

Editorial

Für das gerade begonnene Jahr 2008 stehen die berufspolitischen Zeichen auf Sturm. Sicher wird es nach den Worten des KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler ein „Jahr der Tränen“ werden. Der neue EBM mit neuer Struktur und neuen Verteilungsproblemen, jedoch nicht mit mehr Honorar im niedergelassenen Bereich; neue tarifliche Auseinandersetzungen in den Krankenhäusern; weitere Verschlechterungen der ärztlichen Arbeitsbedingungen mit Zunahme von Bürokratie sind jetzt schon vorprogrammiert und werden uns Internisten 2008 intensiv beschäftigen.

Das Herausdrängen der Ärzteschaft aus ihrer zentralen und

endverantwortlichen Funktion hin zu einem „Erfüllungsgehilfen“ der politischen Ideologie einer Ulla Schmidt, Teilen der SPD, des Gesundheitsministeriums und der Krankenkassen geht unvermindert weiter. Der Entwurf eines Präventionsgesetzes, bei dem ärztlicher Sachverstand nur noch in einem Beirat sich unverbindlich äußern darf und der Entwurf zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zeigen dies leider allzu deutlich.

Wir im Berufsverband Deutscher Internisten werden 2008 den politischen Druck erhöhen. Druck auf die Politik, die Kassen, aber auch auf die Körperschaften. Der Marsch in den bürokratischen Zentralismus unseres Gesundheitssystems muss gestoppt werden. Die zunehmende Verknappung

der Ressourcen durch chronische Einnahmeschwäche der Krankenkassen, demografische Entwicklung und rasanten medizinischen Fortschritt muss öffentlich gemacht und diskutiert werden. Der impliziten Rationierung mit Hilfe von Budgets, Regelleistungsvolumina, Zuzahlungen und Fallpauschalen wird eine explizite Priorisierung über Definitionen von Versorgungsstandards und Kosten-Nutzen-Analysen folgen müssen.

Den Druck erhöhen werden wir aber nur können, wenn wir 2008 weiter geschlossen nach außen auf treten. Unser Berufsverband, der BDI, ist ein großer und starker Verband, der gehört und auf den gehört werden wird. Hier haben wir im letzten Jahr



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

u. a. durch den 1. Deutschen Internistentag Fortschritte gemacht.

Einigkeit macht stark! Zusammen sind wir Internisten auch 2008 eine berufspolitisch einflussreiche Vertretung der Inneren Medizin.

Ich wünsche uns ein erfolgreiches Jahr 2008.

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident



Jetzt schon vormerken!

Vom 30. Oktober bis 1. November 2008 findet der

2. DEUTSCHE INTERNISTENTAG

in Berlin statt.



EBM 2008

Was kommt auf den Hausarzt zu?

Nur einige Jahre hatten wir das Vergnügen mit dem jetzigen EBM, schon rollt der nächste auf uns zu. Während der EBM 2000plus betriebswirtschaftlich kalkuliert gewesen sein soll – mit dem „kleinen Schönheitsfehler“, dass seine Grundlage, die 5,11 Cent, nicht eingehalten wurden –, ist der neue EBM von Pauschalen geprägt. Die Pauschalierung wurde als Vorgabe vom BMG gefordert, vom Hausärzteverband propagiert und mit der genauso schönen wie unrealistischen Forderung nach mindestens 75 Euro im Quartal garniert.

Jetzt wundern sich bei Infoveranstaltungen Hausärzte in ganzem Land über ein Pauschalhonorar, bei dem sie spätestens nach dem zweiten Arzt-Patienten-Kontakt nichts mehr abrechnen können. (Der zweite Kontakt kann noch bei entsprechenden Patienten die Morbiditätsziffer 03212 auslösen.) Wir sind in Deutschland Weltmeister in Patientenkontakten. Falls es Kollegen

gab, die aus pekuniären Gründen Patienten mehrfach einbestellt haben, werden sie es in Zukunft wohl sein lassen, denn bezahlt bekommen sie mehrfache Konsultationen in Zukunft nicht mehr. Der BDI hat nie ein Hehl daraus gemacht, dass er Pauschalen ablehnt. Sie sind leistungsfeindlich, denn sie bilden die geleistete Arbeit nicht mehr ab. Wir bekommen jetzt mit dem EBM

2008 sozusagen das Gegenteil eines „betriebswirtschaftlich kalkulierten“ EBM.

• Der EBM 2008 im Detail

Die gute Nachricht zuerst: Ein aufwendiges Lernen von neuen Ziffern, wie beim EBM 2000plus wird uns nicht zugemutet, es gibt nur ganz wenige neue Ziffern.

wenn man bereit wäre, bei diesen Patienten ein zweites Mal die volle Versichertenpauschale zuzulassen. Vielleicht wäre es aber besser, endlich die aufwändige Diabetologie angemessen zu honorieren. Dies hätte außerdem den Vorteil, dass man diese wichtige Versorgungskompetenz auch im fachärztlichen Bereich darstellen könnte. Auch die Krankenkassen müssen an einer Lösung des Problems interessiert sein, hängt doch die diabetologische Versorgung und auch das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes in seiner Effizienz von den diabetologischen Schwerpunktpraxen ab. Krankenkassen werden es sich in Zukunft nicht leisten können bei der Umsetzung des DMP Diabetes im Interesse einer Finanzierung ihre Kosten über den Risikostrukturausgleich zu schwächeln.

HFS

Der Hausarzt wird stärker von seiner Patienten- und Praxisstruktur abhängig sein, ein Gegensteuern durch das Erbringen von mehr Leistungen wird am Honorar kaum etwas ändern. Die wichtigste Ziffer für die Hausärzte wird die nach Alter gestaffelte Versichertenpauschale sein (03110, 03111, 03112), die beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden kann. Der bereits oben erwähnte Morbiditätszuschlag 03212 ist mit 495 Punkten bewertet und kann zusätzlich zur Versichertenpauschale bei zwei Arzt-Patienten-Kontakten abgerechnet werden, wenn der Patient unter einer schweren chronischen Krankheit nach der Chronikerregelung des G-BA leidet. Der vom Hausärzteverband geforderte „Qualitätszuschlag“ wird ab 1. Januar 2008 für die psychotherapeutischen Leistungen eingeführt und möglicherweise ab 1. Juli 2008 auf zusätzliche Leistungen erweitert. Der Zuschlag ist unabhängig davon, wie oft die Leistung erbracht wurde. Dann sollen wohl in Qualitätssicherungsvereinbarungen auch Mindestfrequenzen als Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen verabredet werden. Durch die gewollte Inflation an Punkten von 20 % im hausärztlichen Bereich bei gleichbleibendem Budget ist für 2008 ein Punktwertverfall vorprogrammiert. Die jetzt noch abrechenbaren Leistungen wie Ergometrie, Langzeit-Blutdruckmessung, Langzeit-EKG oder Sonographie werden also trotz leichter Punktzahlanhebung zum Schnäppchenpreis erbracht werden müssen und sind zum Ausgleich von Verlusten nicht geeignet. Gesprächsleistungen sind in der Pauschale verschwunden und können nicht mehr gesondert berechnet werden. Hausärzte mit Schwerpunkt (Diabetologen, Allergologen, Phlebologen, Rheumatologen, HIV Praxen, ...), die vielfach Patienten von anderen Hausärzten

zugewiesen bekommen, werden durch den neuen EBM besonders schlecht gestellt. Bei Überweisung von Hausarzt zu Hausarzt ist genauso wie bei Vertretungen nur die halbe Pauschale (GOP 03120, 03121, 03122) berechenbar. Dies mag bei Vertretungen durchaus berechtigt sein, bei einer Mitbehandlung durch einen „Schwerpunkthausarzt“ ist dies eine Katastrophe, zumal bei Überweisungen auch die neue „Chronikerziffer“ 03212 nicht ansetzbar ist. Ein erheblicher Rückgang der Fallwerte ist hier zu erwarten. Will man die besonders weitergebildeten, mit speziellen Kenntnissen versehenen Hausärzte „eradizieren“? Interessant in diesem Zusammenhang auch der folgende umgekehrte Fall: Der Patient kommt Anfang des Quartals zum hausärztlichen Diabetologen und bekommt von diesem die Überweisung an seinen Hausarzt. In diesem Fall wäre der Hausarzt des Patienten derjenige, der für seine Arbeit im ganzen Quartal nur noch die halbe Pauschale abrechnen kann. Eine Farce! Eine weitere 180 Grad Drehung wurde bei der zuletzt als förderungswürdig angepriesenen Gemeinschaftspraxis (jetzt Berufsausübungsgemeinschaft) vollzogen. Der Zuschlag von 60 Punkten und mehr zum Ordinationskomplex ist wieder verschwunden. Bei nicht fachequivalenten Berufsausübungsgemeinschaften ist dafür die Versichertenpauschale jetzt mehrfach ansetzbar. Dies kommt z. B. einer Gemeinschaft Hausarzt/Facharzt zugute. Hier kann jetzt die Versichertenpauschale zweimal angesetzt werden, wenn der Patient von beiden Ärzten behandelt wurde. Dies ist eine durchaus sinnvolle Regelung, die KVen werden ähnlich wie bisher bei Praxisgemeinschaften eine missbräuchliche Fallzahlvermehrung unterbinden müssen. Am meisten kommt dies aber den großen fachüber-

EBM 2008 (Fortsetzung von Seite 1)

Die Pauschalierung fordert erste Opfer

In weiten Teilen Deutschlands hat sich auf dieser Basis eine flächendeckende Diabetesversorgung eingestellt. Sie spielt sich als quasi-fachärztliche Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgungsebene ab. Facharztpraxen mit diabetologischen Schwerpunkt können nur im Verbund überleben. Ausnahme bilden die Endokrinologen, die aber aufgrund der ebenfalls schwachbrüstigen Vergütungssituation kaum überlebensfähig sind. Damit lässt sich keine Flächendeckung abbilden.

• **Einnahmeverlust für Diabetologen**
Der neue EBM hat jetzt zugeschlagen und von der Ordinationsgebühr bis

hin zur Beratung aus dem EBM 2000 plus alles in der Versichertenpauschale untergebracht. Die Vertragspartner wollten offensichtlich nicht zulassen, dass bei Diabetikern im Falle der Überweisung diese Pauschale zweimal voll anfällt. Man schaltet deshalb die Versichertenpauschale bei der Überweisung innerhalb des hausärztlichen Topfes mit der Vertretungsregel gleich und halbiert damit die abrechenbare Punktzahl. Dies führt in den diabetologischen Schwerpunktpraxen zu einem massiven Einnahmeverlust, der wahrscheinlich nicht verkraftet werden kann. Die Schwierigkeit ließe sich nur lösen,

greifenden Gemeinschaften mit vielen unterschiedlichen Ärzten zugute, die extrem von der neuen Regelung profitieren werden. Traurig ist dies für alle bisher geförderten Kollegen in fachgleicher Gemeinschaft, die wieder einmal einen dieser kurzlebigen Trends im Gesundheitswesen erlebt haben, auf den man sich nicht verlassen darf.

● **Trotz Pauschalierung optimal abrechnen**

Die Möglichkeiten einer individuellen Abrechnung sind durch die Pauschalierung stark eingeschränkt worden. Umso wichtiger wird es sein, die wenigen Möglichkeiten der Optimierung, die der EBM 2008 noch enthält, bei der Abrechnung zu nutzen. Ganz wichtig wird es sein auf einem persönlichen Kontakt zum Patienten einmal im Quartal zu bestehen. Gegenüber EBM 200plus ist jetzt der Unterschied zwischen persönlich gesehen und Versicherten-Pauschale abgerechnet und persönlich nicht gesehen und lediglich zum Beispiel telefonischen Kontakt abgerechnet riesig. Multimorbide Patienten sollten wenn möglich jedes Quartal zweimal gesehen werden, damit man die Ziffer 03212 abrechnen kann. Wann immer möglich, sollten

Originalscheine bevorzugt werden, wenn der Patient von einem anderen Hausarzt kommt. Legt der Patient aber einen Überweisungsschein vor, muss dieser (laut KV Auskunft) auch berücksichtigt werden!

● **Fazit**

Der EBM 2008 wird gewisse Umverteilungen unter Hausärzten mit sich bringen, eine generelle Verbesserung ist bei gleicher, gedeckelter Gesamtvergütung nicht zu erwarten. Es wird auf das Wahljahr 2009 ankommen, wir werden für eine deutliche Anhebung des Gesamthonorars kämpfen müssen. Diesen Kampf werden wir als Berufsverband in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden politisch führen, wir alle müssen aber bereit sein, falls man unsere berechtigten Forderungen ignorieren will, einen Sturm zu entfachen und 2009 zu einem denkwürdigen Jahr für die Politiker werden zu lassen. Das Gesamthonorar muss so schnell wie möglich und so deutlich wie möglich erhöht werden. Nur wenn das gelingt, werden wir alle auch mit dem EBM 2008 leben können.

*Dr. med. Juraj Galan,
stv. Landesvorsitzender BDI Rheinland-Pfalz*

Krankenhausgesetzgebung

Die monistische Krankenhausfinanzierung auf dem Prüfstand

Bei der zurzeit diskutierten Weiterentwicklung des DRG-Systems geht es nicht nur um die Vergütung von Krankenhausleistungen. Hier werden insbesondere bei der diskutierten monistischen Finanzierung die Weichen für unser gesamtes Gesundheitswesen neu gestellt. Bleiben wir bei der dualen Finanzierung mit der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausfinanzierung und der Kassen für die laufenden Kosten oder soll eine monistische Regelung eingeführt werden? Soll in Zukunft über die DRGs auch die Investition bezahlt werden? Die Sachverständigen plädieren für eine monistische Finanzierung. Über die DRGs würde alles abgeolten – auch die Investition.

Wie immer steckt bei einer solchen Regelung der Teufel im Detail. Zurzeit steuern die Länder über den Krankenhausplan die Versorgung, weil sie für die Sicherstellung der Krankenhausversorgung zuständig sind. Kurzfristig werden sie diese Zuständigkeit nicht an die Krankenkassen abgeben, denen damit eine Machtfülle im Gesundheitswesen zufiele, die die betroffenen Krankenhäuser in Angst und Schrecken versetzt. Besteht zurzeit noch ein Kontrahierungszwang mit den Kassen, wenn ein Krankenhaus im Bettenbedarfsplan aufgenommen ist, so werden die Krankenhäuser in Zukunft bei der monistischen Finanzierung von Einzelverträgen mit den Kassen abhängig sein. Wie soll dies bei den zahlreichen Krankenkassen ohne Zersplitterung der Versorgungslandschaft umgesetzt werden? Wie soll die flächendeckende Versorgung garantiert werden?

● **Keine Experimente**

Die Krankenkassen waren über den Machtzuwachs bei der Monistik zwar

erfreut, sehen aber die Gefahr, dass die Investitionskosten ihre Mitglieder via Beitragserhöhung zusätzlich belasten. Wie soll so etwas im Gesundheitsfonds von Ulla Schmidt abgebildet werden? Kein Wunder: Bei allen diesen Fragen ist es einfacher, alles so zu belassen, wie es ist. Keine Experimente! Hinter den Kulissen scheint man sich geeinigt zu haben:

- Der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhäuser bleibt beim jeweiligen Land.
- Die duale Krankenhausfinanzierung bleibt ebenso wie der Kontrahierungszwang.
- Die DRGs werden bundeseinheitlich geregelt, der Basisfallwert als Punktwert der Krankenhäuser wird pro Bundesland festgesetzt – wie seither.

Bis auf kleine Variationen scheint also bei den Krankenhäusern nach 2009 alles beim alten zu bleiben. Monistische Krankenhausfinanzierung ade!

HFS

BQS-Jahresbericht

Transparente Qualitätszahlen – ein Fluch oder Segen?

Der Jahresbericht der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) hat die Ereignisse ihrer Erhebungen im Krankenhaus in einem 203 seitenlangen Bericht zusammengefasst und publiziert. In einzelnen Bereichen wurden die Daten nicht nur global, sondern auch klinikbezogen dargestellt, eine Form, die für die Zukunft teilweise vorgeschrieben ist. Erstellt wurde der Bericht aus insgesamt 2,64 Milliarden Datensätzen aus 1.525 Krankenhäusern. Zu bewerten waren 24 Leistungsbereiche mit 180 Indikatoren. Die BQS sieht hier noch Verbesserungspotential.

Dennoch hat die öffentliche Meinung überwiegend positiv reagiert. Die DKG war über das hohe Quartalsniveau erfreut, die Patientenvertreter sehen das offensichtlich differenzierter – und sprachen nur von einer verbesserten Transparenz in der stationären Versorgung. Bei aller Freude über die Ergebnisse des BQS Berichtes, muss kritisch angemerkt werden, dass man nicht eindeutig differenzieren kann, ob hier tatsächlich Qualitätsverbesserungen dargestellt werden, oder ob es nur erstmals gelungen ist, eine bereits früher hochwertige Versorgung transparent abzubilden. Was ist wirklich Verbesserung der Qualität, was ist nur Transparenz durch Dokumentation?

● **Skurriles Ranking ...**

Für die Krankenhäuser hat die Veröffentlichung der Daten eine hohe Bedeutung. Besonders die Medien warten darauf gespannt, haben sie doch schon in der Vergangenheit mit oft unzureichenden Mitteln ein Ranking der Kliniken versucht. Einzelne haben sich nur an der Untersuchungshäufigkeit orientiert, andere haben Ärzte befragt, bei wem sie sich selbst behandeln lassen würden – alles Verfahren, die einer wissen-

schaftlich fundierten Überprüfung kaum standhalten. Sozusagen in Vorwegnahme der gesetzlichen Verpflichtung, die Daten in Zukunft zu veröffentlichen, hat sich die FAZ in ihrem Lokalteil an das Thema herangewagt. Das Ergebnis zeigt, wie sehr man sich noch auf vermintem Gelände befindet. Auf Nachfrage haben die regionalen Kliniken geantwortet – teils mit unkorrigierten Wunschvorstellungen, teils auch mit ehrlichen Zahlen. Dabei wurden Kliniken mit hohen Untersuchungszahlen mit solchen verglichen, die einen Eingriff nur einmal – erfreulicherweise erfolgreich – vorgenommen hatten. Die FAZ hat den Mut besessen, auf Grund solcher statisch nicht vergleichbarer Zahlen ein Ranking vorzunehmen – teils mit skurrilen Ergebnissen. Entsprechend enttäuscht haben die betroffenen Krankenhäuser reagiert.

... **und seine Konsequenzen**

Als Konsequenz sollte daraus gezogen werden, dass sich die Journalisten diesem Thema in Zukunft sachkundiger nähern sollten, allein schon deshalb, um Patienten nicht falsch zu informieren. Die Krankenhäuser sollten ihre Daten besser aufbereiten, um

sich glaubwürdiger bei solchen Aktionen darzustellen. Unter Umständen wäre es sinnvoll, bei den zuständigen Verbänden und Körperschaften diese Vergleichsdaten nach festgelegten Kriterien zu hinterlegen. Dort könnten die Ergebnisse von der interessierten Öffentlichkeit hinterfragt werden – ohne dass eine solche Verwirrung wie bei der FAZ-Publikation ausgelöst wird.



Bild: Archiv

Wie gut ist eine Klinik? Aus den Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) lassen sich auch skurrile Rankings erstellen.

Bei allem Wunsch nach Transparenz beim medizinischen Handeln in den Krankenhäusern muss kritisch angemerkt werden, dass auch bei einer zentralen Datenstelle die Interpretation weiter schwierig bleiben wird. Es fehlt nämlich der Morbiditätsbezug, der nicht erfasst ist. Am risikoärmsten lassen sich immer noch Gesunde behandeln, Schwerkranke verderben nur die Statistik. Ohne Lösung dieser Frage, wird es keine ehrliche Transparenz geben können.

HFS

Kommentar

Zweierlei Maß

Im Jahre 2009 fällt die Trennung der ambulanten Vergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Topf. Diese war eingeführt worden, um die Hausärzte vor dem immer größer werdendem Honorarbedarf der Fachärzte unter einem gemeinsamen KV-Budget zu schützen. Einzelne empfanden bereits damals diese Perfektionierung des Budgetgedankens ordnungspolitisch fragwürdig, wollte man doch die lästigen Budgets ganz loswerden. Die meisten begrüßten die Regelung hat sie doch den Verteilungskampf zwischen Hausärzten und Fachärzten zumindest aus den Kassenärztlichen Vereinigungen herausgehalten. Dass das Thema aber nicht ausgestanden war, wurde an den Aktivitäten vor allem des Hausarztverbandes außerhalb der Körperschaften sichtbar. Hier wurde wei-

ter immer mehr Geld eingefordert, obwohl man befürchten musste, dass dies zu Lasten der fachärztlichen Kollegen geht. Für die Internisten war mit der Einführung der trennenden Budgets eine berufspolitische Schlacht verloren gegangen. Der Internist musste sich endgültig entscheiden: hausärztlich oder fachärztlich. Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurde er mit dem Allgemeinarzt gleichgeschaltet, dies gilt vor allem auch für das Honorar. Die Entscheidung sollte unumkehrbar sein. Dazu passte das SGB V mit seinem § 73. Hier wird die hausärztliche Versorgungsebene geregelt. In Absatz 5 ist eindeutig klargestellt: Wechseln in die fachärztliche Ebene dürfen nur Allgemeinärzte, vorausgesetzt sie erbringen ganz überwiegend fachärztliche Leistungen und verzichten auf die hausärztliche Abrechnung. Dieser Weg

ist dem hausärztlichen Internisten versperrt. Er wird in der angesprochenen gesetzlichen Regelung gar nicht erwähnt. Der EBM hat diese Vorgabe pflichtschuldig übernommen, schon im EBM 2000 plus, weitergeschrieben im EBM 2008. Die Frage ist erlaubt: Machen solche restriktiven Vorgaben überhaupt noch Sinn, wenn am 1. Januar 2009 die Vergütungstrennung aufgehoben wird? Warum sollte man nicht auch den Internisten die Rückkehr in den fachärztlichen Bereich ermöglichen, wenn sie wieder überwiegend fachärztlich arbeiten? Im Klartext: Die derzeitige Regelung ist für die hausärztlichen Internisten diskriminierend. Sie muss zusammen mit den getrennten Budgets für Hausärzte und Fachärzte abgeschafft werden.

HFS