

Die Erweiterte Honorarverteilung in Hessen

Der Fluch der guten Tat

In Hessen und in Hamburg hat man in den 50er Jahren nach Möglichkeiten gesucht, wie die Altersversorgung der Vertragsärzte abgesichert werden kann. Sehr viele Ärzte, die aus dem 2. Weltkrieg zum Teil nach längerer Gefangenschaft zurückgekehrt waren, mussten sich schnell teils auch ohne Kassenzulassung niederlassen, um ihre Familien zu ernähren. Die Altersversorgung war noch nicht flächendeckend durch Versorgungswerke oder die BfA abgesichert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Hessen und in Hamburg haben damals Modelle entwickelt, wie man dieses Problem im Interesse der betroffenen Kolleginnen und Kollegen und deren Familien lösen kann.

Wenn kein Geld aus der Vergangenheit zur Verfügung steht, kommt man immer auf das Prinzip der Umlage. Man kürzt das Honorar der Vertragsärzte um einen bestimmten Prozentsatz, um die Ärzte, die in Zukunft ihre Praxis aufgeben, weiter mit Honorar versorgen zu können. Dieses richtet sich in der Höhe nach dem durchschnittlichen Umsatz des Vertragsarztes in der jeweiligen KV. Die Kassenärztlichen Vereinigungen unterscheiden zwischen aktiven und inaktiven Vertragsärzten. Rein formal bleiben die inaktiven Vertragsärzte Mitglieder ihrer KV, sie wurden unter den außerordentlichen Mitgliedern geführt. Damit waren sie auch in einem begrenzten Umfang an den Entscheidungsgremien zum Beispiel der Vertreterversammlung beteiligt. Dies hielt man deshalb für notwendig, damit sie bei der Regelung dieser Erweiterten Honorarverteilung (EHV) ein Wortchen mitreden konnten.

● Verteilungskampf zwischen alt und jung

Dieser Weg ist den KV-Gremien damals deshalb leicht gefallen, weil – wie bei einer Umlage üblich – die Kosten am Anfang wegen der zunächst geringen Zahl von Versorgungsempfängern extrem niedrig sind und des-

halb die Umlage für die betroffenen aktiven Ärzte nicht hoch war. Wie bei der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung hat man es aber versäumt, entsprechende Rücklagen für den Fall zu bilden, dass es zu einer steigenden Inanspruchnahme durch die inaktiven Vertragsärzte kommt. In Hamburg hat man die Brisanz dieser Entwicklung frühzeitig erkannt und die Erweiterte Honorarverteilung zu einem Zeitpunkt beendet, zu dem die aufgelaufenen Ansprüche noch abgewickelt werden konnten.

In Hessen gelten die Bestimmungen der Erweiterten Honorarverteilung bis zum jetzigen Datum. Es haben sich die gleichen Probleme eingestellt, wie wir sie aus der gesetzlichen Rentenversicherung kennen – nur gibt es keinen Staatshaushalt, der die Defizite auszugleichen hat. Allein die aktiven Vertragsärzte müssen inzwischen einen ganz erheblichen Beitrag aus ihrem Honorarvolumen abliefern, wenn die satzungsgemäßen Ansprüche der inaktiven Vertragsärzte in Hessen befriedigt werden sollen. Die Diskussionen in der Vertreterversammlung werden dabei durch einen Verteilungskampf zwischen alt und jung geprägt. Während die Jungen zunehmend größere Anteile ihres ohnehin knappen Honorarvolumens für diese EHV abführen

müssen, sind die inaktiven Vertragsärzte darauf bedacht, dass ihr Honorar nicht niedriger wird.

● Ein Ärgernis – vor allem für Praxen mit hohem Kostenanteil

Das Prinzip Umlageverfahren wird von den meisten Beteiligten nicht realisiert. Alle gehen wie in der gesetzlichen Rentenversicherung von einem Versicherungsprinzip aus und erwarten nach ihren Einzahlungen auch entsprechend erträgliche Einnahmen im Alter. Das Prinzip der Umlage, dass man nur so viel ausgeben kann wie man den zurzeit Aktiven auch wegnimmt, wird nicht verinnerlicht. Entsprechend emotional werden die Debatten über die Erweiterte Honorarverteilung in Hessen geführt. Aus der Sicht der aktiven Vertragsärzte ist die Erweiterte Honorarverteilung inzwischen ein Ärgernis. In der Anfangszeit haben sich überwiegend die Praxen beklagt, die über einen hohen Kostenanteil verfügten, war doch der EHV-Abzug an ihrem Umsatz und nicht am Gewinn der Praxis orientiert. Erst im Laufe der Jahre ist es der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gelungen, wenigstens einen Teil der in den Praxen anfallenden Kosten aus dem Beitrag zur EHV herauszuhalten. Dennoch stellen sich kostenintensive

Praxen mit der EHV immer noch besonders schlecht. So gibt es Fälle, in denen Bankkredite deshalb nicht gewährt wurden, weil die Banken nicht verstehen konnten, dass ein so hoher Anteil für eine Altersversorgung abgeführt wird.

Sehr viele Praxen mit einem hohen Kostenanteil fordern deshalb die Abschaffung der Erweiterten Honorarverteilung, auch wenn inzwischen die Praxiskosten stärker als früher berücksichtigt werden.

● Ein Paukenschlag

Inzwischen hat die Erweiterte Honorarverteilung eine hohe politische Brisanz entwickelt. Es lohnt sich, selektive Verträge ohne die Kassenärztliche Vereinigung abzuschließen, da diese Honorare nicht mit den Beiträgen der Erweiterten Honorarverteilung belastet werden. Auch bei der Frage der Niederlassung hat Hessen einen entscheidenden Nachteil. In Nachbarländern wie Rheinland-Pfalz, Bayern oder Baden-Württemberg gibt es diese Abzüge für eine Altersversorgung zum Sankt Nimmerleinstag nämlich nicht. Zu einer Beendigung der Erweiterten Honorarverteilung hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Hessen bis jetzt nicht durchringen können. Sie hat Anfang dieses Jahrtausends versucht, Korrekturen vorzunehmen, die das Überleben dieser Regelung möglich machen sollte. Dabei hat es einerseits Einschnitte bei den Leistungsempfängern gegeben, andererseits hat man versucht, die Umlage durch eine stärkere Berücksichtigung der Praxiskosten gerechter zu gestalten. Die grauen Panther der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, ein Teil der inaktiven Vertragsärzte, haben dagegen mit Erfolg geklagt. Das Landessozialgericht

in Hessen hat, ohne die Möglichkeit einer Revision zuzulassen, ein Urteil gesprochen, dass die getroffenen Regelungen in Frage stellt.

Dr. Margita Bert, die 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung in Hessen, hat in ihrem Editorial im Hessischen Ärzteblatt von einem Paukenschlag gesprochen. Das Gericht stellt die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) deshalb in Frage, weil es die gesetzlichen Vorgaben im Landesrecht in Hessen, die die EHV abstützen, als verfassungswidrig ansieht und auch die Satzung der Erweiterten Honorarverteilung für fehlerhaft hält. Die schriftliche Urteilsbegründung liegt noch nicht vor.

● Die EHV – ein Kuckucksei

Hier wird an den Grundfesten der EHV gerüttelt. Da die gesetzliche Grundlage betroffen ist, ist auch die Hessische Landesregierung gefragt. Die aktiven Vertragsärzte befürchten, dass ihr ohnehin kärgliches Honorar aus der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine neue EHV-Regelung zusätzlich belastet wird, die inaktiven Vertragsärzte fürchten um den Bestand der EHV und damit um einen Teil der Altersversorgung. Am Ende des jetzigen Findungsprozesses werden sich die Kläger überlegen müssen, ob sie sich selbst nicht einen Bärenienst erwiesen haben.

Es sieht so aus, als müsse die Hessische Landesregierung, die gesetzliche Grundlage für die EHV und für die KV Hessen überprüfen. Die Ärzte der Nachkriegsgeneration haben also mit der EHV nicht nur den Vertragsärzten, sondern auch der Hessischen Landesregierung ein Kuckucksei ins Nest gelegt.

HFS

Hausarzt-KV

Bayern und das Schisma der KV

In Bayern gehen die Uhren anders als in der übrigen Republik. Bis vor kurzem bestand der Eindruck, als habe die KV Bayern eine besonders gute Beziehung zu ihrem Aufsichtsministerium, obwohl ihr stärkster Widersacher, der Hausärzteverband mit dem Chefideologen Dr. Wolfgang Hoppenthaller an der Spitze, alles unternommen hat, um die Autorität der Körperschaft zu untergraben.

Plötzlich schwenkt die Bayerische Staatsregierung um und bringt im Bundesrat einen Gesetzentwurf ein, der eine hausärztliche KV fordert. Man kann über den Hintergrund des Sinneswandels bei der Sozialministerin in Bayern nur spekulieren. Wahrscheinlich ist sie dem Druck von Herrn Hoppenthaller doch nicht gewachsen. Die Drohung über ein Korbmodell die Sicherstellung in Frage zu stellen, wirkt offensichtlich. Um den Hausärzteverband zu befrieden, kommt man ihm mit dieser Gesetzesinitiative entgegen. Man darf gespannt sein, wie die übrigen Bundesländer auf die vorgesehene Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung reagieren werden. Schon gibt es Gerüchte, dass auch das Land

Hessen einer solchen Regelung zustimmen will.

● Der Hausärzteverband kann nicht für alle Hausärzte sprechen

Bei genauer Betrachtung fällt aber auf, dass die Gesetzesvorlage alles andere als ausgegoren ist. Zunächst stellt der Hausärzteverband die hausärztliche Versorgungsebene nicht allein dar. Neben den Allgemeinärzten, die nicht alle im Verband organisiert sind, gibt es auch noch hausärztliche Internisten, und nach früheren Entwürfen des BMG gehören auch die Gynäkologen und die nicht operativ tätigen Augenärzte in diese Kategorie – nicht zu vergessen die große Anzahl der Kinderärzte. So ist der Hausärzteverband nur einer von

verschiedenen Verbänden hausärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte, die in dieser KV sitzen. Es sind Wunschräume eines Berufsverbandes, wenn er glaubt, dass man ihm sozusagen per Gesetz als Verband die Organisation und die Abwicklung einer Kassenärztlichen Vereinigung übertragen könnte, ohne dass man auf andere Berufsgruppen Rücksicht nimmt. (Wahrscheinlich hat dies Sozialministerin Stewens auch so gar nicht gemeint.)

● Hausarzt-KV – und Facharzt-KV?

Was würde eine solche Spaltung für die Fachärzte bedeuten? Natürlich müssen auch Fachärzte weiterhin in einer KV bleiben, sodass zwangsläufig eine Facharzt-KV zu gründen ist.

Die Fachärzte haben es in der Vergangenheit nicht geschafft, eine einheitliche politische Meinung aufzubauen. Hier ist ihnen die hausärztliche Versorgungsebene tatsächlich ein ganzes Stück weit voraus. Sollte es wirklich zu einer Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung in einer Haus- und Facharzt-KV kommen, wird interessant sein, wie sich die Fachärzte sortieren werden. Akzeptieren sie in einer solchen Facharzt-KV den Zwang, sich endlich auf eine gemeinsame Linie zu einigen, oder diskutieren und entscheiden sie weiter so kontrovers, dass auch diese KV letzten Endes zum Scheitern verurteilt sein würde?

Bleibt noch die letzte Frage: Ob eine hausärztliche und eine fachärztliche

KV verwaltungstechnisch überhaupt überlebensfähig sind? Hier muss man ernste Zweifel anbringen. Wahrscheinlich werden die Verwaltungskosten deutlich ansteigen, was den Verdruss der Vertragsärzte an der Institution KV noch verstärken wird. Bleibt letzten Endes zu hoffen, dass die Kassenärztliche Vereinigung in ihrer derzeitigen Struktur bestehen bleibt, auch wenn in zahlreichen KVen inzwischen – zumindest bei den Honorarverhandlungen gegenüber den Krankenkassen – faktisch schon eine Trennung unter dem Dach einer Einheits-KV stattgefunden hat. Die Vernunft der Bundesländer außerhalb von Bayern wird hoffentlich siegen.

HFS

Angiologie

Ein Schwerpunkt zwischen Versorgungsauftrag und Lobbyismus?

Seit seiner Aufnahme in die WBO im Jahr 1992 hat sich der junge Schwerpunkt „Angiologie“ im Gebiet der Inneren Medizin kontinuierlich weiterentwickelt. Mit seinem damaligen Votum hat der Deutsche Ärztetag die Notwendigkeit dieser internistischen Gefäßspezialität erkannt, die umfassende Kenntnisse und Kompetenz im pathophysiologischen Verständnis, in Diagnose und Differenzialdiagnose sowie in der differenzierten Therapie vaskulärer Erkrankungen vorhält. Der Versorgungsbedarf und die Entwicklung der Angiologie findet ihren Niederschlag in den statistischen Daten (Bundesärztekammer, statistisches Bundesamt): Gab es in Deutschland 1997 nur 259 Angiologen in Niederlassung und Klinik so hat sich diese Zahl im Jahr 2006 auf 509 fast verdoppelt.

Auch die Anzahl im Krankenhaus leitend tätiger Angiologen ist seit 1997 von einigen wenigen kontinuierlich auf 116 im Jahr 2006 angestiegen. Dies zeigen auch die zunehmenden Stellenausschreibungen bezüglich leitender Fachärztinnen und Fachärzten für Angiologie im Krankenhaus ohne die ein „Gefäßzentrum“ kaum zu betreiben ist. Inzwischen sind in Deutschland 20 angiologische Abteilungen im Zusammenhang mit einem Gefäßzentrum zertifiziert worden und die Zahl der nach ISO- oder KTQ-Norm zertifizierten Angiologen in Klinik und Praxis wächst ständig.

Von großer Bedeutung für die Versorgung von Gefäßpatienten sind die angiologischen Rehabilitationseinrichtungen, ohne die eine fachkompetente Nachversorgung komplizierter gefäßchirurgischer oder postinterventioneller Eingriffe unzureichend wäre.

Die berufspolitische Sektion Angiologie im BDI verzeichnete im letzten Jahrzehnt einen deutlichen Zuwachs von 120 auf 410 Mitglieder.

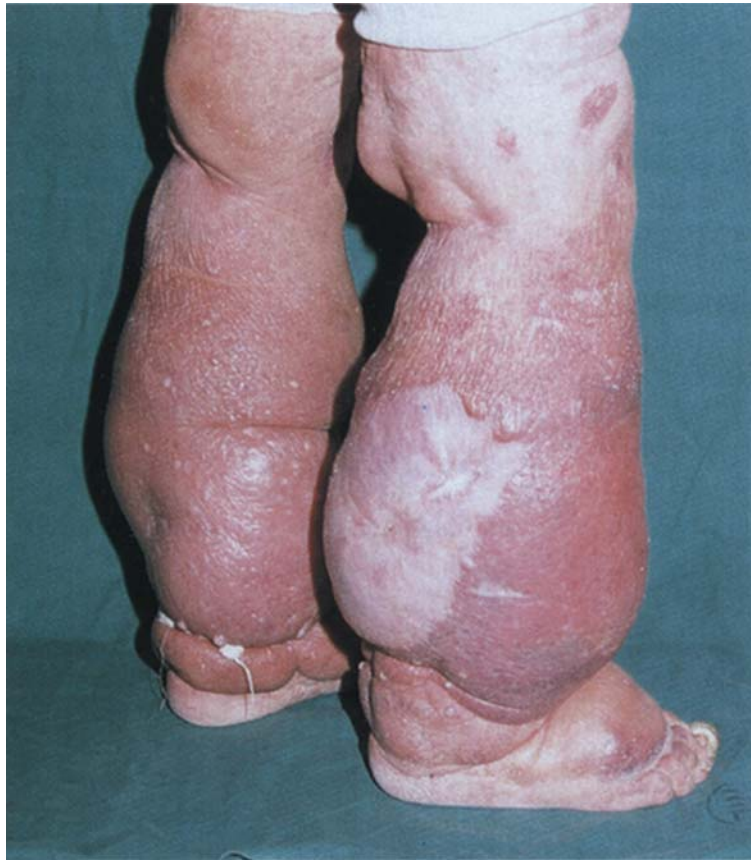
● Als „fachfremd“ eingestufte Verfahren behindern die Berufsausübung

Die erfreuliche Entwicklung des Schwerpunktes Angiologie in Deutschland darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich dieses Fach erheblichen Imponderabilien in seinem Versorgungsauftrag und dem universitären Betrieb ausgesetzt sieht: Fast einer Behinderung der Berufsausübung kommt die nach derzeitiger Lesart der Weiterbildungsordnung (WBO) für Angiologen als „fachfremd“ eingestufte endovaskuläre Therapie (PTA, Stent-Implantation) von Arterienstenosen und -verschlüssen gleich. Zahlreiche Anträge unserer berufspolitischen Vertretung bei Landesärztekammern, -KVen und dem Deutschen Ärztetag, diesen Missstand zu beseitigen, sind für uns aus nicht nachvollziehbaren Gründen gescheitert. Dies ist deshalb auch bedauerlich, da sich Sozialgerichte in ihren Entscheidungen auf die WBO stützen.

Haben wir Angiologen nicht das gleiche Anrecht auf qualitativ gute Versorgung unserer interventionsbedürftigen Patientinnen und Patienten wie Radiologen und Gefäßchirurgen?

Für Kardiologen selbstverständlich ist die eigenständige Therapie der koronaren Herzkrankheit mittels PTCA mit oder ohne Stent. Für Angiologen ist diese Selbstverständlichkeit ein nahezu unüberwindbares Hindernis. Gibt es für dieses „Messen

heit wäre der Kardiochirurg mit seinem originären Auftrag überfordert, differenzierte angiologische Diagnostik und Therapie mit abzudecken. Das gleiche Problem hätten Kardiologen, die sich neben Herzerkrankungen als Volkskrankheit nun auch



Gefäßkrankungen sind Volkskrankungen. Patienten mit Lymphödemen müssen dennoch gemeinsam mit Angiologen oft darum kämpfen, dass Therapien zur Behandlung ihrer Krankheit anerkannt werden.

mit zweierlei Maß“ sachliche Gründe? Die für Angiologen als fachfremd eingestufte endovaskuläre Therapie großer Arterien ist für Kardiologen trotz fehlender angiologischer Weiterbildungsinhalte im Schwerpunkt Kardiologie nicht fachfremd. Wie erklären sich diese unterschiedlichen Bewertungen?

● Auch Gefäßkrankungen sind Volkskrankheiten!

Wer allerdings allen Ernstes der Meinung sein sollte, dass sich die Angiologie als „Anhängsel“ an andere Schwerpunkte wie die Kardiologie oder den chirurgischen Schwerpunkt „Gefäßchirurgie“ koppeln ließe, dem sind nicht nur Vorhalten und Erfüllung der in diesem Falle ausufernden Weiterbildungsinhalte seines Schwerpunktes sondern auch die Dimension der Gefäßkrankheiten als Volkskrankheit aus dem Blick geraten. Vergleichbar mit der Volkskrankheit der koronaren Herzkrank-

gereicht, bis sie einen kompetenten Angiologen finden.

● Ein Stiefkind in Forschung und Lehre

Ein weiteres Problem für die Angiologen stellt die universitäre Angiologie dar. Warum werden an deutschen Universitäten eigenständige angiologische Abteilungen eher ab- als aufgebaut obwohl sicherlich genug wissenschaftlicher angiologischer Nachwuchs zur Verfügung steht und breites Interesse an gefäßorientierter Forschung und Lehre besteht? Dieses „heiße Eisen“ betrifft auch die Gefäßchirurgie, wie dies neulich aus einem Editorial in der Zeitschrift „Gefäßchirurgie“ zu entnehmen war. Das soll uns kein Trost sein, sondern wir empfinden tiefste Solidarität mit unseren gefäßchirurgischen Partnern. Ein vernünftiges Konzept eines universitären Gefäßzentrums im Sinne eines Hochleistungszentrums kann nur betrieben werden, wenn Angiologe, Gefäßchirurg und Radiologe nicht nur auf der Versorgungsebene sondern auch in der Forschung und Lehre kooperieren.

Angiologie als internistische Gefäßmedizin ist mehr als nur die Mitbehandlung des Patienten im Rahmen seiner kardialen Erkrankungen oder gefäßchirurgischer Eingriffe. Sie stellt das Umfeld dar, ohne das Behandlungen von Herz-Kreislauf-erkrankungen oder chirurgische und interventionelle Gefäßbehandlungen nicht sinnvoll eingesetzt werden können. Sie stellt die ganzheitliche Betrachtung des Gefäßpatienten in den Mittelpunkt der Diagnose und Therapie. Langfristige strukturierte Patientenführung sichert Therapieergebnisse, vermeidet frühzeitige Rezidive und motiviert die Patienten zur Compliance. So nimmt zum Beispiel der diabetische Fuß im Rahmen des angiologischen Krankheitsgutes eine zentrale Stellung ein. Handelt es sich doch dabei um die Folge einer gestörten Makro- und Mikroangiopathie, in der Regel auch begleitet auch von einer neurologischen Stö-

rung. Im Interesse des uns anvertrauten Patienten ist es eine absolute Notwendigkeit, dass die strukturierte Versorgung von Diabetikern mit einem derartigen Krankheitsbild die zwingende Einbindung angiologischer Zentren einerseits und angiologischer Fachpraxen andererseits berücksichtigt.

Die Änderungen des Gesundheitssystems hin zu möglichst kurzen präzisen Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Eingriffen machen die exakte internistisch angiologische Vorbereitung und Nachsorge des Gefäßpatienten notwendig. Wenn dabei alle Fachgruppen sich auf ihre Kernkompetenzen und weniger auf ihren Lobbyismus besinnen, ist die Effizienz auf vaskulärmedizinischem Gebiet am größten und dem Gefäßpatienten ist damit am meisten geholfen.

Prof. Dr. M. Ludwig
Vorsitzender der Sektion Angiologie im BDI, Chefarzt Abteilung für Angiologie und Phlebologie
Interne Klinik Dr. Argirov
82335 Berg
Münchener Straße 23-29

Dr. G. Tepohl
stellvertretender Vorsitzender der Sektion Angiologie im BDI
Internist/Angiologie
Sendlinger-Tor-Platz 8
80336 München

Dr. U. Faber
stellvertretender Vorsitzender der Sektion Angiologie im BDI
Internist/Angiologie
Thaerstrasse 1
35392 Giessen

PD. Dr. K. Kröger
Oberarzt
Klinik und Poliklinik für Angiologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45147 Essen

Anzeige

Pentalog

111 x 50

Vorm Schiedsamt oder in Gottes Hand?

Ein positives Signal

In sehr vielen Kassenärztlichen Vereinigungen kommt es nicht mehr zu ausgehandelten Vertragsabschlüssen: meist werden die Schiedsämter bemüht, da die Interessen der Krankenkassen und der Vertragsärzte bei der finanziellen Ausstattung des Gesundheitswesens zu weit auseinander liegen. Schiedssprüche werden deshalb zunehmend die Regel und gewinnen bei besonderen Konstellationen durchaus Präzedenzcharakter. Insbesondere, wenn es um die Definition von festen Punktwerten bei bestimmten Leistungsbereichen geht, ist das Schiedsamt gefragt.

Bezüglich des ambulanten Operierens und der stationärsetzenden Leistungen, die im Übrigen auch internistische Leistungsbereiche in der Kardiologie und Gastroenterologie beinhalten, hat das Schiedsamt auf Bundesebene klargestellt, dass es sich hier um Leistungen handelt, die außerhalb des Budgets bezahlt werden müssen.

Dies bedeutet für die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, dass sie diese Leistungen aus dem bisherigen Budget herausrechnen müssen und in Zukunft die Mengenentwicklung mit einem festzusetzenden Punktwert zu Lasten der Krankenkassen geht. Dieser Vorgang ist in den vergangenen Jahren bei innovativen Verträgen oft erprobt worden. Ein großer Teil dieser extrabudgetären Leistungen wurde aber durch die Einführung des EBM 2000 plus und durch Korrekturen der Honorarverteilung wieder eingestampft. Wie viel Geld dort den Vertragsärzten verloren gegangen ist, ist schwer abschätzbar.

● Schiedsspruch nach EBM-Vorgaben

Diese Bereinigung ist für die KVen dennoch nicht einfach. Oft können Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen bei dem Wirrwarr ihrer Honorarverteilungsmaßstäbe die in der Vergangenheit angefallenen Kosten nicht mehr eindeutig definieren. Somit endet auch diese Verhandlung wieder vor dem Schiedsamt. Für die Ersatzkassen hat es unter einem neuen Schiedsamtvorsitzenden in Hessen einen interessanten Schiedsspruch geben, der überregional Erwähnung finden muss. Das Schiedsamt hat nämlich beschlossen, dass die im Katalog aufgeführten Leistungen allesamt mit 5,11 Cent zu vergütet sind. Der Schiedsamtvorsitzende hat sich von den klaren Vorgaben des EBM leiten und nicht auf eine ökonomische Diskussion eingelassen. Es ist selbstverständlich, dass Punktwerte bei einem Budget oder einer Ausgabenoberbegrenzung fließen, wenn man das Morbiditäts- und Fallzahlrisiko bei den Leistungserbringern abgeben will. Deshalb heißt auch der EBM nicht Gebührenordnung, sondern Bewertungsmaßstab. Es wird eben nur der Wert der einzelnen Leistungen untereinander definiert, aber kein Betrag in Euro und Cent festgesetzt wie wir es aus der GOÄ kennen. Insofern sind intrabudgetäre Leistungen weiterhin nach den Vorgaben unseres Sozialgesetzbuches mit fließenden Punktwerten zu vergüten.

● Kommt nun die Klage vor dem Sozialgericht?

Wird aber eine Leistung extrabudgetär vergütet, muss das Schiedsamt den Punktwert festsetzen. Versetzt man sich in die Lage eines Schiedsamtvorsitzenden, so muss er eine Entscheidung treffen, die auch vor einem Sozialgericht in der nächsten Instanz Bestand haben soll. Ergo bleibt nur der kalkulatorische Punktwert von 5,11 Cent als Bewertungsgrundlage. Bei allen anderen Punktwerten müsste das Schiedsamt begründen, warum es von der Kalkulation des EBM 2000 plus abweicht. Soweit ist der Schiedsspruch in Hessen für die ambulanten Operateure und die Vertragsärzte, die stationärsetzenden Leistungen erbringen ein positives Signal. Die Bereinigung der Leistungen in der Vergangenheit soll nach dem Schiedsspruch aber auch über 5,11 Cent erfolgen, sodass die Kassenärztliche Vereinigung mehr Geld einbringen muss, als sie seither für diese Leistungen aufgewandt hat. Eine Klage vor dem Sozialgericht ist zulässig. Interessant wird sein, ob die Krankenkassen einerseits die gefürchteten 5,11 Cent akzeptieren werden und ob die KV Hessen andererseits die überzogene Korrektur ihrer Gesamtvergütung hinnimmt. Man darf gespannt sein.

HFS

IGeL ohne Ende

Brauchen wir einen eigenen IGeL-Katalog?

Die Individuelle Gesundheitsleistung, mit dem plakativen Namen „IGeL“ versehen, ist zurzeit wieder in die Diskussion geraten. Insbesondere von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen wird über das WIdO moniert, dass es überhaupt solche Gesundheitsleistungen für gesetzlich Krankenversicherte gibt. Es geht nach dem Motto: „Wir bieten alles medizinisch Notwendige in der gesetzlichen Krankenversicherung an“. Alles, was darüber hinausgeht, sei Geldschneiderei.

Auch die Bundsärztekammer hatte zu den IGeL-Leistungen eine zwiespältige Haltung und betont immer wieder, dass es notwendig ist, diesen Leistungsbereich regelrecht zu definieren. Von der „Ärztzeitung“ gibt es inzwischen Statistiken, welche Leistungen von bestimmten Fachgruppen häufig in Anwendung gebracht werden. Dies reicht von Vitaminkuren bis zu besonderen sonografischen Leistungen, z. B. während der Schwangerschaft. Auch Laboruntersuchungen zur Prävention stehen auf der Liste.

● Zwei Leistungsdefinitionen

Die hier angezettelte Diskussion löst deshalb Unbehagen aus, weil die Definitionen, von denen man bei der Leistungserbringung ausgehen muss, offensichtlich völlig verschwimmen. Es ist sinnvoll, sich einige Gedanken über die ursprüngliche Definition der IGeL-Leistungen zu machen. Der Begriff IGeL ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen wahrscheinlich wegen des plakativen Namens eingeführt worden. Man hat dabei zunächst Leistungen gemeint, die ein Vertragsarzt erbringen kann und die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen

Krankenversicherung gehören. Insofern ist die ursprüngliche Definition nur von zwei Leistungsbereichen ausgegangen, nämlich innerhalb und außerhalb des gesetzlichen ambulanten Leistungskatalogs. Dass der Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur



via EBM zu definieren ist, wird ersichtlich an den unterschiedlichen Leistungsspektren im ambulanten und im stationären Bereich. Was dem Vertragsarzt als Leistung verwehrt wird, weil es nicht im EBM steht, kann das Krankenhaus jederzeit während eines stationären Aufenthaltes erbringen, ohne dass eine Diskussion über die Sinnhaftigkeit dieser Leistung entsteht. Insofern hat der Gesetzgeber bewusst zwei Leistungsdefinitionen zugelassen, je nach Versorgungsebene, in der der Patient in Behandlung ist. Es ist deshalb verständlich, dass es auch Leistungen gibt, die man mit medizinischer Begründung erbringen kann, auch wenn sie nicht im EBM-Katalog enthalten sind.

● Zur ursprünglichen Definition zurückkehren

Inzwischen hat sich natürlich ein Katalog häufiger IGeL-Leistungen herausgebildet, sodass man versucht ist, einen eigenen zusätzlichen Leistungsbereich zu definieren. Dies würde bedeuten, dass wir den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ambulant, die Abrechnungsmöglichkeit des Krankenhauses stationär, einen Katalog für IGeL-Leistungen und zusätzlich Leistungen außerhalb dieser drei Versorgungsbereiche definieren müssten!

Wie die Reaktion der gesetzlichen Krankenkassen zeigt, kommt eine solch aberwitzige Untergliederung vor allem jenen in der politischen Diskussion zupass, die den Vertragsärzten überzogene Gewinnsucht vorwerfen wollen.

Wir sollten von Seiten der Ärzteschaft wieder zu der ursprünglichen Definition des IGeL zurückkehren: Es handelt sich um Leistungen außerhalb des Katalogs der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante Versorgung, die beim einzelnen Patienten individuell begründet werden müssen. Wir sollten deshalb keinerlei Gedanken mehr an einen eigenen IGeL-Katalog verschwenden.

HFS

Die Pressemitteilung zur Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) sowie einzelne Studienergebnisse finden Sie auf der Homepage des WIdO unter http://wido.de/priv_zusatzleist.html bzw. unter http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_ges_pm-anhang_igel_0707.pdf.

§§§ Neue Urteile

§ Einschränkung der Pendlerpauschale doch nicht verfassungswidrig?

Der 10. Senat des Finanzgerichts Köln kam in seinem Beschluss vom 29. März 2007 (Az.: 10 K 274/07) zu dem Ergebnis, dass die Kürzung der Entfernungspauschale zum 1. Januar 2007 durch das Steueränderungsgesetz 2007 doch mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Der Senat schloss sich damit nicht der Auffassung der Finanzgerichte Niedersachsen und

Saarland an, die die Kürzung der Pendlerpauschale für verfassungswidrig halten und entsprechend die Verfahren dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorgelegt haben (Az. beim Bundesverfassungsgericht: 2 BvL 1/07 und 2 BvL 2/07). Das Finanzgericht Köln vertritt wie das Finanzgericht Baden-Württemberg (Urteil vom 07.03.2007 Az.: 13 K 283/06) somit die Meinung, dass es dem Gesetzgeber im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit gestattet ist, Aufwendungen für die Fahrten zwischen

Wohnung und Arbeitsstätte künftig im Grundsatz nicht mehr als Werbungskosten zu behandeln. Die besondere Belastung der so genannten Fernpendler werde hinreichend gewürdigt, indem ab dem 21. Entfernungskilometer die Aufwendungen wie Werbungskosten anerkannt würden.

Das Finanzgericht Köln hat das Verfahren bis zu einer abschließenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ausgesetzt.

Es versteht sich von selbst, dass die steuerrechtlichen Berater gehalten sind, die Bescheide ihrer Mandanten angesichts der unsicheren Rechtslage offen zu halten. Hierbei ist insbesondere das Schreiben des BMF vom 04.05.2007 zu beachten, wonach Anträge auf Aussetzung der Vollziehung abzulehnen seien. Allerdings gibt es trotz der derzeit angeheizten Diskussion in den Medien gute Gründe, die für eine Verfassungsmäßigkeit der Neuregelung im Steueränderungsgesetz 2007 sprechen.

§§§ Neue Urteile

§ Firmierung als gGmbH unzulässig

Durch Beschluss hat das Oberlandesgericht (OLG) München am 13. Dezember 2006 (Az.: 31 Wx 84/06) entschieden, dass die zur Hervorhebung der Gemeinnützigkeit gängig verwendete Abkürzung gGmbH keine zulässige Bezeichnung im Sinne des GmbH-Gesetzes sei. Dabei hat das OLG hervorgehoben, dass hieran weder die große Verbreitung dieser Bezeichnung noch der Umstand, dass die Bezeichnung gGmbH bereits in zahlreichen Fällen in das Handelsregister eingetragen sei, etwas ändert. Der Beschluss gibt jedoch keine Anhaltspunkte, welche Firmierung nach Auffassung des OLG zulässig sei und welche rechtlichen Konsequenzen sich für als gGmbH eingetragene und als solche auch firmierende Gesellschaften ergibt.

Obwohl der Beschluss des OLG München bisher eine Einzelfallentscheidung

darstellt, wird für die im Handelsregister als gGmbH eingetragene Gesellschaft als sicherster Weg nur die Änderung Ihrer Firma im Wege der Satzungsänderung bleiben. Für alle anderen sollte derzeit im Marktauftritt die Abkürzung „gGmbH“ vermieden werden.

§ Rechte von privat Krankenversicherten bei Tarifwechsel gestärkt

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 21. März 2007 (Az.: 6 C 26/06) für den Fall des Tarifwechsels innerhalb eines Leistungsbereichs der privaten Krankenversicherung die Rechte der Versicherungsnehmer gestärkt. Im Streitfall musste ein Versicherungsunternehmen bei der Einstufung in die so genannte Zahnstaffel die Vorversicherungszeit des Versicherungsnehmers in dem bisherigen Tarif anrechnen. Das Bundesverwaltungsgericht entschied, dass der Ver-

sicherungsnehmer bei bestehendem Versicherungsverhältnis vom Versicherer verlangen kann, dass diese Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Altersrückstellung annimmt (§ 178 f. Abs. 1 VVG).

Damit soll insbesondere älteren Versicherungsnehmern ermöglicht werden, aus einem wegen der Altersstruktur mit hohen Prämien belasteten Tarif in einen attraktiveren Tarif zu wechseln ohne bereits erworbene Rechte zu verlieren.

§ Vereinbarung einer dreijährigen Probezeit für den neu eintretenden Partner einer Gemeinschaftspraxis ist zulässig

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seiner Entscheidung vom 7. Mai 2007 (Az.: II ZR 281/05) festgestellt, dass die zeitliche Beschränkung der Beteiligung eines neu eintretenden Vertragsarztes an einer Gemeinschaftspraxis keinen Verstoß gegen das Hinauskündigungsverbot darstellt und mithin zulässig sei.

Der II. Zivilsenat des BGH hatte nach dem so genannten Laborärzte-Fall (Urteil vom 8. März 2004 Az.: II ZR 165/02) erneut über die Frage der

Zulässigkeit eines freien Hinauskündigungsrechts (Probezeit) bei einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis entschieden. Die im Laborärzte-Fall mangels Entscheidungserheblichkeit offen gelassene Frage, für welchen begrenzten Zeitraum den aufnehmenden Berufsträger die Möglichkeit zugebilligt werden soll zu prüfen, ob der neu eintretende Partner sich in die Gemeinschaftspraxis einfügen kann, hat er dahingehend entschieden, dass bei der hier gegebenen nach dem früheren Zulassungsrecht gegründeten Gemeinschaftspraxis die Frist eines Kündigungszeitraums von drei Jahren nicht überschritten werden darf. Bei der Festsetzung dieser Frist hat der II. Senat berücksichtigt, dass diese sowohl den Zeitraum des gegenseitigen Kennenlernens umfassen als auch noch ausreichend Zeit eröffnen muss, mögliche zwischen den Gesellschaftern aufgetretene Differenzen auszuräumen und zu für beide Seiten tragfähigen Kompromissen zu gelangen. Er hat zudem die bei ärztlichen Gemeinschaftspraxen anders als bei anderen Freiberuflern (zum Beispiel Rechtsanwälten, Steuerberatern oder Wirtschaftsprüfern) bisher bestehenden öffentlich rechtlichen Restriktionen bei der Gestaltung des beruflichen Zusammenwirkens in den Blick genommen.

Gleichzeitig hat der Senat entschieden, dass sich vorliegend die Klägerin auf die wegen Überschreitens der höchstzulässigen Kündigungsfrist von drei Jahren unwirksamen Kündigung des Beklagten nicht berufen kann, da nach dem festgestellten Sachverhalt das Berufen auf die Unwirksamkeit treuwidrig sei. Mit seiner Rechtsprechung zur Sittenwidrigkeit über lange Hinauskündigungsklauseln hat der Senat sichergestellt, dass jedes Mitglied einer Personen- wie auch Kapitalgesellschaft seine Rechte und Pflichten unabhängig von dem Wohlwollen der Mehrheit in Selbstverantwortung ausüben soll und nicht unter dem Druck des jederzeitigen Ausschlusses stehen dürfe. Der Druck des Damokles-Schwertes, welcher der Senat für jeden Gesellschafter mit der Begrenzung der Kündigungsfrist zeitlich einschränken will, bestand aber in dem vorliegenden Fall bereits vor Ablauf der höchstzulässigen Frist von drei Jahren nicht mehr.

Rechtsanwalt Fachanwalt für Steuerrecht Helge Rühl
E-Mail: ruehl@uls-frie.de
Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte
www.uls-frie.de



1. DEUTSCHER INTERNISTENTAG

25.–27. Oktober 2007

ESTREL Convention Center Berlin

- Berufspolitik
- Aktuelle Medizin
- Kompaktes Praxiswissen
- Kurse und Symposien



Tagungspräsidenten

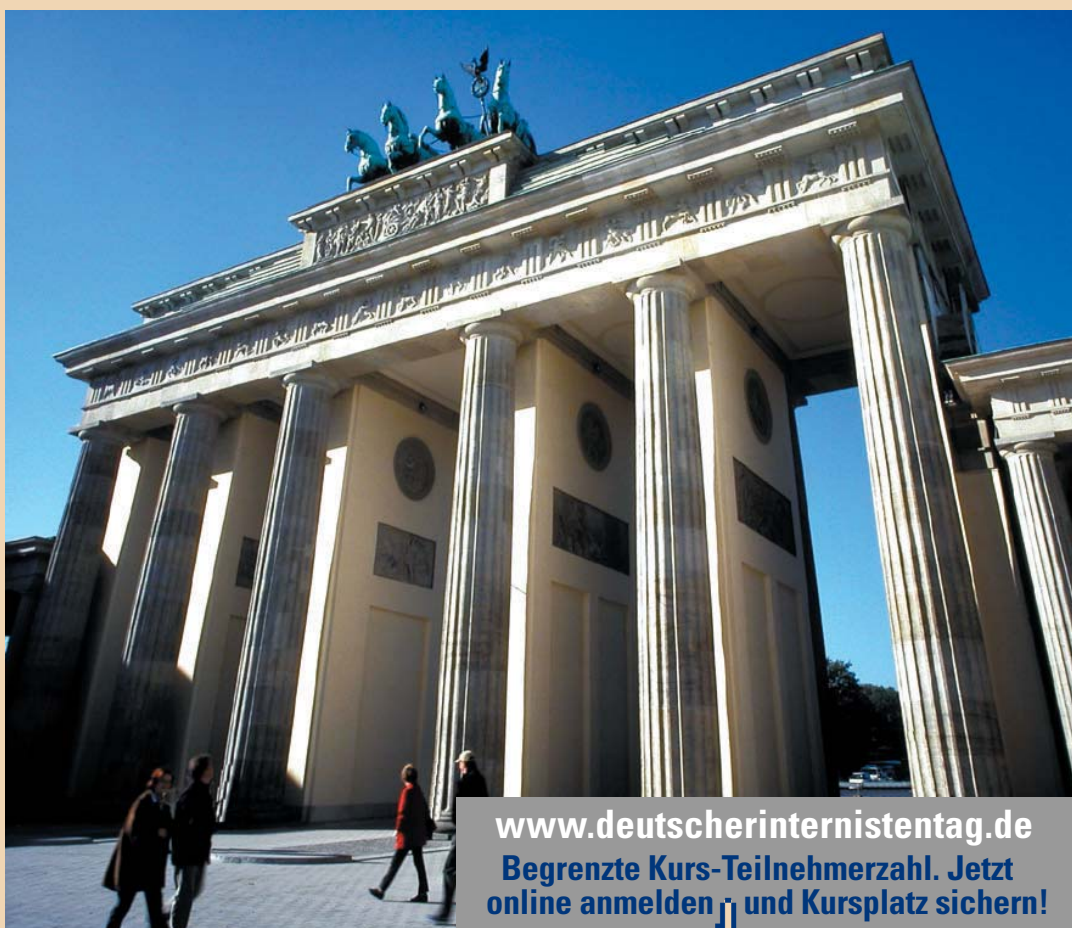
Prof. Dr. med. Jürgen F. Riemann
Prof. Dr. med. Wolfgang Hiddemann

Veranstalter

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

Organisation

Thieme.congress
in Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstr. 14 · 70469 Stuttgart
Tel.: +49 (0)711/89 31-480
Fax: +49 (0)711/89 31-370
deutscherinternistentag@thieme.de



www.deutscherinternistentag.de
Begrenzte Kurs-Teilnehmerzahl. Jetzt online anmelden und Kursplatz sichern!

