Mitglieder sich von ihr abwenden, überhaupt noch eine Legitimation als Selbstverwaltungspartner? Diese Frage wird immer lauter gestellt.

Aus: Presseagentur Gesundheit, 28/2005

Versorgungsniveau

Der Vergleich des Leistungskatalogs im Gesundheitswesen, d.h. der Vergleich des Versorgungsniveaus der Bevölkerung mit Gesundheits- und Geldleistungen, erfolgt durch einen Versorgungsindex, der speziell für den internationalen Vergleich dieser Arbeit entwickelt wurde. Der Versorgungsindex ist umso höher je umfangreicher das Versorgungsniveau ist.

Bei den Gesundheitsleistungen hat Deutschland mit einem Versorgungsindex von 119 das höchste Versorgungsniveau, d.h. den umfassendsten Leistungskatalog im Vergleich der 14 Länder. Es folgen Österreich (116), Belgien (112), die Schweiz (108), die Niederlande (104), Frankreich und Japan (102), dann Dänemark (100). Alle anderen Länder haben ein unterdurchschnittliches Versorgungsniveau. Am niedrigsten ist das Versorgungsniveau in den USA mit einem Index von 77.

Die Gründe dafür, dass Deutschland das höchste Versorgungsniveau bei den Gesundheitsleistungen aufweist, sind vielfach. So hat Deutschland z.B. mit die höchste Hausarzt-, Facharzt- und Zahnarzt-dichte sowie die höchste Krankenhauskapazität. Dies führt zu einer hohen Patientenzufriedenheit, nicht zuletzt auch darum, weil Wartezeiten auf Leistungen im Gesundheitswesen in Deutschland weltweit am geringsten sind. Der Leistungskatalog bei Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln ist in Deutschland überdurchschnittlich und mit relativ geringen Zuzahlungen verbunden.

Bei den Geldleistungen erreicht Deutschland mit einem Versorgungsindex von 109 einen ebenfalls über-

durchschnittlichen Wert und erbringt damit überdurchschnittliche Leistungen durch Lohnfortzahlung, Krankengeld und andere Geldleistungen. Einen gleich hohen Versorgungsindex von 109 haben Frankreich und Japan, einen höheren Versorgungsindex Schweden und die Niederlande mit 121, einen geringeren Versorgungsindex als Deutschland haben die übrigen neun Länder. Auch hier haben die USA mit einem Versorgungsindex von 72 das niedrigste Niveau.

Bei einem gemeinsamen Versorgungsindex für Gesundheits- und Geldleistungen hat Deutschland im Vergleich der 14 Länder mit 116 den höchsten Versorgungsindex. Deutschland stellt der Bevölkerung den umfassendsten Leistungskatalog im Gesundheitswesen zur Verfügung und hat damit das umfassendste Gesundheitswesen. Österreich liegt mit einem Versorgungsindex von 112 in der Größenordnung von Deutschland. Es folgen die Niederlande (109), Belgien (108), Schweden (105), Frankreich, Japan und die Schweiz mit einem Versorgungsindex von 104 und Dänemark von 101. Kanada, Italien, Großbritannien und Australien weisen einen unterdurchschnittlichen Versorgungsindex auf. Die USA haben mit 76 den niedrigsten Versorgungsindex.

Kosten des Gesundheitswesens

Die Pro-Kopf-Ausgaben der Gesundheits- und Geldleistungen in Deutschland liegen im Vergleich der 14 Länder mit 3560 € um 34 € unter den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheits- und Geldleistungen. Deutschland wendet damit

weniger finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen auf als der Durchschnitt der vergleichbaren Länder.

Höhere Pro-Kopf-Ausgaben als das deutsche Gesundheitswesen haben Schweden, Österreich, die Niederlande, Dänemark und die Schweiz. Das teuerste Gesundheitswesen haben die USA mit Pro-Kopf-Ausgaben von 6195 €. Geringere Pro-Kopf-Ausgaben haben Japan, Frankreich, Kanada, Belgien, Australien und Großbritannien. Die geringsten Pro-Kopf-Ausgaben hat Italien mit 2187 €.

Effizienz des Gesundheitswesens

Die Effizienz eines Gesundheitswesens wird durch das Verhältnis von Kosten zu Leistungen bestimmt. Kosten sind die Pro-Kopf-Ausgaben und Leistungen der Leistungskataloge an Gesundheits- und Geldleistungen. Kosten und Leistungen werden durch eine für den internationalen Vergleich dieser Arbeit entwickelte Effizienzformel in ein Verhältnis zueinander gesetzt. Deutschland steht im Vergleich der 14 Länder in der Effizienz seines Gesundheitswesens an 4.Stelle.

Bei einer realistischen Angabe der Ausgaben in allen Ländern hätte Deutschland im Vergleich der 14 Länder vermutlich sogar das effizienteste Gesundheitswesen überhaupt. red.

Band 104 der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, kann gegen eine Schutzgebühr von 15 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel, Tel. 0431-800 60-0, Fax: 0431-800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de