

## Editorial

### Nach dem Erfolg für die Innere Medizin auf dem Deutschen Ärztetag in Münster im Mai 2007 ...

... dürfen wir uns nicht ausruhen und uns zufrieden und selbstgefällig zurücklehnen. Zum einen muss die neue Weiterbildungsordnung noch in allen 17 Landesärztekammern umgesetzt werden. In einigen wenigen Kammern könnte mit Widerstand zu rechnen sein. Deshalb wird Ihr BDI auch auf Landesebene aktiv sein und die Argumente der Inneren Medizin einbringen.

Zum anderen stehen weitere wichtige berufspolitische Entscheidungen wie zum Beispiel der neue EBM auf der Tagesord-

nung. So problematisch auch ein neuer EBM mit noch weitgehender Pauschalierung und ohne zusätzliche finanzielle Mittelzusage auch ist, eine konstruktive Mitarbeit werden wir nicht verweigern wollen. Der BDI vertritt alle Versorgungsbereiche, hausärztlich wie fachärztlich, ambulant und stationär, mit derzeit ca. 25.000 Mitgliedern. Er stellt somit einen unverzichtbaren Gesprächspartner für alle anstehenden Fragen im Gesundheitswesen dar.

Für die Innere Medizin ist dieser Oktober 2007 besonders bedeutsam. Zum ersten Mal findet vom 25. bis

27. Oktober der 1. Deutsche Internistentag in Berlin statt. Zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ist der BDI, der Berufsverband Deutscher Internisten, Veranstalter dieses von vielen Mitgliedern und Freunden immer wieder geforderten berufs- und gesellschaftspolitischen Ereignisses in der Bundeshauptstadt Berlin. Während beim Kongress der DGIM in Wiesbaden die wissenschaftlichen Fortschritte im Mittelpunkt stehen, hat die Innere Medizin in Deutschland auf dem Internistentag die Möglichkeit, sich in ihrer gesamten berufs- und gesellschaftlichen Verantwort-



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

ung darzustellen. Natürlich ist neben dem Hauptschwerpunkt Berufs-, Gesundheits- und Gesellschaftspolitik auch die praxisnahe Fortbildung vertreten.

Die Innere Medizin stellt sich ihrer Verantwortung ihren Patienten und der Gesellschaft gegenüber. Bringen Sie sich aktiv auf dem Internistentag ein.

Diskutieren und helfen Sie, dass die Interessen der gesamten Inneren Medizin weiter aktiv und erfolgreich vertreten werden.

Kommen Sie nach Berlin!  
[www.deutscherinternistentag.de](http://www.deutscherinternistentag.de)

Ihr

Wolfgang Wesiack  
Präsident

#### Vergütung der Belegärzte (Fortsetzung von Seite 1)

## Gute Vorsätze – keine Rettung

### Der Pferdefuß: Zweierlei Punktwerte

Auf Bundesebene wurde deshalb gerade noch rechtzeitig ein neues belegärztliches Kapitel 36 im EBM aus dem Boden gestampft, wohl wissend, dass damit nur ein Teil der Leistungen erfasst wurde. Immerhin müssen alle belegärztlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung extrabudgetär vergütet werden. Das ist aber bereits der erste Pferdefuß. Es wird wohl zwei Punktwerte für die belegärztlichen Leistungen geben: Die Leistungen im Kapitel 36 werden mit einem anderen Punktwert unterlegt werden, als die übrigen im EBM verzeichneten Leistungen, die vom Belegarzt erbracht werden. Aber die Punktwerte für diese Leistungsbereiche konnten – natürlich aus rechtlichen Erwägungen von wegen der Zuständigkeiten der Länder-KVen und der Länder-Kassen – auf Bundesebene leider nicht festgelegt werden. Dennoch wurde von der KBV nach außen die Rettung der Belegärzte verkündet, war man sich doch sicher, dass landauf, landab 5,11 Cent als Punktwert zu Grunde gelegt werden. Die Krankenkassen hatten auf dieser Basis bereits hochgerechnet. Hurrarufe kamen auch vom Bundesoberen der Belegärzte Schalkhäuser ob des Ergebnisses. Flugs war dann auch das Bundesgesundheitsministerium als Aufsicht mit dem Ergebnis zufrieden und legte das Problem Belegärzte zu den Akten.

Kritische Anmerkungen, dass man die Ergebnisse auf Bundesebene erst bewerten kann, wenn man die Punktwerte in den Ländern kennt, wurden als kleinkarierte Unkenrufe abgetan.

### 5,11 Cent – oder noch weniger?

Modellhaft zeichnen sich die Probleme, die die Belegärzte auf Länderebene erwarten, an den derzeitigen Verhandlungen über die stationsersetzenden Leistungen und das ambulante Operieren ab. Auch hier wird extrabudgetär vergütet werden müssen. Auch hier dauert es Monate, bis man nach einem bereits zum 1. Januar 2007 gültigen Schiedsspruch zu Ergebnissen auf Länderebene kommt. Auch hier muss man im Prinzip 5,11 Cent zu Grunde legen. Floaten kann ein Punktwert nur im Budget. Außerhalb des Budgets müsste ein Schiedsamtsvorsitzender oder ein Verhandlungsführer der Selbstverwaltung erklären, welche Punkte er an der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des EBM außer Kraft gesetzt hat, um zu einem niedrigeren Wert als 5,11 Cent zu kommen. Aber solch klare Argumente scheren offensichtlich die Verhandlungsführer und die Schiedsämter nicht. Besonders interessant ist das Vorgehen der KV Berlin. Hier versucht man offensichtlich durch eine Niedrigbewertung extrabudgetärer Leistungen das Budget aufzuwerten und scheitert mit den Vertragsvereinbarungen Gott sei dank immer wieder

an der Vertreterversammlung. Hier werden mit Absicht Vertragsabschlüsse auf Bundesebene glatt unterlaufen. Geschickt scheint man auch in der KV Westfalen-Lippe vorzugehen. Auch hier hat man den deutlich unter 5,11 Cent liegenden Punktwert mit gekonnter Öffentlichkeitsarbeit kaschiert. Man vergleicht ihn eben mit der völlig unzureichenden Vergütung in der Vergangenheit und sieht dann alles positiv.

### Keine Rettung für die Belegärzte?

Einzige Ausnahme scheint die KV Hessen zu sein. Hier hat bei den

Ersatzkassen und den stationsersetzenden Leistungen der Schiedsamtsvorsitzende einen Punktwert von 5,11 Cent vorgegeben (siehe auch Artikel „Vorm Schiedsamt oder in Gottes Hand? – Ein positives Signal“ auf Seite 6). Die Verhandlungslösungen erreichen diesen Punktwert nicht, liegen aber nur gering unterhalb dieses Ergebnisses. Man sieht – es geht doch.

Es ist aber zu befürchten, dass die hessische Lösung eine Eintagsfliege bleibt. Steht das Modell ambulantes Operieren und stationsersetzende Leistungen auch bei der Punktwert-

festsetzung für belegärztliche Leistungen Pate, hat die Selbstverwaltung die Belegärzte nicht gerettet. Die guten Vorsätze auf der Bundesebene werden eben nicht in den Ländern mit ausreichendem Nachdruck umgesetzt. Unter solchen Bedingungen werden sich die Belegärzte doch überlegen müssen, ob sie nicht die Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes ausnutzen und direkt mit ihren Krankenhäusern verhandeln – oder überhaupt nicht mehr stationär tätig sind.

HFS

#### Der Tarifabschluss und seine Folgen (Fortsetzung von Seite 1)

## Wer ist Oberarzt?

### Für manche Oberärzte bleibt der Geldsegen aus

Ganz anders ist die Lage bei den Oberärzten in den Krankenhäusern. Entsprechend dem vereinbarten Tarifvertrag kommt ein Oberarzt nur dann in den Genuss einer deutlichen Gehaltsaufbesserung, wenn er einen medizinischen Bereich leitet oder zweifelsfrei selbständig verwaltet. Voraussetzung für die Mehrvergütung ist damit eine gewisse unabhängige Leitungsfunktion im Krankenhaus. Mit dem Titel Oberarzt, der sich insbesondere bei Bewerbungen immer gut gemacht hat, war man in der Vergangenheit sehr großzügig umgegangen. Viele Chefärzte machten Fachärzte schnell zu Oberärzten, ohne dass das strenge Kriterium einer Leitungsfunktion tatsächlich erfüllt war. Die Verwaltungen ließen es gesche-

hen, weil diese Ernennung kaum finanzielle Folgen nach sich gezogen hat. Die Hoffnungen dieser so genannten Nenn-Oberärzte auf eine deutliche Gehaltserhöhung entsprechend dem Tarifvertrag erfüllen sich aber nicht. Die Krankenhausverwaltung legt Wert darauf, dass die vereinbarten Tätigkeitsmerkmale auch vorliegen, kostet doch diese tarifliche Regelung genau an dieser Stelle viel Geld. Viele Personalchefs haben sich streng an die Vorgaben gehalten und deshalb manche Oberarztverträge aus der Vergangenheit einfach in Facharztverträge umgewandelt. So bleibt für die Betroffenen der erwartete Geldsegen aus. Es ist zu vermuten, dass dies von Anfang an Absicht der Arbeitgeber war, die glaubten, nur so die finan-

ziellen Folgen der Tarifabschlüsse eindämmen zu können. Ärger löst die neue Regelung auf alle Fälle aus. Der Marburger Bund wird von seinen Mitgliedern unter Druck gesetzt und ist mit der Auslegung im Einzelfall oft nicht einverstanden. Er greift den Chefarztverband an, weil dessen Mitglieder angeblich nichts für ihre Oberärzte tun. Dabei wird glatt vergessen, dass in heutigen Krankenhäusern zuerst die Verwaltung und dann noch einmal die Verwaltung und erst dann der Chefarzt und der ärztliche Direktor in der Hierarchie kommen, besonders, wenn es sich um Entscheidungen mit finanziellen Folgen handelt. Man wird die Lösung dieses Problems wohl auf die Tagesordnung der nächsten Tarifverhandlungen setzen müssen.

HFS

Ambulante Behandlung im Krankenhaus (Fortsetzung von Seite 1)

## Mit der Keule auf zarte Kooperations-Pflänzchen

Seither ist der Pulverdampf zwar ein wenig verzogen, die hinter der Kontrolle stehenden Probleme sind aber weiter ungelöst. Denn diese sind in dem neu gefassten § 116 b selbst angelegt. Die durch ihn eröffnete Möglichkeit für Krankenhäuser, ambulante Behandlung anzubieten, ohne den Weg über Zulassung oder Ermächtigung gehen zu müssen, bestand schon einige Jahre. Allerdings musste hierfür ein Vertrag zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abgeschlossen werden. Die Kassen sahen aber nur sehr selten eine Versorgungslücke, die durch solche Verträge hätte geschlossen werden müssen.

### ● Ambulante Versorgung durch Krankenhäuser erleichtert

Das Bundesgesundheitsministerium ärgerte dieser – aus seiner Sicht – zögerliche Umgang mit dem „Wettbewerbsinstrument“. Sie erklärte lapidar: „Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt.“ Seit das „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ im April in Kraft trat, muss ein Krankenhaus nur noch eine entsprechende Genehmigung durch die Behörde, die für die Krankenhausplanung zuständig ist, erhalten. Dann können alle entsprechenden Leistungen zu einem nach gesetzlichen Vorgaben errechneten Punktwert direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Systematisch sauber ist der Gesetzgeber allerdings nicht vorgegangen. Der neu gefasste Gesetzestext steckt voller Widersprüche und ungeklärter Fragen. So wurde auf der einen Seite dem Krankenhaus ein Recht zugewiesen, die ambulante Behandlung abzurechnen, wenn es die für eine entsprechende Genehmigung statuierten Voraussetzungen erfüllt. Auf der anderen Seite muss die genehmigende Behörde dabei aber die „vertragsärztliche Versorgungssituation“ berücksichtigen. Das geht nun nicht: Entweder es gibt ein Recht, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind oder es gibt einen Ermessensspielraum – beides gleichzeitig ist logisch nicht möglich. Zudem hantiert der Gesetzgeber ausgerechnet in diesem heiklen Paragraphen mit neuen Begriffen, die sonst nirgendwo im Gesetz auftauchen – die also auch niemand so richtig einordnen kann. Was sich nach juristischer Haarspalterei anhört, ist in Wirklichkeit von entscheidender Bedeutung. Denn damit ist die Frage gestellt, welchen Einfluss die Einschätzung der vertragsärztlichen Versorgungssituation hat. Was bedeutet es, wenn eine KV zu dem Schluss kommt, das die in Frage stehende Indikation in allen Facetten von niedergelassenen Ärzten abgedeckt wird? Welche Rechte sind gegeben, wenn sich eine Behörde über eine solche Feststellung hinwegsetzt? Welche Parameter sind zu ermitteln, um die

„vertragsärztliche Versorgungssituation“ darzustellen?

### ● Modellfall Hamburg

Während sich in einigen Bundesländern die Genehmigungsbehörde, die Krankenhausgesellschaft und die KV an den Tisch setzten, um zunächst einmal diese entscheidenden Verfahrensfragen zu klären, war die Hamburger BSG deutlich forscher. Einwände der KV Hamburg, dass zunächst einmal geklärt werden müsse, wie man zur Versorgungssituation beispielsweise der „pulmonalen Hypertonie“ denn Stellung nehmen solle, wurden beiseite gewischt. Trotz der Bitten um ausreichende Vorbereitungszeit wurden enorm kurzfristige Beratungstermine gesetzt – und dies auch noch mitten in der Ferienzeit. Die KV hatte gar keine andere Möglichkeit, sie musste die juristische Notbremse ziehen. Denn eines war auch klar: Das Vorgehen in Hamburg würde Modellcharakter für die Bundesrepublik haben. Dabei ist die Hansestadt das ungeeignetste Pflaster für ein Modell. Denn in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten hat sich wegen der (vom Senat immer groß herausgestellten) „Metropolfunktion“ Hamburgs ein dichtes Netz an spezialisierten Praxen gebildet. An der Elbe arbeiten unter anderem Schwerpunktpraxen für Rheuma, Diabetes, Schmerz, HIV, Onkologie, MS oder Mukoviszidose, die häufig gar keine andere Patientenklientel mehr behandeln. Keine internistische Spezialisierung, die nicht in einer Praxis vertreten wäre, gleiches gilt für die Gynäkologie, die Pädiatrie und manch anderes Fach mehr. Knapp jeder dritte Patient – so hat sich die Behörde in Gutachten bescheinigen lassen – kommt gar nicht aus Hamburg, sondern aus den umliegenden Bundesländern. Sie suchen in Hamburg spezialärztliche Versorgung und finden sie auch. Spiegelbildlich ist die Versorgung auf dem stationären Sektor. Die 38 Hamburger Krankenhäuser halten rund 13.000 Betten vor, und auch bei ihnen stammt rund jeder dritte Patient aus dem Umland, auch bei ihnen steht die Schwerpunktversorgung im Mittelpunkt. Entsprechend komplex sind die traditionellen Verschränkungen des stationären mit dem ambulanten Sektor über Ermächtigungen. Sie sind auf wenige, exakt beschriebene Leistungen und in aller Regel auf eine Überweisung des niedergelassenen Spezialarztes beschränkt. Prima vista müsste man also sagen: Für eine weitere „ambulante Behandlung im Krankenhaus“ ist in Hamburg gar kein Platz, der § 116 b läuft ins Leere. Aber diese Versorgungsfragen sollen bei der Beurteilung der „vertragsärztlichen Versorgungssituation“ aus Sicht der HKG und wohl auch der Behörde gar nicht entscheidend sein.

Die HKG machte gar den Vorschlag, nicht die KV zu fragen, sondern die Verbraucherzentrale und Selbsthilfegruppen; die könnten die Situation genauso gut einschätzen. So wurden in Hamburg nach Ermunterung durch die Behörde fleißig Anträge gestellt, in einem der im Gesetz aufgeführten 15 Indikationen tätig zu werden – von der Onkologie bis zur Transsexualität, von Multipler Sklerose bis zur HIV-Behandlung. Zur Entscheidung standen zunächst die vier Indikationen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß gesetzlichem Auftrag bereits spezifische Genehmigungsbedingungen aufgestellt hat: Mukoviszidose, Marfan-Syndrom, Hämophilie und pulmonale Hypertonie. Nachdem sich die KV mit juristischem Druck Einblick in die Antragsunterlagen verschafft hatte, konnte sie auch Stellung beziehen: Außer dem Marfan-Syndrom hält sie alle Indikationen – auch in schweren Fällen – in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für ausreichend abgedeckt. Jetzt muss die Behörde nach eigener Einschätzung entscheiden.

### ● Aufbau einer fachärztlichen Doppelversorgung

Die KV Hamburg hat bereits mit den möglicherweise betroffenen Praxen das weitere Vorgehen abgestimmt, sollten die Genehmigungen gegen die Empfehlung der KV erteilt werden. Denn diese Praxen würden dadurch einem schiefen, unfairen Wettbewerb ausgesetzt. Sie müssen sich privat finanzieren, während die Kliniken mit öffentlichen Zuschüssen arbeiten; sie müssen von der speziellen Versorgung leben, während dies für die Kliniken lediglich ein Zusatzgeschäft ist; sie müssen sich strengen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterziehen, während dies für die Kliniken noch völlig ungeklärt ist und weder Facharzt-Standard noch die Notwendigkeit der höchstpersönlichen Erfüllung von Qualitätsvoraussetzungen gesichert sind. Ordnungspolitisch erschließt sich der Sinn des § 116 b nur dann, wenn man Dinge unterstellt, die man einem seriösen Gesetzgeber eigentlich nicht unterstellen sollte. Denn würden in einer Region wie Hamburg entsprechende Genehmigungen in großem Stil erteilt, würde exakt die fachärztliche Doppelversorgung aufgebaut, die – entgegen aller Politikermärchen – derzeit eben gerade noch nicht besteht. In den Indikationen, die derzeit noch überhaupt nicht konkretisiert wurden wie Herzinsuffizienz, Rheuma oder Onkologie wäre es den Krankenhäusern mit einer solchen Genehmigung möglich, Ambulanzen aufzubauen, die eine komplette – auch durchaus „hausärztliche“ – Betreuung ermöglichen. Dann erst wäre die Doppelstruktur perfekt, dann erst müssten die Krankenkassen unnötige Leistungen bezah-

len, dann erst wären die Behandlungsstrukturen für den Patienten völlig unübersichtlich geworden. Sinnvoller sind in jedem Fall kooperative Lösungen auf freiwilliger Basis. Es war für kundige Thebaner ja schon in der Diskussion um die Gesundheitsreform empörend zu erleben, wie konsequent die Politiker die Augen davor verschlossen hatten, dass es bereits eine Vielzahl von Projekten der ambulanten-stationären Zusammenarbeit gibt. Anstatt diese Kooperationen weiter zu fördern, entschied sich der Gesetzgeber für den konfrontativen Weg und bedeckte ihn mit dem Mäntelchen des Wettbewerbs. Jetzt müssen die Han-

delnden vor Ort zeigen, dass sie vernünftiger handeln, als es ihnen die Politik unterstellt. Denn es haben schon sehr viel mehr Ärzte in Klinik und Praxis erkannt, wie sinnvoll der Aufbau von versorgungsbereichsübergreifenden Kooperationen sein kann. Aber solche Kooperationen müssen individuell, auf die personelle und regionale Situation bezogen erfolgen. Die „116 b-Keule“ schadet dabei nur den zarten Pflänzchen, die gerade dabei sein, sich zu entwickeln.

Walter Plassmann

Walter Plassmann ist stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg.

### Barmer Ersatzkasse I

## Barmer-Vertrag: Interdisziplinär, aber nicht fachübergreifend

Das Landessozialgericht Thüringen hat seine Entscheidung vom 24. Januar 2007, den „Barmer Hausarzt- und Hausapothekenvertrag“ nicht als Vertrag der Integrierten Versorgung anzuerkennen, jetzt öffentlich begründet. Der Barmer-Vertrag geht von einer Kooperation zwischen Hausärzten, Apotheken und der Krankenkasse aus, um möglichst viel Finanzmittel bei der Arzneimittelversorgung freizusetzen. Finanzieren wollte man diesen Vertrag mit der Anschubfinanzierung der § 140-Verträge, die 1 % im ambulanten und stationären Bereich betrifft.

Für Integrierte Versorgungsverträge ist es notwendig, eine fachübergreifende Struktur anzubieten. Die Barmer Ersatzkasse und der Hausärzteverband haben geglaubt, dass dieser Vorgabe durch die Einbindung der Apotheken Genüge getan ist. Dieser Argumentationsschiene folgt das Landessozialgericht nicht. Interessant ist die Begriffsdefinition des Gerichtes, das sowohl eine interdisziplinäre als auch fachübergreifende Verknüpfung für Integrationsverträge fordert. Für den Begriff „interdisziplinär“ könnten die Apotheken durchaus herhalten. Für „fachübergreifend“

würde dies aber nicht gelten. Hier sei eine Einbindung der fachärztlichen Versorgungsebenen in den Vertrag notwendig. Von entscheidender Bedeutung ist die Interpretation des Gerichtes, dass sowohl die interdisziplinäre als auch die fachübergreifende Voraussetzung für einen solchen Vertrag erfüllt werden muss. Sollte sich diese Auffassung vor dem Bundessozialgericht bestätigen, wird es interessant werden, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser für diesen Vertrag die Anschubfinanzierung zurückfordern werden. HFS

### Barmer Ersatzkasse II

## Eine an den Einnahmen orientierte Ausgabenpolitik?

Die Barmer Ersatzkasse meldet eine Verbesserung ihrer Finanzlage. Darunter versteht sie, dass das Defizit im Vergleich zu früher geringer geworden ist. Sie hat dennoch ein Minus von 71 Mio. € in den ersten sechs Monaten des Jahres 2007 eingefahren. Sparsamkeit wäre deshalb durchaus am Platz. Zumal die Barmer Ersatzkasse befürchten muss, dass noch erhebliche Kosten auf sie zukommen, wenn die Finanzierung ihres Hausarztvertrages mit dem Hausärzteverband nicht mehr über die Ein-Prozent-Regel der Integrationsversorgung abgewickelt werden kann. Unter solchen Umständen wäre es bei kaufmännischer Betrachtung durchaus ratsam auch Rücklagen anzulegen.

Aber die Barmer Ersatzkasse bleibt großzügig. Man zahlt nämlich inzwischen zusätzlich für das Angebot der anthroposophischen Medizin. Die Patienten bekommen jetzt Kosten für die Heileurythmie, für eine Maltherapie und für plastisch-therapeutisches Gestalten sowie für eine rhythmische Massage nach Wegmann und therapeutische Sprachregelung neben den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt. Die Vergütung erfolgt hier außerbudgetär. Während man bei handfesten medizinischen Leistungen auf eine evidenzba-

sierte Grundlage auf einem möglichst hohen Niveau pocht und dabei regelhaft auf die Beitragsstabilität Wert legt, geht man hier ganz offenherzig mit Leistungen um, deren wissenschaftliche Grundlage mehr als fraglich ist. Das Vorgehen der Barmer Ersatzkasse sollte die Kassenärztliche Bundesvereinigung ermutigen, von ihren Forderungen bezüglich einer Verbesserung der Vergütung der Vertragsärzte nicht abzuweichen. Offensichtlich ist bei den Krankenkassen doch mehr Geld vorhanden als sie zugeben. HFS