

Editorial

Auch nach der Sommerpause ...

... scheint in der Gesundheitspolitik eine trügerische Ruhe vorhanden zu sein. Sind die Matadore nach der kräftezehrenden GKV-WSG-Gesetzgebung noch erschöpft oder ist etwa alles auf dem richtigen Weg?

Sicher trägt die überraschend gute wirtschaftliche Entwicklung mit zusätzlichen Einnahmen der Sozialkassen ihren Teil bei. So haben die Kassen mit 307 Mill. Euro im ersten Halbjahr einen überraschend hohen Überschuss erzielt und erwarten aufgrund von Sonderzahlungen einen Überschuss von ca. 1,6 Mrd. € zum Jahresende. Die Kassen und das Bundesgesund-

heitsministerium können sich zufrieden zurücklehnen, sprechen von Konsolidierung und der Notwendigkeit, sich weiter zu entschulden.

Aber widerspricht nicht eine ausschließlich auf Kassenbeiträge fixierte Gesundheitspolitik völlig den medizinischen Versorgungsnotwendigkeiten? Sparen sich die Krankenkassen nicht gesund auf Kosten der Patienten? Werden denn die Kranken in diesem Lande besser oder inzwischen deutlich schlechter versorgt? Und wie ist die Situation bei den sozial Schwachen und den alten Menschen?

Wir sollten uns nicht täuschen lassen: Die finanziell positive Halbjah-

resbilanz der GKV ist keine Erfolgsgeschichte. Nicht für uns Ärzte in Klinik und Praxis und schon gar nicht für unsere Patientinnen und Patienten. Denn noch immer fehlen überzeugende Versorgungs- und Finanzierungskonzepte. Und wie ein Krake nimmt die Bürokratie in Krankenhaus und Praxis weiter zu.

Nach der Reform ist vor der Reform; diese Erkenntnis gilt weiter. Nur scheint diese Regierung auf Zeit zu spielen und die nächsten Bundestagswahlen abwarten zu wollen. Und so wird wichtige Zeit verloren gehen, der finanzielle Druck zunehmen und nach der nächsten Wahl das nächste Gesundheitsreformspargesetz durchgepeitscht werden müssen.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Wir vom Berufsverband Deutscher Internisten werden Politik und Kassen nicht in Ruhe lassen und weiter auf Schwächen und Fehler in der Versorgung kranker Menschen hinweisen. Die Innere Medizin diagnostiziert, therapiert und betreut die Menschen mit den großen Volkskrankheiten in allen Versorgungsbereichen. Ihr Berufsverband, der BDI, ist nicht nur Europas größter Facharztverband, sondern auch der einzige Verband, der berufspolitisch alle

Internisten in allen Bereichen vertritt.

Lassen Sie uns weiter unbequem aber konstruktiv unsere Interessen vertreten.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Der neue EBM (Fortsetzung von Seite 1)

Nagelprobe für die Kassenärztliche Vereinigung

Ein neuer EBM als Lösung aller Probleme

In dieser Situation muss auf Wunsch des Gesetzgebers ein neuer EBM her – natürlich unter Zeitdruck, an so sinnvolle Ansätze wie ein Probelauf ist natürlich wie schon beim EBM 2000 plus nicht zu denken. Will man die Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung verstehen, so muss man den EBM im Gesamtkontext der gesetzlichen Vorgaben sehen.

– Der EBM muss bis zum 31.12.2007 stehen. In einer solchen Situation ist niemand in der Lage, Details zu diskutieren und Feinarbeit zu leisten. Die notwendigen Anhörungen der Berufsverbände im Vorfeld werden zur Pflichtübung. Dementsprechend sauer reagieren diese, weil sich von ihren Wünschen im Detail fast nichts in der Vorlage wieder findet. Die Chirurgen lehnen deshalb das Werk rundweg ab. Man hat man einfach das Strickmuster des alten EBM 2000 übernommen, und nur die Bewertungsgrundlage korrigiert. So hat sich der kalkulierte Arztlohn durch die Tarifverträge des Marburger Bundes erhöht, die Mehrwertsteuer wurde angehoben, der Bürokratieaufwand durch neue Gesetze derart gesteigert, dass zusätzliches Personal in den Praxen erforderlich wurde usw. Nach Ansicht der KBV müssen die Leistungen deshalb im Schnitt um 30 Prozent in ihrer Punktzahl angehoben werden. Im Bewertungsausschuss kam es wie vorgesehen: Inhaltlich stimmen die Krankenkassen der Vorlage zu – der

alte EBM lässt grüßen –, wegen der Bewertung muss aber das Schiedsamt, sprich der Erweiterte Bewertungsausschuss, her.

– Ab 2009 wird per Verordnung ein einheitlicher Punktwert festgesetzt, damit Frau Schmidt politisch das Gesicht wahren kann. Hat sie doch versprochen, die Vergütung in Zukunft in Euro und Cent abzuwickeln. Wer aber jetzt glaubt, das brächte mehr Geld in die Kassen der Vertragsärzte, der irrt sich. Die Kassen sind nämlich an eine Ausgabenobergrenze im ambulanten Bereich bundesweit gebunden, sodass man über einen weiteren Mechanismus die Wunschträume der Vertragsärzte wieder einfangen will. Das geschieht über die sattem bekannten Regelleistungsvolumina.

– Diese Mengenbegrenzung über Regelleistungsvolumen erfolgt über einzeln zu verhandelnde Abstaffelungsgrenzen. Nur bis zu dieser Grenze wird eine vernünftige Bezahlung in Euro und Cent möglich sein. Darüber hinaus arbeitet der Vertragsarzt mit einer Abstaffelung fast zum Nulltarif. Die Strategie der Kassenärztlichen Vereinigung geht deshalb über den derzeitigen EBM-Beschluss weit hinaus. Man muss sie daher im Gesamtkontext sehen.

Zunächst sollen die Punktzahlen für die Leistungen drastisch erhöht werden. Die Aktivität der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei der Neugestaltung des EBM ist deshalb zu unterstützen. Im weiteren muss der

bundesweite Punktwert ebenfalls hoch sein und bei den Regelleistungsvolumen müssen die Krankenkassen an ihre Sicherstellungsaufgabe erinnert werden – nicht das Geld, sondern der wirkliche medizinische Bedarf sollten bei der Definition der

Abstaffelungsgrenze Pate stehen. Interessant wird die Frage sein, ob die Vertragsärzte bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens verpflichtet sind, für abgestaffelte Punktwerte noch Leistungen zu erbringen, oder ob sie dann ihre Praxis schließen können. Nur mit einer ausreichend hohen Punktzahlbewertung der einzelnen Leistung und einem entsprechend hohem Punktwert sowie einer medizinisch orientierten Definition der Abstaffelungsgrenze der Regelleistungsvolumen wird sich wieder eine

vernünftige Finanzierung der ambulanten Versorgung herstellen lassen. Diese Verhandlungen werden für die Kassenärztliche Vereinigung ausgesprochen schwierig. Den Kassen muss von der KV klargemacht werden: Ohne Geld gibt es keine Leistung. An den Ergebnissen dieser Verhandlungsstrategie auf der KBV-Ebene und deren Umsetzung in den Länder-KVen wird sich das Schicksal der Kassenärztlichen Vereinigung als Institution entscheiden.

HFS

Aufsichtsministerin rügt die KV Hessen (Fortsetzung von Seite 1)

KV-Abrechnung im Zwielficht

„Äußerst intransparent und nur schwer nachvollziehbar“

Schon vorab sei ersichtlich, so Ministerin Lautenschläger, dass das Verwaltungshandeln der KV Hessen „äußerst intransparent und nur schwer nachvollziehbar ist“. Die Honorarbescheide seien wegen ihrer Komplexität und des nicht kundenfreundlichen Aufbaus nur schwer verständlich. Beispiele anderer KVen zeigten, dass man die Abrechnungen auch verständlicher formulieren kann. Aufgrund der hohen Zahl an Widersprüchen – ca. 40 000 – sei die KV verpflichtet, entsprechende Rückstellungen im Haushalt für das Prozessrisiko zu bilden. Dadurch verringert sich die an die Ärzte auszuschüttende Honorarsumme. Lautenschläger: „Hier ist ein Kreislauf in Bewegung gesetzt worden, der eigentlich niemandem nützt und für lange Zeit eine erhebliche Verunsicherung nach sich zieht.“ In der Vertreterversammlung der KV Hessen am 30. Juni trug Sozial-Staatssekretär Gerd Krämer die Ergebnisse der Sonderprüfung vor und las der

Funktionärsriege die Leviten. So warf er der KV verschiedene Rechtsverstöße vor. Sie habe eine im HVV veranordnete Prüfung im Zusammenhang mit der Ausgleichsregelung bei Honorarverwerfungen nicht zum vorgeschriebenen Zeitpunkt durchgeführt und somit ungeprüft knapp 80 Millionen € an die Mitglieder ausgezahlt. Darüber hinaus gehe die KV Zahlungsrückständen bei den Krankenkassen nicht energisch genug nach und habe Rückstellungen zweckfremd verwendet. Zudem kritisierte er Details der hausinternen Buchführung.

Kein rechtskräftigen Honorarbescheide für 2005

Die KV-Spitze – Dr. Margita Bert als Vorsitzende und Dr. Gerd W. Zimmermann als stellvertretender Vorsitzender des Vorstands – stellte sich in einem Schreiben an alle KV-Mitglieder und in einer Presseerklärung als verfolgte Unschuld dar. „Das Verhalten der Ministerin ist für uns in vielerlei Hinsicht nicht nachvollziehbar.“ Inhaltlich trage das Schreiben der

Ministerin wenig Neues bei. Im Gegenteil habe die Ministerin offensichtlich eine zusätzliche Verunsicherung der hessischen Ärzte und Psychotherapeuten in Kauf genommen, wenn nicht gar beabsichtigt. Sie argwöhnten, dass es sich um Vorboten des Wahlkampfes in Hessen handle. Auf alle Fälle wiesen die zwei die von der Ministerin erhobenen Vorwürfe entschieden zurück.

Für die hessischen Kollegen ist die Situation höchst unerfreulich. Sie haben bis heute noch keine rechtskräftigen Honorarbescheide für 2005. Die KV hat vielen Kollegen teilweise sechsstelligen Rückforderungen für 2005 vom laufenden Honorar abgezogen, aber noch keine endgültigen neuen Bescheide ausgestellt. Ihre Steuervorauszahlungen beruhen auf den falschen, weil zu hohen Zahlen des Jahres 2005 und müssen nun aus dem durch die Rückforderungen geschmälernten Honorar dieses Jahres bezahlt werden – was einigen durchaus schwer fällt.

KS

Krankenhausgesetzgebung (Fortsetzung von Seite 1)

Das Hamsterrad lässt grüßen

● Leistungsexplosion im stationären Bereich

Abgerechnet wird über DRGs. Bei diesen Fallpauschalen handelt es sich um ein selbstlernendes System, d. h. es wird zeitnah angepasst. In den letzten Jahren hat sich die Zahl der Pauschalen drastisch erhöht, man bewegt sich eher in Richtung Einzelleistungsvergütung. Dies alles bei einem offenen Leistungskatalog. Es dürfen alle Leistungen erbracht werden, die nicht ausdrücklich vom Gemeinsamen Bundesausschuss verboten werden.

Damit können die DRGs zügig angepasst werden. Pauschalen für neue Methoden werden sofort in das Abrechnungssystem aufgenommen. Über diesen offenen Leistungskatalog wird es zwischen den Krankenhäusern zu einem gnadenlosen Wettbewerb kommen, der zwangsläufig zu einer Leistungsexplosion und wenn evtl. auch zu einer Fallzahlvermehrung im stationären Bereich führen wird.

● Das Punktwertsystem lässt grüßen

Deshalb hat die Politik mit der Ausgabenobergrenze vorgesorgt. Sie hat sich offensichtlich an das System der Kassenärztlichen Vereinigung erinnert. Rechnen die Krankenhäuser in einem Bundesland mehr ab als nach der Ausgabenobergrenze erlaubt wird der Bewertungsfaktor,



spricht die Landesbaserate entsprechend abgesenkt. Der einzelne Fall wird abgewertet. Das Punktwertsystem der KV lässt grüßen. Die Krankenhäuser werden durch eine weitere Vorgabe der DRG-Systematik unter Druck gesetzt. Sie sind bei einer sinkenden Landesbaserate zur Kostenanpassung durch Rationalisierung gezwungen. Bei der Überprüfung der Kalkulation wird dies zu einer Absenkung der Bewertung führen müssen. Der Kostendruck wird weiter verstärkt, es müssen noch mehr Fälle und Leistungen abgerechnet werden, will man die Ausgabenobergrenze erreichen. Im Klartext: hier wird ein Hamsterradeffekt ausgelöst. Der Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander kann damit ruinös werden, kein Wunder, dass manche Bundesländer über eine Reform, wenn nicht sogar über eine Abschaffung des DRG-Systems nachdenken, um die Krankenhäuser zu retten.

● Zweiter Kriegsschauplatz: duale Finanzierung

Ein weiterer Kriegsschauplatz ist die derzeit duale Finanzierung der Krankenhäuser. Der Staat ist für die Investition zuständig, die laufenden Kosten werden von den Kassen gedeckt. Über den Krankenhausplan liegt die Entscheidungskompetenz zurzeit bei den Ländern. Dies würde sich mit der Einführung der monistischen Finanzierung – alles wird von Kassen finanziert – schlagartig ändern. Die Macht ginge auf die Krankenkassen über. Die Bundesländer würden sich selbst entmachten. Die Begeisterung für die monistische Krankenhausfinanzierung hält sich deshalb in Grenzen. Zusätzliche Konflikte gibt es bei der andiskutierten Vereinheitlichung der

Base-Rate auf Bundesebene. Durch diese Maßnahmen würden die Krankenhausstrukturen gleichgeschaltet. Länder mit hohen Baserates haben damit für ihre Krankenhäuser weniger Geld zur Verfügung. Länder mit geringer Baserate können auf zusätzliches Geld hoffen. Hier werden wieder die Länder, die auch schon beim Länderfinanzausgleich zur Kasse gebeten werden, bluten müssen. Es ist schon unwahrscheinlich, dass die Länder wie Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sich dies gefallen lassen.

● Von der Einigung noch weit entfernt

Die Fronten bei der Diskussion über das Krankenhausgesetz sind also

nicht einheitlich. Hier geht es nicht um einen Streit zwischen Bund und Ländern oder zwischen SPD und CDU geführten Bundesländern, sondern auch – und dies nicht zuletzt – um einen Konflikt zwischen Geber- und Empfängerländern, den wir aus dem Finanzausgleich der Bundesländer schon kennen. Bei dieser Gemengelage dürfte man von einer Einigung über die Krankenhausgesetze noch weit entfernt sein. Es darf bezweifelt werden, dass der ehrgeizige Zeitplan zu einer Lösung zum 1. Januar 2009 zu kommen, eingehalten werden kann.

HFS

Kommentar

Ein Wolf legt seinen Schafspelz ab

Ulrich Weigelt aus Bremen ist von seinem Posten als Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abberufen worden. Er steht wohl jetzt für eine Wahl zum Vorsitzenden des Hausärzterverbandes zur Verfügung. Während er sich noch bei der KV-Tätigkeit darum bemüht hatte, sowohl Hausärzten wie Fachärzten bei der EBM-Reform eine Chance zu geben, in dem man die Punktzahlvolumina etwa gleich gerichtet neu bewertet – eine Maßnahme zur Befriedung des Streites zwischen Hausarzt und Facharzt – so ist Herr Weigelt jetzt so frei, bei den Veranstaltungen des Hausärzterverbandes zu erklären, dass er für die Forde-

rung der Fachärzte bei der EBM-Diskussion nicht das mindeste Verständnis aufbringt. Er erklärt, dass die Krankenkassen bitte darauf achten sollten, dass die Vorschläge der KBV in dieser Richtung doch nicht umgesetzt werden. Offensichtlich hat er hier das Portemonnaie seines eigenen Klientels voll im Auge, das mit dem seitherigen Honorar der Fachärzte nach Freischalten der Budgets aufgefüllt werden soll. Wenn es aus der Sicht der Fachärzte noch eines Beweises bedurfte hätte, dass mit Herrn Weigelt ein Wolf im Schafspelz die Funktion des Zweiten Vorsitzenden der KBV eingenommen hat, so hat er sie jetzt geliefert. Er hat seinen Schafspelz abgelegt.

HFS

Nachlese zum neuen EBM

Arme Onkologen

Man sollte die Details des neuen EBM nicht aus den Augen verlieren, auch wenn die große politische Marschrichtung entscheidender ist. Wir haben alle in den letzten Jahren in der Inneren Medizin feststellen müssen, dass der Beratungsbedarf aus verschiedenen Gründen bei unseren Patienten drastisch zunimmt. Dies gilt sowohl für die hausärztlich als auch für die fachärztlich tätigen Internisten. Die Patienten sind aufgeklärter, sie möchten sich auch über die Zusammenhänge ihrer Erkrankung ausführlicher informieren und auch aus juristischen Gründen sind detailliertere Informationen notwendig, die allesamt bei unserer Tätigkeit in der Praxis und im Krankenhaus Zeit kosten. Bei einer Neukalkulation des EBM muss diesem auch von der Öffentlichkeit und den Krankenkassen ausgelösten Bedarf Rechnung getragen werden. Insofern ist es notwendig, dass vermehrte Beratungs- und Betreuungsziffern in den EBM einfließen. Bei genauer Durchsicht des neuen EBM zeigt sich

aber, dass man hier die verschiedenen Gruppen unterschiedlich behandelt hat. Während man den Pneumologen zum Beispiel eine zusätzliche Beratungsgebühr im Wiederholungsfalle zugesteht, ist man offensichtlich bei anderen Schwerpunkten dazu nicht bereit. Insbesondere die Onkologen sind hier „gekniffen“. Jeder weiß, dass eine onkologische Schwerpunktpraxis viele Patienten zu betreuen hat, die einen sehr hohen Beratungsbedarf haben. Je kränker die Patienten sind, desto ausführlicher müssen die Befunde und Maßnahmen mit ihnen besprochen werden. Mit einer zusätzlichen Beratung kommt man da in der Regel im Quartal schon nicht mehr aus. Warum man die Onkologen bei diesem zusätzlichen Beratungsbedarf außen vor gelassen hat, bleibt das Geheimnis der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Vielleicht gelingt es ihr in den Verhandlungen, diesen groben Fehler zu korrigieren.

HFS

Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Kompetenzwirrwarr im MDK?

Die Krankenkassen haben gerade neue Zahlen über Einsparvolumina veröffentlicht, die durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes über die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gehoben werden können. Sie sind besonders stolz, dass hier erkleckliche Beträge zusammen gekommen sind.

Für die Krankenhäuser und die dort tätigen Ärzte, aber auch durch die Vertragsärzte, die die ambulante Versorgung sicherstellen sollen, treiben diese Vorgänge inzwischen Blüten, die mit einer medizinischen Kompetenz der Organisation im MDK nur noch schwer zu vereinbaren sind. Hier ein typisches Beispiel: Ein Patient hat eine Synkope erlitten. Alle einschlägig ambulant durchzuführenden Untersuchungen liefern keine Erklärung für das schwerwiegende Ereignis. Es bleibt noch die Abklärung über eine Kipptischuntersuchung als letzte Differentialdiagnose. Der Vertragsarzt sieht in den EBM und muss leider feststellen, dass diese Untersuchung nicht zum Leistungskatalog gehört. Er darf diese Leistung nicht erbringen. Deshalb weist er den

Patienten zur weiteren Abklärung in das Krankenhaus ein und gibt dem Patienten gehorsam alle Vorbefunde mit. Das Krankenhaus erkennt, dass allein die Kipptischuntersuchung noch aussteht, führt diese aus und rechnet eine DRG ab.

● Zwingt die MDK den Arzt, unentgeltliche Leistungen zu erbringen?

Nun tritt der Medizinische Dienst auf den Plan. Er stellt fest, dass es sich um eine Untersuchung handelt, die man ambulant erbringen könnte. Rein medizinisch gesehen hat er damit gar nicht Unrecht. Also teilt er dem Krankenhaus mit, dass die Krankenkasse keine Kosten übernimmt. Man sollte die Leistung in der Praxis erbringen. Dem einweisenden Arzt wird vom

Krankenhaus mitgeteilt, dass er in Zukunft diese Untersuchung selber erbringen solle. Bei Nachfrage bei seiner KV bekommt er mitgeteilt, dass er diese Leistung tatsächlich nicht abrechnen kann, da sie nicht Bestandteil des EBM ist.

Eine solche Diskussion lässt sich nur durch medizinische Inkompetenz und Kompetenzwirrwarr erklären. Oder hat der MDK die Absicht, den Arzt zur unentgeltlichen Leistung zu zwingen? Bei genauer Betrachtung bleibt ein Ausweg: Man sollte die Leistung ambulant erbringen, dem Patienten in Rechnung stellen und ihn darauf aufmerksam machen, dass er sie als Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen kann.

HFS