

Editorial

Nach dem Inkrafttreten des GKV-WSG zum 1. April 2007 ...

... kommen erhebliche Veränderungen auf uns Internisten zu. Zum 1.1.2008 soll nun schon wieder ein neuer EBM in Kraft treten. Nach einer Phase der Parallelabrechnung sollen dann die Vertragsärzte ab 1.1.2009 nach dem neuen Vergütungssystem bezahlt werden. Der äußerst knappe Zeitplan und die Umsetzung des ausführlichen Gesetzestextes und der umfangreichen Gesetzesregelungen zur ambulanten Honorierung mit den vielfältigen Problemen lassen nichts Gutes ahnen. Die Halbwertszeit unserer Gebührenordnung wird immer kürzer, mehr Geld kommt nicht hinzu. Erinnern wir uns an die jahrelange Diskussion um den EBM 2000. Von Richter-Reichhelm, dem

damaligen KBV-Vorsitzenden und seinem Vorstand auf den Weg gebracht, sollte er als „politischer EBM“ die finanzielle Unterversorgung des ambulanten Bereiches manifestieren. Was Experten schon vorher wussten, konnte eindrucksvoll bestätigt werden. Bei einem betriebswirtschaftlich notwendig zugrunde gelegten Punktwert von 5,11 Cent beträgt die finanzielle Unterdeckung inzwischen 7,9 Mrd. Euro! Bei kontinuierlich steigenden Kosten und einer Inflationsrate von fast 2 % jährlich sinkt das ärztliche Honorar rapide weiter. Das ursprünglich als Maßstab angepeilte Oberarztgehalt nach BAT ist so oder so in weite Ferne gerückt, da auch der stationäre Bereich mit 30 % unterfinanziert ist. Mit dem dann in 2005 in Kraft getretenen EBM 2000 plus sind dann neue

Probleme und Verwerfungen entstanden. Besonders eklatant sind die politisch gewollte Minderbewertung des internistischen Basiskomplexes für Internisten ohne Schwerpunkt und die Fehlberechnung des kardiologischen Basiskomplexes. Dies nur als Beispiel. Die unablässig wiederholte Behauptung von Ulla Schmidt, Prof. Lauterbach und anderen politischen „Experten“, es sei genug Geld vorhanden, es müsse nur richtig verteilt werden, kann nicht mehr nur als Notlüge abgetan werden. Um es klar zu sagen: es muss mehr Geld ins System. Das weiß auch die Ministerin. Deshalb stellt sie eine neue „Eurovergütung“ auch immer so dar, als gäbe es damit mehr oder echtes Geld.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Wen wundert es? Schon wieder eine Mogelpackung. Auch der jetzt geplante EBM 2008 wird scheitern. Vielleicht schon am engen Zeitplan, vielleicht an der Verweigerungshaltung der Kassen, sicher aber an der inzwischen dramatischen Unterfinanzierung. Ohne zusätzliche Mittel wird es – wie bisher – neue und erhebliche Verwerfungen durch den EBM 2008 geben. Denn unabhängig von einer neuen Gebührenordnung wird es durch den geplanten Gesundheitsfonds völlig veränderte Finanzströme bei den Kassen geben. Die veränderte Verteilung der Finanzvolumina auf die einzelnen

kassenärztlichen Vereinigungen werden auch Veränderungen im Honorar bei gleich bleibenden Leistungen mit sich bringen, deren Höhe gar nicht überschätzt werden kann.

Diese Honorarreform kann so nicht gelingen. Ihre Folgen werden ohne zusätzliches Geld dramatisch sein. Für die Akzeptanz bei den Vertragsärzten und die Zukunftsfähigkeit des KV-Systems könnte dies die entscheidende Nagelprobe werden. Als „Erfüllungsgehilfe“ der Politik gebrandmarkt und mit den Folgen eines „EBM 2008-Desasters“ von der Politik allein gelassen, wird das KV-System in Deutschland nicht überlebensfähig sein. Umso wichtiger wird die Rolle Ihres Berufsverbandes werden. Gemeinsam sind wir stark, gemeinsam gehört uns die Zukunft. Arbeiten und gestalten Sie aktiv unsere Berufspolitik mit.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Baustelle Gesundheitswesen (Teil 4): Ein neues Krankenhausgesetz ante portas (Fortsetzung von Seite 1)

Nach der Reform ist vor der Reform

● Krankenhäuser am goldenen Zügel

In den DRGs sind Investitionskosten nicht enthalten. Für diesen Teil der dualen Finanzierung ist das jeweilige Bundesland zuständig. Es regelt den Krankenhausplan und teilt die Gelder für Investitionen zu. Dies gilt im Übrigen für alle Träger, also auch für Krankenhauskonzerne, die natürlich auf diese Fördergelder ebenfalls nicht verzichten wollen. Man spricht hier zu Recht vom goldenen Zügel, über den die Landesregierungen die Krankenhauslandschaft beeinflussen. Wie landauf, landab beklagt wird, reichen aber die Finanzmittel nicht aus den von den Krankenhäusern beantragten Investitionsbedarf zu decken. Es entsteht ein Investitionsstau, der angeblich in die Milliarden geht.

● Abschaffung der dualen Finanzierung

Das Bundesgesundheitsministerium will die duale Finanzierung abschaffen. Es wird spannend sein, wie man das regeln wird. Werden die DRGs der Zukunft um die Investitionsanteile bei den Leistungen erhöht? Wo nehmen die Krankenkassen das zusätzliche Geld her? Sind die Länder bereit,

Steuermittel dafür zur Verfügung zu stellen, und bleibt es bei der oft beklagten Unterfinanzierung der Investitionen?

Konsequent umgesetzt würde eine Abschaffung der dualen Finanzierung den Einfluss der Krankenkassen auf das Krankenhauswesen massiv verstärken. Für die Länder bliebe nur noch die Aufgabe über den Krankenhausbedarfsplan diejenigen Krankenhäuser zu bestimmen, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden Verträge zu schließen. Der endgültige Gau wäre die Vertragsfreiheit der Krankenkassen und die Abschaffung des Krankenhausplans.

Es gilt zurzeit als sicher, dass die Länder nicht bereit sind, ihre seitherige Zuständigkeit gänzlich aufzugeben, auch wenn sie froh sein dürften, die Finanzlast auf die Krankerversicherung abwälzen zu können. Die Lösung dieses Problems ähnelt der Quadratur des Kreises.

● Zwei-Säulen-Modell

Die ersten Folgen der geplanten Gesetzgebung sind schon bei der Abwicklung des Belegarztsystems erkennbar: Im Koalitionsvertrag steht zwar, dass die DRG in Zukunft auch die belegärztliche Vergütung beinhalten soll und die KVen ihren Sicherstellungsauftrag für die belegärztliche Versorgung verlieren werden. Diese politische Vorgabe ist seither weder in das Wettbewerbsstärkungsgesetz noch in das VÄndG aufgenommen worden, um nicht eine

Lösung im geplanten Krankenhausgesetz vorwegzunehmen. Man will sozusagen eine Neuordnung aus einem Guss.

Begonnen haben die Verhandlungen über das Krankenhausgesetz auf der Länderebene. Hier sind die ersten Ergebnisse nach außen gedrungen. Man spricht von einem sogenannten Zwei-Säulen-Modell. Die erste Säule ist weiter kollektivvertraglich ausgerichtet und entspricht weitgehend der derzeitigen Situation. Bei der zweiten Säule handelt es sich um Einzelverträge, die zwischen einzelnen Krankenkassen und den Krankenhäusern abgeschlossen werden können.

Diese Vorgabe ist aus verschiedenen Gesichtspunkten interessant, zeigt sie doch, dass man offensichtlich weiter mit dem Gedanken der Budgetierung spielt, auch wenn die DRGs nach 2009 freigegeben sind. Denn man hat festgelegt, dass die Einzelverträge, die mit Krankenhäusern geschlossen werden können, zu einer Bereinigung der Budgets führen müssen.

● Eine neue Baustelle für das Gesundheitswesen

Die Länder, die sich in dieser Form in die Diskussion eingebracht haben, legen weiterhin großen Wert darauf, dass die duale Finanzierung nicht ad hoc abgeschafft wird. Sie wollen eine entsprechende Übergangszeit. So scheint man sich vorzustellen, dass das System der dualen Finanzierung bei der ersten Säule kollektivvertraglicher Regelungen weiter besteht und dass man Zuschläge zu den Vergü-

lungsregelungen bezahlt, die über freie Verträge abgewickelt werden, damit hier die Investitionskosten geregelt sind.

Man befindet sich hier natürlich am Anfang der Diskussion, sodass hier weiter sehr viele Fragen offen sind. Eins ist nach der ersten Diskussion sicher: Die Länder werden ihren Sicherstellungsauftrag bei der krankenhausärztlichen Versorgung nicht ohne Weiteres aufgeben. Sie werden weiter als Regulierungsbehörde bei der Krankenhausplanung agieren wollen, gleichgültig, welche Vertragsgestaltungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern möglich sind.

Der Zwei-Säulen-Plan erinnert stark an die politischen Vorgaben im ambulanten Bereich. Auch hier belässt man das Kollektivvertragssystem als Basisversorgung und eröffnet den Einstieg zum Ausstieg durch selektives Kontrahieren. Nichts anderes scheint man ordnungspolitisch auch beim Krankenhausgesetz vorzusehen.

Wir haben im Gesundheitswesen eine neue Baustelle – das Krankenhaus.

HFS



Bild: AOK; Montage

Personalia Geburtstage

Am 29. April 2007 vollendete Herr Dr. med. **Lothar Watrinet**, Troisdorf, langjähriges BDI-Mitglied, ehemaliger Vorsitzender der Landesgruppe Nordrhein im BDI e.V., sein 85. Lebensjahr.

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

Arbeiten mit Pauschalen aus dem Jahr 1991!

Die Crux mit den Kopfpauschalen

Walter Bockemühl, der Chef der AOK Rheinland-Pfalz, hat im Handelsblatt eine neue Diskussion über die Kopfpauschale begonnen. Er beklagt, dass sein Konkurrent, die Süd-West-IKK, nur deshalb einen niedrigeren Beitragssatz anbieten könne, weil sie an die KV mit 290 EUR eine sehr niedrige Kopfpauschale bezahlen würde, während der Schnitt der übrigen Kassen in Rheinland-Pfalz bei über 450 EUR im Jahr liege. Die Ärzte in Rheinland-Pfalz sollten deshalb auf die Versicherten Einfluss nehmen, nicht in die IKK zu wechseln, weil sonst dem Kollektivvertragssystem bis zu 150 Mio. EUR verloren ginge.

Man muss wohl nicht lange warten, bis die AOK in Rheinland-Pfalz bei der dortigen KV eine Absenkung der eigenen Pauschale bei den Honorarverhandlungen einfordern wird. Die Argumentation leuchtet sogar auf den ersten Blick ein, erhält die AOK doch das gleiche Leistungsspektrum wie die IKK, nur für mehr Geld. Aber nur auf den ersten Blick. Betrachtet man die Geschichte der Kopfpauschale, sieht die Sache nämlich anders aus. Es wird wie schon oft in der Vergangenheit versucht, über die Absenkung der Kopfpauschale das schmalbrüstige Budget der ambulanten Versorgung weiter zu reduzieren.

● **Entstehung der Kopfpauschalen**
Wie sind die Kopfpauschalen heutiger Prägung entstanden? Horst See-

hofer hat 1993 die Gesamtbudgetierung der ambulanten Versorgung eingeführt. Berechnungsgrundlage war dafür das Jahr 1991. Die Ausgaben dieses Jahres in einer Kasse für die ambulante Versorgung wurde durch die Mitgliederzahl geteilt – und damit war die Höhe der Pauschale festgelegt. Um die Steigerung der Gesundheitsausgaben für die Zukunft zu begrenzen, wurde gesetzlich festgelegt, dass die Pauschalen und damit die Gesamtvergütungen nur um den Anstieg der Grundlohnsumme erhöht werden dürften. So einfach ist das bis heute gültige Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabe- politik unserer gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ergebnis der Berechnung war damit rein zufällig. Insbesondere die

unterschiedliche Morbidität der Krankenkassenmitglieder im Jahr 1991, aber auch die Zahl der mitversicherten Familienmitglieder führte zu unterschiedlichen Ergebnissen zwischen den Einzelkassen. So wurden die unterschiedlichen Kopfpauschalen in unserer gesetzlichen Krankenversicherung geboren.

● **Tricks und Schummeleien, um die Pauschale zu senken**
Alle seit 1991 eingetretenen Entwicklungen, angefangen von der Wirtschaftskraft in den einzelnen Ländern bis hin zu Verschiebungen der Mitgliederstruktur führten zu keiner grundlegenden Korrektur der ambulanten Vergütung. Insbesondere die Ersatzkassen haben in der Vergangenheit über Jahre ver-

sucht, ihre vergleichsweise hohen Pauschalen in den Honorarverhandlungen mit der Begründung zu reduzieren, sie wüssten nicht, warum sie mehr als andere Kassen bezahlen sollten. Kluge KV-Vorsitzende haben dieses Ansinnen zurückgewiesen, indem sie die Kassen baten, bei den Krankenkassen mit niedrigerer Pauschale dafür zu sorgen, dass diese in gleichem Maße angehoben werde. Damit war die Diskussion in der Regel erledigt. Dennoch haben viele Krankenkassen trickreich Wege gefunden, ihren finanziellen Aufwand für die ambulante Versorgung zu vermindern, zum Beispiel indem sie mit einer billigen Ostkasse fusionierten oder den Kassensitz in die neuen Bundesländer verlegten. Die Kopfpauschale wurde dann neu festgesetzt, in der Regel niedriger als vorher. Besonders einfallreich waren hier die Betriebskrankenkassen. Genaue Zahlen, wie viel Geld den KVen durch diese

Trickserei verloren gegangen ist, sind nicht bekannt.

● **2007 ist nicht 1991!**
Die unterfinanzierten KV-Budgets haben heute kein Geld mehr zu verschenken. Man kann die KV-Vorstände nur auffordern, sich auf keine Diskussionen mit den Krankenkassen in dieser Frage einzulassen. Ganz im Gegenteil. Es muss eine deutliche Steigerung dieser Kopfpauschale landauf landab eingefordert werden. Die Morbidität unserer Bevölkerung, die immer älter wird, und ihre Zusammensetzung haben sich seit der Einführung dieses Abrechnungssystems entscheidend verändert. Die ambulant tätigen Vertragsärzte können mit den Vorgaben aus dem Jahr 1991 die medizinische Versorgung im Jahre 2007 nicht mehr abbilden. Wo bleibt die Forderung der KV nach einer generellen Erhöhung der Kopfpauschalen?

HFS

Der G-BA nach der Reform (Fortsetzung von Seite 1)

Straffere Struktur, zahlreiche neue Aufgaben

● **Veränderte Struktur**
Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht vor, dass der G-BA von September 2008 an mit einer veränderten Struktur arbeitet. Demnach werden alle Entscheidungen in einem einzigen sektorenübergreifend besetzten Beschlussgremium getroffen (siehe Abb. 1). Dieses setzt



Plenumsitzung des G-BA

Kassenseite sind fünf Vertreter des dann neu gebildeten Spitzenverbandes vorgesehen. Zudem beraten fünf nach wie vor nicht stimmberechtigte Patientenvertreter mit in den dann öffentlichen Sitzungen. Sämtliche Entscheidungen werden in dieser Besetzung getroffen, unabhängig davon, ob es sich um vertragsärztliche, vertragszahnärztliche, psychotherapeutische oder stationäre Versorgung handelt. Hess wird künftig hauptamtlich als unparteiischer Vorsitzender fungieren, weil das Gesetz die Hauptamtlichkeit zwingend vorschreibt; für die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder handelt es sich um eine Kann-Regelung. Zusätzlich zum Vorsitz im G-BA übernehmen die unparteiischen Mitglieder den Vorsitz in den dann ebenfalls sektorenübergreifend arbeitenden Unterausschüssen.

● **Neue Aufgaben**
Bis September 2008 hat der G-BA einige neue gesetzliche Aufgaben zu erfüllen, die vom Gesetzgeber zum Teil mit sehr knappen Fristen versehen wurden. So müssen bis zum 30. Juni 2007 erste Entscheidungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang von Schutzimpfungen getroffen werden, die künftig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden müssen. Bis zum 31. Juli 2007 soll der G-BA die sogenannte neue Chronikerregelung präzisieren. Danach müssen sich chronisch Kranke künftig therapiegerecht

verhalten, damit ihre Zuzahlungsgrenze auf 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen halbiert wird. Der G-BA muss für die Chronikerregelung die Einzelheiten festlegen.

Schließlich soll der G-BA bis zum 30. September 2007 Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bestimmen, die die GKV künftig ebenfalls erstattet. Dazu gehören die Schmerztherapie, psychosoziale Hilfen für Kranke und Angehörige sowie Sterbebegleitung.

Weitere umfangreiche Aufgaben wird der G-BA im Bereich der Arzneimittelversorgung erfüllen. Zudem wurde der G-BA durch den Gesetzgeber beauftragt, ein Institut zu errichten, das sich in Zukunft der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung annimmt.

KS



Die unparteiischen Mitglieder und die Geschäftsführung des G-BA: Dr. Erhard Effer, Prof. Dr. Norbert Schmacke, Dr. Rainer Hess, Dr. Dorothea Bronner und Dr. Wolfgang P. Fuchs (von links).

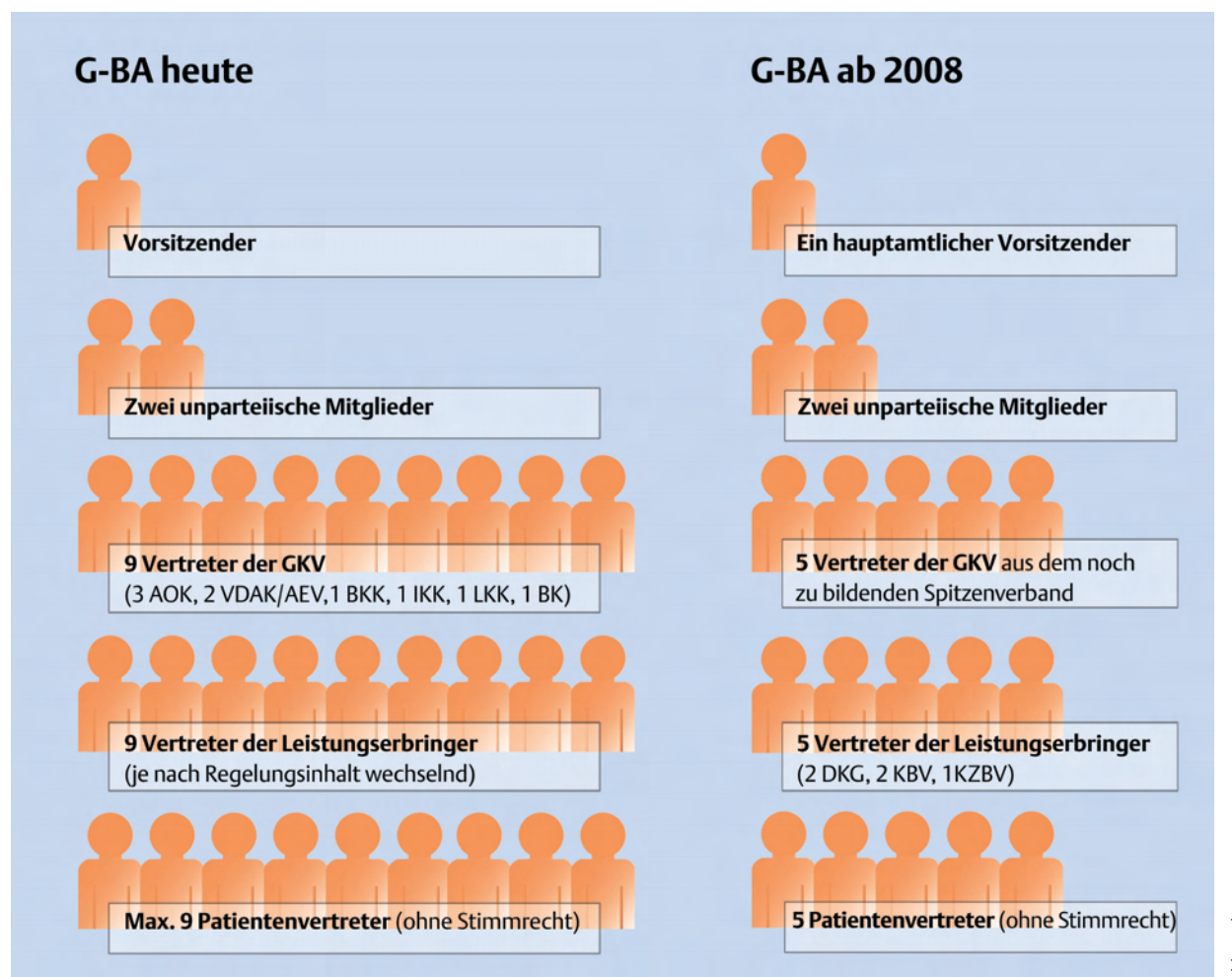


Abb. 1: Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) derzeit und ab September 2008

Bild: Andrea Hartmann