

Editorial

Das in wenigen Tagen beginnende Jahr 2009 ist mit mehreren Landtags- und Kommunalwahlen, der Europawahl sowie der Wahl des Bundespräsidenten im Mai und – als Abschluss und gleichzeitiger Höhepunkt – den Wahlen zum nächsten Deutschen Bundestag am 26. September 2009 ein Superwahljahr, wie es die Republik bisher noch nicht kannte. Der mündige Staatsbürger ist in der Pflicht, den Politikern und ihren politischen Parteien die Richtung zukünftiger Politik in Deutschland vorzugeben.

Diese Vielzahl von Wahlen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene fällt in eine Zeit wirtschaftlicher Rezession, wie sie die Bundesrepublik seit 1949 nicht kennen lernen musste. Immer ging es nach dem 2. Weltkrieg – von mehreren kleinen und kurzfristigen wirtschaftlichen Rückschlägen einmal abgesehen – stetig bergauf. Fast alles wurde immer besser.

Auch im Gesundheitswesen ging es lange bergauf. Bessere Leistungen für die Versicherten und Kranken, bessere Honorierung für uns Ärzte, ein exponentieller Zuwachs an medizinischem Wissen und schnelle Übertragung in die Patientenversorgung in Klinik und Praxis waren – so lange hohe Wachstumsraten auch die Einnahmen der Krankenkassen steigen ließen – über viele Jahre kein wirkliches Problem. Es gab zwar Engpässe, aber kein die Versorgung der Patienten stärker gefährdendes Problem.

Diese im Rückblick fast paradiesisch anmutenden Zustände sind seit etwa 15 Jahren endgültig vorbei. Die Finanzmittel für ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen sind zu knapp gehalten; da hilft auch das neue Umverteilungs-Bürokratiemonster Gesundheitsfonds nicht weiter. Es fehlt an der Nachhaltigkeit, der Planbarkeit. Der allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen ist ab 2009 in den „Kuhhandel“ der regierenden Parteien, nicht einer kompetenten Selbstverwaltung, gestellt. Zur „inneren“ verdeckten Rationierung von Leis-

tungen (wie ein mindestens 30%iger Sozialrabatt nicht bezahlter ärztlicher Leistungen) kommt die „äußere“ auch für den Patienten sichtbare Rationierung (Wartelisten, Einschränkung bei Medikamenten, Zuzahlung etc) dazu.

Unter dem Vorwand von mehr Gerechtigkeit für alle sorgt eine immer weiter ausufernde Bürokratie für systematische Zeitverzögerung bei neuen Leistungen und verschlingt die Mittel, die sinnvoller für eine bessere Versorgung der Patienten zur Verfügung gestellt würden.

Politisch gewollt werden ärztliche Körperschaften wie Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen systematisch weiter geschwächt. Die Politik trifft hier auf eine Ärzteschaft, die sich nicht einig ist in den Prioritäten der Versorgung, in der Verteilung des finanziellen Mangels, im Kampf um die Therapiefreiheit und vor allem nicht über die übergeordneten ärztlichen Strukturen, also die KVen und die Kammern.

Wenn es Berufsverbände noch nicht gäbe, müsste man sie jetzt zum



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Schutze unserer Kollegen/innen erfinden. Aber nicht Berufsverbände, wo – wie häufig noch – jeder gegen jeden kämpft und seinen Vorteil auf Kosten des anderen sieht. Nein, Berufsverbände wie den Berufsverband Deutscher Internisten, unseren BDI e. V., der als politischer Zentralverband die gesamte Innere Medizin darstellt und vertritt. In unserem Berufsverband arbeiten Kolleginnen und Kollegen aus Klinik und Praxis in allen Versorgungsebenen gleichzeitig mit ihrer Sorge um unser Fachgebiet auch an fast allen berufspolitischen Problemstellungen. Denn das umfassende Fach Innere Medizin wird von fast allen Problemen berührt, die alle Ärzte und alle Patienten betreffen.

Hier bietet uns das Superwahljahr 2009 eine einmalige Chance. Vor jeder Wahl sind Politiker nervös; das Urteil über ihre vergangene politische Arbeit wird vom zu den Wahlen gehenden Bürger gefällt; sie wollen wieder gewählt werden.

Wir als ihr Berufsverband, ihr BDI e.V., werden gerade im Wahljahr 2009 unsere politischen Aktivitäten weiter steigern. Helfen Sie mit, beteiligen Sie sich bei den Diskussionen, arbeiten Sie aktiv im Berufsverband mit!

Gemeinsam können wir in Zukunft noch stärker werden!

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien alles Gute, Gesundheit und Erfolg in diesem Jahr

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Ein Erfolg für die Innere Medizin (Fortsetzung von Seite 1)

Schlaganfall mit neurologischer Komplexbehandlung auch für Internisten ab 2009 erlösrelevant

Im derzeit gültigen Fallpauschalen-Katalog 2008 ist der Schlaganfall ausschließlich für Kliniken abrechenbar, die eine 24-stündige neurologische Facharztanwesenheit vorhalten. Ermöglicht war dies durch die Kodierung der OPS-Prozedurenziffer 8-981.x „Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“. Internistische Kliniken ohne die genannten Voraussetzungen konnten die Leistung zwar erbringen und auch kodieren (OPS-Prozedurenziffer 8-98b.x „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“), aber die Vergütung entsprach nicht dem tatsächlichen erbrachten Aufwand für die Behandlung dieser Patientenklientel. Die Folge war, dass die Schlaganfall-Behandlung durch Internisten häufig gar nicht dokumentiert wurde und damit statistisch nicht die Rolle spielte, die ihr tatsächlich im klinischen Alltag zukommt.

• **Verbesserung der Rettungskette**
Ludwig hat sich bereits vor seiner Wahl ins BDI-Präsidium im Jahre 2004 als Vorsitzender der Sektion Angiologie im BDI speziell um dieses Thema gekümmert und in zahlreichen Gesprächen mit dem InEK-Insti-

tut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) und der DRG Research Group interveniert. Wegen der partiellen CMI-Unterbewertungen von internistischen DRGs wurde zudem vor vier Jahren ein InEK-Ausschuss im BDI ins Leben gerufen.

In einem Rundschreiben des BDI an alle internistischen Chefärzte ist mit Erfolg dafür geworben worden, die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS-Ziffer 8-98b.x) auf jeden Fall zu kodieren, auch wenn sie derzeit keine Erlöse nach sich zieht. Diese Maßnahme hat sicherlich mit zum Durchbruch verholfen. Deshalb gilt auch der Dank den zahlreichen Internistinnen und Internisten im Krankenhaus, die unserem Aufruf gefolgt sind und mitgeholfen haben, die Versorgungssituation des Schlaganfalls in Deutschland abzubilden.

Die ab dem nächsten Jahr gültige Regelung bedeutet besonders eine Verbesserung der Rettungskette in Bezug auf den Schlaganfall in ländlichen Versorgungsgebieten, die Akutkrankenhäuser mit internistischen Intensivstationen vorhalten und über keine „stroke unit“ verfügen können.

• **Der Schlaganfall soll interdisziplinär behandelt werden**

Unbenommen der neuen DRG-Bewertung versteht der BDI die Behandlung des Schlaganfalls weiterhin als interdisziplinäres Konzept, bei dem im Sinne der Sicherung der Behandlungsqualität auf die enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit Fachärzten für Neurologie besonders zu achten ist. So wird zum Beispiel anlässlich des Internistenkongresses im April 2009, den alljährlich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden veranstaltet, eine reger fachlicher Austausch mit zu diesem Kongress eingeladenen Neurologen stattfinden. Der neue Fallpauschalenkatalog für 2009, auf den sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung Mitte September geeinigt haben, beinhaltet insgesamt 1.192 verschiedene abrechenbare Fallpauschalen, 55 mehr als im Vorjahr.

KS, tr

Mehr zu allen Neuerungen bei den DRGs können Sie in BDI aktuell 12/2008 sowie in dieser Ausgabe auf Seite 10 im Artikel „Was ist neu im DRG-System 2009?“ lesen.

BDI-Mitglieder geehrt

Anlässlich des 47. Bayerischen Internisten-Kongresses, durchgeführt von der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. vom 15. bis 16. November 2008 in München, gab es einige Ehrungen:

Prof. Dr. med. Johannes Mann, Chefarzt 6. Med. Abteilung Städt. Krankenhaus München-Schwabing, wurde am 14. November 2008 für seine langjährige engagierte Fortbildungstätigkeit in den Bereichen Nephrologie und Hypertensiologie sowie für seine überragende Tätigkeit als Kongress-Präsident der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. mit dem „Goldenen Ehrenzeichen“ der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. ausgezeichnet.

Dr. med. Ullrich Schindlbeck, Vorstandsmitglied Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), niedergelassen in 82211 Herrsching als Facharzt für Innere Medizin und Nuklearmedizin wurde am 14. November 2008 in Anerkennung seiner langjährigen berufspolitischen Tätigkeit und breit anerkannter Tätigkeit auf dem Fortbildungssektor für die Bereiche internistische Radiologie, Nuklearmedizin und MRT mit dem „Goldenen Ehrenzeichen“ der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. ausgezeichnet.

Dr. med. Wolf von Römer, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. und 1. Vizepräsident Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), wurde von der Tschechischen Ärztesellschaft Prag (Purkyně-Gesellschaft) in Würdigung seiner grenzüberschreitenden Fortbildungstätigkeit mit deren Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet.

Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V.
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

47. Bayerischer Internistenkongress in München (Fortsetzung von Seite 1)

Ab Januar 2009 beginnt eine neue Welt

Für die Höhe der ärztlichen Vergütung ist nicht mehr die wirtschaftliche Kraft eines Bundeslandes oder einer Krankenkasse maßgeblich, sondern die Morbiditätsstruktur. Köhler verhehlte nicht, dass das für Länder wie Bayern problematisch sein wird, meinte jedoch: „Auch die Jungen und Gesunden, die nach der Wende nach Bayern gekommen sind, werden älter.“

• Ärzte geben „Sozialrabatt“

Die Kritik, dass von dem einstmaligen betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent nun nur noch 3,5001 Cent übrig geblieben sind, nahm er locker. Das habe der Gesetzgeber zu verantworten, erwiderte er. Dieser habe vorgeschrieben, dass das zur Verfügung stehende Geld durch alle Punkte geteilt wird, die die Ärzte 2007 abgerechnet haben. „Der Unterschied zwischen 5,11 und 3,5 ist der GKV-Sozialrabatt.“

Mit dieser Aussage wollte sich der BDI-Präsident nicht zufrieden geben. Für die Ärzte ist die Vergütungsreform und die Absenkung des Orientierungspunktwertes etwas sehr Konkretes, mahnte er. Dagegen müsse man sich zur Wehr setzen, und auch die KBV dürfe nicht bereit sein, solche Sozialrabatte umzusetzen. Er bezweifelte, dass die Homogenisierung der Vergütung ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen ein zukunftsträchtiges Modell seien.

Viele Probleme wird den Ärzten jedenfalls der Morbi-RSA bereiten, versicherte der KBV-Vorsitzende. In ihm sind 80 Krankheiten gelistet, für die es

für die Kassen mehr Geld geben soll. Allerdings umfassen diese nur 31% der ambulanten Behandlungsdiagnosen, die Ärzte derzeit dokumentieren. Wenn es bisher interessant für die Krankenkassen war, gesunde Versicherte zu haben, wird es nun interessant, möglichst viele Versicherte zu haben, die eine der 80 Krankheiten auf der RSA-Liste haben. Die Krankenkassen dürften über selektive Verträge versuchen, Gruppen von Ärzten zu finden, die bereit sind, vermehrt solche Patienten einzuschreiben. Wir werden eine neue Form von Tarifverträgen erleben, bemerkte Köhler, die an die Diagnosen im Morbi-RSA gekoppelt sind. „Das Ganze hat nichts mehr mit Versorgungsgerechtigkeit zu tun.“

Köhler geht davon aus, dass am Ende des Jahres 2009 im Gesundheitsfonds ein paar Millionen Euro fehlen werden. Er glaubt, dass dann die Bürgerversicherung kommen und die private Krankenversicherung aufgelöst wird. Für die Ärzte wird das ein böses Erwachen geben, sagte er, auch wenn einige jetzt glaubten, mit dem Einfachen des GOÄ-Satzes gut über die Runden zu kommen.

• Verfassungsklage gegen Verbands-Monopol

Den Widerstand gegen die Änderung des § 73b SGB V (hausarzt-zentrierte Versorgung) bekräftigte der KBV-Vorsitzende in München erneut. Diese Änderung durch das GKV-Organisationsgesetz verschaffte einer bestimmten Gruppe in einer Region einen Vorteil. Wenn mindestens die Hälfte der dortigen Fachärzte für Allgemeinmedizin in

dieser Gruppierung vertreten sind, müssen die Krankenkassen mit dieser einen Vertrag nach § 73b abschließen. In aller Regel ist das der Hausärzteverband. Das hat zur Folge, erläuterte Köhler, dass 29% der Hausärzte über einen Vertrag bestimmen, bei dem die anderen 71% der Hausärzte nichts zu bestimmen haben. Das sind die Internisten, die Kinder- und Jugendärzte und auch die Praktischen Ärzte.

„Was hat das mit Wettbewerb zu tun, wenn man ein solches Monopol schafft?“, fragte er. Dadurch werden letztlich alle Hausärzte zu Zwangsmitgliedern im Hausärzteverband genötigt. Die KBV ist entschlossen, gemeinsam mit anderen Verbänden, darunter auch der BDI, Verfassungsklage einzureichen, und zwar wegen des Verstoßes gegen das Diskriminierungsverbot und wegen des Verstoßes gegen die Berufsfreiheit nach § 12 Grundgesetz. Der BDI-Präsident kritisierte ebenfalls diese Gesetzesänderung und bemerkte: Wenn man höre, wie hier geschachert wurde, dann sehe man, dass es nicht um eine bessere Versorgung gehe, sondern nur darum, Machtinteressen durchzusetzen.

Selektivverträge sollen nach den Plänen der Politik das Kollektivvertragssystem der KVen ablösen. „Woher sollen denn die Krankenkassen das Geld dafür hernehmen?“, fragte Köhler. Wer als Arzt unbedingt einen Selektivvertrag haben möchte, könne das ruhig tun, aber er sollte sich klar machen, dass er dann nicht mehr die Sicherheit des Kollektivvertrags habe, aus dem er jetzt 91% seines Einkommens beziehe, und zwar durch regel-

mäßige monatliche Abschlagszahlungen. Er sehe deshalb die Entwicklung hin zu Selektivverträgen sehr kritisch. Dass sich damit die Versorgung verbessern ließe, bezweifelte er. Man möge ihm einen einzigen 140er oder 73er Vertrag benennen, der so evaluiert sei, dass man sagen könne, er habe die Versorgung verbessert. Das Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen werde gewiss nicht so bleiben. „Noch können sich die Ärzte auf die KV stützen, aber wer weiß, wie lange noch.“

• „Vorstufe zur Hölle“

Der § 116b SGB V ist für Köhler „die Vorstufe zur Hölle“. Die Hämatologie/Oncologie sei für die Krankenhäuser die Eintrittspforte für die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser. Auch dagegen werde die KBV klagen. Seine Prognose: Bei der nächsten Gesundheitsreform werden wir die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser erleben.

Die Institutionalisierung löst die Ermächtigung im Krankenhaus ab und geht einher mit einer Institutionalisierung der Autokratie, stellte Dr. Andreas Botzlar, 2. Bundesvorsitzender des Marburger Bundes, fest. Am Ende entscheide ausschließlich das Bundesgesundheitsministerium, weit jenseits von allen tatsächlichen Erfordernissen.

Was die Politik als GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz auf den Weg gebracht hat, ist nach den Worten des

bayerischen AOK-Vorsitzenden Dr. Helmut Platzer zu einem Gesetz zur Abschaffung des Wettbewerbs geworden. Man habe den Kassen die Instrumente Preis und Produkt (Leistungs-gestaltung) aus der Hand genommen und möglichst viel „einheitlich und gemeinsam“ eingeführt. Die Krankenkassen erfahren in diesen Tagen, wie viel Geld ihnen 2009 zur Verfügung steht, aber die Ausgabenentwicklung können sie nicht abschätzen. Alles stehe unter dem Finanzierungsvorbehalt des Gesundheitsfonds. „Wir müssen mit einem dramatischen Delta zwischen der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung rechnen.“

Um das Monopol des Hausärzteverbandes beim Abschluss von Verträgen nach § 73b zu umgehen, hat die AOK in Bayern noch in diesem Jahr nach altem Recht einen Hausarzt-Vertrag ausgeschrieben. Platzer geht davon aus, in Kürze einen vernünftigen Vertrag abschließen zu können.

Über die Vorwürfe von Seiten der Hausärzte, dass die AOK sie zu schlecht bezahle, wunderte er sich. Zwar liege der durchschnittliche Fallwert für Hausärzte in Bayern bei 45 Euro, aber die AOK habe bereits seit einigen Jahren einen Hausarztvertrag, bei dem die teilnehmenden Hausärzte einen durchschnittlichen Fallwert von 71,20 Euro erreichen. „Wenn ich dann gefragt werde, wann die die Hausärzte finanziell besser stellen will, stößt das bei mir auf ein gewisses Unverständnis.“

Klaus Schmidt

Regelleistungsvolumina

Stress ohne Ende

Die Zuschriften der BDI-Mitglieder an ihren Berufsverband häufen sich derart, dass wir in BDI aktuell zu den Fragen Stellung nehmen wollen.

Zur Klarstellung: Die notwendige Erläuterung der versandten Vorgaben ist alleine Sache der zuständigen Landes-KV, kein Berufsverband kann bei den unterschiedlichen Ländervorgaben eine rechtlich verbindliche Aussage im Einzelfall machen. Ihm liegen die einschlägigen Daten nämlich nicht vor. Dennoch einige Vorschläge, wie man mit den Vorgaben umgeht:

- Die Regelleistungsvolumina basieren auf den Abrechnungsdaten I/2008. An dieser KV-Mitteilung müssen Sie sich orientieren.
- Im Regelleistungsvolumen sind nur die intrabudgetären Leistungen erfasst, z. B. keine ambulanten Operationen oder belegärztlichen Leistungen. Sie können deshalb den Fallwert I/2008 nicht unmittelbar mit dem RLV-Fallwert vergleichen. Der RLV-Wert fällt umso geringer

- aus, je mehr extrabudgetäre Leistungen in Zukunft anfallen.
- Rechnen Sie sich nach Ihrer Anzahl und Summenstatistik von I/2008 das Punktzahlvolumen der Leistungen aus, die im RLV I/2009 abgebildet sind, und setzen Sie den Punktwert von 3,5 Cent ein. Grob können Sie abschätzen, ob Sie über die Regelleistungsvolumina mehr oder weniger Honorar bekommen.
- Problematisch ist die Situation dann, wenn die Fachgruppensystematik geändert wurde. Vergleiche sind dann für den normal denkenden Vertragsarzt nicht mehr anzustellen. Dies scheint in Niedersachsen vorzuliegen.
- Die größten Verwerfungen dürfte es bei KVen geben, die bis zuletzt an der Individualbudgetierung festgehalten haben. Da die Internisten,

insbesondere die Fachärzte ohne Schwerpunkt aufgrund ihres individuellen Leistungskataloges bei dieser Honorarverteilung sehr streuen, gibt es bei der Vereinheitlichung des Fallwertes durch die RLV erhebliche Differenzen innerhalb der Fachgruppe zur Vergangenheit, die diese KVen jetzt einholt. Hatte der Arzt früher einen überdurchschnittlich hohen Fallwert, wird er jetzt weniger zur Verfügung haben. Umgekehrt gibt es für diejenigen mit einem unterdurchschnittlich niedrigen Fallwert jetzt mehr. Nur freuen sich diese Kollegen eventuell zu früh. Sie haben ein RLV, aber keine Pauschale! Sind sie aufgrund ihrer Praxisausstattung nicht in der Lage, die höheren Fallwerte auszufüllen, ist das Geld verloren! Gewinner dieser Regelung sind die Krankenkassen!

Soweit einige, hoffentlich etwas erhellende Hinweise. Einen Rat am Schluss: Bleiben wichtige Fragen offen, sollten Sie zumindest fristwährend Widerspruch einlegen.

Dr. Hans-Friedrich Spies/
Dr. Horst Feyerabend

Anzeige Sonoring
109 x 188