

# Der Kampf geht weiter

**Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) ruft alle Betroffenen zum Protest am 19. Mai 2006 in Berlin auf !**

„Das Maß ist voll“, begründet der Präsident des BDI e.V., Dr. med. Wolfgang Wesiack, die Weiterführung des Protests der Mediziner gegen die verfehlte Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Die Politiker haben zwar die in Deutschland bisher einmaligen gewaltigen Demonstrationen der Ärzteschaft im Januar und März zur Kenntnis genommen und zum Teil Verständnis signalisiert, aber dennoch keinen Kurswechsel eingeleitet.

So gefährdet z.B. das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) mit einer Bonus-Malus-Regelung die ärztliche Therapiefreiheit erheblich. Denn diese belohnt die Rationierung medizinischer Leistungen und bestraft den Arzt, der seine Patienten verantwortungsbewusst versorgt. Diese Handlungsweise ist ethisch nicht ver-

Außerdem wird dadurch das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten beschädigt. Leidtragende sind vor allem

der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und müssen den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Darüber hinaus überfrach-

keiner Änderung an dem Gesetz gekommen. Der Bundestag hat das umstrittene Gesetz, das nicht zustimmungspflichtig ist,



**Ärzte und ihre Mitarbeiter beim Nationalen Protesttag am 24. März 2006 in Berlin**

chronisch Kranke, multimorbide und alte Menschen. Die deutsche Ärzteschaft ist aber in erster Linie dem Patienten verpflichtet. Qualität und

tet dieses Gesetz die Ärzte erneut mit einem Wust von Bürokratie, der ihnen die für die Patientenversorgung benötigte Zeit raubt.

mit seiner Kanzler-Mehrheit verabschiedet. Es tritt somit zum 1. Mai 2006 in Kraft, die von der Ärzteschaft heftig abgelehnte Bonus-Malus-



**Ganz vorne mit dabei: BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack, BDI-Ehrenpräsident Dr. med. Harmuth Weinholz, BDI-Vizepräsident Dr. med. Wolf von Römer und BDI-Geschäftsführer RA Helge Rühl (von rechts)**



**Gemeinsam eine Macht: BDI-Präsident Wesiack (Mitte), flankiert von BDI-Vizepräsident von Römer (re.) und BDI-Geschäftsführer Rühl (li.)**

tretenbar und widerspricht der Berufsordnung, nach der ein Arzt keinen Vorteil aus Verordnungen ziehen darf.

Wirksamkeit der Leistungen, also auch der Arznei- und Heilmittel, haben dem allgemein anerkannten Stand

Der Bundesrat hat zwar den Vermittlungsausschuss zur Korrektur des AVWG angerufen, aber es ist zu

Regelung zum 1. Januar 2007. BDI-Präsident Wesiack warnt die Politik im Zusam- ➤

menhang mit der in diesem Jahr anstehenden Reform des Gesundheitswesens: **„Patienten und Ärzte lassen sich nicht für dumm verkaufen.“**

- Krankheiten, wenn möglich, heilen,
- Schmerzen lindern,
- den Patienten in guten und schlechten Tagen zur Seite stehen,

das tun können, weswegen wir den Arztberuf ergriffen haben.

Der BDI ruft alle Ärztinnen und Ärzte, ihre Mitarbeiter

dem nächsten Nationalen Protesttag der Ärzte zu beteiligen.

Solange sich in der verfehlten Gesundheitspolitik



**Im kollegialen Gespräch: Der BDI-Präsident mit Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe (re.)**



**Zuversichtlich: Der BDI-Präsident mit dem KBV-Vorsitzenden Dr. med. Andreas Köhler**

Fotos (5): Aevermann

Die Forderungen des Internistenverbandes lauten:

- Erhalt einer qualitativ hochwertigen Medizin mit freiem Zugang für alle Patienten,

- eine angemessene Bezahlung für engagierte Arbeit in Klinik und Praxis,
- freie Berufsausübung statt Gängelung und Bürokratie, damit wir endlich wieder

und Patienten und insbesondere seine rd. 25.000 Mitglieder aus allen Versorgungsbereichen auf, sich am 19. Mai 2006 in der Bundeshauptstadt Berlin an

nichts ändert, wird der BDI solidarisch mit der gesamten Ärzteschaft und ihren Patienten seinen Protest aufrechterhalten.

BDI

## Internisten-Verband solidarisch mit streikenden Klinikärzten

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI e.V.) stellt sich hinter die streikenden Kolleginnen und Kollegen an den deutschen Universitätskliniken und sichert ihnen seine solidarische Unterstützung zu. BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack äußert sein volles Verständnis dafür, dass die Kollegen nicht mehr bereit sind, in den Kliniken unter teilweise menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen zu arbeiten. Die Zustimmung von 98,4% der Klinikärztinnen und -ärzte zu den Streikmaßnahmen ist ein unmissverständliches Warnsignal an die Arbeitgeberseite. Wesiack fordert ernsthafte und arztgerechte Vorschläge für einen raschen Abschluss eines Tarifvertrages für die 22 000 Ärzte an den Unikliniken. Zu den Forderungen der

- Ärzte gehören unter anderem
- die Rücknahme der Kündigungen der Tarifverträge zur Arbeitszeit sowie zum Weihnachts- und Urlaubsgeld, die zu Einkommensverlusten von bis zu 20% geführt haben,

- eine leistungsgerechte Vergütung,
- die vollständige Vergütung sämtlicher erbrachter Arbeitsleistungen,
- die Abschaffung kurzzeitig befristeter Arbeitsverträge,
- bessere Arbeitsbedingungen durch die Einführung pra-

xisnaher und praktikabler Arbeitszeitregelungen im Sinne der Ärzte und Patienten,

- der Abbau bürokratischer patientenferner Tätigkeiten sowie
- die Sicherstellung von Forschung und Lehre innerhalb der Arbeitszeit.



**In der Kölner Uni-Klinik vertiefen sich Streikende in Fachliteratur**

Foto: Aevermann

### Tausende Kollegen gehen auf die Straße

Nach den historischen Streiks und Demos an Universitätskliniken Anfang Mai 2005, an denen rund 5000 Ärzte teilnahmen, gehen die Proteste unvermindert weiter.

Über 10 000 Uni-Ärzte beteiligten sich an Streiks und Protesten in der ersten Augustwoche 2005. Allein über 5000 Ärzte aus Unikliniken kamen am 06.09.2005 zum zweiten zentralen ▶

Streik- und Protesttag nach Stuttgart. Am dritten bundesweiten Protesttag aller Krankenhausärzte am 19.10.2005 beteiligten sich rund 8500 Mediziner.

In der Woche vom 28.11. bis zum 02.12.2005 streikten die 2200 Ärzte an der Charité, am 02.12.2005 beteiligten sich zudem rund 5000 Ärzte an 20 Unikliniken an Warnstreiks. Wegen schleppender Tarifverhandlungen haben 7500 Ärzte am 1. März 2006 an Universitätskliniken gestreikt und protestiert. Ab dem 16. März 2006 sind die Ärzte in Unikliniken in unbefristete Streiks getreten. Am 22. März 2006 kamen im Rahmen der bundesweiten Ärzte-Streiks an Unikliniken rund 6000 Mediziner zu einer Großdemo nach Hannover.

In 26 Städten bundesweit haben am 11. April rund 12 000 Ärztinnen und Ärzte in Unikliniken und psychiatrischen Landeskrankenhäusern ihre Arbeit niedergelegt. Allein in Köln kamen zu

einer Großdemo rund 6000 Mediziner. Sie forderten

In Köln fanden zeitgleich die Tarifverhandlungen des

handlungen nicht unnötig in die Länge zu ziehen und



Demonstrierende Krankenhausärzte auf der Kölner Domplatte

Foto: Aevermann

von der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) einen anständigen Ärzte-Tarif, der bessere Arbeitsbedingungen und international übliche Gehälter garantiert.

Marburger Bundes mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) statt. Die streikenden Uni-Ärzte übergaben der VKA eine Aufforderung, die Ver-

zielorientiert zu verhandeln. „Sie sind gut beraten, keine Ärzte-Streiks in den kommunalen Krankenhäusern zu provozieren“, steht in ihrem Flugblatt. KS

## Grußwort des BDI-Präsidenten zum 112. Internistenkongress in Wiesbaden

# Solidarität der Ärzte gegen die Abwärtsspirale im Gesundheitswesen

**Am 23. April 2006 wurde im Kurhaus Wiesbaden der 112. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) eröffnet. Der Vorsitzende der DGIM, Prof. Werner Seeger, wies darauf hin, dass unsere Zeit durch große Umbrüche in der Medizin gekennzeichnet sei, beispielhaft erkennbar an der Strukturreform mit ihrer einschneidenden Veränderung der Finanzierung des Gesundheitssystems oder der Schließung und Fusionierung von Krankenhäusern. Als Vorsitzender der internistischen Schwesterorganisation, des Berufsverbandes Deutscher**

**Internisten, übermittelte BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack seine Grüße und setzte Schwerpunkte aus Sicht des Berufsverbandes. Hier der Text seines Grußwortes:**

Innovation und Kontinuität in der Qualität sind und bleiben die Herausforderungen ärztlicher Arbeit. Leider aber gelten diese Kriterien nicht unbedingt für die Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit, spricht für die gesundheitspolitische Gesetzgebung.

Ich will es gar nicht verhehlen. Mit der Bundestagswahl und der neuen Regierung hatten wir Ärzte auf einen

Politik- und auch Kulturwechsel in der Gesundheitspolitik gehofft. Endlich Schluss mit dem Gerede von Unter-, Über- und Fehlversorgung! Endlich Schluss mit der schleichenden Rationierung! Endlich Schluss auch mit der Demontage des ärztlichen Berufes!

Aber hat die große Koalition hier schon wirklich Großes geleistet? Ich glaube kaum!

### Unterminierung des Vertrauens zwischen Patient und Arzt

Das gerade vom Bundesrat verabschiedete sogenannte Arzneimittel-Verordnungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetz

(AVWG) zumindest spricht eine ganz andere Sprache, nämlich die der Dominanz der Ökonomie, der administrativen Gängelung und der Unterminierung des Vertrauens in der Patienten – Arzt – Beziehung.

Da reden alle immer wieder selbstgefällig vom hohen Stellenwert der Gesundheit in unserer Gesellschaft und wie wichtig der Arztberuf doch sei. Doch dann führt der politische Weg fast aller Parteien weiter in Richtung Rationierung, Einheitsmedizin und Misstrauenskultur. Das ist enttäuschend und macht viele Ärztinnen und Ärzte wütend. Dabei ist die Bonus- ▶

Malus-Regelung besonders perfide und konterkariert die ethischen Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung. Nach Vorstellung der Politik soll der Arzt finanziell belohnt werden, wenn er seinen Patienten die Verordnung von Medikamenten verweigert - ich nenne dies den Versuch staatlicher Korruption einer gesamten Berufsgruppe. Zum anderen werden Ärzte, die ihre Patienten nach dem neuesten medizinischen Wissen versorgen und dabei die Tagestherapiekosten überschreiten, mit Honorarabzug bestraft.

Und sage keiner, diese so genannten durchschnittlichen Tagestherapiekosten seien doch nur eine Orientierungshilfe für den Arzt, denn das ist der Gipfel der Einfallslosigkeit. Auf diese Art der Orientierung können

Professoren der Ärzte ist aber – so Professor Meinhard Classen in seiner Eröffnungsrede 1994 – ein hohes Gut und muss an ethischen Regeln orientiert sein.

Seit Anfang dieses Jahres gehen nun Ärztinnen und Ärzte, Kliniker wie Niedergelassene, gemeinsam mit ihren Angestellten und den Patienten auf die Straße und protestieren. Und es sind keineswegs kleine Grüppchen, die da protestieren; es ist vielmehr der gesamte Berufsstand Arzt, der sich da erhebt.

### Eine breite Front ärztlichen Widerstands

Allein auf dem letzten nationalen Protesttag der Ärzte hat fast jeder dritte niedergelassene Arzt demonstriert. Gemeinsam mit den Akti-

chronische Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches mit einem jährlichen Defizit von 8 Mrd.€. Das hat dazu geführt, dass die verordneten Quartalbudgets bereits nach 8-10 Wochen aufgebraucht sind, die Kassen also nur 70% der ärztlichen Leistungen bezahlen. Diese Art erpresster Gemeinnützigkeit ärztlicher Tätigkeit muss ein Ende haben.

Wir wollen wieder einen freien Arztberuf, eine der Verantwortung unserer Arbeit angemessene Vergütung und vernünftige Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Medizin.

Das, was wahr ist, muss man kundtun. Und wie für Politiker, so gilt auch für uns Ärzte, dass wir uns mit unbequemen Wahrheiten auseinandersetzen müssen.

### Wir brauchen den internistischen Generalisten

Mein zweites zentrales Thema ist deshalb die (Muster-)Weiterbildungsordnung für die Innere Medizin. Vor einem Jahr hat Professor Jörg D. Hoppe als Präsident der Bundesärztekammer uns versprochen, dieses für uns existentiell so wichtige Thema wieder aufzugreifen – und dafür sind wir ihm sehr dankbar. Wir brauchen wieder den internistischen Generalisten, den Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit eigener Facharztprüfung. Wir brauchen nicht nur acht eigenständige Fachärzte für Innere Medizin und jeweiligem Schwerpunkt. Die Innere Medizin ist mehr als die Summe ihrer Schwerpunkte, oder (wie Theodor Frerichs, der erste Kongresspräsident, bereits 1882 formulierte) „die innere Heilkunde ist und bleibt der segensreiche Strom, von welchem die Spezialfächer wie Bäche sich abzweigen und gespeist werden.“

1968 hat Hans Erhard Bock in seiner Eröffnungsrede zum 74. Kongress folgendes unverändert Gültiges gefordert: „Spezialisierung für internmedizinische Teilgebiete sollte nur auf einer breiten Basis allgemeiner Innerer Medizin (ich füge hinzu: nicht der Allgemeinmedizin, sondern der allgemeinen Inneren Medizin) aufbauen dürfen.“

### Nötig ist die breite Basis allgemeiner Innerer Medizin

Der seit 2003 neue Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin mit nur 2-jähriger internistischer stationärer Pflicht-Weiterbildung erfüllt die Bockschen Kriterien der breiten Basis allgemeiner Innerer Medizin nicht. Dieser Facharzt ist ein Hybrid, der von der Inneren Medizin nur den Titel hat, de facto aber ein Facharzt für Allgemeinmedizin ist.

In der jetzigen schwierigen Situation um eine Reform der (Muster-)Weiterbildungsordnung haben inzwischen alle 17 Landesärztekammern eine M-WBO verabschiedet; die Geneh- ▶



**Endlich Schluss mit der schleichenden Rationierung: BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack**

Foto: Aevermann

wir gerne verzichten; wir machen doch keine Checklistenmedizin.

Mit dem Bonus-Malus-Gesetz kann der Patient nicht mehr sicher sein, dass sein Arzt ihm das notwendige und auch das für ihn am besten verträgliche Mittel gegen seine Krankheit verordnet.

### Der gesamte Berufsstand erhebt sich

Das Vertrauen der Menschen in die integre Berufsausü-

onen aller freien Verbände zeichnet sich hier das Bild einer breiten Front ärztlichen Widerstandes ab. Es ist dies die geschlossene Solidarität der Ärzte gegen die Abwärtsspirale im Gesundheitswesen – und darauf können wir stolz sein!

Die Kliniker z.B. weisen zu Recht u.a. auf ihre zu niedrige Bezahlung, ihre Mammutschichten und auf Millionen unbezahlter Überstunden hin.

Die niedergelassenen Ärzte beklagen seit langem die

## BDI intern

### Geburtstage

Am 20. April 2006 konnte Herr **Dr. med. Hans-Jürgen Frank-Schmidt**, Frankenthal, ehemaliger Präsident des BDI e.V. seinen 80. Geburtstag feiern.

Ebenfalls sein 80. Lebensjahr vollendete am 2. Mai 2006 **Herr Dr. med. Günter Pasewald**, Wiesbaden, Ehrenpräsident des BDI e.V., ehemaliger Präsident, Vizepräsident und Schatzmeister.

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

migung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde steht zum Teil noch aus.

Ein Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt ist in fünf Landesärztekammern vorhanden, und zwar in zwei Varianten. Einmal in Hessen als eigenständige

tag der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin so ausgedrückt: „Mit der zentrifugalen Desintegration der Teilgebiete gehen Mitte und Kern immer mehr verloren.“ Der Facharzt für Innere Medizin als 9. Säule, als eigener Schwerpunkt, eröffnet eine



**Der Internistenkongress hat seit 1882 Tradition: Kongresspräsident Prof. Werner Seeger**

Foto: Aevermann

Facharztkompetenz mit einer Weiterbildungszeit von fünf Jahren und Prüfung. In vier weiteren Kammern als so genannte 9. Säule, also als eigenständiger Schwerpunkt. Der Facharzt für Innere Medizin als eigenständiger Schwerpunkt parallel zu den anderen Schwerpunkten?

Erinnern wir uns an die mahnenden Worte von Theodor Frerichs noch einmal: „Die innere Heilkunde (also der Facharzt für Innere Medizin) ist und bleibt der Segen spendende Strom, von welchem die Spezialfächer (also die acht Schwerpunkte) wie Bäche sich abzweigen und gespeist werden, die aber im Sande verrinnen und versiegen werden, wenn sie sich abtrennen.“

### Die 9. Säule führt zur Desintegration

Wir brauchen also ganz im Sinne von Frerichs den Facharzt für Innere Medizin als Basis, sonst zerfällt unser Fach. Professor Lasch hat es 1982 zum 100. Geburts-

weitere Sackgasse und ist damit ein weiterer Schritt der zentrifugalen Desintegration der Inneren Medizin.

Aus diesem Grunde lehnen wir den Facharzt für Innere Medizin als 9. Säule ab und fordern den eigenständigen Facharzt für Innere Medizin

## Dringender Appell des BDI: Gesundheitsreform darf die ärztliche Versorgung nicht gefährden

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) betrachtet die Diskussion um eine Reform der GKV mit großer Sorge. In einem einstimmigen Beschluss hat der Vorstand des BDI während des 112. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) am 22. April 2006 in Wiesbaden gefordert:

Soll der medizinische Fortschritt auch in Zukunft allen Kranken zugänglich bleiben, müssen die finanzielle Basis erweitert und Sektoren-übergreifende Strukturen geschaffen werden. Der Erhalt und Ausbau der wohnortnahen ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen sowie der stationären Versorgung müssen dabei im Vordergrund stehen.

Der BDI fordert die Regierungskoalition auf, die chronische Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches von 8 Mrd. € zu beseitigen, die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus leistungsadäquat zu bezahlen und zügig mit dem Abbau der Bürokratie im Gesundheitswesen zu beginnen.

mit eigener Facharztprüfung, wie er von der ÄK Hessen als geltendes Weiterbildungsrecht etabliert ist.

Professor Schuster hat in seiner Eröffnungsrede 1993 gesagt: „Die Zukunft der Inneren Medizin bedarf unserer aktiven Gestaltung und

unseres Willens, die Einheit des Gebietes zu erhalten und fortzuentwickeln.“ Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und der Berufsverband Deutscher Internisten werden diese Aufgabe gemeinsam erfolgreich meistern.



**Der Kongress ist lebendiger denn je: Eingang zu der Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden**

Foto: Aevermann

## Die Frau Minister und der Offene Brief

Bei Ulla Schmidt haben die Demonstrationen der Ärzteschaft, die sich insbesondere gegen das Arzneimittelversorgungs-

veröffentlicht wurde. Sie wendet sich dabei an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und erläutert die Ziele des AVWG.



**Geht unbeeindruckt ihren Weg: Ulla Schmidt**

Foto: Aevermann

Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) gerichtet haben, doch Wirkung gezeigt. Erhält man von ihr auf die verschiedenen Fragen sonst immer nur stereotype Antworten und hat das Gefühl, dass sie ihren eingeschlagenen Weg unbeeindruckt weitergeht, so hat sie sich diesmal entschlossen, einen Offenen Brief zu schreiben, der unter anderem in der Ärztezeitung

Zunächst beschwört sie ihre Bereitschaft zu einem sachlich geführten Dialog und betont, dass die ärztliche Kompetenz auf keinen Fall eingeschränkt werden soll. Jeder kann weiter verschreiben, was er auf der Grundlage seiner fachlichen Diagnose für richtig hält, meint sie.

Daneben betont sie natürlich, dass der massive An-

stieg der Arzneimittelkosten nicht tolerabel ist und dass hier Geld verloren geht, das – wie sie schreibt – zum Beispiel für eine leistungsgerechte Honorierung der Ärzte fehlt.

Sie beschreibt dann die Einsparpotentiale, die man auch im Arzneimittelreport von Prof. Ulrich Schwabe nachlesen kann, und postuliert gleichzeitig, dass die medizinische Versorgung der Patienten unter diesen Einsparbemühungen nicht leiden wird. Am Schluss des Briefes wird noch auf die Musterkinder der Kassenärztlichen Vereinigungen wie zum Beispiel Schleswig-Holstein und Bayern hingewiesen – zur Nachahmung empfohlen.

### Ärzte in der Ethikfalle

Ulla Schmidt hat ungewollt den demonstrierenden Ärzten neue Argumente geliefert. Besser kann man die Ethikfalle, in der der behandelnde Arzt steckt, und die Lockungen mit einer Bonus-

regelung nicht beschreiben. Von den Begriffen Unter-, Über- und Fehlversorgung ihres Beraters Prof. Karl Lauterbach hat sie bei dieser Betrachtung offensichtlich noch nichts gehört. Ist sie sich denn wirklich so sicher, dass in der Bundesrepublik bei der medikamentösen Behandlung noch eine Überversorgung besteht? Hat sie noch nie etwas von einer inzwischen eingetretenen heimlichen Rationierung gehört, die zu mehr Kosten führen wird, wenn sie aufgehoben würde?

Klarer konnte es im Übrigen unsere Frau Minister nicht formulieren: Es geht nur um eine Kostendämpfung auf den Rücken der Patienten und der behandelnden Ärzte. Dass dabei auf kurz oder lang endgültig die Arzt-Patienten-Beziehung als das wichtigste Element einer qualitativ hochwertigen Versorgung unter die Räder kommt, das übersieht sie geflissentlich.

So betrachtet, bleibt doch alles beim Alten.

HFS

## Sozialversicherungssystem

## Der Pillenknick und seine Folgen

Der Freiburger Finanzwissenschaftlicher Prof. Bernd

Raffelhüschen lässt keine Gelegenheit aus, den Finger



**Finger in die Wunde gelegt: Prof. Bernd Raffelhüschen**

Foto: Aevermann

in die Wunde zu legen. Er beschäftigt sich neben der Rentenversicherung auch mit dem Gesundheitssystem und erläutert sehr plastisch die eingetretenen Finanzierungsprobleme, die sich durch den Pillenknick in unserer Gesellschaft ergeben haben.

Besonders beängstigend ist seine Feststellung, dass die eingetretene Verschiebung unserer Altersstruktur auch durch einen jetzt einsetzenden Baby-Boom nicht mehr behoben werden kann, da Fehler der Vergangenheit sich nicht

mehr korrigieren lassen. Die Alterspyramide wird auch in Zukunft ihre Delle behalten und zu Finanzierungsproblemen im Sozialsystem für diejenigen führen, die in der Vergangenheit auf Kinder verzichtet haben.

### Dem System droht der finanzielle Crash

Er wird nicht müde klarzustellen, dass es keine Alternative zu einer kapitalgedeckten Form der Finanzierung der Sozialversicherungssysteme gibt, will man nicht den Crash des ▶

Systems dadurch provozieren. Die jüngere Generation wird nicht mehr in der Lage sein, 50 bis 60 Prozent des Einkommens für Sozialversicherungsbeiträge aufzubringen. Jeder wird wissen, dass dies völlig unrealistisch ist und mit Sicherheit einen Streik der Beitragszahler auslösen dürfte.

Solche unappetitlichen Wahrheiten hört niemand gern. So hat Raffelhüschen jetzt auch klargestellt, dass ohne die PKV unser Gesundheitswesen längst zusammengebrochen wäre. Die einfache Erklärung ist, dass 10 Prozent aller Versicherten 20 Prozent der Kosten tragen und zudem noch Rücklagen

für die Zukunft gebildet wurden. Er sieht die Grenze der Belastbarkeit bereits jetzt bei den Beitragszahlern erreicht und stellt lakonisch fest, dass sich nur durch eine Kürzung des Leistungsinhaltes der gesetzlichen Krankenversicherung das Problem lösen lässt. Sein erster Vorschlag ist die Strei-

chung des Zahnersatzes. Man darf gespannt sein, wie die Politik auf die ersten Vorschläge einer konsequenten Leistungskürzung des GKV-Systems reagieren wird, wenn Beitragszahler nicht mehr weiter belastet werden können und das System unterfinanziert ist.

HFS

## Nachgelesen

# Gerhard Schröder, der Gaspromi, über Gefälligkeiten aller Art

„Die SPD hat es als ihre Aufgabe angesehen ..., ihren Mitgliedern den sozialen Aufstieg zu ermöglichen. ... Solche Karrieren sind häufig mit sozialem Aufstieg verbunden, der zu erheblichen Veränderungen in der persönlichen Sphäre des Einzelnen führt. Die SPD ist deshalb mehr als bürgerliche Parteien in der Gefahr, von den negativen Folgen eines menschlich nicht bewältigten Aufstiegs – gesellschaftlicher Entfremdung, finanzieller Maßlosigkeit und politischer Entsolidarisierung – betroffen zu werden. ...

Mit dem Erreichen einer Spitzenposition ist häufig ein steiler gesellschaftlicher Aufstieg verbunden. Die finanzielle Ausstattung dieser Ämter ist durchweg so üppig, dass der dorthin Gelangte sich vor dem Hin-

tergrund seines früheren Lebenszuschnittes plötzlich in einer Situation sieht, in der er meint, sich ‚alles leisten zu können‘.

Sein altes materielles Wertgefüge gerät aus den Fugen. Er orientiert sich an dem Standard einer exklusiven Oberschicht und richtet sich in seinen Standards meist unkritisch nach diesen Standards ein. Dies neue Selbstverständnis wird bestätigt und verstärkt durch die Ausstattung seines Amtes mit allem Beiwerk exklusiver bürgerlicher Repräsentation. Dem Amtsinhaber erscheint nun auch der sehr weit gesteckte neue finanzielle Rahmen häufig als zu eng. Sein Interesse richtet sich darauf, noch weitere Einnahmequellen zu erschließen.

Darüber hinaus ist die Umorientierung mit einer Abkehr

von den früheren gesellschaftlichen Zusammenhängen verbunden. In aller Regel lösen sich die persönlichen und emotionalen Bindungen zur Arbeiterbewegung; nicht nur der Habitus, sondern auch Umgang und Wertordnung werden oberstschichtspezifisch. ...

Dem Inhaber einer einflussreichen Position werden in der Regel eine ganze Anzahl von Nebentätigkeiten angeeignet. ... Ihr Einkommen erhöht sich auf diesem Wege in einer für Außenstehende schwer durchschaubaren Weise oft beträchtlich. Die Nachteile dieser Entwicklung liegen auf der Hand. Einmal entsteht durch die überaus vielseitige Verwendung Einzelner eine Fülle von Verflechtungen zwischen den verschiedenen Organen, Unternehmen und

Instanzen. Ihre Kontrolle wird dadurch erschwert, und es ergeben sich Gelegenheiten zu Geschäften auf Gegenseitigkeit.

Mit der Machtkonzentration wächst zudem die Neigung der Abhängigen, sich des Einflusses durch Gefälligkeiten aller Art zu versichern. Auch die finanzielle Begehrlichkeit wird durch eine Dotierung aus den verschiedensten Töpfen nicht unbedenklich gesteigert.“ Auszüge aus einem Untersuchungsbericht, den der Jungsozialist, spätere und inzwischen nachmalige Bundeskanzler Gerhard Schröder zusammen mit drei anderen Genossen im Jahr 1977 für den SPD-Bezirk Hannover verfasste und den die Tageszeitung Die Welt ausgegraben hat.

Haus + Grund, 2/06

## Barmer-Vertrag in Wahrheit keine Integrationsversorgung?

# Die Barmer Ersatzkasse müsste den KVen Geld zurückzahlen

Die Integrationsversorgung wird über einen 1%-igen Abzug der Budgets von KV und Krankenhaus finanziert. Viele Krankenkassen haben bei den Honorarverhandlungen mit den Kassenärzt-

lichen Vereinigungen, sogenannten im vorausweisenden Gehorsam, diese Summe abgezogen, obwohl sie eigentlich wissen müssten, dass nur tatsächlich nach dem Wortlaut des § 140 ab-

geschlossene Verträge über diese Finanzierungsvorgabe bezahlt werden können.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen inzwischen

gerichtlich überprüfen lassen, ob es sich bei den abgeschlossenen Verträgen, die aus diesem 1%-Topf finanziert werden, auch tatsächlich um Abschlüsse im Sinne der Integra- ▶

tionsversorgung nach § 140 handelt. Vorreiter ist hier die KV Thüringen gewesen, die ein Aufsehen erregendes Urteil im Sozialgericht Gotha erwirkt hat. Sie hat die in Thüringen abgeschlossenen Integrationsverträge gerichtlich überprüfen lassen. Dabei hat zum Beispiel ein Vertrag der DAK zur integrierten Versorgung von chirurgischen Leistungen bei Kindern keine Beanstandung ausgelöst.

Eindeutig hat sich der Richter aber bezüglich des Barmer-Ersatzkassen-Vertrages mit dem Hausarzt/Hausapotheker-Konstrukt geäußert. Er ist der Meinung, dass es sich nicht um eine sektörübergreifende Versorgung handelt, sondern um einen Vertrag, der eigentlich nach § 73b als Hausarztver-

trag abgeschlossen werden müsste.

### Falschen IV-Verträgen geht es an den Kragen

Sollte sich dieses Urteil auch bei der obersten Instanz, dem Bundessozialgericht, durchsetzen, wird es wahrscheinlich nicht nur dem Barmer-Vertrag an den Kragen gehen. Wir haben landauf landab Integrationsverträge, die den Namen nicht verdienen, sondern nur deshalb abgeschlossen worden sind, weil die einzelne Krankenkasse zusätzliches Geld für die Finanzierung ihrer Leistungen einfordert. Das Gericht sichert damit die Finanzierung echter Integrationsverträge und verhindert Pseudo-Integrationsverträge, die die an sich positiv zu

bewertende Integrationsversorgung in Misskredit bringen. Sollte sich das Urteil beim BSG bestätigen, wird es für die Beteiligten am Barmer Vertrag mit Sicherheit finanzielle Schwierigkeiten geben. Die Kasse hat nämlich erhebliche finanzielle Vorleistungen bei der Umsetzung des Vertrages eingebracht, viele Hausärzte und Apotheker haben von dem Vertrag finanziell profitiert und vielen KVen ist von der Gesamtvergütung sehr viel Geld abgezogen worden. Die Finanzierung steht und fällt über die 1% Regel. Kippt der Barmer-Vertrag als Integrierte Versorgung, so muss die Barmer Ersatzkasse an die KVen größere Geldbeträge zurückzahlen, in Thüringen angeblich 500 000 EUR. Dass es sich

bei der flächendeckenden Bewerbung des Vertrages um ein größeres finanzielles Problem handeln dürfte, das auch beitragsrelevant ist, scheint wahrscheinlich.

Auch der BDA wird überlegen müssen, wie er sich hier aus der Affäre zieht. Man kann nur hoffen, dass der Vertrag so abgeschlossen ist, dass nicht die Vertragsärzte ihr zusätzliches Honorar wieder zurückzahlen müssen, weil der Vertrag unter falschen Voraussetzungen abgeschlossen wurde. Dass in dieser Situation der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler seinen regionalen KV-Chefs Hilfe angeboten hat, um auch in anderen Bundesländern gegen den Barmer-Ersatzkassen-Vertrag zu klagen, ist mehr als nachvollziehbar. HFS

Anzeige

KBV-Vize soll Klagen gegen BEK-Projekt unterstützen

## Barmer-Vertrag: Muss Weigeldt sich selbst in die Pfanne hauen?

Der zweite Mann der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Hausarzt Ulrich Weigeldt, steckt in der Klemme. Könnte er doch gezwungen sein, Klagen gegen den von ihm initiierten Hausarzt-Vertrag der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG) mit der Barmer Ersatzkasse (BEK) zu unterstützen.

Weigeldt äußerte sich dazu auf dem Baden-Württembergischen Hausärztertage in Stuttgart: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein Urteil des Sozialgerichts Gotha dazu der Weisheit letzter Schluss ist.“ Schließlich sei der Vertrag vor seiner Unterzeichnung ja juristisch überprüft und für gut befunden worden, sagte er auf Nachfrage der Ärztlichen Praxis (ÄP). Doch trotz dieser Prüfung bescheinigte das

Sozialgericht auf Klage der KV Thüringen hin, dass der neuartige Honorar-Vertrag entgegen der Ansichten seiner Initiatoren keine Integrierte Versorgung (IV) zum Inhalt hat. Deshalb fuße er nicht auf Paragraph 140 Sozialgesetzbuch V (SGB V). Er habe statt dessen im Strickmuster des wesentlich komplizierteren Hausarzt-Modells nach Paragraph 73b SGB V entworfen werden müssen, hieß es (Az.: S/KA 2784/05).

Noch ist das schriftliche Urteil nicht veröffentlicht, aber jetzt steht schon fest: Sollte diese Einschätzung durch das Bundessozialgericht (BSG) bestätigt werden, müsste die BEK die über 400 000 Euro wieder zurückgeben, die für das Hausarzt-Modell von der Gesamtvergütung aller ▶



**SONORING**

Unsere 22 Sonotheiken:

- Am Aiport Dortmund/Holzwickede
- Bad Harzburg
- Berlin
- Bremen
- Deggendorf
- Dresden
- Düsseldorf/Ratingen
- Erlangen
- Frankfurt/Mörfelden
- Greifswald
- Hamburg/Buchholz
- Hannover/Ronnenberg
- Heidelberg
- Kassel
- Köln
- Memmingen
- München
- Siegen
- Stuttgart/Leinfelden-Echterdingen
- Trier
- Villingen-Schwenningen
- Würzburg/Estenfeld

**„Genau das richtige Ultraschallsystem für mich zu finden, war beim Sonoring so einfach“**



**Ab sofort Verbandsrabatt für alle BDI-Mitglieder**

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

[www.sonoring.de](http://www.sonoring.de)

Ärzte abgezogen wurden.

### Ein Honorar von 45 Millionen wurde 2005 verteilt

Die beteiligten Ärzte müssten jedoch nichts zurückzahlen, erklärte Weigeldt. Nach Infos des Hausärzterverbandes flossen 2005 rund 45 Millionen Euro durch den BEK-Vertrag an die Hausärzte. Allerdings hatte es Ende letzten Jahres massive Probleme gegeben, als ein Honorar-Dienstleister in Stuttgart das Handtuch warf.

Doch auch wenn der KBV-Zweite auf dem Hausärztertag fast schon beschwört, es sei doch nur das Urteil eines Sozialgerichts, das nie und nimmer bestätigt werde, weht dem einstigen Vorzeigemodell schon jetzt ein scharfer Wind entgegen. So haben die KVen Westfalen-Lippe, Nordrhein und Hamburg bereits juristische Schritte angekündigt.

Dr. Maximilian Zollner, Bundesvorsitzender des NAV-

Virchow-Bundes, forderte die BEK gar auf, ihr Hausarzt-Modell sofort einzustellen: „Jetzt ist klar, dass letztendlich der Beitragszahler die Zeche für dieses unsinnige Abenteuer der Barmer bezahlt. Wenn die KVen in den anderen Bundesländern ebenfalls klagen, wird das zum finanziellen Fiasko für die Barmer.“

### KBV-Ressourcen für eine Klage gegen den Barmer-Vertrag

Der Chef der KBV, Dr. Andreas Köhler, setzte noch einen drauf und versprach, alle KV-Vorstände bei Klagen gegen den Barmer-Vertrag mit KBV-Ressourcen zu unterstützen. Eine unangenehme Zwickmühle für Weigeldt. Schließlich hatte er den strittigen und von der KBV aufs Schärfste bekämpften Vertrag noch vor seiner KBV-Amtszeit eingefädelt und unterschrieben.

Er könnte nun gezwungen sein, Klagen gegen seinen eigenen Vertrag zu unterstüt-

zen. Doch wer ein Aufbegehren gegen Köhler erwartet hat, wird enttäuscht. „Man

Der Deutsche Hausärzterverband zeigt sich empört über die Ankündigung Köhlers.



muss das professionell sehen“, räumt Weigeldt nun auf ÄP-Nachfrage ein. Er sei jetzt eben bei der KBV. Wenn es daher zu massenhaften Klagen der KVen komme, sei es wohl sinnvoll, dass die KBV die Klagen koordiniere – auch wenn er nach wie vor der Auffassung sei, dass die Voraussetzungen für eine Integrierte Versorgung erfüllt seien.

Eine „verwirrte Position“, sagte dessen sichtlich verärgert Vorsitzender, Rainer Kötzle. Sei Hauptgeschäftsführer, Eberhard Mehl, legt mit einer Warnung an Köhler nach: „Er sollte aufpassen, was er macht.“ In einer Presseerklärung war sogar von „politischem Bekämpfen“ und „Verunglimpfen“ die Rede.

Aus: Ärztliche Praxis Nr. 14, 04.04.2006

## Risikostrukturausgleich

### Gigantische Umverteilung in der GKV

Die Umverteilung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen durch den Risikostrukturausgleich (RSA) ist von 14,7 Mrd. Euro in 2004 auf 14,9 Mrd. Euro in 2005 gestiegen. Dies geht aus den jetzt vorliegenden Auswertungen und Detailberechnungen der im vergangenen Jahr von den

Krankenkassen geleisteten RSA-Abschlagszahlungen hervor.

Die Angestellten-Ersatzkassen zahlten 4,1 Mrd. Euro in den RSA, bei den Betriebskrankenkassen waren es 8,9 Mrd. Euro. Größter und fast ausschließlicher Netto-Empfänger ist die AOK. Die AOK hat fast 25 Millionen

Versicherte und ist damit deutlicher Marktführer, was z. B. bei Preisverhandlungen mit Leistungserbringern ein deutlicher Vorteil ist. Trotzdem wurde sie über den RSA mit 12,7 Mrd. Euro unterstützt. Dahinter folgt die Knappschaft mit einem Volumen von 1,6 Mrd. Euro. Analog zu der steigenden

Umverteilung zwischen den Krankenkassen haben sich die Beitragssätze mehr und mehr angenähert und das ursprüngliche Ziel des RSA wurde erreicht: Unterschiedliche Beitragssätze nur auf Grund verschiedener Versichertenstrukturen gibt es heute nicht mehr.

PI

## Kardiovaskuläre Erkrankungen

### Neues von MONICA und KORA

Große Studien erhalten mehr oder weniger klangvolle Namen, die sich aus der Überschrift und der Fragestellung ergeben. So

ist es auch mit den Frauenamen MONICA und KORA. Bei MONICA handelt es sich um „monitoring trends and determinants in cardi-

ovascular disease“ und bei KORA um die „kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg“. Die beiden Studien haben

sich bereits mit Morbidität und Mortalität der koronaren Herzkrankheit, speziell des frischen Herzinfarktes, in den Jahren 1991 und ▶

1993 beschäftigt. Vergleichszahlen hat es damals noch nicht gegeben, so dass man es bei den damaligen Ergebnissen nur mit einer isolierten Bestandsaufnahme zu tun hatte.

Jetzt hat man die Jahre 2001 bis 2003 nach dem gleichen

angegeben wurde.

Bezüglich des Behandlungsregimes der Infarktpatienten ergab sich gegenüber den 90er Jahren ein elementarer Unterschied.

Von 1991 bis 1993 wurden nur 45 Prozent der Infarktpatienten reperfundiert, und



Foto: Photocase

Muster analysiert und die Daten mit 1991 bis 1993 verglichen.

Untersucht wurden dabei Krankenhauspatienten, die einen akuten Myokardinfarkt erlitten haben, sowie 25-bis 74-jährige Verstorbene, bei denen eine koronare Herzkrankheit als Todesursache

dies überwiegend mit einer Fibrinolysetherapie. Die Ballondilatation, die in der damaligen Zeit nahezu vollständig ohne Stentimplantation durchgeführt wurde, war nur in einem sehr geringen Prozentsatz angewandt worden. Ab 2000 wurden 80 Prozent der Herzinfarkte

reperfundiert, 60 Prozent mit Hilfe von Katheterinterventionen, bei denen in 90 Prozent ein Stent implantiert worden ist.

Es zeigt sich, dass bei der Analyse pro 100 000 Einwohner die Morbidität der Männer um 18,4 und der Frauen um 23,8 Prozent gesunken ist. Die Mortalität des Herzinfarktes zeigt noch deutlichere Ergebnisse. Bei den Männern konnte eine Senkung um 42,3 Prozent und bei den Frauen von 50 Prozent festgestellt werden.

### Erfolg der invasiven Kardiologie

Bei der Morbidität zeigt sich bei der Detail-Analyse der Sekundärprävention, die sich am Auftreten eines Reinfarktes festmacht, dass die Zahl der Diabetiker deutlich zugenommen hat, was wahrscheinlich auch auf entsprechende Früherkennungsprogramme zurückzuführen ist. Es hat aber auch die Zahl der Nichtraucher zugenommen. Demgegenüber sind bei der medikamentösen Therapie nur Tendenzen sichtbar. Die Betablockertherapie hat et-

was abgenommen, die ACE-Hemmer, die Diuretika und die Calciumantagonisten zugenommen, was als Hinweis auf eine verstärkte und verbesserte Hypertoniebehandlung gelten könnte.

Die Senkung der Mortalität des frischen Herzinfarktes geht offensichtlich auf das Konto der Reperfusion und muss als Erfolg vor allem der invasiven Kardiologie mit der Möglichkeit der Stent-Implantation gesehen werden. Rechnet man die Ergebnisse der Studie auf die Bundesrepublik Deutschland hoch, so ist es mit dieser Strategie gelungen, 32 000 Männer und 15 000 Frauen vor dem Infarkt-Tod zu bewahren.

Da 40 Prozent der Todesfälle am Infarkttag selbst auftreten, halten die Autoren der Studie es für dringend notwendig, die Behandlung im Vorfeld des Infarktes zu verbessern. Dies lässt sich nach Meinung der Autoren nur erreichen, wenn man die Prävention der Risikofaktoren stärkt und Hoch-Risiko Patienten auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen interventionellen Therapie hin untersucht. HFS

## Auf dem Weg zur Einheitsversicherung?

# Die PKV wird sturmreif geschossen

Ulla Schmidt lässt keine Gelegenheit aus, durch immer neue Vorschläge die Existenz der privaten Krankenversicherung in Frage zu stellen. Sie tut dies teils offen und teils verdeckt. Ernst zu nehmende Einwände, dass zum Beispiel die Rücklagen der GKV nicht ohne Weiteres in die gesetzliche Krankenversicherung überführt werden können und dass hier ernste verfassungsrechtliche Bedenken bestehen, halten sie von ihren Aktionen nicht ab. Jeder kundige Thebaner weiß, welche politischen Ambitionen hinter den Aktivitäten der Frau Minister

stecken – der Wunsch nach einer Einheitskasse. Dabei geht es im Prinzip nicht ums Geld, sondern nur um die Ideologie einer Gleichschaltung der Versorgung der Bevölkerung. Sie sieht die knapper werdenden Ressourcen und ihr ist mit Sicherheit auch klar, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft nicht ins Unermessliche wachsen kann. Die Gleichschaltung des Leistungskatalogs von GKV und PKV ist ihr eigentliches Ziel. Sie nimmt dabei in Kauf, dass dann alle Bürger gleich, wenn auch gleich

schlecht behandelt werden (siehe dazu auch den Beitrag über das PKV-Gutachten des Verfassungsrechtlers Prof. Helge Sodan, S.14).

### Mehr Geld für mehr Leistungen

In der derzeitigen Situation bezahlen 10 Prozent der Versicherten 20 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen über eine Privatversicherung und bilden dabei noch Rücklagen. Sie bezahlen deshalb mehr Geld, weil sie es sich leisten können, auch Leistungen über den Katalog der gesetzlichen

Krankenversicherung hinaus erstattet zu bekommen. Die PKV hat eben keinen EBM als Bewertungsmaßstab, der hier die Fesseln des Leistungsrechtes anlegt, sondern sie hat eine GOÄ, die aufgrund der analogen Bewertung sehr flexibel auf neue Leistungen im Gesundheitswesen reagieren kann.

Hinzu kommt, dass diese unterschiedliche Leistungssituation zwischen PKV und GKV den gesetzlich Versicherten in der Vergangenheit oft zugute gekommen ist. Für die Versicherten hat die GKV oft Leistungen ►

deshalb neu eingeführt, weil sie dem Konkurrenzdruck der Privaten nachgeben musste. Dies würde bei einer Gleichmacherei à la Frau Schmidt verschwinden.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen könnten in Ruhe bei neuen Leistungen weiterhin auf der Bremse stehen. Hier ist eben kein Wettbewerb gefragt.

Während die Ministerin am Anfang der Diskussion offen

die Abschaffung der Privatversicherung gefordert hat, fallen ihr jetzt immer neue Modelle ein, die automatisch zu einem Austrocknen der Versicherung führen müssen. Dazu gehört auch das so genannte Drei-Säulen-Modell. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung soll in diesem Falle über den Arbeitgeberanteil, einen festen Beitragsatz und eine pauschale

Zuzahlung des Versicherten gewährleistet werden. Der Beitragssatz ist für alle gesetzliche Krankenversicherungen gleich, nur die Zuzahlung dürfte schwanken. Prof. Jürgen Wasem bringt es auf den Punkt: „Man muss deutlich sagen, bei so einem Modell ist die private Vollversicherung, wie wir sie bisher haben, tot.“

Offensichtlich können auch Vorsitzende der Kassenärzt-

lichen Vereinigung solchen Denkmodellen von Frau Schmidt etwas abgewinnen. Der Chef der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen, begrüßt diesen Vorschlag als sich abzeichnenden Kompromiss der Gesundheitsreform. Was treibt einen gestandenen und erfahrenen KV-Vorsitzenden an, sich solchen Vorschlägen anzuschließen? HFS

## Gesundheitsreform

# Vertragswettbewerb unter solidarischem Dach

Alle wollen mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, stellte Jürgen Wasem auf der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed) in Berlin fest. Die Realität sehe indes anders aus. „Von einem wettbewerblichen Ansatz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind wir sehr weit weg, da die Dinge sehr komplex sind“, resümierte der Gesundheitsökonom von der Universität Duisburg-Essen. „Wir brauchen eine ganze Menge kleiner Schritte.“ Wenn Politiker den Mut hätten, sie zu gehen, könnten diese „auf Dauer System sprengende Kraft entfalten.“



**Eine Menge kleiner Schritte: Prof. Jürgen Wasem**

Foto: KS

Ein simples Marktmodell könne kein Steuerungselement im Gesundheitswesen sein, sagte Wasem. Andernfalls müsse die Gesellschaft sich davon verabschieden, Zugang und Leistungen für alle und ein umfangreiches, solidarisches Krankenversicherungssystem anzubieten. Es sei vielmehr ein Modell nötig, dass den besonderen Voraussetzungen Rechnung trage. Im Gegensatz zu anderen Märkten seien Patienten oftmals keine autonomen Konsumenten. Er plädierte für „mehr Vertragswettbewerb in einer solidarischen Wettbewerbsordnung.“ Wa-

sem sprach sich für das Schaffen dezentraler, wettbewerblicher Lösungen aus, ohne die Gerechtigkeitsvorstellungen der Gesellschaft aufzugeben.

Nach seinen Vorstellungen sollen die gesetzlichen Krankenkassen eine „Sachwalterfunktion“ für die Versicherten wahrnehmen, Leistungen einkaufen und so die Versorgung sicherstellen. Kassen stehen dabei im Wettbewerb zueinander. Monopole müssten verhindert werden, betonte der

Experte. Die Leistungserbringer andererseits sollen im Wettbewerb um Verträge mit den Krankenkassen stehen. Da bei der Strukturreform eine große Lösung unrealistisch sei, plädierte Wasem für kleine Schritte und dafür, zum Beispiel Einzelverträge auch außerhalb der Verträge zur Integrierten Versorgung zuzulassen. Voraussetzungen für sein Konzept seien, dass Patienten ein regelmäßiges Kassenwahlrecht erhielten und Kassen hinreichende Einkaufsmöglichkeiten hät-

ten. Bislang sei das nur „partiell initiiert“, gesetzlich verfügte Monopole stünden dem entgegen. Versicherte bräuchten außerdem Transparenz, um die einzelnen Verträge von Kassen beurteilen zu können.

Der GKV bestätigte Wasem ein massives Einnahmeproblem. Sowohl eine Bürgerversicherung als auch eine Pauschalprämie seien mögliche Antworten darauf – mit unterschiedlichen negativen Aspekten: Die Bürgerversicherung verteuere die Arbeitskosten, die Kopfpauschale benötige staatliche Subventionen. Das niederländische Modell, das beide Konzepte mischt, könne die Schwächen der Modelle minimieren, erklärte Wasem.

Mit Blick auf die Leistungen der Kassen meinte der Ökonom: „Wir geben uns in Deutschland der Illusion hin, dass wir alle Innovationen in den GKV-Katalog aufnehmen können. Das englische System, das Gesundheitsleistungen rationiert, ist da ehrlicher.“ Wasem forderte eine größere Kosten-Nutzen-Relation.

Aus: A+S-aktuell 07/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

# Gleichschaltung der PKV verstößt gegen die Verfassung

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD kündigt ein die Ärzteschaft in besonderem Maße beunruhigendes Ziel an: Angestrebt wird eine Behandlungspflicht zu bestimmten Gebührensätzen für privatversicherte Personengruppen, wie zum Beispiel Beihilferechtliche und Standardtarifversicherte, sowohl bei wahlärztlichen Leistungen in Krankenhäusern als auch bei ambulanten Leistungen niedergelassener Ärzte. Die dafür abgesenkten Gebührensätze sollen in der GOÄ bzw. GOZ verbindlich verankert werden. Wie stark die Gebührensätze gesenkt werden, lässt der Koalitionsvertrag offen. Im Gespräch ist eine Absenkung des Schwellenwerts vom bisher 2,3-fachen auf das 1,7-fache.

Der Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) hat den Präsidenten des Berliner Verfassungsgerichtshofs, Prof. Helge Sodan, mit einem Rechtsgutachten über dieses Vorhaben der Großen Koalition beauftragt.

Der Verfassungsrechtler kommt zu dem Schluss, dass dieses Reformziel in mehrfacher Weise gegen unsere Verfassung verstößt.

Zum ersten mangelt es dem Bund laut Sodan an der notwendigen Verbandskompetenz (der Bund ist hierfür nicht zuständig, d. Red.) zur gesetzlichen Verankerung einer privat(zahn)ärztlichen Behandlungspflicht zu abgesenkten staatlichen Gebührensätzen. Das wäre ein Verstoß gegen das Gesetzgebungsrecht der Länder nach Art. 70 Abs. 1 Nr. 11 GG.

Selbst wenn man von der Verbandskompetenz des Bundes ausginge, argumentiert Sodan weiter, fehle

es zumindest der Bundesregierung bzw. einzelnen Fachministern an der notwendigen Organkompetenz (ihnen ist diese Aufgabe nicht zugewiesen, d. Red.) zur Entscheidung über eine Behandlungspflicht zu abgesenkten staatlichen Gebührensätzen. Diese griffe in erheblicher Weise in die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte ärztliche Berufsfreiheit ein. Die Absenkung des GOÄ-Schwellenwerts auf den 1,7-fachen Gebührensatz



**Abgesenkte Gebühren für ärztliche Leistungen?**

Foto: Photocase

in Verbindung mit einer Behandlungspflicht zu diesen Gebühren würde den wirtschaftlichen Betrieb zahlreicher Arztpraxen unmöglich machen. Damit würde sich die Behandlungspflicht wie eine Berufszulassungsregelung auswirken. Nur die Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlich schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut könnte diesen Eingriff in die Berufsfreiheit der Ärzte legitimieren, argumentiert Sodan.

Dem Ziel, „Gerechtigkeit“ in der Finanzierung des Gesundheitswesens herzustellen, indem ein freier Sektor eines Wirtschaftszweigs staatlichen Zwängen unterworfen wird, weil der übrige Teil dieses Wirtschaftszweigs ohnehin einem umfassenden staatlichen

Regime unterliegt, mangelt es nach Aussage des Juristen generell an einer mit dem Grundgesetz zu vereinbarenden Legitimität. Vielmehr laufe es den Wertungen des Grundgesetzes zur Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik Deutschland zuwider.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts kann eine Berufswahlbeschränkung zudem nicht allein auf fiskalische Belange gestützt werden,

stellt der Verfassungsrechtler fest. Diese stellen kein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut dar. Das Ziel der Haushaltskonsolidierung vermag daher die Behandlungspflicht zu abgesenkten Gebührensätzen nicht zu rechtfertigen. Gefahren für die Volksgesundheit sieht er allenfalls im Hinblick auf Standardtarif-Versicherte, denen die ärztliche Behandlung aufgrund des niedrigen Gebührensätze verweigert wird. Eine Legitimation des Verordnungsgebers, das Gebührensätze für diese Versichertengruppe abzusenken, resultiere daraus aber gerade nicht.

Der Staat könnte Beihilfemittel auch durch die alleinige Absenkung des Beihilfeniveaus ohne gleichzeitige Implementierung einer privatärztlichen Be-

handlungspflicht einsparen, erläutert Sodan. Eine solche Maßnahme dränge sich als milderer, aber gleich geeignetes Mittel geradezu auf. Eine Absenkung des privatärztlichen Gebührensätze unter dasjenige der gesetzlichen Krankenversicherung sei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts „wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen“.

Eine bundesrechtlich geregelte privatärztliche Behandlungspflicht zu abgesenkten staatlichen Gebührensätzen würde auch die Berufsfreiheit der privatärztlichen Verrechnungsstellen verletzen, sagt der Jurist. Ebenso würde die Berufsfreiheit privater Krankenkversicherer verletzt.

Der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen hat dieses Gutachten finanziell gefördert, um deutlich zu machen, dass auch in Zeiten anerkannt misslicher Haushaltslagen die in der Verfassung festgeschriebenen Grundrechte nicht zur freien Disposition stehen. Es sollte bedacht werden, schreibt das Geschäftsführende Vorstandsmitglied Stefan Tilgner, dass der auf der Ärzteschaft lastende Druck bereits heute sehr groß ist. Hohe Arbeitsbelastungen, zunehmender Verwaltungsaufwand und reale Einkommenseinbußen in den vergangenen 20 Jahren gefährden in letzter Konsequenz die hohe Qualität unseres Gesundheitswesens. „Diese Errungenschaft gilt es zu bewahren.“

KS

Sodan, Prof. Dr. Helge: Privat(zahn)ärztliche Behandlungspflicht zu abgesenkten staatlichen Gebührensätzen als Verfassungsproblem. PVS Schriftenreihe Band 5, Berlin 2006

Beleg:

PVS Verband – Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V., Strassmann-Haus, Schumannstr. 18, 10117 Berlin

## DKG will gleiche Vergütung ambulanter Notfallpatienten

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat die finanzielle Ungleichbehandlung von Vertragsärzten und Kliniken bei der Vergütung ambulanter Notfallpatienten beanstandet. „Dass Krankenhäuser nur 40 Prozent der Vergütung der Vertragsärzte bei gleichem Leistungsinhalt erhalten, ist nicht gerechtfertigt,“ sagte DKG-Präsident Dr. Rudolf Kösters in Berlin. „Da werden Verträge zu Lasten Dritter geschlossen.“ Die DKG forderte die Mitwirkung im Bewertungsausschuss.

Die DKG wird an der Grenze ambulant/stationär aktiv, offensichtlich mit dem Ziel, auch bei der Vergütung amb. Leistungen mitzureden, wenn Krankenhäuser betroffen sind. Frage: Ob sich dann die Leistungserbringer gefallen lassen, weiter alles im Budget abzuwickeln?? Kösters rechnete vor: Während ein Vertragsarzt für die persönliche Erstberatung eines Notfallpatienten 500 Honorarpunkte abrechnen könne, seien es im Krankenhaus lediglich 200. Weiter könne ein niedergelassener Arzt bei anschließender telefonischer Beratung des

Notfallpatienten erneut bis zu 500 Punkte in Rechnung stellen; das Krankenhaus müsse diese Beratung kostenfrei erbringen.

Der DKG-Chef betonte, dass Notfallambulanzen in Kliniken vor allem in der sprechstundenfreien Zeit niedergelassener Ärzte in Anspruch genommen würden. Die Sicherstellung eines organisierten ambulanten Notfalldienstes sei aber originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). „Somit erfüllen Krankenhäuser faktisch den Sicherstellungsauftrag der niedergelassenen Vertragsärzte.“ Kliniken hielten dazu eigens Personal vor und hätten daher Anspruch auf eine sachgerechte Vergütung. Diese gäbe es seit dem 1. April 2005 nicht mehr, da zu diesem Zeitpunkt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM 2000plus) eingeführt wurde.

Kösters kritisierte, dass Kliniken kein Mitspracherecht bei der Festsetzung der Vergütung hätten. Sie wird vom so genannten EBM-Bewertungsausschuss festgelegt, der aus Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärzt-

lichen Bundesvereinigung besteht. Krankenhäuser hätten derzeit weder ein Beteiligungs- noch ein Informationsrecht. Kösters forderte eine Beteiligung der Kliniken

ärztliche Anteil bereits über die KV vergütet werde. In Niedersachsen zum Beispiel hätten belegärztlich tätige Fachärzte Honorareinbußen von rund 40 Prozent. Diese



Foto: Photocase

im Bewertungsausschuss. Die Benachteiligung der Krankenhäuser im EBM 2000plus zeige sich auch bei den belegärztlichen Leistungen, erklärte der DKG-Präsident. Während belegärztlich tätige Vertragsärzte über die zuständige KV nach dem EBM 2000plus vergütet würden, erhielten Kliniken für den stationären Leistungsanteil gesonderte Beleg-Fallpauschalen. Diese seien bis zu 38 Prozent geringer als bei der Versorgung in Hauptabteilungen, weil der

Versorgungsform mache jedoch rund fünf Prozent aller Krankenhausbetten aus. Besonders in der Fläche sei das Belegarztwesen ein notwendiger stationärer Versorgungsbestandteil. Kösters: „Die Zukunft dieses wichtigen Versorgungsbereichs ist existenziell gefährdet.“ Er forderte, mittelfristig das gesamte Belegarztwesen grundlegend zu reformieren.

Aus: A+S-aktuell 07/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

### Gespräch mit Georg Baum (DKG)

## Leistungserbringer: „Raus aus den Schützengräben!“

Mit klaren Zukunftsvisionen hat der neue Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), Georg Baum (51), am 1. April 2006 sein Amt angetreten. In einem dfg-Gespräch skizziert der neue politische Kopf der deutschen Kliniken seine Philosophien. Die DKG wird in der Zukunft nicht von einem Kriegsgott

verwaltet, sondern von einem auf Konsens ausgerichteten Strategen. „Raus aus den Schützengräben“ könne nur seine vermittelnde Forderung lauten, wenn er auf den ständigen Dissens zwischen den ambulanten und stationären Bereichen der Leistungserbringer blicke. Für den langjährigen Krankenhausesperten des Bundesgesund-

heitsministeriums (BMG) ist eine stärkere Verzahnung zwischen den beiden ärztlichen Leistungssektoren sehr gut möglich. Der größte Hinderungsgrund für eine Einigung sei die „Gesamtvergütung“, die die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zahlen würden. Baum: „Die DKG unterstützt den heroischen Kampf der niederge-

lassenen Ärzte gegen die floatenden Punktwerte und für ein leistungsgerechtes Vergütungssystem.“

### Im Einzelnen äußerte sich der neue DKG-Hauptgeschäftsführer wie folgt:

- Baum kann außerordentliche „missionarische Züge“ annehmen. Vor allem, wenn er an die diversen Gesundheitspolitiker ►



Georg Baum

Foto: DKG

aus den unterschiedlichsten Parteien denkt, mit denen er seit 1981 zusammenarbeiten durfte. Sein innigster Wunsch: „Gesundheitspolitiker sollen nicht nur die Ausgabenblöcke steuern, sondern daran denken, dass dahinter auch Menschen und damit Schicksale stehen.“ Im Krankenhausbereich bedeutete dieses, dass mit jeder noch so kleinen Gesetzesänderung in die inneren

Strukturen von Betrieben und damit Arbeitgebern eingegriffen werde. Daher laute seine aktuelle Botschaft an die deutsche Gesundheitspolitik für den Bereich der Diagnosis Related Groups (DRG's): „Ab jetzt bitte Kurs halten.“ Das deutsche Krankenhaussystem sei für „Steilkurvenfahrten“ nun wirklich nicht geeignet, die Verhältnisse müssten berechen- und steuerbar bleiben. Bis auf einige „technischen Änderungen“ müsse nun „Ruhe sein an der DRG-Front“, es gebe nun einmal keinen aktuellen Änderungsbedarf. Ansonsten sah er im Gespräch die jährliche Weiterentwicklung der Fallpauschalen in einer „produktiven Routine“.

- Die notwendigen technischen Änderungen könnten in Ruhe vorgenommen werden. Dafür habe das zwischen den Beteiligten unumstrittene InEK bereits einige gute Ideen entwickelt. Der studierte Volkswirt ging davon aus, dass 2007 die

Mitwirkenden über bessere Datengrundlagen verfügen würden, so dass der Prozess der Überarbeitung des DRG-Kataloges im allgemeinen Konsens aller Beteiligten erfolgen könne. Dieses bedeute allerdings nicht, dass der Krankenhausbereich nun zu einem völligen politikfreien Entwicklungsbereich denaturiere. „Ohne die leitende Hand der Politik kommen wir nicht aus“, gestand Baum ein.

- Bei dieser, auf Konsens ausgerichteten Baum-Strategie wird man die Auseinandersetzungen der Kliniken und der niedergelassenen Ärzte vor Ort beobachten dürfen. Scheinbar rückt die DKG unter der Führung des politischen außerordentlich Erfahrenen von der früheren Frontalopposition zu den Vertragsärzten und deren oberster „Heeresleitung“, der KBV, ab. Für Baum werden die Hausärzte in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung genauso gebraucht wie die zweite,

ambulante Facharztschiene. Der Neue an der DKG-Spitze träumt von einer intensiven Zusammenarbeit zwischen DKG und KBV und deren Fortsetzung vor Ort. Sei es bei dem Thema Integrierte Versorgung (IV) oder Weiterentwicklung der MVZ. Es müsse doch in der heutigen Zeit nicht mehr so sein, dass jeder gegen jeden kämpfe. Wie er allerdings die aktuellen hitzigen ärztlichen Gemüter kalmieren will, das ließ Baum offen.

- Vermittlungsgeschick braucht der neue DKG-Chef auch intern. Schließlich könnte es sein, dass sich die deutsche Krankenhauslandschaft nach Abschluss der Konvergenzphase 2009 etwas anders präsentiert als heute. Zukunftsvisionen auch nach außen hin zu kommunizieren, das habe sich die DKG vorgenommen und schon eine entsprechende Arbeitsgruppe gebildet. Auf deren Ergebnisse darf man gespannt sein.

Aus: dfg, 14-06

## Ärztestatistik

# Moderater Bestandszugang – trotzdem Ärztemangel

Die Zahl der bei den Ärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte ist im Jahr 2005 um 1,6 Prozent auf 400 562 gestiegen. Der Bestandszugang bewegte sich auf der Höhe der Zugangsraten der vorangegangenen Jahre. Dies geht aus der jüngsten Ärztestatistik des Statistischen Referates der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer hervor.

Trotz des Zugangs wird der Ärztemangel – insbesondere in den neuen Bundesländern und dort vor allem im Krankenhausbereich – evident. Eine flächendeckende ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist vielerorts nur durch den Zugang an

ausländischen Ärztinnen und Ärzten aufrechtzuerhalten. Dieser Anteil betrug im Jahr 2005 17 Prozent. Fast jeder fünfte Arzt, der erstmals seine Berufstätigkeit in Deutschland aufnimmt, ist Ausländer. 2005 ist die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern in den neuen Bundesländern um elf Prozent gestiegen. Der Zugang aus den osteuropäischen Staaten war sehr hoch. Dies führte dazu, dass die Zahl der Krankenhausärzte insgesamt gestiegen ist. Ohne den Zugang ausländischer Ärzte wäre die Zahl der Krankenhausärzte in den alten Bundesländern um 0,3 Prozent gesunken. Dies geht aus der jüngsten Ärz-

testatistik der Bundesärztekammer per 31. Dezember 2005 hervor.

Im vergangenen Jahr hat der Zugang der Ärztinnen weiter zugenommen. Deren Anteil beträgt jetzt 41,4 Prozent – gegenüber 41 Prozent im Jahr 2004. Aufgeteilt auf die drei Sektoren der ärztlichen Berufsausübung ergibt sich Ende vergangenen Jahres folgendes Bild: Im Krankenhausbereich waren 146 511 Klinikärztinnen und -ärzte tätig, was einem Zugang um 0,1 Prozent entspricht.

Die Zahl der ambulant berufstätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahr 2005 um 1,1 Prozent gestiegen, was einen Zugang um 1433 Ärztinnen und Ärzte bedeutet. Im Jahr 2005 waren 134 798

Ärztinnen und Ärzte vertragsärztlich und privat tätig.

Bei Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen waren ärztlich berufstätig 26 268 Ärztinnen und Ärzte, 1,7 Prozent weniger als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die in diesem Bereich tätig sind, beträgt 8,5 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr geringfügig niedriger.

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit hat sich im Jahr 2005 um 5,7 Prozent erhöht. Dies entspricht 4988 Ärztinnen und Ärzte. Der Zuwachs liegt deutlich höher als im Vorjahr (4,7 Prozent). Die Statistik zeigt folgende Entwicklungen: ▶

• 2005 ging in sieben Ärztekammerbereichen die Zahl der Krankenhausärzte zurück, und zwar in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt. Bei sechs Ärztekammern wurde ein Rückgang der ambulant tätigen Ärzte registriert, und zwar in Berlin, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

• Ohne die 92 985 nicht ärztlich tätigen Ärzte waren im Bundesgebiet 307 577 Ärzte ärztlich tätig; dies sind 1142 Ärzte mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate von 0,4 Prozent im Jahr 2005 lag mithin niedriger als im Vorjahr. In Berlin, Bremen und Sachsen-Anhalt ist die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte um 5,1 Prozent, 0,9 Prozent beziehungsweise 0,7 Prozent gesunken.

• Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte erhöhte sich leicht und hat jetzt einen Anteil in Höhe von 39,2 Prozent an der Gesamtzahl (2004: 38,7 Prozent) erreicht. 1999 lag der Anteil bei 39,6 Prozent. Seitdem hat sich der Anteil der Ärztinnen um 16,7 Prozent erhöht.

• Die Altersstruktur hat sich weiter zugunsten der älteren Jahrgänge verschoben. Der Anteil der unter 35-Jährigen verringerte sich von 16,4

Prozent im Jahr 2004 auf 15,4 Prozent. 1991 betrug dieser Anteil noch 27,4 Prozent.

• Wie bisher dominiert der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte mit 47,6 Prozent. Dies entspricht dem Niveau des Vor-

(Vorjahr: 30,8 Prozent). 1991 betrug diese Quote noch 45,2 Prozent. Dies entspricht einem Rückgang um 35 Prozent.

• Im Bereich der niedergelassenen Ärzte manifestiert sich ein Zugang bei den älteren Jahrgängen. Der



jahres. Die Zahl der Klinikärzte stieg um 0,1 Prozent auf jetzt 156 511 Ärztinnen und Ärzte. Rückgänge registrierten die Ärztekammern Berlin (-8,2 Prozent), Bremen und Hamburg (jeweils 0,8 Prozent). Rückgänge gab es auch in Niedersachsen (-0,6 Prozent), in Sachsen-Anhalt (-0,4 Prozent), Baden-Württemberg (-0,3 Prozent) und Hessen (-0,2 Prozent).

• 29,4 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus sind jünger als 35 Jahre

Anteil der unter 40-Jährigen ist weiter gesunken, und zwar von 7,9 Prozent in 2004 auf 6,7 Prozent in 2005. Der Anteil der 60-Jährigen und älteren berufstätigen Ärztinnen und Ärzte erhöhte sich von 19 Prozent auf 19,4 Prozent.

• Die Anzahl der ausschließlich privat tätigen Ärzte hat sich leicht erhöht. 2001 lag die Zahl noch bei 5700. Seitdem erhöhte sich die Zahl um 2200 auf 7900 in 2005. Dies entspricht einer

Zugangsrate von 40 Prozent innerhalb von vier Jahren.

• 2005 wurde ein Rückgang der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den Behörden/Körperschaften und sonstigen Bereichen registriert. Dieser betrug 1,7 Prozent, sodass dort 26 268 Ärztinnen und Ärzte berufstätig waren. Der Anteil lag bei 8,5 Prozent, mithin niedriger als in 2004 (8,7 Prozent).

• Am Stichtag 15. September 2005 registrierte die Bundesagentur für Arbeit insgesamt 6220 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte, eine Zunahme um 80 Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise um 1,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit waren 55,8 Prozent im Ruhestand (2004: 55 Prozent), 2 Prozent waren berufsunfähig (2004: 2,1 Prozent), 0,7 Prozent sind in der Altersteilzeit (2004: 0,5 Prozent), 5,4 Prozent sind ausschließlich privat im Haushalt tätig (2004: 5,6 Prozent), 2,7 Prozent sind berufsfremd tätig (2004: 2,5 Prozent), 2,5 Prozent sind in der Elternzeit, 11,2 Prozent sind arbeitslos (2004: 11,3 Prozent). Weitere 17,1 Prozent geben einen sonstigen Grund für eine nicht ärztliche Berufstätigkeit an (2004: 17,3 Prozent).

aus: A+S-aktuell 07/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90, 10585 Berlin

## Kodierbeispiele

# DRG-Beispiele aus der Intensivmedizin

Im Jahr 2005 wurde die neue Leistungsziffer 8-980 „intensivmedizinische Komplexbehandlung“ noch nicht vergütungsrelevant zur Dokumentation der intensivtherapeutischen Leistungen eingeführt. Ab dem Jahr 2006 ist der genannte OPS-Schlüssel erlösrelevant und muss vom DRG-Institut InEK geprüft werden, ob die doku-

mentierten Aufwandspunkte mit den Kosten korrelieren. Die Dokumentation dieses Kodes ist sehr umfangreich und basiert auf der täglichen Erfassung der Balance-Scoring-Systeme TISS 10 (Therapeutic Intervention Scoring System) bzw. SAPS II (Simplified Acute Physiology Score). Bei dieser Aufwandsdokumentation wird

der Zustand des Patienten ebenso wie die erforderliche Behandlungsdauer berücksichtigt. Der OPS-Schlüssel der intensivmedizinischen Komplexbehandlung wird als alternatives Splitkriterium bei den DRG's A06A/B, A07A/C, A11A, A13A, F97Z, G36Z, W36Z wirksam. Die drei zuletzt genannten DRG's werden durch die

intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1 104 Punkte getriggert, die erstgenannten DRG's werden primär über die Beatmungszeit getriggert in Verbindung mit hochkomplexem Eingriff/komplizierenden Prozeduren oder in Kombination mit der intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 1 104 Punkte. Die genannten ▶

A-DRG's stammen aus einer Prä-MDC. Die DRG's F97Z, G36Z, W36Z wurden 2006 neu eingeführt und betreffen nicht langzeitbeatmete Fälle in den MDCs Herzkreislauf, Magen-Darm und Polytrauma. Neu eingeführt wurden auch **3 altersgesplittete DRGs** für Patienten unter 16 Jahren mit den Langzeitbeatmungs-DRG's A06B, A09A und A13D. Langzeitbeatmungsfälle werden durch die DRG's A07A/C bzw. A06A/B erfasst, die Beatmungsdauer liegt zwischen 40 bzw. 75 Tagen bzw. höher.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass 2006 neu 2 Beatmungs-DRG's (B11Z, B43Z) in Anlage 3 des Fallpauschalenkataloges aufgenommen wurden, d.h. krankenhausindividuell zu vereinbaren sind. Es handelt sich um beatmete Patienten der neurologischen Frührehabilitation.

**Die intensivmedizinische Komplexbehandlung** trigger ab einschließlich OPS-Kode 8-980.30, d.h. ab einer Gesamtpunktzahl > 1 104 Punkte. Geht man von einer maximal erreichbaren Gesamtpunktzahl von 184 Punkten pro Tag aus, so ist von einer intensivmedizinischen Behandlungsdauer von mindestens 6-7 Tagen, nach Berechnung des InEK von 10-14 Tagen auszugehen. Die DRG's A06A/B, A07A bzw. A07C sind überwiegend bei Häusern mit höher bzw. höchster Versorgungsstufe zu erwarten.

Die Erfassung des OPS 8-980 erfolgt durch die aufwendige Dokumentation über TISS bzw. SAPS II. Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe der täglichen SAPS II über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwändigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer. Aus dem umfangreichen TISS-Katalog

von 28 Punkten gehen in die Berechnung die 10 aufwändigsten Parameter ein. Die Berechnung über SAPS II erfolgt aufgrund der Unsicherheit der Bestimmung bei sedierten Patienten ohne Erfassung der Glasgow-Coma-Scale (GCS).

Nach Angaben des DIMDI schließt sich dieses der Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung der **Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)** an.

Eine Grundvoraussetzung zur Dokumentation des OPS 8-980 sind die von der DIVI geforderten Strukturkriterien mit Gewährleistung einer kontinuierlichen 24-stündigen Überwachung und akuter Behandlungsbereitschaft durch ein in der Intensivmedizin erfahrenes Team von Pflegepersonal und Ärzten, die ständige ärztliche Überwachung ist erforderlich. Aus den FAQ-Seiten des DIMDI für das Jahr 2005 geht hervor, dass **„ständige Anwesenheit“** bedeutet, dass der Arzt ständig auf der Intensivstation anwesend sein muss, d.h. er muss innerhalb kürzester Zeit (etwa 5 Minuten) direkt handlungsfähig am Patienten sein. Vorstellbar ist, dass er sich während des Dienstes auf der Station in einem Nebenraum ausruht ebenso eine Beschäftigung in einem anderen Bereich der Intensivstation. Außer einem Schichtdienst wäre auch ein Bereitschaftsdienst Stufe D denkbar, wenn die geringere Belastung durch das Spektrum der Intensivpatienten dieses üblicherweise zulässt. Es ist nicht damit gemeint, dass der Arzt neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle des Krankenhauses weitere Aufgaben erfüllen muss, z. B. Narkosen in OP's, Betreuung einer Normal- bzw. Aufnahmestation. Ferner muss

gewährleistet sein, dass der Arzt „die aktuellen Probleme der Patienten kennt“. Dass heißt, dass es nicht ein Diensthabender des Hauses sein kann, da er die aktuellen Probleme der Intensivpatienten nicht kennen kann. Der Arzt muss wirklich in das Team der Intensivstation eingebunden sein.

Entsprechend dem Exklusivum des OPS 8-980 gilt, dass eine Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder eine kurzfristige (< 24 Stunden) dauernde Intensivbehandlung bzw. eine kurzfristige (< 24 Stunden dauernde) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen nicht verschlüsselt werden kann. Der Code kann nur **für Patienten ab dem 14. Lebensjahr** angegeben werden, spezielle intensivmedizinische Prozeduren sind gesondert zu kodieren.

Durch den SAPS II werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden erfasst. Bei Herzfrequenz und systolischem Blutdruck sind jeweils die Werte in den 24 Stunden Intervallen zu verwenden, die die höchste Punktzahl für die Scoreberechnung ergeben. Bei der Temperatur wird der höchste Wert erfasst. Die Werte für PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (mmHg) sind nur zur Berechnung heranzuziehen, wenn der Patient entsprechend den Kodierrichtlinien beatmet wird. Der PaO<sub>2</sub> soll arteriell oder kapillär bestimmt werden und nicht anhand der Pulsoxymetrie kalkuliert werden. Die FiO<sub>2</sub> ist dem Beatmungsgerät zu entnehmen. Die Leukozytenzahl, der Serum- Kalium- bzw. Serum- Natrium-Wert wird über die höchste Punktzahl im dokumentierten 24 Stunden Intervall berechnet, d.h. **der jeweils höchste oder niedrigste Wert wird verwendet**. Beim Serum-Bicarbonat ist der niedrigste

Werte, beim Serum- Bilirubin und beim Serum- Harnstoff der höchste Wert zu verwenden. Ein nicht bestimmter Laborwert gilt als Normalwert und wird mit 0 Punkten gerechnet. Die Variablen Alter des Patienten und chronische Leiden (metastasierende Neoplasie, maligne hämatologische Erkrankung, AIDS) werden täglich fortgeschrieben und müssen als Haupt- oder Nebendiagnosen kodiert sein. **Bei den chronischen Leiden kann nur das mit der höchsten Punktzahl berechnet werden**. Zusätzlich wird der Aufnahmezustand erfasst. Eine geplante chirurgische Aufnahme liegt vor, wenn der OP-Termin mindestens 24 Stunden vorher und eine postoperative Aufnahme auf der Intensivstation geplant war. **Eine ungeplante chirurgische Aufnahme** liegt vor, wenn der Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant wurde oder postoperativ eine ungeplante Aufnahme auf der Intensivstation erforderlich ist. **Eine medizinische Aufnahme** liegt dann vor, wenn keine Operation innerhalb einer Woche vor der intensivstationären Aufnahme erfolgte oder die Aufnahme aus nicht operativen Gründen durchgeführt wurde. Aus dem TISS-Katalog wurden die 10 aufwändigsten Parameter ausgewählt. Bei der apparativen Beatmung ist die invasive oder nicht invasive Beatmung entsprechend den Kodierrichtlinien mit zugelassenen Beatmungsgeräten gemeint, **die Führung eines Beatmungsprotokolls wird als obligat gefordert**. Die Infusion multipler Katecholamine kann nur dann dokumentiert werden, wenn eine kontinuierliche Gabe mehrerer inotrop wirksamer Medikamente über mindestens 1 Stunde pro Tag erfolgte. Der Flüssigkeitsersatz in hohen Dosen, d.h. mehr als 5 l in 24 Stunden bedarf keiner ▶

Kommentierung. Die Durchführung eines **intraarteriellen Blutdruckmonitorings** wird über den Punkt peripherer arterieller Katheter erfasst. Unter dem Parameter Linksvorhof-Katheter/Pulmonalis-Katheter sind invasive hämodynamische Monitoringmaßnahmen zu erfassen z. B. linksatrialer Katheter, pulmonalarterieller Katheter usw.. Der Parameter Hämofiltration/Dialyse ist ebenfalls selbsterklärend wie auch die intrakranielle Druckmessung. Die Behandlung einer metabolischen Azidose/Alkalose bedeutet die Therapie der metabolischen pH-Wert-Abweichungen.

Unter **speziellen Interventionen auf der ITS** werden keine Routineinterventionen z. B. zentraler Venenkatheter oder andere Katheteranlagen, Sonographien, Röntgenuntersuchungen und dergleichen berücksichtigt, erfasst werden aber Intubation, Tracheotomie, Endobronchoskopie, Pleuradrainage, andere Drainageanlagen, Notfalloperation, Abdominalavagen und dergleichen.

Die **Aktionen außerhalb der Intensivstation** erfassen Operationen, diagnostische Maßnahmen, Patiententransporte u.ä..

Unter Intensivmedizinern ist die Erfassung der SAPS/TISS Scores umstritten. Insbesondere bei der SAPS II-Erfassung werden Parameter kodiert, die während eines Intensivaufenthaltes durch Maßnahmen stabil gehalten werden und ziel führend im Normbereich liegen sollten. Damit entstehen aber für die Abrechnung keine oder nur geringe Aufwandspunkte. Umgekehrt führt eine schlechte Einstellung eines Patienten zu einer Punktbewertung.

Eine Gesamtaufenthaltsdauer auf der Intensivstation **unter 24 Stunden** hat keine Scoreermittlung zur Folge. Die Erfassungsperiode ist auf allen Intensivstationen

jeweils das 24 Stunden Intervall von 0:00 bis 24:00 Uhr (analog der Mitternachtsstatistik). Der Aufnahme SAPS II und der Aufnahmescore-10- TISS wird vom Aufnahmezeitpunkt bis zum Ablauf der ersten 24 Stunden für den Aufnahmetag gewertet. Die weitere tägliche Dokumentation erfolgt dann für die jeweiligen Intervalle von 0:00 bis 24:00 Uhr. Für den Aufnahmetag zählen somit auch die Stunden des Folgetages. Am Verlegungstag wird kein Score ermittelt, die Tatsache, ob der Patient mit der Verlegung aus dem Haus entlassen wird, wird nicht berücksichtigt. Bei Wiederaufnahme auf der Intensivstation wird nach gleichem Verfahren vorgegangen. Die Scores aller Intensivaufenthalte während eines Krankenhausaufenthaltes werden zu einem **Gesamtwert kumuliert** (unter Nichterfassung der Verlegungstage).

Entsprechend der Definition der komplizierenden Prozeduren in den Definitionshandbüchern 2006 und deren Triggerung der DRG's A13A/C, A11A/C bzw. A07B muss unabhängig der erfassten Punktzahlen über TISS und SAPS eine sorgfältige Verschlüsselung von speziellen Maßnahmen auf der Intensivstation über OPS erfolgen. Zu nennen sind Reanimationsmaßnahmen, Instillation zytotoxischer Medikamente, Maßnahmen aus dem Bereich der Strahlentherapie oder Brachytherapie, Monitoring, Dialyseverfahren, Aphereseverfahren, Gabe von Plasmabestandteilen oder Blutprodukten oder Lagerungsbehandlung, Drainagemaßnahmen und Katheterverweilsysteme. Spezielle auf der Intensivstation durchgeführte Prozeduren führen zu Zusatzentgelten.

### Beispiel 1:

Ein 41-jähriger Patient mit

bekanntem insulinpflichtigen Diabetes mellitus wird wegen einer anhaltenden therapierefraktären Pneumonie stationär aufgenommen. Bei Aufnahme finden sich deutlich erhöhte Blutzuckerwerte, die entzündungsspezifischen Laborparameter sind ebenfalls deutlich erhöht. Als Erreger kann Pseudomonas nachgewiesen werden. Im Verlauf weniger Tage kommt es zu

einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit zunehmender respiratorischer Insuffizienz und völliger Entgleisung des insulinpflichtigen Diabetes mellitus, der Patient entwickelt eine Sepsis und muss auf die Intensivstation übernommen werden, wo er aufgrund akuter respiratorischer Insuffizienz sofort intubiert wird. Die Blutkulturen wie auch ▶

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	J15.1	Pneumonie durch Pseudomonas
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	A41.52	Sepsis durch Pseudomonas
	R65.1!	Sepsis mit Organkomplikationen
	B96.2!	Escherichia coli als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
	B96.2!	Klebsiella pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind
	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz andernorts nicht klassifiziert
	R57.8	Multiorganversagen
	E10.21 +	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes) mit Nierenkomplikationen, als entgleist bezeichnet
	N08.3*	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	8-701	Einfache endotracheale Intubation
	8-831.0	Legen eines zentralen Venenkatheters
	8-831.2	Wechsel eines zentralen Venenkatheters
	8-980.31	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basis-Prozedur), 1 381 bis 1 656 Aufwandspunkte
	5-311.0	Temporäre Tracheostomie, Tracheotomie
	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
	1-620.0	Diagnostische Tracheobronchoskopie, mit flexiblem Instrument
<b>G-DRG<sup>3</sup>:</b>	8-853.0	Hämofiltration intermittierend
	A11E	Beatmung > 249 und < als 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren
	MDC 04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
<b>Effektives Relativgewicht:</b>	7,635	
<b>Zusatzentgelt:</b>	ZE 2006-08 (OPS 8-853.0)	(Zusatzentgelte nach § 6 Abs. des Krankenhausentgeltgesetzes Anlage 6)
<b>Verweildauer:</b>	41 Tage	
	uGVD: 0	
	oGVD: 42 Tage	

Sputumbestimmungen zeigen ebenso wie die Aspirationsprodukte, gewonnen im Rahmen einer diagnostischen Tracheobronchoskopie, die Problemkeime *Pseudomonas*, *Escherichia coli* und *Klebsiella pneumoniae*. Durch ein Multiorganversagen gestaltet sich der Verlauf protrahiert, temporär muss ein Tracheostoma angelegt werden. Aufgrund der Verschlechterung einer bereits bekannten diabetischen Nephropathie werden intermittierend Hämodilutionsbehandlungen durchgeführt.

Die Entlassung des Patienten erfolgt nach 41 Tagen in stabilisiertem Zustand.

#### Kommentar:

Entsprechend der DKR ist als Hauptdiagnose die zur Aufnahme führende Diagnose **Pneumonie durch Pseudomonas** zu wählen. Die Sepsis trat erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes hinzu. Setzt man allerdings die Sepsis (A41.52) als Hauptdiagnose ein, verändert sich die DRG nicht. Entsprechend der DKR 0103d wird die Sepsis nach dem Erreger mit einem passenden Sepsis-Kode kodiert. Gefolgt wird der ICD-Schlüssel von einem Kode aus R65.-! systemisches inflammatorisches Responsesyndrom. Zur Angabe von Organkomplikationen, Erregern und deren Resistenzlage sind zusätzliche Schlüsselnummern zu verwenden. Im folgenden Fall wird die R65.1! angefügt gefolgt von den während des stationären Aufenthaltes nachgewiesenen Erregern. Das **Multiorganversagen** kann über die R57.8 erfasst werden und beinhaltet das Nierenversagen, behandelt durch die intermittierende Hämodilution. Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrundeliegenden

Krankheit vergesellschaftet ist (DKR D002d). Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (DKR D003d). Die sonstigen in den Kategorien R00-R99 klassifizierten Zustände und Symptome betreffen u.a. bestimmte Symptome, zu denen zwar ergänzende Informationen vorliegen, die jedoch eigenständige wichtige Probleme für die medizinische Betreuung darstellen (Kapitel XVIII, ICD-10-GM 2006).

Der OPS-Schlüssel 8-980.31 (intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basis-Prozedur), 1 381 bis 1 655 Aufwandspunkte) ist im vorliegenden Falle **nicht DRG-relevant**. DRG-triggernd ist im genannten Beispiel die Beatmung mit 280 Stunden. Entsprechend der DKR 1001d ist die Berechnung der Beatmungsdauer in diesem Fall zu dem Zeitpunkt bei dem tracheostomierten Patient nach einer Periode der Entwöhnung beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

Bei dem Patienten wird eine diagnostische Aspiration aus dem Bronchus im Rahmen einer Tracheobronchoskopie durchgeführt. Die diagnostische Aspiration ist mit 1-843 (einschließlich Lokalisationsangabe) zu verschlüsseln. Eine bronchoalveoläre Lavage im Rahmen einer diagnostischen Tracheobronchoskopie ist mit dem OPS-Schlüssel 1-620.3 anzugeben. Die therapeutische Spülung (Lavage) der Lunge OPS-Kode 8-173 ist entsprechend dem Exklusivum bzw. den Hinweisen des OPS-Kataloges nicht bei einer Bronchiallavage, sondern nur bei sehr aufwendigen Spülungen der Lunge z. B. bei Alveolarproteinosen zu kodieren.

Der OPS-Schlüssel 8-853.0 (intermittierende Hämodilution) führt in ein Zusatz-

entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes Anlage 6 unter der Bezeichnung **sonstige Dialyse**, worunter die Hämodilution, Hämodialyse, Hämodiafiltration und Peritonealdialyse mit den entsprechenden OPS-Schlüsseln zusammengefasst werden. Eine zusätzliche Abrechnung dieses Zusatzentgeltes ist im Zusammenhang mit einer Fallpauschale der Basis-DRG L60, L71 oder L90 sowie für das nach Anlage 3 krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 nicht möglich. Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 ist für dieses Zusatzentgelt das für 2005 krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt gemäß § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG bis zum Beginn des Wirkenswerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.

Die Sepsis wird analog des Erregers mit A41.52 (Sepsis durch *Pseudomonas* verschlüsselt). Die Sepsis als solche ist nach den ACCP/SCCM-Consensus-Conference-Kriterien ab Punkt III bei Sepsis mit akuter Organdysfunktion bzw. septischen Schock zu verschlüsseln. Für die Kriterien I und II wären entsprechend dem ICD-10-GM Katalog die lokalbezogenen Infektionen zu verschlüsseln, analog der DKR ohne R65.-! (SIRS).

Ergänzt man die oben angeführte Gruppierung durch eine komplexe OR-Prozedur z. B. durch 5-334.2 (Naht eines Bronchus nach Verletzung) und 5-340.0 (Thorakotomie und Hämatomausräumung) bei einer – angenommenen – Verletzung des Bronchus im Rahmen der Tracheobronchoskopie, so erhält man die DRG A11B (Beatmung > 249 Stunden und < als 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1 656 Aufwandspunkte) mit dem

effektiven Relativgewicht von 11,455 bei einer oGVD von 47 Tagen. Auch hier ist die intensivmedizinische Komplexbehandlung OPS-Schlüssel 8-980.31 nicht triggernd, DRG-bestimmend ist die **komplexe operative Prozedur zusammen mit der Beatmung**.

Im vorliegenden Falle wird die DRG erst höher gruppiert mit einem hochkomplexen Eingriff oder einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung > 1 656 Punkten oder durch eine bestimmte operative Prozedur mit komplizierenden Prozeduren einschließlich einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung von > 1 656 Punkten. Mit dem OPS-Schlüssel 8-980.40 erreicht man im vorliegenden Beispiel die DRG A11A (Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1 656 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1 656 Punkte) mit einem effektiven Relativgewicht von 15,539 und einer oGVD von 52 Tagen.

Dasselbe Beispiel würde – mit Komplikationen – allerdings bei einer wesentlich höheren Beatmungszahl von z.B. 500 Stunden in die altersgetriggerte DRG (Langzeitbeatmungs-DRG) A09B (Beatmung > 499 Stunden und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre) führen, wobei der OPS-Schlüssel 8-980 ohne Einfluss auf die DRG bleibt. Das effektive Relativgewicht bei der DRG A09B beträgt 18,027 bei oGVD von 62 Tagen.

Die gleichen Daten ergeben bei einem Patienten unter 14 Jahren (ohne Angabe des OPS 8-980 die DRG A09A (Beatmung ▶

> 499 Stunden und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre)

Group man dasselbe Beispiel – mit Prozeduren – für einen **Patienten unter 14 Jahren** bei einer Beatmungstundenzahl von 280 Stunden und gibt analog dem OPS-Katalog die intensivmedizinische Komplexbehandlung nicht an, erhält man die DRG A11B (Beatmung > 249 Stunden und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1 656 Aufwandspunkte) mit dem effektiven Relativgewicht von 11,455 und einer oGVD von 47 Tagen. Group man jetzt mit einem **Alter > 14 Jahre** und gibt analog dem OPS die intensivmedizinische Komplexbehandlung mit an (8-980.40) so erhält man die DRG A11A (Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkomplexen Eingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1 656 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1 656 Punkte) mit einem effektiven Relativgewicht von 15,539 bei letztendlich gleichem Aufwand.

### Beispiel 2:

Ein 44-jähriger Patient wird wegen einer erworbenen Aortenklappenstenose stationär aufgenommen. Ein Aortenklappenersatz durch eine Kunstprothese wird durchgeführt. Der Patient kann innerhalb von 24 Stunden postoperativ extubiert werden. Wegen einer Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae verbleibt der Patient 14 Tage auf der Intensivstation, auf eine künstliche Beatmung kann aufgrund supportiver Maßnahmen und Sauerstoffgabe verzichtet werden.

### Kommentar:

Im vorliegenden Falle ist der Patient nicht beatmet, die DRG wird durch die intensivmedizinische Komplexbehandlung getriggert. Bei unkompliziertem Verlauf ohne anrechenbare intensivmedizinische Komplexbehandlung (d.h. OPS 8-980) errechnet sich mit den vorliegenden Daten die F22Z (anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine) mit dem effektiven Relativgewicht von 4,618 und einer uGVD von 4 bzw. oGVD von 22 Tagen.

Die DRG F22Z ändert sich nicht, wenn der Patient unter 14 Jahre alt ist, unabhängig davon ob ein Aufwand auf der Intensivstation entstan-

den ist oder nicht. Der OPS 8-980 kann bei < 14-jährigen nicht angegeben werden.

Group man dasselbe Beispiel für einen Erwachsenen oder einen Jugendlichen < 14 Jahren mit 280 Beatmungstunden, so ist man unabhängig von der Angabe des OPS-Schlüssels 8-980 in der DRG A11A.

1 ICD-10-GM Version 2006  
2 OPS Version 2006  
3 G-DRG-Version 2006 Fallpauschalenkatalog

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

### Corrigenda

## Was ist neu im DRG-System im Jahr 2006 – Teil 2 BDI aktuell, 1/2-2006

### Zu obigem Artikel erhielten wir die nachstehende kritische Zuschrift:

Im Namen der DRG-Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie möchte ich Sie auf folgende, im oben genannten Artikel enthaltene Fehlinformation hinweisen:

Es wird geschrieben: „Im Kapitel ... wurden die Codes U80-85 ... vollständig gestrichen bzw. im Kapitel ‚Infektionserreger mit Resistenzen

gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika (U80-U95)‘ herausgenommen.“ Diese Information ist irreführend und könnte dazu führen, dass diese wichtigen Codes nicht mehr benutzt werden.

Richtig ist, dass die genannten Codes U80 – U85 weiterhin auf Seite 752 ff. des Systematischen Verzeichnisses im Kapitel U (Kapitel XXII) zur Verfügung stehen.

Dr. E. Kniehl

### Hier die Antwort der Autorin:

Vielen Dank für Ihre Mail vom 14.03.2006. Sie haben natürlich völlig Recht. Der Abschnitt muss korrekt lauten:

„Im Kapitel ‚Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten – A00-B99‘ wurden die Codes U80-U85 (Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika) als Gruppe vollständig gestrichen, verbleiben aber weiterhin im Kapitel XXII unter ‚Infekti-

onserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika oder Chemotherapeutika (U80-U85)“.

Ich wollte eigentlich nur darauf hinweisen, dass diese Codes nicht mehr doppelt im ICD-10-GM aufgeführt werden. Leider hat sich dabei der Fehlerteufel eingeschlichen, ich bitte um Entschuldigung.

Dr. med. Christine Kopf-Schiller  
Team für Sonderaufgaben Versorgungsstrukturen  
MDK Bayern  
Putzbrunnerstr. 73  
81739 München

<b>Hauptdiagnose<sup>1</sup>:</b>	I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
<b>Nebendiagnosen<sup>1</sup>:</b>	J 15.1	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae
<b>Prozeduren<sup>2</sup>:</b>	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basis-Prozedur), 1 105 bis 1 380 Aufwandspunkte
	5-351.04	Ersatz Aortenklappe durch Kunstprothese
<b>G-DRG<sup>3</sup>:</b>	F97Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1 104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit bestimmter OR-Prozedur
<b>Effektives Relativgewicht:</b>	11,808	
<b>Verweildauer:</b>	uGVD: 10 Tage oGVD: 51 Tage	