

Editorial

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Der 20. April 1882 ist der Gründungstag der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin; in diesem Jahr feiert sie ihr 125-jähriges Jubiläum.

Damit ist die DGIM älter als der Deutsche Ärztetag, oberstes Organ der verfassten Ärzteschaft. Die Innere Medizin war und ist die „Mutter“ der konservativen Medizin. Aus ihr haben sich Gebiete abgespalten und in ihr neue gebildet. Die Innere Medizin hat so die Entwicklung der

gesamten Medizin beeinflusst und sie damit maßgeblich gestaltet. Sie kann stolz auf das Erreichte zurückblicken.

Die Verpflichtung zu Forschung und Wissenschaft mit dem Ziel, dem kranken Menschen zu dienen und die Mahnung, die Einheit der Inneren Medizin für die Behandlung der Patienten zu erhalten, sind unverändert zentrale Maximen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Der Berufsverband Deutscher Internisten BDI e.V. wird im Jahre 2009 seinen 50. Geburtstag feiern können. Er entstand 1959 als berufspolitische Interessenvertretung aller Internisten in Klinik und Praxis aus der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin heraus, die satzungsgemäß vorrangig der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Inneren Medizin verpflichtet war und ist. Diese berufspolitische Vertretung ist und bleibt Aufgabe und zugleich Programm des BDI.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Der rasche gesellschaftliche Wandel, der sich im 21. Jahrhundert noch beschleunigen wird, wird auch eine Neuorientierung unserer beiden internistischen Gesellschaften erfordern. Die Bereiche Wissenschaft und (Berufs-)Politik lassen sich heute nicht mehr wie früher trennen. Beide müssen sich der gesundheits- und gesellschaftspolitischen Situation

stellen und unterliegen den gleichen gesamtpolitischen Rahmenbedingungen.

DGIM und BDI nehmen das 125. Jubiläum zum Anlass, die zukünftige Zusammenarbeit noch enger aufeinander abzustimmen mit dem Ziel, neue Erkenntnisse bei Diagnose und Therapie innerer Erkrankungen auch unter den rapide zunehmenden ökonomischen Zwängen und den zweifellos korrekturbedürftigen Arbeitsbedingungen der in Deutschland arbeitenden Internistinnen und Internisten unseren Patienten weiterhin zukommen zu lassen.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Baustelle Gesundheitswesen (Folge 3): Ärztliche Vergütung (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Nullsummenspiel

● Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Mit welchen Vorgaben haben wir zu rechnen? Ab 1. Januar 2009 wird es im § 85a eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geben. Es wird eine regionale Euro-Gebührenordnung für die einzelnen KV-Bezirke mit einheitlichen und festen Preisen für die ärztlichen Leistungen geschaffen. Diese Punktwerte richten sich aber wieder nach einer Gesamtvergütung – und sind damit grundsätzlich nicht betriebswirtschaftlich orientiert. Am 31. Oktober eines jeweiligen Honorarjahres muss über die Morbiditätsorientierung zwischen Krankenkassen und zuständigen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütung morbiditätsorientiert vereinbart werden. Die Politik und der Gesetzgeber haben die Hoffnung, dass bis zu diesem Zeitpunkt ein Morbiditätsindex erarbeitet ist, der diese Verhandlungen überhaupt erst möglich macht. Der Bewertungsausschuss bestimmt ein Verfahren dieses morbiditätsorientierten Leistungsbedarfs, den dann die Krankenkassen auch vollständig vergüten müssen.

● Wieder Vergütung über Regelleistungsvolumina

Zweiter wichtiger Punkt ist der § 85b, der die ärztliche Vergütung wieder über die Regelleistungsvolumina definiert. Über die Gesamtvergütung wird der einzelne Arzt von der KV über dieses System bezahlt. Die Preise werden dementsprechend bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens abgestaffelt. Sollte es zu einer Steigerung der Morbidität kommen, muss dieses Regelleistungsvolumen erhöht werden. All dies hat der Bewertungsausschuss erstmalig am

31. August 2008 in der Ausführung zu beschließen.

Weitere Punkte sind die §§ 87 Abs. 2, 2a-2d. Hier wird die Reform des EBM zum 31. Oktober 2007 abgehandelt. Die Abschaffung der Bewertung ärztlicher Leistungen hat auf betriebswirtschaftlicher Basis stattzufinden. Diese Vorgabe muss man sich genau in ihrer Konsequenz in Beziehung zur Gesamtvergütung und zu den Regelleistungsvolumina überlegen. Die Einführung oder Beibehaltung der Gesamtvergütung entspricht der seitherigen Budgetierung. Wird ein Punktwert festgesetzt, der nicht abgestaffelt im Regelleistungsvolumen abgesichert ist, und wird die Abstufung betriebswirtschaftlich begründet, so bleibt als einzige Variable das Regelleistungsvolumen. Kommt es zu einer Leistungsvermehrung mit mehr Leistungen, die betriebswirtschaftlich abgestaffelt berechnet, aber dennoch vergütet werden, so besteht die Gefahr, dass die Definition des Regelleistungsvolumens mehr nach finanziellen Möglichkeiten der Gesamtvergütung als nach der vom Gesetzgeber angedachten Morbidität bestimmt wird. Hier besteht ein nicht auflösbarer Widerspruch in den Vorgaben des Gesetzgebers.

Dieser möchte im Übrigen die hausärztlichen Leistungen als Versichertenpauschale abbilden. Ansonsten fordert er Einzelleistungsvergütung und Leistungskomplexe bei besonders förderungswürdigen Leistungen. Im fachärztlichen Bereich gibt es diagnosebezogene Fallpauschalen. Hier entsteht der Eindruck, dass man sich an den DRGs orientieren will. Für die Krankenkassen besonders interessant ist die Festlegung der bundesweiten Orientierungswerte, die im § 87 Abs. 2, 2e-2h geregelt ist.

Zur Beruhigung der Krankenkassen ist dort vermerkt, dass eine kostenneutrale Ermittlung des bundeseinheitlichen Punktwertes aus dem auf 2009 hochgerechneten Abrechnungsergebnis 2008 zu erfolgen hat.

● Im Klartext: Keine Spur von Morbiditätsbezug!

Über allem steht weiter das Budget, das sich aus den vorangegangenen Ausgaben definiert. Von Morbiditätsbezug und betriebswirtschaftlicher Betrachtung keine Spur. Um noch eins draufzusetzen wird auch noch mal die sattsam bekannte Beitragsstabilität beschworen, die von den Krankenkassen bei Honorarverhandlungen ohnehin gebetsmühlenartig eingebracht wird, um berechnete Honorarforderungen der Vertragsärzte zu unterbinden. Es hat sich also somit am System durch das WSG nichts geändert. Die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung ist festgeschrieben. Die Kassenärztliche Vereinigung wird aufgrund der gesetzlichen Bedingungen gezwungen sein, den Mangel zu Lasten ihrer Mitglieder zu verwalten.

HFS

Nachruf

Nach langer und schwerer Krankheit verstarb Dr. med. Hartwig Holzgartner am 12. Februar 2007 wenige Wochen vor seinem 80. Geburtstag.

Hartwig Holzgartner war von 1977 bis 1993 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. / Landesgruppe Bayern im BDI e.V. und baute während dieser Zeit die Strukturen für zentrale und regionale Fortbildungsveranstaltungen zu aktuellen internistischen Themen weiter aus. Ebenso vertrat er mit nachhaltigem Engagement die spezifisch-internistischen und gesamtärztlichen Belange in den ärztlichen Körperschaften und in der Öffentlichkeit. Gründung und Ausbau des bis heute breit anerkannten internistischen Fachorgans der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V., der Zeitschrift „Der Bayerische Internist“, war ihm ein besonders wichtiges Anliegen. Gleichfalls war es für Hartwig Holzgartner eine selbstverständliche Verpflichtung, nach der Grenzöffnung schon 1990 Verbindungen zu der Ärzteschaft in Tschechien aufzunehmen und gemeinsame Veranstaltungen und Projekte zu planen und umzusetzen.



Dr. med. Hartwig Holzgartner

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und das Goldene Ehrenzeichen der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. sind Ausdruck seiner Anerkennung. Auch in den Jahren seiner schweren Krankheit zeigte Hartwig Holzgartner Vertrauen, Lebensmut und Disziplin. Bis zuletzt nahm er regen Anteil an unserem Verband und war bei anstehenden Entscheidungen stets präsent. Am 16. Februar nahmen wir Abschied auf dem Friedhof München-Oberföhring. Unsere Anteilnahme gilt seiner Gattin und seiner Familie. Unvergessen wird Kollege Hartwig Holzgartner einen festen Platz in der Geschichte unseres Verbandes einnehmen.

Dr. med. Wolf von Römer,
Dr. med. Hartwig Stöckle

Personalia

Geburtstage

Am 11. März 2007 konnte Herr Dr. med. **Volker Aldinger**, Hassloch/Pfalz, langjähriger Vorsitzender der ehemaligen Landesgruppe Pfalz im BDI e.V., seinen 65. Geburtstag feiern.

Ebenfalls sein 65. Lebensjahr vollendete am 19. März 2007 Herr Dr. med. **Wolf-Dieter Kirsten**, Hannover, ehemaliger Vorsitzender der Landesgruppe Hannover und langjähriges Vorstandsmitglied und 1. Vizepräsident des BDI e.V.

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

Zeitplan der Reform (Fortsetzung von Seite 1)

Was bringt die Gesundheitsreform?

● Reaktion der Beteiligten im Gesundheitswesen

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler betonte, dass die KBV nach wie vor alle Elemente der Reform ablehne, die zu Zentralismus, Staatsmedizin und staatlicher Beeinflussung des Patienten-Arzt-Verhältnisses führen. Bei aller Kritik sähe er aber auch Chancen, die die KBV im Interesse der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nutzen wolle. Dazu gehöre die Möglichkeit, die Bindung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsomme zu lösen. Zwar werde die Budgetierung nicht vollständig aufgehoben und die finanzielle Unterdeckung ärztlicher Leistungen aus der Vergangenheit nicht behoben, aber aus dem Budgetdeckel sei ein Budgetsieb geworden. Damit sei die Chance groß, dass die Ärzte ab 2009 ein besseres Honorar für ihre Leistungen erwarten können. Hinzu komme, dass das Mor-

biditätsrisiko auf die Krankenkassen übergehen werde. Bewegung habe es auch beim § 73b SGB V gegeben, also den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Hier sollen KBV und KVen künftig als Vertragspartner tätig werden können, sofern eine hausärztliche Gruppe ihnen ein entsprechendes Mandat erteilt.

Der AOK-Bundesverband kündigte an, die Möglichkeiten der Reform nutzen zu wollen. AOK-Vorstandschef Hans Jürgen Ahrens versicherte, dass seine Kasse das Gesetz umsetzen werde. Der PKV-Verband kündigte eine Prüfung der materiellen Auswirkungen und juristischen Konsequenzen des Reformgesetzes an. Der Basistarif und die Portabilität der Altersrückstellungen greifen in geltende Versicherungsverträge ein und werden zu deutlichen Beitragssatzsteigerungen führen. Dass Steuermittel ausschließlich für GKV-Versicherte eingesetzt werden,

verstößt nach PKV-Ansicht eindeutig gegen das Grundgesetz.

Ein Hauptkritikpunkt der Reformgegner ist, dass die Beitragssätze steigen. Dabei hatten Union und SPD im Koalitionsvertrag vereinbart, die Sätze „mindestens stabil zu halten und möglichst zu senken“. Schon zu Jahresbeginn haben aber viele Kassen erhöht – im Schnitt um 0,6 Prozentpunkte. Das Entkoppeln von Beiträgen und Arbeitskosten wird durch die Gesundheitsreform nicht erreicht. Auch der Gesundheitsfonds stößt auf breite Ablehnung. Er bürokratisiere und verteuere das bestehende System und löse die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Kassen nicht. Kritiker bemängeln, dass die privaten Kassen nicht in den Fonds einzahlen. Gewerkschaften beklagen, dass Arbeitnehmer das Risiko von Kostensteigerungen tragen, weil sie mögliche Zusatzbeiträge alleine zahlen müssten.

KS

Die Reformpunkte im Einzelnen:

Nichtversicherte sollen vom 1. April 2007 an in die gesetzlichen Kassen zurückkehren können. Ab Juli 2007 bis zum Start des Basistarifs 2009 wird der bestehende Standardtarif der privaten Krankenversicherung für alle Menschen ohne Versicherungsschutz geöffnet. Danach gilt eine Versicherungspflicht.

Im Basistarif gibt es weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse. Der Beitrag zum Basistarif darf den GKV-Höchstbeitrag nicht übersteigen. Personen, die sich den Basistarif nicht leisten können, sollen Zuschüsse erhalten.

Ärzte sind verpflichtet, Patienten mit Basistarif zu behandeln und hierfür den 1,8-fachen Satz der GOÄ in Rechnung zu stellen. Den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der Basistarif-Versicherten erhält die Kassenärztliche Vereinigung.

● Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden auf Bundesebene in einen einzigen Spitzenverband überführt, der bundesweite Verträge aushandelt und im Gemeinsamen Bundesausschuss die Interessen der Kassen vertreten soll. Auf Landesebene bleibt indessen alles weitgehend wie bisher.

● Arzneimittel

Für jedes auf Rezept verkaufte Arzneimittel bekommen die Apotheker zusätzlich zu diesem Preis auch weiterhin einen Festzuschlag. Die vom Höchstzuschlag erhofften Einsparungen wurden durch die Erhöhung des Kassenrabatts von 2 auf 2,30 Euro, den die Apotheker der gesetzlichen Krankenkasse pro Arzneimittel zahlen, kompensiert. Die ursprünglich

geplante Regelung, wonach sich Apotheker an Rabattverträgen beteiligen, entfällt.

Einen Erstattungshöchstbetrag gibt es nur für Arzneimittel mit therapeutischen Alternativen, bei denen eine Kosten-Nutzen-Bewertung negativ ausgefallen ist.

Vor Verordnung von Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten muss künftig ein zweiter Arzt zustimmen. Künftig wird die Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch eine gesundheitsökonomische Evaluation nach internationalen Standards ergänzt.

● Steuermittel

Der Bundeszuschuss für die gesetzlichen Kassen liegt 2007 und 2008 jeweils bei 2,5 und 2009 bei 4 Milliarden Euro. Anschließend soll der Betrag jährlich um weitere 1,5 bis auf 14 Milliarden Euro steigen. Nicht geklärt ist die Finanzierung. In dieser Legislaturperiode sollen die Kosten aus dem Bundeshaushalt beglichen werden. Wie es danach weitergeht, ist offen.

● Zuzahlung

Die Zuzahlungsregeln bleiben gleich. Neu ist, dass bereits chronisch kranke Menschen und diejenigen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre und älter sind, nur dann in den Genuss einer reduzierten Zuzahlung von 1% ihres Bruttoeinkommens kommen, wenn ihr Arzt ihnen therapiegerechtes Verhalten bescheinigt. Jüngere Menschen müssen ähnlich wie bei der zahnmedizinischen Versorgung ein Vorsorgeheft führen, um später, wenn sie chronisch erkranken, weniger zahlen zu müssen. Wie diese Regel genau definiert wird, muss der Bundesausschuss bestimmen.

● Leistungskatalog der GKV

Der Leistungskatalog der GKV wird in einzelnen Punkten erweitert. Versi-

cherte sollen zukünftig am Lebensende einen Anspruch auf „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ erhalten. Versicherte sollen möglichst bis zum Tode zu Hause betreut werden können. Ferner werden die Krankenkassen dazu verpflichtet, geriatrische Rehabilitation zu bezahlen.

Die von der Impfkommision (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen werden zu Pflichtleistungen.

Auch für Patienten in betreuten Wohnformen und in Einzelfällen in Heimen soll häusliche Krankenpflege verordnungsfähig sein. Auch Krankenhausärzte sollen diese Verordnungen ausstellen dürfen.

Mütter-/Väter-Kind-Kuren werden Pflichtleistung der GKV.

Die Behandlung von Patienten, die nach einer Schönheitsoperation erkranken, soll nicht mehr auf Kassenkosten erfolgen. Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen (Naturheilmittel) können zukünftig von Krankenkassen als Satzungsleistung bezahlt werden.

Zum Reformstart am 1. April werden zunächst die Leistungen der Kassen bei Impfungen und Eltern-Kind-Kuren ausgeweitet. Für Selbstständige, die wenig verdienen, soll der Beitragssatz von 250 auf 170 Euro sinken.

● **Gemeinsamer Bundesausschuss**
Ursprünglich war im Entwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) vorgesehen, die entscheidungsberechtigten Bänke mit drei hauptamtlich tätigen Mitgliedern aus KBV- und DKG-Reihen und mit drei aus den Reihen des geplanten Spitzenverbands Bund zu besetzen. Ehrenamtlich sollten dagegen die Patientenvertreter sowie die unparteiischen G-BA-Mitglieder bleiben. Der Protest des G-BA-Vorsitzenden Dr. Rainer Hess hat

Zeitplan zur Honorarreform

2007

bis 30. April 2007: Gründung des Instituts durch Bewertungsausschuss inklusive Geschäfts- und Verfahrensordnung, Errichtung der ggf. erforderlichen Datenstellen.

Feststellung des Bewertungsausschusses zur Arbeitsfähigkeit des Instituts und zur Aufteilung von Aufgaben zwischen dem Institut der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen für die Übergangsphase (bis 31.10.2008).

bis 31. Oktober 2007: Beschluss des Bewertungsausschusses zum neuen EBM.

2008

spätestens zum 1. Januar 2008: Inkrafttreten des neuen EBM.

bis 1. Juni 2008: Lieferung der vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens vier Kalendervierteljahre umfassen, an den Bewertungsausschuss (Daten für den Beschluss des BWA zum Orientierungswert im Regelfall).

bis 31. August 2008: Beschluss des Bewertungsausschusses

- zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs,
- zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes für den Punktwert im Regelfall sowie der Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur,
- zur Berechnung der erstmaligen Leistungsmenge für die regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen,
- zur Berechnungsformel für die erstmaligen arztbezogenen Regelleistungsvolumina und zu den Abstufungsregelungen sowie
- zu Art, Umfang, Verfahren und Zeitpunkt der Datenübermittlung der Krankenkassen für die Beteiligten auf regionaler Ebene für die erstmaligen arztbezogenen Regelleistungsvolumina.

bis 31. Oktober 2008: Beschluss des Bewertungsausschusses zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit im EBM. KVen übermitteln den Landesverbänden der Krankenkassen die für die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen erforderlichen vorliegenden aktuellen Abrechnungsdaten, die mindestens die letzten vier Kalendervierteljahre umfassen.

spätestens ab 1. November 2008: volle Wahrnehmung der Aufgaben durch das Institut.

bis 15. November 2008: erstmalige Vereinbarung der regionalen Vertragspartner über

- regionale Punktwerte für den Regelfall,
- regionale Euro-Gebührenordnungen,
- morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen sowie über
- die regionalen Berechnungsregeln zu den Regelleistungsvolumina.

bis 30. November 2008: Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Ärzte

2009

ab 1. Januar 2009: Vergütung der Ärzte nach dem neuen Vergütungssystem.

2010

ab 1. Januar 2010: erstmalige Preissteuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisreize.

2011

zum 1. Januar 2011: Inkrafttreten des EBM mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen

2012

bis 31. März 2012: Bericht des Bewertungsausschusses über Steuerungswirkungen der Preisdifferenzierung auf Niederlassungsverhalten der Ärzte. KS

jedoch für Korrekturen gesorgt.

Im G-BA werden nur der Ausschussvorsitzende und seine beiden unparteiischen Stellvertreter hauptberuflich tätig sein. Im Ausschuss sind der Spitzenverband der Krankenkassen und die Leistungserbringer mit jeweils fünf Stimmen vertreten. Die Vertragsärzte (KBV) und die Krankenhausgesellschaft (DKG) delegieren jeweils zwei und die Zahnärzte (KZBV) einen Vertreter. Die Arbeitsweise der Unterausschüsse, die von derzeit 27 auf neun reduziert werden, ist neu geregelt: Die Leitung soll nun entweder den beiden Unparteiischen oder den G-BA-Vorsitzenden obliegen.

Die Zusammensetzung der Leistungserbringerbank soll zukünftig fest geregelt sein. Auch bei Themen, die nichts

mit Krankenhäusern oder Zahnärzten zu tun haben, müssen deren Vertreter also mit beraten. Künftig wird es nur noch eine sektorübergreifende Beschlusskammer geben. Stimmen die Mitglieder beispielsweise über vertragsärztliche Angelegenheiten ab, sind nicht länger nur Vertreter der KBV bei der Abstimmung anwesend, sondern alle 13 stimmberechtigten Vertreter der Bänke. Außerdem verbessert sich die Besoldung der Unparteiischen. Erhielten sie Hess zufolge bislang etwa 1000 Euro monatlich als „Aufwandsentschädigung“, wird der „erhöhte Arbeitsaufwand“ sich künftig an Gehältern orientieren, die denen von Kassen- oder KBV-Vorständen ähneln.

KS