

Revolutionärer Vorschlag zur Reform des Gesundheitswesens

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) hat in Berlin ein Grundsatz-Papier vorgestellt, das wir im Nachfolgenden im vollen Wortlaut abdrucken. Bei genauer Durchsicht des Papiers und Interpretation der Vorschläge im Vergleich zum derzeitigen System ist festzustellen, dass es sich mehr um revolutionäre als um evolutionäre Vorschläge handelt. Man geht weitgehend von einem Modell der Kfz-Versicherung aus, in dem eine Grundleistungsversicherung vorgeschlagen wird, die mit Hilfe der Ärzteschaft definiert werden soll. Die Grenze ambulant/stationär soll dadurch geöffnet werden, dass man der belegärztlichen Versorgung und der konsiliarärztlichen Tätigkeit Tür und Tor öffnet.

Selbstverständlich wird auch eine Gebührenordnung gefordert, die im ambulanten Bereich bei der gesetzlichen Krankenversicherung wieder eine Vergütung in Euro und Cent ermöglicht. Man kann annehmen, dass der GFB bewusst ist, dass damit ein Ende der derzeitigen Ordnungsstrukturen im Gesundheitswesen eingeläutet wird. Mit einer Budgetierung sind diese Vorschläge nicht umzusetzen. Auch die derzeitige Struktur der privaten

Krankenversicherungen kann nicht gehalten werden. Sie wäre dann nur noch zuständig für eine Zusatzversicherung von Leistungen außerhalb des Grundleistungskatalogs. Man erhofft sich außerdem, dass durch neue Abrechnungssysteme die Transparenz für den Patienten erhöht wird, so dass die zur Zeit lästige Bürokratie mit sich gegenseitig behindernden Kontrollapparaten abgebaut werden könnte. Man ist sich sicher auch bewusst gewesen, dass in dem vorgeschlagenen System die Kassenärztliche Vereinigung neue Aufgaben erhalten muss. Der Vorschlag der GFB ist unter den genannten Bedingungen sehr mutig. Er liefert eine vernünftige Synthese für die Kombination einer solidarischen Krankenversicherung mit einer angemessenen Wettbewerbssituation. Offen bleibt nur die Frage, wer letzten Endes institutionell die Grundleistung definiert, die für ein solches System unabdingbar notwendig ist. Die Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände macht hier Vorschläge, die weit über die kleinen Schritte der angedachten Gesundheitsreform hinausgehen.

HFS

Nachhaltige Sicherung patientennaher fachärztlicher Versorgung auf hohem Qualitätsniveau

Das deutsche Gesundheitssystem bewegt sich als Folge einer chronischen und zunehmenden Unterfinanzierung bedrohlich aus einer bereits bestehenden Mangelversorgung in Richtung einer krassen Unterversorgung der Bevölkerung mit medizinischen Dienstleistungen. Erkennbar sind bereits heute Zeichen eines Ärztemangels, Rationierungstendenzen in der Versorgung und drohende Qualitätsdefizite.

Die in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) zusammengeschlossenen Verbände haben die Problembereiche analysiert und im folgenden Grundsatzpapier Lösungsansätze entwickelt. Das Papier dient der Grundlage einer weiterführenden Diskussion, wobei angesichts der Notwendigkeit einer umgehenden Bewältigung der

anstehenden Probleme nur ein begrenztes Zeitfenster verbleibt.

Problemfelder: Fehlende Planungssicherheit

Ärzte wie auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitssystem leiden unter einer erheblichen Planungsunsicherheit. Ständig wechselnde Gesetze sowie nachgeordnete Verordnungen und Regelungen sowohl seitens des Gesetzgebers wie auch in der Folge von den Organisationen der Selbstverwaltung erschweren eine zukunftsorientierte Planung.

Fehlende wirtschaftliche Sicherheit

Budgetierung, Zwangsrabatte und ähnliche planwirtschaftlich dirigistische Maßnahmen als Folge der Unterfinanzierung des Sys-

tems bieten keinerlei Anreiz zu Investitionen. Sie führen zu Personalabbau, damit zu Arbeitsüberlastung der verbleibenden Mitarbeiter und Verlust von Motivation sowohl der Arbeitnehmer als auch der unternehmerisch tätigen Freiberufler im System. Allein in den Praxen der niedergelassenen Ärzte sind in den letzten Jahren mehr als 100 000 Stellen nichtärztlicher Mitarbeiter freigesetzt worden.

Gefährdung der Therapiefreiheit durch ökonomischen Druck

Arzneimittelregresse und Bonus-Malus-Regelungen sind ganz unmittelbare Hemmnisse für eine patientenindividuell ausgerichtete Therapie auf höchstem Niveau. Weniger offensichtlich, aber in den Auswirkungen ebenso auf eine standardisierte Minimaltherapie abge-

stellt, sind Einschreibeprogramme von Krankenkassen mit von diesen ausgewählten Leistungserbringern zu festgelegten Bedingungen. Budgets führen sowohl in den Praxen der Niedergelassenen als auch in den Kliniken zur Reduktion von möglichen hochwertigen und damit zumeist teureren Verfahren zugunsten einer gerade noch ausreichenden Minimalversorgung.

Überbordende Bürokratie und Regelungsdichte

Der Aufwand für nichtärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Administration eines Behandlungsgeschehens erfordert mittlerweile nahezu ein Drittel der Gesamtarbeitszeit eines Arztes. Diese Ressourcen fehlen für die unmittelbare Patientenversorgung.

Überalterung und

fehlender (fach-)ärztlicher Nachwuchs

Die mangelnden Berufsperspektiven führen zum Verlust von 30% der Studienabsolventen im Fach Humanmedizin, die nach Abschluss des Studiums keine Weiterbildung an deutschen Kliniken beginnen. Schon heute ist klar, dass in zehn Jahren keine Fachärzte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen werden, um die dann ausscheidenden Ärzte zu ersetzen. Das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzte steigt kontinuierlich und liegt, weil junge Kollegen fehlen, inzwischen bei fast 52 Jahren. Dies betrifft im Übrigen die allgemeinmedizinisch hausärztliche Versorgung in gleicher Weise.

Basel II

Die restriktiven Bedingungen für die Kreditvergabe bewirken, dass niederlassungswillige Ärzte wegen der auch von den Banken als problematisch eingeschätzten Ertragssituation nicht mehr auf eine fremdfinanzierte Existenzgründung bauen können. Sie sind damit auch nicht mehr in der Lage, bestehende Praxen zu erwerben mit der Konsequenz einer weiteren Ausdünnung im niedergelassenen Bereich und des Verlustes der mit dem Praxiswert verbundenen Alterssicherung der ausscheidenden Ärzte.

Fehlende Weiterbildungsstellen in Klinik und Praxis

Klinikschließungen, Konzentrationsprozesse und vor allem die finanziellen Engpässe als Resultat einer jahrelangen Budgetierung gefährden die Weiterbildung junger Ärzte. Erzwungene Verlagerungen stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich setzen dort die Leistungserbringung durch Fachärzte voraus, so-

dass auch inhaltliche Defizite im Weiterbildungsangebot entstehen. In der Praxis ist ein Weiterbildungsassistent nicht finanzierbar, weil dieser etwaige zusätzliche Umsätze, aus denen heraus ein Gehalt finanziert werden könnte, unter Budgetbedingungen nicht erzielen darf.

Unzumutbare Arbeitsbedingungen am Krankenhaus

Die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern lassen die jungen Ärzte in unerträglich hoher Zahl auf andere Tätigkeitsbereiche ausweichen, entweder ins Ausland oder in nicht medizinische Zweige. Arbeit zu Unzeiten, unbezahlte Überstunden, unregelmäßige Bereitschaftsdienstverpflichtungen und nicht zuletzt die der Bürokratie geschuldeten nichtärztlichen Dienstplichten sind nicht länger unter dem Begriff ethischen Handelns vermittelbar.

Fehlende Perspektiven für Lebensstellungen

An den weniger werdenden Kliniken sind Lebensstellungen mit einem ausreichenden Maß an erfüllender Eigenverantwortung und mit Aussicht auf ein adäquates Einkommen nicht mehr gegeben. Auch der leitende Arzt ist nur noch Angestellter und meist auch noch haftender Erfüllungsgehilfe seiner Verwaltung. Die mögliche Perspektive einer späteren Niederlassung ist unter den aktuellen Rahmenbedingungen nicht mehr attraktiv.

Wertigkeit der Versorgung

Die Diskussion um eine Übertragung medizinischer Versorgungsaufgaben auf nicht-ärztliche Hilfsberufe ist ebenso kontraproduktiv wie der Verzicht auf fachärztliche Kompetenz durch obligate Hausarztssysteme. Zusammen mit einer beständigen Diffamierung des Arztbildes

führt dies zu einer weiteren Demotivation der Beteiligten.

Gefährdung der Versorgungsqualität

Nachwuchsmangel, Überalterung, ökonomische Restriktionen und Wartelisten als Folge zunehmender Rationierung führen letztlich zu spürbaren Defiziten in der Versorgungsqualität.

Ursachen:

Die vorgenannten Probleme finden ihre Ursachen in verschiedenen Faktoren sowohl finanzieller als auch struktureller Natur. Kernursache ist die chronische Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitssystems und die damit einhergehende schleichende Rationierung in Folge immer neuer Kostendämpfungsgesetze. Diese sind Ausdruck des staatlichen Dirigismus im Versuch, ohne nachhaltige Veränderung der Finanzierungsgrundlage mit Hilfe planwirtschaftlicher Instrumente das System über die Zeit einer Wahlperiode zu retten. Die fehlende Nachhaltigkeit begründet sich vor allem darin, dass angesichts einer dramatisch veränderten Demografie in einer Gesellschaft des langen Lebens und einer massiven Reduzierung der Erwerbstätigkeit die Koppelung des Beitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung unverändert an arbeitsmarktpolitische Faktoren geknüpft ist. Aus dem gleichen Grund ist auch die im § 81 SGB V verankerte Bindung der Ausgaben für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung an die Grundlohnsumme nicht mehr geeignet, die Anforderungen aus einer steigenden Morbidität adäquat und solidarisch mit dem bisherigen Beitragssystem zu tragen. Das ethische Grundverständnis der Ärzte ist derzeit der einzige Garant für die Weitergabe des

medizinischen Fortschrittes, allerdings ist die Grenze des Machbaren längst überschritten.

Lösungsvorschläge der GFB:

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände sieht dringenden Reformbedarf, der sich nicht auf einzelne Teilbereiche beschränken darf, sondern nur im Zusammenhang eine nachhaltige Sicherung des Gesundheitssystems bewirken kann. Es sind dies:

1. Wettbewerb ermöglichen- de Strukturen der Beitragserhebung
2. Neudefinition der Leistungssteuerung
3. Vergütungssysteme
4. Strukturveränderungen

Wettbewerb ermöglichen- de Strukturen der Beitragserhebung

Die Beitragserhebung für eine Gesundheitsversorgung muss der Tatsache Rechnung tragen, dass Gesundheitsrisiken unterschiedlich sind und im Einzelfall die Leistungsfähigkeit des Einzelnen überfordern. Eine solidarische Absicherung des Existenzrisikos ist daher unabdingbar. Daraus folgt eine Verpflichtung jeden Bürgers zur Absicherung dieses solidarisch zu tragenden existenziellen Gesundheitsrisikos über eine risikobezogene Grundversicherung. Diese kann sowohl über die gesetzlichen wie auch über die privaten Kassen erfolgen. Eine Kontrahierungsverpflichtung für die privaten Krankenkassen ist dann ebenfalls einzurichten. Jeder Bürger kann neben der Pflicht zur Grundversicherung frei entscheiden, welche Risiken und in welchem Umfang er diese zusätzlich außerhalb der Solidargemeinschaft absichert. Diese Form der Beitragserhebung ist unabhängig vom Arbeits- ▶

marktbezug und bietet unter dem Aspekt der Risikoadjustierung die notwendige Nachhaltigkeit.

Aufgabe des Staates muss sein, über Steuermittel den Solidarausgleich für diejenigen herzustellen, die nicht über die ausreichenden eigenen Mittel verfügen, den Beitrag für die Grundversicherung zu tragen (Kinder, Erwerbslose, Geringverdiener).

Aufgabe der Ärzteschaft wird es sein, gemeinsam mit dem Gesetzgeber eine Definition der Leistungsbreite des Grundleistungskataloges zu erarbeiten.

Freiwillige Zusatzversicherungen sowohl über die privaten wie auch über die gesetzlichen Versicherer müssen im Sinne einer wettbewerblichen Umformung ebenso ermöglicht werden wie Eigenbeteiligungen im konkreten Behandlungsfall. Die Tarifierung solcher Modelle kann über Festbeträge, prozentuale Beteiligungen oder in Abhängigkeit der verfügbaren Einkommenslage der Betroffenen gestaltet werden.

Neudefinition der Leistungssteuerung

Die Ablösung des staatlich-dirigistischen, bürokratisch verkrusteten Systems zugunsten einer marktwirtschaftlich geprägten Wettbewerbsordnung setzt eine unmittelbare und direkte Vertragsbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer voraus. Auf der Basis einer festen Preisgestaltung über eine allgemein gültige Gebührenordnung sind alle Leistungen gegenüber dem Patienten transparent darstellbar.

Die unmittelbare Vertragsbeziehung mit den Patienten ermöglicht den Wettbewerb zwischen den Leis-

tungserbringern unter der Voraussetzung, dass den Patienten eine eigenverantwortliche Entscheidung über die verschiedenen Angebote ermöglicht wird. Dies kann über private Zusatzversicherungen für bestimmte Leistungsbereiche aufbauend auf einer solidarisch abzusichernden Grundversicherung erfolgen wie auch über selbst bestimmte Zuzahlungsmodelle. Eine generelle Zuzahlungspflicht wie die aktuell geltende Praxisgebühr verfehlt den Ansatz einer selbst bestimmten

Eigenverantwortung.

Vergütungssysteme

Medizinische Dienstleistungen müssen in einem Wettbewerbssystem definierte Inhalte und feste Preise besitzen, so wie es in jedem anderen Wirtschaftszweig auch nicht anders vorstellbar ist. Patienten können ohne feststehende Angebote keine Wahlentscheidung treffen. Leistungserbringer brauchen eindeutige Kalkulationsgrundlagen.

Daraus folgt die Notwendigkeit einer Gebührenordnung

auf der Basis festgelegter Preise. Sinnvoll sind in diesem Zusammenhang diagnosebezogene Fallpauschalen mit obligaten Leistungsanteilen unter Berücksichtigung patientenindividueller Komorbiditäten sowie additive prozessbezogene Einzelleistungskomplexe. Eine weitergehende Pauschalisierung im Sinne einer Betreuungspauschale ist für die Bedürfnisse der spezialisierten fachärztlichen Versorgung weder im stationären Bereich noch in der ambulanten Versor- ▶



BDI protestiert am „Tag der Ärzte“

Foto: Aevermann

In Berlin hat sich am 18. Januar 2006 die Allianz der Ärztenverbände geschlossen unter das Motto gestellt: „Gemeinsam sind wir eine Macht“. In einer Auftaktveranstaltung sprach Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe zu den protestierenden Ärzten. Ihm folgte ein gemeinsamer Demonstrationszug zu einer Abschlusskundgebung vor dem Bundesgesundheitsministerium. Der Berufsverband Deutscher Internisten hatte seine mehr als 20 000 Mitglieder aufgefordert, sich an der Demonstration zu beteiligen. Die Ärzte sind nicht länger bereit, die Folgen dirigistischer Eingriffe und politischer Versäumnisse im Gesundheitswesen auf ihrem Rücken austragen zu lassen, erklärte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack (2. von links). Seine Hauptkritikpunkte:

- Das deutsche Gesundheitswesen ist chronisch unterfinanziert. 30% der ärztlichen Leistungen werden nicht vergütet. Die letzten Wochen des Jahres arbeiten die deutschen Ärzte de facto umsonst.
- Krankenhausärzte wie niedergelassene Ärzte werden in unerträglicher Weise durch eine Überbürokratisierung belastet.
- Angesichts der unattraktiven Situation wollen immer weniger junge Menschen den Arztberuf ergreifen.
- Die vorgesehene Bonus-Malus-Regelung im Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) gefährdet die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland und setzt die verordnenden Ärzte zusätzlich einem nie gekannten politischen Druck aus.

gung zielführend.

Strukturveränderungen:

Um eine notwendige Zusammenführung der klinischen und ambulanten Versorgung voran zu bringen, muss die bestehende sektorale Trennung der Bereiche aufgehoben werden. Jede Form der Budgetierung konterkariert den Ansatz einer Förderung des Wettbewerbs und zementiert verkrustete Strukturen. Zu weiteren Wettbewerb fördernden Maßnahmen gehört die bereits im Gesetzgebungsverfahren befindliche Neufassung der Zulassungsverordnung mit dem Ziel, die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 2004 umzusetzen. Ohne die Liberalisierung der Kooperationsmöglichkeiten sind Verschlinkungen und Effizienzsteigerung nicht umsetzbar. In diesem Zusammenhang muss auch die bisherige

Bedarfsplanung zugunsten einer regional bezogenen sektorübergreifenden Versorgungsbedarfsfeststellung geändert werden. Alle Maßnahmen zusammen ermöglichen dann auch eine gemeinsame Honorarverantwortung mehrerer Leistungserbringer an einem Behandlungsfall.

Zur verbesserten Verflechtung stationärer und ambulanten Versorgung ist das Belegarztsystem zu fördern. Ebenso sollte vermehrt die Möglichkeit konsiliarärztlicher Tätigkeit von niedergelassenen Ärzten an Kliniken wie auch die Option für Krankenhausärzte zur partnerschaftlichen Kooperation mit niedergelassenen Praxen ermöglicht werden. Es sind die Ärzte und nicht die Institutionen, die den unmittelbaren Bezug zu ihren Patienten haben und

diese durch die unterschiedlichen Versorgungsebenen begleiten. Je enger die Ärzte zusammenarbeiten können, um so weniger Reibungsverluste werden am Übergang der Versorgungsbereiche entstehen. Die institutionelle Öffnung der Krankenhausambulanzen für die ambulante fachärztliche Versorgung löst das Problem des individuellen Patientenbezuges nicht, ganz abgesehen von der personellen Situation an deutschen Kliniken, die kaum noch für die Versorgung der stationären Patienten ausreicht. Eine weitere Verzögerung in der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes wird die Bereitschaft der Klinikärzte, sich bis an die Grenze der Belastbarkeit einzubringen, nicht fördern.

Das Gesundheitswesen ist mit der größte Arbeitsmarkt

in Deutschland. In den letzten Jahren sind durch Klinikschließungen und Personalreduktion in den Arztpraxen mehr als 100 000 Stellen freigesetzt worden. Auch dies ist mitverantwortlich für die inzwischen stattfindende Rationierung, die sich bisher nur in verlängerten Wartelisten äußert.

Qualitätsmängel sind aber programmiert, die zu unmittelbaren Schäden für die Patienten führen werden. Dieses abzuwenden und in Zukunft eine nachhaltige, für alle gleiche gute Grundversorgung der Bevölkerung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu garantieren, ist vordringliche Aufgabe der Politik. Die GFB bietet Lösungsansätze; eine Weichenstellung ist zwingend und in kurzer Zeit erforderlich.

Gretchenfrage an Ulla Schmidt

Wie hältst Du es mit dem Wettbewerb?

Der Vorschlag unserer Gesundheitsministerin nach einer einheitlichen Gebührenordnung rüttelt an den Grundfesten des derzeitigen Systems. In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt in der ambulanten Versorgungsebene das Sachleistungsprinzip. Der Patient erhält alle Leistungen, die nach dem SGB V notwendig und wirtschaftlich sind. Die dazu notwendigen Verträge werden kollektiv mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen, an die die Krankenkasse die Kopfpauschale für ihre Versicherten entrichtet. Die KVen haben dann das Geld an ihre Mitglieder, die Vertragsärzte, zu verteilen. Dies geschieht nach dem EBM und den Honorarverteilungsverträgen. Dabei ist der EBM grundsätzlich keine Gebührenordnung,

sondern ein Bewertungsmaßstab, der zuallererst dazu dient, den Leistungsinhalt in der ambulanten Versorgung zu definieren. So muss in der gesetzlichen Krankenversicherung die Kassenärztliche Vereinigung nur das vergüten, was auch *expressis verbis* in diesem EBM aufgeführt ist. Die Ärzte erhalten keine Einzelleistungsvergütung in Euro und Cent, sondern ein Honorar nach dem Verhältnis von Leistungsmenge und zur Verfügung gestelltem Geld, aus dem der sattsam bekannte zu niedrige Punktwert resultiert.

Demgegenüber ist in der privaten Krankenversicherung Grundlage der Abrechnung eine gesetzlich definierte Gebührenordnung, die GOÄ. Der einzelne Patient schließt mit seinem Arzt

einen Behandlungsvertrag, der ihm nach dieser Gebührenordnung die Leistung in Euro und Cent in Rechnung stellt. Je nach seinem Versicherungsvertrag bekommt der Patient diese ganz oder teilweise erstattet. Die Abrechnung erfolgt somit nicht nach dem Sachleistungsprinzip, sondern dem Kostenerstattungsprinzip. Entscheidend ist aber ein wesentlicher Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung bezüglich des Leistungsinhaltes. Prinzipiell sind hier alle ärztlichen und medizinischen Leistungen in Rechnung zu stellen. Ein dezidiert definierter Leistungskatalog existiert für die private Krankenversicherung nicht. Damit stehen dem Privatversicherten auch Leistungen zur Verfügung, die dem gesetzlich Versicherten nach

dem EBM nicht zustehen. Der gesetzlich Versicherte und der Privatpatient unterscheiden sich somit nicht nur in der Form der Vergütung, sondern vor allem auch bezüglich des Leistungskatalogs. Hier liegt der wesentliche Unterschied zwischen dem Sachleistungsprinzip und dem Kostenerstattungsprinzip.

Genau zu diesem wunden Punkt äußert sich unsere Gesundheitsministerin aber nicht. Sie will zwar die Vergütungssysteme in GKV und PKV angleichen, lässt aber ganz entscheidende Fragen offen.

- Wird mit der Einführung einer neuen Gebührenordnung nach Euro und Cent das Sachleistungsprinzip mit der Punktwertwährung endgültig abgeschafft und gilt für alle Bürger so- ▶

mit die Kostenerstattung? Nur unter dieser Prämisse kann man ihre Vorgabe verstehen, die Ärzte auch in der GKV nach Euro und Cent zu bezahlen. Dies würde bei lupenreiner Umsetzung das Ende der Budgetierung bedeuten. Hat dies Frau Schmidt gemeint?

• Oder hat sie etwa vor, das Sachleistungsprinzip der GKV auch bei der Privatversicherung einzuführen?

Wie sie dann die einzelne Vergütung mit festen Preisen regeln will, bleibt ihr Geheimnis.

• Was geschieht mit dem Leistungskatalog? Will sie die PKV auf das Niveau der GKV gleichschalten und damit letztendlich bezüglich der Leistungsgestaltung den Weg zur Einheitsversicherung freimachen?

Die Befürchtung, dass Frau Schmidt mit der einheitlichen Gebührenordnung

neben der Vergütung auch die Leistung von GKV und PKV gleichschalten will, ist mehr als begründet. Offensichtlich hat sie die Absicht, einfach die Vorgaben des Bundesausschusses auch auf die Privatversicherungen zu übertragen und damit für alle Bürger in der Bundesrepublik die ärztlichen und medizinischen Leistungen einzuschränken.

Unsere Gesundheitsministerin beschwört immer

wieder den Wettbewerb im Gesundheitswesen. Noch bleibt sie uns nach ihren neuen Vorschlägen aber die Antwort schuldig, wo dieser denn auch stattfinden kann, wenn sie Vergütung und Leistungskatalog für gesetzlich und privat Versicherte vereinheitlicht.

Die Gretchenfrage nach dem Wettbewerb sollte sie im Interesse einer sachlichen Diskussion umgehend beantworten. HFS

EBM 2000 plus

Das finanzielle Desaster wird sichtbar

Man kann es gar nicht oft genug wiederholen: Aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde der neue EBM deshalb betriebswirtschaftlich kalkuliert, weil man zeigen wollte, dass das Geld für die ambulante Versorgung nicht ausreicht.

Die ersten Analysen der Abrechnungen sind mehr als unübersichtlich. Sie wechseln von einer Länder-KV zur anderen. Viele Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigungen wiegeln bei der Analyse der Ergebnisse ab, es sei alles gar nicht so schlimm gekommen wie befürchtet. Berufsverbände sehen aber ihre Leistungen am Ende und drohen teilweise, die Arbeit, wie z.B. beim ambulanten Operieren, in Gänze einzustellen. Wo liegt die Wahrheit? Geben wir es zu: Es hat auch unter dem alten EBM kaum noch einen Vertragsarzt gegeben, der bei den Honorarverteilungsmaßstäben in der Lage war, seine Abrechnung im Detail zu verstehen. Jeder hat die Einnahmen eines Quartals unter Berücksichtigung der Fallzahlen mit dem Vorjahresquartal verglichen – nach dem Motto: Stimmt mein KV-Gehalt noch in etwa? In der heutigen Lage gibt

es deshalb zwei wichtige Fragen:

1. Was kommt am Ende, sprich des Quartals, nach Einführung des neuen EBM im Vergleich zu dem Vorjahresquartal heraus?

2. Welche Signale und Argumente lassen sich aus den Daten der Abrechnung, basierend auf dem neuen EBM erfassen?

Zu Frage 1

Unser KV-Gehalt ist von einer Länder-KV zur anderen unterschiedlich, aber nicht wegen des EBM, sondern weil sich die Einnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung verändert haben und die Verschiebungen sehr häufig direkte Folge der unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge sind.

Insgesamt steht den Kassenärztlichen Vereinigungen nämlich weniger Geld zur Verfügung. Dies muss bei gleich bleibender Zahl von Vertragsärzten zu einer Gehaltsreduktion führen. Die Steigerung durch Erhöhung der Bruttolohnsumme ist nahezu ausgeblieben, es gibt eine Verschiebung der Honorare von den alten in die neuen Bundesländer, und es gibt Abzüge wie z.B. durch die integrierte Versor-

gung, die sich leider die Vertragsärzte durch Beteiligung an diesen Verträgen nicht wieder zurückholen.

Bei den Honorarverteilungsverträgen sind die Probleme ebenso vielfältig. In der einen KV sind die Individualbudgets so alt, dass die inzwischen eingetretenen Verwerfungen in der Versorgung nicht mehr abgebildet werden können. Hier sind Fehler der Honorarverteilung selbst Ursache der eingetretenen Honorarverschiebungen. Dann gibt es exotische, intransparente Lösungen, wie z.B. Niedersachsen, die besonders in einzelnen Facharztgruppen massive Verlierer hervorrufen. Andere KVen, wie z.B. Hessen, haben handfeste Korridore eingezogen – eine Änderung des Honorars im Vergleich zum Vorquartal ist z.B. nur noch von -5 bis +5% möglich –, so dass auf diese Art und Weise das Schlimmste verhütet wird.

Zu Frage 2

Alle Welt stellt den Punktwert bei der Verwertung unserer Vergütung in den Mittelpunkt. Wenn sich durch die Umstellung des EBM die Punktwertanforderung erhöht hat, führt dies allein bei

gleich bleibendem KV-Gehalt zu einer Minderung des Punktwertes. Die Reduktion des Punktwertes ist ein wichtiges psychologisches Signal für alle Ärzte, das die Ängste vom wirtschaftlichen Niedergang weiter schürt. Es ist nämlich klar, dass bei einer Gebührenordnung die von einem festen Punktwert nach betriebswirtschaftlichen Kalkulationen von 5,11 Cent ausgeht, ein deutlich niedriger Punktwert für den Vertragsarzt signalisiert, dass seine wirtschaftliche Basis auf kurz oder lang zerstört wird.

Hier ist der KV Bayerns zu danken, die in der nachfolgenden Tabelle die Punktwerte der Restleistungen, also der Leistungen, die nicht durch einen festen Punktwert gestützt werden, veröffentlicht hat. Dies bringt Licht in dieses Dunkel. Man muss nämlich nur die ausgezahlten Punktwerte mit den 5,11 Cent der betriebswirtschaftlichen Kalkulation vergleichen, um zu erkennen, dass bei den hausärztlichen Leistungen um 30% und bei den fachärztlichen Leistungen um 43% zu wenig Honorar zur Deckung der Kosten bezahlt wird. Wenn man dann noch die Aufteilung der ein- ▶

zelenen Leistungen in den einzelnen Fachgruppen nach technischer Leistung und Arztleistung berücksichtigt und dabei weiß, dass die technischen Leistungen als Kosten in Euro und Cent definiert sind, dann wird klar, dass die ärztliche Leistung die technischen Anteile der Bewertung subventionieren muss. Dies trifft insbesondere Leistungen mit einem hohen Kostenanteil. Die KV Hessen hat mit Unterlagen aus Niedersach-

sen errechnet, dass unter diesen Bedingungen mit zu niedrigen Punktwerten viele Fachärzte, z.B. beim Schwerpunkt Endokrinologie und Gastroenterologie, zur Durchführung der Leistung noch Gelder mitbringen müssen. Bei einem Punktwert von 4 Cent müssen invasiv tätige Angiologen und Kardiologen mit einem Punktwert für ihre ärztliche Leistung von 0,3 Cent auskommen, um nur einige desaströse Beispiele zu

nennen. Besonders gekniffen sind die Radiologen, bei denen sog. Minuspunktwerte der ärztlichen Leistung resultieren.

Man kann somit schon nach der ersten Abrechnung und nach den ersten Zahlen festhalten, dass die ambulante ärztliche Medizin heillos unterfinanziert ist. Wie sagte der letzte KV-Vorsitzende Richter-Reichhelm: „Es ist Schluss mit lustig.“ Wann wird die jetzige KBV zur Kenntnis nehmen, dass nach

dieser Abrechnung eindeutig belegt wird, dass trotz kargem Arztlohn bei der EBM-Kalkulation 30% der Leistungen bei den Hausärzten und über 40% bei den Fachärzten nicht mehr erbracht werden dürfen, wenn man den EBM ernst nimmt. Was bleibt dann noch von einer hausärztlichen und fachärztlichen ambulanten Versorgung übrig? Wo bleibt die politische Reaktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf diese Zahlen?

HFS

Auszahlungspunkte „Restliche Leistungen“ KV Bayerns

Kostenträger	Regionalkasse			Ersatzkasse		
	2/04	2/05	Defizit zu 5,11 Ct.	2/04	2/05	Defizit zu 5,11 Ct
Hausärzte	4.51	3.56	-30%	4.81	3.73	-27%
Fachärzte	3.2	2.9	-44%	3.85	3.50	-42%

Gesundheitspolitik

Große Koalition und die kleine Gesundheitsreform

Im Nachhinein wird doch manches verständlich. So hat man sich im Wahlkampf über manche inhaltlichen Ungereimtheiten insbesondere bei der CDU/CSU gewundert, z.B. über den Professor aus Heidelberg, Paul Kirchhoff, der munter und von Frau Angela Merkel nicht ernsthaft widersprochen für einen einheitlichen Steuersatz öffentlich werben konnte, obwohl das CDU-Konzept der Gesundheitsprämie die soziale Komponente durch gestaffelte Steuersätze absichern sollte. Diese Widersprüche haben die Bürger der Bundesrepublik wahrgenommen und bei ihrer Wahlentscheidung berücksichtigt. Aus der Sicht der Politiker haben sie dies aber viel zu ernst genommen. Es zeigte sich bei den Koalitionsverhandlungen,

dass es überhaupt nicht um Programme oder Wahlversprechen ging, sondern vielmehr um die Besetzung von Posten, allen voran das Bundeskanzleramt.

Es geht wie immer nach dem Motto: Was kümmert mich mein Geschwätz von gestern. Wir alle wissen, dass dies bei früheren Regierungen ähnlich gehandhabt wurde. Auch hier waren Wahlprogramme immer wieder Schall und Rauch. Aber man ist wohl kaum so schnell zur Tagesordnung übergegangen wie bei den jetzigen Koalitionsverhandlungen. Inhalte sind unwichtig, Personalentscheidungen sind alles. Damit wird auch verständlich, dass die Beteiligten schon vor der Wahl ihre Programme wohl weniger ernst genommen haben als der Wähler selbst.

Im Zeichen der Entscheidung steht ein Riesendefizit der Finanzen, das jeden innovativen Spielraum erdrückt. So auch eine umfassende Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient und die von allen Parteien im Wahlkampf eingefordert wurde.

Vor allem über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung kann man sich offensichtlich nicht einigen, sicher ist wohl nur, dass auch in der GKV wie bei der Rentenversicherung der Steuersäckel mehr als seither aushelfen muss. Also schiebt man die Reform wieder auf die lange Bank und verspricht den großen Wurf in 2006, so zumindest äußert sich unsere alte und neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt. Aus den Tiefen des Bundesgesundheitsmi-

nisteriums hört man aber, dass es schon Vorlagen über das Drehen an wichtigen Stellschrauben des derzeitigen Systems gibt, die man möglichst schnell verabschieden will.

- Es wird unverändert der Wettbewerb vor allem bei den Leistungserbringern, aber auch bei den Krankenkassen gefordert. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, dass die Instrumente der Integrationsverträge verbessert werden. Damit bekommen die Krankenkassen bei der Vertragsgestaltung insgesamt mehr Macht. Es wird den Krankenhäusern erleichtert werden, in die ambulante Versorgung einzudringen, in dem man die seitherige dreiseitige Lösung durch zweiseitige Regelungen ohne Kassenärztliche Vereinigung ►

bei den ambulanten Leistungen am Krankenhaus nach § 116 b und beim ambulanten Operieren nach § 115 b ersetzt wird.

• Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante Versorgung wird dabei weiter ausgehöhlt, dies betrifft vor

allem die fachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte, die offensichtlich mittelfristig liquidiert werden soll, wenn nicht noch ein Wunder geschieht. Hier lässt offensichtlich der ursprüngliche Entwurf des GMG aus dem Hause Schmidt grüßen.

Offensichtlich hat man sich

darauf geeinigt, dass man eine große Reform des Gesundheitswesens doch nicht braucht, wenn man die Denkansätze der alten Reformen weiterschreiben kann. Auf der Strecke bleibt die alte KV, die zu einem Restverwerter mit Behördencharakter degeneriert

wird. Bedroht sind vor allem die ambulant tätigen Fachärzte, die dringend Verbündete brauchen, damit sie überleben können. Darüber müssen sich vor allem ihre Berufsverbände Gedanken machen. Die Zeit drängt.

HFS

Ambulante Versorgungsstrukturen:

Wohin die Reise gehen wird

Viele Anzeichen sprechen für eine strukturelle Umwälzung der Versorgungslandschaft in naher Zukunft. Nach einer Liberalisierung der Berufsordnung durch die Ärztekammern, die weitgehend den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetages vom Mai 2004 gefolgt ist, plant das Bundesgesundheitsministerium nun eine entsprechende Änderung des Vertragsarztrechts. Ein Gesetzentwurf hierzu liegt aus rot-grünen Regierungszeiten schon fertig in der Schublade. Da dieser durchaus mit dem Koalitionsvertrag von SPD und CDU/CSU harmoniert, könnte er schon bald auf den parlamentarischen Weg gebracht und beschlossen werden. Damit eröffnet sich für Internisten möglicherweise eine neue Perspektive der alternierenden Berufstätigkeit in Praxis und Krankenhaus.

Zementiert werden soll in diesem Zusammenhang allerdings die Spaltung unseres Fachgebietes. Während Internisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten als „fachgleich“ gelten, sollen Ärzte gleicher Qualifikation bei Tätigkeit im hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsbereich zulassungsrechtlich als „fachverschieden“ behandelt werden. Hausärztlich tätige Internisten will man ihrerseits als „fachgleich“ mit All-

gemeinärzten klassifizieren. Dieser Schildbürgerstreich wäre zunächst allerdings nur für die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren bedeutsam, weil sie die in einem MVZ geltende Vorschrift von mindestens zwei fachverschiedenen Ärzten konkretisiert.

Offenbar ist die Verschiebung des Schwerpunktes der Versorgung von Freiberufler-Praxen in Richtung MVZ und Krankenhausambulanzen mit angestellten Ärzten ein Anliegen des Ministeriums von Ulla Schmidt. Dabei kommt man auch niedergelassenen Ärzten entgegen, wenn sie ein MVZ gründen wollen. Die bisher ausgeschlossene Doppelfunktion als Gesellschafter und gleichzeitig Angestellter eines MVZ (und damit eine Arztsitzvermehrung nach 5 Jahren durch den Gründer selbst) soll erlaubt werden. Außerdem darf man zukünftig nach dem Erlöschen der eigenen Zulassung (z.B. nach Vollendung des 68. Lebensjahres) Mitgesellschafter eines MVZ bleiben und weiterhin Einkommen als Arbeitgeber von vertragsärztlich tätigen Kollegen erwirtschaften. Diese Freiheitsgrade gibt es bisher noch nicht. Für angestellte Ärzte entfällt die Altersgrenze von 55 Jahren für die Erstaufnahme ambulant-vertragsärztlicher Tätigkeit.

Auf ähnliche Weise wird die Anstellung in Gemeinschaftspraxen erleichtert, indem laut Gesetzentwurf jeder Vertragsarztsitz (auch in gesperrten Planungsbereichen) in eine Anstellung umgewandelt werden kann. Der Verkauf bzw. Aufkauf von Praxen wird noch gefördert durch die Erleichterung, dass Nachbesetzungen freihändig, d.h. ohne Auswahlverfahren im Zulassungsausschuss möglich werden. In offenen Planungsbereichen wird die Anstellung von Ärzten ohne Leistungsbegrenzung freigegeben. Die restriktiven Regelungen zu Jobsharing und Zweigpraxen

sowie die Altersgrenze von 68 Jahren auch für angestellte Ärzte sollen beibehalten werden.

Die in ihren Auswirkungen weitreichendste Änderung des Vertragsarztrechts ist durch die mögliche Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften in den Grenzen eines KV-Bereiches zu erwarten. Solche Gemeinschaften erfordern die Präsenz von nur einem Mitglied der Kooperation je Vertragsarztsitz. Daraus resultiert einerseits die Option für Teilgemeinschaftspraxen, z.B. in Form von Spezialsprechstunden bei Kollegen. Hinzu tritt ►

EINLADUNG

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 23. April 2006, 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 Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Geschäftsführers zum Geschäftsjahr 2005 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

W. Weslack

Dr. med. Wolfgang Weslack
Präsident



die Möglichkeit, gleichzeitig in mehreren derartigen Berufsgemeinschaften tätig zu werden. Die Vielfalt denkbarer Konstellationen bei einer solchen Rechtsänderung lässt es vorstellbar erscheinen, dass sich die traditionelle Einzelpraxis schneller als erwartet zu einer Rarität in der ambulanten Medizin entwickeln könnte. Allerdings werden alle Formen der vertragsärztlichen Tätigkeit an mehreren Orten unter Genehmigungszwang der KV oder der Zulassungsausschüsse stehen.

Das Szenario bliebe unvollständig, würde nicht auch die geplante Änderung des § 20 Absatz 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung einbezogen. Danach ist die Tätigkeit als Vertragsarzt zukünftig mit der Tätigkeit in einem zugelassenen Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung vereinbar. Die Neuregelung wird die personelle Integration an der Grenze zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich beschleunigen und erleichtert vor allem Klinikträgern den Betrieb eigener MVZ.

Für Internisten bedeutet das neue Gesetz, dass die Zukunft einem gemischten Broterwerb gehören wird. Neben dem zunehmend ausgehöhlten wirtschaftlichen Standbein der eigenen Praxis kann die persönliche Qualifikation in kooperativen Versorgungsformen wie Teilgemeinschaftspraxen, MVZ oder Klinik-Gastjobs angeboten werden. Stationär tätige Internisten erwartet der rotierende Einsatz im ambulanten MVZ ihres Krankenhausträgers, eine weitere neue Option werden Klinik-Teilzeitverträge mit Nebentätigkeit in Kooperationen der Niedergelassenen.

Dr. Thomas Schröter, Weimar

„Der Internist als Spezialist muss erhalten bleiben“

BDI aktuell: Der Hausärzteverband strebt eine Spaltung der ärztlichen Berufsvertretung in eine hausärztliche und eine fachärztliche KV an. Kann der BDI eine solche Position mittragen?

Von Römer: Wir sind strikt gegen eine Trennung, weil es gerade in politisch schwierigen Zeiten wichtig ist, dass die Ärzteschaft gemeinsam auftritt und nicht in einzelne Gruppen zerfällt.

Es ist das Ziel der Krankenkassen, die Ärzteschaft zu spalten und mit einzelnen Gruppen Verträge abzuschließen. Der einzelne Arzt ist dann schutzlos den Krankenkassen ausgeliefert. Das können wir nicht zulassen. Wenn wir einen freien Arztberuf erhalten und unsere berechtigten Anliegen in der Öffentlichkeit wirksam umsetzen wollen, müssen wir das gemeinsam tun. Ich halte das Ganze für einen Krieg von Funktionären, für den die Basis immer weniger Verständnis zeigt.

Deshalb müssen wir diesen Streit möglichst schnell beilegen.

Im Prinzip ist das ja auch schon geschehen, indem alle Seiten sich bereit erklärt haben, das hausärztliche und fachärztliche Budget weiterhin getrennt zu halten. Auch der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler hat gerade erst in Berlin bekundet, dass er durchaus für die Zukunft die Chance sieht, dies beizubehalten, so dass keine Seite der anderen vorwerfen kann, dass man ihr das Geld aus der Tasche zieht.

BDI aktuell: Das Geld ist ja wohl das Hauptargument, das hinter dem ganzen Streit steht?

Von Römer: Dazu muss man sagen, dass das ganze System um 30% unterfinanziert ist. Unter diesen Um-



Dr. Wolf von Römer
1. Vizepräsident des BDI

ständen macht es überhaupt keinen Sinn, dass die Hausärzte den Fachärzten oder die Fachärzte den Hausärzten etwas nehmen wollen. Der Verteilungskampf in den Gruppen muss aufhören. Sie müssen gemeinsam die Gesellschaft überzeugen, dass die hohe Qualität unserer derzeitigen Medizin unter diesen Bedingungen nicht gehalten werden kann. Die Folgen einer solchen Politik sind Rationierung und Staatsmedizin, wie wir sie heute in Ansätzen schon erleben.

Es besteht ja nicht nur Unterfinanzierung des Gesundheitssystems, sondern auch eine zunehmende Überalterung unserer Gesellschaft. Die Schnelligkeit, mit der die Alterung der Gesellschaft voranschreitet, bezeichnen Volkswirtschaftler diese Entwicklung als „Tsunami“, mit entsprechender Steigerung der Ausgaben.

BDI aktuell: Der Berufsverband der Internisten hat Klinikärzte und Vertragsärzte, Hausärzte und Fachärzte unter einem

Dach. Wie kann man das Kunststück fertig bringen, dass sich diese unterschiedlichen Gruppen als gemeinsame Fachgruppe verstehen?

Von Römer: Hier hat es in der Vergangenheit Irritationen und sicher auch Fehler gegeben. Aber in den letzten Jahren haben wir diese Gräben wieder zuschütten können. Wir sind uns in dem Punkt einig, dass wir alle Fachärzte sind, von denen aufgrund gesetzlicher Vorgaben die einen im fachärztlichen, die anderen im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind.

Die Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich sind mit dieser Situation allerdings in keiner Weise zufrieden, da sie einen großen Teil ihrer erlernten Weiterbildung gar nicht erbringen dürfen. Auf der anderen Seite erfordert ein System mit immer mehr multimorbiden Patienten hervorragend ausgebildete Internisten, die die Komplexität der Erkrankungen erkennen und entsprechend behandeln bzw. weiterleiten können.

BDI aktuell: Es hat ja schon Versuche einer Abspaltung gegeben, etwa die Gründung eines Verbandes hausärztlicher Internisten. Auch der Hausärzteverband versucht, Internisten aufzunehmen.

Von Römer: Sehr viele von denen, die sich sehr früh an den BDA angelehnt haben, sind enttäuscht, dass sie zwar gerne aufgenommen, in der politischen Szene aber ausgebremst werden. Auch der BDI ist sich dieser Tatsache bewusst. Die meisten seiner ▶

Mitglieder sind nach wie vor im Internistenverband. Wir kämpfen mittlerweile nicht mehr gegeneinander, sondern miteinander um die berechtigten Interessen der Internisten.

Das Problem ist natürlich, dass der Allgemeininternist 2002 in Rostock abgeschafft wurde, bestätigt durch den Ärztetag 2003 in Köln, und dass bereits jetzt große Probleme in den Kliniken erkennbar sind. Hier fehlt die qualifizierte Tätigkeit der Fachärzte für Innere Medizin. Durch Einführung der DRGs wurden die Liegezeiten deutlich verkürzt und damit die Arbeit erheblich verdichtet. Der Trend, nur noch Fachärzte einzustellen, wird deshalb zunehmen, und es stellt sich die Frage, wo die Fachinternisten in Zukunft herkommen werden, insbesondere die führende Ärztegruppe für kleinere und mittlere Kliniken und Versorgungszentren.

Auf dem 44. Bayerischen Internisten-Kongress in München Ende November 2005 haben Chefarzt PD Dr. Michael Weber, Dachau, und der Ordinarius für Gastroenterologie aus Erlangen, Prof. Dr. Eckhart Hahn dringend gefordert, den Allgemeininternisten wieder einzuführen, weil sonst die Facharztqualität im Krankenhaus auf lange Sicht nicht zu sichern ist und wir einen wirklichen Mangel an Fachärzten bekommen werden.

Bei der verkürzten Weiterbildungszeit auf 5 Jahre bedarf es ohnehin eines großen Apparats, um diese Arbeit schaffen zu können. Wir müssen daher Wert darauf legen, diesen Allgemeininternisten einzuführen, denn im Moment herrscht ein völliges Durcheinander.

Von allen Landesärztekammern haben 5 Länder den Internisten ohne Schwerpunkt erhalten: als 9. Säule neben den Schwerpunkten mit 6

Jahren: Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen, als Basis der Schwerpunkte mit 5 Jahren Hessen. Von den meisten Aufsichtsbehörden ist der Arzt für Innere und Allgemeinmedizin bisher nicht genehmigt worden, weil gravierende Bedenken auch im EU-Recht bestehen. Überall in Europa gibt es den Internisten, nur in Deutschland nicht. Wir haben die skurrile Situation, dass wir einen Allgemeinarzt und einen Internisten mit Schwerpunkt haben, aber keinen Allgemeininternisten mehr, der selbständig arbeiten kann.

Inzwischen liegen aus mehreren Kammern Anträge auf erneute Diskussion des Kapitels 12 der Muster-Weiterbildungsordnung vor. Eine Mehrheit von 8:5 der Ständigen Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ hat sich im Dezember dafür ausgesprochen, das Thema erneut zur Debatte zu stellen.

Die Versorgungslandschaft wird mit hoher Sicherheit

mit einen ausgeprägten Ärztemangel rechnen müssen. Durch den Allgemeininternisten könnte dieses Defizit zunächst spürbar entlastet werden. Herr Köhler (KBV) hat gesagt, dass in 10 Jahren in der ambulanten Versorgung rund 60000 Ärzte fehlen, im Krankenhaus etwa 17000, und bei 65000 Ärzten in Bayern können bereits jetzt Krankenhausstellen nicht mehr besetzt werden.

Hinzu kommt die Entvölkerung in einigen Regionen Deutschlands, wo man mit den heutigen Methoden ohnehin keinen Arzt hinlocken kann. Hier braucht man unbedingt eine Verbesserung der Bedingungen, eine Flexibilisierung des Vertragsarztrechts, denn in solchen Räumen wird ein Arzt allein mit einer Praxis nicht mehr leben können, sondern er wird an mehreren Orten tätig sein müssen. Wahrscheinlich wird er zusätzlich noch vor Ort eine Krankenschwester brauchen, die in seinem Auftrag arbeitet, um

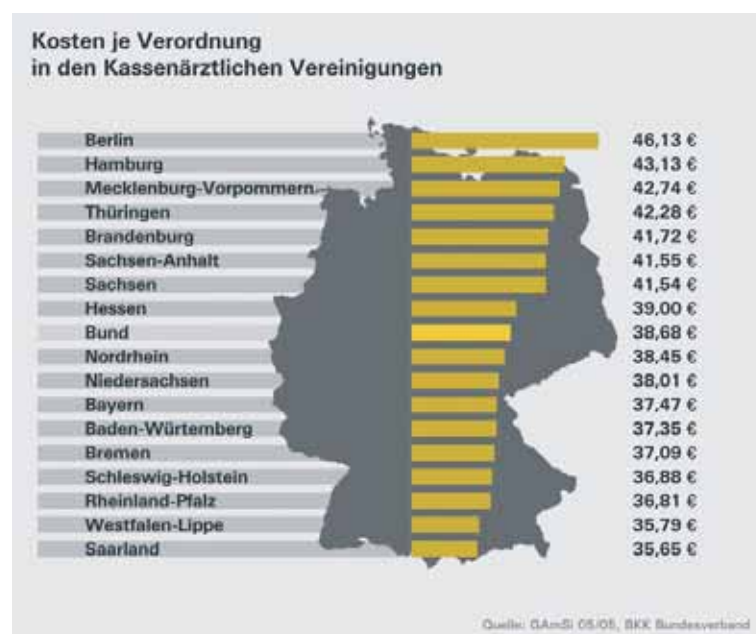
die Versorgung der alten, schwerkranken Menschen gewährleisten zu können. Wir müssen dabei nur aufpassen, dass wir nicht in dieselbe Richtung gehen wie in den USA mit den Practitioners, die sich dann verselbständigen haben. Hier sind Politik und KV aufgerufen, schnellstmöglich etwas zu unternehmen.

BDI aktuell: Gibt es nicht bereits Ansätze wie in Thüringen, wo die KV eigene Praxen hinstellt, in denen sie Ärzte anstellt?

Von Römer: Das Problem ist, dass man noch nicht einmal Ärzte findet, die sich anstellen lassen. Es ist offenkundig: Die Bedingungen müssen verbessert werden. Deshalb erwarten wir von der Politik, dass sie dieses heiße Eisen endlich anfasst und nicht ständig vor sich her schiebt. Sie muss die Finanzierung sichern, eine solidarische Grundversorgung gewährleisten und ähnlich wie im Schweizer System gewisse Zusatzbereiche privat absichern lassen.

BDI aktuell: Erweist sich nicht auch die Vorschrift im Gesetz, wonach leer werdende Hausarzt-Sitze nur noch von Allgemeinärzten übernommen werden dürfen, als Hemmschuh?

Von Römer: Zuerst hieß es im Gesetz „die Hausarztsitze müssen mit Allgemeinärzten besetzt werden“, jetzt steht abgemildert darin, „die Hausarztsitze sollen von Allgemeinärzten übernommen werden“. Dieser Punkt wird von der Politik sicher noch einmal zu überdenken sein, wenn man den bevorstehenden Ärztemangel beheben will. Eine andere Lösung könnte der Status der Kinderärzte erhalten, die ebenfalls Fachärzte sind, aber gleichzeitig auch im hausärztlichen



Berlin ist am teuersten

Das Verordnungsverhalten in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen ist stark unterschiedlich. Die durchschnittlichen Kosten je Verschreibung sind in Berlin mit 46,13 Euro am teuersten, im Saarland mit 35,65 Euro am günstigsten. Der Bundesdurchschnitt pro Verordnung liegt bei 38,68 Euro.

Quelle: BKK

Bereich tätig sein dürfen. Langfristig brauchen wir, wie oben ausgeführt, vor allem für die Klinik den Arzt für Innere Medizin mit 5 Jahren Weiterbildungszeit, damit wir auch gegenüber dem Ausland mit 4 Jahren Weiterbildungszeit konkurrenzfähig bleiben.

Den Facharzt für Innere Medizin mit 6 Jahren Weiterbildungszeit als 9. Säule neben den Schwerpunkten halten wir für nicht zielführend, da damit die breite gemeinsame Weiterbildung der Schwerpunkte verloren gehen würde.

Der Internist als Spezialist für komplexe Beschwerde- und

Krankheitsbilder muss erhalten und gestärkt werden, um die ärztliche Kompetenz in der Inneren Medizin zu stärken und die notwendige Effizienzsteigerung in unserem Gesundheitswesen zu erreichen.

Interview: KS

Statistik

Mit Stand 13.01.2005 gab es in Deutschland

- 17546 niedergelassene Internisten, darunter
- 10594 im hausärztlichen Bereich,
- 6900 im fachärztlichen Versorgungsbereich.



Im Jahr 2004 verordnete jeder Internist im Durchschnitt Arzneimittel für 253 000 Euro. Damit liegen die Internisten vor allen anderen Fachgruppen. Niedrige Umsätze verzeichnen dagegen Chirurgen und HNO-Ärzte. Das durchschnittliche Umsatzvolumen je Arzt belief sich auf 165 000 Euro bei insgesamt 131 119 Ärzten.

Quelle: BKK

Selbstverwaltung

Der G-BA siegt gegen sein Aufsichtsministerium

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist in den letzten Jahren immer einflussreicher geworden. Während sich alle Politiker um das neben der Finanzierung wichtigste Thema der GKV, nämlich den Leistungsinhalt der Versicherung zu definieren, herumdrücken, muss der Bundesausschuss täglich entscheiden, was im Einzelfall zur gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Als Instrument der Selbstverwaltung müssen hier die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten gebündelt und zusammengeführt werden.

Dabei können die Interessen der so genannten „Bänke“ nicht unterschiedlicher sein. Die Krankenkassen achten peinlichst darauf, dass keine Leistungen eingeführt werden, die zusätzliches Geld kosten. Offen ist man dann für eine positive Entscheidung, wann die neue Leistung mit den vorhandenen Finanzmitteln bezahlt

wird, sozusagen innerhalb der Budgets. Die deutschen Krankenhäuser wollen den Verdrängungswettbewerb mit den niedergelassenen Fachärzten dadurch gewinnen, dass sie sich der strengen Leistungsdefinition entziehen, um weiter völlig unkontrolliert, wie im stationären Bereich, zu arbeiten. Die Patientenvertreter sind natürlich immer an neuen Leistungen interessiert, haben aber inzwischen bemerkt, dass man hier und da beim einzelnen Patienten Schaden anrichten kann, wenn unkontrolliert Neues angewandt wird. Naturgemäß interessiert hier die Finanzierung wenig.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung steht zwischen all diesen Interessen, ihr Herz schlägt natürlich für die Patienten, der Kopf mahnt zur Zurückhaltung, weil eine Leistungsausweitung seither fast immer zu Lasten der Ärzte selbst, sprich über Regelungen der Gesamtver-

gütung abgewickelt wurde. Soweit der Interessenskonflikt innerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dennoch bleibt den Beteiligten nichts anderes übrig als zu entscheiden, was nach dem medizinischen Nutzen und der Wirtschaftlichkeit in unserem System notwendig ist und eingeführt werden muss. Eigentlich müssten alle Fragen isoliert medizinisch beantwortet werden, natürlich im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches.

Fachaufsicht nein

Ab hier greift das Bundesministerium für Gesundheit ein, weil es die Beschlüsse genehmigen muss. Dabei ist es zu einem elementaren Konflikt zwischen dem Bundesausschuss und dem Ministerium gekommen. Dort hatte man gern den Einfluss auf die medizinische Entscheidung ausgeweitet. Betrachtet man die Beanstandung des Ministeriums

bei einzelnen Beschlüssen, so fällt auf, dass man doch versucht, heimlich eine Art Fachaufsicht einzuführen, und den Bundesausschuss in seiner Entscheidung medizinisch zu beeinflussen. Der Gemeinsame Bundesausschuss fühlte sich in dieser Situation als Erfüllungsgehilfe politischer Vorstellungen und wollte dies nicht hinnehmen. Eine Entscheidung bezüglich einer stationären Leistung über die Protonentherapie hat man deshalb zum Anlass genommen, die Beanstandungen des Ministeriums zu beklagen. Siehe da: In der ersten Instanz im Sozialgericht Köln, ist das Bundesgesundheitsministerium mit seiner Fachaufsicht mit Pauken und Trompeten durchgefallen. Die Richter haben klargestellt, Rechtsaufsicht ja, Fachaufsicht nein. Ein Sieg für die Selbstverwaltung, der hoffentlich auch bei den nächsten Instanzen Bestand hat.

HFS

Chancen gegen Regressforderungen

Wenn ein Regress droht, haben Vertragsärzte unter zwei Bedingungen gute Chancen, der Strafzahlung zu entgehen: Entweder können sie substantiiert darlegen, dass die ihnen zugerechneten Verordnungskosten auf falschen Daten fußen, oder die zugrunde gelegte Richtgrößenvereinbarung ist rückwirkend in Kraft getreten. Diese Entscheidung hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts Anfang November 2005 getroffen (AZ: B 6 KA 63/04 R).

In 16 Fällen hatten Krankenkassen gegen den Beschwerdeausschuss für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung im Land Berlin geklagt. Dieser hatte ihre Regressforderungen in zum Teil sechsstelliger Höhe gegen Berliner Vertragsärzte reduziert bzw. zurückgewiesen, weil die Original-Verordnungsblätter nicht vollständig vorgelegt worden waren und weil die Richtgrößenvereinbarung (für das Jahr 1998) erst im Juli veröffentlicht worden war.

Diese Entscheidung wollten die Krankenkassen nicht hinnehmen und schlugen den Sozialgerichtsweg ein.

Zweifelhafte Datenbasis

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage der Krankenkassen abgewiesen. Es hat ebenfalls die Höhe der von den betroffenen Ärzten verursachten Verordnungskosten durch die vorgelegten Verordnungsblätter als nicht vollständig nachgewiesen angesehen. Die elektronisch von den Krankenkassen gemeldeten Verordnungskosten seien wegen der zweifelhaften Datenbasis als Grundlage für eine Regressfestsetzung nicht geeignet. Das Landessozialgericht

hat hingegen die Berufung der Krankenkassen zurückgewiesen, weil es für die Richtgrößen-Prüfung im Jahr 1998 an einer wirksamen Grundlage fehle. Die zwischen der KV Berlin und den Krankenkassen am 20. April 1998 abgeschlossene und im Juli 1998 veröffentlichte



Foto: ABDA

Richtgrößen-Vereinbarung 1998 sei wegen Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot verfassungswidrig und deshalb nichtig.

In der Revisionsinstanz in Kassel scheiterten die Krankenkassen jetzt endgültig mit ihren Regressforderungen. Der 6. Senat ist allerdings der Auffassung der Vorinstanzen nicht gefolgt, die Rechtmäßigkeit der Ablehnung einer Regressfestsetzung ergebe sich schon daraus, dass die Krankenkassen nicht in der Lage gewesen seien, die Höhe der vom Arzt veranlassten Verordnungskosten durch Vorlage der Originalbelege bzw. der Printimages nachzuweisen. Er berief sich dabei auf sein Urteil vom 27. April 2005 (siehe Kasten). Darin hatte er im Einzelnen ausgeführt, dass die gesetzlichen Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung davon ausgehen, dass der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit der Ordnungsweise eines Arztes anhand der elektronisch erfassten und übermittelten Daten geführt werden kann. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass

die Verordnungskosten von den sie erfassenden Apotheken-Rechenzentren und den Krankenkassen generell nicht richtig ermittelt bzw. übermittelt worden wären, sind nicht ersichtlich. Sie ergeben sich insbesondere nicht allein daraus, dass bei einer manuellen Saldierung der tatsächlich vorgelegten Verordnungsblätter Abweichungen gegenüber den elektronisch gemeldeten Verordnungssummen festgestellt wurden.

Eine nähere Überprüfung der Richtigkeit der arztbezogen-individuell elektronisch erfassten Verordnungskosten ist nur erforderlich, wenn der betroffene Vertragsarzt substantiierte Einwendungen gegen die ordnungsgemäße Erfassung seiner Verordnungen vorbringt oder soweit sich den Prüfungsgremien Zweifel selbst aufdrängen. Dazu müssen der Arzt bzw. die Prüfungsgremien Einsicht in die elektronisch erfassten Einzelverordnungen nehmen können. Hierzu genügt es allerdings, dass die in einer Verordnungsliste zusammengestellten Einzeldaten über die für den Arzt erfassten Verordnungen vorgelegt werden. Stellt der Arzt die Richtigkeit einzelner elektronisch für ihn erfasster Verordnungen anhand eigener Unterlagen plausibel in Frage, muss dem durch Vorlage der davon betroffenen Verordnungsblätter bzw. Printimages nachgegangen werden; festgestellte Fehlbuchungen sind entsprechend zu korrigieren. Können die Verordnungsblätter oder deren Verfilmungen nicht vorgelegt werden und ist deshalb eine Überprüfung der substantiiert angezweifelten Verordnungen nicht möglich, sind die betroffenen Verordnungsbeträge insgesamt von der Überschreitungssumme abzuziehen.

Eine lediglich pauschale Behauptung, die Verordnungen seien nicht ordnungsgemäß erfasst worden, löst jedoch keine Verpflichtung der Prüfungsgremien aus, sämtliche Originalverordnungen oder Printimages beizuziehen. Ergibt sich bei einer solchen Überprüfung der Verordnungsdaten, dass Unrichtigkeiten in erheblichem Ausmaß vorliegen, d.h. dass wenigstens 5 % der für den betroffenen Vertragsarzt gemeldeten Verordnungsbeträge ihm unberechtigterweise zugeordnet wurden, ist dem Anscheinsbeweis der insgesamt zutreffend elektronisch erfassten Verordnungskosten die Grundlage entzogen. In diesem Fall haben die Prüfungsgremien die vom Arzt veranlassten Verordnungskosten anhand aller erreichbaren Originalverordnungsblätter bzw. Printimages zu ermitteln und gegebenenfalls einen Abschlag von dem sich dann noch ergebenden Regressbetrag in der Höhe vorzunehmen, in der die Verordnungsblätter nicht vorgelegt werden konnten.

Keine rückwirkenden Richtgrößen

Unabhängig von der Frage des Nachweises der veranlassten Verordnungskosten erweist sich laut BSG die Entscheidung des Berliner Beschwerdeausschusses, keinen Regress festzusetzen, jedoch aus anderen Gründen als rechtmäßig. Wie das Landessozialgericht zutreffend festgestellt hat, lag im Bereich der KV Berlin für eine Richtgrößenprüfung im Jahr 1998 keine den gesamten Prüfungszeitraum umfassende wirksame Richtgrößenvereinbarung vor. Richtgrößenprüfungen nach § 106 Abs. 5a SGB V sind für den Zeitraum ▶

eines Kalenderjahres durchzuführen und setzen für den gesamten Prüfzeitraum das Bestehen von wirksamen Richtgrößen voraus. Wegen des normativen Charakters der Richtgrößen ist für ihre Wirksamkeit auch die amtliche Veröffentlichung erforderlich. Nach der Konzeption des Gesetzes muss die Richtgrößenvereinbarung für das Folgejahr jeweils bis zum 31. Dezember eines Jahres abgeschlossen und veröffentlicht werden.

Für die betroffenen Berliner Vertragsärzte hatte das zur Folge, dass die Krankenkassen nach der Verkündung der Entscheidung des ersten verhandelten Falls ihre restlichen 15 Revisionen zurückgezogen haben.

KS

Bereits im April letzten Jahres hatte das BSG in einem ähnlichen Fall entschieden: Die Arzneikostenregresse sind insoweit nicht zu beanstanden, als der Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen die auf elektronischem Weg übermittelten Verordnungskosten des Klägers der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu Grunde gelegt hat; die Vorlage aller Verordnungsblätter - im Original oder als Printimage - ist nicht Voraussetzung der Durchführung einer Vergleichsprüfung. Mögliche Fehler bei der Erfassung der Verordnungskosten des einzelnen Arztes führen nicht dazu, dass die Prüfungsgremien von sich aus Zweifel an der Richtigkeit der übermittelten Daten haben müssten.

Kann der von einer Prüfung betroffene Arzt im Verwaltungsverfahren durch Vorlage eigener Unterlagen jedoch plausibel machen, dass die ihm elektronisch zugeordneten Verordnungskosten fehlerhaft sind, müssen die Prüfungsgremien dem nachgehen und auf die Kassen einwirken, die Verordnungsblätter möglichst vollständig vorzulegen. Bei dem Arzneikostenregress handelt es sich um einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch. Er ist nur begründet, wenn zur Überzeugung der Prüfungsgremien feststeht, dass der betroffene Arzt jedenfalls einen Schaden in der zu Grunde gelegten Höhe verursacht hat, also Arzneimittel in einen bestimmten Umfang verordnet hat, der sich nach Durchführung der Prüfung nach Durchschnittswerten als unwirtschaftlich erweist. Erfolgt die Vorlage von Verordnungsblättern nicht, muss die damit verbundene Einschränkung der Verteidigungsmöglichkeiten des Arztes gegen einen Arzneikostenregress durch einen Abschlag von der als Ergebnis einer statistischen Vergleichsprüfung festgesetzten Regresssumme berücksichtigt werden

(AZ: B 6 KA 1/04 R)

Folgen des Vergütungssystems

Belegarztwesen am Scheideweg

Die Einführung des neuen EBM und die damit verbundenen Honorarverteilungsverträge haben zu einer Grundsatzdiskussion über die Zukunft des Belegarztwesens in Deutschland geführt. Wir alle wissen, dass das Belegarztsystem vor Einführung des jetzigen § 140 SGB V der einzige Ansatz zur Integrierten Versorgung zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsebene gewesen ist. Alle plakativ vorgetragenen Beteuerungen, dass das Belegarztsystem gefördert werden soll, haben zu keinerlei positiven Konsequenzen für diese Organisationsstruktur geführt. Es ist bei Lippenbekenntnissen geblieben.

Das Fass ist mit der Einführung des EBM 2000 plus und der damit verbundenen Honorarverteilungsverträge zum Überlaufen gebracht worden. Die Belegärzte

aller Fachrichtungen haben festgestellt, dass sie einen solchen Vergütungseinbruch bei lupenreiner Einführung des EBM erleiden würden,

unterschiedlichen Honorarsituation im ambulanten und stationären Bereich ergeben. Bei Durchsicht des EBM 2000 plus fällt vor al-

das Krankenhaus übertragen werden kann. Insbesondere die Abschläge für die operativen Fächer bei stationärer Leistungserbringung sind so ausgeprägt, dass sich die operierenden Kollegen überlegen, ihre belegärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben. Aber auch im internistischen Bereich gibt es erhebliche Defizite. Die Komplexbildungen beruhen eindeutig auf dem System der ambulanten Versorgung und bilden die stationäre Leistungserbringung in ihren Inhalten nicht mehr ab. Im Gegenteil, die Systematik dieser Pauschalen zum Beispiel in der Kardiologie mit der Notwendigkeit, eine echokardiographische Untersuchung durchzuführen, um den Leistungskomplex abzurechnen, fordert regelrecht zu Doppeluntersuchungen auf. Soll der Leistungskomplex im stationären Bereich ebenfalls abgerechnet ▶



Abschläge für operative Fächer

Foto: AOK

dass das System nicht mehr überleben kann.

Hierzu gibt es Ansätze, die in der Gebührenordnung selbst liegen, aber auch Probleme, die sich aus der

lem auf, dass es sich hier um einen Bewertungsmaßstab handelt, der von der ambulanten Leistungserbringung ausgeht, deren Systematik nicht ohne Verwerfung auf

werden, was bei der Vergütung dringend notwendig ist, so muss das Echokardiogramm, das vielleicht kurz vorher durchgeführt wurde, auch stationär nochmals erbracht werden. Eine solche unsinnige Regelung muss sofort korrigiert werden. Entweder man definiert stationäre Leistungskomplexe oder man lässt hier wieder eine Einzelleistungsvergütung zu.

Hinzu kommen die Honorarverteilungsverträge, die in den einzelnen KVen ganz unterschiedlich sind. Sie sind dazu da, die tatsächlichen Auswirkungen des EBM im Prinzip zu verhindern, um die zu erwartenden eklatanten Verwerfungen im Vergleich zur früheren Vergütung zu vermeiden. Hier sind die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene unterschiedliche Wege gegangen, so dass das letztendlich gezahlte ärztliche Honorar für die belegärztlichen Leistungen nicht mehr zwischen den einzelnen KVen verglichen werden kann.

Es ist zu befürchten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auch bei gutem Willen nicht mehr in der Lage sind, diese Schwierigkeiten aufzulösen, da sie bei jeder einzelnen Änderung von Punkt und Komma inzwischen auf die Zustimmung der Krankenkassen angewiesen sind. Wer die Entscheidungsabläufe im Bewertungsausschuss und bei den Honorarverhandlungen erlebt hat, weiß, dass so etwas nicht in Wochen und auch nicht in Monaten abgewickelt wird.

Damit würden sich die grundsätzlichen Probleme der belegärztlichen Vergütung in Deutschland aber auch nicht mehr lösen lassen. Entscheidender Punkt ist, dass im Zeitalter der DRG-Vergütung die Krankenhäuser versuchen, ihre Fallzahlen im Wettbewerb untereinander zu verändern

und zu steigern, um bei Scharfschaltung der DRGs im Jahre 2009 noch mit einer ausreichenden Vergütung dazustehen. Die Zeichen der Leistungsentwicklung in gut geführten Krankenhäusern stehen somit auf Leistungserweiterung. Bei der knappen ambulanten Vergütung, über die auch die Belegärzte ihr ärztliches Honorar erhalten, ist aber Rationierung angesagt. Leistungen und Fallzahlen werden begrenzt. Das Leistungsverhalten des belegärztlich geführten Krankenhauses und des dort tätigen Belegarztes divergiert damit zunehmend. Dies kann ein System auf die Dauer nicht aushalten.

Hinzu kommen noch Besonderheiten in der stationären Abrechnung. Die DRGs in den belegärztlich geführten Häusern sind ohne die ärztliche Leistung kalkuliert, die über die KV bezahlt wird. Es stellt sich zunehmend heraus, dass diese ärztlichen Leistungen höher liegen als das letzten Endes nach Punktwertabwertung bezahlte Honorar der KV. Belegärzte und ihre belegärztlich geführten Häuser suchen nun nach neuen Lösungen. Viele Krankenhäuser geben deshalb ihren Belegarztstatus zurück und firmieren als A-Krankenhäuser analog einem Chefarztsystem. Die Vergütung des Belegarztes würde dann vertraglich zwischen Krankenhausträger und dem dann konsiliarisch tätigen Arzt ausgehandelt. Dass dies je nach Krankenhausträger nicht einfach ist, ist mehr als selbstverständlich. Den Belegärzten bleibt aber in bestimmten Fachrichtungen bei der derzeitigen Situation kaum eine andere Wahl.

Die Krankenkassen schlagen inzwischen teilweise Alarm. Wird eine Umwandlung in ein A-Haus durchgeführt, so reklamieren sie die seither für die Belegärzte bezahlten Honorare von der

KV zurück. Hier werden Budgetbereinigungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingefordert, die wieder zu einer Minderung des Gesamthonorars führen müssen. Auch die Große Koalition hat dieses Problem inzwischen erkannt. In dem Koalitionsvertrag hat man klargelegt, dass man deshalb die Vergütung des Belegarztes in Zukunft über die DRG Systeme regeln will. Dies bedeutet nichts anderes, als dass belegärztliche DRGs in Zukunft neu kalkuliert werden und eine Vertragsbasis zwischen Belegarzt und einem Krankenhaus gefunden werden muss, um sein Honorar sicher zustellen. Das bedeutet aber auch, dass das Sozialgesetzbuch geändert werden muss, nachdem Belegärzte über die Kas-

senärztliche Vereinigung honoriert werden müssen. Sollte dieser Passus des SGB V fallen, werden sich die KVen auf eine schmerzhaft Budgetbereinigung einstellen müssen. Es ist auch zu befürchten, dass die Krankenkassen insgesamt mehr Geld für die belegärztliche Vergütung aufwenden müssen. Am einfachsten wäre es tatsächlich, wenn KVen und Krankenkassen sich zu einer Lösung durchringen könnten, die die belegärztliche Vergütung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen belässt, aber klarstellt, dass die Leistungen außerhalb des Budgets bezahlt werden. Es ist aber zu befürchten, dass dieser Zug bereits abgefahren ist und man das bisherige Belegarztsystem zu Grabe tragen muss. HFS

Anzeige



SONORING

Vielfalt, Auswahl, Qualität und Sicherheit im diagnostischen

Ultraschall

- SW-Ultraschall - Farbdopplersysteme
- 3D/4D-Ultraschall
- Finanzierung - Leasing - Darlehen
- 24-Stunden-Service
- Qualitätskontrolle (STK)
- Reparatur - Ersatzsonden
- Leihstellung
- Einweisung - Schulung KV-zertifizierte Kurse

Vertrauen Sie auch 2006 auf die Stärke der Nr. 1 im Ultraschall



Infoline direkt zu Ihrer Sonotheke (€0,12/Min)
01805/117 117

www.sonoring.de

Spaltung der Ärzteschaft wird abgelehnt

Obwohl der Vorsitzende des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, sein Referat über „Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung - Spaltung in eine hausärztliche und eine fachärztliche KV?“ kurzfristig abgesagt hatte, wurde dieses Thema auf der Vorstandssitzung des BDI am 10. Dezember 2005 in Berlin intensiv diskutiert. Zur Einleitung berichtete BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack kurz über die Vertreterversammlung der KBV am Vortag, dem 9. Dezember 2005.

Der Bericht Köhlers anlässlich der Vertreterversammlung der KBV war sehr kämpferisch, die Resonanz hingegen eher zurückhaltend. In einem gemeinsamen Gespräch zwischen Dr. Wolf von Römer und Wesiack mit Köhler ließ dieser erkennen, dass eine Stellungnahme des BDI zur Spaltung der KVen von großer Wichtigkeit sei.

Im Falle der Aufspaltung der KVen in eine hausärztliche und eine fachärztliche KV sieht Dr. Köhler drei mögliche Szenarien:

- die komplette Spaltung inklusive der Verteilungsproblematik der finanziellen Mittel;
- die Spaltung der KV intern unter einem gemeinsamen Dach;
- ein eigenes Verhandlungsmandat für die Honorarangelegenheiten der Hausärzte.

Köhler lehnt eine Spaltung strikt ab und wertet sie als Schwächung der KVen.

Nach Ansicht des BDI-Präsidenten findet die Diskussion um die Spaltung der KVen auf Funktionärssebene statt, während an der Basis Haus- und Fachärzte problemlos zusammenarbeiten.

Erster Vizepräsident Dr.

Wolf von Römer sieht in der Unterfinanzierung des Gesundheitswesens das Grundproblem dieser Diskussion. Es sei der falsche Weg, wenn eine Arztgruppe versuche, zu Lasten anderer Arztgruppen die knappen Finanzmittel abzuschöpfen. Hinsichtlich der gespannten Situation in der KV Bayerns fügte er hinzu, dass auch dort zurzeit nicht mit einer Spaltung der KV zu rechnen sei. Er plädiert für eine haus- und facharztübergreifende KV.

Vorstandsmitglied Dr. Thomas Schröter regte an, vor allem die Interessenslage des BDI bei der Positionierung zu diesem Thema zu berücksichtigen. Der BDI sollte einer Trennung der KVen auf keinen Fall zustimmen. Des Weiteren sollte der BDI sich zur Gebührenordnung und zur Integrierten Versorgung positionieren. Eine neue Gebührenordnung sollte gleiches Geld für gleiche Leistungen abbilden, die Integrierte Versorgung müsse vermehrt dazu führen, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden.

Nach den Worten von Dr. Wesiack teilt der BDI grundsätzlich die Meinung von Dr. Köhler. Falls es zu einer Trennung der KVen kommt, ist darauf zu achten, dass die Bedingungen für die hausärztlich tätigen Internisten entsprechend angepasst werden. Hierzu zählen zum Beispiel eine neue Wahloption des Versorgungsschwerpunktes, Mitnahme des Honorars in den fachärztlichen Versorgungsbereich und die Reformierung der Gebührenordnung, die nunmehr die internistische Arbeit im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich abbilden muss. Diesen For-

derungen stimmte Dr. Köhler grundsätzlich zu.

Dr. Manfred Pinkernell, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der hausärztlich tätigen Internisten im BDI, sieht die Vorteile einer Spaltung der KV nur honorarpolitisch. Seiner Meinung nach stimmen nicht alle Hausärzte mit der Linie des Hausarztverbandes, der die Trennung der KVen befürwortet, überein. Die Spaltung der KVen würde nur der Politik Vorteile verschaffen, da die Ärzteschaft nunmehr nicht mit einer gemeinsamen Sprache sprechen kann.

In seinem gesundheits- und gesellschaftspolitischen Lagebericht ging Dr. Wesiack auf folgende Punkte ein:

- Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zur Gesundheitspolitik
- Personalpolitik im Hause Schmidt
- kurzfristige Planung zur Gesetzgebung
- Krankenkassen wieder mit Milliarden-Plus
- Rentenkasse in Nöten
- Ärztestreiks in Krankenhäusern
- Entwicklung eines neuen Honorarsystems ohne Ärzte

Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zur Gesundheitspolitik

Der zwischen CDU/CSU und der SPD ausgehandelte Koalitionsvertrag kann nur als enttäuschend bezeichnet werden. Der große Bereich des Gesundheitswesens wurde bei den Verhandlungen komplett ausgekoppelt.

Zur Finanzierung des Gesundheitswesens soll im Jahr 2006 ein Konzept der Regierungsparteien erarbeitet werden. Der ebenfalls genannte Ausbau des Wettbewerbs unter den Krankenkassen soll über die

Einnahmefizite hinwegtäuschen.

Ärztliche Versorgung

Die Angleichung der Honorare für GKV- und PKV-Versicherte werden nicht nur von der SPD befürwortet. Da die Mehrzahl der PKV-Versicherten zudem beihilfeberechtigt sind, plädieren auch CDU/CSU-geführte Landesregierungen zur Sanierung der Länderhaushalte für eine Absenkung des PKV-Honorars im ambulanten Versorgungsbereich. Hierzu ist eine Positionierung des BDI wichtig.

Der Bayerische Internistenkongress war auch dieses Jahr wieder sehr erfolgreich. Rund 1200 Teilnehmer haben die Vorträge am Wochenende Ende November verfolgt. An der berufspolitischen Veranstaltung im Rahmen des Internistenkongresses nahmen der bayerische KV-Vorsitzende Dr. Axel Munte, der Ordinarius für Gastroenterologie aus Erlangen, Prof. Eckhart Hahn, Chefarzt PD Michael Weber, Dachau, Dr. Manfred Pinkernell und Dr. Wolf von Römer teil. Schwerpunkt dieser Veranstaltung war die Diskussion zur (Muster-) Weiterbildungsordnung. Prof. Hahn wird zu diesem Thema ein Schreiben an Profes- ➤

BDI intern

Geburtstag

Am 29. Dezember 2005 konnte Herr **Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Emil-H. Graul**, 35037 Marburg, seinen 85. Geburtstag feiern.

Der BDI gratuliert dem Jubilar herzlich und wünscht noch viele segensreiche Jahre.

sor Hoppe als Präsidenten der Bundesärztekammer richten, in dem er auf die krankenhausernen Probleme bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung in Bayern hinweisen wird.

Prof. Malte Ludwig berichtet von den Aktivitäten der Aka-

demie für Fort- und Weiterbildung in der Inneren Medizin. So fand Ende November der erste Refresherkurs mit 212 Teilnehmern in Wiesbaden statt. Kostendeckend wäre dieser Kurs bereits bei 145 Teilnehmern gewesen, so dass hiermit erste

Einnahmen für die Akademie erzielt wurden. Nach gleichem Muster werden im Jahr 2006 sechs weitere Refresherkurse stattfinden. Aufschlussreich war die Tatsache, dass die Teilnehmer zumeist durch die Zeitschrift DER INTERNIST bzw. durch

BDI aktuell auf diesen Kurs aufmerksam gemacht worden waren.

Des Weiteren sollen im nächsten Jahr drei klinische Wochenenden zu Themenbereichen aus den unterschiedlichen Schwerpunkten durchgeführt werden.

KS

Der Erweiterte Vorstand des BDI e.V. tagte am 29. Oktober 2005

In dem sehr gut besuchten Erweiterten Vorstand des BDI, in dem auch alle Landesverbände und Untergruppierungen vertreten sind, hat das Präsidium einen Bericht zur Lage abgegeben. Der Präsident, Dr. Wolfgang Wesiack, bewertet die derzeitige politische Lage eher zurückhaltend. In einer großen Koalition ist damit zu rechnen, dass die alten Vorschläge zur Gesundheitsreform aus der letzten Legislaturperiode wieder hervorgeholt werden und man sich nicht den grundsätzlichen Problemen einer Gesundheitsreform widmet, wie dies nach den Wahlprogrammen der einzelnen Parteien angedacht war.

Besonders beschäftigt hat er sich mit der Beske-Studie, deren Ergebnisse zeigen, dass das deutsche Gesundheitswesen wesentlich leistungsfähiger als sein Ruf ist, sowie mit dem Hausärztetag, von dem die Gefahr ausgeht, dass es zu einer Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung in eine Hausärzte- und Fachärzte-KV kommt. Dr. Wolf von Römer als 1. Vizepräsident des BDI bestätigte diese Befürchtungen aufgrund der Entwicklung in Bayern mit dem Rücktritt des stellvertretenden KV-Vorsitzenden Werner Sitter, der wohl auf Druck seines Verbandes gehandelt hat. Er hat auch über die Entwicklung der Weiterbildungsordnung in den einzelnen Länderkam-

mern berichtet. Hier ist die Beschlusslage weiter uneinheitlich.

In seinem Bericht ging der 2. Vizepräsident des BDI, Prof. Malte Ludwig, vorwiegend auf die gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung initiierten Qualitätsmanagementprogramme ein und erläuterte das Vorgehen. Alle waren der Auffassung, dass in dem veränderten politischen Umfeld eine Neudefinition der Ziele des Internisten und des BDI erfolgen muss, und dass dies für die Arbeit des Präsidiums und des Vorstandes Priorität hat. Wo steht der Internist in der Zukunft?, heißt die entscheidende Frage.

Rechtsanwalt Helge Rühl, Geschäftsführer des BDI, berichtete über die Mitgliederentwicklung, die in den letzten Jahren aufgrund der Diskussion über die hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebenen rückläufig war. Es ist eine Stabilisierung der Zahlen festzustellen, so dass mit entsprechenden Aktivitäten und Einsatz der BDI-Mitglieder die Hoffnung besteht, dass hier wieder eine Zunahme der Mitgliederbewegung eintritt.

Dr. Wolf-Dieter Kirsten vom Landesverband Niedersachsen stellte die Honorarverteilung der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung vor. Es handelt sich um

eine sehr komplizierte und nur mit Mühe verständliche Regelung, die vor allem zu erheblichen Verwerfungen in der Fachärzteschaft führt, die von den einzelnen Mitgliedern des BDI in Niedersachsen nicht mehr nachvollziehbar sind.

In der Abschlussdiskussion wurden noch Anträge eingebracht, die sich u.a. auch

mit einem Internistentag im Rahmen des Hauptstadtkongresses befassten. Diese Anträge wurden positiv diskutiert und an den Vorstand überwiesen, der auch beauftragt wurde, sich weiterhin zu den Folgen des EBM 2000 plus und Möglichkeiten der integrierten Versorgung zu beschäftigen.

HFS

Anzeige

VOLVO
for life



BODYGUARD

ABB. ZEIGT SONDERAUSSTATTUNG.

DER VOLVO V50

EIN BODYGUARD FÜR € 149,- MONATLICH.

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

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 31.03.06.	

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
In der Weide 15
55411 Bingen
Tel. 06721 / 494 -0
Fax 06721 / 494 -44
www.auto-haas.de

Brückes 54a
55545 Bad Kreuznach
Tel. 0671 / 92078 -0
Fax 0671 / 92078 -99

Was ist neu im DRG-System im Jahr 2006 – Teil 2

2. ICD-10-GM 2006

Die endgültige Version des ICD-10-GM 2006 wurde im November vorgelegt.

Aus aktuellem Anlass wurde eine neue Schlüsselnummer **J09 für die Vogelgrippe** in die ICD-10 aufgenommen (Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippe-Viren). Der neue Code wurde in den Hinweisen bzw. In- und Exklusiva bzw. entsprechend der Kapitellogik unter den Schlüsseln A08.-, G05.1*, H67.1*, I41.1*, und im Kapitel „**Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)**“ bei den Codes J02.8, J04.0, .1, .2; J05.-, J06.-, J10.-, J12.- und im Kapitel „Infektionen, die für die Peritonealperiode spezifisch sind (P35-P39)“ ergänzt bzw. eingefügt.

Im Kapitel „Bestimmte infektiöse parasitäre Krankheiten - A00-B99“ wurden die Codes U80-U85 (Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika) als Gruppe vollständig gestrichen bzw. im Kapitel „Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika (U80-U85)“ herausgenommen.

Im Abschnitt „infektiöse Darmkrankheiten A00-A09“ erfolgten Differenzierungen bzw. Aktualisierungen ohne wesentliche inhaltliche Änderung.

Im Kapitel „Sonstige bakterielle Krankheiten A30-A49“ erfolgte unter den Codes A40.- bzw. A41.- (Streptokokkensepsis bzw. sonstige Sepsis) der Hinweis auf die Verschlüsselung einer Sepsis als Komplikation unter Verweis auf die DKR. Unter A98.- erfolgte eine

Differenzierung der Hantavirus-Krankheit mit Einfügung eines Exklusivums mit dem Hinweis, dass Hantavirus-(Herz-)Lungensyndrome entsprechend der Kreuz-Stern-Systematik mit dem neuen Schlüssel B33.4* zu verschlüsseln sind. Der Schlüssel U04.-! (schweres respiratorisches Syndrom – SARS) wurde entfernt.

Die Gruppengliederung im Kapitel 2 (Neubildungen C00-D48) wurde völlig neu gegliedert.

Im Kapitel der bösartigen Neubildungen erfolgte eine inhaltliche Teilung durch die Neuuntergliederung „Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches blutbildendes und verwandtes Gewebe (C00-C75)“ als Abgrenzung von „Bösartigen Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen (C76-C80)“. Neu besteht jetzt die Möglichkeit der Verschlüsselung der sekundären bösartigen Neubildung des Herzens bzw. des malignen Perikardergusses.

Der Hinweis im Abschnitt „In-situ-Neubildungen D00-D09“ wurde aktualisiert. Die Sichelzell-Beta-Thalassämie wurde aus dem Code D56.- Thalassämie entfernt und dem Code D57.- Sichelzellenkrankheit hinzugefügt.

Der Code D61.1- arzneimittelinduzierte aplastische Anämie wurde weiter differenziert, neu ist jetzt die Möglichkeit der Verschlüsselung aplastischer Anämien infolge Zytostatikatherapien.

Der Code D60.1- arzneimittelinduzierte Agranulozytose und **Neutropenie** ermög-

licht jetzt neu die differenzierte Verschlüsselung der Dauer und der Ausprägung der Agranulozytose und Neutropenie.

Im Kapitel „Sonstige alimentäre Mangelzustände E50-E64“ erfolgte eine Differenzierung des Schlüssels E64.3 (Folgen der Rachitis) und eine Verschiebung des Exklusivums von E71.3 hin zu E72.3 ohne inhaltliche Änderung.

Im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ wurde der Begriff der Intelligenzminderung durch Intelligenzstörung ersetzt. Im Abschnitt „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)“ erfolgt explizit der Hinweis, dass eine Intoxikation im Sinne einer Vergiftung mit den T-Kodes T36-T50 zu verschlüsseln ist.

Im Abschnitt „extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20-G26)“ erfolgte unter dem Code G20.- primäres Parkinsonsyndrom eine weitere Differenzierung im Hinblick auf die Ausprägung der Erkrankung. Den Kreuzdiagnosen im Abschnitt G30.-+ wurden den einzelnen Schlüsseln die Sternkodes zugeordnet.

Das Inklusivum „Prolongiertes reversibles ischämischer neurologischer Defizit“ unter G45.- (zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome) wurde ebenso wie die Verschlüsselungsmöglichkeit „1“ der 5. Stelle „komplette Rückbildung nach mehr als 24 Stunden, minimale, den Alltag nicht beeinträchtigende Restsyndrome“ gestrichen.

Der Schlüssel G80.- (infantile

Zerebralparese) wurde inhaltlich weiter differenziert. Unter dem Code G82.- (Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie) erfolgt neu der Hinweis, dass diese Kategorie zur Verschlüsselung von Paresen und Plegien bei Querschnittslähmungen oder Hirnerkrankungen zur Verfügung steht, wenn andere Schlüsselnummern nicht vorhanden sind.

Die autonome Dysreflexie mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen erhielt neue Schlüssel (G90.4- statt zu verschlüsseln unter G90.8-). Die widersprüchlichen Angaben zur Verschlüsselung der neurogenen Blase bei Cauda-(equina-)Syndrom unter G83.4- und G95.8- wurde aufgelöst.

Unter den Codes H65.- bzw. H66.- (nicht eitrige bzw. eitrige Otitis media) wurde auf die Art der Verschlüsselung einer Trommelfellperforation hingewiesen.

I27.- (sonstige pulmonale Herzkrankheiten) wurde zur der Verschlüsselung der Ursachen weiter differenziert. Ebenso erfolgte eine Differenzierung des Schlüssels I47.- (paroxysmale Tachykardie) im Exklusivum analog Schlüssel I49.- (sonstige kardiale Arrhythmien).

I41.- (Aortenaneurysma und -dissektion) wurde hinsichtlich Lokalisation und Ausprägung ebenfalls weiter differenziert.

Unter dem Schlüssel I98.2-* wurde zusätzlich zu den Ösophagusvarizen neu die Magenvarizen aufgenommen.

Im Schlüssel J44.- erfolgte eine Neudifferenzierung der Ausprägung der sonstigen chronischen obs- ▶

truktiven Lungenkrankheit mit Hinzufügung eines Verschlüsselungshinweises unter J44.8- bei akuter Exazerbation bzw. akuter Infektion der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung.

Unter J84.1 kann neu die akute interstitielle Pneumonie (AIP) verschlüsselt werden.

Die Diagnose Barret-Ösophagus kann neu mit dem Schlüssel K22.7 angegeben werden. Im Abschnitt Krankheiten der Leber (K70-K77) wurde die Stadieneinteilung der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit mit dem Code K77.1-* (Beteiligung der Leber bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit) aufgenommen. Analoges gilt für die Beteiligung des Verdauungstraktes bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit mit K93.2-, bzw. Beteiligung der Haut bei der akuten Graft-versus-host-Krankheit (L99.*). Die Synonyma unter M79.7- (Fibromyalgie) wurden erweitert.

Unter Q21.- (angeborene Fehlbildung der Herzklappen) erfolgte eine Differenzierung der Eisenmengerkrankung mit Hinweis zur Verschlüsselung des Eisenmengerkomplexes (I27.8) bzw. Eisenmengersyndroms (I27.8) und Verschlüsselung des Eisenmengerdefekts durch Q21.8.

Der Code R29.- (sonstige Syndrome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen) wurde neu ergänzt durch R29.6 (Sturzneigung andernorts nicht klassifiziert) mit den Exklusiva Gehbeschwerden R26.2, Schwindel und Taumel R42, Sturzneigung bei andernorts klassifizierten Krankheiten, Synkope und Kollaps (R55). R29.81 bzw. R29.89 wurden gestrichen (Stürze unbekannter Ursache)

che) bzw. (sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen).

Im Abschnitt „Allgemeinsymptome (R50-R69)“ erfolgte eine Differenzierung des Codes R50.- (Fieber sonstiger und unbekannter Ursache) durch Hinzufügung neuer Schlüssel.

Im Hinweis zu R65.-! (systemisches inflammatorisches Response-Syndrom) wurde der Begriff der Infektion durch den Begriff der Sepsis analog der DKR 0103d ersetzt.

Im Abschnitt „Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (T36-T50)“ wurde durchgängig das Exklusivum „Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit und verwandte und psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)“ gestrichen, neu hinzugefügt das Exklusivum „Intoxikation im Sinne von Rausch (F10-F19)“.

Unter dem Schlüssel T83.8 wurde der ursprüngliche Schlüssel T82.0 durch T82.8 ausgebessert.

Analog der Differenzierung der Stern-Kodes bei Graft-versus-host-Krankheiten erfolgte unter T86.-+ (Versagen und Abstoßung von transplantierten Organen und Geweben) die Differenzierung zur Verschlüsselung der Graft-versus-host-Krankheit nach Ausprägung nach dem Kreuz-Stern-System. Unter V99! (Transportmittelunfall) und X59.9! (sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall) wurde das Exklusivum spezifiziert.

Unter dem Abschnitt „Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung (Y40-Y84)“ wurden die In- und Exklusiva

der Schlüssel Y69!, Y82.8!, Y84.9! spezifiziert und erweitert und bzw. hinzugefügt. Die Exklusiva enthalten jetzt genaue Verschlüsselungshinweise zur Art der Anwendung bei verschiedenen Komplikationen.

Durch Hinzufügung neuer Schlüssel wurden die Codes Z01.8- bzw. Z09.8- (sonstige näher bezeichnete spezielle Untersuchungen bzw. Nachuntersuchung nach sonstiger Behandlung wegen anderer Krankheitszustände) weiter differenziert. Es erfolgte neu der Hinweis, wann diese Schlüssel als Hauptdiagnosen zu verwenden sind, d.h. wenn sie ursächlich für den stationären Aufenthalt sind. Zur Verschlüsselung der Anpassung und Handhabung eines Bronchialstents wurde der Schlüssel Z45.84 eingefügt. Unter Z75.- (Probleme mit Bezug auf medizinische Betreuungsmöglichkeiten oder andere Gesundheitsversorgung) wurden neu die Möglichkeit der Verschlüsselung der Organlokalisierung an 5. Stelle geschaffen.

Der Schlüssel Z75.2- (Wartezeit auf eine Untersuchung oder Behandlung) wurde hinsichtlich Dringlichkeit und Organ weiter differenziert. Bronchialstents bzw. vorhandene sonstige näher bezeichnete funktionelle Implantate können jetzt unter Z96.80 bzw. Z96.88 verschlüsselt werden.

Im Kapitel XII Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U99) wurde neu der Schlüssel U52.- (Frührehabilitations-Barthel-Index) mit der Möglichkeit der Differenzierung nach Punktzahl eingefügt. Ebenso wurde neu eingefügt die Stadieneinteilung der HIV-Infektion (U60-U61) mit den klinischen Kategorien der HIV-Krankheit (U60.-!) bzw. Anzahl der T-Helferzellen bei HIV-Krankheit (U61.!).

Der Schlüssel U82.-! (Mycobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika) wurde in Hinblick auf Art des Erregers bzw. Art des Medikaments weiter differenziert.

3. OPS

Im neuen OPS 2006 (systematisches Verzeichnis) erfolgte eine umfangreiche Überarbeitung der HNO-Operationen, Ergänzungen und Modifizierungen der Codes in den Bereichen Frührehabilitation und Komplexbehandlung sowie die Bereitstellung neuer Codes für zusatzentgeltpflichtige Medikamente.

266 eingereichte Vorschläge zur Verbesserung des OPS und damit auch des DRG-Systems wurden bearbeitet und zum Teil in den nicht amtlichen Erweiterungskatalog eingearbeitet, um das Kalkulationsverfahren zu erleichtern. Verschiebungen zwischen dem Erweiterungskatalog und dem amtlichen OPS waren notwendig.

Aus dem Erweiterungskatalog in den amtlichen OPS wurden folgende Codes übernommen:

- 1-20a.20/1 Neurologische Untersuchung bei Bewegungsstörungen,
- 1-63a telemetrische Kaseselendoskopie des Dünn Darms,
- 5-377.b System zur nichtinvasiven Überwachung von Abstoßungsreaktionen nach Herztransplantation,
- 5-429.m0-x endoskopische Antirefluxverfahren,
- 5-496.9/a/b Implantation, Wechsel und Entfer- ▶

nung eines künstlichen Anal-sphinkters,

- 8-390.0-y Lagerungsbehandlung,
- 8-839.42-45 Implantation bzw. Entfernung einer univentrikulären oder bi-ventrikulären axialen Pumpe.

Umgekehrt wurden aus dem amtlichen OPS in den Erweiterungskatalog folgende Schlüssel verschoben:

- Unter 8-831 (Legen, Wechseln und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße) die 8-831.3 (Entfernung ohne bakteriologische Probenentnahme) bzw. 8-831.4 (Entfernung mit bakteriologischer Probenentnahme) und

- unter 8-832 (Legen, Wechsel und Entfernung des Katheters in die Arteria pulmonalis) die 8-832.3 (Entfernung ohne bakteriologische Probenentnahme) bzw. 8-832.4 (Entfernung mit bakteriologischer Probenentnahme).

Im Folgenden werden nur inhaltliche Änderungen oder Ergänzungen des amtlichen OPS geschildert, die das Fachgebiet Innere Medizin betreffen oder bzw. berühren.

Komplexbehandlung:

- **8-552** (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) - die Zeitdauer der Behandlung kann in kürzeren Behandlungsabschnitten durch neue zusätzliche

Schlüssel kodiert werden.

8-553 (teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung) - im Jahr 2006 kann erstmalig die teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Behandlung verschlüsselt werden. Die Verschlüsselung kann erst bei Erfüllung der in den Merkmalen genannten Bedingungen erfolgen.

8-559 - dieser Schlüssel bezieht sich jetzt nicht nur auf die „andere Frührehabilitation“ sondern umfasst den Begriff „fachübergreifende und andere Frührehabilitation“ mit den entsprechenden Exklusiva und Hinweisen und neue Codes für die Verschlüsselung der Behandlungsdauer und Anteil und Dauer der Behandlungseinheiten bis zu einer Behandlungsdauer von mindestens 42 Behandlungstagen.

8-975 (naturheilkundlich und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung) und **8-982** (palliativmedizinische Komplexbehandlung) - die Hinweise der genannten Codes wurden umfangreich ausgearbeitet und ergänzt mit der Beschreibung des geforderten Leistungsspektrums durch die Mindestmerkmale.

8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung - Basis-Prozedur) - die bereits vorhandenen Codes wurden weiter differenziert mit Splitting der Aufwandspunkte, so dass eine genauere Erfassung und Wiedergabe des intensivmedizinischen Aufwandes gegeben ist.

8-985 (Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (qualifizierter Entzug) - Mit der Möglichkeit der zeitlichen Differenzierung der Behandlungsdauer und ausführlichen Hinweisen, die die Mindestmerkmale zur Erfüllung dieses Schlüssels beinhalten wurde dieser neue Schlüssel im Kapitel ergänzende Maßnahmen eingefügt.

8-986 (multimodale kinder-

und jugendrheumatologische Komplexbehandlung) - auch dieser Schlüssel wurde neu eingefügt mit den Mindestmerkmalen, zu finden unter dem Hinweis und der Möglichkeit der Verschlüsselung der zeitlichen Dauer.

8-987 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE) - Erstmals kann 2006 der Aufwand bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern mit positivem Befund verschlüsselt werden. Die Schlüssel sind differenziert nach Behandlungsdauer und Komplexbehandlung auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit. Die Voraussetzung zur Verwendung dieses Schlüssels ist durch die Mindestmerkmale definiert.

Monitoring:

8-924/8-925 - Neuschaffung von Schlüsseln mit weiterer Differenzierung nach Dauer für das invasive neurologische bzw. neurophysiologische Monitoring. Der Schlüssel 8-922 (Monitoring des intrakraniellen Druckes) wurde gestrichen. Unter 8-92 (neurologisches Monitoring) wurde der Hinweis gestrichen, dass die Codes aus diesem Bereich nur für intensivmedizinische Patienten anzuwenden sind!

Schmerztherapie:

8-91b (multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung) - 2006 ist die Verschlüsselung dieser Prozedur als Therapieerprobung nach einer multidisziplinären algesiologischen Diagnostik oder als Therapiestabilisierung nach einer multimodalen Schmerztherapie anzugeben. In den Hinweisen werden die Mindestmerkmale aufgeführt. ▶

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

Endoskopische Verfahren:

1-636 (diagnostische Intestinoskopie - Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums) - zur Differenzierung in das Standardverfahren und die Doppel-Ballon-Enteroskopie wurden die Schlüssel differenziert. Eine analoge Differenzierung erfolgte unter 5-451 (Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarms).

1-695.4 (diagnostische Endoskopie des Verdauungstraktes durch Inzision und intraoperativ - Gallenwege) - die Art des Zugangs kann neu verschlüsselt werden.

Eingriffe am Herzen:

5-354.0 (Aortenklappe) - die Art der Aortenklappenrekonstruktion kann durch neue Schlüssel angegeben werden.

5-35a (endovaskuläre Operationen an Herzklappen) - dieser OPS-Schlüssel wurde neu eingefügt, mit der Möglichkeit der Differenzierung nach Herzklappe.

5-37 (Rhythmuschirurgie und andere Operationen an Herz und Perikard) - neu ist die Möglichkeit der Verschlüsselung intraoperativer ablativer Maßnahmen bei Tachyarrhythmien (5-371) mit der Möglichkeit der differenzierten Angabe der Lokalisation, letztere allerdings nur im Rahmen des Erweiterungskataloges.

5-377 (Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators) - neu ist die Möglichkeit der Differenzierung der Art und Indikation von Herzschrittmachern bzw. Defibrillatoren.

5-78 (Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators) - Schlüssel zur Differenzierung nach Art des Systems wurden eingefügt.

5-38 (Inzision, Exzision und Verschluss von Blutgefäßen)

- das Einbringen von Stent-Prothesen in die Aorta kann neu nach Art der Prothese und Lokalisation differenziert verschlüsselt werden.

8-836.p/q - Neueinführung eines Kodes für die Rotationstherombektomie bzw. der Implantation von Wachstumsstents.

8-837.t - Einführung eines Kodes für die Thrombektomie aus Koronargefäßen. Die Differenzierung nach Mengen bei Einliegen radioaktiver Stents unter 8-837.n wurde gestrichen.

Gastrointestinaltrakt:

5-429 (andere Operationen am Ösophagus) - Maßnahmen bei selbstexpandierender Prothese bzw. endoskopischer Antirefluxverfahren können jetzt neu nach Art der Technik verschlüsselt werden.

5-44 (erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen) - operative Maßnahmen der Adipositasbehandlung können ab 2006 differenziert nach OP-Verfahren angegeben werden.

5-50 (Operationen an der Leber) - durch Differenzierung und Erweiterung wurden die Kodes an die operativen Möglichkeiten der Leberteilresektion und Hepatektomie zur Transplantation angepasst.

Medikamente:

8-012 / 8-013 Neu unter dem Schlüssel 8-01 (Applikation von Medikamenten und Nahrung) ist der Hinweis, dass die Applikation von zytostatischen Chemotherapeutika mit einem Kode aus 8-54 zu kodieren ist und zusätzlich ggf. mit einem Kode aus 8-012 oder 8-013. Die Medikamente aus 8-012 / 8-013 entsprechen der verschlüsselbaren Ausnahme von der Regel aus Tabelle 1 (Beispiele für nicht

kodierbare Prozeduren) der DKR P014d. Zum Teil wurden Medikamente zwischen den beiden Schlüsseln verschoben, zum Teil wurden neue Medikamente aufgenommen, es erfolgte eine Splitting nach Alter und Dosis mit den entsprechenden Hinweisen.

8-542 / 8-543 / 8-544 (nicht komplexe Chemotherapie/mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie, hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie) - die Hinweise bzw. In- und Exklusiva wurden umfangreich überarbeitet modifiziert und erweitert. Einzelheiten der Anpassung an die aktuellen Standards können an dieser Stelle nicht wiedergegeben werden.

8-548 (hochaktive antiretrovirale Therapie) - dieser Schlüssel mit ausführlichem Hinweis und Möglichkeit der Verschlüsselung der Art und der Menge der unterschiedlichen Substanzen.

8-810.g/.h/.q/.r (Transfusion von Antithrombin III, C1-Esteraseinhibitor, Transfusion von Human-Immunglobulin) - Neudifferenzierung der Kodes nach Mengenangaben.

Dialyse/Apheresen:

8-85a - neu ist die Möglichkeit der differenzierteren Verschlüsselung der Behandlungsdauer des Zusatzkodes für Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantats.

8-820 / 8-823 / 8-25 (therapeutische Plasmapherese/Zellapherese/spezielle Zellaphereseverfahren) - 2006 ist eine weitaus differenziertere Mengenangabe durch Neuschaffung von Kodes möglich unter 8-820, die Anzahl der Zellapheresen wurde unter 8-823 allerdings gestrichen. Neu hinzugekommen ist der Schlüssel 8-825 (spezielle Zellaphereseverfahren)

mit dem Hinweis, dass jede durchgeführte Zellapherese zu kodieren ist. Kodierbar ist die Art des Aphereseverfahrens.

Maschinelle Beatmung:

8-714 (Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen) - unter diesem Schlüssel können durch weitere Differenzierung spezielle Therapieformen bei schwerem Atemversagen kodiert werden.

Hyperthermie und Hypothermie:

8-604 (computergestützte Planung einer Hyperthermie) - neu ist die Möglichkeit der Verschlüsselung der computergestützten Planung der Hyperthermie aus CT- oder MR-Daten.

8-607 (Hypothermiebehandlung) - neu kann jetzt auch die Hypothermie unter Beachtung des Inklusivums bzw. des Hinweises verschlüsselt werden. Falls die Anwendung der Herz-Lungen-Maschine mit den Kodes 8-851.1 oder 8-851.2 verschlüsselt wird, ist die Hypothermiebehandlung nicht gesondert zu kodieren.

Sonstiges:

1-940 (komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen) - umfasst erstmalig den Aufwand der Diagnostik bei pädiatrischen onkologischen Erkrankungen durch die Beschreibung der Mindestmerkmale in den Hinweisen. Dieser Schlüssel stellt den entsprechenden OPS-Schlüssel nach Anlage 6 der Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 entsprechend dem Zusatzentgelt ZE ►

2006-45 nach Anlage 2 der Fallpauschalenverordnung dar.

8-390 (Lagerungsbehandlung) - neu ist der Hinweis, dass dieser Schlüssel nur bei Lagerungsbehandlungen mit einem deutlich erhöhten personellen, zeitlichen oder materiellen Aufwand zu kodieren ist. Neu ist auch die differenzierte Verschlüsselung nach Art der Lagerung.

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 Miss-Wirtschaft bleibt

Das von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt mehr oder weniger im Alleingang in ihrem Ministerium ausgearbeitete Arzneimittel-Sparpaket ist nach Verhandlungen mit dem Koalitionspartner CDU/CSU nochmals korrigiert worden. Hierzu kurz und knapp die jetzige Verhandlungslage.

- So genannte Wirtschaftlichkeitsreserven in den Festbetragsgruppen sollen weiter ausgeschöpft werden. Von den ursprünglich 1,5 Milliarden Euro sind 800 Millionen übrig geblieben.
- Apotheken-Naturalrabatte werden verboten, gleichzeitig die Herstellerpreise für Generika um 10% gesenkt. Ausnahme sind Generika, die 30% unterhalb der Festbetragsgrenze angeboten werden. Einsparvolumen: 500 Millionen Euro.
- Die Kontrolle der Vertragsärzte geschieht über Arzneimittel-Tagestherapiekosten, die zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen

und den Krankenkassen in Zukunft ausgehandelt werden. Hier gibt es Bonus- und Malus-Regelungen für die betroffenen Ärzte. Die Malus-Regeln sind ein Muss. Bei einer Unterscheidung von 5 – 10% fällt ein Malus für den Vertragsarzt von 20%, bei einer Überschreitung von 10 – 30% von 30% und bei über 30% von 50% der Therapiekosten an. Die Bonus-Regelung ist demgegenüber nur eine Kann-Bestimmung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Geld zurückerhalten und dürfen dies an die moderat verordnenden Ärzte weitergeben. Hier hofft man auf ein Einsparvolumen von weiteren 5 Millionen Euro.

- Die Krankenkassen können mit Pharma-Herstellern Rabattverträge abschließen und dabei auch insbesondere auf die Finanzierung von Innovationen Rücksicht nehmen.

Dies bedeutet, dass das bisherige System fortgeschrie-

ben und nicht ernsthaft renoviert wird. Die Folgen sind:

- Weiterhin gibt es Planwirtschaft statt Wettbewerb.
- Die Pharmaindustrie wird zunehmend ein eigenständiger Vertragspartner der Krankenkassen.
- Der Einfluss der Apotheken wird reduziert; Ihre Gewinnmöglichkeiten werden eingeschränkt.
- Die Ärzte müssen weiter für die Gesamtfolgen der Arzneimittelverordnung geradestehen und subventionieren über Malus-Regelungen die Arzneimittelkosten durch ihr ohnehin knapp bemessenes Honorar.
- Die Neuregelungen mit den Tagestherapiekosten werden den bürokratischen Kontrollaufwand für alle Beteiligten weiter erhöhen.

Fazit:

Die alte Misswirtschaft bleibt bestehen.

HFS

„Tag der Ärzte“ am 18. Januar in Berlin

Rede von Dr. Wolfgang Wesiack, Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.: „Das Maß ist voll!“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Maß ist voll, es reicht. Schwarz-rot ist nicht besser als Rot-grün. Wer das gehofft hat, sieht sich getäuscht. Allenfalls ist die Verschleierungstaktik eine etwas andere. Die fatale Richtung aber bleibt: Die Verschlechterung der Patientenversorgung nimmt trotz Steigerung der finanziellen Belastungen der Patienten weiter zu.

Der Marsch in die staatliche Einheitsmedizin geht weiter. Der BDI, der Berufsverband Deutscher Internisten mit seinen 25 000 Mitgliedern, ist die Vertretung aller Internisten in allen Versorgungsbereichen, der Internisten im Krankenhaus und der internistischen Fachärzte im fachärztlichen und im hausärztlichen Vergütungsbereich. Unsere Solidarität gilt den Klinikärzten mit ihren Mammutschichten und den Millionen unbezahlter

Überstunden im Dienste der Krankenversorgung. Ihre Forderung nach 30% mehr Gehalt ist berechtigt.

Wir kämpfen aber auch für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die Ärzte im hausärztlichen **und** fachärztlichen Vergütungsbereich. Die chronische Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches mit einem Defizit von 7,9 Mrd. € hat dazu geführt, dass die verordneten Quartalbudgets

bereits nach 8 bis 10 Wochen aufgebraucht sind. Das heißt im Klartext: nur 70% der ärztlichen Tätigkeit wird von den Kassen bezahlt.

Aber: Als wäre das noch nicht genug, versucht diese Regierung die Ärzte für ihre eigene Unfähigkeit zu missbrauchen. Die geplante Bonus-Malus-Regelung im heute im Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag diskutierten Arzneigesetz (AVWG) ist ▶

unethisch und unmoralisch. Auf der einen Seite sollen Ärzte durch die Kassen bestochen werden, wenn sie ihren Patienten die Verordnung von Medikamenten verweigern. Auf der anderen Seite sollen Ärzte, die ihre Patienten nach dem neuesten medizinischen Wissen versorgen und dabei die Tagestherapiekosten überschreiten, mit Honorarzug bestraft werden. Solche

Regelungen beschädigen in unerträglicher Weise die Arzt-Patienten-Beziehung. Unter solchen Knebelungs- und Drangsalierungsbedingungen können und werden wir Ärzte nicht mehr arbeiten.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Maß ist voll, es reicht! Patienten und Ärzte lassen

sich nicht weiter für dumm verkaufen.

Wir fordern:

- den Erhalt einer qualitativ hochwertigen Medizin mit freiem Zugang für alle Patienten
- angemessene Bezahlung für engagierte Arbeit in Klinik und Praxis
- freie Berufsausübung statt Gängelung und Bürokratie,

damit wir endlich wieder das tun können, weswegen wir den Arztberuf ergriffen haben:

den Patienten helfen, Krankheiten wenn möglich heilen, Schmerzen lindern.

den Patienten in guten und schlechten Tagen zur Seite zu stehen.

Gemeinsam sind wir stark. Gemeinsam mit unseren Patienten sind wir eine Macht.



Foto: Aevermann

Krankenhaus-Report 2005

Integrationsversorgung noch ein zartes Pflänzchen



Die Integrationsversorgung ist ein zartes Pflänzchen, das noch viel Pflege braucht, um für die Patienten Früchte zu tragen. Soll ein neuer Versorgungstypus entstehen, der mehr ist als nur eine Kooperation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Ärzten, sind noch mehr Ideen, mehr Risikokapital und mehr Zeit nötig. So fassen die Autoren des aktuellen Krankenhaus-Reports 2005 die Situation in den Projekten der integrativen Versorgung zusammen. Die neuen Regelungen zum

Aufbau einer integrierten Versorgung hätten noch keine strukturbildende Kraft entwickelt. Zwar sei die Zahl der neu geschlossenen Verträge durchaus beachtlich. Tragende neue Formen der Integration seien aber noch nicht zu erkennen. Dazu seien das spezielle Budgetvolumen und der bisherige Zeiträumen für die Neuentwicklung noch zu begrenzt. Die Herausgeber begrüßten daher die Ankündigung der großen Koalition, die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung ▶

bis 2008 zu verlängern. Krankenhäuser sollten Integrationsverträge nicht nur zur kurzfristigen Fallzahlsicherung gegenüber Konkurrenten nutzen. Aufgrund ihrer Organisationsfähigkeit und ihrer Bündelung von Kompetenzen hätten sie mehr Möglichkeiten, innovative Modelle integrierter Versorgung zu entwickeln, sagte Henner Schellschmidt vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) bei der Vorstellung des neuen Krankenhaus-Reports. Der Gesetzgeber müsse dafür allerdings dauerhaftere Rahmenbedingungen für den Aufbau von integrierten Systemen schaffen und damit die Grundlage für eine ausreichende Investition von Risikokapital, so WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauer.

Kennzahlen der Krankenhausversorgung

Laut Krankenhaus-Report 2005 gab es im Jahr 2003 in Deutschland 2.197 Krankenhäuser (1,1% weniger als 2002), in denen knapp 17,3 Millionen Fälle (-0,8%) behandelt wurden. Damit sank erstmals seit Beginn der bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik die Fallzahl in deutschen Kliniken. Gleichzeitig zeigen sich bei ambulanten (+25,8%), teil- und vorstationären Leistungen (+33,5% bzw. +21,2%) deutliche Anstiege gegenüber dem Vorjahr. Die DRG-Einführung im Jahr 2003 entfaltet hier ihre ersten Wirkungen.

Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 8,9 Tagen (2002: 9,2 Tage). Die Zahl der Betten betrug 541.901, das entspricht 657 je 100.000 Einwohner (-1,0%), die Betten waren nur noch zu 77,6% (2002: 80,1%) ausgelastet. Die Auslastung liegt damit deutlich unter der Planungsgröße von 85%. In Betten umgerech-

net ergibt sich hieraus ein Bettenüberhang von über 47.000 Betten.

Die pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhäuser betragen im Jahr 2003 insgesamt rund 55,7 Milliarden Euro. Ein Krankenhausfall verursachte damit durchschnittliche Kosten von 3.218 Euro. Die Kosten variieren zwischen den Bundesländern erheblich. Berliner Krankenhäuser sind mit durchschnittlich 4.011 Euro pro Krankenhausfall am teuersten, am unteren Ende finden sich Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern



mit 2.811 bzw. 2.814 Euro. Ende 2003 arbeiteten gut 1,1 Mio Menschen in Krankenhäusern. In Vollzeit gerechnet waren dies 824.000 Stellen und damit 1,2% weniger als im Vorjahr. Von der Reduzierung ausgenommen war der ärztliche Dienst. Das Personal stieg hier erneut um 1,2% (Vollzeitäquivalente). In Bezug auf Personen stieg die Zahl der Ärzte im Krankenhaus sogar um 2,0%.

Die häufigsten Diagnosen bei Männern und Frauen

Kreislauf- und Krebserkrankungen sind die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt in Deutschland (15,9% bzw. 11,1%). Bei den Männern dominieren als Einzeldiagnosen

die chronische ischämische Herzkrankheit, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und der Leistenbruch. Bei den Frauen sind die normale Entbindung, Brustkrebs sowie Herzinsuffizienz die drei führenden Diagnosen. Bei Männern zwischen 15 und 45 Jahren sind die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sogar die Hauptursache für einen Krankenhausaufenthalt, bei den Frauen der gleichen Altersgruppe liegt diese Diagnose nur auf Platz 14.

84% aller Patienten verlassen innerhalb von 14 Tagen das Krankenhaus, knapp 62% sind innerhalb von sieben Tagen wieder zu Hause. 16,5% aller Krankenhausaufenthalte verursachen dagegen über 51% aller Krankenhaustage. Fast 405.000 Menschen verstarben in 2003 in einem Krankenhaus, das waren ca. 47% aller Todesfälle dieses Jahres.

Diagnosedaten aus dem Bereich Rehabilitation

Der Krankenhaus-Report veröffentlicht erstmals Diagnosedaten für den Bereich Vorsorge und Rehabilitation. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren mit 36,3% aller Patienten der häufigste Grund für eine Vorsorge- oder Rehabilitation. Es folgen Krankheiten des Kreislaufsystems (16,2%), Neubildungen (11,2%) sowie psychische und Verhaltensstörungen (11,1%). Krankheiten des Kreislaufsystems waren vor allem bei Männern Anlass für eine Vorsorge- oder Rehab-Maßnahme, Frauen werden dagegen häufiger wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes behandelt. Im Ländervergleich fällt eine höhere Behandlungsrate in Ostdeutschland gegenüber

den westdeutschen Ländern auf.

Ausreichende Kapazitäten

Mit 2.197 Krankenhäusern stehen in Deutschland ausreichend Klinikkapazitäten zur Verfügung. Die Zahl der Kliniken sinkt jedoch kontinuierlich: Zwischen 1991 und 2003 ging sie um 8,9% zurück, die Zahl der Betten sogar um 18,6%. Mit dem Abbau verbindet sich die Sorge, dass Krankenhäuser nicht immer ausreichend erreichbar sind. Der Krankenhaus-Report enthält eine Analyse des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR) zur Frage der Erreichbarkeit von Kliniken in Deutschland und den möglichen Folgen von Konzentrationsprozessen. Derzeit wohnen rund drei Viertel der Bevölkerung etwa 10 Minuten PKW-Fahrzeit vom nächsten Krankenhaus entfernt, nur 2,3% aller Einwohner benötigen mehr als 20 Minuten. Probleme in der Krankenhausversorgung gibt es jedoch in einigen strukturschwachen Gebieten in Deutschland, so z.B. in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt.

Krankenhausärzte weisen eher ein

Der Krankenhaus-Report geht der Frage nach, wie niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte über eine Einweisung bzw. Aufnahme ins Krankenhaus entscheiden. Anhand typisierter Fallbeschreibungen für zwei beispielhafte Beschwerdebilder wurde eine Stichprobe niedergelassener und Krankenhausärzte schriftlich gebeten einzuschätzen, ob eine Behandlung im Krankenhaus notwendig wäre oder nicht. Das Ergebnis: Bei gleichem Informationsstand über die Be- ▶

schwerden eines Patienten würden Krankenhausärzte ihn deutlich häufiger in die Klinik einweisen als ihre niedergelassenen Kollegen.

Leistungsentwicklung nach Einführung der DRGs

Mit der DRG-Vergütungsreform in Deutschland und damit dem Ziel erhöhter Leistungs- und Kostentransparenz in der stationären Versorgung werden neue Anforderungen an Analyse- und Berichtssysteme gestellt. Im vorliegenden Krankenhaus-Report wird erstmals das stationäre Leistungsgeschehen vor und während der DRG-Einführung 2002 bis 2004 umfassend auf der Basis von AOK-Daten untersucht. Auf Basis von ca. 16,8 Millionen Fällen werden die Effekte relevanter Einflussfaktoren auf zentrale Kenngrößen wie Fallzahl, DRG-Leistungsvolumen (Casemix) und gemittelter Fallschwere (Casemix-Index) betrachtet. Zum anderen erfolgt eine Strukturanalyse des DRG-Marktes mittels Komponentenerlegung. Diese Methodik, die hier erstmals für den Krankenhausmarkt eingesetzt wurde, erlaubt es, Einflussfaktoren der Marktveränderung zu identifizieren, systematisch in Teileffekte zu zerlegen und damit einer differenzierten Bewertung zugänglich zu machen.

Änderungen in der Diagnosestatistik

Die Einführung der Fallpauschalen (DRGs) im Jahr 2003 hat die Kodierpraxis in deutschen Krankenhäusern deutlich verändert. Anders als zuvor sind unter DRGs Informationen über Haupt- und Nebendiagnosen oder durchgeführte Maßnahmen vergütungsrelevant. Diese erheblich gesteigerte

Bedeutung zeigt sich sehr deutlich in den neuen Daten der amtlichen Diagnosestatistik. Besonders auffällig sind die Veränderungen im Bereich der Geburtshilfe. So gibt es z.B. bei den Diagnosen ‚Dammriss unter der Geburt‘ (+2.263,4%) oder ‚Sonstigen Verletzungen unter der Geburt‘ (+1.858,3%) vierstellige Steigerungsraten im Jahresvergleich 2003 zu 2001.

Der Verdacht einer erlösoptimierenden Kodierpraxis (Upcoding) lässt sich aber zumindest für den Bereich der Geburten nach weitergehenden Analysen mithilfe von Perinatalstatistiken nicht erhärten. Für die Diagnoseangaben insgesamt muss allerdings sehr genau geprüft werden, inwieweit hier nur eine neue Dokumentationsqualität wiedergeben oder aber tatsächlich problematischen Vergütungsinteressen gefolgt wird.

Krankenhaus-Report 2005

Der Leser erhält mit dem Krankenhaus-Report ein fundiertes Kompendium mit aktuellen Schwerpunktthemen und Diskussionsbeiträgen renommierter Autoren sowie mit umfassenden Daten über deutsche Krankenhäuser. Aktualisiert: die krankhauspolitische Chronik mit den wichtigsten Entscheidungen bis ins Jahr 2004. Im Krankenhaus-Directory: DRG-Kennzahlen für über 1.600 Krankenhäuser auf Basis der Budgetjahre 2003 und/oder 2004.

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schell-schmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005 – Schwerpunkt: Wege zur Integration.

ISBN: 3-7945-2408-X
424 Seiten, incl. CD-ROM, € 49,95
Schattauer-Verlag, Stuttgart

WIdO-Pressinformation v. 22.11.2005

Praxistätigkeit mit zunehmendem Alter schlechter?

Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. Ann Intern Med 2005 (15. Februar); 142: 260-73 (andere Studienart)

Studienziele

Ärztinnen und Ärzte profitieren im Laufe ihrer Tätigkeit von zunehmender klinischer Erfahrung; andererseits ist es schwierig, während der ganzen Zeit der beruflichen Tätigkeit mit dem medizinischen Fortschritt mitzuhalten. In einer systematischen Analyse der vorhandenen Literatur wurde der Zusammenhang zwischen der Behandlungsqualität und der Dauer der Praxistätigkeit der Ärztinnen und Ärzte untersucht.

(...)

Ergebnisse

In 32 (52%) von insgesamt 62 auswertbaren Studien korreliert die Praxisdauer mit allen gemessenen Qualitätskriterien negativ, in 13 (21%) bestand die negative Korrelation nur für einzelne Kriterien, in weiteren 12 (21%) bestand kein Zusammenhang und nur in je einer Studie (je 2%) wurde ein Anstieg der Qualität mit zunehmender Praxis nach einem bzw. nach allen Kriterien gefunden. In 2 Studien (3%) fand sich ein Leistungsgipfel nach einigen Jahren Praxiserfahrung. Die theoretischen Kenntnisse nahmen in allen 12 Studien mit der Dauer der Praxistätigkeit ab. Die Einhaltung diagnostischer oder therapeutischer Richtlinien verschlechterte sich in 29 von 43 Studien mit zunehmender Praxiserfahrung. Die Behandlungsergebnisse (unter anderem Mortalität, Komplikationsrate von Eingriffen, Hospitalisationsdauer) standen in 7 Studien entweder in keiner oder in einer negativen Beziehung zur Dauer der Praxistätigkeit.

Schlussfolgerungen

Die Leistung von Ärztinnen und Ärzten scheint mit zunehmender Praxisdauer schlechter zu werden, wenn messbare Qualitätskriterien angewendet werden. Das Ausmaß und die praktische Bedeutung dieses Phänomens bleiben noch zu klären. Sicher aber muss die Fortbildung und die Qualitätssicherung in der Praxis verbessert werden.

Zusammengefasst von Markus Häusermann, Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine, CH-Wil

Diese Meta-Analyse berichtet überraschende Resultate: die klinische Erfahrung scheint mit einer Abnahme des Wissens, einer verminderten Anwendung von medizinischen Standards und dem Erreichen weniger guter klinischer Resultate verknüpft zu sein.

Ein Hauptproblem dieser Studie ist, dass sie auf Grund von Momentaufnahmen auf eine zeitliche Entwicklung schließt. Der Effekt der „klinischen Erfahrung“ wird dabei unau- ▶

Fortsetzung von Seite 25

lösbar mit demjenigen des „Zeitpunktes der Ausbildung“ und so mit dem Fortschritt des vermittelten Wissens vermengt. Eine noch fundamentalere Kritik ist angebracht. Es ist nicht adäquat, theoretisches Wissen oder die Befolgung von Praxis-Empfehlungen als Indikatoren für die Qualität der medizinischen Tätigkeit heranzuziehen. Die Evidenz ist zu dünn, um Schlüsse zuzulassen. Das soll mich aber nicht daran hindern, alles zu tun, um mein Wissen à jour zu halten und meine Fertigkeiten weiter zu ent-

wickeln trotz meines Alters und solange mir ein Rest gesunder Menschenverstand bleibt.

Prof. Dr. Jérôme Biollaz,
Division de Pharmacologie clinique, CHUV, CH-Lausanne
Aus: infomed-screen, 05-06/2005
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch