

Editorial

Panta rhei ... alles fließt (nach Heraklit), aber fließt es in die richtige Richtung?

In Richtung einer fortschrittlichen Gesundheitspolitik in Deutschland, einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten, einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Ärztinnen und Ärzte in diesem Lande sicher nicht.

Nehmen wir den für 2009 geplanten Gesundheitsfonds, eine Missgeburt zentralistisch-bürokratischen Größenwahns. Kommt deshalb das für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Deutschland fehlende Geld ins System? Nein! Wird der

Beitragssatz der Krankenkassen berechenbarer und stabiler? Nein! Wird der vom Staat angekündigte Zuschuss für Kinder und Familienversicherte dadurch verlässlicher? Leider wieder ein klares Nein!

Nur für den Marsch in eine vom Staat abhängige, nicht am Versorgungsbedarf sondern an ökonomischer Optimierung orientierte Einheitsmedizin mit einer am Ende übrig bleibenden Einheitskasse ergibt dieser Gesundheitsfonds wirklich einen Sinn. Aber auf dem verhängnisvollen Weg dahin entstehen wieder neue Problemfelder, verbunden mit massiven Umvertei-

lungen. Da wären zu nennen der Abfluss von Finanzmitteln aus dem Süden in den Norden und Osten der Republik, mögliche Insolvenzen von Praxen, Kliniken und sogar einzelner Krankenkassen sowie der mangelnde Wettbewerb von Krankenkassen um Kranke, nicht um gesunde Versicherte. Die weitere Verschiebung der Macht zu den Krankenkassen geht einher mit ihrem wachsenden Einfluss auf ärztliche Entscheidungsprozesse. Wird durch einen einheitlichen, vom Staat willkürlich festgelegten Beitragssatz die notwendige Versorgung des einzelnen Patienten besser



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

bezahlbar? Auch diese Frage hat noch niemand mit „Ja“ beantworten können.

Eine weitere Entwicklung in die falsche Richtung ist die drohende Entprofessionalisierung unseres Arztberufes. Auch hier beschreitet das Gesundheitsministerium konsequent den falschen Weg.

„Schwester Agnes“ auf der einen Seite, der Medizin-Bachelor als Arzt

„2.Klasse“ auf der anderen und der damit vorgesehenen Verlagerung ärztlicher Arbeit auf nicht-ärztliche Berufe soll, auch hier das Primat der Ökonomie, dazu dienen, Kosten zu sparen. Die medizinische Versorgung der Patienten wird auf keinen Fall durch solche, den Arzt ersetzenden Hilfsfiguren verbessert. Die Verantwortung in der Ausübung des Heilberufes liegt weder teilbar noch delegierbar beim Arzt. Das muss auch in Zukunft oberster Grundsatz bleiben. Alles fließt... aber ein Verlust unserer internistischen Gesamtkompetenz darf nicht hingenommen werden.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Gesundheitsreform (Fortsetzung von Seite 1)

Der lange Marsch zur Einheitskasse

● Spitzenverband statt Meinungsvielfalt

Bei der zweiten Frage sind sich die Gesundheitspolitiker weitgehend einig und deshalb auch schon ein ganzes Stück weiter: Die Vielfalt der Krankenkassen soll abgeschafft werden. Durch die Einführung des Spitzenverbandes der Krankenkassen hat man einen entscheidenden Schritt in Richtung Einheitskrankenkasse getan. Wesentliche Aufgaben, insbesondere bei der vertragsärztlichen Versorgung, sind bei diesem Verband angekommen. So ist er der Verhandlungsführer gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und bestimmt damit weitgehend die Vorgaben für die Finanzierung der ambulanten Versorgung. Hier wird eine gemeinsame Linie der Krankenkassen vertreten werden. Eine Vielfalt der Verhandlungen mit unterschiedlichen Ergebnissen, wie wir sie aus der Vergangenheit kennen, wird es nicht mehr geben. Natürlich passt ein solcher Spitzenverband genau in das Prinzip der Bürgerversicherung, sodass auch hier die CDU einen entscheidenden Schritt in Richtung SPD getan hat.

● Der Finanzdeckel bleibt

Besonders interessant ist die dritte Frage. Das ordnungspolitische Prinzip unseres Gesundheitswesens ist von Norbert Blüm formuliert worden. Er hat die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik eingeführt. Alle unsere ordnungspolitischen Prinzipien von der Budgetierung hin bis zum EBM als Leistungsverzeichnis und der Zulassungsbeschränkung beruhen auf diesem Wirkprinzip. Das Morbiditätsrisiko wird beim Leistungserbringer abgegeben, die Politik bestimmt

nur noch die Größenordnung der Finanzen, die dafür ausgegeben werden können. Ein für die Politik ausgesprochen angenehmer wahlkampf-wirksamer Vorgang: Der Bürger bekommt alles, was er wünscht, der Finanzdeckel wird weiter zugschraubt. Damit ist auch der Beitragszahler zufrieden.

Besonders gut hat dieses Prinzip über die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit bei den Vertragsärzten funktioniert. Auch wenn die Kassenärztliche Vereinigung selbst immer mehr in Frage gestellt wird, so geht man doch von dem Prinzip der Budgetierung und dem Leistungsverzeichnis auf der einen Seite und dem Punktwert auf der anderen Seite nicht ab.

Auch wenn viele Vertragsärzte glauben, dass sich die Zeiten in Zukunft verbessern werden, hat man die Vorgaben festgeschraubt. Anstelle des Budgets spricht man von einer bundesweiten Ausgabenobergrenze. Der Punktwert wird aus den zu erwartenden Leistungsvorgaben berechnet. Unser Gesundheitswesen hat sich damit vom Prinzip her nicht verändert. Die Vorgaben werden nicht mehr für jede einzelne Krankenkasse und auf Länderebene, sondern bundesweit und kasseneinheitlich ausgearbeitet.

Auch die Krankenhäuser kommen in den zweifelhaften Genuss dieses Ordnungsprinzips. Zurzeit ist man wegen der Länder aber noch nicht in der Lage, einen einheitlichen Punktwert bundesweit zu definieren. Den Begriff dafür hat man aber schon landesweit eingeführt: Es ist die so genannte Baserate. Werden die Krankenhäuser mehr Geld anfordern als nach der Ausgabenobergrenze in den

Ländern vorgesehen, wird die Baserate abgesenkt. Das KV-System mit der Punktwertwährung lässt grüßen.

Dazu passt die Wunschvorstellung des BMG nach einem bundeseinheitlichen Basisfallwert für die Krankenhäuser. Dann hätte man auch auf dieser Ebene die Krankenhäuser mit den Vertragsärzten gleichgeschaltet. Es wäre dann gelungen, die Kalkulationsunsicherheit des Vertragsarztes auf alle Bereiche des Gesundheitswesens auszudehnen.

● Kapitalstock als Rücklage der Einheitskasse

Um das Prinzip der Einheitskrankenkasse für die politisch Verantwortlichen möglichst risikolos abzuwickeln, sind flankierende Maßnahmen bei den Krankenkassen notwendig. Nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit wird hier über das Insolvenz-

recht der Krankenkassen gesprochen. Dieses soll möglichst bis zum 1. Januar 2010 hergestellt sein. Natürlich wird man die Versicherten bei einer Insolvenz nicht belasten können. Es muss also jemand den Bürgen für diese Krankenkassen stellen. Der Bund hat schon klargestellt, dass er dazu im Prinzip nicht bereit ist, auch wenn er sich die ordnungspolitischen Vorgaben ausgedacht hat. Hier sind nach Meinung des BMG die Länder gefragt. Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, bis maximal in 30 Jahren einen Kapitalstock anzulegen, der die Insolvenz absichert. Es ist angedacht, auch die Länder aus ihrer Verpflichtung als Bürge für die Krankenkassen zu entlassen, wenn der Kapitalstock vorschriftsmäßig aufgefüllt wird. Damit hätte man indirekt eine Einheitskasse durch den Spitzenverband eingeführt und durch

zusätzliche Gelder über einen Kapitalstock die Politik aus der Verantwortung entlassen.

Dieses mittelfristig angedachte politische Konzept ist insofern genial als es eine aus Rücklagen abgesicherte deutsche Einheitskrankenkasse vorsieht. Diese darf nur soviel Geld ausgeben wie sie tatsächlich auch einnimmt. Das Restrisiko wird durch Rückstellungen abgesichert. Der Politiker bestimmt die Richtlinien im Gesundheitswesen, übernimmt aber keine finanzielle Verantwortung. Ob dieser Plan bei den Gesundheitspolitikern aller Parteien so angekommen ist? Zumindest muss sich die CDU Gesundheitspolitik die Frage gefallen lassen, ob sie dies auch tatsächlich so gemeint hat und diesen Weg tatsächlich mitgehen will.

HFS

Gesundheitsfonds (Fortsetzung von Seite 1)

Endlich mehr Geld im System

Die Kassen haben jetzt einen Ausweg gefunden, der die Kritiker bestätigt. Von angedachter Beitragssenkung keine Spur, im Gegenteil man kalkuliert mit einem Beitragssatz von über 15 Prozent – wohl in der Hoffnung, damit genügend Einnahmen zu generieren, um auch den teuersten Kassen noch ein Überleben ohne Zusatzprämie zu garantieren. Die Politik ist entsetzt, weil damit der Wettbewerbsansatz ausgehebelt wird. Was machen aber die Kassen mit dem vielen Geld?

● Trügerische Hoffnung

Vertragsärzte und Krankenhäuser hoffen, dass die Sparbemühungen durch Anhebung der Ausgaben gemildert werden. Insbesondere die Vertragsärzte hoffen auf zusätzliches Geld.

Die Hoffnung wird trügen: Versorgerkassen sind froh, dass der Zusatzbeitrag vermieden wird, die anderen

freuen sich auf die Rücklagen, mit denen man niedrige Risiken wie gesunde Gutverdiener bewerben kann. Für die Leistungserbringer wird der Geldsegen wohl ausbleiben. Unter diesen Umständen sollte eine einheitliche Meinung zum Gesundheitsfonds durch die Ärzteschaft vertreten werden. Aber auch das ist inzwischen nicht mehr möglich. Während die Bayern und die Baden-Württemberger und sehr viele hessische Vertragsärzte zu Recht fürchten, dass sogar Mittel für die ambulante Versorgung aus ihren Ländern abfließen und damit die Versorgungssituation noch schwieriger wird, freuen sich die neuen Bundesländer auf den Gesundheitsfonds, fließt ihnen doch das Geld aus den alten Ländern zu. Wenn es ums Geld geht, gibt es keine einheitliche politische Auffassung der Ärzteschaft mehr. Interessant ist dabei, dass die Initiative der neuen Bundesländer ausgerechnet von Hes-



Bild: Creative Collection

Mehr Geld im System – aber weniger Geld im Portemonnaie der Leistungserbringer. Vor allem Ärzte aus Baden-Württemberg und Bayern fürchten, dass Mittel in die neuen Bundesländer abfließen.

sen unterstützt wird, das wohl auch zu den Geberländern gehören wird. Diese Solidaritätsbekundung für die neuen Länder muss man wohl nicht verstehen.

HFS

EBM 2008 (Fortsetzung von Seite 1)

Ein wesentlicher Baustein einer umfassenden Vergütungsreform

● Wichtiger Baustein für die Vorbereitung auf das Jahr 2009

Insofern ist der EBM 2008 ein wichtiger Baustein in der Neuordnung der Vergütungssituation, die für den 1. Januar 2009 vorgesehen ist. Der EBM 2008 geht den Weg der Pauschalierung weiter, er ist zudem eine Reaktion auf die neuen Praxisstrukturen, die sich aufgrund der medizinischen Versorgungszentren, aber vor allem auch wegen des geänderten Berufsrechtes ausgebildet haben. Wir alle haben beobachtet, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch die zeitlichen Vorgaben der Bundesregierung mit einer Fristsetzung zum 31. Dezember 2007 massiv unter Druck geraten ist. Das BMG hat nämlich mit einer Ersatzvornahme des EBM gedroht. Dies wird von der ärztlichen Selbstverwaltung gefürchtet, weil man erwartet, dass hier eine Vereinheitlichung der GÖÄ und des EBM angestrebt wird. Dies ist Bestandteil der Strategie von Ulla Schmidt, die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen in einen Topf zu werfen, um zur Einheitskasse zu kommen. Insofern musste sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung spalten, sie hat deshalb ihren EBM 2000plus nur überarbeiten können. Ein neuer Wurf eines EBM ist ihr nicht gelungen. Die Vertragsärzte dürfen darüber nicht traurig sein, wären sie doch mit einer völligen Neuorientierung der Vergütung organisatorisch überfordert gewesen. Im Hintergrund wird aber darüber nachgedacht, wie man den EBM 2008 durch eine DRG-ähnliche Struktur über Betreuungspauschalen ersetzen kann. Diese neuen Vergütungsvorgaben schützen aber nicht vor einer Ausgabenbegrenzung durch budgetähnliche Vorschriften.

● Grundpauschale und Einzelleistungen

Beschäftigen wir uns zunächst mit dem EBM 2008. Die bisherige Struktur mit Ordinationskomplexen, Konsultationskomplexen, Beratungsleistung und Strukturpauschalen, Befundübermittlungen und Einzelleistungen wird ersetzt durch die Versichertenpauschale des Hausarztes und die Grundpauschalen der fachärztlichen Versorgung mit vier Altersklassen. Über das Alter hinaus hat man sich im EBM selbst noch keinen Morbiditätsbezug von Bedeutung einfallen lassen. Darum unterscheidet sich der EBM von der Krankenhausabrechnung mit DRGs. Die Pauschalierung ist in den Fachgruppen unterschiedlich umgesetzt. In den internistischen Kapiteln des EBM verschwinden die Einzelleistungen oft vollständig in Pauschalen, während zum Beispiel bei den Urologen neben der Grundpauschale noch zahlreiche Einzelleistungen abgerechnet werden können. Je ausgeprägter die Pauschalierung, umso mehr geht aber die Transparenz der Leistungser-

bringung verloren. Den betroffenen Fachgruppen wird es damit in Zukunft schwer gemacht, einen steigenden Leistungsbedarf sichtbar zu machen. Insbesondere sind die internistischen Spezialdisziplinen wie Angiologie, Kardiologie und Pneumologie betroffen. Die Frage stellt sich, wie man in Zukunft einen Mehrbedarf darstellen und belegen kann.

● Neue Arzt- und Praxisnummern

Eine völlige Neuordnung wird es ab 1. Juli 2008 bei den Abrechnungsnummern für die KV-Abrechnung geben. Bisher bezieht sich diese allein auf die Praxis und nicht auf den einzelnen Arzt. In Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren hat man seither das Leistungsgeschehen zwischen den Ärzten dadurch durchleuchtet, indem man arztbezogene Abrechnungsgenehmigungen vorgeschrieben hat. Damit war es wenigstens teilweise möglich, die Leistungen einer Gemeinschaftspraxis zu analysieren. Dieses System wird jetzt wesentlich verfeinert. Jeder Arzt erhält eine lebenslang gültige und auch beim Arztwechsel verbleibende Arztnummer. In Abhängigkeit von der Anzahl der Betriebsstätten, in denen er tätig

ist, gibt es auch eine Betriebsstätten- und Nebenbetriebsstättennummer. Dementsprechend werden die Abrechnungsfälle neu definiert. Dies ist von besonderer Bedeutung, wenn es zu Fallzahlbegrenzungen kommt. Für die Kontrolle eröffnen sich der KV neue Möglichkeiten. Sie kann Abrechnungen je nach Bedarf für den einzelnen Arzt, für die Praxis und eine einzelne Betriebsstätte genehmigen und begrenzen. Hier ergeben sich auch, ungeahnte Möglichkeiten für eine Plausibilitätsprüfung. Das Instrumentarium zur Mengenbegrenzung wird damit erweitert, der bürokratische Aufwand in den Praxen wird drastisch steigen, wenn man die Abrechnungsgrenzen im täglichen Betrieb nicht überschreiten will.

● Ab 2009 wird alles besser – oder?

Von Seiten der Politik wird behauptet, dass ab dem 1. Januar 2009 alles anders, ja sogar besser werden soll. Seither haben die Krankenkassen der KV Kopfpauschalen bezahlt, gleichgültig, ob ihre Versicherten krank oder gesund waren. Das Geld, das in Zukunft der KV zur Verfügung gestellt wird, richtet sich nach der Leistungsmenge, die zur Behandlung der Versicherten erforderlich ist – dem geschätzten Behandlungsbedarf. In der Übergangsphase orientiert man sich an dem Jahr 2008, letztendlich wird diese Größe aber bei Verhandlungen auf Bundes- und Länderebene festgesetzt. Ob dies tatsächlich zu

mehr Geld im System führt, hängt also von diesen Verhandlungen ab. Dabei wird der Morbiditätsbezug durch einen Index hergestellt, der zurzeit mit großem Aufwand ausgearbeitet wird. Die Gefahr ist groß, dass die Hoffnung auf mehr Geld trügt. Rein theoretisch ist auch denkbar, dass eine Leistungsmenge definiert wird, die die Finanzsituation verschlechtert. Die KV wird sich an den Ergebnissen dieser Verhandlungen messen lassen müssen. Damit bei einem steigenden Behandlungsbedarf die Bäume für den Vertragsarzt nicht in den Himmel wachsen, gibt es die bundesweite Ausgabenobergrenze für die ambulante Versorgung. Der bundesweit definierte Punktwert wird über das Verhältnis Ausgabenobergrenze und Leistungsmenge definiert, das Prinzip der seitherigen Budgetierung lässt grüßen. Damit wird verständlich, dass viele Berufsverbände bei dieser Vergütungsform von einer Mogelpackung sprechen.

● Umverteilung heißt die Devise

Ab 1. Januar 2009 werden wir den EBM pur erleben, die Honorarverteilung regional spielt nur noch eine untergeordnete Rolle. Damit wird es zwischen den Arztgruppen erhebliche Verwerfungen geben, die bisher durch die Honorarverteilung verhindert wurden. Gewinner sind die Arztgruppen, deren Punktzahlvolumen im EBM 2008 relativ am meisten gestiegen ist. Auch die Grenze Hausarzt/Facharzt

fällt. Nach den seitherigen Zahlen dürften vor allem Hausärzte und Psychotherapeuten profitieren, Fachärzte werden aber eher Verluste einfahren. Belegt wird dies durch die Zahlen aus dem Deutschen Ärzteblatt. Die Punktzahlvolumina für die Hausärzte steigen um 20 Prozent, die der Psychotherapeuten um 17–18 Prozent. Die Fachärzte werden mit 5 Prozent abgefertigt. Der bundeseinheitliche Punktwert gilt im Übrigen für die Regelversorgung, bei Unter- und Überversorgung kann er variiert werden. Für den einzelnen Vertragsarzt bedeutet dies: das neue System ist eine Blackbox.

● Dreifache Geldflüsse von reich nach arm

Durch die Einführung des einheitlichen Punktwertes kommt es bundesweit bei der ambulanten Versorgung für die finanzstarken Länder erneut zu einem Mittelabfluss. Diese sind schon leidgeprüft durch den Länderfinanzausgleich, der ihre Haushalte stark belastet. Edmond Stoiber hat bereits beim Gesundheitsfonds schmerzlich bemerken müssen, dass wieder Bayern neben Baden-Württemberg und Hessen bei der Geldverteilung über den Gesundheitsfonds benachteiligt wird. Aber damit nicht genug. Auf der dritten Ebene, der ambulanten Versorgung, führt der bundeseinheitliche Punktwert zu einem Mittelabfluss bei den Kassen der gleichen finanzstarken Länder. Dies dürfte teils drastische Folgen für die Verträge in den dortigen KVen haben. So hat die AOK die Honorare in Bayern bereits gekündigt und will neu verhandeln. Nach dem Willen der Politik soll das freigewordene Geld in den armen Ländern, vorzugsweise den neuen Bundesländern, ankommen. Böse Zungen behaupten, dass bei diesem Transfer eine Menge Geld bei den Kassen hängen bleibt, das man gut zum Schuldenabbau benutzen kann. Es ist zu befürchten, dass auf diesem Weg der ambulanten Versorgung erneut Geld entzogen wird.

● Knackpunkt Regelleistungsvolumen

Einen Vorteil hat der feste Punktwert: Die Regelleistungsvolumina sind erstmals für den Vertragsarzt transparent. Bis zur Abstaffelungsgrenze erhält er einen festen Punktwert und kann seine Einnahmen in Euro und Cent kalkulieren. Konsequenterweise müsste er danach seine Versorgung einstellen, da kaum mit einem Abstaffelungspunktwert zu rechnen ist, der 10 Prozent übersteigt. Der Vertragsarzt wird also in Zukunft sein Verhalten besser den finanziellen Bedingungen anpassen können. Die KVen sollten sich im Übrigen daran erinnern, dass die Höhe der Regelleistungsvolumina nicht nach dem zur Verfügung stehendem Geld, sondern nach dem echten Versorgungsbedarf auszurichten ist. Man darf gespannt sein, ob das knappe medizinische Know-how der heutigen KVen ausreicht, um in den Verhandlungen über die Regelleistungsvolumina den wirtschaftlichen Interessen der Kassen bei den Verhandlungen Paroli zu bieten.

Euthyrox
167 x 188