

Editorial

Mit der Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin in der Landesärztekammer Bremen ...

... am 23. Juni 2008 ist dieser Facharzt nun in allen Landesärztekammern bis auf Baden-Württemberg wieder Teil der inter-nistischen Weiterbildung geworden. 2002 auf dem Deutschen Ärztetag in Rostock verloren – wie auch ein Jahr später auf dem Ärztetag in Köln leider bestätigt – liegen vier Jahre intensiver Arbeit hinter uns, bis im letzten Jahr auf dem Deutschen Ärztetag in Münster der Facharzt für Innere Medizin mit überwältigender Mehrheit wieder in die

Muster-Weiterbildungsordnung eingefügt worden ist.

Als dritte Facharztkompetenz im Gebiet 12 Innere und Allgemeinmedizin ist seitdem der Facharzt für Innere Medizin etabliert. Als weitere Facharztkompetenzen sind dort der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) und der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt verankert. Der Facharzt für Innere Medizin benötigt nach drei Jahren stationärer Basisweiterbildung weitere zwei Jahre stationärer Weiter-

bildung in Innerer Medizin. Diese können auch in den Schwerpunkten geleistet werden, wobei dann mindestens zwei unterschiedliche Schwerpunktgebiete gewählt werden müssen.

Nach Erwerb des Facharztes für Innere Medizin ist eine Niederlassung ebenso wie das Tätigwerden an der Klinik möglich.

Wir haben allen Grund, mit dieser Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin zufrieden zu



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

sein. Eine Ausnahme besteht aber noch in Baden-Württemberg, welches auch in der Weiterbildung eigene Wege geht. Dort besteht aber eine lange Übergangsregelung bis ins Jahr 2016 hinein.

Ihr Berufsverband Deutscher Internisten, der BDI e.V., wird sich

weiter und mit aller Kraft zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, der wissenschaftlichen Vertretung der Inneren Medizin, und der Bundesärztekammer für eine einheitliche Weiterbildung in ganz Deutschland einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Gesundheitsministerkonferenz in Plön (Fortsetzung von Seite 1)

Konflikt ums Krankenhaus

Eine Arbeitsgruppe der CDU mahnt an, dass viele Fragen über diese drei Punkte hinaus nicht angegangen worden sind, u. a. die Innovationsförderung und die Kosten für die Weiterbildung. Sehr kritisch geht man in der CDU mit der Frage um, wie die Vorgaben umgesetzt werden können.

• Der Teufel steckt im Detail

Insbesondere bei der Monistik steckt der Teufel im Detail. Wer definiert den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds, vor allem bezüglich der Höhe, und wie wird er verteilt? Hat man etwa die Absicht, das Geld als festen Zuschlag zu jeder DRG quasi mit der Gießkanne an die Krankenhäuser zu verteilen? Wie verträgt sich ein solches Vorgehen mit der Rahmenplanung der Länder, die für die Sicherstellung der Krankenhausbehandlung zuständig sind und die Planung durch entsprechende Finanzausschüsse regulieren? Bisher haben die Länder die Steuerzuschüsse finanziert. Bei dem Gesundheitsfonds ist damit zu rechnen, dass dies über die Bundeskasse geschieht. Sehr viele Länder, die in der Vergangenheit ihre Verpflichtung zur Investitionsförderung wenigstens teilweise wahrgenommen haben, wie zum Beispiel Hessen und Bayern, werden befürchten müssen, dass sie bei einer gleichmäßigen bundesweiten Besteuerung für die Vergangenheit bestraft werden, während die Länder, die sich bewusst aus der Krankenhausfinanzierung herausgehalten haben, sogar begünstigt sind. Dass dann der Länderfinanzausgleich zur Disposition gestellt werden wird, dürfte sehr wahrscheinlich sein. Die Länder werden sich die Gleichstellung der Krankenhausfinanzierung auf dem Sektor der Investitionsförderung nicht gefallen lassen.

Auch bei den Einzelverträgen will man von der CDU-Arbeitsgruppe her eher restriktiv vorgehen und beispielhaft nur drei Indikationen für freie Verträge zulassen.

• Ein gemeinsamer Nenner – aber der kleinste

In dieser unübersichtlichen Gemengelage fand das Gespräch in Plön statt. Nach vielen Stunden hat man dann einen gemeinsamen Nenner gefunden:

- ▶ Es bleibt bei der dualen Finanzierung, die Monistik à la Bundesgesundheitsministerium wird nicht eingeführt.
- ▶ Ab dem 01.01.2012 soll die Investitionsfinanzierung neu geregelt werden. Das DRG-Institut InEK wird dann Investitionspauschalen ermitteln, die von den Ländern an die Krankenhäuser bezahlt werden müssen. Daneben besteht aber eine Einzelleistungsförderung einzelner Krankenhäuser durch das Land weiter.
- ▶ Die Grundlohnsomme ist bei den Budgets im Gesundheitswesen das Maß der Dinge. Man will dies aber für die Krankenhäuser durch einen Orientierungswert ersetzen, der ab 2010 eingeführt wird und nur für Krankenhäuser gilt.
- ▶ Auch die Frage der Einzelverträge hat man geregelt. Während man von Seiten der Bundesregierung durchaus an Dumpingpreise für die Leistungserbringer gedacht hat nach dem Motto „Höchstpreise sind die DRGs, verhandelt werden kann nur nach unten“, will man Einzelverträge nicht mehr nach dem Honorar, sondern nach der Qualität ausrichten.

Die Vorgabe bedarf mit Sicherheit einer Erläuterung. Setzt man diese Vorgabe um, so werden die Versi-

cherten der unterschiedlichen Krankenkassen qualitativ unterschiedlich behandelt. Die Mehrklassenmedizin lässt grüßen.

Die Bundesregierung hat sich von einer zeitnahen Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes nach Plön verabschiedet. Man will den Basisfallwert im Rahmen einer Konvergenz einführen, die bis 2015 geplant ist.

Um auch noch akut vor der nächsten Bundestagswahl den Krankenhäusern unter die Arme zu greifen, hat man flugs den Sanierungsbeitrag gestrichen.

Ulla Schmidt und ihre Kolleginnen und Kollegen aus den Ländern haben sich damit auf den wohl kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt.

Betrachtet man die Beschlüsse und Zeitvorgaben, so wird eines klar: Bis zu den Bundestagswahlen 2009 passiert ordnungspolitisch gar nichts. Wenn man dennoch zu einer Beschlussfassung käme, so würden die neuen Vorgaben erst in der neuen Legislaturperiode umgesetzt, in der – vielleicht – die Karten neu gemischt werden.

• Nach der Reform ist vor der Reform

Dies alles wird eine neue Bundesregierung treffen, die dann entsprechend den im Deutschland üblichen Reformzyklus wieder mit einem neuen Gesundheitsreformgesetz spätestens 2010 und 2011 auf den Plan treten dürfte. Ergo: Die hier gefassten

Beschlüsse sollte man nicht so ernst nehmen, können sie doch jederzeit von einer neuen Regierung sofort korrigiert werden, bevor sie überhaupt nur in Kraft treten. Man sieht, dass die Gemeinsamkeiten zwischen SPD und CDU einerseits und zwischen Bund und Ländern andererseits nahezu ausgeschöpft sind. Neue Gesetze, die sowohl vom Bundestag als auch vom Bundesrat beschlossen werden müssten, sind damit bis zur nächsten Bundestagswahl nicht mehr zu erwarten. Die Krankenhäuser haben somit für die nächste Zukunft keine Rechts- und Planungssicherheit über ein Jahr hinaus.

HFS



Basisfallwert, Monistik, Selektivverträge – über diese Themen wurde im idyllischen Plön viele Stunden diskutiert.

Kassen-Wettbewerb wird ausgeschaltet (Fortsetzung von Seite 1)

Gut wirtschaftende Krankenkassen werden abgestraft

● Große Unterschiede zwischen den Kassen

Schon immer bestehen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung große Unterschiede in der Höhe der Verwaltungskosten. Die Statistiken des BMG über die Netto-Verwaltungskosten je Mitglied nach Kassenarten enthalten nur Durchschnittswerte. Der GKV-Durchschnittswert der letzten fünf Jahre von 160,70 € je Mitglied wurde von den LKK, den AOK und den Angestellten-Ersatzkassen übertroffen, die anderen Kassenarten lagen darunter. Doch die wirklichen Verwaltungskosten pro Versichertem werden von

den Krankenkassen unter Verschluss gehalten. Dem „dienst für gesellschaftspolitik“ (dfg) ist es in mühevoller Recherchearbeit gelungen, die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen je Mitglied für das Jahr 2006 herauszufinden. Nicht alle waren bereit, mit den Zahlen herauszurücken. Dennoch hat der dfg erstmals einen umfassenden Überblick darüber verschafft, wie die einzelne Kasse wirtschaftet und ihre bürokratischen Aufgaben bewältigt. Die ermittelten Sätze reichen von 245,21 € als dem höchsten Satz p.a. (eine LKK) herunter bis zu 16,62 € für eine kleine,

betriebsbezogene BKK, bei der der Arbeitgeber die Personalkosten trägt. Es gilt dabei einige Sonderfälle zu beachten: Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen fallen aus dem Rahmen, weil durch ihre Verwaltungsgemeinschaften mit den Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ganz andere Kosten auf sie zukommen als auf die üblichen Krankenkassen. Die geschlossenen BKKen profitieren davon, dass der Arbeitgeber die Personalkosten trägt. Besonderen Status genießt auch noch die Bundesknappschaft. Diese Sonderfälle sind deshalb aus dem Ausgleich der Verwaltungskosten herausgenommen worden.

● Wettstreit um das große Geld

Unter den restlichen Krankenkassen ist ein Wettstreit um das große Geld

ausgebrochen. Kassen und ihre Verbände, die über dem Durchschnitt liegen, setzen alle politischen Hebel in Bewegung, um möglichst viel von den Milliarden, die die günstigeren Krankenkassen abtreten müssen, in ihre Töpfe zu bekommen. Sie argumentieren deshalb damit, dass der 50:50-Schlüssel zu niedrig sei und das Verhältnis besser bei 70:30 liege. Zu den Kassen mit überdurchschnittlich hohen Netto-Verwaltungskosten im Jahre 2006 zählen als Spitzenreiter die Ford BKK (190,98 €), gefolgt von der Hamburg-Münchener Krankenkasse (188,16 €), der IKK Brandenburg und Berlin (188,08 €) und der Barmer Ersatzkasse (186,57 €). Im Mittelfeld liegen die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (182,27 €), die AOK Hessen (179,56 €), die AOK Rheinland-Pfalz (175,22 €), die BKK Westfalen-Lippe (173,29 €) und die AOK Bayern (171,17 €).

Demgegenüber haben sich die Krankenkassen, die unter dem Durchschnitt von 160,70 € liegen, ebenfalls

zusammengetan und plädieren vehement für die 50:50-Regelung. Die 70:30-Regelung halten sie für „wenig zielführend“, weil damit wesentliche Anreize für wirtschaftlich orientiertes Verwaltungshandeln wegfielen und die Kassen, die ihre Mitglieder mit einer schlanken Verwaltung betreuen, über Gebühr benachteiligt würden.

Die Schreiben der Krankenkassen an Bundeskanzlerin Angela Merkel sind bislang unbeantwortet. Zähneknirschend sehen etliche Gesundheitspolitiker der Unionsfraktion, dass die Bundeskanzlerin ihrer SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt den Rücken in der Gesundheitspolitik freihält und die Entwicklung hin zu einer sozialistisch geprägten Einheitsversicherung nicht bremst. Offensichtlich verhindert die Koalitionsraison eine Umkehr im Gesetzgebungsverfahren.

KS

Dr. med. Wolf von Römer 65 Jahre!



Dr. med. Wolf von Römer, Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. und seit 2004 gleichzeitig 1. Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI) feierte am 3. Juli 2008 seinen 65. Geburtstag.

Geboren in Dresden erfolgte das Medizinstudium 1965 bis 1971 in München mit anschließend breiter internistischer Weiterbildung am Deutschen Herzzentrum München bei Prof. Rudolph und am Städt. Krankenhaus München-Neuperlach an den Abteilungen Endokrinologie, Gastroenterologie, Kardiologie und wie damals für Internisten üblich auch in der Radiologie. Nach der Anerkennung als Internist 1980 ließ sich Kollege von Römer in eigener Praxis in München nieder und ist seit dieser Zeit mit großem Engagement im sog. hausärztlichen Versorgungsbereich tätig. Seit dieser Zeit ist Wolf von Römer auch in der ärztlichen Selbstverwaltung tätig und in der KVB neben langjähriger Delegierten-Tätigkeit stellvertretender Vorsitzender der KV-Vertreterversammlung und vor allem seit 1993 bis jetzt durchgängig als alternierender Vorsitzender des Zulassungsausschusses München für Niederlassungsfragen, Ermächtigung von Krankenhausärzten und der zunehmenden Gründung von MVZs und anderen ärztlichen Gemeinschaftsstrukturen zuständig. Große Verdienste erwarb sich Kollege von Römer als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München von 1994 bis 2002 sowie als Mitglied des Vorstands der Bayerischen Landesärztekammer während dieser Zeit sowie in diversen Ausschüssen und als Delegierter auf

Bayerischen und Deutschen Ärztetagen zu Fragen der Ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung. Oberstes Prinzip dabei waren und sind Wahrung und Ausbau ärztlicher Qualität und Kompetenz. Seit 2003 ist Kollege von Römer 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V., seit 2004 Vorstandsmitglied und 1. Vizepräsident des BDI. Für systematischen Ausbau und Intensivierung der Internistischen Fortbildung erfolgte 2007 die Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette durch die Bundesärztekammer. Mit sein Verdienst durch unendliche Überzeugungsarbeit ist die Wiedereinführung des „Internisten“ auf dem Deutschen Ärztetag 2007 in Münster als breite Basis vor einer weiterführenden Spezialisierung. Die berufliche Tätigkeit und sein selbstverständliches Engagement für die ärztliche Standes- und Gesundheitspolitik sind geprägt durch hohe Verantwortung, sachliche Argumentation und Überzeugungskraft sowie dem starken Willen, die Ärzteschaft als Einheit und politische Kraft zu erhalten. Wir Internisten sind Wolf von Römer dankbar für seinen großen Einsatz und dürfen ihm an der Seite seiner lieben Gattin Hanni eine frohe und erfüllte Zukunft in Gesundheit wünschen.

H. Stöckle

Blackbox Morbi-RSA (Fortsetzung von Seite 1)

Morbiditätsindex und Geldverteilung im Gesundheitsfonds

So war es ihr gelungen, wenigstens einen Teil der chronischen kostenintensiven Krankheiten bei der Verteilung der Gelder neu zu bewerten. Das ganze Thema ist so strittig, dass das Gerücht umgeht, dass es bisher nicht einen einzigen Beschluss des Bundesversicherungsamtes zum Risikostrukturausgleich gegeben hat, der nicht von den Kassen beklagt wurde.

● Morbiditätsbezug auch bei der Vergütung der Vertragsärzte

Die Disease-Management-Programme waren nur ein Vehikel, um die größten Verwerfungen durch Risikostrukturausgleich zu verhindern. In der jetzigen Gesetzgebung hat man deshalb dem Morbiditätsindex weiten Raum gegeben und 80 Krankheiten definiert, die einen besonders schweren Verlauf haben und hohe Kosten verursachen. Bereits im Vorfeld hat es hier Streit gegeben. Die Gutachter hatten sich nach wissenschaftlichen Kriterien gerichtet. Das Ergebnis hat die Krankenkassen gestört. Es musste ein neues Gutachten her. Das Bundesversicherungsamt hat jetzt eine Definition der Erkrankungen vorgelegt. Über diesen Morbiditätsbezug wird nicht nur das Geld an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds verteilt, es wird auch in Zukunft einen Morbiditätsbezug bei der Vergütung der Vertragsärzte und beim Finanzierungsvolumen in den einzelnen Bundesländern geben. Hier von werden unter anderem auch wieder die Vertragsärzte betroffen sein, die Krankenhäuser haben den Ärger im Prinzip schon hinter sich,

da die DRGs einen Morbiditätsbezug bereits seit Jahren abbilden.

● Ein Streit unter dem Dach des Spitzenverbandes

Es ist ein heftiger Streit innerhalb der Krankenkassen über die Finanzierung der Verwaltungskosten über den Gesundheitsfonds entstanden (siehe auch Artikel „Gut wirtschaftende Kassen werden abgestraft“ auf den Seiten 1 und 3). Insbesondere die Versorgerkassen weisen hohe Verwaltungskostenanteile auf. Dem entsprechend hoffen sie, dass die Zuwendungen für die Verwaltungskosten überwiegend über den Morbiditätsbezug definiert werden, entsprechend ihrem Vorschlag zu 70 Prozent. Die Kassen mit niedrigen Verwaltungskosten sind daran interessiert, dass es zu einer hälftigen Aufteilung nach Mitgliederzahl einerseits und Morbiditätsbezug andererseits kommt. Die beiden Lager stehen sich unversöhnlich gegenüber und sind bereits beim Bundesgesundheitsministerium vorstellig geworden. Interessant ist, dass dieser Streit zwischen den Krankenkassen unter dem Dach eines Spitzenverbandes stattfindet. Die Risslinie geht durch alle Krankenkassenlager, gleichgültig ob RVO oder Ersatzkassen. Die Frage ist von der Bundesregierung immer noch nicht entschieden.

● Ein weiterer Länderfinanzausgleich

In Zukunft dürfte das Interesse der Krankenkassen an den Versicherten besonders groß sein, die eine der 80

Krankheiten haben, die den Morbiditätsbezug definieren. Es wird ein regelrechter Run auf die Versicherten eintreten, weil man hier am ehesten Geld aus dem Gesundheitsfonds generieren kann. Arm dran dürften die Versicherten sein, die zufällig nicht an diesen Krankheiten leiden. Weiterhin Favorit sind aber auch die gesunden und zahlungskräftigen Mitglieder.

Wie bereits bei den DRGs wird es hauptsächlich darauf ankommen, dass die Morbidität auch dokumentiert wird. Es wird so zugehen, wie beim Skatenspiel: Wer schreibt, der bleibt. Nach den Erfahrungen bei den DRGs gibt es heute schon den Begriff der Dokumentationskrankheit.

Der Morbiditätsbezug im Gesundheitswesen wird erneut erhebliche Nachteile für einzelne Bundesländer bringen. Wenn sich die Beiträge der Krankenkassen nach der Morbidität richten, so werden die Bundesländer mit einer eher gesunden Bevölkerung weniger Finanzmittel zur Verfügung haben. Bereits jetzt fürchten zum Beispiel die Bayern, dass sie neben dem Exodus der Finanzen nach dem Gesundheitsfonds und nach dem bundeseinheitlichen Punktwert für die Vertragsärzte bei der Umsetzung des Morbiditätsindex nochmals zur Kasse gebeten werden.

Die Finanzgrundlage in unserem Gesundheitswesen ist für alle Beteiligten, ob Leistungserbringer oder Krankenkasse, unter diesen Bedingungen nicht mehr kalkulierbar.

HFS