

Editorial

Der Gesundheitsfonds ist da und mit ihm der neue morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA genannt. Er beinhaltet die für die Kassen finanziell kritischste Stellschraube, das so genannte M2Q-Kriterium. Für 80 definierte Krankheiten erhalten sie in Zukunft aus dem Gesundheitsfonds außer einer nach Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus ermittelten Pauschale weitere Zuschläge. Diese Zuschläge werden aber nur dann ausgelöst, wenn der Arzt in der ambulanten Versorgung eine der 80 Morbi-RSA-fähigen Krankheiten in zwei unterschiedlichen Quartalen gesichert diagnostiziert und dokumentiert hat. Während aufgelistete Diagnosen im stationären Bereich in jedem Falle einen Zuschlag auslösen, müssen im ambulanten Bereich noch weitere Kriterien erfüllt

sein. So sieht der Morbi-RSA für einen Teil der auf der Liste stehenden ambulanten Krankheiten das Erreichen einer bestimmten Arzneimittelmenge vor, so z. B. bei chronischen Erkrankungen mindestens 183 Tagesdosen, kurz auch DDD genannt. Zum Schluss findet auch noch eine Hierarchisierung der Morbiditätsgruppen statt. Erst dann erhält die Kasse im nächsten Jahr einen Zuschlag – sofern der Patient dann noch bei ihr versichert ist! Über die Auswahl der 80 Erkrankungen hatte es im Vorfeld heftige Kritik gegeben. Natürlich sind die meisten chronisch verlaufenden internistischen Erkrankungen hier aufgeführt. Auch sind alle DMP-fähigen Erkrankungen Teil des Kataloges.

Unsere Kritik am Morbi-RSA besteht darin, dass er zwar Morbidität im Titel führt, es aber jetzt schon erkennbar ist, dass er als ein reines ökonomisch orientiertes Ausgleichs-

und Zuweisungssystem genutzt wird. So beinhaltet er keinerlei Qualitäts- oder Präventionsaspekte und setzt zum Beispiel nicht zwingend leitliniengerechte Arzneimitteltherapie voraus; ein Aspekt, der für unsere internistische Arbeit und unser Selbstverständnis außerordentlich wichtig ist.

Während bisher alle Kassen Jagd auf gesunde Versicherte machten, um ihre Beiträge absenken zu können, haben sie jetzt des finanziellen Vorteils wegen den chronisch Kranken im Visier. Nicht aus Versorgungsaspekten, sondern aus reinem finanziellen Vorteil. Die zunehmende Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds führt zu einem gnadenlosen, moralisch äußerst bedenklichen Wettbewerb unter den Krankenkassen. Es zählt nicht mehr der einzelne Kranke, sondern nur noch das finanzielle Überleben der einzelnen Kasse.



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Die unseriösen Angebote der Krankenkassen an uns Ärzte, mit einem „upcoding“ der Diagnosen diese für die Kassen finanziell günstigen Zuschläge auszulösen, lehnen wir entschieden ab. Wir verwehren uns auch gegen die Aufrufe eines Dr. Hoppenthallers und seines Verbandes in Bayern, der dies auch für die Patienten rückwirkend durchführen möchte. Hier wird zu einer kriminellen Straftat aufgerufen. Die richtige Kodierung der Diagnosen unserer Patientinnen und

Patienten ist aber in der Zukunft noch wichtiger als in der Vergangenheit. Denn ab 2010 wird für die Weiterentwicklung der Gesamtvergütung die sich daraus ergebende Ermittlung der Morbiditätsentwicklung die entscheidende Stellschraube werden. Dass unsere Patientinnen und Patienten weiter leitliniengerecht und qualitätsgesichert behandelt werden können, dass wir Ärztinnen und Ärzte auch in der Zukunft für unsere schwere Arbeit angemessen finanziell bezahlt werden, dafür wird sich der Berufsverband Deutscher Internisten, ihr BDI e.V., auch 2009 einsetzen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

MEDI-Verband setzt Selektivvertrags-Politik fort (Fortsetzung von Seite 1)

Nach 73b für die Hausärzte jetzt 73c für die Fachärzte

● Hausarztvertrag als Grundlage für die Facharztverträge

Die Facharzt-Verträge haben den Vorteil, dass sie an die Struktur der 73b-Verträge mit den Hausärzten anknüpfen können. Auch hier wird es eine Bereinigung der Gesamtvergütung geben. Das Geld fließt von den Krankenkassen an die Management-Gesellschaft, die es dann den teilnehmenden Ärzten auszahlt.

Vieles aus dem Hausarzt-Vertrag kann für die Facharzt-Verträge übernommen werden, erläuterte Conrad. Am Anfang steht die Präambel, dann folgen der Vertragsgegenstand, die Teilnahmevoraussetzungen, die im Gesetz festgelegt worden sind, die Abgabe der Teilnahmeerklärung, Teilnahme- und Kündigungsbedingungen, die Einschreibung von Versicherten, die Leistungen der Managementgesellschaft und die Vergütungsabrechnung gegenüber der Managementgesellschaft, die paritätische Besetzung des Beirats und Regelungen zur Beendigung oder Kündigung der Teilnahme. Anders als im KV-System sind hierfür nicht die Sozial-, sondern die Zivilgerichte zuständig. Außerdem gehören zahlreiche Anlagen – 16 sind es im HzV – zum Vertrag; Vertrag und Anlagen sind im Internet auf den Seiten von MEDI (www.medi-verbund.de), der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (www.hausaerzteverband.de) und der AOK Baden-Württemberg (www.aok.de/baden-wuerttemberg) nachzulesen.

Ziele der Facharzt-Verträge sind laut Conrad:

- ▶ eine feste Vergütung in Euro,
- ▶ keine Mengenbegrenzung, keine Abstufung,
- ▶ Pauschalen, Einzelleistungen und Zuschläge sowie
- ▶ eine Vertragssystematik nach HzV-Muster.

Die Vergütung soll sich aus einer Grundpauschale P1 (einmal im Quartal je FzV-Versicherten bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt zur kardiologischen Grundversorgung) sowie Zusatzpauschalen und mehreren Einzelleistungsvergütungen zusammensetzen. Mit einem Inkrafttreten des ersten 73c-Vertrages rechnet Conrad entweder schon zum 1. Juli oder aber zum 1. Oktober 2009. Derzeit befindet sich MEDI in offenen Verhandlungen mit mehreren Fachverbänden. Von den teilnehmenden Ärzten wird eine Verwaltungsgebühr erhoben (beim HzV beträgt sie 3% für MEDI-Mitglieder bzw. 5% für Nicht-Mitglieder), von der der Fachverband einen Teil erhalten soll. Der MEDI-Verband ist zugleich Managementgesellschaft als auch Abrechnungsstelle. Diese leitet die Abrechnungsdaten gemäß den Vorschriften des § 295 SGB V an die Krankenkassen weiter – „nichts mehr und nichts weniger“, beteuerte Conrad in Stuttgart.

● HzV als Alternative zur KV

Angeht es um die aktuellen Probleme im KV-System spricht nach Ansicht von MEDI-Mitgründer Dr. Martin Knaupp, seit 23 Jahren in Stuttgart als Hausarzt niedergelassen, alles für die MEDI-Vertragspolitik. Er hielt den

Kollegen die Negativ-Schlagworte des vergangenen Jahres vor Augen: LANR, BSNR, Laborreform und jetzt auch noch die Regelleistungsvolumina (RLV). Bei der neuen Honorarordnung scheint es nur Verlierer zu geben. Knaupp fragte: „In welchem Bermuda-Dreieck verschwinden die Gelder?“ Unter solchen Bedingungen beantwortet sich für ihn die Frage „Warum brauchen wir einen HzV-Vertrag?“ ganz von allein. Niemand weiß, wie viel Geld er morgen von der KV für seine Leistungen bekommt. Die RLV bescheren einzelnen Vertragsärzten Verluste zwischen 30 und 60%. Der 73b-Vertrag sorgt für Kalkulierbarkeit.

Während im KV-System alles ins Chaos abzugleiten drohe, schaffe der HzV-Vertrag neue Strukturen. Knaupps Erfahrungen nach den ersten vier Monaten HzV-Vertrag in Baden-Württemberg sind unter dem Strich positiv: Die Einschreibung von Patienten bereitet ihm in seiner Praxis keine Probleme. Wenn Patienten ihn fragten, warum sie sich einschreiben sollten, antwortet er ihnen: „Weil Sie damit den Hausärzten helfen, denn sonst haben Sie morgen keinen Hausarzt mehr.“ Die Bevölkerung sei inzwischen für die Probleme sehr sensibilisiert und durchaus bereit, zugunsten ihrer Versorgung mitzumachen. Die Einschreibequote in seiner Praxis liegt um die 90%.

● Software-Probleme beim HzV-Vertrag

Doch nicht alles läuft so problemlos ab. Den meisten Ärger gab und gibt es mit der EDV. Die spezielle Vertragssoftware „Hausarzt+“ ist von der Firma ICW entwickelt worden. Mit ihr werden die Patienten verwaltet und die Abrechnung über die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft erledigt. Das Besondere an ihr ist der „gekap-

selte Kern“: Er beinhaltet die besonders schutzbedürftigen Informationen der HzV-Vertragspartner, unter anderem die gemeinsam vereinbarten Algorithmen zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln. Bei der Verordnung eines Medikaments wird dem Arzt mit einem Ampelsystem angezeigt: Grün = gut und preiswert, Gelb = nach Alternativen suchen, Rot = besser nicht, weil zu teuer. Der verordnende Arzt, der eine festgelegte Quote der Grün-Verordnungen erreicht, kann mit einem Bonus rechnen. Einen Malus für zu teure Verordnungen gibt es jedoch nicht. Den Super-GAU hat es laut Knaupp am 30. September 2008 mit dem Software-Update zum Quartalswechsel gegeben. „Da lief auf einmal gar nichts mehr.“ Nach intensiver Analyse konnte jedoch rasch nachgebessert werden, und im vierten Quartal 2008 funktionierte die Abrechnung der Patienten wieder problemlos. Das Update auf das erste Quartal 2009 ist ganz ohne Schwierigkeiten abgelaufen.

Dennoch verschwiegen er nicht, dass bei der EDV noch Verbesserungsbedarf besteht. Die Software „Hausarzt+“ von ICW laufe zwar gut, „aber viel zu langsam“. Die Druckereinstellungen findet Knaupp „gewöhnungsbedürftig“, und da die meisten Ärzte bereits seit Jahren eine eigene Praxis-Software haben, müssen sie derzeit mit zwei Systemen parallel arbeiten. Das erschwert den Praxis-Alltag. Knaupp geht davon aus, dass die Software mit der Zeit noch schneller werden wird. Es sei schon ein gutes Zeichen, meinte er in Stuttgart, dass innerhalb so kurzer Zeit ein ganz neues Programm für den HzV konstruiert werden konnte. Ohne „Hausarzt+“, versicherte er, gäbe es keinen HzV-Vertrag.

Ende Januar haben auch die Unternehmen des Marktführers CompuGROUP (ALBIS, CompuMED, Datavital, MEDISTAR und TurboMED) erklärt, dass sie ab sofort eine Software anbieten werden, die eine EDV-technische Abwicklung des Hausarztvertrags erlaubt. Damit sind nun nahezu alle Software-Häuser für die Teilnahme am HzV-Programm zertifiziert bzw. teilzertifiziert.

● Konnektor wird Pflicht

Die CompuGROUP hatte zunächst den Einbau des „gekapselten Kerns“ abgelehnt. Ihr wurde nun zugesichert, dass der „gekapselte Kern“ vereinfacht wird. In einem ersten Schritt erhält die CompuGROUP eine Teilzertifizierung ihrer Software für das erste Quartal 2009. Damit ist es den Nutzern von CompuGROUP-Software auch weiterhin möglich, am Vertrag teilzunehmen. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die CompuGROUP zu Beginn des 2. Quartals 2009 ihren Kunden eine zertifizierte Software anbieten kann. Dieses schrittweise Vorgehen wird auch allen anderen interessierten Software-Herstellern angeboten. Aufgrund von Bedenken des baden-württembergischen Datenschutzauftragten haben die Vertragspartner zudem seit 15. Januar die Vorgaben geändert, berichtete Conrad in Stuttgart: Für Hausärzte, die sich neu einschreiben, ist nun die Verwendung eines Konnektors Pflicht, weil er die sicherste Übermittlung der sensiblen Patientendaten ermöglicht. Die Software HA+ samt Konnektor inkl. Installation, Pflege, Wartung und Service kostet im Monat 59 Euro inkl. Mehrwertsteuer. Altverträge, die anstelle eines Konnektors für die Datenübermittlung VPN bevorzugt haben, können dabei bleiben.

Der Punktwert im EBM (Fortsetzung von Seite 1)

Die Geschichte eines Debakels

Am Ende der Verhandlungen über den EBM 2000 plus war klar, dass die Krankenkassen im zu verabschiedenden Regelwerk jeden, aber auch jeden Hinweis auf die Kalkulationsgrenze 5,11 Cent eliminieren wollten. Am Ende der Verhandlung stand der Wert nur noch in einer Fußnote. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat dann zugelassen, dass auch noch diese Anmerkung gestrichen wurde. Man gab mit äußerst knapper Mehrheit im KBV-Vorstand nach, um die Einführung des neuen EBM nicht weiter zu gefährden.

● Unterfinanzierung – von EBM zu EBM

Bereits zu diesem Zeitpunkt war klar, dass die angepeilte Vergütungsreform scheitern musste. Wo waren die 5,11 Cent geblieben, die man zur Argumentation brauchte? Hier liegt der Geburtsfehler auch der nachfolgenden Reformschritte. Die Krankenkassen hatten das Pokerspiel um den neuen EBM und eine betriebswirtschaftliche Kalkulation gewonnen.

Wie ging das Szenario weiter? Die Ärzte mussten auch zu dem neuen EBM die Unterfinanzierung akzeptieren, indem sie ihren kalkulierten Arztlohn und die Abschreibung der Investitionen zur Quersubventionierung der mit einem niedrigeren als 5,11 Cent errechneten Punktwert einbrachten.

Der EBM 2008, basierend auf dem EBM 2000 plus, bildete in den Punktzahlen acht Jahre nach der ersten Kalkulation dann einen Mehrbedarf von etwa 10 %, also 1,25 % pro Jahr ab. Im erweiterten Bewertungsausschuss Ende des letzten Jahres wurde dies mit dem scheinbar hohen Betrag von mehr als 2,5 Milliarden Euro angeblich abgedeckt. Dieses Geld reicht grade aus, die zusätzlich vereinbarten Punktzahlen zu finanzieren, aber mit dem nicht kostendeckenden Wert von rund 3,5 Cent und nicht 5,11 Cent.

Zum 01.01.2009 ist bei der Definition der zur Verfügung stehenden Geldmittel ein Paradigmenwandel vom Gesetzgeber eingeführt worden. Wie versprochen hat man das Budget abgeschafft, aber durch eine Ausgabenobergrenze ersetzt. Abgebildet wird es durch den derzeitigen Aufreger bei den Ärzten, die Regelleistungsvolumina, berechnet nach dem Durchschnitt der jeweiligen Fachgruppe.

Praktisch bedeutet dies, dass alle Praxen oberhalb dieses Wertes abgestaffelt werden, wenn sie ihre Leistungen unverändert weiter erbringen, alle unterhalb müssen versuchen, dass für sie höhere Regelleistungsvolumen erst zu erreichen.

Dies können sie nur, wenn sie die dazu notwendigen Leistungen zusätzlich erbringen, wohlgermerkt wieder nur für einen nicht kostendeckenden Punktwert von 3,5 Cent.

● Ausgabenobergrenze: Vom Regen in die Traufe

Gewinner in diesem Spiel sind die Krankenkassen. Bei zu knappen Regelleistungsvolumina sparen sie, da die Leistungen abgestaffelt werden, bei zu niedrigem müssen sie weniger bezahlen, wenn die Ärzte ihr Regelleistungsvolumen nicht ausfüllen können. Die Frage ist erlaubt: Müssen die Krankenkassen 2009 überhaupt die versprochenen Milliarden in die Hand nehmen? Das versprochene Geld ist damit ein ungedeckter Scheck.

Mit dem Übergang vom Budget zur Ausgabenobergrenze sind die Ärzte vom Regen mindestens in die Traufe gekommen.

Schlüssel zu diesem Problem ist wieder der Punktwert, der bundeseinheitlich auf etwa 3,5 Cent festgesetzt wurde. Hier hätte man den Geburtsfehler wieder gut machen können, wenn man 5,11 Cent vereinbart hätte. Wer hat Schuld, dass dies nicht geschehen ist? Zunächst der Gesetzgeber: Er hat im § 87 c des SGB V Abs. 1 festgelegt, dass der Orientierungspunkt für 2009 aus den Vorgaben von Leistungen und Geld in 2008 zu errechnen ist. Dabei sind etwas mehr als 3,5 Cent herausgekommen.

Hätte die Selbstverwaltung, also Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung auch anders entscheiden können? Hier lohnt ein Blick ins Gesetz. Dort steht nämlich, dass man von dieser Vorgabe abweichen kann, wenn der für die ärztlichen Leistungen zuständige Bewertungsausschuss durch einen über-

einstimmenden Beschluss den Orientierungspunkt in anderer Höhe festlegt. Rein theoretisch wären also auch 5,11 Cent nach dem Gesetz möglich gewesen. Die Krankenkassen waren dazu offensichtlich nicht bereit. Dabei hat ihnen sicher gehol-

fen, dass alle Hinweise auf die Kalkulationsgrundlage 5,11 Cent gestrichen worden sind. Geburtsfehler rächen sich. Bleibt der immer wieder eingeführte Vorteil des im Vorhinein festgesetzten Punktwertes, nachdem der Arzt während des laufenden Quartals zeitnah seine Abrechnung auf Euro und Cent überprüfen kann. Sinn hätte eine solche Regelung aber nur gemacht, wenn man nicht mit 3,5 Cent sondern 5,11 Cent rechnen würde. Der Vorteil des festen Punktwertes bedeutet damit nur, dass



Bild: A. Hartmann

man schneller über das entstehende Defizit informiert wird. Durch diese neue Transparenz wird den Vertragsärzten erstmals klar, in welchem problematischen Problem sie eingesperrt sind. Dies ist der eigentliche und verständliche Grund für die Aufregung über die mitgeteilten Regelleistungsvolumina. Wir brauchen dringend eine neue Honorarreform wie der Vorstand des BDI beschlossen hat.

HFS

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 19. April 2009, 13:30 Uhr
in den Rhein-Main-Hallen, Wiesbaden, Halle 1

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
2. Berichte des Geschäftsführers (Geschäftsbericht) und des Schatzmeisters (Kassenbericht) zum Geschäftsjahr 2008
3. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
4. Satzungsänderung
 - Beschlussfassung über die Änderung von § 14 der Satzung. Nach § 14 Ziff. 11 wird eine Ziff. 12 angefügt, in welcher geregelt ist, dass den Vorstandsmitgliedern neben dem Ersatz ihrer Auslagen eine Tätigkeitsvergütung gezahlt wird. Art und Umfang der Zahlungen an die Vorstandsmitglieder ergeben sich aus einer von der Mitgliederversammlung zu verabschiedenden Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über eine Entschädigungsordnung.
 - Beschlussfassung über die Gewährung eines Übergangsgelds an den amtierenden Präsidenten.
 - Beschlussfassung über redaktionelle Satzungsänderungen.
 - § 3: in der Überschrift wird der Zusatz „Gemeinnützigkeit“ gestrichen.
 - § 5: Satz 4 wird gestrichen.
 - § 10: in Ziff. 3 wird klar gestellt, dass die Beitragspflicht bis zur Beendigung der Mitgliedschaft bei Beendigung im Laufe des Jahres bis zum Ablauf des Kalenderjahres fortbesteht.
 - § 17: das Wort „Landesvertretung“ wird durch „Landesverband“ ersetzt. Ziff. 1 Satz 3 wird gestrichen.

In der Mitgliederversammlung wird eine Gegenüberstellung der bisherigen Satzungsbestimmungen und der vorgeschlagenen Änderungen ausliegen. Die Gegenüberstellung liegt zudem ab dem 27. März 2009 in der Geschäftsstelle des BDI zur Einsichtnahme durch die Mitglieder aus.

5. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



An alle
Internisten im HA-Versorgungsbereich

Liebe Kolleginnen und Kollegen im hausärztlichen Versorgungsbereich,

die bundesweite Honorarreform mit Vereinheitlichung der Vergütung, die Regelleistungsvolumina, der Morbi-RSA, Veränderung des § 73b und der Abschluss einiger HA-Verträge führten innerhalb des Bundes, der Länder und innerhalb der Hausarzt- und Facharzt-Gebiete zu Unruhe, Besorgnis und Zukunftsängsten.

Trotz insgesamt steigendem Vergütungsniveau erhalten manche Ärzte und Arztgruppen deutlich weniger Honorar als bisher, andere dagegen deutlich mehr.

Da es sich in den verschiedenen KVen um simulierte Hochrechnungen handelt, kann keiner genau sagen, wer zu den Gewinnern und wer zu den Verlierern gehört. Wir haben es mit einem Wechsel vom Budget zu Regelleistungsvolumina zu tun, das heißt, die Leistungen müssen erbracht werden, sonst fließt kein Geld.

Die Verlierer haben Angst vor abgestaffelten Leistungen und die Gewinner haben Sorge die RLV nicht ausfüllen zu können. In den letzten 30 Jahren hat keiner von uns solche Unsicherheiten im Honorarbereich hinnehmen müssen.

Obwohl unabhängige Kenner des deutschen Gesundheitssystems dieses Gesetz als Murks bezeichnen, wird es auf dem Rücken der Bürger und der Ärzte durchgesetzt.

Das Grundproblem – die chron. Unterfinanzierung des Gesundheitswesens – wurde nicht beseitigt.

Hohe Qualität in der Medizin und flächendeckende Versorgung sind eben nicht mit 3,5 €-Cent zu erbringen.

Umso mehr freuen wir uns alle über die Höhe des Abschlusses im AOK-Vertrag des Hausärzteverbandes Bayern, weil hier endlich eine angemessene Vergütung durchgesetzt wurde.

Es ist verständlich, dass viele Internisten im hausärztlichen Versorgungsbereich allein aus wirtschaftlichen Gründen diesem Vertrag beitreten werden.

Als Verband müssen wir allerdings folgende Punkte kritisieren:

- ▶ In der Neufassung des 73b sind die Interessen der Internisten nicht berücksichtigt.
- ▶ Die weitgehende Pauschalierung in den vorliegenden HA-Verträgen spiegelt die Arbeit der Internisten im HA-Versorgungsbereich nicht wieder.
- ▶ Die Pauschalierung birgt die Gefahr, langfristig in den Möglichkeiten von Diagnose und Therapie beschränkt zu werden.
- ▶ Auch die Weiterbildung in der niedergelassenen Praxis wird problematisch, wenn der Nachweis der Tätigkeit nicht dargestellt wird.
- ▶ Es besteht die Gefahr bei der „leistungslosen“ Vergütung, dass nach Ablauf des Vertrages eine Abwertung erfolgt.

Circa 20% der gesamten medizinischen Versorgung wird von Internisten erbracht, wobei die ca. 12.000 Internisten im HA-Versorgungsbereich einen großen Beitrag dazu leisten.

Der FA für Innere Medizin – gerade erst wieder eingeführt – stellt nach wie vor die Basis für die Schwerpunkte dar und zeichnet sich durch breite stationäre Weiterbildung in der Inneren Medizin aus. Die meisten Internisten wollen auch im HA-Versorgungsbereich ihre erlernte medizinische Denk- und Vorgehensweise umsetzen, wofür sie auch eine entsprechende technische Ausstattung brauchen.

Sie wollen ihre Qualifikations- und Leistungsebene darstellen, nachweisen und differenziert vergütet bekommen.

Wir Internisten fühlen uns nicht als bessere Hausärzte, sondern wollen zusammen mit den Allgemein- und prakt. Ärzten arbeitsteilig die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, aber wir wollen auch unsere Identität behalten.

Bei dem bevorstehenden Hausärztemangel wird man auf die Mitwirkung der Internisten nicht verzichten können. Es werden sich jedoch nur genügend geeignete Internisten finden, wenn sie in ihrer Arbeitsweise, wie auch in der Vergütung entsprechende Berücksichtigung finden.

Der BDI strebt Verträge an, in denen er auch die Interessen seiner Mitglieder langfristig gesichert sieht und in denen sich Einzelleistungen samt Qualitätsnachweis wieder finden.

Dr. med. Wolf von Römer
1. Vorsitzender

München, 17.01.2009

Bayerischer BKK-Tag 2009

Wasem: Gesundheitsfonds ist entwicklungsfähig

Die neue Welt der GKV ab 2009 stand im Mittelpunkt des BKK-Tags 2009 am 26. Januar 2009 in München. Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Regelleistungsvolumina sind die gängigsten Stichworte in der aktuellen Situation. Der Gastgeber, Prof. Jörg Saatkamp als Vorstandsvorsitzender des bayerischen Landesverbands der Betriebskrankenkassen, skizzierte die gravierendsten Veränderungen, die sowohl Krankenkassen als auch Leistungserbringer betreffen. So soll der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zwar mehr Verteilungsgerechtigkeit ins System bringen, doch wie perfide und manipulationsanfällig dieses neue System sei, zeige sich gerade in Bayern ganz besonders intensiv. „Die Diagnosen der Patienten mit dem Werkzeug der richtigen RSA-Kodierung sind zum Spielball von Interessengruppen geworden. Am Spieltisch sitzen Ärzte und Krankenkassen.“

Zum Hintergrund: Der Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes, Dr. Wolfgang Hoppenthaler, hat die AOK Bayern zum Abschluss eines Hausarzt-Vertrags nach § 73b neu SGB V gedrängt und dafür zugesagt, sich für die richtige Kodierung der Diagnosen der eingeschriebenen Patienten bei den bayerischen Hausärzten einzusetzen. Umgekehrt hat er den BKK und Ersatzkassen angeht, ihre Versicherten, außer in Notfällen, nicht mehr zu behandeln, wenn diese nicht ebenfalls einen solchen Vertrag abschließen (BDI aktuell hat darüber berichtet). Die Droh-Politik zeigt Wirkung. Kurz vor Redaktionsschluss wurde bekannt, dass der BKK-Landesverband zu ersten Vertragsgesprächen mit dem BHÄV zusammengetroffen ist. Weiter stellte Saatkamp auf dem BKK-Tag fest: Allen verbalen Vorzeichen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes zum Trotz sind weite Teile der Versorgung durch den Gesetzgeber vorbestimmt und müssen einheitlich und gemeinsam, d.h. kassenarten-übergreifend, geregelt werden. Die Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung mutiere so zum Korsett.

Ein solches Korsett werde auch an anderer Stelle angelegt: Wo einheitlich und gemeinsam nicht vorgesehen ist, werden Krankenkassen gezwungen, mit Leistungserbringern in Quasi-Monopolstellung Verträge zu schließen. „Diese Entwicklung geht eindeutig zu Lasten von Innovation, Qualität und Effizienz in der Versorgung und kann demnach nicht im Sinne der Versicherten sein.“

Der Einfluss des Staates ist gestiegen

Seit 1. Januar 2009 gilt für die gesetzliche Krankenversicherung der Einheitsbeitragssatz von 15,5% – der im Sommer auf 14,9% reduziert wird. Den Krankenkassen wurde damit ein wesentlicher Teil ihrer Autonomie genommen und die paritätische Krankenversicherung elementar beschädigt, klagte Saatkamp. Kassenindividuell beeinflussbare Größen wie die Verwaltungskosten werden über den neuen Risikostrukturausgleich ausgleichsfähig. Dadurch haben die traditionell effi-

zient arbeitenden Betriebskrankenkassen das Nachsehen. Kleine Krankenkassen, die aus Kundensicht und unter Wirtschaftlichkeitsaspekten überlebensfähig wären, werden in ihrer Existenz bedroht.

Der Einfluss des Staates auf die GKV-Versorgungs- und Kassenlage ist gestiegen, stellte Saatkamp unwidersprochen fest. Nach Interessenlage des Staates werden Steuermittel in die Versorgung gesteckt, Beitragssätze festgelegt und wieder geändert. Die Selbstverwaltung bleibt dabei außen vor. Ein System mit einer weit über hundertjährigen Tradition, um das uns viele Versorgungssysteme der Welt beneiden, wird weiter demontiert.

Außer Bundeskanzlerin Angela Merkel und Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt findet man nirgendwo Befürworter des Gesundheitsfonds, der zum 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Bei aller Kritik bemühte sich auf dem BKK-Tag der Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem, Inhaber des Alfred-Krupp-von-Bohlen-und-Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, positive Elemente in der Konstruktion des Gesundheitsfonds zu entdecken. Er wies auf die strukturellen Einnahmenprobleme der GKV hin. Sowohl das Unions-Modell der Pauschalprämie als auch das SPD-

Modell der Bürgerversicherung sind in seinen Augen ernsthafte Versuche, darauf eine Antwort zu geben. Der in der Koalition gefundene Kompromiss des Gesundheitsfonds ist für ihn allerdings keine Antwort auf diese Probleme, könnte aber dazu vernünftig weiterentwickelt werden. So geht er davon aus, dass die Aufteilung des Krankenkassen-Beitrags in einen einheitlichen einkommensabhängigen Beitrag an den Fonds und einen kassen-individuellen Pauschalbeitrag den Wettbewerb durchaus fördern könnte. Der eigentliche Wettbewerb spiele sich nämlich bei den Prämien bzw. Zusatzbeiträgen ab. Es wäre aus seiner Sicht besser gewesen, man hätte die Deckung des Fonds sehr viel niedriger angesetzt und dadurch die Krankenkassen veranlasst, ab sofort mit Zusatzbeiträgen für volle Deckung ihrer Ausgaben zu sorgen. Für Wasem ist das niederländische Modell ein nachahmenswertes Vorbild: Hier werden 50% über einen einkommensabhängigen Beitrag und 50% über einen kassenindividuellen Pauschalbeitrag finanziert. „Dort gibt es Preis- und Qualitätswettbewerb.“

Auch wenn der Gesundheitsfonds die finanzielle Autonomie der einzelnen Krankenkassen schmälert und den staatlichen Einfluss verstärkt, könnten die Krankenkassen als Wettbewerber agieren. Er empfehle, dass die Krankenkassen ihre Versicherten über Qualität und Versorgung finden und nicht davon profitierten, dass ihre Versicherten höhere Einkommen als andere haben. Mehr Steuermittel für das Gesundheitssystem hält er für richtig und vorteilhaft. Eine Morbiditätsadjustierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sei zur Sicherung fairer Wettbewerbsbedingungen unabdingbar. Die Preissignale müssten vernünftig sein. Es gehe nicht an, dass eine Krankenkasse im Abseits steht, weil sie die meisten Kranken hat. Der Morbi-RSA, wie er jetzt angelegt ist, sei natürlich manipulationsanfällig, wie jetzt der Ruf nach Richtig-Kodierung zeigt, was auch als Upcoding verstanden werden könnte/sollte. Wasem et al. haben bereits 2004 in einem Gutachten zum Risikostruk-

Gutachten zum RSA: Auf ambulante Diagnosen verzichten

Die Gutachter empfehlen, als Morbiditätsindikatoren nicht ambulante Diagnosen, sondern Krankenhaus-Diagnosen in Kombination mit den Arzneimittel-Verordnungen zu verwenden.

Die Begründung: Das empfohlene Modell prognostiziert Ausgaben für Teilkollektive chronisch Kranker, die sehr dicht an den tatsächlichen Ausgaben des RSA-Ausgleichsjahrs liegen. Die Ausgabenprognosen sind nicht nur im Hochkostenbereich, sondern auch bei Gering-Inanspruchnehmern besser als bei allen anderen Modellen.

Ist dieses Modell praktikabel?

Das Modell verwendet mit den Krankenhaus-Diagnosen und den Arzneimittel-Verordnungen Morbiditäts-Indikatoren, die von den gesetzlichen Krankenkassen im wesentlichen vollständig zur Verfügung gestellt werden können. Das Modell ist in den USA entwickelt worden und verfügt dort über eine breite Anwendung. Es wird in erster Linie von Arbeitgebern verwendet zum Zweck der Prämienkalkulation der Arbeitgeber-finanzierten Krankenversicherung.

Quelle: Gutachten IGES/Lauterbach/Wasem 2004

turausgleich für das BMG vorgeschlagen, nicht die ambulanten Diagnosen als Basis für die Morbiditätsmessung zu nehmen, sondern die stationären Diagnosen in Kombination mit den verordneten Arzneimitteln (siehe Kasten). Wenn Innovation in der Versorgung über Kassenwettbewerb funktioniert, meinte der Ökonom, dann auch mit Gesundheitsfonds und Morbi-RSA.

● **Nachbesserungsbedarf bei der ärztlichen Honorierung**

Wichtiger und sachgerechter als eine Konvergenzklausel für die Krankenkassen bei der Einführung des Gesundheitsfonds wäre in Wasems Augen eine Konvergenzklausel bei der Einführung des neuen Honorarsystems für Ärzte gewesen. Der Ökonom ist auch Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses, der maßgeblich die Umsetzung der RLV bestimmt hat. Er bekannte in München, in den letzten Wochen einen Lernprozess durchgemacht zu haben. „Wir haben die Effekte der RLV nicht genügend durchdacht und unter Zeitdruck gehandelt.“ Wegen der Komplexität der Sache wäre mehr Zeit vonnöten gewesen, räumte er jetzt nachträglich ein. Er widersprach allerdings der Argumentation aus Bayern, weil die Kosten in München höher seien als in Mecklenburg-Vorpommern, seien einheitliche Preise bzw. Punktwerte falsch. Ein Gutachten des Instituts des Bewertungsausschusses über die Unterschiede in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen habe ergeben, dass es solche Unterschiede nicht zwischen den KVen, sondern innerhalb der KVen gebe. Die Kosten in München seien wesentlich höher als im ebenfalls bayerischen Hof, aber solche Unterschiede fände man auch in Brandenburg. Aus diesem Grunde habe der Bewertungsausschuss keine Handhabe gehabt, unterschiedliche Punktwerte in den Regionen zu beschließen. Die Überforderungsklausel für den Zusatzbeitrag muss nach Wasems Ansicht dringend nachgebessert werden. Sie führe zu wenig sinnvollen Verzerrungen im Kassen-Wettbewerb. Der Zusatzbeitrag ist für ihn eine Art kleine Pauschalprämie, sozusagen ein „Mini-Merkel“. In allen Pauschalprämien-Modellen gebe es Härtefall-Klauseln für sozial Schwache; das wäre auch hier möglich gewesen. In jeder Reform bisher habe es Elemente zu mehr Wettbewerb und gleichzeitig Elemente zum Abbau von Wettbewerb gegeben, so auch im GKV-WSG, betonte Wasem. Der derzeitige Steuerungswirrwarr mache die Sache schwer handhabbar. Es sei mehr Konsistenz nötig. Klar aber sei: Wenn man mehr Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung wolle, komme man an einer Stärkung der Selektivverträge nicht vorbei.

● **CSU und FDP in Bayern gegen den Gesundheitsfonds**

Glaubt man den Politiker-Aussagen auf dem BKK-Tag – vertreten waren nur die neuen bayerischen Koalitionspartner CSU und FDP – dann werden der Gesundheitsfonds und andere Reformregelungen schon bald nach der Bundestagswahl im Herbst grundlegend verändert. Der Vertreter von Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder, der Leiter der Abteilung Krankenversicherung, Dr. Maximilian Gaßner, bezeichnete den

Gesundheitsfonds als eines der größten Defizite der Reform, das Bayern oktroyiert worden sei. Vom Morbi-RSA hielt er wenig, da dieser manipulationsanfällig sei. „Ein grober RSA wie jetzt täte es auch“, meinte er im Widerspruch zu Wasem. Gesundheits-Staatssekretärin Melanie Huml kritisierte, das BMG sei auf dem Weg in eine sozialistische Staatsmedizin und schwäche damit den Gesundheitsstandort Deutschland langfristig. Bayern wolle dagegen einen gesunden Wettbewerb

und bestehe darauf, dass in Bayern erarbeitete Beitragsmittel auch in Bayern bleiben und nicht in andere Bundesländer überwiesen werden. Bereits in den nächsten Wochen sollen Eckpunkte für ein bayerisches Gesundheitsmodell gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen erarbeitet werden. Wichtige Ziele seien dabei die Stärkung des Arztes als freier Beruf, die freie Arztwahl, regionale Spielräume und starke Krankenkassen. Mit dem Modell will die CSU zur Bundestagswahl im Sep-

tember 2009 antreten. Die Vertreterin der FDP-Fraktion im bayerischen Landtag, Julika Sandt, liebäugelte bereits mit einer Schwarz-Gelben Koalition auf Bundesebene und versprach Verbesserungen, wenn die liberalen Kräfte bei der Wahl gestärkt würden, zumal sich der jüngste FDP-Parteitag geschlossen gegen den Gesundheitsfonds als Instrument der Planwirtschaft ausgesprochen habe.

Klaus Schmidt

Innere Medizin aktuell



Sicher entscheiden auf Intensiv

Internistische Intensivmedizin

Haverkamp, Herth, Messmann

2009. 944 S., 385 Abb. geb.
ISBN 978 313 140621 7

129,95 € [D]
133,60 € [A]/216,- CHF

Alle wichtigen grundlegenden Informationen

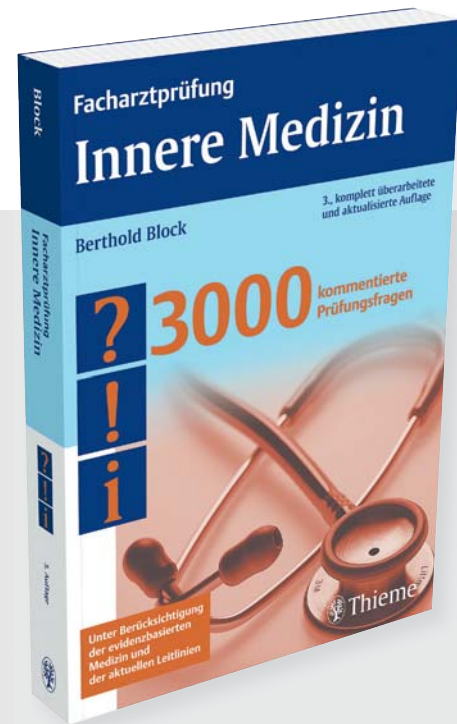
- Der Patient auf der Intensivstation: von der Aufnahme bis zur Entlassung
- Stabilisierung der Vitalparameter: Standardtherapieprinzipien: von Analgosedierung bis Transfusionskriterien.
- Arbeitstechniken Schritt-für-Schritt: Ausführlich bebilderte Step-by-Step-Anleitungen zu den wichtigsten invasiven Techniken.

Spezielle Internistische Intensivtherapie

- Alle Gebiete der internistischen Intensivmedizin inklusive einiger neurologischer Themen
- Sofort umsetzbare Anleitungen zu Diagnostik und Therapie
- Viele Praxistipps, Merke- und Cave-Hinweise für die direkte Umsetzung im klinischen Alltag

Pharma-Basics

- Pharmaprofile mit allen Daten wie Dosierung, Perfusoreinstellung, Indikation, Wechselwirkung, Nebenwirkung.
- Listen zu inkompatiblen Medikamenten, Dosierungen bei speziellen Erkrankungen, Medikamente in der Schwangerschaft.



Locker über die letzte Hürde!

Facharztprüfung Innere Medizin

3000 kommentierte Prüfungsfragen

Block

2009. 3., kompl. überarb. und akt. Aufl.
544 S., 63 Abb., kart.,
ISBN 978 3 13 135953 7

89,95 € [D]
92,50 € [A]/149,- CHF

Umfassend, stressfrei und effektiv vorbereitet

- Über 3000 Fragen aus allen Themenbereichen der Inneren Medizin
- Inhalte realer Facharztprüfungen sind konsequent berücksichtigt
- Systematisches Lernen und praxisnahe Erfolgskontrolle
- Realistische Einschätzung des eigenen Leistungsstandes
- Testen der Prüfungstauglichkeit durch die Prüfungssimulation zu Hause

Neu in der 3. Auflage

- Alle Fragen komplett aktualisiert und mit neuen Aspekten ergänzt
- Zusätzliche neue Fragen
- Durchgehend zweifarbig und noch übersichtlicher

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Lieferung zzgl. Versandkosten. Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

Jetzt bestellen: Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands!

☎ Telefonbestellung:
0711/89 31-900

☎ Faxbestellung:
0711/89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de



Sachverständigenrat

Dual oder monistisch

In BDI aktuell 1/09 konnten Sie bereits einen Artikel über die Vorschläge des Sachverständigen in seinem Jahresgutachten 2008/2009 lesen. Dabei ging es um die ambulante Versorgung und um die Frage, wie eine Reform der Krankenkassen aussehen könnte. Die Sachverständigen haben sich aber auch mit dem Krankenhaussektor beschäftigt und hier ihre Kritik an der dualen Finanzierung erneuert, die sie seit Jahren vorbringen.

In Deutschland werden die laufenden Kosten der Krankenhäuser durch die Diagnose Related Groups (DRG) abgedeckt. Die Kalkulation dieser Pauschalen enthält nur die laufenden Kosten, aber keine Investitionen. Diese sollen von den Ländern über deren Haushalt finanziert werden. Deshalb heißt das Ganze duale Finanzierung.

Dieses System geht vom Sicherstellungsauftrag der Länder für die stationäre Versorgung aus. Grundlage ist dabei der jeweilige Bettenbedarfsplan. Ohne eine Aufnahme in dieses Register gibt es keine öffentlichen Investitionen; diese werden in der Regel nach politischen Grundsätzen verteilt. Die Sachverständigen sehen dabei auch viele sachfremde Aspekte, die bei der Mittelverteilung einfließen und beklagen die dadurch entstehende Planungsunsicherheit der betroffenen Krankenhäuser.

● Investitionsstau in den Ländern

Kritisiert wird auch das Finanzierungsverhalten der Länder insgesamt. Nach Ansicht der Sachverständigen ist dies das inzwischen wichtigste Argument, die duale Finanzierung abzuschaffen. Der immer wieder beklagte Investitionsstau unterstreicht, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht nachkommen.

Dies wird auch an den Zahlen seit 1991 sichtbar. Seit diesem Zeitraum bis 2007 sank die Förderung von etwa 3,6 Milliarden auf knapp 2,7 Milliarden Euro, obwohl die Krankenhausausgaben als Maß für das Leistungsgeschehen nahezu konstant geblieben sind.

Besonders deutlich wird die Schiefelage beim Vergleich der Bundesländer untereinander. Die Krankenhäuser in den neuen Ländern kommen noch vergleichsweise gut weg, die in den alten Ländern sehen keine angemessene Steigerung. Der Mittelzufluss hat sich hier – bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt – von 0,19 % im Jahre 1991 auf 0,10 % im Jahre 2007 vermindert.

Offensichtlich haben die Krankenhäuser ihre Investitionen über die Krankenkassenvergütung dennoch getätigt. Die Krankenkassen selbst ärgert dies, sehen sie doch hier eine Quersubventionierung der Landeshaushalte durch Krankenkassenbeiträge.

● Einheitliche Preise bei aufgelösten Sektoren

Folge der monistischen Finanzierung ist die Wettbewerbsverzerrung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Ambulant müssen alle Investitionen aus dem Honorar bezahlt werden, stationär eben nicht. Vergleichbare Preise ambulant und stationär sind somit im Prinzip nicht möglich. Bei einem sektorenübergreifend gleichen Preis einer Leistung würde immer die stationäre Schiene begünstigt.

Da der Sachverständigenrat auf Dauer die ambulanten und stationären Sektoren auflösen und so auch zu einheitlichen Preisen kommen will, plädiert er nochmals für eine monistische Krankenhausfinanzierung. Wie stellt er sich dies vor?

- Bei DRGs werden Investitionsaufschläge bezahlt. Leistungsstarke Häuser werden damit natürlich begünstigt.
- Der Gesundheitsfonds wird durch Steuermittel aufgestockt, um die Aufschläge zu finanzieren.
- Das Finanzvolumen wird bundesweit länderübergreifend berechnet und bei den Länderhaushalten bereinigt.

● Gegenwind – auch von den Krankenhäusern

Klingt alles ganz einfach, aber die Argumente gegen diesen Vorschlag kann man sich leicht ausrechnen. Sie kommen zunächst von den Bundesländern:

- Der Sicherstellungsauftrag der Länder wird ausgehöhlt, wenn sie die Verteilung der Investitionsmittel nicht mehr selbst bestimmen können. Der goldene Zügel ist dahin.
- Die Zuständigkeit von Bund und Ländern wird verändert. Der Gesundheitsfonds ist Bundessache, die Investition seither Aufgabe der Länder. In Zukunft würde der Bund aber dieses Geld verteilen.
- Kleine Krankenhäuser, die man für die Versorgung in der Fläche braucht, würden bei geringeren Leistungszahlen benachteiligt und hätten wirtschaftliche Schwierigkeiten, sodass der Sicherstellungsauftrag nicht mehr flächendeckend wahrgenommen werden kann.

● Auch Kliniken fürchten die Monistik

Aber Gegenwind kommt nicht alleine von den Ländern. Auch die Krankenhäuser fürchten eine lupenreine Monistik – sind sie dann doch in ihrer Finanzierung alleine von den ungeliebten Krankenkassen abhängig. Man will nicht in die gleiche Situation wie die Vertragsärzte geraten. Deren Beispiel schreckt nach der letzten Vergütungsreform nämlich ab.

HFS

Umfrage des Bundesverbandes Medizinische Versorgungszentren (BMVZ) (Fortsetzung von Seite 1)

Medizinische Versorgungszentren fördern die Vernetzung

Offensichtlich hat man bemerkt, dass diese Verträge schwer abzuschließen sind, da die Krankenkassen sie als Einsparmodelle betrachten. Auch die gewünschte Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufen in den Medizinischen Versorgungszentren ist noch nicht komplett zustande gekommen.

● Nicht mehr Ärztinnen als in der gesamten ambulanten Versorgung

Die Hoffnung der Politik, dass im ambulanten Bereich mehr Ärztinnen in einem Angestelltenverhältnis beteiligt werden, bestätigt sich in dieser Form nicht. Der Anteil der Ärztinnen in neu gegründeten MVZs liegt bei 38 % und ist damit nur wenig höher als in der gesamten ambulanten Versorgung, wo sie bei 35 % angesiedelt ist. Nur in den neuen Bundesländern scheint sich ein Trend zu entwickeln, dass hier mehr Frauen beteiligt werden. Flexible Arbeitszeiten ermöglichen die Kombination von Familie und Beruf. Interessant ist die Tatsache, dass zentrale Verwaltungs- und Managementaufgaben umso häufiger an eine Person gebunden werden,

wenn das Medizinische Versorgungszentrum mehr als 10 Ärzte beteiligt. Denn in solchen Fällen ist in 86 % der Fälle eine getrennte Managementfunktion eingeführt worden.

Das Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung ist auf das Bundesgebiet betrachtet sehr zwiespältig. Insbesondere in Bayern fühlen sich Medizinische Versorgungszentren von der Kassenärztlichen Vereinigung ordentlich vertreten, in anderen Bereichen gibt es Spannungen zwischen den Versorgungszentren und der örtlichen Kassenärztlichen Vereinigung.

● Nur eine Sonderform der Gemeinschaftspraxis?

Das Verhältnis zu den übrigen niedergelassenen Ärzten wird als neutral und gut beschrieben. Insbesondere in Berlin beklagt sich kein einziges Medizinisches Versorgungszentrum über ein gespanntes Verhältnis zu den übrigen niedergelassenen Kollegen, obwohl gerade bei der hier sehr hohen Arztdichte mehr Konflikte zu erwarten wären.

In der Umfrage wird das eigentliche Problem zwischen Niedergelassenen und Medizinischen Versorgungszentren aber nicht angesprochen. Viele Niedergelassene befürchten nämlich bei den Medizinischen Versorgungszentren, die unter der Kontrolle von Krankenhäusern stehen, eine heimliche Quersubventionierung des ambulanten Bereiches durch die öffentliche Förderung der Krankenhäuser. Hier ist vor allem ein Stein des Anstoßes, dass beim Preiskampf um freierwerdende Vertragsarztsitze die Krankenhäuser wegen ihrer Finanzmittel als öffentliche Träger im Vorteil sind.

Betrachtet man die derzeitige Landschaft der Medizinischen Versorgungszentren, so handelt es sich doch wohl zurzeit eher um eine Sonderform einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis, die versucht, Rationalisierungseffekte intern zu realisieren. Insbesondere die Medizinischen Versorgungszentren, in denen die Vertragsärzte das Sagen haben, sitzen mit ihren übrigen niedergelassenen Kollegen offensichtlich weiter in einem Boot.

HFS

Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

Viele Neuerungen

Am 18.12.2008 hat der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) beschlossen. Die neuen gesetzlichen Regelungen treten rückwirkend am 01.01.2009 in Kraft, da man von einer Zustimmung des Bundesrates ausgeht, weil das Gesetz prinzipiell nicht zustimmungspflichtig ist. Welche Änderungen ergeben sich aus der Gesetzesvorlage?

Folgende Änderungen ergeben sich aus dem neuen Krankenhausfinanzierungsreformgesetz:

- Den Krankenhäusern werden 3,5 Milliarden Euro zusätzlich zur Verfügung gestellt. Dies entspricht den Vorgaben der Bundesregierung, die diese bereits Mitte 2008 angekündigt hat. Diese Vorgaben sind in die Kalkulation des Gesundheitsfonds eingeflossen, dennoch gibt es erhebliche Bewertungsunterschiede. Die Krankenkassen sehen einen höheren Finanzbedarf, die Krankenhaussträger gehen von einer großen Finanzierungslücke aus, die durch die beschlossenen Mehrausgaben nicht gedeckt ist.
- Der im GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz am 01.04.2007 festgelegte Sanierungsbeitrag zu den Krankenhäusern von 0,5 % wird wieder gestrichen. Damit werden die Kran-

kenhäuser um etwa 380 Millionen Euro entlastet.

- Lohn- und Gehaltssteigerungen werden zu 50 % über die Krankenkassen refinanziert. Wie die übrige – die andere Hälfte der tariflich fixierten Mehrkosten – finanziert werden soll, ist im Gesetz nicht geregelt. Man hofft auf Einsparpotenzial bei den Krankenhäusern.
- Mittelfristig will man die Krankenhauskosten nicht mehr an die Einnahmentwicklung der Krankenkassen anbinden, sondern über einen Orientierungswert korrigieren, der vom Bundesgesundheitsministerium festgelegt wird und dabei zeitnah die Kostenentwicklung der Krankenhäuser erfassen soll.
- Die finanzielle Entlastung der Krankenhäuser für den Pflegebereich ist vorgesehen. Hier legt man ein spe-

zielles Förderprogramm auf. Dieses Förderprogramm soll ein Volumen von 700 Millionen Euro umfassen.

- Der wohl wichtigste Punkt ist die Verlängerung der Konvergenzphase um ein Jahr. Ursprünglich war daran gedacht, am 01.01.2009 feste Landesbasisfallwerte einzuführen. Jetzt hat man die Konvergenzphase nochmal um ein Jahr verlängert. Dies bedeutet für Krankenhäuser, die sich von oben dem Landesbasisfallwert nähern, dass sie für ein Jahr mehr Geld als ursprünglich geplant zur Verfügung haben. Krankenhäuser die seither schon preislich unter dem Basisfallwert liegen, müssen auf die Anpassung ein Jahr länger warten. Entsprechend zwiespältig ist die Reaktion der Krankenhäuser auf diese gesetzliche Vorgabe.
- Als neues zeitliches Ziel für einen einheitlichen Basisfallwert auf Bundesebene setzt man sich für das Jahr 2014.

● Weitere Finanzierungsschwierigkeiten vorprogrammiert

Dies sind die wesentlichen Punkte, die sich auf die Finanzierung der Krankenhäuser beziehen. Die Probleme, die durch die neuen gesetzlichen Regelungen für das Belegarztssystem entstehen, sind bereits in BDI aktuell

2/09 ausführlich dargestellt worden. Die hier eingeführte Alternative über eine A-DRG-Abrechnung belegärztl. geführter Krakenhäuser wird nicht umgesetzt werden können, da man die A-DRG für solche Fälle auf 80 % begrenzt hat. Insgesamt gesehen werden sehr große Beträge wie im vertragsärztlichen Bereich durch diese Krankenhausgesetzgebung bewegt. Angesichts der Finanzierungsschwierigkeiten der Krankenhäuser im alltäglichen Betrieb und des Investitionsstaus dürften die Zahlen für eine finanzielle Beruhigung bei den 2.087 Krankenhäusern in Deutschland nicht

ausreichen. Insbesondere werden die weiter steigenden Personalkosten zu einem Hauptproblem. Auch in Zukunft werden die Krankenhäuser nur über Einsparungen beim Personal rationalisieren können, so dass die jetzt schon übermäßige Arbeitsdichte von Ärzten und Pflegekräften in Deutschland im Vergleich zum Ausland weiter zunehmen wird. Das Grundsatzproblem duale oder monistische Krankenhausfinanzierung ist im Übrigen weiter nicht gelöst (siehe auch Artikel „Sachverständigenrat: Dual oder monistisch“).

HFS

3. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

Die Politik raubt uns den Atem

Der 3. Internistische Fortbildungstag am 17. Januar 2009 setzt die von Dr. Wolf-Dieter Kirsten initiierte und organisierte Fortbildungsreihe fort, die inzwischen zu einer festen Größe im niedersächsischen Fortbildungskalender geworden ist. Das Generalthema „Pneumologie“ prägte dieses Mal die Fachvorträge.

Herr Dr. König, stellvertretender Vorsitzender des Landesverbands Niedersachsen des BDI, eröffnete den Tag. Die Grußworte erfuhren ihren ersten Höhepunkt, als der Präsident des BDI, Herr Dr. Wesiack, dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Niedersachsen, Herrn Dr. Voigt, die Ehrenmitgliedschaft des BDI wegen dessen jahrelanger Verdienste um die Weiterentwicklung der Weiterbildungsbildungsordnung verlieh. Der fachliche Teil wurde von dem wissenschaftlichen Leiter der Tagung, Herrn Prof. Welte, eingeleitet. Bei der Einführung in die Pneumologie schlug er einen Bogen von der Historie über die Literatur bis in die Neuzeit. Herr Prof. Welte bewies auf eindrucksvolle Weise, dass nicht nur die aktuellen wissenschaftliche Erkenntnisse seines Fachgebietes Einzug in die medizinische Versorgung halten, sondern dass sich die Ärzteschaft bei den heutigen Rahmenbedingungen sehr ernsthafte Sorgen um die strukturellen und ökonomischen Erfordernisse für die medizinische Versorgung der Bevölkerung macht. Das klang auch deutlich in dem ersten Fachvortrag an, den unsere Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Frau Dr. Wenker, zum aktuellen Stand der Tuberkulose hielt. Bei diesem Krankheitsbild, das wir als weitgehend beherrscht glaubten, stellte sie sehr anschaulich die Problematik dar, die sich neben diagnostischen und therapeutischen Aspekten national und international abzeichnet. Die heutigen Reiseaktivitäten und die Migration verändern dramatisch Inzidenz und Mortalität dieser Erkrankung und werden so zu neuen Herausforderungen für unser Gesundheitssystem. Da ärztliches Handeln jederzeit durch politische und ökonomische Überlagerungen beeinflusst wird, vermittelte der Präsident des BDI Informationen zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage. Auch hier konnte die Erkenntnis nicht ausbleiben, dass die Patientenversorgung in vielen Bereichen politisch fehlgesteuert ist. Die Herren PD Dr. Pletz und Prof. Hohlfeld belegten mit ihren Ausführungen zu „Atemwegs-Infektionen“ und „Obstruktiven Atemwegs-Erkrankungen“ ebenfalls, dass die pneumologischen Erkrankungen bezüglich der Häufigkeit und des Schweregrades völlig unterschätzt werden und das pneumologische Fachgebiet in der Gesundheitspolitik unter einer mangelhaften Wahrnehmung leidet.

Generell wurde an diesem internistischen Fortbildungstag überdeutlich, dass unser Gesundheitswesen viel zu stark von ökonomischen Kriterien und formalen zeitraubenden bürokratischen Abläufen geprägt wird. Bei gleichzeitig fehlenden Erkenntnissen durch eine globale Versorgungsforschung werden viele politische Steuerungsinstrumente für die medizinische Versorgung der Bevölkerung dringend korrekturbedürftig. Den Ärzten selbst, vertreten durch ihre Selbstverwaltungsorgane, ihre fachbezogenen wissenschaftlichen Gesellschaften und ihre Berufsverbände, kommt zunehmend die Aufgabe zu, den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern die krank-

heitsbezogenen Erfordernisse für die Zukunft darzulegen. Das beinhaltet das Aufzeigen von derzeitigen Defiziten, die es zu beseitigen gilt. Die Resonanz des Auditoriums auf die fachlichen und gesundheitspolitischen Informationen war enorm, wie auch die lebhaften Diskussionsbeiträge bewiesen. Mit dem Dank an die Ehrengäste und Referenten beendet Herr Dr. Kirsten diesen Fortbildungstag und kündigte bereits den 4. Internistischen Fortbildungstag Niedersachsen am selben Ort für den 16. Januar 2010 an, der sich mit den Erkrankungen der Kardiologie befassen soll.

*Dr. Wolf-Dieter Kirsten
Ehrenvorsitzender und Fortbildungsbeauftragter BDI-Landesverband
Niedersachsen*

Jetzt schon vormerken
16. Januar 2010
4. Internistischer Fortbildungstag Niedersachsen

Gesundheitsfonds

Verteilungskampf der Krankenkassen über den Morbiditätsindex

Das ARD-Magazin Panorama hat sich in seiner Sendung am 22. Januar mit den Hintergründen des Vertrages des Bayerischen Hausärzterverbandes mit der AOK beschäftigt und dabei ein internes Schreiben des Verbandes zitiert, nach dem die bayerischen Hausärzte eine „entsprechende Kodierung“ als „Gegenleistung“ für die ausgehandelte Honorarerhöhung versprechen.

Offensichtlich hat der Bayerische Hausärzterverband die Kodierung der Ärzte bei der Abrechnung als Druckmittel gegenüber der AOK für ein selektives Kontrahieren benutzt. Durch den Morbiditätsindex, gesteuert durch die Kodierung der Vertragsärzte, entsteht unter dem begrenzten Dach des Gesundheitsfonds ein Verteilungskampf der Krankenkassen über die zur Verfügung stehenden Gelder. Es ist deshalb die Frage berechtigt: Was geschieht mit dem abgeschlossenen Vertrag wenn die Rechnung der AOK nicht aufgeht? So ist es denkbar, dass auch die übrigen Kassen ähnliche Verträge mit anderen Fachgruppen abschließen und über die dort generierten Diagnosen den Verteilungseffekt, den sich AOK und Hausärzterverband wünschen, wieder neutralisieren.

Ein paar Begleiterkrankungen mehr ...?

Die Reaktion auf die Fernsehsendung ist entsprechend unterschiedlich. Hausärzterverbandschef Wolfgang Hoppenthaler stellt natürlich fest, dass seine Ärzte immer korrekt kodieren werden. Natürlich – korrekt

schon, aber für die AOK dürften in Zukunft halt ein paar mehr wirksame Begleit- und Nebendiagnosen abfallen als sie bei den übrigen Kassen aufgeschrieben werden. Prof. Gerd Glaeske hält das Ganze für eine Erpressung der AOK durch die Hausärzte. Das Bundesgesundheitsministerium spricht hier nur von einer Drohung und möchte zunächst nicht tätig werden. An anderer Stelle hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt aber schon klargestellt, dass sie Falschkodierungen bei den Kassen strikt bestrafen wird. Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder ist zu diesem Thema aber schon konkreter geworden: Kodieren tun nämlich die Ärzte und nicht die Krankenkassen. Die Drohung von Ulla Schmidt zielt damit indirekt auf die Vertragsärzte. Der ganze Vorgang ist nicht nur anrüchig sondern auch gefährlich für die Hausärzte; kommen sie doch wieder in den Geruch, dass mit Falschangaben Geld verdient würde. So etwas kann sich ein Hausärzterverband eigentlich nicht leisten. Nach diesem Vertragsabschluss tickt eine Zeitbombe.

HFS

Kommentar

Schlaglicht

Die Internisten in Deutschland leisten sich zwei Verbände: Den Bund Deutscher Internisten (BDI) und die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin (DGIM). Im Jahre 1958 war man in der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin der Auffassung, dass man für die Fragen der Honorarpolitik einen eigenen internistischen Verband benötigt, sodass der BDI gegründet wurde. Vom historischen Ansatz her war damit der BDI für das Honorar und damit auch zwangsläufig für die Kontakte zur Politik zuständig, während die DGIM sich hauptsächlich der Wissenschaft und der Krankenhausversorgung gewidmet hat. Ihr Hauptbetätigungsfeld war der jährlich stattfindende Internistenkongress in Wiesbaden. Im Laufe der Jahre hat sich neben diesen getrennten Zuständigkeiten eine sehr große Grauzone entwickelt, für die sich beide Verbände verantwortlich fühlen. Dies gilt vor allem für die Fort- und Weiterbildung des Internisten. Auch die inhaltliche Entwicklung des Internistenkongresses spielt dabei eine Rolle. Während noch vor Jahrzehnten dieser Kongress eine Bühne für den wissenschaftlichen Nachwuchs stellte, spielt in der heutigen Zeit vor allem Fort- und Weiterbildung eine nicht unwichtige Rolle bei der Kongressgestaltung. Es hängt unter anderem auch damit zusammen, dass sich im Laufe der Jahre immer mehr Schwerpunkte gebildet haben, die ihre eigenen Wissenschaftskongresse abhalten. Insbesondere beim Thema Weiterbildung fühlen sich beide Verbände für den Internisten zuständig und geben ihre Stellungnahmen bei der zuständigen Bundesärztekammer ab, wenn hier ein Änderungsbedarf vorliegt. Hier besteht in der Regel ein sehr großer Abstimmungsbedarf zwischen BDI und DGIM, damit nicht mit zwei Zungen geredet wird. Liest man die Stellungnahmen, so erkennt man immer wieder zumindest zwischen den Zeilen Differenzen. Naturgemäß liegt der Akzent der DGIM mehr im Krankenhausbereich, während der BDI auch die große Zahl der in der hausärztlichen Versorgungsebene tätigen Internisten zu vertreten hat. Für den Internisten, gleichgültig ob er Hausarzt, Facharzt oder Krankenhausarzt ist, ergibt sich die Notwendigkeit in beiden Verbänden gleichzeitig Mitglied zu sein. Damit hat er auch zwei Beiträge zu bezahlen. Im Klartext: Die Schlagkraft bei der Interessensvertretung des Internisten ließe sich durchaus verbessern, wenn man geschlossener auftreten würde. Dazu müssten beide Verbände wiederentdecken, dass es primär nicht um Versorgungsebenen, um Praxis oder Krankenhaus sondern um das Fach Innere Medizin geht. Dazu müssten im BDI endlich die Grabenkämpfe der einzelnen Gruppen – angefangen vom Hausarzt über den fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt bis hin zum Schwerpunktinternisten – intern beendet werden. Die DGIM müsste stärker anerkennen, dass die Berufsausübung des Internisten und die Wissenschaft vom politischen Umfeld und den dort definierten Finanzierungsbedingungen abhängig sind. Hauptproblem der DGIM ist ihre Führungsstruktur, die sich an anachronistischen Universitätsstrukturen orientiert und uns jedes Jahr einen neuen Präsidenten beschert. So kann man personelle und damit politische Kontinuität in unserer Zeit nicht mehr darstellen. Im Interesse der Vertretung des Internisten ist es Zeit, dass alte Zöpfe abgeschnitten werden. In einer Zeit, in der die Grenze zwischen ambulant und stationär immer mehr eingeebnet wird und Integrationsversorgung immer wichtiger wird, sollten sich die beiden Verbände wieder auf einen gemeinsamen Weg einigen.

Hans-Friedrich Spies