

Editorial

Die Innere Medizin hat ihre Identität als eigenständiges Fach wiedergefunden

Mit der (Wieder)Einführung des Facharztes für Innere Medizin auf dem 110. Deutschen Ärztetag in Münster hat die Innere Medizin ihre Identität und ihren Kern als eigenständiges und in sich geschlossenes Fach wieder gefunden.

Innere Medizin ist mehr als die Summe ihrer Teilgebiete und Schwerpunkte. Sie beinhaltet aber auch nicht den rein symptomorientierten Ansatz der Allgemeinmedizin.

Innere Medizin fußt auf der spezifisch internistischen Denkweise, die – ätiologisch und pathogenetisch betrachtet – vom Ein-

zelsymptom über Symptomkonstellationen zur Diagnose und Therapie schreitet und die als wesentlichen Bestandteil die Differenzialdiagnose und die daraus folgende Differenzialtherapie beinhaltet.

Durch die Ärztetagsbeschlüsse von Rostock 2002 und Köln 2003 mit der Verschmelzung zu einem gemeinsamen Gebiet Innere und Allgemeinmedizin in der (Muster-)Weiterbildungsordnung wurde die Allgemeinmedizin deutlich zu Lasten der Inneren Medizin aufgewertet, die Innere Medizin hingegen abgewertet und zerteilt.

Diese für uns existenzielle Fehlentwicklung ist mit dem Beschluss von Münster korrigiert. Das Gleichgewicht zwischen Innerer und Allgemeinmedizin ist wieder hergestellt. Allerdings muss die in Münster beschlossene M-WBO noch in allen 17 Landesärztekammern beschlossen und umgesetzt werden. Da hier in einigen Landesärztekammern mit erheblichem Widerstand der Allgemeinmediziner zu rechnen ist, werden wir diese Umsetzung auf Landeskammerebene aktiv begleiten.

Wir haben auf dem 110. Deutschen Ärztetag einen wichtigen Erfolg errungen.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Für uns ist dies Verpflichtung und Ansporn zugleich. Ihr Berufsverband ist auf dem richtigen Weg. Wir sind für Sie und Ihre berufspolitischen Interessen da; bleiben Sie uns gewogen, unterstützen Sie uns, arbeiten Sie aktiv mit!

Nur gemeinsam sind wir stark. Und nur gemeinsam werden wir auch in Zukunft so erfolgreich sein wie bisher.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Eine ausführliche Stellungnahme von Dr. Wolfgang Wesiack zur Entscheidung von Münster lesen Sie im Artikel „(Wieder)Einführung des Facharztes für Innere Medizin – Was sind die Konsequenzen?“ auf Seite 8. Hier finden Sie auch eine Pressemitteilung des BDI mit dem Titel: „BDI steht zum Beschluss von Münster – Hausärzteverband spielt mit falschen Karten“

Wahltarife in der GKV

Mehr Risiko als Chance?

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) haben die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Für die Versicherten bedeutet das nach dem Willen des Gesetzgebers: mehr Wahlmöglichkeiten und bessere Vergleichbarkeit der Angebote.

Das Bundesgesundheitsministerium erläutert die verschiedenen Tarifmodelle auf der Internet-Seite www.die-gesundheitsreform.de und wertet sie durchwegs positiv:

- Hausarzttarif: Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten spezielle Hausarzttarife anbieten. Das heißt: Wer sich in ein Hausarztmodell einschreibt und im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt geht, wird von Zuzahlungen oder Praxisgebühren befreit oder bekommt andere Boni. Die Teilnahme an den Hausarztmodellen ist für Versicherte und Ärzte freiwillig.
- Jeder Versicherte kann mit seiner Kasse einen Selbstbehalttarif vereinbaren: Die Krankenkasse gewährt einen günstigeren Tarif, im Gegenzug verpflichtet sich der Versicherte, bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen einen bestimmten Betrag aus eigener Tasche zu zahlen. In vergleichbarer Weise können Versicherte spezielle Tarife wählen, die Prämienzahlungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen vorsehen.
- Der Kostenerstattungstarif richtet sich an gesetzlich Versicherte, die Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen möchten: Bei Inanspruchnahme erhält der Versicherte eine Rechnung, die er zunächst einmal selbst bezahlt. Die Leistungen, die der Arzt oder das Krankenhaus in Rechnung stellen, werden – je nach Tarif – zu einem

höheren Gebührensatz berechnet als für gesetzlich Krankenversicherte; möglich ist ein um das 2,3-fache höherer Gebührensatz. Die Kosten bekommt der Versicherte von seiner Krankenkasse erstattet. Der Rahmen der Kostenerstattung ist im Tarif vertraglich vereinbart. Diese Prämie wird zusätzlich zum monatlichen Beitragssatz fällig.

- Auch für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen wie der Integrierten Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen für Chroniker müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Tarife anbieten und können diese mit Zuzahlungsnachlässen oder Prämien verbinden.
- Individueller Krankengeldanspruch: Gesetzlich Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, zahlen einen ermäßigten Beitragssatz. Die Krankenkassen müssen diesen Versicherungsmitgliedern, soweit ihnen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen entgeht, ab 1. Januar 2009 einen Wahltarif zum Krankengeld anbieten, der auch individuell den Beginn der Krankengeldleistung festlegt. Das bedeutet, die Mitglieder entscheiden selbstständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall und über den Zeitpunkt, wann diese greifen soll. Von dieser Regelung profitieren besonders Selbstständige, die oftmals kein Interesse an den Leistungen des Krankengeldes haben, sowie

kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf die sechswöchige Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Alle genannten Tarifvereinbarungen – außer denen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsformen – haben eine Bindungsfrist von mindestens drei Jahren. Die Krankenkassen haben die Verpflichtung, für Wahltarife in ihren Satzungen ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen zu verankern. Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen, zum Beispiel Arbeitslosengeldbezieher, können keine Selbstbehalttarife etc. wählen. Die Höhe der Prämienzahlung an Versicherte ist begrenzt. Dies ist erforderlich, um Missbrauchsmöglichkeiten – zum Beispiel für Versicherte, die nur geringe Beiträge zahlen – zu verhindern. Die Begrenzung bewirkt zugleich, dass Selbstbehalttarife und Tarife, die für Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen

vorsehen, nur eingeschränkt möglich sind. Der Selbstbehalt muss damit im angemessenen Verhältnis zur Prämienrückzahlung stehen. Insgesamt wurde eine Kappungsgrenze eingeführt, die verhindert, dass Prämienzahlungen in der Häufung in keinem Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen stehen. Soweit die Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums.

- **Entsolidarisierung in der GKV**
Der Leiter des Berliner Büros des BKK-Bundesverbandes, Dr. Robert Paquet, ist skeptisch, was die Wirkung der Wahltarife in der GKV angeht. Tarife mit Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt führen dazu, dass der Deckungsbeitrag der Gesunden zum Solidarausgleich in der GKV vermindert wird, weil vor allem solche Versicherten diese Tarife wählen werden, die jung und gesund sind. Dieser Mitnahmeeffekt wird seiner Ansicht nach auch durch die dreijährige Bindungsfrist kaum gebremst, weil die Versicherten immer ohne finanzielle Aufschläge in den Normaltarif zurück können.

Alle Wahltarife führen seiner Ansicht nach letztlich zur Risikoselektion, indem sie die Selbstselektion der Versicherten anreizen. Im Ergebnis sei festzustellen, dass die erweiterten Wahltarife für die Kassen der GKV und ihre Versicherten zu mehr Intransparenz führen. Sie vermindern die Solidarität in der GKV und produzieren kaum kalkulierbare Haushaltsrisiken der Kassen. Ihre

Erfolge oder Misserfolge zeigen sie erst nach drei Jahren. „Sie könnten damit zur Schuldenfalle der Zukunft werden.“

- **PKV: rechtswidriger Eingriff**
Die private Krankenversicherung lehnt die Wahltarife in der GKV ab. Der Direktor des PKV-Verbandes, Dr. Volker Leienbach, erklärt: „Das Angebot von Wahlтарifen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen eröffnet den gesetzlichen Kassen einen staatlich geschützten Zugang zum Markt für Zusatzversicherungen und ist daher abzulehnen. Damit würde der Staat rechtswidrig in einen funktionierenden privat organisierten Markt sowie in die Berufsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen eingreifen. Diese wären durch die ungleichen Wettbewerbsbedingungen gegenüber den gesetzlichen Kassen massiv benachteiligt und würden dadurch vom Markt verdrängt. Besonders deutlich wird dies bei Wahlтарifen für Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer.“ In Leienbachs Augen sind solche Wahlтарife auch ein Verstoß gegen europäisches Wettbewerbs- und Kartellrecht. Denn nur für Sozialversicherungsträger sieht das europäische Wettbewerbs- und Kartellrecht weitgehende Ausnahmen vor. Mit dem Angebot spezieller Wahlтарife für die Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Zweibettzimmer wären die gesetzlichen Krankenkassen aber ebenso Unternehmer im Zusatzversicherungsmarkt wie die privaten Krankenversicherungen. Über ihren gesetzlichen Auftrag der Sicherstellung medizinisch notwendiger Gesundheitsleistungen würden sie weit hinausgehen. Eine unterschiedliche wettbewerbs- und steuerrechtliche Behandlung von gesetzli-

Wird die PKV aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen durch die Hintertür abgeschafft? Wie steht es um die Zukunft der PKV in der Inneren Medizin?

Darüber wird auch beim

1. DEUTSCHEN INTERNISTENTAG
vom 25.–27. Oktober 2007

in Berlin diskutiert werden.

Weitere Informationen unter
www.deutscherinternistentag.de

chen und privaten Krankenversicherungen wäre dann nicht mehr zulässig, stellt der PKV-Direktor fest.

● **Verbraucherzentrale: nichts übereilen**

Die Verbraucherzentrale Hamburg warnt vor übereilten Entscheidungen, denn: Erstens bringen etliche dieser Tarife für Patienten so gut wie keine Vorteile, und zweitens binden sie sich bei vielen Tarifen für drei Jahre an ihre Krankenkasse – und verlieren sogar das Sonderkündigungsrecht, wenn die Kasse ihren Beitrag erhöht. Von einigen Tarifen raten die Verbraucherschützer ausdrücklich ab: Selbstbehalt: „Sie verpflichten sich, einen Teil der Kosten für Krankenbehandlung selbst zu tragen, beispielsweise die ersten 1000 Euro im Jahr. Dafür erhalten Sie jährlich eine Prämie, zum Beispiel von 400 Euro. Bleiben Sie gesund, machen Sie Gewinn; werden Sie aber krank, zahlen Sie mehr.“ Beitragsrückerstattung: „Wenn Sie keine Kassenleistungen gebraucht haben, bekommen Sie von der Kasse nach Ablauf des Jahres eine Rückzahlung (begrenzt auf einen Monatsbeitrag). Dadurch werden Sie zum sparsamen Umgang mit Ihrem und der Krankenkasse Geld angeregt. Andere aber werden möglicherweise veranlasst, aus finanziellen Erwägungen notwendige Arztbesuche aufzuschieben oder ganz einzusparen. Das kann hinterher sehr viel teurer werden – und der Gesundheit schaden.“ Höhere Kostenerstattung: „Die normale Kostenerstattung (von der wir auch ausdrücklich abraten) erstattet Ihnen nur so viel, wie die Kasse auch für eine Leistung bezahlt hätte, und die Differenz müssen Sie selbst bezahlen. Bei diesem Tarif bezahlen Sie an Ihre Krankenkasse eine Zusatzprämie und erhalten dafür höhere

Steigerungssätze erstattet. Das ist zwar immer noch nicht die Behandlung ‚wie ein Privatpatient‘ (so werben viele Kassen für die Kostenerstattung), aber immerhin bleiben Sie nicht mehr auf der oft erheblichen Differenz zwischen Kassensatz und Privatabrechnung sitzen.“

„Vorsicht: Für alle diese Tarife gilt: Sie binden sich für drei Jahre an Ihre Krankenkasse (normalerweise sind Sie nur 18 Monate an Ihre Wahl gebunden) und Sie verzichten auf das Sonderkündigungsrecht, wenn die Kasse ihren Beitrag erhöht. Daher raten wir von diesen Tarifen ab. Die Krankenkassen dagegen werden sie mit Hochdruck bewerben, um möglichst viele ihrer Mitglieder bis ins Jahr 2010 hinein vom Wechsel der Kasse abzuhalten“, so die Verbraucherzentrale Hamburg.

● **Verändertes Verhalten der Patienten**

Als Folge der neuen Wahltarife müssen die Vertragsärzte mit einem veränderten Verhalten von Patienten rechnen: Manche werden den Besuch in der Praxis hinausschieben, andere möchten vielleicht eine Privatliquidation oder bestehen auf einem Privat Rezept, um ihren Selbstbehalt nicht zu gefährden. Auf die Ärzte dürfte ein höherer Beratungsaufwand zukommen mit noch mehr unbezahlten Bürokratie-Leistungen. Da viele neue Angebote besonders für junge und gesunde Versicherte attraktiv sind, würden die so genannten Verdünnerrfälle in den Praxen fehlen. „Angebote wie Selbstbehalte führen zu einer brutalen Entsolidarisierung“, kommentiert der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Leonhard Hansen. Mit den Wahlтарifen werde dem Gesamtsystem erneut Geld entzogen. „Die Abläufe in den Praxen werden definitiv unübersichtlicher“, so Hansen.

KS

Strukturierte Behandlungsprogramme (Fortsetzung von Seite 1)

Die DMP-Ziele werden nur unvollkommen erreicht

Die Krankenkassen sind in erster Linie an dem Geldzufluss aus dem Risikostrukturausgleich interessiert und weniger an der Qualität der Versorgung chronisch Kranker. In einigen Regionen haben sie die Ärzte regelrecht unter Druck gesetzt, damit diese möglichst viele Patienten zur Einschreibung in ihre DMP drängten. In Bayern drohte die AOK: Ohne DMP-Einschreibung gibt es keinen Hausarztvertrag. Hausärzte, die nach Ansicht der AOK nicht genügend Patienten einschreiben, werden aus dem Hausarztvertrag sogar wieder ausgeschlossen.

● **Jagd nach Einschreibewilligen?**

In Bonn befasste sich im März eine breit angelegte Diskussionsveranstaltung der AG Zukunft mit dem Thema DMP. Der SPD-Bundestagsabgeordnete Eike M. Hovermann als Sprecher der AG Zukunft beschrieb einleitend einige der offenen Fragen: - War die Koppelung von DMP mit dem RSA ein richtiger Schritt in Richtung mehr Qualität oder nur in Richtung mehr Transfersumme und also gnadenloser Jagd nach Einschreibewilligen? - Was wird aus diesem Gefüge, wenn der Morbi-RSA in 2009 kommt, dazu der Fonds und ein einheitlicher Beitragssatz plus Kappung der Zusatzprämie auf 1%?

● **Feedback für die Ärzte**

Für die Region Nordrhein haben die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände Verträge über strukturierte Versorgungsprogramme für die Diagnosen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit geschlossen. Die Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung in den DMP werden von der „Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme GbR (GE)“ gemäß § 28f Abs. 2 RSV wahrgenommen bzw. veranlasst. Die Gemeinsame Einrichtung hat nach einer europaweiten Ausschreibung das „Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung“ (ZI) mit begleitenden qualitätssichernden Maßnahmen beauftragt. Zu den Aufgaben, die das Zentralinstitut in der Verantwortung der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt, zählen die Erstellung von Feedbackberichten nach dem Benchmarking-Prinzip für die beteiligten Praxen und die Erstellung von Erinnerungsschreiben (Reminder) an die beteiligten Praxen, die darüber informieren, welche Patienten im kommenden Quartal erneut in die Praxis einbestellt werden müssen. Bislang nehmen über 3 850 Ärzte am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Nordrhein teil. Das sind mehr als 70 % der niedergelassenen Ärzte der

entsprechenden Fachgruppe. Nach aktuellen Schätzungen auf der Basis der eingereichten Erstdokumentationen werden gegenwärtig etwa 229 000 Diabetiker in diesem Programm betreut.

Als vorläufiges Fazit berichtete ZI-Mitarbeiter Dr. Lutz Altenhofen in Bonn, dass Qualitätszirkel-Vorträge einen wichtigen Baustein für die Umsetzung der DMP bilden. Im Interesse einer Akzeptanzhaltung müssen die DMP dringend weiter vereinfacht werden. Die Dokumentation und die Plausibilitätsprogramme nannte er „überholungsbedürftig“.

nation zwischen den DMP und dem RSA lässt von den Anreizen her keinen Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen von Leistungsanbietern erwarten.

● **Ein Blick auf die Nutzenkomponente**

Die ehemalige Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium, Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), jetzt Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, klammerte bei einer Veranstaltung über DMP im März in Bonn diese finanziellen Aspekte völlig aus und konzentrierte



Disease-Management-Programme sind nicht nur bei Hausärzten umstritten. Ihre Bedeutung wird mit Einführung des „Morbi-RSA“ im Jahre 2009 zurückgehen.

Bild-Archiv

Das mitunter aggressive Direktmarketing mancher Kassenverbände zur Rekrutierung von DMP-Patienten müsse dringend abgestellt werden. Die „Governance“ bei der Betreuung chronisch Kranker müsse weiterhin bei den beteiligten Ärzten liegen. Eine Weiterentwicklung der Programme hält Altenhofen auch im Hinblick auf eine Risikodifferenzierung der eingeschlossenen Patienten und der Abstimmung von Programmvorgaben für notwendig.

● **Keine Minderausgaben zu erwarten**

Eine kritische Sicht auf die DMP vermittelte der Mannheimer Gesundheitsökonom Prof. Eberhard Wille. Die Anschubfinanzierung, der Mehrbedarf bei bisheriger Unterversorgung und die Kosten der Evaluationen lassen zumindest kurzfristig per saldo keine Minderausgaben erwarten. Methodische Probleme bereitet die Einstufung von multimorbiden Patienten mit Voraussetzungen für unterschiedliche DMP. Bis zur Ausdehnung auf alle relevanten Indikationen besteht die Gefahr einer Diskriminierung der übrigen chronischen Krankheiten. Da Krankenkassen und Ärzte ein gleichgerichtetes Interesse an der Teilnahme möglichst vieler Chroniker besitzen, bestehen Manipulationsgefahren. Die Kombi-

sich ausschließlich auf die „Nutzenkomponente“, orientiert an den DMP in Nordrhein. Sie wies darauf hin, dass die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien geschieht. Diese werden auf einzelne Qualitätsziele heruntergebrochen, für die jeweils Qualitätsindikatoren gebildet werden. In Nordrhein wird für jeden Qualitätsindikator eine quantitative Zielgröße festgelegt, die es zu erreichen gilt. Dieser Prozess ist die Voraussetzung zur Herstellung von Transparenz, einmal über das Programm als Ganzes, aber auch für den einzelnen Arzt über seinen eigenen Leistungsstand.

Über die Feedbackberichte, die jeder am DMP teilnehmende Arzt vom ZI erhält, sieht er sich im Vergleich zu den Durchschnittswerten aller anderen Kollegen abgebildet. Gerade diese Rückkopplung ermöglicht die regelmäßige Selbstkontrolle und ist nach Aussagen der teilnehmenden Ärzte ein echter Gewinn.

Über die rein medizinischen Parameter liegt ein ausführlicher Qualitätsbericht der nordrheinischen DMP für das Jahr 2005 vor. Der Bericht macht Aussagen zu den DMP Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs und KHK. Er zeigt, dass die definierten medizinischen Qualitätsziele bereits überwiegend erreicht worden sind. Aufgrund der erst relativ kurzen Laufzeiten der

Kommentar

Wahlтарife und die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung hat im ambulanten Bereich immer noch den Sicherstellungsauftrag. Dieser wird definiert durch den EBM als Leistungsverzeichnis und ein einheitliches Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenkassen. In diesem Rahmen muss die Kassenärztliche Vereinigung die ambulante Versorgung flächendeckend sicherstellen.

Es stellt sich die Frage, ob die neue Vertragslandschaft mit Wahlтарifen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen diesem Sicherstellungsauftrag noch entspricht. Kommt es durch die Wahlтарife zu einer Änderung des Leistungsrechtes, die es dem Vertragsarzt nicht mehr sicher möglich macht, den Sicherstellungsauftrag der KV zu erfüllen, so kann dieser die Vorgaben seiner Kassenärztlichen Vereinigung und der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr einhalten. Es stellt sich die berechnete Frage, ob nicht die Krankenkassen verpflichtet werden müssen, auf der Chipkarte festzuhalten, dass zum Beispiel ein Versicherter einen Wahlтарif gewählt hat, der das Leistungsrecht des Vertragsarztes berühren könnte.

Muss in einer solchen Situation der Vertragsarzt diesen Patienten weiterhin als GKV-Versicherten behandeln oder muss er ihn als Selbstzahler werten, der seine Rechnung hinterher bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen kann? Die Kassenärztliche Vereinigung sollte Wert darauf legen, dass Wahlтарife veröffentlicht, auf der Chipkarte vermerkt und unter dem Aspekt des einheitlichen Leistungsrechtes bewertet werden.

HFS