

Editorial

Der erste Vorschlag von Gesundheitsminister Philipp Rösler zur Einführung einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie ist – wie erwartet – von Horst Seehofer und der CSU „zerschossen“ worden. Der FDP-Mann Rösler hatte ein Modell präsentiert, mit dem er es vielen recht machen wollte. Im Ergebnis genügte es aber niemandem, nicht einmal den Wirtschaftsverbänden. Bert Rürup nannte den Vorschlag gar einen „Verrat an der richtigen Idee der Gesundheitspauschale“. Ein neues Konzept sollte bis zur parlamentarischen Sommerpause mit den Kernelementen Einsparungen, Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages

sowie einer „Weiterentwicklung“ der Zusatzbeiträge erarbeitet werden. Jetzt liegt es als Eckpunktepapier endlich vor.

Die Ursachen für Röslers Prämienflop sind vielfältig: unklare Formulierungen im Koalitionsvertrag, die globale Wirtschafts- und Finanzkrise, die den Finanzspielraum des Staates erheblich einengt, sowie die Notwendigkeit, mehr Geld für die gesetzliche Krankenversicherung bereitzustellen. Im nächsten Jahr fehlen den Krankenkassen ca. 11 Mrd. Euro. Jetzt hat man sich auf einen faulen Kompromiss geeinigt und bittet alle zur Kasse. Eine Notoperation, aber keine sinnvolle Strukturreform ist erfolgt.

Eine Beitragserhöhung um 0,6 Prozentpunkte ist richtig, da das System mit der Einführung des Gesundheitsfonds unterfinanziert war. Aber die Freigabe der Höhe der Zusatzbeiträge ist kein wirklicher Einstieg in relevante Zusatzprämien und die Umsetzung der richtigen Idee der Gesundheitspauschale.

Schon jetzt ist aber absehbar, dass Krankenhäuser, die niedergelassene Ärzteschaft und die Pharmaindustrie mit ca. 4 Mrd. Euro Einsparvolumen beteiligt werden. Das Wachstum der Krankenhausaufgaben soll auf die halbe Grundlohnsumentensteigerung begrenzt werden. Im Bereich der ambulanten Versorgung sollen generell 350 Millionen Euro eingespart



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

Die deutsche Ärzteschaft, die bei der letzten Bundestagswahl mehrheitlich FDP gewählt hat und auf einen dringend notwendigen Systemwechsel im Gesundheitswesen gesetzt hat, ist enttäuscht.

Der Berufsverband Deutscher Internisten, Ihr BDI e.V., wird sich wie immer kämpferisch und als Ihr Interessenvertreter auch weiterhin in die politischen Diskussionen einbringen. Helfen Sie mit. Unterstützen Sie uns!

Ihr
Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Eckpunkte für die geplante Gesundheitsreform (Fortsetzung von Seite 1)

Die „neue“ Gesundheitspolitik

Entscheidender Punkt des Papiers ist die Finanzreform. Die Ausgaben sollen stabilisiert werden, die Finanzierungsgrundlage gestärkt und der Sozialausgleich gerecht gestaltet werden.

● Einsparpotenziale definiert

Nicht ein einziges Wort steht darüber in dem Eckpunktepapier, dass die jetzige Reform als Kostendämpfungsgesetz durch die reduzierten Finanzmittel der Bundesregierung verursacht wird. Dabei weiß in der Bundesrepublik jeder, dass die gesetzliche Krankenversicherung 11 Mrd. Euro einsparen muss, weil das Finanzministerium nicht mehr willens ist, eine ausreichende Subventionierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Steuermittel aufrechtzuerhalten.

Unter dem Kapitel „Ausgabenstabilisierung“ werden die Einsparpotenziale bei den Leistungserbringern und den Krankenkassen definiert.

- ▶ Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen.
- ▶ Wenn die Krankenhäuser über die vertraglich vereinbarten Leistungen hinaus mehr Leistungen erbringen, müssen sie einen Abschlag von 30 % (Effizienzabschlag) hinnehmen. Die Krankenhausaufgaben dürfen nicht mehr nach der Höhe der Grundlohnsomme, sondern nur zu deren halben Satz wachsen.
- ▶ Die gleiche Regelung gilt auch für die Zahnärzte.
- ▶ Impfstoffe werden preislich reguliert und auf europäisches Durchschnittsniveau gesenkt.
- ▶ Reimporte der Arzneimittel werden erhöht.
- ▶ Das Vergütungsniveau der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Die Mehrausgaben, die

durch die § 73 b-Verträge des Hausärzterverbandes entstanden sind, werden eingefangen. Zukünftige Verträge haben sich am Vergütungsniveau der Kollektivverträge zu orientieren. Man sichert zwar den Vertrauensschutz der Verträge zu, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind, aber da die Verträge auf eine begrenzte Laufzeit abgeschlossen wurden, kann man sich ausrechnen, dass sie in dieser Form wohl kaum verlängert werden. Wettbewerb wird unter diesen Bedingungen allein auf den Leistungsinhalt begrenzt. Man muss sich fragen, ob bei einer Finanzierung à la Kollektivvertrag sich Verbände finden, die Verträge nach § 73 b abschließen.

Unter dem gleichen Kapitel wird auch das inzwischen beschlossene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) mit den Einsparungen erwähnt, die die Arzneimittelindustrie betreffen. Man rechnet damit, dass im Jahr 2011 3,5 Mrd. Euro und im Jahr 2012 4 Mrd. Euro eingespart werden können. Insofern ist die Überschrift irreführend. Die Ausgaben werden nicht stabilisiert, sie werden reduziert.

● Labile Finanzierungsgrundlage

Im zweiten Kapitel wird über die Finanzierungsgrundlage gesprochen, die gestärkt werden soll. Hier wird der eigentliche Grund des Kostendämpfungsgesetzes am Anfang aufgedeckt. Der Beitragssatz der Krankenkassen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer sei durch Steuermittel gestützt worden. Dies sei jetzt nicht mehr weiter erforderlich. Durch die damit verbundene Entlastung des Bundeshaushalts steigt der paritätische Beitragssatz von 14,6 % durch einen nur vom Arbeitnehmer zu zahlenden Beitrag um 0,9 % auf 15,5 %. Diese disparitäre Finanzierung

mit einem festen Arbeitgeberbeitrag von 7,3 % wird festgeschrieben mit dem Ziel, auf Dauer eine Entkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten zu erreichen. Eine Neuerung findet man bei den Zusatzbeiträgen. Zurzeit erheben mehr als 12 Krankenkassen schon Zusatzbeiträge, die in der Regel 8 Euro pro Monat ausmachen. Dies dürfte sich im Jahr 2011 noch nicht ändern. Ab 2012 werden diese Zusatzbeiträge aber flächendeckend eingeführt. Zunächst mit 8 Euro, ab 2013 mit 12 Euro monatlich. Für 2014 sind 16 Euro je Mitglied im Monat im Durchschnitt angedacht. Die Erhöhung des Zusatzbeitrages ist erforderlich, weil schon jetzt Berechnungen vorliegen, dass die ermittelten Kosten zu diesem Zeitpunkt erneut aus dem Ruder laufen werden. Wir haben es also weniger mit einer stabilen als mit einer labilen Finanzierungsgrundlage zu tun.

● Wettbewerbselement Zusatzbeiträge verstärkt

Das dritte und letzte Kapitel beschäftigt sich mit dem Sozialausgleich, der sich weitgehend auf die Steigerung der Zusatzbeiträge bezieht. Hier wird eine recht komplizierte Neuordnung eingeführt. Das Bundesversicherungsamt ermittelt den durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Krankenkassen. Dabei erfolgt eine Stützung dann, wenn der Zusatzbeitrag 2 % des Einkommens oder der Rente übersteigt. Beträgt z. B. das Einkommen 1.000 Euro, so liegt die Überforderungsgrenze bei 20 Euro im Monat. Bei 25 Euro Zusatzbeitrag hätte der Arbeitnehmer oder Rentner einen Anspruch auf einen Ausgleich von 5 Euro monatlich. Dieser Ausgleich fällt auch an, wenn unter Umständen seine eigene Krankenkasse den Zusatzbeitrag nicht erhebt. Damit entsteht ein weiterer Anreiz, bei



Foto: Fotalia

überdurchschnittlichen Zusatzbeiträgen die Krankenkasse zu wechseln. Das Wettbewerbselement durch Zusatzbeiträge wird also durch die Neuordnung verstärkt. Die Bundesregierung geht somit nicht vom Prinzip des Wettbewerbs über Beitragsregelungen ab. Ein Wettbewerb über Leistungsangebote ist nicht vorgesehen.

- **Weniger Transparenz als erhofft**
Misst man das Eckpunktepapier an den Versprechungen im Koalitionsvertrag, so müssen all die enttäuscht sein, die eine strukturelle Neuordnung mit vermehrter Transparenz und Übersichtlichkeit unseres Gesundheitswesens erwartet haben.

Auch der Röslersche Vorschlag, die Gesundheitsprämie kombiniert mit einer Finanzierung über Steuergelder einzuführen, die bei den meisten kundigen Thebanern auf Zustimmung gestoßen ist, findet sich in dem Papier nicht mehr. Bei genauer Betrachtung unterscheidet sich der Vorschlag nicht von dem früheren, auch SPD-geführter Ministerien: Es geht allein um Kostendämpfung und Einsparung von Steuermitteln. Ob sich nach Ausformulierung der Eckpunkte in einen Gesetzestext noch weitere Neuerungen ergeben, wird erst erkennbar, wenn der erste Gesetzesentwurf vorliegt. Wir dürfen gespannt sein.

HFS



Juristische Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne!

Die Rechtsabteilung des BDI berät die Mitglieder des BDI kostenfrei bei allen berufsbezogenen rechtlichen Angelegenheiten.

Sie erreichen Frau Christina Zastrow von Montag bis Freitag ab 8.00 Uhr unter:
Telefon: 0611 – 181 33 17
Fax: 0611 – 181 33 50
E-Mail: CZastrow@bdi.de

BDI-Rechtsabteilung in Wiesbaden neu besetzt

Juristin Christina Zastrow berät den BDI und seine Mitglieder

Für alle berufsbezogenen rechtlichen Angelegenheiten steht für die BDI-Mitglieder seit 1. Juni 2010 Christina Zastrow bereit. Die 31-jährige Volljuristin stammt aus Admannshagen bei Rostock. Nach ihrem Studium an der Universität Rostock absolvierte sie ihr Referendariat in Rostock, Schwerin und Speyer. Ihren Berufseinstieg wählte die passionierte Schwimmerin und Kinogängerin bei der Kassenzärztlichen Vereinigung Hessen, wo sie bis zu ihrem Wechsel zum BDI beschäftigt war.



Christina Zastrow

Parallel zu ihrer Tätigkeit in der Widerspruchsabteilung der KV eignete sich Frau Zastrow während eines Fachanwaltskurses spezielle Kenntnisse im Medizinrecht an. Ihr dort erworbenes Wissen in Bereichen wie Berufsrecht, Krankenhausrecht und Vergütung ärztlicher Leistungen kann sie seit Juni in die Rechtsabteilung des BDI am Standort Wiesbaden einbringen. „Mir ist es ein Anliegen, den Ärzten bei berufsbezogenen juristischen Fragen schnell und umfassend zu helfen“, so Christina Zastrow. Ihre Aufgaben umfassen die telefonische und schriftliche Beratung der Verbandsmitglieder, unter anderem bei Fragen zu Weiterbildungsrecht, Haftung, Ausübung der Heilkunde, Kassenarztrecht, Arbeitsrecht, Chefarztverträge und Anstellungsverträge der nachgeordneten Klinikärzte

sowie Praxisverträge und Kooperationen. Dabei übt sie eine rein beratende Tätigkeit aus, sie ist keine juristische Vertretung.

Für die Möglichkeit einer persönlichen Beratung steht Christina Zastrow den BDI-Mitgliedern auch während des 3. Deutschen Internistentages vom 9.–11. September 2010 in Berlin gerne zur Verfügung.

Täglich ist sie in der Zeit von 9:00 – 17:00 Uhr telefonisch, per Fax oder E-Mail zu erreichen in der

Rechtsabteilung des BDI,
Tel.: 0611/181 33 17
Fax: 0611/181 33 50
E-Mail: czastrow@bdi.de

BDI-Landesverband Bremen

Neuer Vorstand einstimmig gewählt

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bremen im BDI e. V. hat am 17. Mai 2010 den Vorstand neu gewählt. Es stellte sich ein Team aus sechs Ärzten zur Wahl, das einstimmig gewählt wurde.

Die Klinikärzte werden durch den neuen Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. med. Martin Katschinski, Medizinische Klinik I im DIAKO, sowie Dr. med. Thomas Hilmer, Klinikum Bremen-Ost, vertreten. Als Vertreter der hausärztlichen Internisten wurden Georg Kückelmann, niedergelassen in Hemelingen, und Dr. med. Berndt Ronski, niedergelassen im Bremer Westen und Vorstandsmitglied des Ärztenetzes West, gewählt. Die Vertreter der niedergelassenen fachärztlichen Internisten sind Dr. med. Erik Meyer, Kardiologe aus Bremen-Nord und im Vorstand des Berufsverbandes Niedergelassener Kardiologen, sowie Dr. med. Iris van de Loo, Juniorpartnerin von Dr. Klaus Ventzke in der Praxis für Innere Medizin und Endokrinologie.

Mit diesem neuen Team sind die unterschiedlichen Arztgruppen im



Prof. Dr. med. Martin Katschinski

BDI und auch die verschiedenen Regionen der Stadt Bremen gut abgebildet. Erstmals ist auch eine junge Ärztin im Vorstand vertreten.

Einladung

Hiermit lädt der Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V. seine Mitglieder zur **Außerordentlichen Mitgliederversammlung**

am **Samstag, 11. September 2010, 11.00 Uhr,**
Langenbeck-Virchow-Haus, Hörsaal,
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin,

herzlich ein.

Tagesordnung:

1. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
2. Beschlussfassung über die Einführung einer Delegiertenversammlung an Stelle des bisherigen erweiterten Vorstands und die entsprechenden Satzungsänderungen:
 - a) § 12 Ziff. 1 Buchst. d) wird in „die Delegiertenversammlung“ geändert.
 - b) § 13 Ziff. 2 Buchst. a) wird ersatzlos gestrichen. Die nachfolgende Aufzählung wird neu durchnummeriert.
 - c) § 13 Ziff. 9 und 10 werden ersatzlos gestrichen. Die Regelungen finden sich nunmehr in der Wahlordnung. Die nachfolgenden Ziffern werden neu durchnummeriert.
 - d) § 14 Ziff. 1 Satz 1 und 2 erhalten folgenden Wortlaut: Der Vorstand besteht aus bis zu 14 Mitgliedern. 10 Mitglieder werden für jeweils 4 Jahre von der Delegiertenversammlung gewählt.
 - e) In § 14 Ziff. 8 werden die Wörter „des erweiterten Vorstands“ durch „der Delegiertenversammlung“ und „Sitzung“ durch „Delegiertenversammlung“ ersetzt.
 - f) In § 14 Ziff. 11 wird nunmehr auf § 13 Nr. 11 verwiesen.
 - g) § 16 erhält folgenden neuen Wortlaut:
„§ 16 Die Delegiertenversammlung
 1. Die Delegiertenversammlung ist zuständig für
 - a) die Wahl und Abwahl der Mitglieder des Vorstandes,
 - b) die Beratung von Vorstand und Präsidium,
 - c) das Vertreten der Belange der Landesverbände, Sektionen und Arbeitsgemeinschaften gegenüber Vorstand und Präsidium.
 2. Geborene Mitglieder der Delegiertenversammlung sind die Vorsitzenden der Landesverbände, die Vorsitzenden der Sektionen sowie die Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaften. Zudem entsendet jeder Landesverband je angefangene 500 Mitglieder einen weiteren Delegierten (§ 17 Abs. 9).
 3. Die Delegiertenversammlung wird durch den Präsidenten oder vom Vorstand mindestens einmal im Jahr einberufen. Die Einberufung muss zudem erfolgen, wenn mindestens 50% Delegierte dies schriftlich unter Angabe des Zwecks und der Gründe verlangen.
§ 13 Absatz 5 und Absatz 6 Satz 1-3 gelten entsprechend.
 4. Die Einzelheiten zur Delegiertenversammlung und zu den Vorstandswahlen regelt eine Wahlordnung, die von der Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit beschlossen wird.“
 - h) § 17 Ziff. 4 wird gestrichen. Die nachfolgenden Ziffern werden neu durchnummeriert.
 - i) Es wird folgende § 17 Ziff. 9 eingefügt:
„9. Jeder Landesverband hat alle vier Jahre seine Delegierten für die Delegiertenversammlung (§ 16) zu wählen. Je angefangene 500 Mitglieder eines Landesverbands wird ein Delegierter gewählt. Sofern möglich, sollte unter den Delegierten ein ausgewogenes Verhältnis von Delegierten aus dem stationären wie ambulanten Versorgungsbereich bestehen. Wer bereits als Vorsitzender eines Landesverbands, Vorsitzender einer Sektion oder Vorsitzender einer Arbeitsgemeinschaft geborenes Mitglied der Delegiertenversammlung ist, kann nicht zusätzlich gewählter Delegierter sein. Der Landesverband hat für einen solchen Fall einen Ersatzdelegierten zu wählen.“
 - j) § 20 wird ersatzlos gestrichen. Die nachfolgenden §§ werden neu nummeriert.
3. Beschlussfassung über eine Wahlordnung.
4. Verschiedenes

In der Mitgliederversammlung wird eine Gegenüberstellung der bisherigen Satzungsbestimmungen und der vorgeschlagenen Änderungen ausliegen. Ausliegen wird ferner die unter TOP 3 zu beschließende Wahlordnung. Die Gegenüberstellung und die Wahlordnung liegen zudem ab dem 1. August 2010 in der Geschäftsstelle des BDI zur Einsichtnahme durch die Mitglieder aus.

Wiesbaden, den 28. Juni 2010

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Hausärzte bekommen Beistand von der CSU
(Fortsetzung von Seite 1)

Seehofer und Söder besänftigen Hoppenthaller

Auf dem 18. Bayerischen Hausärztertag am 17. Juli im niederbayerischen Bad Gögging beteuerte der bayerische Gesundheitsminister Dr. Markus Söder noch einmal ausdrücklich den Standpunkt der bayerischen Staatsregierung: „Für mich und die ganze CSU steht fest: Der § 73b muss bleiben.“ Dass dieser Satz so im Koalitionsvertrag stehe, sei in erster Linie dem bayerischen Ministerpräsidenten und ihm zu verdanken. Es gehe dabei nicht um Lobbyismus für einen Berufsverband, erklärte er, sondern um die Interessen der Patienten. Diese wünschten sich eine Vertrauensperson, und das sei der Arzt vor Ort, der Hausarzt. Söder: „Ich halte wenig davon, eine Landarztquote einzuführen und gleichzeitig die hausärztlichen Strukturen zu zerstören.“

● **Hoppenthaller: „Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung tot“**
Der für Hoppenthaller entscheidende Passus im von allen Vorsitzenden der Koalitionsparteien unterschriebenen Eckpunkte-Papier lautet: „Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind.“ Hoppenthaller sagte vor der Presse in Bad Gögging, er komme sich vor wie ein Spielball der Politik. Mal werde der § 73b im SGB V bestätigt, mal werde versucht, ihn wieder zu beseitigen. Die einzige Strukturkomponente, die er in dem Papier entdecken könne, sei die geplante Zerstörung der hausärztlichen Versorgung – „wahrscheinlich mit dem Ziel, uns

Hausärzte durch die MVZ der Kapitalgesellschaften zu ersetzen“. 500 Millionen Euro will die Bundesregierung dadurch einsparen, dass das Vergütungsniveau bei den Hausarztverträgen auf das im KV-System gültige Honorarniveau gesenkt wird. Hoppenthallers Kommentar: „Mit dieser Festschreibung wären die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung tot.“

● **Was heißt „Vertrauensschutz“?**
Problematisch sieht der bayerische Hausärzte-Funktionär auch die Aussage im Koalitionspapier: „Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind.“ Aus seiner Sicht ergäbe sich daraus eine enorme Wettbewerbsverzerrung zwischen den Kassen. Diejenigen, die sich an das geltende Recht gehalten und Verträge abgeschlossen haben, hätten eine höhere Belastung als die Kassen, die als Körperschaften des öffentlichen Rechts geltende Gesetze einfach negiert haben. Er gehe davon aus, dass die AOK diesen Vertrag dann sabotieren werde, um



Der bayerische Gesundheitsminister Söder (Mitte) verspricht beim Bayerischen Hausärztertag am 17. Juli, dass es weiterhin § 73b-Verträge geben werde.

im Konkurrenzkampf zu überleben. Begonnen hat sie offenbar schon damit durch die Patienten-Ausschreibung: Wer von den AOK-Versicherten Schulden von 10 Euro gegenüber der Kasse hat, soll sofort aus dem Vertrag ausgeschrieben werden können. Hoppenthaller befürchtet, dass dann auf einen Schlag mindestens 30% der Versicherten ausgeschrieben werden könnten – auch das wäre faktisch das Ende des HzV-Vertrags. Aber selbst wenn das nicht geschähe, würde der Vertrag am 31.12.2011 auslaufen. Was bedeute Vertrauensschutz, wenn die Verträge auslaufen, wollte er von Minister Söder wissen. In Presseverlautbarungen aus dem BMG sei auch zu lesen gewesen, dass Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler die Verpflichtung der Krankenkassen zum Vertragsabschluss wieder aus dem Gesetz streichen wolle. Damit, so Hoppenthaller, habe der Minister die deutsche Hausärzteschaft belogen. Denn er habe in einem persönlichen Gespräch im November 2009 gegenüber Ulrich Weigeldt, Eberhard Mehl und Hoppenthaller versichert, er werde sich an die Koalitionsabsprache halten und den § 73b drei Jahre lang nicht antasten.

● Söder stellt sich an die Seite der Hausärzte

In Bad Gögging stellte sich Minister Söder demonstrativ auf die Seite der protestierenden Hausärzte und interpretierte das Koalitionspapier aus CSU-Sicht: „Der § 73b bleibt nicht nur, sondern ich stelle mir vor, dass es absoluten Bestandsschutz gibt für alle Verträge, wie sie jetzt geschlossen wurden.“ Man könne höchstens darüber diskutieren, was im Jahr 2012 sein werde, denn die Zahlen für das Jahr kenne man noch nicht. Doch wenn die Verträge auslaufen, dürfe es kein Minus für die Hausärzte geben, die in diesen Verträgen eingeschrieben sind. Er räumt aber auch ein, dass noch nicht alle Gefahren gebannt sind, solange der Gesetzestext noch nicht endgültig vorliegt. „Wir müssen aufpassen wie die Luchse, dass nicht durch irgendeine Formulierung ein Trickser hereinkommt, der unser gemeinsames Anliegen beschädigt.“ Söder kritisierte in Bad Gögging auch ausdrücklich die kassenärztliche Selbstverwaltung, insbesondere die KBV in Berlin. „Ich glaube fest daran, dass die Selbstverwaltung eine Frischzellenkur braucht.“ Es sei

unglaublich, was da alles von der KBV aus Berlin komme: erst die RLV im Jahr 2009, und nun aus dem Nichts heraus eine völlig neue Struktur mit RLV und QZV. „Wie soll ein normaler Arzt damit fertig werden?“, rief er unter lautem Beifall der Zuhörer.

● Protestveranstaltung für September geplant

Besonders erfreut darüber, dass Bayern sich aktiv in die Bundespolitik einmischen will, zeigte sich Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Hausärzteverbands und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft (HÄVG). „Wir brauchen die bayerische Staatsregierung, damit wir den 73b in ganz Deutschland retten können.“ Der versprochene Bestandsschutz dürfe nicht nur für die abgeschlossenen Verträge gelten, sondern für den 73b insgesamt. Mehl rechnet mit einem heißen Herbst. Deswegen habe der DHÄV Kampfmaßnahmen beschlossen.

Der Bayerische Hausärzteverband hat seine Kampfmaßnahmen zunächst einmal zurückgenommen und will abwarten, ob Seehofer und Söder Wort halten. Sollte sich jedoch bis zur Behandlung des Gesetzes im Kabinett einiges zuungunsten der Hausärzte verändern, will auch Hoppenthaller nicht länger ruhig zuschauen. Er hat vorsorglich bereits für einen Termin im September die Arena in Nürnberg reserviert. Alle Teilnehmer bekommen schon im Voraus ein Formular zur Erklärung des Ausstiegs aus der KV zugesandt, das sie dort in Nürnberg abgeben sollen. Um diesmal mehr Erfolg als beim ersten Ausstiegsversuch zu erzielen – damals wurde das Quorum von 75% der Hausärzte nicht erreicht –, hat der Verband das Quorum geändert: Von den 7500 hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen in Bayern werden die rund 1500 abgezogen, die in den Ballungszentren München und Nürnberg tätig sind und sich einen Ausstieg kaum leisten können. Wenn von den restlichen 6000 Hausärzten 70% zum Ausstieg bereit sind, dann wird es ernst. Dass es auch ohne KV geht, habe der Hausärzteverband in Bayern schon bewiesen, erklärte Hauptgeschäftsführer Mehl: „Uns ist es gelungen, 2,5 Millionen Versicherte in ein System zu führen, das weniger Bürokratie, mehr Honorar und eine bessere Versorgung bietet.“

Kommentar (Fortsetzung von Seite 1)

Das Prinzip Seehofer

Für den Politiker ergibt sich deshalb die klare Konsequenz: Man ist nur erfolgreich, wenn man sowohl die Beitragsstabilität als auch einen umfassenden, das heißt offenen Leistungskatalog verspricht. Wie lässt sich diese Wunschvorstellung am besten in ein ordnungspolitisches Prinzip umsetzen? Hier hat Horst Seehofer den zündenden Einfall gehabt, indem er die Kopfpauschale eingeführt hat. Zu einem festen Stichtag im Jahr 1991 wurden die Ausgaben der einzelnen Krankenkassen in jeder Länder-KV ermittelt und durch die Zahl der beitragspflichtigen Mitglieder geteilt. So wurde für jede Krankenkasse eine eigenständige Kopfpauschale definiert. Die Ergebnisse kamen weitgehend aus dem Zufallsgenerator und hatten mit Morbidität und Zusammensetzung der Versicherten wenig zu tun.

Die Gesamtausgaben der Krankenkassen wurden von Amts wegen festgeschrieben und durften sich nur nach der Grundlohnsumme entwickeln. Die einkommensorientierte Ausgabenpolitik war erfunden.

Am besten funktioniert dieses System ambulant, da man die Geldverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen konnte, die den Sicherstellungsauftrag gesetzlich übernommen hatte. Die Kassen zahlten die Kopfpauschale zu ihrer Entlastung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die hatte das Geld auf die einzelnen Ärzte zu verteilen, die wiederum alles notwendige – dies wurde immer mehr – zu erbringen hatten.

Die Politik konnte somit dem Bürger versprechen, dass er alles medizinisch notwendige erhält, dabei aber die Beiträge im Griff bleiben.

Alle Regierungen, gleich welcher Couleur, haben an diesen Prinzip logischerweise festgehalten, war es doch für die Politik die genialste Lösung. Doch so lupenrein konnte man die Vorgabe auf die Dauer nicht umsetzen.

► Bei punktuellen Versorgungsengpässen mussten extrabudgetäre Vergütungen bezahlt werden, damit die Leistungen auch in einer ausreichenden Anzahl erbracht wurden. Typisches Beispiel ist das ambulante Operieren. Insbesondere an der Grenze ambulant/stationär kam es zu extrabudgetärer Finanzierung, die zusätzliche Kosten verursachte.

► Der Wettbewerb der Kassen ging nicht nur über den Beitragsatz, sondern auch über Leistungsangebote, die man sich zusätzlich etwas kosten ließ.

► Die Krankenkassenlandschaft veränderte sich zunächst nur wenig. Es gab aber auf die Dauer immer mehr Neugründungen und Fusionen, vor allem nach der Wiedervereinigung. Hier lagen keine kalkulierten Kopfpauschalen vor. Sie mussten mit einem entsprechenden Finanzierungsrisiko festgesetzt werden.

► Die Morbidität, sprich die Zusammensetzung der Versicherten bei den einzelnen Kassen, veränderte sich zunehmend. Auch dies löste Verwerfungen aus.

Je länger das System unkorrigiert bestehen blieb, umso mehr Risse traten auf.

Dennoch hielt, verständlicherweise, die Politik über Jahrzehnte an diesem für sie so bequemen Prinzip fest.

Erst unter Ulla Schmidt hat man einen Paradigmenwandel vollzogen. Die Kopfpauschale war tatsächlich nicht mehr zu halten, man plante, bei der Vergütung den Morbiditätsbezug zur Grundlage zu machen. Vorreiter wurden die Krankenhäuser. Bei ihnen wurden die DRG eingeführt. Die Vertragsärzte sind jetzt mitten in dieser Umstellung. Die Einführung der Kodierrichtlinien zum 01.01.2011 ist ein wesentlicher Schritt in diese Richtung, vom Budget wegzukommen und die Krankenkassenausgaben über eine gemessene Morbidität zu begründen. Die Politik ist dennoch vorsichtig genug, zurzeit die Budgetierung als Ausgabenobergrenze nicht aufzugeben, fürchtet sie doch, dass die Morbidität zu einer Kostenausweitung und zum Zusammenbruch der seitherigen einkommensorientierten Ausgaben führen kann.

Der Gesundheitsfonds ist ein wesentlicher, vielleicht der letzte Ansatz, diese Politik zu retten. Typisch ist, dass Seehofer diese Regelung mit Ulla Schmidt ausgehandelt hat, um das von ihm eingeführte Prinzip zu erhalten. Er hat konsequent auch die FDP-Vorstellungen einer Prämienfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, auch in seiner Funktion als CSU-Vorsitzender und bayrischer Ministerpräsident, zu Fall gebracht. Man darf gespannt sein, wie lange Politiker wie Seehofer es noch schaffen, einkommensorientierte Ausgaben mit einem offenen Leistungskatalog zu verknüpfen. Es wird zumindest so lange gut gehen, wie die Leistungserbringer, hauptsächlich Ärzte und Krankenhäuser, bereit sind, das Morbiditätsrisiko zu tragen.

Hans-Friedrich Spies

RLV vs. QZV

Wo bleibt die Transparenz?

Die letzte Abrechnungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung im ambulanten Bereich hat sich als Hauptziel die Transparenz gesetzt. Die Praxen sollten wieder in Euro und Cent abrechnen und nicht in Punktwerten. Damit könnte man aktuelle Abrechnungen mit den korrespondierenden Vorquartalen sicher vergleichen. Über den Weg Regelleistungsvolumen (RLV) wäre es auch möglich gewesen, die Vorgaben aus den Länder-KVen zu überprüfen.

Ab dem dritten Quartal 2010 sind die Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) eingeführt worden. Die Regelleistungsvolumen wurden durch die QZV abgespeckt. Im Rahmen der bestehenden Budgetierung bilden sie aber kommunizierende Röhren. Je mehr Leistungen in den QZV enthalten sind, umso geringer wird das Regelleistungsvolumen und umgekehrt. Die Entscheidung über die Aufteilung RLV und QZV trifft die regionale Kassenärztliche Vereinigung. Während die Regelleistungsvolumen weiter in Euro und Cent definiert werden, gibt es bei

den QZV wieder Punktwerte, die vom Leistungsvolumen und dem zur Verfügung stehenden Geld abhängen.

Die Punktwertwährung aus der Vergangenheit lässt grüßen.

• Was ist von den Zielen der letzten EBM-Reform übrig?

Die jetzt zur Verfügung gestellten Informationen über die RLV der Kassenärztlichen Vereinigungen im 3. Quartal sind entsprechend unvollständig. Die meisten KVen haben ihre Daten bezüglich der Regelleistungsvolumen noch nicht abgeliefert.

Für die Vergleichbarkeit der Abrechnung mit den korrespondierenden

Vorquartalen sind diese Werte aber inzwischen völlig unwichtig. Das Regelleistungsvolumen im dritten Quartal 2010 ist nicht mehr vergleichbar mit dem im dritten Quartal 2009. Durch die Einführung der QZV werden hier Äpfel mit Birnen verglichen.

Worauf müssen die Vertragsärzte achten, wenn sie ihre Honorarentwicklung in Zukunft beurteilen wollen? Die Länder-KVen müssen für die einzelnen Fachgruppen und die einzelne Praxis die Gesamtabrechnung für das QZV und das RLV ablie-

fern und mit der Vergangenheit vergleichen. Das RLV allein reicht nicht mehr aus. Außerdem ist es der Vertragsärzteschaft nicht mehr möglich, die Abrechnungsvorgaben zwischen den einzelnen Länder-KVen zu überprüfen.

Bundesweit ist die Transparenz damit endgültig dahin. Man stellt sich berechtigt die Frage, was von den Zielen der letzten EBM-Reform noch übrig geblieben ist.

HFS

▶▶▶ Kommentar

Solidarbeitrag der Privatversicherten

Im Rahmen der Einspardebatte der gesetzlichen Krankenversicherung ist von Seiten der SPD der Vorschlag gemacht worden, dass ein Solidarbeitrag von gut verdienenden Privatversicherten für die GKV eingefordert werden sollte. Detaillierte Vorschriften, wie man eine solche Sozialhilfe für die GKV definiert und eintreiben will, vermeidet man geflissentlich. Der SPD ist offensichtlich entgangen, dass Privatversicherte, auch wenn sie nicht gut verdienen, bereits jetzt einen Solidarbeitrag für die gesetzliche Krankenversicherung abliefern. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass in Deutschland zahlreiche Praxen nicht mehr vom Honorar der gesetzlichen Krankenversicherung leben können und ohne die Einnahmen der Privatversicherten Insolvenz anmelden müssten. Insbesondere in großen Facharztpraxen ist ohne das Privathonorar eine Kostendeckung nicht mehr möglich. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Privathonorare dazu benutzt werden müssen, die Finanzierung der Praxen aufrecht zu erhalten. Eine Quersubventionierung der GKV durch Privatversicherte findet somit bereits jetzt durch die Hintertür statt.

Übersehen hat die SPD außerdem, dass die gut verdienenden Privatversicherten durch ihren höheren Steuersatz auch einen höheren Anteil zur Subventionierung der gesetzlichen Krankenversicherung über Steuermittel beitragen. Bei genauer Betrachtung werden sie schon jetzt zweimal zur Stützung der GKV zur Kasse gebeten. Diese Tatsache sollte die SPD bei ihren Überlegungen geflissentlich zur Kenntnis nehmen.

HFS

Anzeige 224 x 297

Gesundheitspolitik

Sparen mit und ohne Folgen

Sparen und nochmals Sparen heißt die Devise der neuen Bundesregierung, damit die selbstverordneten Vorgaben für die mittelfristige Haushaltssanierung auch eingehalten werden. In einer Kabinettsklausur hat man entsprechende Kürzungen für die Teilhaushalte beschlossen. Die Ressortminister müssen mit weniger Geld auskommen.

Mit der Definition des Kürzungsvolumens beginnt aber erst die Diskussion. Man muss im Ministerium festlegen, wo man das Geld spart, welche Bereiche betroffen sind und welche Leistungen gekürzt werden. Hinter jeden eingesparten Euro steht eine Leistung, von der man eventuell Abschied nehmen muss. Im Klartext: Kürzung von Finanzmitteln ist auch Kürzung von Leistung.

Ein typisches Beispiel, wie man mit diesem Thema umgeht, lässt sich am Verteidigungsministerium und seinem so beliebten Chef von Guttenberg festmachen. Klar: Guttenberg hat logisch und schnell reagiert. Mit weniger Geld gibt es weniger Standorte, weniger Teilzeitsoldaten. Ja, man muss sogar eine Grundsatzfrage stellen: Kann man die Wehrpflicht unter den neuen Bedingungen noch erhalten?

So konsequent die Überlegungen sind, so aufgeregt reagiert die betroffene Öffentlichkeit – nach dem Motto: Geld gibt es weniger, alle sind für das Sparen, aber inhaltlich darf sich nichts ändern. Von Guttenberg hat die Einsparung zum Anlass

genommen, um eine Grundsatzdiskussion über die zukünftige Struktur einzuleiten. Nach der ersten Aufregung wird die Öffentlichkeit die Leistungseinschränkung auf diesem Sektor mit inhaltlicher Neuorientierung aber akzeptieren müssen. Die ersten Berechnungen des Verteidigungsmini-



Foto: iStock

nisteriums laufen bereits. Was bleibt bei den vorhandenen Mitteln von der Bundeswehr noch übrig? So ist eine Reduktion der Sollstärke von 250.000 auf 150.000 Mann angedacht. Ähnliches erlebt man im Sozialministerium mit dessen Chefin von der Leyen. Die angedachte Rentenkürzung hat sie, so wird berichtet, schon im Keim erstickt – mit diesem Makel

wäre ihre politische Karriere wohl auch schnell zu Ende gewesen. Die Rentner sind der wesentliche Teil des Volkes, mit dem man Wahlen gewinnt oder verliert. Also ist der Zuschuss zur Rentenversicherung durch den Bundeshaushalt tabu. Da kürzt es sich beim Elterngeld für Hartz IV-Empfänger schon leichter. Auch die Effektivität mancher Weiterbildungsmaßnahmen bei Arbeitslosen ist ein besserer Einstieg, um Geld zu sparen. Auch und gerade für den Haushalt des Sozialministeriums gilt der Satz: Geld sparen bedeutet Leistungskürzung.

● **Sparen ohne den Gürtel enger zu schnallen?**

In Deutschland scheint es bei der Gesundheitspolitik aber anders auszusehen. Hier gibt es schon seit Jahrzehnten einen ganz anderen Grundsatz. Der Leistungsanspruch ist gesetzlich definiert und wird – ähnlich wie bei der Rentenversicherung – allenfalls erweitert und unter keinen Umständen gekürzt, zumindest was die politische Vorgabe betrifft. Effektiv wird die Finanzierung der gesetz-

lichen Krankenversicherung verknüpft, da der Steuerzuschuss zur Krankenversicherung nach den Eckpunkten zur Disposition steht und die Beitragserhöhung nur die fehlenden Steuermittel ausgleichen kann. Zusatzbeiträge werden zwar erhöht, dies wird aber zum Ausgleich des in zwei bis drei Jahren erneut zu erwartenden Defizits dringend notwendig sein. Die Finanzmittel für das System werden eher gekürzt und die Steigerung der Morbidität durch die demografische Entwicklung der Bevölkerung wird bei all diesen Überlegungen finanziell nicht berücksichtigt. Es fehlt jetzt das nötige Geld für den angemessenen Steuerzuschuss zur Krankenversicherung, und am Beitragssystem wird nach Möglichkeit nicht gerührt. Zusatzbeiträge sind sozialverträglich limitiert. Wie gehabt: Die sogenannten Leistungserbringer sollen mit weniger auskommen – wohlgemerkt, ohne dass der Leistungskatalog angepasst wird, wie z. B. im Verteidigungs- oder Sozialministerium. Im Gesundheitswesen kann man sparen, ohne dass sich an der Leistung etwas ändert. Auf die sattsam bekannte heimliche Rationierung wird weiter draufgesetzt werden, auch wenn die Bundesregierung jetzt versucht, eine vorsichtige Beitragserhöhung bei der Krankenversicherung durchzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass die Sprechstundenzeiten in den Praxen weiter gekürzt werden und dass sich die Wartezeiten bei einem Arztter-

min verlängern. Im Krankenhaus ist mit Verschiebungen von elektiven Operationen in das nächste Abrechnungsjahr zu rechnen, Kürzungen in der Notdienstversorgung stehen mit Sicherheit wieder auf der Tagesordnung. Dafür kann die Politik „natürlich“ gar nichts – Schuld für die spürbare Minderung der Versorgungsqualität hat nur der Arzt oder das Krankenhaus.

● **Hände und Füße sind gebunden**

Die Argumente sind bekannt und werden wiederholt, oft mit dem Hinweis auf Rationalisierungsréserven im Gesundheitswesen. Geflissentlich wird dabei übersehen, dass nur rationalisiert werden kann, wenn die Vorgaben des Systems flexibel sind. Das Gegenteil ist aber der Fall: Per Gesetz, Verordnung und höchstrichterlicher Urteile ist das System so verbacken, dass strukturelle Verbesserungen kaum umgesetzt werden können – siehe als Beispiel die Zulassungsordnung und die Krankenhausplanung sowie die Vorgaben für die Grenze ambulant/stationär. Durch Überregulierung sind den Beteiligten im Gesundheitswesen die Hände und die Füße gleichzeitig gebunden – dies trifft inzwischen übrigens auch auf die Kostenträger, die Krankenkassen, zu. Damit lässt sich kein Dauerlauf gewinnen.

Es wird Zeit: Die Politik muss Geld und Leistung in der GKV wieder aufeinander abstimmen, sonst fährt das System an die Wand.

HFS

Die ambulanten Kodierrichtlinien

Ein Menetekel an der Wand

Am 01.01.2011 ist es soweit: Dann gelten die ambulanten Kodierrichtlinien für alle Praxen in Deutschland. Es wird befürchtet, dass sich der Aufwand für die Quartalsabrechnungen in den Praxen und in den Kassenärztlichen Vereinigungen vervielfacht. Die Testphase beginnt am 01.07.2010 in ausgewählten Praxen in Bayern.

Betrachtet man den zur Umsetzung gelieferten Papierstoß, werden schlimmste Befürchtungen wahr. Ist so etwas in der Praxis wirklich umsetzbar? Welche Folgen werden diese Daten bei der Kontrolle der Abrechnung auslösen? Die Folgen bis hin zur staatsanwaltschaftlichen Ermittlung werden zurzeit bei der Diskussion über die Krankenhausabrechnung sichtbar. In den Kliniken kämpft man schon seit Jahren mit ähnlichen Kodiervorschriften. Kein Wunder, dass der Hausärzterverband seine Mitglieder auffordern will, die Umsetzung zu verweigern. Auch der BDI lehnt die Vorschriften ab. Vor einer Bewertung sollte man sich aber mit dem Inhalt näher auseinandersetzen und die Erfahrungen aus Bayern abwarten. Die endgültigen Ergebnisse dieser Testphase sind aber frühestens vor Weihnachten zu erwarten – dann kann aber schon zu spät sein.

● **Die KV erhofft sich hohe Morbidität**

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsens hat das Projekt ambulante

Kodierrichtlinien (Kodier-RL) didaktisch aufgearbeitet. Danach findet man die gesetzliche Vorgabe nach § 295 Abs. 2 SGB V; die darüber definierten Richtlinien sind Pflicht. Empfohlen werden die zusätzlichen Kodierhilfen nach dem Motto: Die Kodierhilfe führt vom Befund zur Diagnose, die Kodierrichtlinien von dort zum ICD-Code. Warum machen die Vorgaben für den Vertragsarzt Sinn? Die KVen erhalten in Zukunft eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Über die Kodierung wird die Morbidität gemessen und bestimmt. Erhöht sich diese, erhalten die KVen angeblich mehr Geld, vermindert sie sich, wird weniger ausgezahlt. Die KV hofft auf eine hohe Morbidität, die ihr mehr Geld in die Kassen spült. Es ist aber offen, ob diese Rechnung auch aufgeht, nicht nur für die KV insgesamt, auch für die einzelnen Fachgruppen.

Der Grouper wird mit den Daten der Patienten zu Alter, Geschlecht und ICD gefüttert; jeder Versicherte wird danach individuell bewertet. Wie unterschiedlich diese Bewertung aus-

fallen kann, zeigt ein Beispiel aus der KV Niedersachsen. Dabei fallen für einen Patienten mit einer diabetischen Polyneuropathie bei richtiger Kodierung für die Kassen im Risikostrukturausgleich 4.456,44 Euro an, bei nachlässiger nur 652,28 Euro (siehe Beispiel im Textkasten).

Wohlgemerkt: Das Geld erhält die Krankenkasse über den Risikostrukturausgleich. Je mehr die Kasse einnimmt, umso mehr muss sie auch der KV zur Verfügung stellen. Motto der KV Niedersachsen: Geht es unseren Kassen gut, geht es auch uns (der KV) gut.

● **Manche Kassen hoffen, dass die Patienten nicht so krank sind, wie die KV sie macht**

Zur Klarstellung: Die Kodierrichtlinien sind ein Mittel, um zu einer morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung des ambulanten Sektors zu kommen. Das Budget, die Ausgabenobergrenze oder die Kostendämpfungsinstrumente, wie sie auch heißen, sollen ersetzt werden. Die KV hofft auf mehr Geld, sicher ist das aber nicht! Vor allen muss die gesamte Vertragsärzteschaft angemessen kodieren, sonst geht die Rechnung nicht auf. Auch manche Krankenkassen hoffen, dass die Patienten gar nicht so krank sind, wie die KV vermutet. Man könnte so Geld einsparen. Man sieht, die Steigerung der Vergütung der Ärzte durch den kodierten Morbiditätsbezug ist noch ein ungedeckter

Scheck. Sicher ist nur die Zunahme der bürokratischen Vorgaben. Bei der Abrechnung der Zukunft geht übrigens nichts mehr ohne ein gut funktionierendes EDV-System.

HFS

In der nächsten Ausgabe von BDI aktuell lesen Sie einen Artikel über die Propädeutik der Begrifflichkeiten der Kodierrichtlinien.

Auswirkungen korrekter und unzureichender Kodierung an einem Beispiel

Ein Patient mit diabetischer Polyneuropathie wird neurologisch behandelt. Behandlungsdiagnosen:

- E10.40 † G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
- G63.2* G Diabetische Polyneuropathie

Korrekte Kodierung:

- E10.40 † G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes], mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet = HMG17 Diabetes mit anderen Komplikationen 1463,64 €/Jahr
Plus HMG20 Diabetes Typ 1 2154,84 €/Jahr
- G63.2* G Diabetische Polyneuropathie = HMG71 Polyneuropathie 632,28€/Jahr

Jahreszuschlag bei sachgerechter Kodierung: 4.456,44 €

Unzureichende Kodierung:

Der Patient mit diabetischer Polyneuropathie bei Typ-1-Diabetes wird neurologisch behandelt, aber „ohne Liebe“ kodiert:

Falsche Behandlungsdiagnosen:

- E14.90 G nicht näher bezeichneter Diabetes mell. ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet = HMG19 Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen 632,28 €

Jahreszuschlag bei unzureichender Kodierung: 632,28 €

Manipulation von Befunden

Die Saubermänner

Man hat den Eindruck, dass die Zahl der Betrügereien im Gesundheitswesen zunimmt, je mehr morbiditätsabhängige Daten zur Abrechnung benutzt werden sollen. Im Prinzip nicht erstaunlich, ist doch die Dokumentation medizinischer Daten besonders schwer kontrollierbar. Man hat den Eindruck, dass es bei der morbiditätsbezogenen Abrechnung nach dem Skatmotto geht: Wer schreibt, der bleibt.

Die Krankenkassen haben bei den Krankenhausabrechnungen in den letzten Wochen Betrügereien vermutet und vermehrt Einzelfallkontrollen durch den Medizinischen Dienst durchführen lassen. Dabei ging es vor allem darum, festzustellen, ob die kodierten Diagnosen auch alle durch Befunde im Krankenblatt hinterlegt

und begründet sind. Man fragt sich inzwischen, was die Krankenkassen machen, wenn die Befunde selbst manipuliert sind. Bestellt sich etwa dann der Medizinische Dienst die Patienten zur Kontrolle der Daten ein? Übrigens: Dasselbe Szenario erwartet die Vertragsärzte, wenn die ab

01.01.2011 die geforderte Morbiditätsdokumentation mit Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich umsetzen müssen. Die Vertragsärzte sollten sich mal vertraulich bei den Nachbarkrankenhäusern erkundigen, was so auf sie zukommt. Die Krankenkassen fühlen sich als Überkontrolleur und spielen die Saubermänner im Gesundheitswesen. Von ihrem hohen Ross herab drohen sie einzelnen Krankenhäusern schon mit dem Staatsanwalt, z. B. wenn diese sich Zuweiser verschaffen wollen, indem sie eine Art Kopfgeld bezahlen.

● **Wie macht man Kranke kränker?**

Jetzt hat es aber wohl auch eine Krankenkasse erwischt. Der Spiegel hat über die von der Insolvenz bedrohte City BKK berichtet. Der ist das Geld ausgegangen. Die Einnah-

men des Gesundheitsfonds haben nicht gereicht. Einfache Frage: Wie kann ich zu mehr Finanzmitteln aus dem Fonds kommen? Einfache Antwort: Die Versicherten müssen kränker werden. Dann kann man den Morbiditätsindex bemühen. Deshalb müssen die Krankenhausdiagnosen geklittert werden. Das geht aber nur mit Hilfe der Krankenhäuser selbst, wo die Patienten behandelt wurden. Also wird man diese, vor allem die Häuser vor Ort, bitten, nochmals ihre Dokumentation bei City BKK Patienten zu überprüfen. Natürlich muss sich dann herausstellen, dass der typische City-BKK-Versicherte mehr gewichtige Diagnosen zu bieten hat, als seither vermutet. Klingt abenteuerlich, scheint aber Realität zu sein.

So soll die pleiteverdächtige BKK über 500.000 Euro an eine Beratungsfirma bezahlt haben, um die Daten nachträglich zu ergänzen. So viel Geld schien noch in der Kasse zu sein. Man hat sich dann mit zwei ortsansässigen Kliniken auf eine nachträgliche Erweiterung der Diagnosen verständigt, sicherheitshalber sollen auch noch 30 Euro pro verbesserte Akte gezahlt worden sein. Angeblich sind 1,3 Millionen Euro zusätzlich für die Kasse generiert worden, schreibt der Spiegel. Man sieht: Wenn es ums Geld geht, sind auch Krankenkassen anfällig. Der Ruf des Saubermannes ist dahin. Wenn die Krankenkassen in Zukunft die Krankenhäuser der Manipulation verdächtigen, kann es schon sein, dass ein Esel den anderen Langohr nennt.

HFS

Wahltermine der KV 2010

Fristen, Listen und Termine

Zwischen Juni und November werden die neuen KV-Vertreter gewählt. Die Vertreterversammlung der KV dürfte bis zum Januar 2011 feststehen. Somit dürften dann auch die neuen Vorstände der Länder-KVen bekannt sein. Die Wahltermine mit den entsprechenden Fristen für das Einreichen von Wahlvorschlägen und den Wahlfristen selbst sowie der konstituierenden Sitzung der neu gewählten Vertreterversammlungen können Sie der Tabelle entnehmen.

Der Vorstand des BDI hat keine einheitliche Vorgabe für die Beteiligung der Internisten an den KV Wahlen beschlossen. Die Entscheidung soll regional je nach Situation in der Länder-KV entschieden werden. Diese Entscheidung wird unter anderem damit begründet, dass eine strikte Trennung hausärztlich und fachärztlich in Organisation und Finanzierung in den KVen vorliegt und der BDI in

beiden Versorgungsebenen präsent ist. Die damit von vornherein unterschiedlichen Interessenslagen machen eine gemeinsame Liste erfahrungsgemäß schwierig. Der BDI fordert seine Mitglieder auf, bei der Wahl Mitglieder des Berufsverbandes zu unterstützen, wenn sie in einem Wahlvorschlag vertreten sind.

HFS

| Kassenärztliche Vereinigung (Anzahl gewählter Vertreter) | Einsichtnahme in Wählerlisten | Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen | Wahlfrist | Ende Wahlfrist | konstituierende Sitzung |
|--|-------------------------------|--|------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Baden-Württemberg (50) | 14.04. – 27.04. | 17.05. – 31.05. | 06.07. – 26.07. | 18:00 | noch kein Termin definiert |
| Bayern (50) | k. A. ¹ | 23.08. – 27.09. | 16.11. – 24.11. | 13:00 | Anfang 2011 ⁴ |
| Berlin (40) | 31.05. – 13.06. | 02.08. – 16.08. | 08.11. – 22.11. | 24:00 | noch kein Termin definiert |
| Brandenburg (30) | 01.06. – 15.06. | 23.08. – 03.09. | 04.10. – 12.10. | 15:00 | 19.11.2010 |
| Bremen (20) | 20.09. – 26.09. | 16.09. – 30.09. | 27.10. – 03.11. | 18:00 | Januar 2011 ⁴ |
| Hamburg (30) | 22.03. – 29.03. | 22.02. – 07.04. Frist für Wahl der Obmänner bis 28.5. verlängert | 25.06. – 06.07. | 16:00 | Januar 2011 ⁴ |
| Hessen (50) | 12.08. – 19.08. | bis 20.08. | 01.10. – 29.10. | 29.10. ⁷ | bis spätestens 13.01.2011 |
| Mecklenburg-Vorpommern (25) | 08.04. – 16.04. | 05.05. – 21.05. | 23.06. – 30.06. | 15:00 | 25.09.2010 |
| Niedersachsen (50) | 01.06. – 07.06. | 15.05. – 26.08. | 16.09. – 27.09. | 15:00 | Januar 2011 ⁴ |
| Nordrhein (50) | 12.04. – 23.04. | 04.06. – 21.06. | bis 08.09. ² | 24:00 | 04.12.2010 |
| Rheinland-Pfalz (40) | 25.08. – 01.09. | spätestens 24.09. – 04.10. | 20.10. – 03.11. ³ | 18:00 | 04.12.2010 ⁵ |
| Saarland (30) | 01.03. – 15.03. | 12.04. – 03.05. | 08.06. – 28.06. | 18:00 | 08.09.2010 |
| Sachsen (40) | 14.04. – 27.04. | 09.04. – 10.05. | 11.06. – 25.06. | 18:00 | noch kein Termin definiert |
| Sachsen-Anhalt (30) | 19.04. – 30.04. | 13.05. – 19.07. | 16.08. – 09.09. | 15:00 | noch kein Termin definiert |
| Schleswig-Holstein (30) | 19.04. – 26.04. | 08.04. – 04.06. | 13.09. – 17.09. | 24:00 | Januar 2011 ⁴ |
| Thüringen (30) | 19.04. – 02.05. | 03.05. – 18.07. | 16.08. – 27.08. | 24:00 | 29.09.2010 |
| Westfalen-Lippe (50) | 05.07. – 19.07. | 02.08. – 16.08. | 17.09. – 01.10. | 15:00 | 30.10.2010 ⁶ |

1) KBV konnte lediglich mitteilen, dass Festsetzung der Wahlliste am 22.10.2010 erfolgt und dann ausgelegt wird. Informationen über die Frist zur Einsichtnahme der Wählerliste war nicht zu bekommen.

2) Wahlkreise wurden zu unterschiedlichen Zeiten angeschrieben. Anschreibetag gilt als Startdatum, daher existiert kein einheitliches Startdatum.

3) Nach Auskunft Hr. Lowey von der KV RLP startet Wahlfrist spätestens 14 Tage vor Ende der Wahlfrist durch Versenden der Aufforderung zur Stimmabgabe, gemäß Wahlordnung.

4) noch kein genauer Termin definiert

5) Termin mitgeteilt von der Pressestelle, ist aber noch nicht offiziell bestätigt.

6) Wahl des Vorstandes erst in zweiter Sitzung am 27.11.2010

7) Uhrzeit laut Pressestelle noch nicht bekannt.

Die Tabelle wurde mit freundlicher Genehmigung aus „ambulant + stationär aktuell“ (Ausgabe 24/10 vom 18. Juni) übernommen.

Gesundheitsfonds

Kasseninsolvenz droht

Bei der Verabschiedung des Gesundheitsfonds gab es bereits die ersten Unkenrufe: In wirtschaftlich schlechten Zeiten sei mit der Insolvenz von Krankenkassen zu rechnen. Die Begrenzung der Zusatzpauschale führe unter Umständen dazu, dass die Zuteilung der Gelder aus dem Fonds für die Krankenkasse zusammen mit den limitierten Einnahmen der Zusatzpauschale nicht ausreichen, die Jahreskosten zu decken. Was dann?

Reichten die Rücklagen einer Krankenkasse bei finanziellen Schwierigkeiten nicht aus, müsste der jeweilige Krankenkassenverband mit 2,5 bis 3 % der Vorzuweisungen einspringen – brüderliche Hilfe wäre angezeigt. Wenn die nicht ausreicht, steht dann die Insolvenz der Krankenkasse vor der Tür? An solch ein Szenario wagte bei der Beschlussfassung über den

Gesundheitsfonds niemand zu denken. In der derzeitigen Wirtschaftslage ist aber auch dies möglich. Die Financial Times sah die erste deutsche Kasse vor der Pleite und machte die DAK aus. Angeblich gab man von Seiten der Schwesternkasse TK zu, dass man über eine solche Insolvenz nachdenke.

Das Dementi der DAK folgte prompt mit dem Hinweis, dass man im ersten Quartal einen Gewinn erwirtschaftet habe. Prof. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK, erläuterte die wirtschaftliche Lage samt Mitgliederentwicklung und beruhigte die Gemüter. Zumindest die Ersatzkassen waren aus den Schlagzeilen. Nicht so die Betriebskrankenkassen: Neben der City BKK (siehe Artikel: „Die Saubermänner“ auf Seite 7) scheint es weitere Kassen zu geben, die ernste Schwierigkeiten haben.

Im Klartext: Die Lage bei den Krankenkassen kann unter den derzeitigen Finanzierungsvorgaben tatsächlich zur Insolvenz führen, wenn weitere wirtschaftliche Schwierigkeiten in Deutschland bestehen. Die Lage wird nur bei einem wirtschaftlichen Auf-

schwung mit Verbesserung der Einnahmen im Gesundheitsfonds aufzufangen sein.

● **Eckpunkte verbessern die finanzielle Situation nicht**

Vielleicht hätte in dieser Situation der Plan von Gesundheitsminister Rösler mit der Kopfpauschale – nach den bisherigen unvollständigen Informationen – zu einer Art Zusatzpauschale werden können. Aber auch dieser Rest von Beitragsreform scheint an der CSU zu scheitern. Die Politik erhöht lieber die Beiträge. Dies hilft nur kurzfristig. An eine umfassende Finanzierungsreform der Krankenkassen ist wieder einmal nicht zu denken.

Die jetzt vorliegenden Eckpunkte sind ebenfalls nicht geeignet, die

finanzielle Situation der Krankenkassen einschneidend zu verbessern. Die Beitragserhöhung wird dazu benötigt, die fehlenden Steuermittel auszugleichen. Die geplante Erhöhung der Zusatzbeiträge greift nicht in diesem Jahr, und sie wird erfahrungsgemäß zu einem Mitgliederschwund bei den betroffenen Krankenkassen führen. Dies kann sich eine von der Insolvenz bedrohte Kasse mit Sicherheit nicht leisten.

HFS

Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen

Die Sparbüchse von Koschorrek und Spahn

Die CDU-Bundestagsabgeordneten Dr. Rolf Koschorrek und Jens Spahn haben am 18./19. Juni 2010 „Einsparoptionen zur Vorbereitung struktureller Maßnahmen im Bereich der GKV“ vorgelegt (siehe Tabelle).

Nicht alle Vorschläge der CDU-Arbeitsgruppe haben Eingang in das Eckpunktepapier der Regierung gefunden (siehe Artikel „Die „neue“ Gesundheitspolitik“ auf Seite 1 und 2). Der Vorschlag, den Krankenkassen eine Nullrunde bei der Steigerung der

neuen Leistungen, finden sich aber in dem Eckpunktepapier wieder. Besonders feinsinnig ist der Vorschlag bezüglich der Ärzte. Nach den Vorstellungen der alten Bundesregierung sollte versucht werden, von der budgetierten Gesamtvergütung zu einem

Morbiditätsbezug auch bei der ambulanten Abrechnung zu kommen. Ganz vorsichtig wird an dieser Schraube gedreht. Der Steigerungsfaktor, der sich aus einer erhöhten Morbidität errechnet, wird bereits zurückgenommen. Dies alles zu einem Zeitpunkt, zu dem die dafür erforderlichen Kodierrichtlinien noch nicht einmal umgesetzt worden sind. Das Vertrauen in neue Abrechnungsbedingungen mit Morbiditätsbezug im ambulanten Bereich wird durch solche Vorschläge nicht gefördert, auch wenn diese Sparvorschläge noch nicht vom Bundesgesundheitsministerium im Eckpunktepapier aufgenommen wurden.

HFS



Foto: Dynamic Graphics

Verwaltungskosten vorzuschreiben und die Einnahmereduktion der Krankenhäuser über die Grundlohnsumme und über Abschläge bei

| Bereich | Kurzfristmaßnahme (Einsparvolumen jeweils p.a. für 2011) | Strukturelle Maßnahme |
|-------------------------------------|---|--|
| Verwaltungskosten der Krankenkassen | Nullrunde bei der Steigerung der Verwaltungskosten der Krankenkassen Einsparvolumen: rd. 350 Mio. | ► Umfang der Berücksichtigung der Verwaltungskosten im RSA und bei DMP ist zu diskutieren, um Anreize für effiziente Verwaltung zu schaffen |
| Grundlohnsumme | Grundlohnsumme (GLS) für 2011 auf „0“ („Nullrunde“) setzen. Das hat Auswirkungen insbesondere auf die Ausgabensteigerungen bei Zahnärzten und Krankenhäusern Einsparvolumen: rd. 500 Mio. | ► Mittelfristig Ablösung der GLS-Anbindung für die Zahnärzte ► Die bereits beschlossene Ablösung der GLS-Anbindung durch krankenhausspezifischen Orientierungswert bleibt das Ziel und wird nur verschoben |
| Krankenhaus | Vereinbarte zusätzliche Leistungen werden mit einem Abschlag von 30 % versehen. Bei einer unterstellten Fallmengensteigerung in Höhe von 2 % ergibt sich ein Einsparvolumen: rd. 350 Mio. Euro | ► Erprobung des selektiven Kontrahierens im Krankenhausbereich an wenigen, ausgewählten Leistungsbereichen. |
| Ärzte | Bei der Zuwachsmessung für die morbiditätsorientierte Vergütung werden die heutige Relation der Parameter – Berücksichtigung Demographie 69% und Diagnose 31% – für 2011/12 in eine 50:50 Relation umgestellt; dies ist nicht zuletzt geboten, da die Qualität der Diagnose-dokumentation noch ausbaufähig ist. Der vom Bewertungsausschuss nach gesetzlichen Vorgaben (Morbi-Entwicklung, Verschiebung stationär – ambulant etc.) zu ermittelnde Steigerungsfaktor wird in der Wirkung für das nächste Jahr auf 50 % begrenzt. Einsparvolumen: mind. (!) 500 Mio. | ► Die Vergütungsstruktur wird dahingehend weiterentwickelt, dass insbesondere durch Regelleistungsvolumina (RLV) eine auskömmliche Vergütung für die Grundversorgung erzielt werden kann und Zwang zur Pauschalierung aufgehoben wird ► Die Bedarfsplanung wird zu einer sektorübergreifenden, kleinräumigeren Planung unter Berücksichtigung insbesondere auch der Krankenhäuser weiterentwickelt. |
| Arzneimittel-Großhandel | Absenkung der Großhandelsmarge Einsparvolumen: rd. 400 Mio. | ► Umstellung der Großhandelsmarge auf einen Fixkostenzuschlag. |
| Apotheken | Festlegung des gesetzlichen Apothekenabschlags auf 2,10 EUR für das Jahr 2011 Einsparvolumen: rd. 100 Mio. | ► Verbot des Pick-up ► Rechtssichere Regelung Fehlerkorrekturverfahren Rabatteingruppierung ► Festlegung verlässlicher Kriterien für zukünftige Entwicklung des Apothekenabschlags |
| Gesamt | 2,2 Mrd. Euro bei voller Ausschöpfung aller Optionen | |