

## Editorial

Auch wenige Wochen nach Aufnahme der Regierungsarbeit der schwarzgelben Koalition sind vor allem in der Gesundheitspolitik die Konturen eines Neuanfanges weiter verschwommen. Mit Philipp Rösler als neuem Minister und seinen Staatssekretären Daniel Bahr von der FDP und Annette Widmann-Mauz als Aufpasser von der CDU ist die neue Führungsmannschaft des BMG komplett. Doch die Signale einer neuen Politik sind widersprüchlich. Seehofer und seine CSU wollen keinen Systemwechsel, die CDU den Gesundheitsfonds nur behutsam korrigieren, die FDP setzt auf mehr Wettbewerb und Freiheit; Freiheit bei der Wahl der Therapie, des Arztes und der Krankenkasse. Der Arzt

soll in Zukunft mehr Zeit für die Patienten haben und von Bürokratie entlastet werden.

Die wichtigsten Elemente eines Wettbewerbs von Versicherungen sind Leistungsinhalt und Finanzierung. Beides wird derzeit im Gesundheitsfonds und im deutschen Gesundheitswesen insgesamt festgeschrieben. Die Leistungsinhalte werden weitgehend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für alle gesetzlichen Krankenkassen einheitlich definiert. Der Beitragssatz ist für alle gesetzlichen Krankenkassen gleich. Damit sind Leistungsinhalt und Beitragssatz gleichgeschaltet. Wettbewerb beschränkt sich zurzeit auf Marginalien und den sogenannten Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen aber wie der Teufel das Weihwasser fürchten.

Das derzeitige ordnungspolitische System hat den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen faktisch beendet.

Wettbewerb muss um Leistungen, Preise und Qualität stattfinden. Also müssen auf der Versicherungsseite (Krankenkassen), der Nachfrage- (Krankheiten, medizinischer Fortschritt, Patientenwünsche) und der Angebotsseite (Ärzte und sogenannte Leistungserbringer) Änderungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen werden. Aber das Gesundheitswesen ist kein Markt, in dem das allgemeine Wettbewerbsrecht grundsätzlich als Ordnungsrahmen Anwendung finden kann. Nur bei den gesetzlichen und privaten Krankenkassen ist dies möglich.



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

Wettbewerb kann nicht das Allheilmittel im Gesundheitswesen werden. Gesundheit ist eben keine Ware wie jede andere, Patienten sind nicht nur Verbraucher, Ärzte keine Verkäufer von Gesundheit. Krankheit bleibt individuelles und soziales Schicksal und kein Versicherungsfall. Hier befindet sich die Solidargemeinschaft und unsere gemeinsame christlich-abendländische Wertegemeinschaft weiter in der Pflicht.

Der Berufsverband Deutscher Internisten, Ihr BDI e.V., wird sich auch in Zukunft dafür einsetzen, dass alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe ambulante und stationäre medizinische Versorgung bekommen werden.

Helfen Sie mit, unterstützen Sie uns auf diesem Weg.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident

### Die neue Onkologievereinbarung (Fortsetzung von Seite 1)

## Ein Scherbenhaufen

Daher versuchten sie mit aller Macht, auf regionaler KV-Basis bisher gezahlte Gelder aus dem extrabudgetären Bereich „wieder einzusammeln“. Erst auf vielfältigen Protest, in dem auf die prinzipielle Gefährdung der ambulanten medizinischen Versorgung von Tumorkranken hingewiesen wurde, erhielt die KBV und der neu gegründete Spitzenverband der Krankenkassen die Auflage seitens des Bundesministeriums für Gesundheit, eine neue Onkologievereinbarung auszuhandeln. Diese liegt nun vor.

#### ● Die neue Vereinbarung: Kostendämpfung statt Qualitätsverbesserung

Wie zu befürchten war, wurden seitens der Krankenkassen unter dem Siegel einer angeblichen Qualitätsverbesserung massive bürokratische Auflagen in das neue Vertragswerk hinein verhandelt. Ziel war, durch den Wegfall bestimmter Arztgruppen weitere Kosten einzusparen. Insbesondere wurden den regionalen Onkologiekommisionen Kontrollfunktionen auferlegt, die den innerärztlichen Frieden gefährden, ohne eine tatsächliche Verbesserung in der ambulanten Behandlung von Tumorkranken zu bewirken. Erste Vergleichszahlen bezüglich der Abrechnungsumfänge aus der Vergangenheit zeigen, dass die im neuen Vertrag vorgesehenen Mindestzahlen von Tumorbehandlungen in den einzelnen Fachgruppen zu einem Ausschluss von über 50% der bisher teilnehmenden Ärzten führen werden. Daraus ergibt sich eine Qualitätsverbesserung in der ambulanten Tumorthera-

pie

apie, ist mehr als vermessbar. Auch in der finanziellen Ausstattung der neu geschaffenen Sonderziffern wird lediglich das bisher von den Krankenkassen bezahlte Geld neu verteilt. Dies geschieht in einem komplizierten Rechenwerk, das seitens der KBV den regionalen KVen vorgegeben wurde. Den Höhepunkt in der Verhandlungsschwäche der KBV stellt eine Protokollnotiz im Anhang des Vertragswerkes dar. Obwohl es sich bei der neuen Onkologievereinbarung um einen ordnungspolitischen Vertrag handelt, der danach von der ärztlichen Selbstverwaltung im Sinne der medizinischen Versorgung auszugestalten ist, wird bereits auf Bundesebene ein wissenschaftlich umstrittenes Detail festgeschrieben. Die Vorgabe untersagt ausdrücklich die Anwendung einer Sonderziffer für die Behandlung von Bisphosphonaten bei Knochenmetastasen im Sinne einer intravenösen Tumorthera-

Warum es die KBV zum wirtschaftlichen Nachteil der Vertragsärzte zugelassen hat, dass eine sehr spezielle pharmakotherapeutische Problemstellung (zytostatische Wirkung von Bisphosphonaten) Bestandteil der neuen Onkologievereinbarung werden konnte, wird wohl ihr Geheimnis bleiben. Diese Systematik hat im übergeordneten Vertragswerk nichts zu suchen. Hier zeigt sich die Unfähigkeit der Kassenärztlichen Bundesvereini-

gung, sich gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen, wenn diese nach dem Abschluss eines ordnungspolitischen Vertragswerkes versuchen, die vereinbarten Zahlungsverpflichtungen zumindest teilweise „wieder einzusammeln“. Vor diesem Scherbenhaufen stehen nunmehr die regionalen KVen, insbesondere die Onkologiekommisionen. Man reagiert wie immer – mit dem Ersinnen neuer Übergangsregelungen, um die einzelnen Arztgruppen „irgendwie ruhig zu stellen“. Es zeigt sich das alte Prinzip: Neue Verteilungsregelungen haben neue Gewinner und neue Verlierer zur Folge. Bei Verhandlungen der KBV mit den Krankenkassen bleibt ein Ergebnis immer gleich: Gewinner sind die Krankenkassen, die mit

einer vermeintlichen Verbesserung der Qualität der ambulanten Krankenversorgung nur Geld sparen wollen – und sonst gar nichts. Mit Verbesserung der Qualität hat dies nichts zu tun, nur mit Kostendämpfung.

Dr. Thomas Klippstein  
Onkologische Gemeinschaftspraxis,  
Frankfurt

### Personalia Sektion Gastroenterologie

#### Neue Vorsitzende:

Prof. Dr. med. J. Labenz, Ev. Jung-Stilling Krankenhaus, Medizinische Klinik, Wichernstr. 40, 57074 Siegen

Dr. med. Siegfried Heuer, GASTROENTEROLOGISCHES ZENTRUM DR. HEUER, Eckendorfer Str. 91-93, 33609 Bielefeld

Der BDI dankt dem bisherigen Vorsitzenden, Herrn Dr. med. Berndt Birkner, für seinen unermüdlichen Einsatz und sein großes Engagement.

**Der Koalitionsvertrag der neuen Regierung**  
(Fortsetzung von Seite 1)

## Startschuss für Reformen – aber wann?

● **Mehr Wettbewerb**

Nimmt man die jetzt veröffentlichten Erklärungen und betrachtet gleichzeitig die bekannt gewordenen Diskussionen, so ergibt sich mittelfristig folgendes Bild: Der Gesundheitsfonds als Zentrum der Finanzierung der Krankenkassen soll mehr regionalisiert werden. Auch der Zusatzbeitrag als einziges Wettbewerbselement, das durch eine Sozialklausel begrenzt wurde, steht zur Disposition und wird zumindest weiter geöffnet. Damit wird der Rückweg in Richtung Prämienmodell angetreten, wobei sich christliche Sozialpolitiker schon mit der Bemerkung zu Wort gemeldet haben, dass das Prämienmodell für die CDU doch nicht in Frage käme. Ziel der Koalition ist es, die Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber festzuschreiben. Die Sozialverbände haben deshalb schon zu Recht bemerkt, dass eventuell anfallende Mehrkosten im Gesundheitswesen in Zukunft allein vom Versicherten getragen werden müssen. Einschneidende Folgen wird die Reform des Gesundheitsfonds vor allem für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben. Je mehr Regionalisierung, desto mehr Macht wird wieder den einzelnen Krankenkassen übertragen, sodass der Spitzenverband Bund nur noch auf begrenzte Kompetenzen nach der Reform des Gesundheitsfonds zurückgreifen kann. Insofern wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen wieder aktiviert.

● **Veränderungen beim § 73 b?**

Eine wichtige Frage lautet: Was wird aus der Kassenärztlichen Vereinigung und der Selbstverwaltung? Man möchte nach dem Koalitionspapier die Selbstverwaltung weiter stärken und effektiver gestalten – was dies auch immer heißt. Die KV wird als Institution in dem Papier nicht erwähnt. Indirekt ist sie von dem Koalitionspapier aber massiv betroffen. Es geht dabei um die selektiven Verträge nach § 73 b. Im bayerischen Wahlkampf wurde von Seiten des Hausärztesverbandes unter Wolfgang Hoppenthaler massiver Druck auf die damalige Landesregierung in Bayern ausgeübt. Diese sorgte dann dafür, dass der § 73 b so umformuliert wurde, dass faktisch der Hausärztesverband in seiner derzeitigen Struktur als Vertragspartner für die Krankenkassen bei 73-b-Verträgen Pflicht wird. Entsprechende Verträge wurden in Baden-Württemberg aber auch in Bayern selbst abgeschlossen und haben bei den übrigen Krankenkassen erhebliche Verunsicherung ausgelöst. Viele Krankenkassen waren nicht bereit, Verträge abzuschließen und haben die gesetzliche Frist zum 30. Juni 2009 verstreichen lassen.

Der Gesetzgeber hat aber eindeutig geregelt, dass nach dieser Frist Schiedsamtstlösungen Vorschrift sind. Alle hofften aber, dass eine neue CDU/FDP-Regierung den § 73 b saniert – und dass dabei die bayerischen Vorschläge elementiert werden. Dies ist aber nicht geschehen. Ob dies auf den Einfluss von Ministerpräsident Horst Seehofer aus Bayern zurückzuführen ist oder ob man hier ganz bewusst die gezielte Politik der alten Bundesregierung in Richtung Hausarzt-KV fortführen will, muss offen bleiben.

Fakt ist, dass ab sofort die Schiedsamtverfahren in Deutschland mit allen Krankenkassen anlaufen werden, die bisher noch keine 73-b-Verträge mit dem Hausärztesverband abgeschlossen haben. Von dessen Vorsitzendem Ulrich Weigelt war schon zu hören, dass man sich auf die Abrechnung dieser Verträge sehr gut vorbereitet hat und deshalb die KV nicht benötigt. Gleichzeitig hat er darauf hingewiesen, dass tatsächlich etwa 1.600 Schiedsamtverfahren zur Umsetzung dieser Verträge in Deutschland anhängig sind und jetzt vorangetrieben werden.

● **Und was wird aus der KV?**

Welche Konsequenz hat dies für die Kassenärztliche Vereinigung? Der Vorsitzende der KV Bayern, Axel Munte, hat schon klargestellt, dass es nach seiner Meinung um die Existenz der Körperschaft geht. Wenn alle Krankenkassen in Bayern Selektivverträge nach § 73 b mit dem Hausärztesverband schließen, ist davon auszugehen, dass mehr als 40 % des Honorarvolumens der KV entzogen werden. Die KV wird aus der Bereinigungsdiskussion mittelfristig mit Sicherheit als Verlierer herauskommen, sodass die KV sowohl aus finanziellen aber auch aus ordnungspolitischen Gründen in der derzeitigen Form nicht mehr gehalten werden kann. Eine KV ist ohne den hausärztlichen Bereich nicht mehr in der Lage, ihren Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen. Dieses Menetekel scheint sehr vielen KV-Fürsten noch nicht so ganz geläufig zu sein. Wenn es dem Hausärztesverband tatsächlich gelingt, den § 73 b als Gesetz lupenrein umzusetzen, hat die KV bundesweit dasselbe Problem wie in Bayern. Es bleibt die Frage offen, ob die jetzige Bundesregierung dieses Szenario tatsächlich wünscht.

● **Hoffnung für Fachärzte: PKV bleibt wohl erhalten**

Möglicherweise sind die am meisten Betroffenen die Fachärzte, die sich dann in Zukunft mehr auf selektive Verträge verlassen müssten. Für die Fachärzte ist die derzeitige Vergütung ohnehin unzureichend. Bei hohem

apparativem Aufwand sind die Punktwerte unter 5,11 Cent reines Gift. Viele leben durch die Quersubventionierung über die Privatversicherung und von der Abschreibung der teuren Geräte. Hoffnung für die Fachärzte ergibt sich aus der Absicht der neuen Bundesregierung, die Privatversicherungen wieder zu stärken und zu keinem Zusammenschluss von GKV und PKV zu kommen. Man ist wohl weiterhin der Meinung, dass zwei unterschiedliche Versicherungssysteme in Deutschland nebeneinander bestehen können.

● **MVZ nur mit Vertragsärzten in der Gründerebene**

Wohl auf Druck der Kassenärztlichen Vereinigungen befasst sich die Koalitionsvereinbarung auch mit der zukünftigen Struktur der Medizinischen Versorgungszentren und stellt klar, dass man in Zukunft nur noch Zentren möchte, in denen Vertragsärzte auch in der Gründerebene die Mehrheit besitzen. Die KV möchte die Medizinischen Versorgungszentren, die von Krankenhäusern gegründet werden und die man als bedrohliche Konkurrenz empfindet, ordnungspolitisch eingrenzen. Es ist damit zu rechnen, dass zu diesem Thema noch eine Diskussion über

Wettbewerbsrecht, Übergangslösungen und Umsetzbarkeit geführt werden muss. Auch darf man auf die Reaktion älterer Ärzte gespannt sein, die bei der derzeitigen Rechtslage ihre Praxen am Ende der Karriere gut verkaufen konnten. Die Preise, die Krankenhäuser bezahlen, dürften nach der neuen Regelung nicht mehr realisierbar sein.

● **Heiße Eisen wurden nicht angepackt**

Grundsätzliche Fragen, die unser Gesundheitssystem schon seit Jahren und Jahrzehnten berühren, hat man nicht angepackt. Die Nicht-Vereinbarkeit von Kollektivverträgen und Kostenerstattung zum Beispiel wird nicht diskutiert. Einen noch größeren Bogen hat man um das Problem der Definition der Versicherungsleistungen in der GKV geschlagen. Dieses heiße Eisen hat die Koalition nicht angepackt. Jeder kundige Thebaner weiß, dass zu einer Versicherung nicht nur der Beitrag, sondern auch die Definition der zu versichernden Leistungen gehört, und dass wir bei den knappen Ressourcen der Zukunft und der demographischen Entwicklung nicht um eine sachgerechte Definition des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung herum kom-

men werden. Auch bei dieser Koalition wird nach außen wieder der Eindruck erweckt, als sei mit dem derzeitigen System alles von Patienten Gewünschte finanzierbar. Man darf gespannt sein, wie die Kommission der Regierung zusammengesetzt ist, die die Neuordnung unseres Gesundheitswesens vorbereiten soll. Die Konflikte in den Koalitionsverhandlungen werden sich dort mit Sicherheit fortsetzen, die nicht gelösten Probleme werden weiter auf der Tagesordnung stehen. Auch unser neuer Gesundheitsminister wird dann merken, dass eine Reform des Gesundheitswesens nicht über allgemein gehaltene Absichtserklärungen zustande kommt, sondern dass mehr als woanders der Teufel im Detail steckt. Dennoch ist nach der Koalitionsvereinbarung die grobe Richtung klar: Es wird mehr Wettbewerb im Krankenkassenbereich geben und die Eigenverantwortung des Patienten auch bei der Finanzierung des Systems wird steigen.

HFS

**Nach der Bundestagswahl**

## Der Fahrplan zur Reform

Wie zwischen CDU/CSU und FDP im Koalitionsvertrag vereinbart, soll zu Beginn der Legislaturperiode eine Regierungskommission eingesetzt werden, die die notwendigen Inhalte und Schritte für eine Neuordnung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung für 2010/2011 vorbereiten soll. Die Regierungskommission wird sich voraussichtlich dabei an den folgenden politischen Zielkoordinaten orientieren:

● **Mehr Beitragsautonomie für Krankenkassen:**

Das derzeitige System der 1-prozentigen Zusatzbeiträge, soll durch ein neues Zusatzbeitragssystem ersetzt werden, sodass die Krankenkassen wieder eigene Beiträge erheben können.

● **Regionale Differenzierungsmöglichkeiten:**

Krankenkassen sollen wieder verstärkt regionale Beiträge erheben können, mit denen sich regionale Besonderheiten der Kostenstruktur und der Sicherstellung abbilden lassen.

● **Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages:**

Der Arbeitgeberbeitragsatz wird voraussichtlich bei 7 % Beitragspunkten fixiert.

● **Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge:**

Einführung eines pauschalen Krankenversicherungsbeitrages bei gleichzeitiger Kopplung an einen sozialen Ausgleich.

● **Sozialer Ausgleich:**

Über diesen sozialen Ausgleich sollen Einkommensschwache in Bezug auf die pauschalen Krankenversicherungsbeiträge vor einer finanziellen Überforderung geschützt werden. Die Finanzierung soll über das Steuersystem oder indirekt über den Gesundheitsfonds erfolgen.

● **Umbau und Reduktion des Morbi-RSA:**

Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA ergibt sich zwangsläufig aus den oben genannten Punkten.

Die oben genannten Punkte müssen von der Regierungskommission mit weiteren Vorgaben des Koalitionsvertrages in Einklang gebracht werden, die ebenfalls unmittelbaren Einfluss auf das zukünftige Finanzierungssystem haben:

- ▶ Etablierung eines allgemeinen GKV-Ordnungsrahmens, der den Ansprüchen des allgemeinen Wettbewerbsrechts genügt.
- ▶ Umsetzung von Wahl der Therapiefreiheit sowie Vertrags- und Gestaltungsfreiräume für Patienten, Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkasse.
- ▶ Stichwort Kostenerstattung
- ▶ Verbesserung der Rahmenbedingungen für die vertragsärztliche Versorgung
- ▶ Vergütungssystem
- ▶ Neujustierung des dualen Systems zwischen GKV und PKV

Somit lässt sich festhalten, dass der Regierungskommission die Aufgabe zukommt, zahlreiche ordnungs- und auch versorgungspolitische Problemen gleichzeitig lösen zu müssen, um das Gesundheitssystem gerecht und nachhaltig zukunftsfähig zu gestalten.

Tilo Radau

48. Bayerischer Internistenkongress in München

## Hoffnung und Skepsis gegenüber der neuen Regierung

Zum Austausch über den Umbau der Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl hatte Dr. Wolf von Römer, Erster Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten, BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, den Vorsitzenden des Hartmannbundes (HB), Prof. Kuno Winn, den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, und Rudolf Dieckmann, den persönlichen Referenten des Vorsitzenden der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK), zum 48. Bayerischen Internistenkongress am 7. November nach München eingeladen. Kurzfristig abgesagt hatte dagegen Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder.

BDI-Präsident Wesiack zeigte sich grundsätzlich über den Regierungswechsel erfreut, wenn auch nicht übermäßig optimistisch. Er wies darauf hin, dass der BDI über Jahre hinweg „ein eiskaltes Verhältnis“ zu Ministerin Ulla Schmidt wegen deren Politik gehabt hatte. Jetzt werde es nur vorsichtige und langsame Veränderungen geben, glaubt Wesiack. Vor der Wahl in Nordrhein-Westfalen im Mai nächsten Jahres werde relativ wenig passieren. Im Vorfeld der Bundestagswahl hat sich die FDP relativ klar positioniert. Der neue Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler und sein Parlamentarischer Staatssekretär Daniel Bahr wollten sicher versuchen, die Dinge

in diese Richtung zu bringen, doch die CDU sperre sich dagegen. Besonders der Kurs der CSU irritiere ihn, sagte Wesiack, weil er abends schon wieder anders aussehe als noch am Morgen. Die Christsozialen haben auch dafür gesorgt, dass der § 73b SGB V bis 2012 nicht angetastet wird. In drei Jahren, glaubt der BDI-Präsident, wird sich die Versorgung durch Hausärzte so zementiert haben, dass kaum noch etwas daran verändert werden kann. Wer mehr Wettbewerb wolle, müsse mehr Freiwilligkeit zulassen und keine neuen Monopole schaffen. „Dieses Relikt aus der Ulla-Schmidt-Ära sollte unbedingt geändert werden.“

● **Wesiack besorgt über Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen**  
Sorgen bereitet Wesiack auch der § 116b SGB V. Er zeigte sich erschreckt von Aussagen des DKG-Hauptgeschäftsführers Georg Baum, dass die Krankenhäuser ihren Wettbewerbsvorteil voll gegen die niedergelassenen Ärzte durchsetzen wollen. Die Wettbewerbsbedingungen müssten gleich sein und beiden Seiten faire Chancen bieten, forderte er. Allerdings dürfe es im Gesundheitswesen nicht dieselben allgemeinen Wettbewerbsbedingungen geben wie in der Wirtschaft, denn der Patient sei keine Ware. Die Medizin müsse Leitlinien-gerecht

für alle Bürger zur Verfügung stehen. Gegen die Entwicklung grauer oder schwarzer Märkte habe der BDI erhebliche Einwände. Mit vielen Ansätzen der neuen Regierung könne sich der Verband sehr gut identifizieren. Auch der BDI setze sich für ein durchgängiges Versorgungskonzept ein, das für die Bürger nachvollziehbar sei. Das Prinzip der freien Arztwahl müsse auf jeden Fall aufrecht erhalten bleiben. Das Schnittstellenproblem zwischen den Sektoren müsse gelöst werden. Der BDI werde seine Vorstellungen dazu in die Politik einbringen. „Wir hoffen auf mehr Gehör als in der Vergangenheit.“ Auch aus Sicht des HB-Vorsitzenden Winn stimmt die große Linie der Regierung, doch jetzt müsse der Koalitionsvertrag erst noch ausgestaltet werden.

Dazu bedürfe es einer vorsichtigen Einflussnahme der Verbände. Philipp Rösler kennt Winn persönlich sehr gut aus der gemeinsamen Zeit im niedersächsischen Landtag. „Er ist durchaus durchsetzungsfähig und lässt sich nicht überfahren.“ Jetzt sei der Umbau des Gesundheitswesens angesagt, und die Politik erhalte dazu die Unterstützung der Ärztenverbände. Gute, umsetzbare Vorschläge werde der Minister sicher annehmen. Er sei optimistisch, dass es künftig auf jeden Fall besser werde als unter Ulla Schmidt. Rudolf Dieckmann, persönlicher Referent des DAK-Vorsitzenden Prof. Herbert Rebscher, offenbarte, dass die Ersatzkasse bereits mit dem BDI im Gespräch war über ein Gegenstück zum 73b-Vertrag der Hausärzte in Bayern. Dass daraus nichts geworden sei, liege daran, dass die anderen Krankenkassen nicht mitgezogen seien. Der DAK-Vertreter bekannte sich als starker Verfechter des Kollektivvergütungssystems, parallel zum Selektivvergütungssystem. Der Kollektivvertrag sichere die flächendeckende Grundversorgung, der Selektivvertrag könne Innovationen auf regionaler Ebene schneller realisieren. Er bedauerte, dass den Krankenkassen die Beitragsautonomie durch den Gesundheitsfonds genommen worden ist. Schließlich sei der Preis ebenfalls ein entscheidender Wettbewerbsparameter. Deshalb müsse die Beitragsautonomie rasch wieder den Krankenkassen zurückgegeben werden. Die vielfach geforderte Regionalisierung der Krankenkassen sei ein zweischneidiges Schwert. Als Verfechter des solidarischen Gedankens sei er dafür, bundesweite Organisationen zu behalten, aber die Preise und Honorare regional auszuhandeln. Das sei besser, als wenn jeder überall mit 3.5001 Cent bezahlt würde. Schließlich seien die Verhältnisse und Kosten in Deutschland auch nicht überall gleich – das sei sozialistisches Gedankengut. Wir bräuchten eine unterschiedliche Vergütung in Nord, Ost, West und Süd, weil die Verhältnisse unterschiedlich sind. Regionalspezifische Besonderheiten müssten berücksichtigt werden. Was Ulla Schmidt mit ihrer Gleichmacherei angerichtet habe, sei ein Verbrechen an der solidarischen Krankenversicherung in Deutschland.

● **Vertragsärzte als Verlierer der Honorarreform**  
Die letzte Honorarreform, ergänzte von Römer, hat in Bayern über 30% der Vertragsärzte zu Verlierern gemacht, mit teilweise erheblichen Verlusten. Staatsminister Söder habe den Vorschlag gemacht, bei -5% eine Grenze zu ziehen, doch leider gelte das bislang erst für das erste Quartal 2009, nicht für die Folgequartale. Der bürokratische Aufwand, den die Neuregelung der Vergütung und die Einführung der Regelleistungsvolumen mit sich gebracht haben, sei enorm: Allein in der KV Bayerns mussten dafür 100 neue Mitarbeiter eingestellt werden.

Unterschiedlich waren die Ansichten der Ärztevertreter auf dem Podium über die Kostenerstattung. Der Hartmannbund möchte sie generell anstelle des Sachleistungssystems einführen, mit einem Ausgleich für soziale Härtefälle. Für von Römer geht das zu weit: Für eine Kostenerstattung als Ersatz finde sich in Deutschland keine Mehrheit. Nur eine teilweise Kostenerstattung sei denkbar. So sieht es auch der BDI-Präsident: Man müsse differenzieren zwischen Grundleistungen, die weiterhin über die KVen abgerechnet werden, und Wahlleistungen, wo die Kostenerstattung Sinn mache, mit Berücksichtigung sozialer Komponenten, damit keine Überforderung entsteht.

● **Köhler: KVen gehen kaputt**  
Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, bedauerte, dass Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder kurzfristig abgesagt hatte, weil er mit diesem gern über den § 73b SGB V diskutiert hätte. Schließlich war es die CSU, die diesen Paragraphen eingefordert hat. Die Selektiv- bzw. Einzelverträge bedeuten seiner Ansicht nach das Aus für die KVen. Wer glaube, dass Selektivverträge parallel zum Kollektivvertrag bestehen könnten, der irre. Wer Geld in die Selektivverträge stecke, der müsse es aus dem Kollektivvertrag abziehen. „Daran gehen wir kaputt.“ Die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen werde in den nächsten zwei bis drei Jahren über die Selektivverträge entschieden. Die prozentuale Umlage vom Umsatz für den KV-Beitrag werde aufgrund der Bereinigung bald nicht mehr möglich sein. Die KBV sei dabei, ein anderes Beitragssystem zu entwickeln, das demnächst vorgestellt werden soll. Es gebe im Selektivvertragssystem auch bereits eine Risikoselektion, erklärte Köhler. In Baden-Württemberg würden bevorzugt die gesunden Versicherten in den HZV-Vertrag eingeschrieben, sodass die teuren kranken Patienten im Kollektivvergütungssystem blieben. Es gebe in Wirklichkeit auch nicht mehr Geld für die Hausärzte. In Bayern gehe z.B. ein Versicherter durchschnittlich dreimal im Quartal zum Hausarzt. Da könne dieser bis zu dreimal den KV-Fallwert erhalten, während er im Selektivvertrag lediglich einmal 80 Euro bekomme. Köhler: „Die Vergütung im Selektivvertrag ist nur attraktiv für gesunde Versicherte.“ Es werde auf Dauer kein Nebeneinander von Kollektivvertrag und Selektivvertrag geben. Es stimme auch nicht, dass Hausärzte weniger verdienten als Fachärzte, wie der Deutsche Hausärzteverband ständig behauptete. Tatsächlich habe ein konservativ tätiger Facharzt ca. 20% weniger Einkommen als ein Hausarzt.

KS



Foto: creative collection

Beim Bayerischen Internistenkongress in München wurde über die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung diskutiert. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack zeigte sich über den Regierungswechsel erfreut.

Anzeige

## Zu- und Abschläge für Unter- und Überversorgung

## Die neue Welt ab 2010

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat sich mit seinem Beschluss vom 2. September 2009 zur Höhe und Anwendung von Orientierungspunktwerden im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung gemäß § 87 Abs. 2 e SGB V geäußert. Demnach werden ab 1. Januar 2010 für neu niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Zu- und Abschläge auf den regionalen Punktwert vorgenommen. Ab 2011 werden dann auch die „Altpraxen“ nach einem gestaffelten Punktwert je nach Versorgungsgrad honoriert. Diese Regelung gilt jedoch nur für die Abschläge, Zuschläge bei Unterversorgung werden auch den Altpraxen bereits ab 1. Januar 2010 gewährt.

In jedem KV-Bereich werden zunächst fünf Versorgungsgrade definiert. Bei der Definition der Überversorgung werden die Gruppen der Fachärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten nahezu gleich behandelt. Bei der Definition des Umfangs der Regelversorgung bzw. der Unterversorgung gelten für Hausärzte andere Grenzen.

**Für Fachärzte und Psychotherapeuten gilt:**

Überversorgung II	≥ 150%
Überversorgung I	110 – 149%
Regelversorgung	50 – 110%
Unterversorgung I	≥ 37,5 und < 50%
Unterversorgung II	< 37,5%

**Für Hausärzte gilt:**

Überversorgung II	≥ 150%
Überversorgung I	110 – 149%
Regelversorgung	75 – 110%
Unterversorgung I	≥ 56,25 – < 75%
Unterversorgung II	< 56,25%

Für die Berechnung der Zu- und Abschläge sollen wiederum drei Gruppen gebildet werden, denen entsprechend des Grads der Über- bzw. Unterversorgung Faktoren für Abschläge und Zuschläge zugeordnet werden. Keine Berücksichtigung findet hierbei die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen, Ermächtigungen und Universitätsambulanzen. Die Zu- und Abschläge

sollen in Prozent des regionalen Punktwertes dargestellt werden – fällig werden sie ab Erreichen des Grenzwertes. Unklar bleibt hierbei jedoch, wie häufig innerhalb eines Jahres die Versorgungsgrade und die daraus resultierenden Zu- und Abschläge festgelegt werden.

Folgende drei Gruppen für die prozentualen Abzüge oder Zuschläge vom Punktwert werden eingerichtet:

**Gruppe 1 (alle Fachgruppen außer Radiologen, Chirurgen und Psychotherapeuten):**

Überversorgung II:	-14% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-7% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+10% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+20% vom Regelpunktwert

**Gruppe 2 (Radiologen und Chirurgen):**

Überversorgung II:	-11% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-11,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+8% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+16% vom Regelpunktwert

**Gruppe 3 (Psychotherapeuten):**

Überversorgung II:	-19% vom Regelpunktwert
Überversorgung I:	-9,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung I:	+13,5% vom Regelpunktwert
Unterversorgung II:	+27% vom Regelpunktwert

Der einheitliche Regelpunktwert von derzeit 3,5048 Cent würde somit ab 2010 voraussichtlich durch 15 verschiedene Punktwerte ersetzt werden.

In einer Konvergenzphase soll zwischen den bereits vor Januar 2010 niedergelassenen Ärzten und den Neuniederlassungen unterschieden werden. Während die Zuschläge ab 1. Januar 2010 sofort gezahlt werden, werden die Abschläge für Altpraxen für 2011 bis 2016 mit einer jährlichen Steigerung von 0,1 umgesetzt. Für die Neupraxen verkürzt sich diese Konvergenzzeit auf die Jahre bis 2013.

Da für jede fachärztliche und hausärztliche Fachgruppe der Versorgungsgrad individuell ermittelt werden muss, können weitere regionale Punktwerte hinzukommen. So kann für fachärztliche Internisten bei-

spielsweise eine Überversorgung II zur Anwendung kommen, für Chirurgen Überversorgung I und für Kinder- und Jugendärzte eine Stufe der Unterversorgung.

Aufgrund der Problematik bei medizinischen Versorgungszentren und Gemeinschaftspraxen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, für jedes MVZ und jede Gemeinschaftspraxis einen praxisindividuellen Mischpunktwert mit Gültigkeit für alle dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten festlegen zu lassen.

Voraussichtlich wird sich das politische Ziel, durch Zu- und Abschläge die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen zu stärken, nicht erreichen lassen. Während früher noch innerhalb einer Arztgruppe in einem KV-Bereich eine Leistung immer gleich bezahlt wurde, gelten zukünftig differenzierte Preise nach Niederlassungszeit und Versorgungsgrad. Eine sinnvolle Steuerung für eine dauerhafte gleichmäßige ambulante Versorgung in strukturschwachen Regionen wird sich durch diese politischen Vorgaben nicht verwirklichen lassen.

Tilo Radau

## Regelleistungsvolumina tragen zur Zwei-Klassen-Medizin bei

## Systemdefizite in der GKV

Die Bertelsmann-Stiftung hat Versicherte gefragt, welche Veränderungen sie im Versorgungssystem für die nächsten fünf Jahre erwarten. Damit wird nicht nur die Erwartungshaltung definiert, die Antworten drücken auch die derzeitigen Befindlichkeiten der Versicherten aus. Längere Wartezeiten werden befürchtet – auch ein Dauerthema in der Diskussion unter Ärzten. Ob sich die neue Bundesregierung des Problems der Zwei-Klassen-Medizin annehmen wird?

Die Versicherten vermuten in der Umfrage der Bertelsmann-Stiftung keine Verschlechterung der Qualifikation der Ärzte. Auch die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten und die technische Ausstattung von Arztpraxen bleibe wohl gleich. Über 50 % der Befragten sind aber der Auffassung, dass die Qualität medizinischer Leistungen abnehmen und die Zeitdauer des Arzt-Patienten-Gesprächs kürzer werde. Sie gehen auch davon aus, dass die Wartezeiten länger werden. Es zeigt sich somit eine eher pessimistische Grundhaltung, die wohl auf der Basis der bisherigen Erfahrungen zustande kommt. Auch viele Ärzte teilen die Meinung ihrer Patienten und schätzen die Entwicklung genauso ein. Insbesondere die Wartezeiten und die Differenzen zwischen gesetzlich und privat Versicherten sind ein Dauerthema.

**• Quersubventionierung der GKV-Patienten**

Die alte Bundesregierung hat versucht durch ordnungspolitische Vorgaben dieses Problem zu lösen. An die Wurzel des Problems ist sie nicht gegangen. Auch die jetzige Bundesregierung schweigt über die eigentlichen Ursachen dieser Zwei-Klassen-Medizin, die sich vor allem an den Wartezeiten für einen Arzttermin und in den Arztpraxen festmachen. Die Ursache dieses Organisationsproblems liegt in der wirtschaftlichen Situation der Praxen. Mit dem GKV-Honorar sind viele Praxen nicht mehr aufrechtzuerhalten, sodass die Privatversicherten dringend notwendig sind, um eine Quersubventionierung für die gesetzlich Krankenversicherten zu ermöglichen. Insofern liegt es auch im Interesse des gesetzlich Versicherten, dass die derzeitige Privatversicherung erhalten bleibt.

Auch das Vergütungssystem mit den Regelleistungsvolumina trägt entscheidend zu den Wartezeiten bei. Es ist der Politik und der neuen Honorarreform tatsächlich gelungen, das System so transparent zu machen, dass der Vertragsarzt weiß, ab welchem Patienten im Quartal seine ihm zugestanden Fallzahlen in der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten sind. Um wirtschaftlich zu überleben, muss er seine Praxisstruktur und die Patientenzahlen dem System der Regelleistungsvolumina anpassen. Steigt der Bedarf werden somit alleine aufgrund der Vergütungsreform die Wartezeiten weiter zunehmen. Dies ist allein Folge der gesetzlichen Vorgaben, hier muss eine Korrektur ansetzen.

HFS

## Honorarpolitik (Fortsetzung von Seite 1)

## 2010 als Fortsetzung von 2009

**• Welche Ergebnisse liegen vor?**

Das Ergebnis ist die Korrektur des oberen Punktwertes von 3,501 Cent auf sage und schreibe 3,5048 Cent. Diese Korrektur war notwendig, weil man sich wohl bei der Kalkulation des Punktwertes 2009 leicht verrechnet hatte.

Davon unabhängig hat man sich im Erweiterten Bewertungsausschuss auf eine Änderung des Punktwertes nicht festlegen können. Die KBV hatte 5,3 Cent mehr, die Krankenkassen 6,7 % weniger gefordert. Die Kassen haben ihr reduziertes Angebot damit begründet, dass es noch Rationalisierungsreserven gäbe. Alle Korrekturen, die in Details beschlossen wurden, stehen unter dem Vorbehalt der Kostenneutralität. Das heißt, zusätzliches Geld gibt

es nicht, alles muss gegenfinanziert werden.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hat bezüglich der außerhalb finanzierbaren Leistungen eine Änderung an zwei wichtigen Punkten erfahren: Die Dialyse-Sachkosten werden jetzt außerhalb finanziert, wie es sich im Prinzip für Sachkosten ohnehin gehört. Und: Wird eine neue Leistung in die GKV eingeführt, ist sie zwei Jahre lang außerhalb der budgetierten Vergütung zu bezahlen.

**• Enttäuschung bei den Belegärzten**

Enttäuschung gab es bei den Belegärzten. Die Leistungen außerhalb des Kapitel 36, die bei Internisten den größten Teil ausmachen, werden weiterhin nicht extrabudgetär vergütet. Das Gleiche gilt auch für stati-



Foto: MEV

onsersetzende Leistungen, wenn sie nicht in Kapitel 31 vermerkt sind. Insofern gibt es dort nichts Positives zu berichten.

Die Morbidität hat man mit einer Zulage von 1,6616 % eingerechnet. Bei genauer Betrachtung wird die Enttäuschung der Vertragsärzteschaft hier groß sein. Wir haben Regelleistungsvolumina akzeptiert. Die Vertragsärzte haben sich im Vergleich zu vorangegangenen Budgetierungen dabei schlechter gestellt, weil sie Regelleistungsvolumina mit Leistung ausfüllen müssen. Von entscheidender Bedeutung ist, wie viel Leistungen oberhalb der Regelleistungsvolumina abgerechnet wurden, die mit einem extrem abgestaffelten Punktwert unterhalb jeder Entstehungskosten vergütet wurden. Die Vertragsärzteschaft hatte gehofft, dass wenigstens ein Teil dieser nahezu zum Nulltarif erbrachten Leistungen mit in die Morbiditätsüberlegungen der Vertragspartner eingeflossen sind. Fehleinschätzung! Über diesen Punkt hat man offensichtlich nicht diskutiert, sonst wäre man bei dieser minimalen Morbiditätssteigerung nicht hängengeblieben.

#### ● BDI gegen Beschlüsse zu Unter- und Überversorgung

Von besonderer Bedeutung ist aber der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses für die Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung. Der BDI-Vorstand hat sich in seiner Sitzung anlässlich des Internistentages in Berlin gegen diese Beschlüsse ausgesprochen (siehe BDI aktuell 11/2009). Man geht von zwei Stufen einer Unter- oder Überversorgung aus. Die Regelversorgung wird bei den Hausärzten zwischen einem Versorgungsgrad von 75 % und 110 % bei den Fachärzten zwischen 50 % und 110 % definiert. Die erste Stufe der Unter-versorgung liegt bei den Hausärzten zwischen 56,25 % und 75 %, bei den Fachärzten zwischen 37,5 % und 50 %. Unterhalb von 56,25 % bzw. 37,5 % spricht man von einer Unter-versorgung zweiten Grades. Die Definition der Überversorgung ist für Haus- und Fachärzte gleich: Zwischen 110 % und 150 % Versorgungsgrad spricht man von Überversorgung I. Alles was darüber liegt ist Überversorgung II. Die Zahlen sind im Prinzip so angelegt, dass es in der Bundesrepublik Deutschland mehr Bezirke mit Überversorgung als mit Unter-versorgung geben wird. Was hat dies für Konsequenzen? Es kommt bei Unter-versorgung zur Aufwertung und bei Überversorgung zu Abschlägen. Diese werden bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt. Die jetzt bereits niedergelassenen Ärzte haben eine Konvergenzphase für die Abschläge bis zum Jahre 2017, die sich im nächsten Jahr niederlassenden Ärzte bis 2014. Wer sich nach 2010 niederlässt, dem wird von Anfang an ein Malus oder Bonus angerechnet, wenn er nicht noch in die Regelversorgung mit seiner

Gruppe fällt (siehe auch Artikel: „Die neue Welt ab 2010“ auf Seite 6). Allein diese Vorgaben lassen vermuten, dass es mehr Abschläge als Zuschläge geben wird. Aber wo bleibt das eingesparte Geld? Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die unterschiedlichen Punktwerte zu berücksichtigen und die Zahlungen an die KVen entsprechend unterjährig zu korrigieren sind. Dies bedeutet, dass die einge-

sparten Gelder von den Krankenkassen einbehalten werden.

Die gefundene Regelung wird wahrscheinlich bei sehr vielen Kassenärztlichen Vereinigungen und Fachgruppen dazu führen, dass weniger Geld als in der Vergangenheit zur Verfügung steht. Hier wird durch die kalte Küche von den Krankenkassen Geld eingesammelt.

Die gefundene Regelung für Über- und Unter-versorgung wird den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Deutschland noch übel aufstoßen

– sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern. Natürlich werden wieder die alten Bundesländer wie Bayern, Baden-Württemberg und Hessen von solchen Regelungen besonders betroffen sein. Kritisch ist die Situation schon deshalb, weil die Verhandlungen über Unter- und Überversorgung in den KVen anhand von Anhaltszahlen aus der Vergangenheit geführt werden müssen, die mit der Realität der medizinischen Versorgung schon lange nichts mehr zu tun haben. Besonders die Innere

Medizin wird von diesen Unzulänglichkeiten betroffen werden, vor allem auch deshalb, weil eine Differenzierung in Schwerpunkte bei der derzeitigen Bedarfsplanung überhaupt nicht vorgesehen ist. Die regionalen KVen sollten schleunigst berechnen, mit welchen Schwierigkeiten im Jahre 2010 bei den einzelnen Fachgruppen aufgrund der im Bewertungsausschuss gefundenen Definition gerechnet werden muss.

HFS

Anzeige

Podiumsdiskussion beim 2. Deutschen Internistentag

## Die Zukunft der Inneren Medizin vor dem Hintergrund der Struktur der stationären Versorgung

Unter der Leitung des Vizepräsidenten des BDI, Prof. Dr. Malte Ludwig, diskutierten beim 2. Deutschen Internistentag in Berlin Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Vorstandsmitglied des BDI und ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik C des Klinikums der Stadt Ludwigshafen, Prof. Dr. Hans Fred Weiser, Vorsitzender des Deutschen Chefarztverbandes und Prof. Dr. Sebastian Kerber, Chefarzt der Klinik für Kardiologie I in Bad Neustadt/Saale.

Die Innere Medizin und ihr Stellenwert in der stationären Versorgung standen zwar im Mittelpunkt der Diskussionen, das Thema könne aber nur umfassend behandelt werden, wenn man sich auch mit der stationären Versorgung im Allgemeinen befasst. Dass dabei auch die für die Zukunft so wichtigen Schnittstellen mit der ambulanten Versorgung und die Umsetzung der Weiterbildungsordnung angesprochen werden mussten, war unumgänglich. Angesichts der Überalterung der Bevölkerung und der zunehmenden Multimorbidität kommt nach Auffassung aller der allgemeinen Inneren Medizin in Zukunft ein noch größerer Stellenwert in den Kliniken zu als dies bisher der Fall ist. Dabei bildet die allgemeine Innere Medizin die Basis für die allgemeine internistische Krankenhausversorgung. Diese wird dann in Abhängigkeit vom Bedarf des jeweiligen Krankenhauses ergänzt durch die Versorgung durch Schwerpunktabteilungen bzw.

Schwerpunktzentren wie Gefäßzentren, Darmzentren oder Tumorzentren. Ohne die Innere Medizin ist eine funktionierende stationäre Basisversorgung nicht denkbar. Im Vordergrund wird hier die Koordination bei der Versorgung der älteren multimorbiden Patienten stehen.

Prof. Riemann wies darauf hin, dass deshalb in der Zukunft der Anteil der Inneren Medizin bei der stationären Versorgung deutlich zunehmen dürfte.

### ● Kooperation der ambulanten und stationären Versorgung

Einen breiten Raum der Diskussion nahm die Kooperation der ambulanten mit der stationären Versorgungsebene ein. Insbesondere die neuen gesetzlichen Möglichkeiten über ein Konsiliararztssystem – auch im Vergleich mit der derzeitigen belegärztlichen Versorgung – wurden angesprochen. Insgesamt wurde beklagt, dass die derzeitige Finanzausstattung im ambulanten Bereich nicht mehr aus-

reichend ist, um solche Kooperationsstrukturen finanziell abzubilden. Die Gefahr, dass ein funktionierendes Belegarztssystem durch Konsiliarärzte bei Verträgen mit Krankenhäusern abgelöst wird, ist deshalb groß. So ergeben sich Hinweise, dass die für die ärztliche Leistung zur Verfügung gestellten Finanzmittel über das DRG-System deutlich höher liegen als das, was den Vertragsärzten für eine stationäre Versorgung im Erweiterten Bewertungsmaßstab zur Verfügung gestellt wird. Unabhängig von der Struktur muss dafür gesorgt werden, dass sich die Vergütungshöhe am ärztlichen Vergütungsanteil der Fallpauschalen im Krankenhaus zu orientieren hat. Nur so kann eine solide Basis für Kooperationsmodelle zwischen Vertragsärzten und Kliniken geschaffen werden.

Diese Kooperationen sind für die Kliniken in Zukunft besonders wichtig, weil auf die Dauer der derzeitige Mittelbau die fachärztliche Versorgung im

Krankenhaus nicht mehr voll abbilden kann. Auch im Krankenhaus wird mit einem Fachärztemangel gerechnet. Durch Kooperationsstrukturen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung lässt sich ein Teil dieses Defizits ausgleichen.

### ● Stärkung des Mittelbaus im Krankenhaus erforderlich

Andererseits waren sich alle Diskutanten darüber einig, dass der Mittelbau in den Krankenhäusern zusätzlich durch eine Verbesserung der Aufgabenverteilung und der Arbeitsbedingungen gestärkt werden muss. Eine rege Diskussion entstand über die Frage der Hierarchie im Krankenhaus. Prof. Weiser war der Auffassung, dass die Kooperationsstrukturen mit der ambulanten Versorgung, aber auch die Stärkung des Mittelbaus, eine Umstrukturierung des Krankenhauses erforderlich machen, indem im Vergleich zur derzeitigen Chefarztstruktur flachere Hierarchien eingeführt werden sollten. Diese Idee wurde von den Podiumsteilnehmern prinzipiell unterstützt, auch wenn es Meinungsverschiedenheiten darüber gab, in welchem Maße die derzeitigen hierarchischen Strukturen adaptiert werden sollen.

### ● Weiterbildung muss finanziell unterstützt werden

Die Weiterbildung nahm in der Diskussion einen breiten Raum ein. Von Prof. Weiser wurde darauf hingewiesen, dass ohne eine zusätzliche Finanzierung der Weiterbildung die Krankenhäuser auf die Dauer nicht mehr in

der Lage sind, einen ausreichenden Stellenplan mit Weiterbildungsassistenten aufrecht zu erhalten. Es wurde von allen die Forderung eingebracht, dass die Weiterbildung finanziell unterstützt werden soll, indem man den Weiterbildungsassistenten einen Zuschuss für die Dauer seiner Weiterbildung zur Verfügung stellt. Leider blieb die Frage unbeantwortet, wer dies finanzieren soll.

Die zu erwartende Personalknappheit im Arztbereich in den Krankenhäusern soll nach Auffassung vieler durch eine vermehrte Delegation von ärztlichen bürokratischen Aufgaben an nichtärztliches Personal gelindert werden. Von Seiten der Diskussions Teilnehmer wurde dabei klargestellt, dass die ärztliche Verantwortung für die Versorgung nicht angetastet werden darf und die rein ärztlichen Leistungen unter keinem Umstand delegiert werden dürfen. Alle waren der Auffassung, dass sich der ärztliche Beruf im Krankenhaus durch eine Delegation der überbordenden Bürokratie am ehesten regeln lässt.

Die Diskussion zeigte, dass die Innere Medizin für die stationäre Versorgung noch bedeutungsvoller als seither werden wird. Sie zeigte aber auch, dass im Krankenhausbereich eine Diskussion über die hierarchischen Strukturen begonnen hat und dass man die Versorgungsebene Krankenhaus alleine nicht ohne Diskussion der Schnittstelle mit der ambulanten Versorgung diskutieren kann.

HFS

Ambulante Versorgung im Krankenhaus (Fortsetzung von Seite 1)

## Kollegiale integrierte Versorgung oder kommerzielle Konkurrenz um jeden Preis?

### ● Krankenhäuser drängen in die ambulante Versorgung

Insbesondere Krankenhäuser drängen durch Gründung und Ausweitung von Tageskliniken (von bis zu 20-30 Betten) immer expansiver in den ambulanten Versorgungsbereich und streben durch Umsetzung des §116b nach EBM-basierter Vergütung. Dabei wird diese Strategie in der Regel durch eine betriebswirtschaftlich versierte Krankenhausverwaltung unter rein kommerzieller Zielsetzung professionell betrieben. Die Arzneimittelversorgung durch die Krankenhausaapotheke, die nach Gesetz als einzige Institution noch Rabatte generieren darf, nährt die Aussicht auf satte betriebswirtschaftliche Gewinne, was vielleicht durch die 15. Arzneimittelgesetznovelle relativiert, aber sicher nicht aufgehoben wird.

Von den Krankenhausbetreibern wird ein neues Selbstverständnis geäußert, dass mit der erstmaligen Einweisung eines Patienten auch dessen weitere langfristige Versorgung durch dasselbe

Krankenhaus begründet werde. Werde z.B. eine Patientin mit Mamma-Karzinom zur Primär-OP eingewiesen, werde darin automatisch auch der Auftrag zur weiteren Versorgung mit Chemotherapie, Bestrahlung, Nachsorge und womöglich häuslicher Versorgung gesehen.

### ● Der Hausarzt als Erfüllungsgehilfe?

Der im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung zuständige Primärarzt wird zum bloßen Scheinaussteller degradiert. Der spezialisierte Facharzt wird nicht mehr benötigt.

Die politisch angefeindete sogenannte zweite (= ambulante) Facharztschiene wird damit bewusst diskreditiert und ausgehungert, wobei die Regierung – wieder einmal – scheinbar unbeteiligt ihre Hände in Unschuld wäscht. Geflüssentlich wird jedoch dabei übersehen, dass die erste Facharztschiene, also die Fachärzte im Krankenhaus, bereits jetzt schon überlastet ist und gar keine freie Kapazität hat, zusätzliche Aufgaben im ambulanten Bereich zu über-

nehmen, von der leistungsgerechten Bezahlung ganz zu schweigen. Somit entsteht zusätzlicher Personalbedarf im Krankenhaus, sodass letztlich eine dritte Facharztschiene aufgebaut wird, für die erst recht kein Geld da ist. Dies mit Wirtschaftlichkeitsbestrebungen zu begründen, ist schlichtweg zynisch. Die Finanzierung des Ganzen soll natürlich möglichst auch noch aus dem ambulanten Sektor der Niedergelassenen erfolgen. Insbesondere werden in der Onkologie wenig zuwendungsintensive Maßnahmen wie die standardisierte adjuvante Chemotherapie gerne von der erstoperierenden Klinik übernommen, zumal sie durch Erstkontakt strategisch im Vorteil ist. Auch die in der Regel an Krankenhäuser gebundenen Organzentren mit Tumorboards geben dem Krankenhaus die Möglichkeit, den Patienten gezielt in die eigenen Versorgungsstrukturen einzuschleusen. Niedergelassene Ärzte sind zwar als Zuweiser willkommen, werden jedoch als mitwirkende Therapeuten im Rahmen einer optimalen

Ausnutzung der Wertschöpfungskette eher als störende Fremdkörper gesehen.

So kommen häufig Klinik-MVZ in Eigenregie und eben nicht in Kooperation mit Niedergelassenen zustande. In München kaufen städtische Kliniken mit Unterstützung der SPD vakante Kassensitze auf, um dann eigene MVZ zu betreiben. Dabei wird offene Konkurrenz heuchlerisch bestritten. Man steige halt als „zusätzlicher Player“ in einem großen Markt ein.

### ● Der Patient als wirtschaftliches Zielobjekt

Der Patient gerät als wirtschaftliches Zielobjekt in ein Spannungsfeld von privater Luxusfürsorge (im Sinne von IGeL) und Wertschöpfung bei Regelleistungen.

Komplikationsbelastete multimorbide Patienten mit hohem Zuwendungsbedürfnis sowie unzufriedene Therapieabbrecher stören oft die reibungslose Wertschöpfung und kommen schließlich anbehandelt in die Praxis, ebenso Patienten mit teurer Medikation, für die es keinen kostendeckenden Zusatzentgelt gibt.

Hierdurch wird das Prinzip der sektorübergreifenden Versorgung schlichtweg konterkariert und ad absurdum geführt, wobei die „befürchtete“ Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen durch die Tageskliniken

und Ambulanzen ohnehin schon lange eingetreten ist.

Das – wohl immer noch weltbeste – Gesundheitssystem Deutschlands lebt von seiner stufenweisen Gliederung und seiner Flexibilität und Pluralität, die sicher eine volkswirtschaftliche Steuerung erschweren. Politisch angestrebt war – zumindest vor der Bundestagswahl – eine zentralistisch gesteuerte Planwirtschaft nach DDR-Vorbild mit umfassender Pauschalierung und nivellierender Gleichschaltung. Dies hat zu einer historisch einmaligen Demoralisierung und Demotivierung eines ganzen Berufsstandes in Deutschland geführt. Angesichts der ohnehin schon weit fortgeschrittenen Entwicklung bleibt den Niedergelassenen politisch nur die Chance der Solidarität. Im Sinne einer wohnortnahen Versorgung mit Aufrechterhaltung des individuellen sozialen Milieus sollten sich die niedergelassenen Fachärzte nicht die Butter vom Brot nehmen lassen und die dominante Zuständigkeit in der ambulanten Versorgung einfordern bzw. durch Solidarität und Loyalität mit den steuernden Primärärzten sicherstellen.

Dr. W. Abenhardt  
Münchener Onkologische Praxis  
Elisenhof