

## Der Gastkommentar

## Konvergenz der Vergütungssysteme

Grenzbereiche sind immer schwierig. Aber selbst wohlmeinenden Beobachtern bleibt die Erkenntnis nicht erspart, dass in Deutschland der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eine besonders auffällige Häufung von Widersprüchlichkeiten, von konzeptionslosen Einzelregelungen, von absurd gebrochenen Behandlungspfaden und von kaum zu rechtfertigenden Vergütungsdisparitäten ist. Die gleiche Chemotherapie wird völlig anders vergütet, je nachdem ob sie vollstationär, teilstationär, belegärztlich, im Rahmen eines DMP-Programmes oder aber ambulant erbracht wird.

Es gibt derzeit kein umfassendes Konzept für die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und niedergelassener Praxis. Erkennbar ist aber ein historischer Trend: Die Krankenhausärzte übernehmen zunehmend Funktionen in der ambulanten Versorgung. Dies belebt alte Streitigkeiten zwischen den großen Versorgungsblöcken. Der Territorialkampf zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und angestellten Krankenhausärzten andererseits um das ambulantstationäre Grenzgebiet Versorgung hat Tradition in Deutschland. Rund 60 Jahre lang dominierten die Niedergelassenen. Die Brüningsschen Notverordnungen Anfang der 30er Jahre des letzten Jahrhunderts und das Kassenarztrecht der Adenauerzeit etablierten die kassenärztlichen Vereinigungen als dominante gesundheitspolitische Gestaltungsmacht, die sogar über das Belegarztwesen und Ermächtigungen tief in den Krankenhausesektor hineinwirkte. Seit 1989 vollzieht sich eine Art Reconquista: Die Krankenhausärzte verzeichnen in schneller Folge Gebietsgewinne: 1989 – Teilstationäre Versorgung, Hochschulambulanzen und sozialpädiatrische Zentren; 1993 – Ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Behandlung; 2000 – Integrierte Versorgung; 2004 – DMPs und hochspezialisierte Leistungen. Die nächsten Kandidaten für eine Herauslösung aus dem KV-Budget zugunsten einer Direktbeziehung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern könnten das Belegarztwesen und die Notfallversorgung sein.

Der künftige Bedeutungsschwund des Belegarztwesens ist nicht das Ergebnis eines bewussten politischen Eingriffs. Er wird das Resultat einer Liberalisierung des Kassenarztrechts sein. Im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgeset-

zes hat der Gesetzgeber auch die etwas angestaubte Zulassungsverordnung neu geregelt. Dort wird nunmehr in § 20 die Vereinbarkeit einer vertragsärztlichen Tätigkeit mit einer gleichzeitigen Tätigkeit im Krankenhaus postuliert. Die jetzigen Belegärzte und die Krankenhäuser könnten sich dann entscheiden, das ehemalige Belegarztspektrum als besser vergütete Hauptabteilungsleistung abzurechnen, wobei zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus ein privatrechtlicher Vertrag zur Leistungserbringung im Krankenhaus geschlossen wird. Für die Patienten ändert sich nichts, aber die Vergütungsströme laufen nicht mehr über die KVen, sondern direkt zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Konsequenterweise muss dann – als gesetzliche Vorgabe oder als Einigung auf Selbstverwaltungsebene – das KV-Budget um die belegärztlichen Vergütungsvolumina in Höhe von rund 300 Mio. Euro bereinigt werden. Selbst eine Anhebung der belegärztlichen Vergütung würde an diesem Trend zugunsten einer stärker krankenhausdominierten Versorgung nichts ändern.

Kennzeichnend für diese Phase des Übergangs ist neben den widersprüchlichen Vergütungsregelungen auch die Zulassung und die Qualitätssicherung. Beispiel Zulassung: Während in überversorgten Gebieten für operierende Ärzte Zulassungssperren existieren, können Krankenhäuser unabhängig von jeder Bedarfsplanung nach § 115 b SGB V ambulant operieren. Während für die KV-Gesamtvergütung nach dem Entwurf des Wettbewerbstärkungsgesetzes nach wie vor eine Budgetierung besteht, sollen Krankenhäuser ohne Begrenzung eine quasi unbeschränkte Abrechnungsgarantie für hochspezialisierte Krankenhausleistungen nach § 116 b bekommen. Man stelle sich vor – um die Fehlkonstruktion zu verdeutlichen –, sämtliche deutschen Bauunternehmer dürften bei vollem Finanzierungsanspruch gegenüber Bund, Ländern und Kommunen beliebig viele Straßen bauen...

Aus Sicht der Krankenkassen ist die Öffnung der Krankenhäuser grundsätzlich eine gesundheitspolitisch richtige Entscheidung. Sie ermöglicht kontinuierliche Patientenbetreuung, sie nutzt die Behandlungskompetenz von Krankenhausärzten besser und sie vermeidet Doppelinvestitionen bei teuren Medizingeräten. Die Förderungswürdigkeit darf jedoch nicht dazu führen, dass man völlig steuerungslos jede Mengenexpansion zulässt. Es bedarf auch bei den ambulanten Krankenhausleistungen – wenn sie etwas mehr sein sollen als



Dr. Wulf-Dietrich Leber leitet den Geschäftsbereich Gesundheit im AOK-Bundesverband, Bonn.

eine Randerscheinung – der Etablierung eines vernünftigen Verhandlungsprinzips über Preise, Mengen und Qualität.

Immerhin bewegen sich die völlig unterschiedlichen Vergütungssysteme aufeinander zu. War das Vergütungssystem im stationären Sektor traditionell eher der einfachen Logik des Hotelgewerbes entlehnt – die Übernachtung zählt – so hat sich mit der DRG-Einführung ein komplexes Fallpauschalsystem entwickelt, bei dem sich die Vergütung an Krankheitsbild und Therapie orientiert. Dabei wird die unendliche Zahl von Diagnose- und Prozedurenkombinationen mittels Grouperalgorithmus zu rund tausend unterschiedlichen Abrechnungspositionen verdichtet.

Das stark auf Einzelleistung ausgerichtete System im ambulanten Bereich bewegt sich hingegen in Richtung Komplexierung bzw. Pauschalierung. Die Vergütungssysteme konvergieren. Im Bereich des ambulanten Operierens wird sogar seit 2004 ein veritables Groupersystem verwendet: Die rund 8.000 verschiedenen Operationen wurden in Abhängigkeit von Fachrichtung und Schnitt-Nahtzeiten zu 139 Operationsgruppen reduziert. Dies könnte auch handlungsleitend für die Weiterentwicklung des EBM sein: Differenziert erfasste Einzelleistungen werden zu einer handhabbaren Anzahl von Pauschalen zusammengefasst. Was dann noch fehlt, ist die Anwendung dieser neuen Vergütungslogik auf andere ambulante Krankenhausbereiche wie Hochschulambulanzen, hochspezialisierte und teilstationäre Leistungen.

Erste Schritte einer sektorübergreifenden Sichtweise sind auch im Bereich der Qualitätssicherung sichtbar. Für ambulante Operationen einigten sich die Spitzenverbandspartner auf eine Übertragung der Mindestfrequenzen aus dem KV-Bereich auf die Krankenhäuser – ein Vorgang, der insbesondere im Bereich der Koloskopie zu langen Diskussionen geführt hatte. Bei der Methodenbewertung hat der Gemeinsame

Bundesausschuss in Form sogenannter Themengruppen eine sektorunabhängige Nutzenbewertung etabliert. Für hochspezialisierte Leistungen nach § 116 b werden ebenfalls übergreifende Qualitätsanforderungen definiert.

Was können die Beteiligten erwarten? Der Grenzbereich ambulant/stationär bleibt eine Baustelle. Ambulante Krankenhausleistungen werden zu einem eigenständigen Versorgungsbereich. Mit zunehmender Krankenhaustätigkeit geht in gleichem Maße der KV-Einfluss zurück. Ambulante Krankenhausleistungen bedürfen der Harmonisierung mit den bestehenden großen Versorgungsbereichen bezüglich Vergütung, Zulassung und Qualitätssicherung. Bei der Vergütungssystematik dürfte die DRG-Logik (Einzelleistungserfassung, Diagnosenbezug und Reduktion auf eine handhabbare Zahl von Abrechnungspositionen) stilbildend sein. Für den Gesetzgeber bleibt die Aufgabe, an die Stelle ungesteuerter Abrechnungsgarantien (§ 116 b im GKV-WSG-Entwurf, § 115 b) und divergierender Qualitätsanforderungen ein wettbewerbles Vertragssystem zu etablieren. Möge er dabei eine glücklichere Hand haben, als bei der derzeitigen Gesundheitsreform.

Dr. Wulf-Dietrich Leber

## Neue Behandlungs- und Untersuchungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung

## Wer bremst und wer gibt Gas im Gemeinsamen Bundesausschuss?

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist zum zentralen Gremium geworden, in dem für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland entschieden wird, was dem GKV-Versicherten an Gesundheitsleistung zusteht. In der Öffentlichkeit steht dabei die Arzneimitteltherapie ganz im Vordergrund. Hier wird am lautesten gestritten, weil die Interessen der Pharmaindustrie, der Patienten und der Krankenkassen nur mit Mühe zur Deckung zu bringen sind. Durch eine hohe Innovationsrate entsteht hier auch ein hoher Entscheidungsdruck.

Im Hintergrund, deshalb aber nicht minder wichtig, wird auch über neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren entschieden. Dabei geht es um Methoden wie Apheresebehandlung und Positronenemissionstomographie (PET) oder Akupunktur. Wer ist an diesen Entscheidungen beteiligt?

Der gemeinsame Bundesausschuss hat eine fest gefügte Verfahrensordnung. Die sog. Bänke (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft, Patientenvertreter) haben die Möglichkeit, einen Antrag zu stellen, dass ein neues Verfahren in die Gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden soll. Bearbeitet wird ein solcher Antrag in einem Unterausschuss, der wiederum Arbeitsgruppen bildet. Hier wird ein Fragenkata-

log erarbeitet, der der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird. Es können sich dann alle Interessierten mit entsprechenden Stellungnahmen äußern.

● **Die Bänke entscheiden mit**  
Handelt es sich um ein Verfahren, das sowohl die ambulante, als auch die stationäre Versorgung betrifft, so muss eine Themengruppe versorgungsebenenübergreifend gebildet werden. Dies bedeutet, dass die Vorarbeit in dieser Themengruppe sowohl von ambulant tätigen Ärzten als auch der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen sowie den Patientenvertretern gemeinsam geleistet wird. Sowohl in der Arbeitsgruppe als auch in der Themengruppe kann festgelegt werden, dass man den Auftrag zur Bewertung an das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

(IQWiG) weitergibt. Das IQWiG ist ein unabhängiges Institut, das im Gegensatz zu sonstigen Gutachtern seine Stellungnahme veröffentlichen darf, auch wenn der Auftraggeber – in diesem Fall der Gemeinsame Bundesausschuss – noch keine Stellung dazu genommen hat. Dies führt in der Öffentlichkeit, wie kürzlich bei der Versorgung mit Analoginsulin, zu erheblichen Verwerfungen. Die letzte Entscheidung trifft aber immer der Gemeinsame Bundesausschuss. Der Abschlussbericht des Institutes wird nach Vorbereitung in der Themengruppe in den jeweiligen Unterausschüssen erneut beraten und geht dann zur Beschlussfassung in das Plenum, in dem die endgültige Entscheidung getroffen wird. Dies bedeutet, dass die entscheidende Detailarbeit für die Bewertung im Unterausschuss, in den Arbeitsgruppen, in den Themengruppen und im

Institut geleistet wird. Bei den Entscheidungen sind somit folgende Bänke beteiligt: die Gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Patientenverbände und in der Regel auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, weil die meisten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht nur eine Versorgungsebene betreffen, sondern gleichzeitig in Praxis und Krankenhaus zur Verfügung stehen werden.

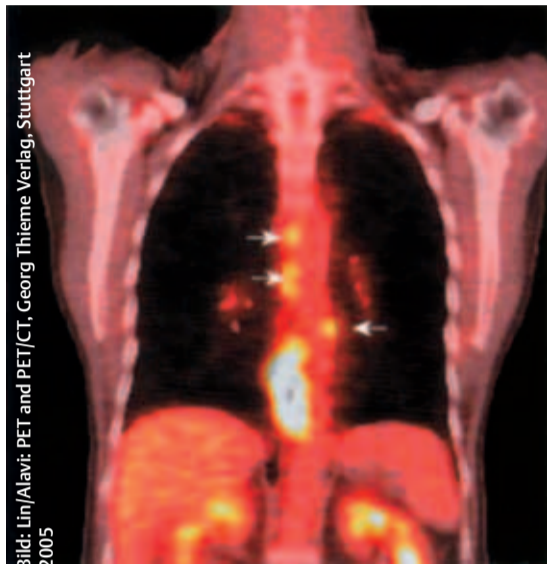


Bild: Inj/Alavi: PET and PET/CT, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2005  
Lassen sich mit PET Metastasen abbilden? Bevor der Gemeinsame Bundesausschuss über eine neue Methode entscheidet, muss überprüft werden, ob dadurch die Versorgung der Patienten verbessert wird.

● **Vom medizinischen Test bis zum Genehmigungsverfahren**

Wird eine neu beantragte Methode überprüft, muss zunächst einmal kontrolliert werden, ob sie prinzipiell funktioniert. Lassen sich z. B. mit einer PET Metastasen oder Tumore abbilden? Notwendig wird die Einführung dann sein, wenn sie bessere Ergebnisse zeigt, als die seither verfügbaren Verfahren. So wird bei der PET beispielsweise überprüft, ob sie tatsächlich mehr Informationen für die Behandlung liefert, als z. B. ein hochmoderner Computertomograph, und ob diese Zusatzinformationen für die Zukunft des Patienten von Bedeutung sind.

Tritt tatsächlich eine Verbesserung ein, so muss die Wirtschaftlichkeit dadurch überprüft werden, dass man errechnet, was diese Verbesserung der Patientenversorgung kostet. Dabei spielt auch eine Rolle, ob durch Substitutionseffekte Einsparpotenziale zur Verfügung stehen. Grundlage der Bewertung sind die Stellungnahmen zu dem veröffentlichten Fragenkatalog und eine Literaturrecherche zur Klassifikation der Publikationen. Dabei benutzt man die Kriterien evidenzbasierter Medizin. In seltenen Fällen werden auch Grenzwertberechnungen durchgeführt. So wird beispielsweise überprüft, was das Erkennen eines zusätzlichen Rezidives eines Mammakarzinoms durch Magnetresonanz tatsächlich kostet. Nach Vorliegen dieser Bewertungskriterien wird noch die Bundesärztekammer um Stellungnahme gebeten und eine Beschlussvorlage aus dem Unterausschuss für das Plenum vorbereitet. Wenn der Beschluss dort gefasst ist, wird ein Abschlussbericht erstellt, der dann Grundlage für das Genehmigungsverfahren des Bundesgesundheitsministeriums darstellt.

● **Evidenzbasierte Medizin als Werkzeug**

Eine zentrale Bedeutung bei diesem Vorgang hat die evidenzbasierte Medizin. Betrachtet man die öffentliche Diskussion, so entsteht der Eindruck, als handele es sich hier um eine selbstständige Wissenschaft, die darüber entscheidet, ob eine Methode eingeführt wird oder nicht. Die evidenzbasierte Medizin ist jedoch keine eigene Wissenschaft, sondern

sie klassifiziert nur wissenschaftliche Ergebnisse, um zu einer gemeinsamen, allseits anerkannten Sprachregelung zu kommen. Die evidenzbasierte Medizin ist wertneutral. Sie macht die Entscheidungsgrundlagen nur vergleichbar und transparent. So kann der Bundesausschuss Entscheidungen mit randomisierten, kontrollierten Studien treffen. Es bleibt ihm aber völlig unbenommen, auch auf der niedrigen Evidenz einer Expertenmeinung seine Entscheidung positiv

abzuliefern. Die Evidenz ist deshalb weder gut noch böse. Es ist wichtig, dass die derzeitige fehlgeleitete Diskussion über die evidenzbasierte Medizin entschärft wird und man wieder ohne Emotion sich diesem Thema nähert.

Klar ist aber, dass die Begründung bei einer Entscheidung umso umfangreicher sein muss, je niedriger die Evidenzstufe der zugrunde liegenden Ergebnisse ist. Es wäre deshalb sinnvoll, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss bei seinen Abschlussberichten immer die zugrunde liegende Evidenzstufe veröffentlicht. So kann man Methoden, die mit niedrigerer Evidenzstufe empfohlen wurde, anschließend genauer beobachten und prüfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss würde bei einer solchen Vorgehensweise sich selbst kontrollieren und begründen müssen, warum er mit unterschiedlichem Maß misst. Auch in der Vergangenheit hätte dies sicher oft geholfen, Abschlussberichte des Gemeinsamen Bundesausschusses nachzuvollziehen. So ergeben sich durchaus einige Fragen, wenn man die Entscheidungskriterien für die eingeschränkte Indikation der Osteodensitometrie mit denen bei der Akupunktur vergleicht.

● **Medizinische Kriterien versus ökonomische Zwänge**

Alle Bänke, die im Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten sind, wollen nur dann neue Leistungen einführen, wenn dies medizinisch sinnvoll ist. Sie legen großen Wert darauf, dass die Qualität der Leistungserbringung dabei gesichert wird. Sie beachten, dass den Patienten durch neue Methoden kein Schaden entsteht und legen einen Leistungskatalog nach medizinischen Kriterien fest, der sinnvoll und wirtschaftlich ist. Fragt man die Repräsentanten der Bänke,

so wird das Wort Ökonomie nicht in den Mund genommen. Es geht rein um medizinische Kriterien. Aber stimmt dies tatsächlich? Keiner der im Bundesausschuss vertretenen Parteien ist frei von Zusatzmotivationen. Die Krankenkassen bedenken bei neuen Leistungen von Anfang an, dass keine Mehrkosten entstehen dürfen. Es fällt ihnen leichter eine positive Entscheidung zu treffen, wenn sie die Möglichkeit sehen, die Kosten im Gesamtbudget abzuwickeln. Auch wenn Kosteneinsparungen an anderer Stelle winken, weil seit-herige Verfahren überflüssig werden, die dann gegengerechnet werden können, kann man davon ausgehen, dass die Krankenkassen etwas offener mit einer positiven Entscheidung umgehen.

Im Klartext heißt dies, dass die Krankenkassen neuen Leistungen zustimmen, wenn man die dadurch entstehenden Mehrkosten minimiert. Am einfachsten fällt dies natürlich, wenn man etwas in einem bereits vorhandenen, im Budget etablierten Behandlungskonzept versenken kann, wie man es z. B. mit der Akupunktur bei der Schmerztherapie getan hat.

● **Ärzte und Krankenhäuser als „Bremsen“**

Auch die Ärzteseite, oder besser die Kassenärztliche Vereinigung baut für neue Leistungen eher hohe Hürden auf, da sie von Anfang an fürchtet, dass die Leistung wieder in dem gedeckelten Honoraropfer untergebracht wird, oder wenn sie tatsächlich zusätzliches Geld bringt, doch über eine zu schlechte Bewertung im Bewertungsausschuss unzureichend vergütet wird. Sie fordert deshalb in der Regel eine vergleichsweise hohe Evidenzstufe für die Entscheidung. Sie legt großen Wert auf eine Vereinheitlichung des Leistungskataloges im ambulanten und stationären Bereich, was zu massiven Konflikten mit der Krankenhauseite führt. Dort gilt der Verbotsvorbehalt, d. h. im Krankenhaus können alle Leistungen erbracht werden, die nicht ausdrücklich verboten sind. Der Leistungskatalog ist somit offen. Der Vertragsarzt ist an den EBM als Leistungskatalog gebunden. Für ihn gilt der Erlaubnisvorbehalt. Angesichts der medizinischen Entwicklung im Krankenhausbereich tritt zunehmend eine Diskrepanz zwischen den Leistungsmöglichkeiten des Vertragsarztes und des Krankenhauses durch diesen ordnungspolitischen Ansatz auf. Die Kassenärztliche Vereinigung sitzt somit bei den unterschiedlichen Vorgaben zwischen allen Stühlen und tut sich deshalb innerhalb des Gremiums eher schwer. Angesichts der Tendenz möglichst wenige Leistungen aufzunehmen, sitzen aber KV und Kassen oft in einem Boot.

Die Bank der Krankenhäuser, die durch die Themengruppen auch bei der ambulanten Versorgung mit eingebunden sind, kämpfen um ihren offenen Leistungskatalog und sehen sich als Hort des medizinischen Fortschritts. Sie sind deshalb mehr an unverbindlichen Entscheidungen

interessiert und möchten die Probleme auf der Vertragsebene lösen. Eine strenge Endpunktdefinition, beispielsweise die Bewertung einer Methode nach Mortalität oder Lebenserwartung, ist ihr in der Regel ein Dorn im Auge. Sie möchte lieber offene Endpunkte, z. B. über Surrogatparameter, in die Diskussion einführen. Die Qualitätssicherung soll möglichst unverbindlich geregelt werden, damit die Organisationsstrukturen der Krankenhäuser nicht in Schwierigkeiten gebracht werden. Insofern sind die Krankenhäuser sehr oft Bremsen von klar definierten Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

● **„Aldi-Effekt“ bei den Patientenvertretern**

Bleiben noch die Patientenverbände. Sie sind im Prinzip immer an neuen Leistungen interessiert und möchten sie durch restriktive Vorgaben nicht eingeschränkt wissen. Sie stellen den einzelnen Patienten in den Mittelpunkt und fördern deshalb die individualisierte Medizin, was dem grundsätzlichen Gedanken des Gemeinsamen Bundesausschuss nach Normen eher widerspricht. Dennoch sind sie an einer hohen Qualitätssicherung interessiert. Die Patientenvertreter haben in der Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses aber auch gelernt, dass nicht jede neue Methode zum Wohle der Patienten auf den Markt gebracht wird. Es gibt eine ganze Reihe von unerwünschten Wirkungen, die dazu geführt haben, dass negative Entscheidungen inzwischen von Patientenverbänden gestützt werden. Insbesondere war dies bei der Sauerstofftherapie der Fall. Insofern ist bei den Patientenvertretern die Skepsis gegenüber neuen Methoden eher gewachsen. Dabei zeigen die Patientenvertreter ein typisches Verbraucherverhalten: Man möchte im Prinzip alle möglichen Behandlungsverfahren im System eingeführt wissen, ist aber gleichzeitig daran interessiert, dass die Kosten gering gehalten werden, sprich die Beiträge nicht steigen. Hier besteht ein typischer „Aldi-Effekt“.

● **Wer gibt Gas und wer bremst?**

Wer gibt nun Gas im Gemeinsamen Bundesausschuss und wer bremst? Diese Frage ist von Fall zu Fall unterschiedlich zu beantworten. Es wird immer Fälle geben, in den die Krankenkassen, wie z. B. bei der Akupunktur aufgrund der politischen Umstände regelrecht Gas geben, um die Methoden einzuführen, während sie auf der anderen Seite bei neuen technischen Verfahren auf der Bremse stehen.

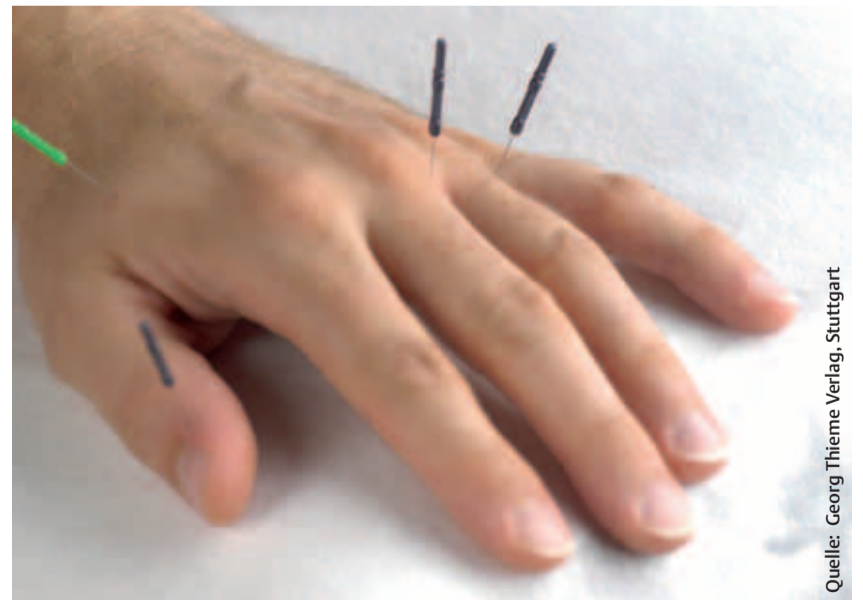
Es muss aber klargestellt werden, dass neben den medizinischen Grundsätzen offensichtlich die Ökonomie eine ganz wesentliche Rolle spielt, einen Vorgang im positiven Sinne zu beschleunigen oder auszubremsen.

Hier wird sichtbar, dass die Ökonomie die Medizin dominiert. Dies passt zu den früheren und derzeitigen Gesetzesinitiativen. Gesundheitspolitik ist zur Haushaltspolitik degeneriert und die ökonomischen Gesichtspunkte stehen ganz im Vordergrund.

Warum sollten sich die Bänke im Gemeinsamen Bundesausschuss anders verhalten, als das Vorbild Gesetzgeber? Medizin spielt eine untergeordnete Rolle, Ökonomie bestimmt letzten Endes die Entscheidung.

Bleibt die letzte Frage: Wo steht das Aufsichtsministerium? Dieses befindet sich in einer besonders komfortablen Situation. Es bestimmt die Beiträge und das Geld, das dem System zugeführt wird und fordert gleichzeitig möglichst viele Leistungen im Interesse der Patienten. Man macht es sich leicht, indem man eine einkommenorientierte Ausgabenpolitik im Gesundheitswesen umsetzt und dabei die Leistungserbringer verpflichtet, alles Notwendige mit begrenzten Finanzmitteln abzuliefern. Der Politiker kann immer nach außen klarstellen, dass er für die Finanzen gesorgt und die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben eingeführt hat, die auch neue Methoden ermöglichen. Wenn es dann dennoch klemmt, ist die Selbstverwaltung schuld.

Dr. med. H.-F. Spies



Die Akupunktur war das letzte Verfahren, das in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen wurde. Auch diese - politisch und wissenschaftlich umstrittene - Entscheidung ist im Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen worden.

Belegarztsystem (Fortsetzung von Seite 1)

## Belegärzte vor dem Abgrund

### • Umsatzverluste von über 50%

Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben in ihren Regionen versucht, die Defizite des EBM durch die Honorarverteilung auszugleichen. Dies ist aber im Sinne der Belegärzte nur in Bayern geschehen. Dort hat man konsequent versucht, die belegärztliche Versorgung in der Honorarverteilung so zu stellen, dass sie nicht über die ärztliche Vergütung liquidiert wird. Andere Kassenärztliche Vereinigungen haben versucht, Abstufungsregelungen zu vermeiden, konnten aber nur einen unzureichenden Punktwert aushandeln. Wieder andere haben ohne Rücksicht auf Verluste belegärztliche Leistungen abgestaffelt, obwohl die Mengenentwicklung von der Krankenhausversorgung her bestimmt wird. Je mehr Patienten stationär versorgt werden mussten, umso weniger Geld erhielt der Belegarzt für seine Leistung. Dabei sind die Verwerfungen über die Honorarverteilung in Hessen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz besonders ausgeprägt. Hier gibt es einzelne Fachgruppen, die bei der belegärztlichen Vergütung Umsatzverluste von 50% und mehr verkraften mussten.

### • Ein Punktwert von 5,11 Cent sollte selbstverständlich sein

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Fehler im EBM inzwischen erkannt und verhandelt zurzeit ein neues belegärztliches Kapitel. Sie fordert dabei eine extrabudgetäre

Vergütung, die den Krankenkassen wegen der Fallzahlminderungen im Krankenhaus prinzipiell leicht fallen müsste. Auch muss eine neue Kostenkalkulation durchgeführt werden. Ein Punktwert von 5,11 Cent sollte dabei selbstverständlich sein, da er Kalkulationsgrundlage des EBM ist.

### • Anpassung des EBM an DRG-Systematik erforderlich

Ein weiteres Problem ist die unterschiedliche Leistungssystematik von EBM und DRG. Der EBM ist in seinem Leistungskatalog dramatisch eingegrenzt, die DRGs sind hingegen flexibel und werden je nach Bedarf neu entwickelt. So entstehen immer mehr Leistungen, die im EBM nicht abgebildet sind, aber vom Belegarzt am Krankenhaus erbracht werden müssen. Es muss deshalb eine Möglichkeit eingeführt werden, den EBM an die DRG-Systematik für stationäre Leistungen anzupassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat diese Probleme prinzipiell erkannt. Damit ist das Thema ärztliche Vergütung aber noch lange nicht erledigt. Die Krankenkassen müssen im Bewertungsausschuss zustimmen. Die Erfahrungen bei der Verhandlung über den EBM sind bezüglich einer raschen Umsetzung im Detail nicht ermutigend.

### • Finanzierung über DRGs möglich

Die Belegärzte haben auf die Selbstverwaltung Druck ausgeübt, weil sie

auch eine Finanzierung ihrer Vergütung ohne Kassenärztliche Vereinigung - nämlich über die DRGs des Krankenhauses - in die Diskussion eingebracht haben. Diese Vorgabe steht übrigens im Koalitionsvertrag von SPD und CDU, wird aber seither weder im Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz noch bei der geplanten Gesundheitsreform berücksichtigt. In



manchen Bundesländern ließe sich dieses Szenario relativ leicht abbilden, indem sich die belegärztlich geführten Krankenhäuser in Hauptabteilungen umwandeln und mit ihren Ärzten Konsiliarverträge abschließen. Die Krankenhausplanung in den jeweiligen Ländern käme dadurch ziemlich durcheinander. Die Krankenkassen befürchten bei diesem Szenario zudem, dass sie für bestimmte Leistungen sogar zweimal zur Kasse gebeten werden, nämlich bei der KV

und bei den DRGs. Dies scheint sogar die Selbstverwaltung in ihrer Entscheidungsfreiheit zu beschleunigen.

### • DRGs sind nicht das Paradies auf Erden

Bei dieser Diskussion mussten die Belegärzte aber feststellen, dass die DRGs nicht das Paradies sind. Auch hier gibt es große Steine, die aus dem Weg geräumt werden müssen: Die DRGs werden in Haupt- und Belegabteilung getrennt definiert. Die DRG ist eine Pauschale, für die es gleichgültig ist, ob sie von einem angestellten Arzt in einer Hauptabteilung oder von

mern. Die zukünftige Kalkulation muss über alle Häuser - gleichgültig, wie sie ärztlich organisiert sind - durchgeführt werden. Die B-DRG würde dann als durch die ärztliche Vergütung korrigierte Einheits-DRG definiert werden.

Spätestens jetzt haben alle Akteure, die sich mit dem Thema beschäftigen, bemerkt, dass Belegärzte und Belegkrankenhäuser an einem Tisch sitzen und ihre Interessen gemeinsam vertreten sollten. Es ist banal: Ohne Belegärzte ist das belegärztlich geführte Krankenhaus am Ende und ohne belegärztliches Krankenhaus kann der Vertragsarzt seine stationäre Tätigkeit einstellen. Beide sind aufeinander angewiesen.

### • Rettung des Belegarztsystems

Die Rettung des Belegarztsystems als gelebte Integrationsversorgung muss deshalb auf zwei Ebenen erfolgen: Bei der Selbstverwaltung für die ärztliche Vergütung und durch eine Änderung der DRG-Vorgaben, die die belegärztliche Versorgung nicht benachteiligen darf.

Positiv ist, dass sich alle um die Belegarztversorgung bemühen, wenn auch mit unterschiedlichem Erfolg. Die Zeit wird knapp. Spätestens zum 1. April 2007 werden in verschiedenen Bundesländern die Belegärzte so am Ende sein, dass sie entweder aufgeben oder ihre Krankenhäuser aufgeben und ihre Krankenhäuserträger durch andere Kriterien - zum Beispiel den Case-Mix-Index - ab. Man hat bei der derzeitigen getrennten Kalkulation von A- und B-Häusern den Eindruck, dass die A-Krankenhäuser ihre hohe Kostenkalkulation dadurch retten wollen, indem sie die vermeintlich preiswerteren B-Häuser ausklam-

HFS

## Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung  
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 15. April 2007, 13:30 Uhr  
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach  
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

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

### Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Geschäftsführers zum Geschäftsjahr 2006 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

*W. Wesiack*  
Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



## Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September.

**Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V.** • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50 • E-Mail: info@BDI.de • Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesiack • Geschäftsführer: RA Helge Rühl

**Georg Thieme Verlag KG** Stuttgart New York • www.thieme.de • Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart • Tel.: 0711/8931-0, Fax: 0711/8931-235 • E-Mail: BDI-aktuell@thieme.de

**Redaktion:** Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P. • Redaktionsleitung (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC) • Layout-Entwurf: Michael Zimmermann • Herstellung: Andrea Hartmann • Redaktionsassistentin: Sabine Kloos • Druck: L.N. Schaffrath, Marktweg 42-50, 47608 Geldern • Satz (Kongresse und Services): stm media GmbH, Friedrichstraße 10, 06366 Köthen

**Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe:** Dr. Markus Becker, Prof. Dr. Christoph F. Dietrich, Dr. Horst Gross, Dr. Karin Hahne, Dr. André Ignee, Dr. Christine Kopf-Schiller, Dr. Wulf-Dietrich Leber, Dr. Martina Lenzen-Schulte, PD Dr. Dieter Nürnberg, Tilo Radau, Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Prof. Dr. Clemens Unger, PD Dr. Dierk A. Vagts, Dr. Nicola von Lutterotti, Dr. Wolf von Römer, Dr. Helga Wollmerstedt

**Anzeigenverwaltung/-leitung:** Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6

**Wichtiger Hinweis:** Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Copyright:** Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## Kostenerstattung versus Sachleistungsprinzip

# Eine Luftnummer

Die deutsche Ärzteschaft mit ihren Verbänden hat ein altbekanntes Streitthema wiederentdeckt, das in politisch schwierigen Zeiten ihre Allianz zu spalten droht: Viele Verbände fordern den Ausstieg aus dem KV-System und wollen die Kostenerstattung als Alternative zum Sachleistungsprinzip einführen. Dies würde, so frohlocken sie, auch zwangsläufig ein Ende der Budgetierung bedeuten.

Wenn der Patient mit seinem Arzt einen Behandlungsvertrag mit Rechnungsstellung abschließt, ist die Punktwertwährung zu Ende und der Arzt erhält zeitnah sein Geld. Der Vorteil des Systems ist unbestritten die Transparenz – jeder Versicherte weiß, welche Leistungen an ihm erbracht wurden und ob sie zu Recht in Rechnung gestellt wurden. Dieses System der Kostenerstattung würde eine Revolution im GKV-System auslösen. Die gesetzlichen Krankenkassen müssten schließen oder sich in Privatkassen umwandeln, sind sie doch kein Vertragspartner des Arztes mehr. Es ist jetzt der Patient, mit dem die Kasse einen Versicherungsvertrag schließen müsste. Auch die Kassenärztliche Vereinigung als Geldverteiler wäre überflüssig. Sie könnte sich in eine Art privatärztliche Abrechnungsstelle umwandeln.

● **Wenn es um Leistungen geht, ist der geizige Versicherte großzügig**  
„Wo bleibt da die Solidarität der Krankenversicherung?“, fragen die Befürworter des Sachleistungsprinzips. Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung sitzen hier in einem Boot. Beide sind strikte Gegner der Kostenerstattung – schon aus reinem Selbsterhaltungstrieb. Sie

wollen den Patienten weiter durch das System lotsen (zu dessen Wohl, versteht sich) – und möchten das Geld verteilen. Bei der Sachleistung, so betonen sie, müsse kein Patient in Vorlage treten, auch wenn die Kosten seiner Behandlung noch so hoch seien. Soziale Not trete nicht auf. Der Patient werde zwar bevormundet, dürfe sich aber sicher und geborgen fühlen – solange das Geld im System reicht. Auch den Ökonomen behagt die Sachleistung, da nur hier der heiß geliebte Gedanke des Budgets umgesetzt werden kann – im Interesse der Kalkulationssicherheit. Und Sozialpolitiker fürchten bei der Kostenerstattung um ihre politische Basis: Nur bei der Sachleistung können sie in der Öffentlichkeit verkünden, dass die Patienten die Gesundheit quasi zum Nulltarif bekommen.

Im Klartext: Kostenerstattung ist Freiheit für den Patienten und Wettbewerb für die Ärzte, mit der Gefahr der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft in der Gesundheitsversorgung. Sachleistung ist Umverteilung von Finanzmitteln nach dem Solidarprinzip, führt aber zu erheblicher Intransparenz und der Gefahr, dass der Versicherte mit den Gesundheitsleistungen zu verschwenderisch umgeht – erhält er diese Güter doch scheinbar kostenlos. Bei den Beiträ-



gen ist der Versicherte geizig, beim Abrufen von Leistungen großzügig.

● **Die Kontroverse – eine Luftnummer**

Bei der Kostenerstattung ist das Problem die fehlende soziale Abfederung, bei dem Sachleistungsprinzip die Verschwendung von Leistungen durch Versicherte. Die Vor- und Nachteile der beiden Honorarsysteme liegen somit auf der Hand. Es gibt auch hier keinen Königsweg. Das Argument, dass man die Sachleistun-

gen bevorzugen müsse, weil die Patienten bei der Kostenerstattung die Rechnung ohnehin nicht bezahlen, gehört in die Mottenkiste. Das Sachleistungsprinzip ist auch kein Garant für angemessene und sichere Honorierung – siehe die Punktwertwährung in der Kassenärztlichen Vereinigung und den neuen EBM. Aber wohin soll die Diskussion überhaupt führen?

Totalausstieg aus der Kassenärztlichen Vereinigung beantwortet, der von manchen Verbänden gefordert wird. Unter diesen gesellschaftlichen Bedingungen würde dies schon an Harakiri grenzen.

Hier gibt es nur kleine Schritte. Warum eröffnet man nicht die reale Möglichkeit der Kostenerstattung im GKV-System, indem man bewusst Anreize für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen schafft? Warum überlegt man nicht, welche Leistungen oder Fachgruppen mit der Alternative Kostenerstattung arbeiten könnten, ohne dass es soziale Verwerfungen gibt? Dies dürfte für Fachärzte leichter möglich sein als für Hausärzte, deren Vergütung zunehmend pauschaliert und vom Inhalt eher unklar definiert ist.

● **Die Alternative: Ein Modellversuch**

In der heutigen Zeit kann man das Sachleistungsprinzip nicht aufgeben, aber ein ehrlich gemeinter Modellversuch der Kostenerstattung würde auch unserem Sozialsystem gut anstehen.

Über einen klugen Teilausstieg – kontrolliert und mit Augenmaß, versteht sich –, zum Beispiel bei genehmigungspflichtigen Leistungen, sollte diskutiert werden. Dies würde bedeuten, dass der einzelne Arzt Teile seiner Leistung als Kostenerstattung anbietet, ohne das Sachleistungsprinzip und seinen KV-Sitz aufzugeben. Er würde nur seinen Leistungsinhalt zur Disposition stellen. Eine solche Selbstbeschränkung des GKV-Leistungskatalogs durch den Vertragsarzt hätte durchaus ihren Reiz ...

HFS

## 1. Deutscher Internistentag

# Berufspolitik und Fortbildung pur

Zu Beginn eines jeden Jahres tragen diejenigen, die noch keinen elektronischen Kalender besitzen, die Termine des neuen Jahres in ihren Kalender ein. Ein Datum sollten Sie sich dabei gleich rot anstreichen: den 25. bis 27. Oktober 2007. An diesen drei Tagen – von Donnerstag bis Samstag – wird in Berlin der 1. Deutsche Internistentag stattfinden.

Schwerpunkt des Internistentags wird die Berufspolitik sein. Hier erwartet Sie ein breites Themenspektrum. „Der Deutsche Internistentag hat ein sehr innovatives Veranstaltungskonzept“, berichtet BDI-Geschäftsführer Helge Rühl, „Die Auseinandersetzung mit gesundheits- und berufspolitischen Themen, die Patientenversorgung sowie rechtliche und wirtschaftliche Fragestellungen und Möglichkeiten kennzeichnen die Premiere dieses Deutschen Internistentags.“ Vom Vertragsarztrechtänderungsgesetz über IGeL-Leistungen und Medizinische Versorgungszentren bis hin zur integrierten Versorgung – der Internistentag Ihres Berufsverbandes wird

Sie praxisnah und verständlich über alle aktuellen Themen informieren.

● **Praxistaugliche Fortbildungen**  
Aber auch Kurse und medizinische Fachvorträge werden in Berlin nicht zu kurz kommen. Dem Wiesbadener Internistenkongress der DGIM will der BDI damit keine Konkurrenz machen. Denn während in Wiesbaden hauptsächlich Wissenschaft und Forschung im Vordergrund stehen, wird beim Internistentag des BDI eher an den praktischen Alltag der Ärztinnen und Ärzte gedacht: In den Vorträgen wird Aktuelles zu Diagnose und Therapie wichtiger Erkrankungen des jeweiligen Teilgebiets der Inneren Medizin referiert. Besonderes



Augenmerk wird dabei auf alle Informationen gelegt, die für die Ärztin oder den Arzt im täglichen Handeln wichtig sind. Die Kurse sollen den Besucher des Internistentages an neue Methoden heranführen oder altes Wissen auffrischen.

● **Rekordverdächtig**

Bislang erzielte nur der Veranstaltungsort des Internistentags einen Rekord: Das Estrel Berlin ist das größte Hotel Deutschlands. Wer sich rechtzeitig für den neuen Kongress anmeldet, wird auch eines der 1.125 Zimmer reservieren können. Der Internistentag wird einige Etagen tiefer im Estrel Convention Center mit seinen 15.000 qm Tagungs- und Veranstaltungsfläche stattfinden. Der BDI rechnet derzeit mit etwa 1.000 Teilnehmern aus ganz Deutschland. Wer in den Gremien des BDI aktiv ist, braucht übrigens nicht ein zweites Mal nach Berlin zu reisen: Am Freitag und Samstag treffen sich während des Deutschen Internistentags auch

Präsidium, Vorstand, Landesgruppen und Sektionen des BDI.

● **Weitere Informationen**

Noch stehen das Programm und die Anmeldemodalitäten für den Kongress nicht im Detail fest. Aktuelle Informationen erhalten Sie auf der Internetseite des Internistentags ([www.deutscherinternistentag.de](http://www.deutscherinternistentag.de)). Selbstverständlich wird auch BDI aktuell regelmäßig über die Veranstaltungen des Internistentags berichten. Eines steht jedoch jetzt schon fest: Der 1. Deutsche Internistentag – und natürlich die Stadt Berlin – sind auf jeden Fall einen Besuch wert!

SC