

## Gleichschaltung von GKV und PKV in Holland

In den Niederlanden greift ab 01.01.2006 eine Reform des Gesundheitssystems, die auf der Idee einer einheitlichen Basis-Pflichtversicherung für die Grundversorgung mit differenzierten Zusatztarifen beruht. Alle Bürger mit Wohnsitz und Steuernummer im Staat müssen bis März dieses Jahres eine solche neue Versicherung abschließen.

Mit der obligaten **Natura-police** werden alle Kosten für Hausarztbehandlung, Krankenhausaufenthalt, zahnärztliche Grundversorgung, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransport, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Diätberatung abgedeckt. Bereits bei diesem Basispaket können sich die Versicherten für eine Eigenbeteiligung zwischen 100 und 500 Euro pro Jahr und damit für eine geringere Prämienhöhe entscheiden. Sie können im Krankheitsfall aber nur die von ihrem Versicherer unter Vertrag genommene Dienstleistung im Sachleistungssystem beanspruchen. Beim Aufsuchen anderer Ärzte, Heilberufler und Institutionen riskieren sie Zuzahlungen, wenn ihre

Versicherung nicht sämtliche Kosten erstattet.

Daneben gibt es die **Restitutiepolice**, über die zusätzliche Leistungsansprüche mit einer breiten Palette von Wahlmöglichkeiten abgesichert werden können. Die Angebote unterscheiden sich nicht nur in den medizinischen Inhalten, sondern auch nach Service, Qualität und Prämienhöhe der Versicherungsgesellschaften.

Jede bestehende Krankenversicherung musste bis zum 16.12.2005 die gesetzliche Basisversorgung anbieten, ggf. ergänzt um Zusatzleistungen. Jedem Niederländer steht es nun frei, bei seiner bisherigen Gesellschaft zu bleiben oder innerhalb einer Frist bis zum 28.02.2006 zu wechseln. Die Versicherer müssen jeden Antragsteller aufnehmen und bestehende Zusatzverträge mit anderen Gesellschaften akzeptieren. Eine Befreiung von der gesetzlichen Grundversicherungspflicht gibt es nicht mehr, ab Mai 2006 greifen diesbezügliche Strafandrohungen. Ein Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ist vorgesehen.

Interessant ist vor dem Hintergrund der Diskussionen in Deutschland die Zweiteiligkeit der Abgaben zur Krankenversicherung im Nachbarstaat. Neben dem vom Einkommen unabhängigen Beitrag von durchschnittlich 1100 Euro jährlich, der von jedem volljährigen Bürger an die Krankenkasse zu zahlen ist, bekommt das Finanzamt 6,5% des Einkommens für die dem Staat entstehenden Krankheitskosten. Oberhalb von 30.000 Euro Jahreseinkommen gehen immerhin noch 4,4% an die Behörde. Dieser steuerliche Teil des Pflichtbeitrages muss Arbeitern und Angestellten vom Arbeitgeber vollständig erstattet werden. Versicherte Unternehmer erhalten eine vorläufige Beitragsschätzung von ihrem Finanzamt.

Mit den staatlichen Einnahmen werden die Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche sowie Beihilfen für sozial schwache Pflichtversicherte finanziert. Beihilfeanträge für 2006 können noch bis April 2007 gestellt werden. Alleinstehende mit einem Nettoeinkommen von maximal 25.000 Euro im Jahr erhalten bis zu 400 Euro, Mehrpersonenhaus-

halte bis 40.000 Euro Familieneinkommen bekommen maximal 1150 Euro jährlichen Zuschuss.

Der Reform der Krankenversicherung in Holland waren jahrelange Debatten vorausgegangen, wobei sich insbesondere die Sozialisten gegen das jetzt eingeführte Modell zur Wehr gesetzt hatten. Gegner bezweifeln die Vereinbarkeit mit europäischem Recht, weshalb bereits eine Klage beim EuGH anhängig ist. Bis zu dessen Entscheidung könnten schon erste Erkenntnisse vorliegen, wie sich die neuen wettbewerblichen Steuerungselemente im Nachbarland ausgewirkt haben werden.

Nachahmungswillige Vertreter der deutschen Gesundheitspolitik haben ihre Duftmarken schon gesetzt. Dass es in den Niederlanden keine niedergelassenen Fachärzte gibt, scheint dabei manchem ins Konzept zu passen. Der BDI wird im Bündnis mit den anderen Ärzteverbänden entschieden gegen die Versuche zur Hollandisierung unseres Gesundheitswesens auftreten.

Dr. Thomas Schröter, Weimar

### Gesundheitssysteme

## Steuerfinanzierung nimmt zu – jedenfalls bei unseren Nachbarn

Das Ringen um ein zukunfts-trächtiges Gesundheitssystem in Deutschland geht weiter. Schwarz-Rot hat durchgreifende Reformen angekündigt. Doch wie haben eigentlich unsere Nachbarländer ihre Gesundheitswesen organisiert? Die gewerkschaftsnahe Hans-Böckler-Stiftung schaute über die Grenzzäune und analysierte Gesundheitsre-

formen in den 15 Ländern der alten europäischen Union (EU) und der Schweiz. Patentrezepte fand sie keine, aber einen Trend zu stärkerer Steuerfinanzierung.

Steuertransfers ergänzen zunehmend das traditionelle Versicherungssystem auf der Basis einkommensabhängiger Beiträge, stellen die Autoren der Studie um

Diether Döring fest. Der Frankfurter Professor für Sozialpolitik und die Gutachter der Hessen Agentur halten daher auch in der Bundesrepublik einen wachsenden Steueranteil an den öffentlichen Gesundheitsausgaben für wahrscheinlich. So könnte beispielsweise die Mitversicherung von Kindern verstärkt aus Steuergeldern bezahlt werden. Solche

„Kombinationslösungen“ seien geeignet, den Globalisierungsdruck zu mildern, unter dem beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme wie das deutsche stehen. Einen kompletten Systemwechsel in der Finanzierung des Gesundheitswesens halten die Wissenschaftler allerdings für unrealistisch. Denn auch eine vollständige Steuerfinanzierung ►

oder Pauschalprämien weisen ihrer Meinung nach erhebliche Defizite auf. So seien steuerfinanzierte Gesundheitssysteme wie in Großbritannien, Spanien oder den nordischen Staaten häufig unterfinanziert, was Patienten zum Beispiel lange Wartezeiten für Operationen beschert.

Pauschalprämien wiederum beschleunigten das Steigen der Gesundheitskosten eher, als dass sie es bremsen, stellen die Autoren fest. Beispiel Schweiz: Das Alpenland hatte 1996 als bislang einziges europäisches Land Kopfpauschalen eingeführt. Alle zahlen das Gleiche, unabhängig von Einkommen, Geschlecht und Alter. Nur für Kinder und Jugendliche gibt es Ermäßigungen. Die Gesundheitsausgaben in der Schweiz waren schon immer hoch. Doch bis 2004 kletterte die durchschnittliche monatliche Pauschalprämie von 173 auf üppige 280 Schweizer Franken. Ein knappes Drittel der Schweizer Haushalte erhält Subventionen aus der Staatskasse, weil sie sonst mehr als zehn Prozent ihres Einkommens für ihre Krankenversicherung berappen müssten. Dabei gilt zusätzlich ein Selbstbehalt: Generell müssen Versicherte 300 Franken im Jahr aus eigener Tasche zahlen, wenn sie Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen. Familien mit mittlerem Einkommen und Ältere würden so überproportional stark belastet, stellen die Forscher fest und fanden heraus: Die Prämienentwicklung „in Verbindung mit steigenden privaten Zuzahlungen hat die Akzeptanz dieses Finanzierungssystems sinken lassen.“

Gleichzeitig jedoch sei die Diskussionen um Kostendämpfung in der Schweiz weniger heftig als in Frankreich oder Deutschland, wo

die Gesundheitsausgaben pro Kopf niedriger sind. Die Gründe dafür sehen Döring und Kollegen in der ökonomischen Situation der Schweiz. Wirtschaft und

Frankreich, die Niederlande und Deutschland setzen noch primär auf Beiträge. In Deutschland stammen derzeit noch 6,3 Prozent aus Transfers, unter anderem

senshaftler.

Einer Hoffnung erteilen die Forscher allerdings eine klare Absage: Auch eine stärkere Steuerfinanzierung würde nicht das Ende der Debatten über die Kosten für Gesundheit bedeuten. „Drei Entwicklungen machen die Stabilisierung der Krankenversicherungssysteme zu einem Langzeitversuch“, sagen sie: „Die Alterung der Bevölkerung, der medizinische Fortschritt und die Globalisierung.“ Nachjustieren oder Austauschen wird also eine ständige Frage bleiben.

Die Studie „Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck“ von Prof. Dr. Diether Döring, Bettina Dudenhöffer und Jürgen Herdt (Wiesbaden 2005, Hessen Agentur Report Nr. 689) können Interessierte im Internet bei der Hans-Böckler-Stiftung unter [www.boeckler.de](http://www.boeckler.de) herunterladen.

Aus: A+S aktuell, 24/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin



Patient Deutschland –

Arbeitsmarkt entwickeln sich hier besser als bei uns und anderen europäischen Ländern. Ein weiterer Unterschied: Schweizer Arbeitgeber sind nicht direkt an der Krankenkassenfinanzierung beteiligt. Hohe Lohnnebenkosten gelten als Bremser im weltweiten Wettbewerb. „Beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme geraten durch die direkte Wirksamkeit der Beiträge auf die Arbeitskosten gerade unter angespannten gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen unter erheblichen wirtschaftspolitischen Legitimationsdruck. Sie werden sich diesem von der Globalisierung beschleunigten Druck nicht ohne weiteren Wandel entziehen können“, urteilen die Autoren.

Für einen Wechsel des Gesundheitssystems plädieren die Forscher dennoch nicht. Sie favorisieren Mischfinanzierungen aus einkommensabhängigen Beiträgen und einem höheren Anteil aus Steuergeldern. Dies sei in Luxemburg, Österreich, Belgien und Griechenland bereits Realität, stellt die Studie fest. In Italien stehe das Beitragsprinzip sogar eigentlich nur auf dem Papier. Nur

aus der Tabaksteuer. Nach dem Willen von Schwarz-Rot soll diese aber nicht weiter in die Gesundheitskassen fließen, sondern ab 2007 schrittweise auf Null zurückgeführt werden.

Die Autoren der Böckler-Studie glauben allerdings, dass Arbeitgeber zunehmend bei den Gesundheitsausgaben ausgeklammert werden. Dadurch werde die finanzielle Beteiligung der Versicherten und Patienten steigen. Ein steuerfinanzierter Anteil ermögliche es, „Leistungsanteile in öffentlicher Finanzierung zu halten und zugleich ein direktes Einwirken auf die Arbeitskosten zu vermeiden“, schreiben Döring und Team. Für besonders wahrscheinlich halten es die Autoren, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern aus dem Steuertopf gedeckt wird. Sie gilt vielen Ökonomen ohnehin als „gesamtgemeinschaftliche Aufgabe“, für die nicht nur die abhängig beschäftigten Beitragszahler aufkommen sollten. Aber auch „Ausgleichssysteme für Bevölkerungsgruppen mit übermäßigen finanziellen Belastungen dürften verstärkt steuerfinanziert werden“, schätzen die Wis-

## BDI intern

### Geburtstage

Am 30. Januar 2006 vollendete **Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-J. Sewering**, Dachau, Ehrenmitglied des BDI e.V., sein 90. Lebensjahr.

**Herr Prof. Dr. med. Burkard May**, Bochum, konnte am 9. Februar 2006 seinen 70. Geburtstag feiern

Den 80. Geburtstag konnte **Herr OMR Prof. Dr. sc. med. Dietfried Jorke**, Jena, am 19. Februar 2006 feiern.

**Der BDI gratuliert den Jubilaren herzlich und wünscht noch viele segenreiche Jahre.**

## Zwei-Klassen-Medizin sozialverträglich gestalten

Einen Tag vor der Unterzeichnung des Koalitionsvertrages hat Ulla Schmidt ihre gesundheitspolitische Marschrichtung beschrieben. Eine Angleichung der Honorare für medizinische Leistungen bei privat und gesetzlich Versicherten soll der Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland demnach ein Ende bereiten. Ärzte schreien auf, ahnen sie doch, dass die „Angleichung“ eher nach unten als nach oben geht und damit eine Honorarabsenkung bedeuten wird. Nach allem, was die gestandene Ministerin mit der Ärztelobby schon ausgefochten hat, ist sie gegen Honorarproteste immun. Die bitter-bösen Pressemitteilungen der Standesvertretung – und das sind sehr sehr viele – prallen an der rheinischen Frohnatur ab. Sie streitet schließlich für Gerechtigkeit und meint damit sowohl die Patientenversorgung als auch die Honorierung der Ärzte, denn nicht jede Praxis hat Privatpatienten. Das Anliegen scheint also ehrenwert.

### Wartezeiten für Schwerkranke gibt es (noch) nicht

Doch es kommt ein bitterer Beigeschmack auf, wenn die Ministerin vor laufenden Kameras sagt, dass GKV-Tumorpatienten zwei Monate warten müssen, während privat Versicherte bevorzugt behandelt würden. Wartezeiten für schwer kranke Menschen? Ängstliche Zuhörer sollten nach der Ansage aufgefordert sein, schnellstens in die Private Krankenversicherung zu wechseln, um diesen Wartezeiten im Falle schwerer Krankheit zu entgehen. Genau hier geht Ulla Schmidt mit ihrer Stimmungsmache für ihre Politik zu weit. Zu Recht schreibt ein erboster Arzt in einem

offenen Brief, es sei „ehrverletzend“, wenn die Ministerin unterstelle, Privatpatienten würden medizinisch besser versorgt als GKV-Patienten. Dieser Vorwurf sollte die Politikerin Schmidt, im Gegensatz zu den finanziellen Klageliedern, sehr wohl treffen. Zumal die Äußerung jeglicher Grundlage entbehrt. Hat doch gerade erst der Leiter des IQWiG, Prof. Peter T. Sawicki, die Ergebnisse einer internationalen Patientenbefragung zur Qualität in der Versorgung vorgestellt und dem deutschen Gesundheitswesen eine verbale Goldmedaille umgehängt. Übrigens ganz oben auf der Skala der Pluspunkte: „Deutschland hat die kürzesten Wartezeiten“, auch die verlässlicheren La-

borbefunde und so weiter.

### Reiche im System halten

Bisher ist es in Deutschland gelungen, reiche und wohlhabende Versicherte ins Gesundheitswesen zu integrieren. Es gibt Bevorzugungen. Ja. Der Ledersessel in der Warte-Lounge, der Wunschtermin und teurere Medikamente, die bekanntlich nicht unbedingt besser helfen, aber das Markenbewusstsein will auch gepflegt sein. Das Skalpell ist für PKV-Patienten aber nicht schärfer und die Hygienemaßnahmen nicht besser. Kurzum: Es gibt hierzulande keine Parallelgesellschaft in der Krankenversorgung. Wir haben eine sozialver-

trägliche Zwei-Klassen-Medizin. Wohlhabende sind Teil einer Versorgungskultur. Das muss auch so bleiben. Reiche müssen sozialverträglich integriert sein. Sie sollten nicht eigene Kliniken und Ärzte unterhalten wie in England. Die Reichen des Vereinten Königreichs haben sich längst aus einer solidarischen Finanzierung des Systems verabschiedet. Die oberen Zehntausend gehen in die Londoner Harley Street. Dieser Straßennahme steht synonym für eine Versorgungswirklichkeit, die wir ganz bestimmt nicht haben wollen: eine Privatklinik und eine Privatpraxis an der anderen. In England soll es darüber hinaus sogar Personen geben, die sich Leibärzte leisten können. ▶

## EINLADUNG

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung  
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 23. April 2006, 13:30 Uhr  
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach  
Bahnhofstraße 10-12, 65185 Wiesbaden

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

Tagesordnung:

1. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Geschäftsführers zum Geschäftsjahr 2005 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

*W. Wesiack*

Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident



## Ideologie verstellt den Blick fürs Wesentliche

Es ist Augenwischerei, wenn Politiker suggerieren, eine totale „Gerechtigkeit“ unter den Versicherten herstellen zu können. Die Lebenswirklichkeit spricht eine andere Sprache. Frau Schmidt hat kraft ihres Amtes (nicht wegen ihrer Privatversicherung) keine Wartezeiten in einer Arztpraxis in Kauf zu nehmen. Prof. Karl Lauterbach

kann nach Amerika reisen und sich von seinen Kollegen behandeln lassen; er weiß, wo die Top-Spezialisten sitzen, hat die Beziehungen und das Fluggeld. Gebildete und wortgewaltige Menschen können sich besser durch das Gesundheitssystem schlagen und mehr für sich herausholen als unwisende oder bescheidene Menschen. Gesunde Kranke können selbstbewusster auftreten als schwerkranke Kranke. Das sind Ungerech-

tigkeiten, die keine Reform beseitigen wird. Es wird bei einer Reform nicht nur darauf ankommen, wie wir mit den Armen und Schwachen umgehen, sondern auch, ob es gelingt, die Reichen mit Augenmaß zu belasten und sie sozialverträglich im System zu halten. Eine sozialverträgliche Privatnützigkeit der Krankenversicherung ist kein Widerspruch, sondern trägt zur Sicherung des sozialen Friedens in diesem Land bei. Nicht umsonst hat

der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Dr. Hans-Jürgen Papier, unlängst die Verhältnismäßigkeit des Umverteilungsprinzips in Erinnerung gerufen. Grundlage kann nur eine solidarische Krankenversicherung sein. Es bleibt die Frage, wie sie zukunftsfähig ausgestaltet wird.

Lisa Braun  
Inhaberin der Presseagentur  
Gesundheit  
Herausgeberin des  
OPG-Informationsdienstes, Berlin

## Gesundheitssysteme

# Europa zwischen Staat und Markt

Die Gesundheitssysteme in Europa sind sehr unterschiedlich gestaltet und stehen dennoch vor vergleichbaren Herausforderungen. Die Juristin Prof. Susanne Tiemann hat einen Blick über die Grenzen getan und gefragt, ob wir in Deutschland die Erfahrungen unserer Nachbarstaaten nutzen können, um den Herausforderungen an unser Gesundheitssystem zu begegnen. Der aufschlussreiche Vergleich mit Ländern wie Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz, Schweden und Großbritannien ist soeben als Band 53 der Schriftenreihe

der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V. erschienen. Darin analysiert die Vorsitzende des EU-Ausschusses der GVG die Gesundheitssysteme und Reformansätze der fünf europäischen Staaten und formuliert ihre Bewertungen aus deutscher Sicht. Sie ist Realistin genug um einzugestehen, dass es das „perfekte Gesundheitssystem“ nicht gibt und auch ein Vergleich nur Teilaspekte denkbarer Verbesserungen aufzeigen kann. Wir stellen hier kurz einige der wesentlichen Ergebnisse der Publikation vor.

## Frankreich



In Frankreich ist das Gesundheitssystem durch eine außerordentlich intensive Einflussnahme des Staates gekennzeichnet. Die Soziale Sicherung ist als Versicherung ausgestaltet und besteht aus verschiedenen Einzelsystemen, den Régimes, in denen jeweils bestimmte Personen pflichtversichert sind bzw. sich freiwillig versichern können. 99% der Bevölkerung werden von mindestens einem der bestehenden Systeme abgesichert. Die Leistungen werden nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt. In zunehmendem Maße

praktizieren die Kassen das System des „tiers-payant“, vergleichbar dem deutschen Sachleistungsprinzip. Dies ist abhängig vom Einkommen des Versicherten und trägt die Kosten der Behandlung bei Allgemeinärzten zu 22%, Spezialisten 14%, Radiologen zu 59% und in Einrichtungen zu 98%, insgesamt heute zu 71%.

Die Versicherten zahlen unterschiedlich hohe Eigenbeteiligungen: für die ärztlichen Honorare, Leistungen der Heilhilfsberufe und Laboruntersuchungen während einer Krankenhausbehandlung 20%, für den Krankenhausaufenthalt ebenfalls 20%, 30% an den Arzthonoraren allgemein, 40% an den Kosten der Heilhilfsberufe und Laboruntersuchungen, 65% bei Bagatellarzneimitteln sowie auf einer gesonderten Liste aufgeführten Arzneimitteln, 35% bei anderen Kosten

wie z.B. Transportkosten. Die rund 190 000 Ärzte praktizieren in unterschiedlicher Form. Es gibt etwa 35 000 praticiens hospitaliers, daneben praticiens hospitalo-universitaires, die sich neben der Behandlung auf die Forschung konzentrieren. Über die Hälfte wählen die freie Niederlassung als Generalist oder Facharzt in einer Praxis oder einer privaten Behandlungseinrichtung.

Die Beziehungen zwischen den Organisationen der Krankenversicherung und den Ärzten werden durch die Conventions nationales bestimmt, den Kollektivverträgen, die jeweils mit den Allgemeinärzten und den Spezialisten über die Ärzte-Syndicats abgeschlossen werden. Es werden jeweils ein Rahmenvertrag und Einzelverträge geschlossen. Seit 1991 bestand mit dem Hausarztverband ein

Abkommen über ein sog. Referenzarztsystem, bei dem sich Patienten freiwillig für ein Jahr an einen Hausarzt als „Erstkontaktstelle“ binden können. Dafür erhalten die Ärzte eine jährliche Kopfpauschale. Seit Anfang 2005 ist eine solche Verbindung, an der zuletzt nur 1,4 Millionen Versicherte teilgenommen haben, gesetzlich vorgeschrieben. Kassenärzte im Sektor der „freien Honorare“ oder die vor 1980 eine besondere Qualifikation erworben haben, dürfen die Höchstsätze überschreiten. Etwa 30% der niedergelassenen Ärzte berechnen private Aufschläge.

Aufgrund der verschiedenen ineinander greifenden Versicherungssysteme und fehlender Versicherungspflichtgrenze handelt es sich faktisch um eine Bürgerversicherung, die 99% der Bevölkerung abdeckt. Die Eigenbeteiligung ist ▶

relativ hoch. Die Beitragsfinanzierung wird in zunehmendem Maße durch eine Steuerfinanzierung ergänzt. Dennoch ist im französischen Gesundheitswesen eine bedenkliche Kostensteigerung zu verzeichnen. Die Gesundheitsreform 2004 zeigt, dass höhere Belastungen der Bürger durch erhöhte Steuern und Beiträge unausweichlich sind, wenn der Staat den Leistungsumfang des Krankenversicherungssystems nicht antasten will.

## Niederlande



In den Niederlanden ist eine Totalreform des Gesundheitssystems vorgenommen worden. Zum 1. Januar 2006 wurde eine Pflichtversicherung für alle Bürger ohne Rücksicht auf ihre Einkommenshöhe – also eine Bürgerversicherung – eingeführt und die bis dahin existierenden parallelen Systeme der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung abgelöst. Die bisherigen öffentlich-rechtlichen und privaten Versicherer wurden in einer ausschließlich privatrechtlichen Versicherung zusammengefasst. Die Versicherten haben freie Wahl unter den Versicherungen und können Versicherungsverträge abschließen, die sich an Kriterien wie Prämienhöhe, Leistungen und Selbstbeteiligung ausrichten. Die Versicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang. Alle Versicherungsträger sollen ein einheitliches Grundleistungspaket anbieten. Jeder Bürger soll sich freiwillig privat zusatzversichern können. Noch ist es zu früh, eine Bewertung dieser Totalreform vorzunehmen.

## Schweiz



Das Schweizer System vereint Elemente einer Bürgerversicherung mit der Finanzierung durch Kopfprämien mit staatlicher Subventionierung zum Zweck der Prämienverbilligung. Sein Ziel ist eine umfassende Grundversorgung der Bevölkerung mit internen Anreizen für Wettbewerb und Qualität. Die private Krankenversicherung agiert hauptsächlich als Mit-Anbieter für Zusatzleistungen und komplementäre Luxusleistungen. Der Leistungskatalog des gesetzlichen Systems wurde deutlich erweitert.

Die Kosten steigen überproportional, wobei die Steigerungen über der Einkommensentwicklung und der Entwicklung des Lebenshaltungskostenindex liegen. Die Schweiz ist heute das zweitteuerste Gesundheitswesen der Welt, nach Tiemanns Worten „wahrlich kein Exportschlager“.

## Schweden



Schweden galt lange Zeit als Musterland des Wohlfahrtsstaates und als vorbildlich in seinen Sozialleistungen. Die Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems wurden besonders in den 1960er und 1970er Jahren ausgeweitet, als die

Staatsverschuldung relativ gering war. In den 1980er Jahren erreichten die Ausdehnungen des Systems bei boomender Wirtschaft ihren Höhepunkt.

Ab 1991 bis 1994 vollzog die bürgerliche Regierung eine totale Umkehr vom bisherigen sozialpolitischen Kurs, als sich die Konjunktur dramatisch verschlechterte. Strikte Sparpolitik war die Devise. Insgesamt ist die Entwicklung des schwedischen Wohlfahrtsstaates einerseits gekennzeichnet von Leistungsausweitungen bei günstiger Wirtschaftlage auf ein Niveau wie in keinem anderen Land und andererseits durch teilweise ernste

Wirtschaftskrisen, die zu Leistungsrationalisierung und -reduzierung führten. Allerdings wurden die meisten Leistungseinschränkungen zum Teil sehr schnell wieder zurückgenommen, als sich die Konjunktur besserte.

Heute bestimmt nicht mehr das Thema der Leistungsreduzierung die Diskussion in Schweden, sondern es geht vor allem um Effektivität und Effizienz. Das schwedische Gesundheitssystem ist zum großen Teil steuerfinanziert und zu einem kleinen Teil durch Beiträge. Private Krankenversicherungen spielen so gut wie keine Rolle.

Eines der Hauptprob- ▶

## Die schnelle Kommunikation – E-Mail

Liebe BDI-Mitglieder!

Mit der Weiterentwicklung der elektronischen Medien hat sich auch die Zustellungsart von Mitteilungen, wie beispielsweise aktuelle Informationen zur Berufspolitik, geändert.

Der Berufsverband Deutscher Internisten e.V., mit 25.000 Mitgliedern Europas größter fachärztlicher Berufsverband, möchte sich der schnelleren und effektiven Kommunikation per E-Mail anschließen.

Daher bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail-Adresse mitzuteilen, damit wir Ihnen künftig auf diesem Wege zeitnah aktuelle Informationen zu berufspolitischen Themen zukommen lassen können.

Hierzu können Sie einfach diese Seite heraustrennen und mit Ihrer E-Mail-Adresse versehen und an uns unter der **Telefax-Nummer 0611 / 181 33 50** zurückfaxen bzw. Ihre E-Mail-Adresse unter **info@bdi.de** übermitteln.

Vielen Dank und viele Grüße

Ihr

BDI e.V.

**Name:**

**Mitgl.-Nr.:**

**Meine E-Mail-Adresse lautet:**

**Meine Postadresse:**

**Straße:**

**PLZ/Ort:**

(bitte gut leserlich und in Druckbuchstaben)

leme stellt auch in Schweden die demographische Entwicklung in Gestalt von steigender Lebenserwartung und Geburtenrückgang und der damit verbundenen Finanzierungsprobleme für die soziale Sicherung dar. Ein besonderes Problem besteht darin, dass das Gesundheitssystem ausgesprochen krankenhausorientiert ist. Das Vertrauen der Schweden in die Gesundheitszentralen der Basisversorgung ist nicht allzu ausgeprägt, so dass sie sich vorwiegend zur Behandlung in die Krankenhäuser begeben, in denen die Spezialisten arbeiten. Das Ergebnis sind lange Wartezeiten, besonders bei Operationen und in der Notaufnahme, aber auch bei der ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Mehr als 50 000 Menschen warten im Schnitt auf eine Behandlung, nicht selten über ein Jahr.

Ungeachtet aller Probleme ist eine grundlegende Veränderung des schwedischen Gesundheitssystems nicht geplant. Auf Dauer werden drei Reformziele verfolgt:

- mehr Wahlrechte und Versorgungskontinuität für Patienten,
- weniger zentrale bürokratische Steuerung,
- Effizienzreize durch Wettbewerb im öffentlichen

Sektor sowie zwischen den öffentlichen und privaten Sektoren.

Weitere konkrete Reformziele sind nach wie vor die Reduzierung der Wartelisten und die Stärkung der Allgemeinärzte, um die Krankenhauskosten zu senken.



### Großbritannien

Mit dem staatlichen National Health Service (NHS) verfügt Großbritannien über ein staatliches, weitgehend steuerfinanziertes Gesundheitssystem. Zu 13% wird der NHS aus den Beiträgen der Nationalen Volksversicherung finanziert und zu 2% aus Eigenleistungen der Patienten. Im NHS stehen drei voneinander unabhängige Leistungsbereiche nebeneinander: der Krankenhaussektor einschließlich der kommunalen Gesundheitseinrichtungen, der ambulante Sektor und die Sozialdienste der Gemeinden.

95% der Erstkontakte von Patienten mit dem Gesundheitswesen finden über General Practitioner statt.

Sie haben das Recht zur freien Niederlassung in einer Praxis, um ambulante Versorgung zu betreiben. Seit 1999 wird die Versorgung vor allem durch die Primary Care Groups (PCG) durchgeführt, ein Netzwerk von ca. 50 Hausarztpraxen für ein Versorgungsgebiet von bis zu 250 000 Menschen. Die General Practitioners arbeiten für den NHS nicht als staatliche Angestellte, sondern auf vertraglicher Basis. Die ärztlichen Honorare werden durch ein regierungsunabhängiges Gremium als faktisch bindende Empfehlung an die Regierung festgelegt. Die GPs werden bezahlt mittels einer Kombination aus festen Beträgen, vergleichbar Gehältern, und einem bestimmten Betrag für jeden Patienten, der auf ihrer Liste eingeschrieben ist, der capitation.

Fachärzte können sich ebenfalls in freier Praxis niederlassen und Leistungen für private Patienten erbringen. Meist sind sie jedoch Angestellte einer Health Authority oder eines Hospital Trust. Die Fachärzte können nur durch Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch genommen werden, der auch als Gatekeeper für das Krankenhaus fungiert.

Großbritannien hat die längsten Wartezeiten in Westeuropa. Zur Zeit warten mehr

als 1 Million Menschen zum Teil monatelang auf die Zulassung zu NHS-Krankenhäusern. Patienten warten bis zu gut einem Jahr auf Operationen.

Vor diesem Hintergrund nimmt die private Krankenversicherung eine besondere Rolle ein. Da im NHS umfangreiche Wartezeiten bestehen, praktizieren viele Ärzte auch privat. Dementsprechend hoch ist die Nachfrage nach individuellen privaten Zusatzversicherungen.

Das Hauptproblem des NHS ist seine unzulängliche Finanzierung. Im Vergleich zu seinen europäischen Nachbarn gibt Großbritannien sehr wenig für Gesundheit aus. Dennoch zeigen sich die Briten mit ihrem Gesundheitssystem relativ zufrieden. Um die notorische Unterfinanzierung des NHS und damit die Versorgungsengpässe wenigstens zu mildern, ist in den vergangenen vier Jahren das Budget um 7,6% angehoben worden. Auch die personellen und sächlichen Ressourcen wurden verbessert. Bis zum Jahr 2008 sollen Patienten nicht länger als durchschnittlich 18 Wochen auf eine Operation warten müssen. KS

Quelle:

Tiemann, Susanne: Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt. Schriftenreihe der GVG, Band 53 (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Hansaring 43, 50670 Köln)

### Kommentar

Eines zeigt der Blick auf die fünf europäischen Nachbarn ganz klar: Einen Königsweg für das Gesundheitswesen gibt es nicht. Es ist auch nicht möglich, das System eines Staates einfach auf einen anderen zu übertragen. Zu groß sind die Unterschiede. Vor allem die überwiegend staatlich regulierten und über Steuern finanzierten Systeme wie Großbritannien oder Schweden reizen nicht zur Nachahmung: Deren Finanzierungsdefizite sind gewaltig und die dort herrschenden langen Wartezeiten für Patienten schrecken ab. Man darf sich auch nicht dadurch täuschen lassen, dass die Versicherten wie etwa in Großbritannien mit ihrem System zufrieden sind. Sie kennen nichts anderes. Die Schweiz mit ihrer Kombination aus Bürgerversicherung und Kopfpauschale hat das teuerste Gesundheitssystem in Westeuropa ohne

bessere Ergebnisse. Die Niederlande haben gerade erst mit einer viel Aufsehen erregenden Reform der Krankenversicherung begonnen. Noch ist es zu früh, daraus Schlüsse zu ziehen, denn sie muss sich erst noch in der Realität bewähren. So lässt sich nur feststellen, dass es kein optimales System gibt, sondern nur solche mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Keines aber ist wie das bundesdeutsche System gekennzeichnet durch gemeinsame Selbstverwaltung, Finanzierung so gut wie ausschließlich durch Beiträge, einen umfangreichen Leistungskatalog und freie Wahl unter den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den Krankenhäusern. Die Politik sollte sich bemühen, dieses System effizient zu erhalten.

KS

## Wissenschaftsrat kritisiert Universitätsmedizin

Die Verlautbarung des Wissenschaftsrates, die hier in Auszügen abgedruckt wird, beschäftigt sich mit den Defiziten der Universitätskliniken in Forschung und Lehre. Man möchte einen geordneten und zwischen den Universitäten abgestimmten Studienablauf bezüglich der Inhalte und der Ausstattung einführen. Die großen Differenzen, die sich zwischen den einzelnen Universitätskliniken in den einzelnen Fächern finden, sollen ausgeglichen werden. Es wird zu Recht moniert, dass die Ausbildungsstandards von einer Universität zur anderen recht unterschiedlich sind.

Deutschlands 34 hochschulmedizinische Standorte stehen vor großen Herausforderungen. Zu bewältigen sind das neue Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausleistungen und die dazu notwendigen Strukturveränderungen bei sinkenden öffentlichen Mitteln. Gleichzeitig wird der internationale Konkurrenzdruck in der biomedizinischen Forschung immer stärker und die Ärzteausbildung aufgrund der neuen Approbationsordnung lehrintensiver.

Die Medizinischen Fakultäten und ihre Universitätsklinika bräuchten deshalb verlässliche Orientierungspunkte, um sich in diesem Spannungsfeld effizient ausrichten zu können, fordert der Wissenschaftsrat.

Ziel müsse es sein, dass „in Deutschland an besonders leistungsfähigen Standorten der Universitätsmedizin alle Kräfte mobilisiert und Mittel fokussiert werden, um im internationalen Vergleich den Sprung in eine andere Liga zu schaffen“, so der Ratsvorsitzende, Professor Dr. Karl Max Einhäupl (Charité – Universitätsmedizin Berlin). Dazu müsse aber jeder einzelne Standort erst einmal genau wissen, wofür er welche Ressourcen einsetzt.

Um diesem Zusammenhang zwischen Ressourcen, Größe und Leistungsfähigkeit zu ergründen, hat der Wissenschaftsrat, der Bund und Länder in Fragen der Weiterentwicklung der

Hochschulen berät, deshalb eine umfangreiche „Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen“ (siehe <http://www.vincentz-berlin.de/service>) vorgelegt. Aus seinen Analysen leitet das Gremium folgende Erkenntnisse ab, die wir zusammen mit den darauf aufbauenden Ratsempfehlungen auszugsweise im Wortlaut zitieren:

Die Hochschulmedizinstatistik in der Bundesrepublik Deutschland ist äußerst unbefriedigend und sehr lückenhaft. Widersprüchliche Datenlagen sind dringend aufzulösen und Erfassungsmethoden bundesweit zu vereinheitlichen. Dies bezieht sich zum einen auf die Ausstattung der Standorte mit Finanzmitteln, Personal, Flächen und klinischen Ressourcen. Zum anderen sind auch die Leistungen der universitätsmedizinischen Einrichtungen in Forschung und Lehre systematisch zu erfassen. Die Studierenden-, Absolventen-, Approbations- und Ärztestatistiken sind so zu gestalten, dass sie als verlässliche Grundlagen für die Zukunftssicherung dienen können. Bibliometrische Kennzahlen und Drittmittelstatistiken müssen standardisiert werden und einen differenzierten Leistungsvergleich der Standorte ermöglichen.

Zwischen den einzelnen Standorten existieren sehr große Unterschiede. Personalausstattungen und

Das Papier geht leider nicht darauf ein, dass in der täglichen Praxis Forschung und Lehre an den Universitätskliniken von der Krankenversorgung nicht abgekoppelt werden können. Eine vernünftige Ausbildung des Medizinstudenten ist nur möglich, wenn man sich auch an der praktischen Versorgung von Patienten beteiligt. Die hier gemachten Vorschläge werden die theoretische Ausbildung des deutschen Medizinstudenten wahrscheinlich verbessern. Die praktische Ausbildung, die durch das Sammeln von Erfahrungen am Patienten geprägt ist, wird aber zuwenig angesprochen. HFS

Gesamtflächen variieren etwa um den Faktor vier und die HBMG-Ist-Ausgaben der alten Länder um den Faktor sieben. Den deutlichen Unterschieden in der Ausstattung stehen ebenfalls große Leistungsspannbreiten gegenüber. Die Zahl der Absolventen variiert bis zu einem Faktor von acht und manche Fakultäten verausgaben fast 14-mal so viele

Drittmittel wie andere. An den untersuchten Standorten gibt es in fast allen Bereichen eine positive Korrelation zwischen Größe bzw. Ressourcen und Leistungsfähigkeit. Mit zunehmender Größe wachsen nicht nur die absoluten Zahlen, sondern auch die Pro-Kopf-Leistung. Dies gilt insbesondere für die Drittmittelproduktivität. Aus dem hochschul-

Anzeige



# SONORING

## Bestleistung

mit exzellentem  
Preis-/ Leistungsverhältnis:

### TOSHIBA Famio 5

Modernste Technologie  
auf kleinstem Raum

- Klappbarer TFT-Monitor
- Datenaustausch via Ethernetkabel
- Programmierbare Funktionstasten
- Intuitive Bedienbarkeit



Unsere  
22 Sonotheiken:

- Bad Harzburg
- Berlin
- Bremen
- Deggendorf
- Dresden
- Düsseldorf/Karlsruhe
- Erlangen
- Frankfurt/Main
- Greifswald
- Hamburg/Buxtehude
- Hannover/Kassel
- Heidelberg
- Holzwickede
- Kassel
- Köln
- Memmingen
- München
- Siegen
- Stuttgart/Ludwigs-Echterdingen
- Trier
- Villingen-Schwenningen
- Würzburg/Eschfeld

**Infoline direkt zu  
Ihrer Sonotheik (€0,12/Min)**  
01805/117 117

[www.sonoring.de](http://www.sonoring.de)

politisch bedeutsamen Befund, dass wissenschaftliche Produktivität in der Medizin eine hinreichende Größe voraussetzt, müssen Konsequenzen gezogen werden.

Um im internationalen Vergleich den Sprung in eine andere Liga zu schaffen, müssen in Deutschland an besonders leistungsfähigen Standorten alle Kräfte mobilisiert und Mittel fokussiert werden. Eine bessere Sichtbarkeit ist im globalen Wettbewerb von Forschung und Entwicklung dringend notwendig, um zusätzliche Ressourcen zu gewinnen. Besonders forschungsstarke Standorte haben fast alle mehr als 80 hauptamtliche Professoren (C4/C3).

In Bezug auf die Lehre sieht der Wissenschaftsrat als Untergrenze für eine Medizinische Fakultät rund 60 hauptamtliche humanmedizinische Professoren. Mit diesen berufenen Hochschullehrern können knapp 200 Studienanfänger pro Jahr ausgebildet werden. Für die klinische Ausbildung einer solchen Fakultät sollten mindestens 1.100 Planbetten zur Verfügung gestellt werden, von denen in der Regel mindestens 850 im Kernklinikum der Universität anzusiedeln sind. Um Standorte zu herausragenden Forschungsleistungen, innovativer Lehre und höheren Absolventenzahlen zu befähigen, sind deutlich mehr Ressourcen als zur Deckung der Mindestausstattung notwendig. Der Wissenschaftsrat hält für alle Standorte ein modernes Management, welches eine leistungsorientierte Mittelverteilung auf Basis der Trennungsrechnung und eine befristete Vergabe von Forschungsflächen vorsieht, für erforderlich. Kliniknahe Flächen, die durch Bettenreduktionen frei werden, sollten für den klinischen Unterricht genutzt werden.

In den Universitätsklinik sollten Kompetenzen in der Krankenversorgung auf die Forschungsschwerpunkte abgestimmt werden, um die vorhandenen Ressourcen effizienter nutzen zu können. Angesichts der Bedeutung von Hochschulambulanzen sowohl für die medizinische Versorgung als auch für Forschung und Lehre müssen die Leistungen der Universitätsklinik im ambulanten Bereich endlich adäquat vergütet werden. Auch das Fallpauschalensystem sollte das Leistungsgeschehen an den Universitätsklinik noch differenzierter abbilden. Ebenso sollten Mindestmengenregelungen für operative Eingriffe nach Art und Zahl ausgeweitet und für weitere medizinische Bereiche angestrebt werden. Der Wissenschaftsrat bittet darüber hinaus die Gesundheits- und Wissenschaftsministerien des Bundes und der Länder ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Krankenversorgung an den Universitätsklinik und für die Ausbildung der Studierenden gerecht zu werden und sich in dieser Hinsicht besser abzustimmen.

### Zusammenfassung der Empfehlungen zur Reform der Hochschulmedizinstatistik

Für einen zielgerichteten Einsatz der Ressourcen in der Universitätsmedizin sollten künftig von Seiten der Länder, Universitäten, Medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik alle entscheidenden Input- und Outputgrößen einheitlich erfasst und dargestellt werden. Dies ist im Interesse eigener Stärken/Schwächen-Analysen der Standorte und im Sinne der Gesamtförderung der Wissenschaften. Darüber hinaus sollten alle für die Planung der medizinischen Versorgung in Deutschland verantwortlichen Gremien eine Vereinheitlichung ihrer

statistischen Erhebungen einleiten. Die föderalen Strukturen der Bundesrepublik Deutschland müssen auch quantitative Analysen des Gesamtsystems ermöglichen. Planungen für die Zukunftssicherung benötigen deutlich verbesserte Datengrundlagen.

### Vergleichbarkeit von Forschungsleistungen

Es ist erforderlich, dass Forschungsleistungen anhand klar definierter Parameter einheitlich erfasst werden. Drittmittelstatistiken und bibliometrische Auswertungen müssen innerhalb der Hochschuleinrichtungen der Länder und bundesweit vereinheitlicht werden. Alle Universitäten müssen künftig in der Lage sein, verausgabte Drittmittel nach Zuwendungsgebern und nach medizinischen Fächern zu differenzieren. Publikationszählungen, Impact-Punkte und Zitationsangaben müssen die Medizinischen Fakultäten anhand internationaler Standards erheben. So kann ein fairer Wettbewerb zwischen den Standorten entstehen und ein sinnvolles Benchmarking-System entwickelt werden.

### Konzentration der Ressourcen

Die deutsche Universitätsmedizin muss an ausgewählten Standorten den Aufstieg in die Weltliga der biomedizinischen Forschung schaffen. Hierzu ist eine Konzentration der Ressourcen nötig, um kritische Massen zu schaffen und die internationale Sichtbarkeit zu erhöhen. Der Wissenschaftsrat fordert die universitätsmedizinischen Einrichtungen auf, klar umrissene Forschungsschwerpunkte zu definieren und diese soweit möglich auch durch Kooperationen mit außeruniversitären Forschungseinrichtungen weiter zu profilieren.

### Sicherung der Qualität in der Medizinerbildung

Die kleinsten universitätsmedizinischen Standorte sollten über rund 60 hauptamtliche humanmedizinische Professuren verfügen und nicht weniger als knapp 200 Studienanfänger pro Jahr aufnehmen. Für die klinische Ausbildung sieht der Wissenschaftsrat an diesen Standorten in der Regel eine Untergrenze von rund 860 HBF-Planbetten für ein Kernklinikum als erforderlich an. Darüber hinaus sollten Fächer, die nicht in Forschungsschwerpunkten integriert sind, durch kooperierende Krankenhäuser und Lehrpraxen abgedeckt werden, so dass für 200 Studienanfänger mindestens 1.100 Planbetten zur Verfügung stehen. Bundesweit muss allerdings die durchschnittliche Studienanfängerzahl pro Standort diese Mindestgrößen deutlich übersteigen. Die oben angegebene Mindestgröße ist als Basis anzusehen, die Fakultäten zur Ausbildung einer begrenzten Zahl von Studierenden und zur Einwerbung von Forschungsmittel befähigt. Herausragende Forschungsergebnisse, innovative Lehre und höhere Absolventenzahlen sind – abgesehen von den Leistungen Einzelner – nur mit zusätzlichen Ressourcen zu erreichen.

Angesichts der neuen Approbationsordnung sowie der Veränderungen im Gesundheitssystem ist eine grundlegende Überarbeitung der Kapazitätsverordnung im Bereich Medizin geboten. Das Gebot der erschöpfenden Nutzung der Ressourcen muss überdacht werden. Um die Qualität der Lehre zu erhöhen ist insbesondere an Standorten mit im Bundesvergleich schlechten Prüfungsergebnissen die Betreuungssituation zu verbessern. Daneben muss den Lehrenden sys- ►

tematisch das Handwerkszeug für eine gute Lehre vermittelt werden. Der Wissenschaftsrat bestärkt die Medizinischen Fakultäten in der Schaffung alternativer medizinischer Studienangebote. Er weist jedoch darauf hin, dass diese eher bei den größeren Fakultäten angesiedelt sein sollten, um die Qualität der ärztlichen Studiengänge nicht durch Ressourcenverknappung zu gefährden.

### Förderung des Nachwuchses

Die Arbeitsbedingungen für junge Ärzte an den Universitätsklinikum sollten überprüft werden. Insbesondere sollte klarer festgehalten werden, welche Anteile der Arbeitszeit für Forschung, Lehre und Krankenversorgung vorgesehen sind, um eine Überbelastung durch die Krankenversorgung, die zu Lasten der Forschungstätigkeiten geht, zu verhindern. Dabei ist darauf zu achten, dass wissenschaftliche Qualifikation und Facharztausbildung kompatibler als bisher gestaltet werden.

### Systematisches Flächenmanagement

Ein modernes Flächenma-

agement sollte Bestandteil der operativen Führungsinstrumente aller universitätsmedizinischen Einrichtungen werden. Es ist unverzichtbar für eine Kostenträgerrechnung. Bestehende Flächen, die durch Bettenabbau in den Kliniken eingespart werden, sollten dem Seminar- und Kleingruppenunterricht im klinischen Studienabschnitt zur Verfügung gestellt werden. Forschungsflächen sind leistungsorientiert, befristet und kliniknah zu vergeben.

### Bereitstellung hinreichender finanzieller Mittel

Vor dem Hintergrund der zur Disposition stehenden Gemeinschaftsaufgaben weist der Wissenschaftsrat darauf hin, dass die universitätsmedizinischen Einrichtungen nur mit hinreichenden investiven Mitteln konkurrenzfähig bleiben können. Der Leistungsbezug bei den Mitteln ist weiter zu stärken. Landesführungsbeträge für Forschung und Lehre sollten nicht zur Kompensation von Defiziten im Bereich der Krankenversorgung verwendet werden. Im Rahmen einer Trennungsrechnung muss die Verwendung der Mittel transparent ausgewiesen werden.

### Leistungsgerechte Vergütung der Hochschulambulanzen

Hochschulambulanzen haben für Forschung und Lehre sowie für die zielgerichtete medizinische Versorgung eine hohe Bedeutung. Deshalb ist es notwendig, die medizinische Versorgungsleistung der Universitätsklinik im ambulanten Bereich endlich leistungsgerecht zu vergüten. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte die entsprechenden Beschlüsse des Bundestags endlich beachten und umsetzen.

### Fallpauschalen und stationäre Krankenversorgung

Fallpauschalen sollten das Leistungsgeschehen an den Universitätsklinikum adäquater abbilden, so z.B. bei der Notfallmedizin, in Teilen der Intensivmedizin und bei der Versorgung schwerstkranker, multimorbider Patienten mit weit überdurchschnittlichem Behandlungsaufwand. Bei Diagnosen, in denen der Behandlungsaufwand stark streut, sollten sich die Fallpauschalen eher an Prozeduren orientieren. Undifferenzierte Regelungen dürfen die Unikatlösungen von Universitätsklinikum nicht

gefährden.

Der Wissenschaftsrat fordert die Universitätsklinikum auf, verstärkt Bettenpools zu bilden und die Etablierung von Zentren zu prüfen. Zentren sind allerdings nicht nur nach ökonomischen Kriterien auszurichten, sondern müssen vor allem die wissenschaftlichen Schwerpunkte und Erfordernisse der Medizinischen Fakultäten berücksichtigen. Generell sollten Kompetenzen in der Krankenversorgung kongruent zu den wissenschaftlichen Schwerpunkten der Fakultäten entwickelt werden.

### Verschärfung der Mindestmengenregelungen

Die Mindestmengen von operativen Eingriffen in Krankenhäusern müssen nach Art und Zahl ausgeweitet werden. Neben der Morbidität sollten umgehend weitere Parameter als Qualitätskriterien herangezogen werden. Auch für andere Bereiche als die Chirurgie sollte die Einführung von Mindestmengen geplant werden. Der Wissenschaftsrat hält es für sinnvoll, dass die Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften Mindestmengen für ihre Fächer erarbeiten.

Aus: DgD 1/2006

## Krankenhaus-Fallpauschalen

# Mit DRG-Umsetzung zufrieden

Das Fachreferat „Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser; Krankenhausforschung“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ist mit der stufenweisen Umsetzung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems (Diagnosis Related Groups bzw. DRGs) zufrieden. Der zuständige Referatsleiter, Ministerialrat Dipl.-Kfm. Karl Heinz Tuschen, Bonn, sagte vor der 11. f&w-Kompass-Konferenz Ende 2005 in

Kassel, die Umsetzung auf Selbstverwaltungsebene habe nahezu reibungslos funktioniert, die stufenweise DRG-Einführung sei gelungen und das mehr leistungsorientierte diagnosebezogene Fallpauschalensystem von den Beteiligten inzwischen weitgehend akzeptiert worden. Die rechtlichen Instrumente für eine zielgerechte Weiterentwicklung des lernenden Systems seien imple-

mentiert. Es sei jetzt eine Konzentration auf eine leistungs- und kostengerechte Abbildung erforderlich. Das Fachreferat des Bundesgesundheitsministeriums räumt ein, dass es bei relativ kleinen Patientengruppen noch hohe kalkulatorische Unterkostendeckungen gebe. Nach einer statistischen Erhebung des Bundesministeriums für Gesundheit rechnet Ende 2005 bereits

1740 Akutkrankenhäuser (rund 95% aller Akutkrankenhäuser) nach diagnosebezogenen Fallpauschalen ab. 80 Krankenhäuser arbeiteten noch nach alten Finanzierungsbedingungen, würden aber kurzfristig umsteigen. Deutschland ist neben den USA, die bereits vor mehr als 25 Jahren das DRG-bezogene Finanzierungssystem eingeführt haben, weltweit führend bei der DRG- ▶

basierten Abrechnung für einzelne Behandlungsfälle nach Haupt- und Nebendiagnosen. Deutschland ist fast das einzige Land, das einen nahezu 100-Prozent-Ansatz vollzogen habe.

Tuschen konstatierte, dass die prognostizierten Frühentlassungen in DRG-abrechnenden Krankenhäusern bisher nicht erkennbar geworden seien. Auch sei ein Abrechnungschaos ausgeblieben. Positiv bewertet Tuschen auch die durch das Steuerungssystem bewirk-

Beginn der so genannten Konvergenzphase abgemildert worden, eine sachgerechtere Vergütung der Leistungen sei erfolgt. Die Rahmenbedingungen seien durch die beiden Änderungsgesetze (Fallpauschalengesetze 2004 und 2005) erweitert und fortentwickelt worden. Dadurch konnten die Vorgaben zu einer leistungsgerechteren Vergütung und Verhandlung über die Klinikbudgets besser eingehalten werden, so Tuschen. Allerdings sei für 2006 eine

phase erfolgenden Angleichung an den Landesbasisfallwert und die zunehmende „Scharfschaltung“ habe der Gesetzgeber abweichende Vereinbarungen zur Finanzierung insbesondere höherer Sachkosten sowohl bei der Budgetvereinbarung als auch bei den Erlösausgleichen zugelassen (§ 4 Absatz 4 und Absatz 9 Krankenhausentgeltgesetz). Von der generellen DRG-Anwendung gebe es folgende Ausnahmetatbestände:

- Ausnahmen für noch nicht

tungen“;

- Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit der Möglichkeit eines Zuschlags (§ 5 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz).

Die Finanzierung der Ausbildungsstätten soll wettbewerbsneutral erfolgen (Erhebung eines Zuschlags je voll- und teilstationärem Fall; Erhebung bei auszubildenden und nicht auszubildenden Krankenhäusern).

## Umstellung für Belegärzte

Wie bereits vor zwei Jahren durch die Bundesregierung angekündigt, wird im Jahr 2008 der ordnungspolitische Rahmen für den Zeitraum ab 2009 von der Politik und vom Ministerium festgelegt. Die parlamentarischen Beratungen beginnen voraussichtlich im Herbst 2007. Geprüft werden soll, ob die Fallpauschalen auch den Pflegeaufwand und die Kosten der Weiterbildung angemessen erfassen und abbilden. Für die belegärztlich vergüteten Leistungen soll eine Umstellung auf eine Finanzierung im DRG-System angestrebt werden. Die Anschubfinanzierung für die Integrationsversorgung soll über das Jahr 2006 hinaus bis zum 31. Dezember 2007 verlängert werden.

Politisch beabsichtigt ist, die bisherige Budgetdeckelung und Zuteilung von Ressourcen auf ein Pauschalpreissystem umzustellen.

Auch ist offen, ob ein Einheitspreissystem oder lediglich Richtpreise angestrebt werden sollen. Eine Grundsatzdiskussion über die Belegarztvergütung und über die Umstellung der Wahlarztvergütung auf das DRG-System wird erwartet. Offen ist die Frage, ob die Teildualistik auf reine Finanzierungsmonistik umgestellt wird.

Aus: A+S aktuell 1/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin



Foto: AOK

te kürzere Verweildauer. Zugleich sei die Transparenz bei Art und Menge der Krankenhausleistungen gestiegen mit der Möglichkeit des verbesserten externen Vergleichs (Benchmarking). Das neue Abrechnungs- und Finanzierungssystem sei gegenüber dem tradierten System komplexer geworden (Suspendierung des Selbstkostendeckungsprinzips und des tagesgleichen Pflegegesetzes ab 1995). Erforderlich sei eine Fachdiskussion über die Balance zwischen Leistungsgerechtigkeit und Komplexität. Der so genannte Kompressionseffekt sei bereits zu

Einigung auf Richtwerte für eine pauschale Finanzierung der Ausbildungsstätten von Krankenhäusern gescheitert.

### Vorteile für Patienten

Die Patienten hätten durch das neue System Vorteile infolge optimierter Abläufe, verringerter Verweil- und Wartezeiten. Die in § 137 Absatz 1, Satz 2 SGB V seit Beginn des Jahres 2004 verankerten so genannten Mindestmengen hätten zur Spezialisierung und zu einer verbesserten Leistungsqualität beigetragen. Trotz der in der Konvergenz-

sachgerecht kalkulierte Fallpauschalen. Hier gelten krankenhausesindividuelle Preisverhandlungen für DRG-bezogene Leistungen, die von Selbstverwaltungspartnern ausgenommen wurden;

- die Finanzierung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (Innovationen) gemäß § 6 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz;

- Möglichkeit zur Vereinbarung krankenhausesindividueller Zusatzentgelte für hochspezialisierte stationäre Leistungen;

- zeitlich befristete Ausnahmen „besonderer Einrich-

## Ganz im Sinne der Erfinder

Die Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung ist – nach Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium – zum 1. Januar 2006 in Kraft getreten. Grundelemente, die Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) beim einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (QM) zu beachten haben, liegen damit endgültig vor. Während die einen die vage formulierten Anforderungen an ein QM begrüßen, hegen andere Zweifel an den Vorgaben.

Was lange währt, wird endlich gut, mögen sich viele Anbieter von QM-Systemen nach einem ersten Durchlesen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gedacht haben. Der G-BA war im Zuge der letzten Gesundheitsreform vom Gesetzgeber dazu verpflichtet worden, die Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM (§ 135 a SGB V) festzulegen. Diese Anforderungen fielen, so drückte es der G-BA nach der Veröffentlichung seines Beschlussentwurfs zur QM-Richtlinie aus, „im Hinblick auf bestehende Qualitätsmanagementsysteme neutral“ aus und ließen „individuelle Gestaltungsspielräume“ zu.

Das heißt konkret: Die Richtlinie setzt lediglich einen Rahmen für ein QM, verzichtet auf Sanktionen im Fall der Nicht-Einführung, verzichtet zudem (vorerst) auf die Pflicht zur Zertifizierung und darauf, einzelne zur Einführung eines QM besonders geeignete QM-Systeme zu benennen. Erst nach Ablauf von fünf Jahren, heißt es aus dem G-BA, wird darüber entschieden, ob einzelne Systeme sich geeigneter erweisen als andere und ob Sanktionen

tatsächlich erforderlich sind. In der Zwischenzeit müssen bestehende QM-Systeme sich lediglich an gewissen „Grundelementen“ ausrichten: Sie sollten Patientensorientierung nachfragen und eine geregelte Praxisführung. Dazu sind Instrumente wie Patientenbefragungen, Checklisten, ein Beschwerdemanagement oder qualitätsbezogene Dokumentationen zu nutzen.

Der Zeitplan, der Ärzten, Psychotherapeuten und MVZ in der Richtlinie vorgegeben wird, fällt ebenso großzügig aus: Erst 2009 – also vier Jahre nach Inkrafttreten der

### Internetadressen zum QM

[www.q-m-q.de](http://www.q-m-q.de)  
[www.praxisassessment.de](http://www.praxisassessment.de)  
[www.aezq.de](http://www.aezq.de)  
[www.praxisiegel.de](http://www.praxisiegel.de)  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Richtlinie – muss das QM vollständig eingeführt sein. Bis dahin sollen Ärzte und Psychotherapeuten zunächst zwei Jahre darauf verwenden, ihren Ist-Zustand der Praxis zu bewerten und Ziele für den Aufbau eines QM festzulegen. In längstens zwei weiteren Jahren soll es an die konkrete Umsetzung und Analyse des QM gehen. Innerhalb eines weiteren Jahres sollen die Betroffenen bewerten, ob sie die Grundelemente und die Instrumente erfolgreich eingesetzt haben. In den Jahren darauf ist das QM kontinuierlich weiterzuentwickeln.

So weit, so gut – vor allem für die auf dem Markt befindlichen Anbieter. So heißt es beispielsweise aus der

KV Westfalen-Lippe, die seit 2000 das QM-System „KPO“ (KVWL Praxis Qualitätsmanagement) anbietet: „Mit der Ressource Arztzeit wird im Sinne des Gesamtprozesses sehr schonend umgegangen.“ Es sei zudem sinnvoll, sich nicht unmittelbar auf ein bestimmtes System oder eine Pflicht zur Zertifizierung festzulegen, weil man das gesamte Vorgehen zunächst evaluieren wolle, so Jörg Otte, bei der KVWL für QM zuständig, gegenüber A+S aktuell. Der Leiter des Göttinger Aqua-Instituts (Institut für angewandte Qualitätsförderung) Prof. Joachim Szecsenyi, argumentiert ähnlich. Qualitätsmanagement sei immer auch eine Frage der Einstellung, des professionellen Selbstverständnisses und der Kultur der Praxis. „Von daher könnte zuviel Druck von oben kontraproduktiv sein“, meint Szecsenyi.

Ebenso unproblematisch scheint es aufgenommen zu werden, dass der G-BA vorerst auf eine Zertifizierungspflicht verzichtet. Robert Amhof beispielsweise, bei der Bertelsmann-Stiftung für den Bereich Gesundheit zuständig, sieht Zertifizierungen „nicht als Garant für ein gutes Qualitätsmanagement“, vor allem dann nicht, wenn sie nur das bloße Einführen eines QM bescheinigen, ohne bestimmte Erfolgskriterien erfüllen zu müssen. Dabei erweckten gerade die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung von Juni 2005 zum Thema QM einen anderen Eindruck. Damals hatte die Befragung von 1500 repräsentativ ausgewählten Personen ergeben, dass Versicherte von einer zertifizierten Praxis immer auch einen bestimmten Qualitätsstandard erwarten.

Nicht zuletzt hält die Richtlinie durch ihre vagen Vorgaben das, was der G-BA bereits im Vorfeld versprochen hat: Änderungen an den bestehenden QM-Systemen sind, wenn überhaupt, nur in Einzelfällen und in sehr geringem Umfang notwendig. „Glück“ hatte hierbei das QEP-System (Qualität und Entwicklung in Praxen), das eine Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischen 2002 und 2004 entwickelte.

„QEP war von der später erschienenen Richtlinie von vornherein so angelegt, dass die ambulante Praxis in ihren relevanten Zielen und Abläufen vollständig abgedeckt wird“, erklärt der Leiter des KBV-Dezernats Versorgungsqualität, Dr. Bernhard Gibis, gegenüber A+S aktuell. Die jetzige Richtlinie bestätige im Nachhinein, dass die KBV mit ihrer Ausrichtung richtig gelegen habe – Nachbesserungen seien daher nicht notwendig. Von seinem System überzeugt ist auch Aqua-Instituts-Leiter Szecsenyi. Denn beim „lernenden“ Europäischen Praxisassessment (EPA) könnten die vom G-BA geforderten Verfahrensweisen und Ablaufpläne in den Bereichen erstellt werden, in denen es notwendig sei. Auch Jörg Otte von der KVWL gibt sich optimistisch: Die Entwickler von KPO befänden sich derzeit in Klausur, es seien aber nur „geringfügige Änderungen“ vorzunehmen.

Trotz so viel Einigkeit gehen die Meinungen über die Richtlinie in einem wesentlichen Punkt auseinander: darüber, wer die Einführung und Entwicklung von einrichtungsinternen QM-Systemen bewerten soll. Dazu heißt es in der Richt- ▶

linie: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen richten [...] Qualitätsmanagement-Kommissionen mit mindestens drei Mitgliedern ein.“ Diese müssten im QM besonders qualifiziert sein. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene sollten zusätzlich einen Vertreter mit entsprechender Qualifikation in die QM-Kommissionen entsenden. Die Ergebnisse der einzelnen Bewertungen sind durch die QM-Kommissionen standardisiert zu dokumentieren, so die Richtlinie. Die KV hat die Ergebnisse jedes Jahr an die KBV zu übermitteln, die sie wiederum dem G-BA zur Verfügung zu stellen hat. Einmal jährlich müssen die KVen der Richtlinie zufolge mindestens 2,5% zufällig ausgewählter Vertragsärzte dazu auffordern, ihnen den Stand ihres QM schriftlich darzulegen. Reichen die eingereichten Unterlagen für

eine Bewertung nicht aus, kommen erneut die QM-Kommissionen ins Spiel. Sie fordern den Vertragsarzt zu weiteren Maßnahmen auf oder beraten ihn bei erheblichen Problemen.

Szecsényi hält diese Besetzung für problematisch. „Man darf gespannt sein, wie sich die KVen in dem Konfliktfeld verhalten, sowohl Anbieter als auch Prüfer der von ihnen selbst verkauften QM-Systeme zu sein.“ Es werde letztlich darauf ankommen, dass in den Kommissionen vernünftige Leute mit Augenmaß sitzen und es sich nicht um „Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für KV-Mitarbeiter“ handle. Eine kritische Haltung nimmt auch die Bertelsmann-Stiftung ein. „Wenn Vertreter einer KV sowie Krankenkassenvertreter die eigenen Vertragsärzte hinsichtlich des Qualitätsmanagements bewerten sollen,

werden besondere Herausforderungen an die Neutralität notwendig“, drückt es Amhof gegenüber A+S aktuell aus. Aus Sicht der Bertelsmann-Stiftung wäre es besser gewesen, eine interessensunabhängige Institution mit der Aufgabe der Kommissionen zu betrauen – beispielsweise die (von ihr gegründete) Stiftung Praxissiegel. Das hätte sich auch mit den Wünschen der Versicherten gedeckt, wie der Bertelsmann-Gesundheitsmonitor von Juni 2005 herausfand. Für am meisten glaubwürdig, um Zertifikate über die Qualität einer Arztpraxis auszustellen, hielten die Befragten unabhängige Institutionen wie den TÜV oder Stiftungen. Die Einrichtungen der Selbstverwaltung kommen der Befragung zufolge für diese Aufgabe nicht in Frage.

Für Armin Mainz, Facharzt für Innere Medizin und Ärztliches Qualitätsma-

nagement sowie Anwender des EPA, hängt der Erfolg der Kommissionen ganz entscheidend von deren Ausgewogenheit ab. Ist dies der Fall, „könnte die Neutralität gegenüber den verschiedenen QM-Systemen sichergestellt werden“, glaubt Mainz.

Keine Zweifel an den Vorgaben zur Besetzung der QM-Kommissionen hegt die KBV: Da es sich bei den Kommissionen nicht um externe Visitatoren handle, sei diese Vorgehensweise vertretbar, findet Gibis. Von Vorteil sei außerdem, dass sich schon viele Ärzte und Psychotherapeuten um das Thema QM profund gekümmert hätten. Mit Gibis Worten: „Von Ärzten und Psychotherapeuten für Ärzte und Psychotherapeuten.“

Aus: A+S aktuell 1/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Qualitätssicherung

# Berichte aus ambulantem und stationärem Sektor

Nicht erst seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 nimmt die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eine immer bedeutendere Rolle ein. Die Ende 2005 veröffentlichten Qualitätsberichte für den ambulanten und stationären Bereich – so der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin oder der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) – verdeutlichen diese Entwicklung.

Die Leistungserbringer sind gemäß § 135a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Seit Januar 2004 gehört dazu auch, einrichtungsintern

ein Qualitätsmanagement durchzuführen, für das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erst vor kurzem die Kriterien festgelegt hat. Zudem müssen sowohl für die ambulante als auch für stationäre Versorgung Qualitätsberichte erstellt und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden (§ 136 und 137 SGB V).

Ihren zweiten Qualitätsbericht – der erste erschien 2004 – hat kürzlich die KBV vorgestellt. Er dokumentiert nach Aussagen von Dr. med. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstands der KBV, überzeugend, „was in den KVen und der KBV alles gemacht wird, um die Qualität der vertragsärztlichen Leistungen zu sichern und zu fördern.“ Die inzwischen weitgefächerten Maßnah-

men zur Qualitätssicherung bezeichnete Köhler als „ziemlich beeindruckend“. In der Tat verdeutlicht der rund 70-seitige Bericht, wie konsequent die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung verfolgt wird. Einige Beispiele:

**1.** Mehr als 30 Prozent der ambulanten vertragsärztlichen Leistungen sind genehmigungspflichtig und werden kontrolliert. Dazu zählen die Chirotherapie, die Schmerztherapie, die Kernspintomografie, Blutreinigungsverfahren oder die Computertomografie. Ärzte, die nicht über die geforderten Qualifikationen für diese gesonderten Leistungen verfügen, dürfen sie für die gesetzliche Krankenversicherung nicht erbringen. Die Kassenärztlichen

Vereinigungen führen die Qualitätssicherung durch.

**2.** Gemäß der G-BA Richtlinie zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen, die voraussichtlich 2006 in Kraft treten wird, müssen alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten schrittweise ein Qualitätsmanagement in der eigenen Praxis durchführen. Die KBV hat hierfür QEP (Qualität und Management in Praxen) entwickelt – ein Qualitätsziel-Katalog, der mögliche Verbesserungsfelder in den Teilnehmerpraxen identifizieren helfen soll.

**3.** Zur Qualitätssicherung zählt Fehlervermeidung. Orientiert am Critical Incident Reporting System (CIRS), mitentworfen von Prof. Daniel Scheidegger aus Basel, stellt die KBV allen Vertragsärzten ▶

seit Mitte 2005 das anonymisierte Fehlermeldesystem CIRSmedical zur Verfügung. Es soll helfen, mit Fehlern oder Beinahe-Fehlern offen umzugehen und aus ihnen zu lernen.

**4.** Ärzte müssen sich jährlich in 50 Unterrichtseinheiten fortbilden, um die Qualität einer hochwertigen Berufsausübung sicherzustellen. Im GKV-Modernisierungsgesetz wurden Ärzte verpflichtet, gegenüber ihrer KV ab Sommer 2009 einen Nachweis über ihre Fortbildungen zu erbringen.

**5.** Auf freiwilliger Basis und erfolgreich tragen Qualitätszirkel von mehr als 5.000 Ärztegruppen durch Erfahrungs- und Wissensaustausch zur Qualitätssicherung bei.

Auch die einzelnen KVen legen Qualitätsberichte vor – der Gesetzgeber verpflichtet sie, anders als die KBV,

sogar einmal jährlich dazu. Der jüngst von der KV Berlin veröffentlichte Qualitätsbericht zeigt, dass die Körperschaft die ihr auferlegte Verpflichtung ernst zu nehmen scheint. So unterliegt in Berlin bereits jede zweite ambulante Untersuchungs- und Behandlungsmethode einer zusätzlichen Qualitätskontrolle durch die KV, heißt es im Bericht. Im Jahr 2001, in dem die KV erstmals einen Qualitätsbericht vorlegte, wurden nur bei etwa 30 Prozent zusätzliche Qualitätskontrollen vorgenommen. „Damit sind in Berlin über 90 Prozent der Leistungen, die man entsprechend messen kann, qualitätsgesichert“, betonte KV-Vorstandsmitglied Burkhardt Bratzke. Das entspreche mehr als 1.100 unterschiedlichen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren.

Die Qualitätssicherung in

der stationären Versorgung steht der im ambulanten Bereich in nichts nach. So hat die BQS, erstmals im Auftrag des G-BA, Mitte November zum vierten Mal einen Qualitätsbericht vorgestellt. Hierin wird die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern dargestellt. Hierfür wertete die Bundesgeschäftsstelle Datensätze von mehr als 1.517 Krankenhäusern auf der Basis von 212 Qualitätsindikatoren aus – dies entspricht etwa 20 Prozent der Krankenhausleistungen. Die Krankenhäuser sind zu den Auskünften verpflichtet.

„Bedeutende Qualitätsverbesserungen“ hätten sich in den Krankenhäusern ergeben, berichtete Prof. Dr. med. Michael-Jürgen Polonius bei der Vorstellung des Berichts. Denn, so der Vorsitzende des Unterausschusses Krankenhaus im G-

BA, die Patientenversorgung habe sich nach immer mehr internationalen Leitlinien orientiert. Außerdem seien ärztliche Verfahren wie die Thromboseprophylaxe und die Antibiotikagabe in einem höheren Maß leitlinienkonform umgesetzt worden. Auch die Rate der Krankenhäuser, die ihre Ergebnisse dokumentieren, sei hoch und verweise auf gute Akzeptanz, meinte Polonius.

Der Steigerung von Qualität dienen nicht zuletzt Suchhilfen für Ärzte und Patienten wie der „AOK-Krankenhaus-Navigator“ oder das AOK „Klinik-Konsil“: denn beide Angebote zielen auf mehr Transparenz und ermöglichen Benchmarking.

Aus: A+S aktuell, 24/05  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

## Gesundheitsreform

# Die Vorschläge der Arbeitgeber

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände hat sich mit einem umfassenden Papier zu der geplanten Gesundheitsreform geäußert und dabei eindeutige und klare Vorschläge gemacht. Für die Internisten in Praxis und Krankenhaus ist es wichtig zu wissen, wo die deutschen Arbeitgeber ihre Akzente in der Gesundheitsreform setzen, da sie in der Organisationsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung (Primärkassen) ein gewichtiges Wörtchen mit zu reden haben.

Zunächst wird in dem Papier erklärt, warum man für eine umfassende Reform und nicht für eine Weiterschreibung des derzeitigen Systems eintritt. Die Behauptung, dass Deutschland die dritthöchsten Gesundheitskosten bei gleichzeitig nur mittlerer Versorgungsquali-

tät hat, stammt inzwischen aus der Mottenkiste. Die Studie von Prof. Fritz Beske, die alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen beeindruckt hat, ist offensichtlich nicht bei den Arbeitgeberverbänden angekommen.

Bei den Vorschlägen steht der Wettbewerb im Gesundheitswesen ganz im Vordergrund. Man fordert das Einkaufsmodell für die Krankenkassen unter der Flagge der so genannten Vertragsfreiheit und stellt ausdrücklich fest, dass der Sicherstellungsauftrag bei den Krankenkassen abgegeben werden soll. Eine Kassenärztliche Vereinigung als Exponent der Kollektivverträge hat in diesem System keinen Platz mehr.

Man will die Eigenverantwortung der Versicherten durch eine Selbstbeteiligung steigern und denkt dabei

unter anderem an eine Beteiligung des Patienten bei jedem Arztbesuch in Höhe von 5 Euro. Man geht damit weit über die derzeit gültige Praxisgebühr hinaus. Das Sachleistungsprinzip soll ausgehöhlt werden, indem die Krankenkassen zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen können. Hintergrund für die Kostenerstattung ist eine vermehrte Transparenz der Leistungserbringung und der Rechnungsstellung.

Man fordert gleichzeitig den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, endlich dafür zu sorgen, dass weniger Leistungen im System finanziert werden müssen, und pocht auf eine Basissicherung mit Kernleistungen, die dort definiert werden soll.

Bei der Finanzierung des Systems nähert man sich sehr dem CDU-Vorschlag der

Gesundheitsprämie an und modifiziert es entsprechend den Rürup-Vorschlägen. Man glaubt, dass man mit einer monatlichen Pauschale von durchschnittlich 180 Euro und einem Sozialausgleich über den Steuerzahler das Problem in den Griff bekommen kann. Die Nachhaltigkeit der Finanzierungsreform soll durch kapitalgedeckte Risikovorsorge abgesichert werden.

Insgesamt handelt es sich um einen radikalen Vorschlag, der die Lohnnebenkosten ausbremsen soll. Dies geschieht nach Vorstellung der Arbeitgeber dadurch, dass das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer reduziert wird und dass durch einen Wettbewerb im Gesundheitswesen Druck auf die Leistungsanbieter gemacht wird. HFS

## Es wird an Symptomen herumgedoktert

Die Große Koalition hat sich tatsächlich vorgenommen, im Jahre 2006 eine Gesundheitsreform auf den Weg zu bringen, obwohl die Meinung über die Finanzierung und die Reformen an den Strukturen immer noch weit auseinander gehen. Insbesondere die Finanzierungsproblematik, die sich an den Begriffen Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie festmacht, ist von

senaufgabe, denn Gesundheitspolitik ist auch Gesellschaftspolitik im weitesten Sinne. Wie weit wird der Patient weiterhin in diesem System gesteuert, oder wird er in Zukunft mehr Freiheit der eigenen Entscheidung zugewilligt bekommen?

Bei den angekündigten Beitragserhöhungen der Krankenkassen besteht akuter Handlungsbedarf. Es fehlt deshalb die notwendige

wird man sich von der Wettbewerbssituation weiter entfernen und den staatlichen Eingriff auch bei der Arzneimittelindustrie verstärken? Die Vertragsärzte können weiter damit rechnen, dass auf sie noch mehr Druck ausgeübt wird, billiger zu verordnen. Sie dürfen also weiterhin die medizinische Begründung beim Patienten für die Arzneimittelrationierung abgeben, die sich merk-

Die Krankenhäuser machen ihren Einfluss dahingehend geltend, dass hier eine Finanzierungsvorgabe möglicherweise entsprechend der 1%-Regel bei der Integrierten Versorgung eingeführt wird.

- Die Integrationsverträge und die Medizinischen Versorgungszentren werden an bestimmten Stellschrauben verändert, um ihre Akzeptanz in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu erhöhen. Hier werden Ansätze, die Grenze ambulant/stationär aufzuweichen, zu erwarten sein.

- Die Selbstverwaltung in Gestalt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen ist momentan nicht in der Lage, die Regelleistungsvolumina zeitgerecht umzusetzen. Dies bedeutet, dass die unglückselige Situation nach Einführung des EBM 2000 plus mit den zahlreichen unterschiedlichen Honorarverteilungsverträgen in den Länder-KVen und der damit verbundenen unterschiedlichen Vergütung der Arztgruppen von KV zu KV bestehen bleiben wird. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat deshalb bereits die Selbstverwaltung kritisiert, dass sie ihre Hausaufgaben nicht erledigt hat. Das Unvermögen, im Bewertungsausschuss zu einer Lösung dieses Problems zu kommen, ist eine Steilvorlage für das Bundesgesundheitsministerium, Alternativlösungen der Vergütung durch ein unabhängiges Institut voranzutreiben. Schmidt wird mit Sicherheit die Gelegenheit nutzen, ihre früheren Pläne wieder aufleben zu lassen, die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wegzunehmen, um einen unabhängige ▶



„Tag der Ärzte“ in München

Foto: KS

ganz entscheidender Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung, da ein großer Teil der zur Zeit bestehenden Schwierigkeiten durch ein Einnahmeproblem ausgelöst ist. Wenn man die Defizite der gesetzlichen Krankenversicherung mit ihren Beitragserhöhungen auf der einen Seite beklagt, muss man auf der anderen Seite auch bereit sein, die Einnahmen der Krankenversicherung und den Leistungskatalog aufeinander abzustimmen. Dies ist wahrlich eine Rie-

Zeit, um eine große Reform vorzubereiten. Es verdichten sich nach den Aussagen der Bundeskanzlerin Angela Merkel inzwischen die Zeichen, dass eine Art kleine Lösung vor dem großen Wurf in der ersten Hälfte des Jahres auf den Weg gebracht wird. Kurzum, es wird wie in den vergangenen Jahren an den Symptomen herumgedoktert. Einige vorgesehene Gesetzesänderungen haben sich bereits herumgesprochen.

Zuerst wird es um die Arzneimittelkosten gehen. Wie

lich verschärft wird.

- Es wird eine vorsichtige Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Versorgung geben, wobei eine Neustrukturierung des § 116b wahrscheinlich ist. Die Umsetzung dieses Paragraphen ist vor allem an seiner fehlenden Finanzierungsvorgabe gescheitert. Die Krankenkassen sind eben nicht bereit, bei der zurzeit möglichen ambulanten Versorgung noch zusätzliches Geld für die Krankenhäuser über die ambulante Schiene bereitzustellen.

Organisationsstruktur ähnlich dem Bundesausschuss auch in dieser Frage aufzubauen. Ob diese Gedanken aber bereits kurzfristig in Gesetzesform umgesetzt werden können, ist eher zweifelhaft. Insgesamt gesehen ist da-

mit zu rechnen, dass auch bei den vorgesehenen kleinen Schritten die Krankenkassen gestärkt, die Staatsmedizin gefördert und die derzeitigen Strukturen der Selbstverwaltung weiter entmachtet werden. Hier wird die Handschrift des

Partners SPD in der Großen Koalition zunehmend sichtbar. Die SPD reklamiert immer mehr die Gesundheitspolitik als ihr Operationsfeld in der Großen Koalition, auf dem sie beim Wähler punkten kann. Wir werden darauf achten müssen, ob

durch die jetzt geplanten Gesetzesänderungen nicht bereits Vorgaben für die große Reform präjudiziert werden. Hier muss die CDU darauf achten, dass sie bei der gesundheitspolitischen Diskussion nicht unter die Räder kommt.

HFS

## Integrationsversorgung

### Die Mini - KV im Kinzigtal

35 Haus- und Fachärzte im Kinzigtal (Schwarzwald) haben ihre Netzstruktur dazu benutzt, einen Integrationsvertrag mit der AOK Baden-Württemberg abzuschließen. Dabei geht es um eine so genannte Integrierte Vollversorgung, bei der die Ärzte für die gesamte ambulante Versorgung das Sicherstellungsrisiko übernehmen. Betroffen sind nach Angaben der AOK etwa 30 000 Versicherte, für die 50 Mio. EUR bereitgestellt werden. Die AOK hat sich sofort beeilt klarzustellen, dass sie mit einem Einsparvolumen von 10 – 20% rechnet und dass man bereit ist, daran die Ärzte zu beteiligen.

Ein solches Projekt setzt eine völlig neue Verwaltungsstruktur voraus, so dass die 35 Haus- und

Fachärzte im Kinzigtal eine Managementgesellschaft gegründet haben, um die Patienten zu versorgen und mit der AOK abzurechnen.

Kritisch muss man dazu anmerken, dass man offensichtlich im Kinzigtal bereit ist, eine Art Mini-KV mit allen Risiken der Honorarverteilung, der Arzneimittelkosten und der Morbidität mit einer Einzelkasse, nämlich der AOK, zu gründen. Dabei muss man bedenken, dass eine solche Klein-KV nicht den breiten Rücken der großen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung hat, mit dem man über Querfinanzierung, auch einzelnen, kleinen Gruppen wieder Geld zur Verfügung stellen kann. Dass die KV in der jetzigen Situation trotz der vergleichsweise großen,

zur Verfügung stehenden Geldmenge nicht mehr in der Lage ist, eine befriedigende Honorarverteilung auf die Beine zu stellen, zeigt, welche schwierige Aufgabe man sich im Kinzigtal vorgenommen hat. Wie will man ein Einsparvolumen von 10 – 20% realisieren, wenn man nicht mehr als das derzeitige Geldvolumen zur Verfügung hat.

Interessant dürfte es auch sein, was passiert, wenn zum Beispiel die Morbidität einzelner Versicherter die finanziellen Möglichkeiten der Mini-KV übersteigt. Was passiert zum Beispiel, wenn im Kinzigkreis ein Bluter behandelt werden muss? Man kann nur hoffen, dass die Ärzte dort sich bei der Münchner Rück abgesichert

haben.

Der AOK kann man zu diesem Vertrag nur gratulieren. Ihr ist es gelungen, einen Integrationsvertrag abzuschließen, wobei sie die Zwangsmittel Budget und Sicherstellung auch in diese Versorgungsform hinübergerettet hat. Die Freiheit der Ärzte, bei der IV-Versorgung durch die Übernahme des Fallzahlrisikos durch die Krankenkassen bei den üblichen Integrationsverträgen, haben die Kolleginnen und Kollegen aus dem Kinzigtal leider nicht genutzt.

Man kann nur hoffen, dass man sich mit den Einsparvolumina bei den Ärzten nicht genauso verrechnet hat wie die Barmer Ersatzkasse bei ihrem Hausarztvertrag.

HFS

## Gemeinsamer Bundesausschuss

### Probleme mit dem Wissenschaftsbegriff

Zurzeit findet im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Diskussion statt, die von Urteilen des Bundessozialgerichtes und des Bundesverfassungsgerichtes ausgelöst worden ist. Der Bundesausschuss entscheidet auf der Basis der evidenzbasierten Medizin, ob eine Methode in die ambulante oder stationäre Versorgung eingeführt wird. Kommt es zu einer Einzelfallkonstellation, die dort nicht


abgebildet wurde, lehnen die Krankenkassen in der Regel die Erstattung mit der globalen Begründung ab, dass hier eine Entscheidung des Bundesausschusses noch nicht stattgefunden hat. Diese Praxis steht zur Zeit vor Gericht auf dem Prüfstand. Dort hat man sich die Mühe gemacht, die Entscheidungspraxis des Gemeinsamen Bundesausschusses auf ihre Tauglichkeit bezüglich Einzelfallentscheidungen und

selteneren Krankheiten hin zu überprüfen.

Dabei tut sich ein riesiges Problem auf. Die Justiz hat offensichtlich große Schwierigkeiten mit dem Wissenschaftsbegriff, was sich besonders auf die Bewertung der evidenzbasierten Medizin bezieht.

Die evidenzbasierte Medizin ist keine Wissenschaft an sich, sondern nur eine Beschreibung und Klassifikation vorhandener wissenschaft-

licher Ergebnisse. Die evidenzbasierte Medizin kennt nicht nur so genannte RCTs (Randomisierte kontrollierte Studien) auf höchstem statistischen wissenschaftlichen Niveau. Bei ihr gibt es auch die einfache Expertenmeinung, mit der man im Prinzip jeden Einzelfall, auch wissenschaftlich, definieren kann, wenn er nur irgendwo publiziert ist.

Man darf die evidenzbasierte Medizin als reine 

Nomenklatur zur Beschreibung wissenschaftlicher Ergebnisse nicht mit der Wissenschaft selbst wechseln.

Nicht nur bei den Richtern, sondern auch bei vielen Ärzten und Beteiligten im Gesundheitswesen liegt ein großer Irrtum vor, wenn man

glaubt, dass nur eine hohe Evidenz eine Entscheidung des Bundesausschusses auslösen kann. Natürlich wird jeder versuchen, eine Studie zu finden, die eine Methode auf höchstem wissenschaftlich-statistischem Niveau belegen kann. Es gibt aber zahlreiche Beispiele,

wo der Bundesausschuss auf niedriger Evidenzstufe zum Beispiel der Expertenmeinung positiv entschieden hat. Der Bundesausschuss muss in Zukunft nur öffentlich machen, welche wissenschaftliche Evidenz bei den Untersuchungen gefunden wurde, und muss dann sehr

genau begründen, wenn er Entscheidungen auf einer niedrigen Evidenz positiv oder negativ getroffen hat. Es scheint nötig zu sein, in der Öffentlichkeit etwas mehr Propädeutik bezüglich Wissenschaft und evidenzbasierte Medizin zu treiben.

HFS

## Bundesverfassungsgericht (BVG)

# Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde gegen Verweigerung der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethode

BVG Beschluss vom 06.12.2005 – 1 BvR 347/98

Die Verfassungsbeschwerde des 18-jährigen Beschwerdeführers, der an einer seltenen, lebensbedrohlichen Krankheit leidet, gegen die Weigerung der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Kosten einer so genannten neuen Behandlungsmethode aufzukommen, war erfolgreich. Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hob das angegriffene Urteil des Bundessozialgerichts auf, das eine Leistungspflicht der Krankenkasse verneinte. Es sei mit der grundgesetzlich garantierten allgemeinen Handlungsfreiheit, dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht auf Leben nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf

besteht. Die Sache wurde zur erneuten Entscheidung an das Bundessozialgericht zurückverwiesen.

### Sachverhalt:

Der Beschwerdeführer war von 1992 bis 1994 in einer Ersatzkasse als Familienangehöriger versichert. Er leidet an der Duchenne'schen Muskeldystrophie. Diese Krankheit tritt ausschließlich beim männlichen Geschlecht auf, und zwar mit einer Häufigkeit von 1:3.500. Die Krankheit manifestiert sich in den ersten Lebensjahren; ihr prognostizierter Verlauf ist fortschreitend. Mit dem Verlust der Gehfähigkeit ist normalerweise zwischen dem 10. und 12. Lebensjahr zu rechnen; es tritt zunehmend Ateminsuffizienz auf. Die Krankheit äußert sich auch in Wirbelsäulendehformierungen, Funktions- und Bewegungseinschränkungen von Gelenken sowie in Herzmuskelerkrankungen. Die Lebenserwartung ist stark eingeschränkt. Üblicherweise wird nur eine symptomorientierte Behandlung durchgeführt. Bislang gibt es keine wissenschaftlich anerkannte Therapie, die eine Heilung oder eine nachhaltige Verzögerung des Krankheitsverlaufs bewirken kann.

Seit September 1992 befindet sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei einem Facharzt für Allgemeinmedizin. Bei dieser Behandlung werden neben Thymuspeptiden, Zytoplasma und homöopathischen Mitteln hochfrequente Schwingungen angewandt. Bis Ende 1994 hatten die Eltern des Beschwerdeführers dafür einen Betrag von 10.000 DM aufgewandt. Die Ärzte der Orthopädischen Klinik der Technischen Hochschule A. und eine mitbetreuende Ärztin hielten den bisherigen Krankheitsverlauf für günstig. Seit Herbst 2000 ist der Beschwerdeführer, der eine öffentliche Schule besucht, auf einen Rollstuhl angewiesen. Der Antrag auf Übernahme der entstandenen Kosten für die Therapie wurde von der Krankenkasse abgelehnt, da ein Therapieerfolg der angewandten Methoden wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei. Die hiergegen gerichtete Klage blieb in letzter Instanz vor dem Bundessozialgericht ohne Erfolg. Die Verfassungsbeschwerde war erfolgreich.

### Der Entscheidung liegen im Wesentlichen folgende Erwägungen zu Grunde:

Die Entscheidung des Bun-

dessozialgerichts steht nicht im Einklang mit dem Grundgesetz.

Es ist mit Art. 2 Abs. 1 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter bestimmten Voraussetzungen einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen. Dabei muss allerdings die vom Versicherten gewählte Behandlungsmethode eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf versprechen. Für die Behandlung der Duchenne'schen Muskeldystrophie steht gegenwärtig allein ein symptomatisches Therapiespektrum zur ▶

Verfügung. Eine unmittelbare Einwirkung auf die Krankheit und ihren Verlauf mit gesicherten wissenschaftlichen Methoden ist noch nicht möglich.

Die angegriffene Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch das Bundessozialgericht ist in der extremen

Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr auch nicht mit der Schutzpflicht des Staates für das Leben zu vereinbaren. Übernimmt der Staat mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehört die Vorsorge in Fällen einer lebensbe-

drohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung unter den genannten Voraussetzungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderten Mindestversorgung.

In derartigen Fällen haben daher die im Streitfall vom Versicherten angerufenen Sozialgerichte zu prüfen, ob

es für die vom Arzt nach gewissenhafter fachlicher Einschätzung vorgenommene oder von ihm beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Heilerfolg oder auch nur auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall gibt.

Bundesverfassungsgericht  
Pressemitteilung Nr. 126/2005, 16.12.2005

KBV-Vorsitzender Köhler

## „Solidaritätsprinzip zukunftsfest machen“

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, hat sich in die Diskussion über das Solidaritätsprinzip und die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschaltet. Er weist vor allem darauf hin, dass seine Vorschläge von Altersrückstellungen der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht auch automatisch ältere Versicherte mehr belasten müssten. Es ist erfreulich, dass sich der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in die Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik einschaltet und damit demonstriert, dass die Kassenärztliche Vereinigung auch über ihren Tellerrand hinaus blicken kann.

der Finanzierung des Versicherungsschutzes der GKV-Versicherten“ (im Internetauftritt der KBV unter [www.kbv.de/publikationen/7131.html](http://www.kbv.de/publikationen/7131.html) herunter ladbar).

Aus diesem Grunde müssen wir jetzt mit einer Nachhaltigkeitsdiskussion beginnen, um das Solidaritätsprinzip

Generation. Denkbar wären beispielsweise die durchschnittlichen Krankheitskosten je Altersjahrgang als Rechengrundlage.

Das heißt übrigens nicht, dass deshalb automatisch ältere Versicherte mehr bezahlen müssen als heute.

ben. Entlastungen wären beispielsweise durch Steuersubventionen möglich. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle nur mit gestaffelten Beiträgen ermöglichen können. Außerdem müssen wir die Zahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung von den Lohnkosten entkoppeln. Der Arbeitgeberbeitrag sollte fixiert, die Eigenverantwortung der Patienten ausgedehnt werden.

Die demographische Entwicklung ist eine Tatsache. Wir müssen lernen, damit umzugehen. Derzeit finanzieren vier Arbeitnehmer mit ihren Beiträgen einen Rentner. Demnächst werden es drei sein. Das kann auf Dauer nicht funktionieren. Wenn wir den Faktor „Nachhaltigkeit“ in der Finanzierung nicht berücksichtigen, so tun wir dies auf Kosten der kommenden Generationen. Auch wenn die anstehende Diskussion kontrovers geführt werden wird, im Interesse der nachfolgenden Generationen müssen wir uns ihr stellen. Es mag sein, dass das alles nach einer bitteren Medizin schmeckt. Doch die Fragen müssen gestellt werden. Das sind wir uns, vor allem aber unseren Kindern und Enkeln schuldig.

HFS

Die Fakten liegen auf dem Tisch: Die gesetzliche Krankenversicherung ist dauerhaft nicht finanzierbar. Unsere Gesellschaft wird immer älter. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Jüngeren ab, die einen Beruf haben und in die solidarische Krankenversicherung einzahlen. Das bedeutet: Wir häufen Schuldenberge auf Kosten künftiger Generationen an. Nachgewiesen hat dies erst jüngst das Gutachten „Stärkung der Nachhaltigkeit in

zukunftsfest zu machen. Dazu brauchen wir mehrere Tarife, die Alter und Krankheitsrisiko der Versicherten berücksichtigen. Zusätzlich brauchen wir Altersrückstellungen innerhalb einer

Es geht nicht um einen Aufschlag auf die aktuellen Beitragssätze, sondern um ein anderes Finanzierungssystem. Natürlich muss die Krankenversicherung für alle Bürger bezahlbar blei-



## Beiträge: Nächste Erhöhungsrunde eingeläutet

Zwei gute Nachrichten: Die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) hat sich in den vergangenen beiden Jahren verbessert. Zudem können die Vorstände keine überzogenen Gehälter mehr kassieren. Die schlechte Nachricht: Für Millionen Versicherte steigen 2006 die Beiträge.

Ende September 2005 waren 65% der rund 260 Krankenkassen schuldenfrei, berichtet das Bundesgesundheitsministerium (BMG). 2003 seien dagegen noch mehr als zwei Drittel der 322 Kassen verschuldet gewesen. „Viele Krankenkassen haben in den vergangenen zwei Jahren ihre Beitragsätze gesenkt, über 35 Millionen Versicherte profitieren davon. Schritt für Schritt konnten die Schulden abgebaut werden“, erklärte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in Berlin und befand: „Das ist ein Erfolg und eine gute Ausgangsbasis für die Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung, die wir 2006 planen.“

Schmidt zog insgesamt eine positive Bilanz der Gesundheitsreform von 2003. Neue Regelungen hätten „verkrustete Strukturen verändert“. In die derzeit 6100 Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke, den so genannten Disease-Management-Programmen (DMP), hätten sich rund 1,9 Millionen Versicherte eingeschrieben. Außerdem waren bis vergangenen September laut Schmidt rund 1400 Verträge zur integrierten Versorgung unterzeichnet worden. Dahinter verbergen sich Kooperationen von Kliniken, niedergelassenen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen. Sie sollen eine bessere und wirtschaftlichere Versorgung von Patienten ermöglichen.

In elf Bundesländern können Versicherte am Hausarztssystem teilnehmen. Außerdem seien Bonusprogramme weit verbreitet, bei denen Versicherte Zuzahlungen ihrer Kassen erhalten, wenn sie zum Beispiel an einer Rückenschule teilnehmen, sich in einem Fitnessstudio anmelden oder einen Rauchentwöhnungskurs absolvieren.

Während die Kassen im vergangenen Jahr vier Milliarden Euro Überschuss erwirtschafteten, wird in diesem Jahr mit rund zwei Milliarden Euro gerechnet. Zwar seien die Ausgaben für Arzneimittel gestiegen, sagte Schmidt, aber die Reformen wirkten. Das Wegbrechen sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse verursache jedoch ein Minus von sechs Milliarden Euro, das nicht mit Einsparungen ausgeglichen werden könne. Die Kosten für Arzneimittel werden nach Schätzung der Betriebskrankenkassen im gesamten Jahr 2005 bei 17,2% liegen. Das ist etwas weniger, als zur Jahresmitte befürchtet.

### Stopp für Vorstandsbezüge

Einen kleinen, aber symbolträchtigen Schritt zur Stabilisierung der Kassenfinanzen haben auch die Aufsichtsbehörden in Bund und Ländern getan. Sie verabschiedeten neue Leitlinien, die das Bundesversicherungsamt (BVA) den Kassen nun zustellt. Darin werden die Bezüge von Krankenkassenvorständen begrenzt. Bei kleineren Kassen seien das rund 120 000 Euro im Jahr, bei mittleren Kassen rund 150 000 und bei großen Kassen bis zu 200 000 Euro, berichtete die „Bild“-Zeitung. „Wer sein Geld als öffentlich-rechtlicher Bediensteter aus Zwangsbeiträgen verdient, ist den

Versicherten gegenüber zum wirtschaftlichen Umgang mit dem Geld verpflichtet“, sagte der Präsident des Bundesversicherungsamts, Rainer Daubenbüchel, dem Boulevardblatt. Nach den neuen Leitlinien dürfen Vorstände grundsätzlich nur noch für eine Kasse arbeiten. Erfolgsprämien sollen nur noch nach objektiven, nachvollziehbaren Kriterien vergeben werden. Übergangsgeld nach Ablauf der Amtszeit gilt allenfalls für sechs Monate als vertretbar. Pensionen werden auf höchstens 7000 Euro im Monat begrenzt.

Die Bundesregierung begrüßte die neuen Richtlinien. Sie seien eine gute Grundlage für eine transparente Veröffentlichung der Vorstandsbezüge, die zum Stichtag 1. März im Bundesanzeiger vorgeschrieben ist. Hintergrund der Beschlüsse ist ein Streit um hohe Vorstandsbezüge bei einigen Krankenkassen im vergangenen Jahr. Beispielsweise soll der Chef der IKK Schleswig-Holstein durch mehrere Posten 272 000 Euro im Jahr erhalten haben. Die Verwaltungsräte der Kassen und die Aufsichtsbehörden müssen sich den neuen Richtlinien zufolge am Vergleich zwischen den Krankenversicherungen orientieren. Die Vorstandsgehälter in der Privatwirtschaft und die Besoldung im öffentlichen Dienst seien kein Maßstab, befand das BVA.

Trotz der insgesamt guten finanziellen Lage der GKV haben rund vier der 51 Millionen Versicherten ab Januar 2006 mehr zu zahlen: 13 der derzeit knapp 260 gesetzlichen Kassen seien gezwungen, ihre Beiträge zu erhöhen, sagte Gesundheitsministerin Schmidt. Die überwiegende Mehrheit halte die Sätze 2006 stabil. Für 2007 rechnen allerdings

viele Experten mit einer Erhöhungswelle. Hintergrund ist unter anderem, dass ein derzeitiger Steuerzuschuss von 4,2 Milliarden Euro ab 2007 wieder abgebaut werden soll.

Zum Jahreswechsel haben inzwischen vier Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK) und acht Betriebskrankenkassen ihre Beiträge erhöht. Den stärksten Anstieg gibt es bei der AOK Schleswig-Holstein. Hier klettern die Beiträge um 0,8 Punkte auf 14,4%. AOK-Vorsitzender Hans-Jürgen Ahrens verteidigte die Erhöhungen als Notmaßnahme, um fortbrechende Einnahmen wettzumachen. Zahlen der Krankenkassen für die ersten neun Monate 2005 zeigen, dass die Ausgaben der Ortskrankenkassen schneller stiegen als bei anderen Kassen. Für Arzneimittel zahlten die AOKen von Januar bis September 19,8% mehr, die Betriebskrankenkassen dagegen nur 18,7%. Die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung nahmen bei den AOKen um 3,3% zu, bei den Ersatzkassen nur um 2,8%.

Die aktuellen Probleme der Krankenkassen, die zu höheren Beiträgen führten, „sind zum großen Teil hausgemacht“, kommentierte Verbraucherschutzminister Horst Seehofer (CSU) die Entwicklungen. „Wenn die Gesundheitsreform so umgesetzt worden wäre, wie 2003 beschlossen, gäbe es keinen Anlass für Beitragssteigerungen“, sagte er dem Magazin „Der Spiegel“. Seehofer warf Ulla Schmidt vor, die enormen Preissteigerungen bei Arzneimitteln nicht verhindert zu haben.

## Gespenst der Bürgerversicherung noch nicht gebannt

Die private Krankenversicherung sieht die Gefahr, dass ihr durch die Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung systematisch das Wasser abgegraben wird, noch längst nicht gebannt. Es sei absehbar, dass die große Koalition keine Radikalreformen im Gesundheitswesen durchsetzen werde. Positiv zu bewerten sei auch, dass im Koalitionsvertrag keine weitergehenden Detailentscheidungen im Hinblick auf die Neugestaltung der Krankenversicherung und Pflegeversicherung getroffen worden seien.

Frühzeitig sei absehbar gewesen, so der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Reinhold Schulte, Generaldirektor der Signal Krankenversicherung a.G., Dort-

mund/Köln, dass die beiden extremen Reformoptionen „Bürgerversicherung“ und „solidarische Gesundheitspauschale“ nicht politisch durchsetzbar sind. Andererseits werde Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) nicht müde, über ihre sozialdemokratischen Mitstreiter einen Einstieg in die Bürgerversicherung durch die Hintertür zu propagieren. Schulte wertet die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu Beginn des Jahres 2004 als eine Marktbedrohung für die private Krankenversicherung und eine Verbreiterung der Trasse in Richtung Einheitsversicherung. Schulte kritisiert die Absichten von Ulla Schmidt, die

Gestaltungsprinzipien, die Honorierungssysteme und die Formen der Leistungsgewährung in der gesetzlichen mit denen der privaten Krankenversicherung gleichzuschalten. Es sei unredlich zu suggerieren, die Risikostrukturen in der privaten Pflegeversicherung seien per se günstiger als in der sozialen Pflegeversicherung. Tatsächlich nehme die Zahl der Leistungsempfänger in der privaten Pflegeversicherung prozentual stärker als in der sozialen Pflegeversicherung zu. Die größte Versicherungsgruppe, die Beamten, hätten ein überdurchschnittliches Inanspruchnahmeverhalten und eine höhere Lebenserwartung als gesetzlich Versicherte.

Die private Pflegeversicherung und deren Alterungs-

rückstellungen von inzwischen 14 Millionen Euro zu einem solidarischen Risikostruktur-beziehungsweise Finanzausgleich zugunsten der finanziell Not leidenden sozialen Pflegeversicherung heranzuziehen, sei finanzpolitisch ein Nullsummenspiel, weil der Entlastungseffekt für die soziale Pflegeversicherung marginal sei.

Im Herbst 2005 hat der Verband der privaten Krankenversicherung bei Prof. Dr. jur. Otto Depenheuer, Universität zu Köln, ein Rechtsgutachten eingeholt, das eine entschädigungslose Enteignung und eine Fusion der privaten mit der sozialen Pflegepflichtversicherung als grundgesetzwidrig wertet.

Aus: A+S aktuell 3/06  
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
Kaiser-Friedrich-Str. 90  
10585 Berlin

Vorstandssitzung am 14./15.01.2006

## Das Profil des Internistenverbands

Nur wenige Tage vor dem bundesweiten Protest am „Tag der Ärzte“ (18. Januar 2006) traf sich der Vorstand des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.) gemeinsam mit den Ehrenpräsidenten Dr. Gerd Guido Hofmann und Dr. Hartmuth Weinholz in der Berliner Dependence zu einer zweitägigen Klausursitzung. Sie sollte zur Neuausrichtung des BDI und zur Kursbestimmung genutzt werden. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack betonte, dass es jetzt für die Ärzteschaft entscheidend sei, eine Koalition mit ihren Patienten zur besseren Positionierung der Ärzteschaft, für eine optimale Patientenversorgung und für ein funktionsfähiges Gesundheitswesen zu gründen.

Das Ergebnis der intensiven Diskussion schlug sich in

grundlegenden Beschlüssen nieder:

- **Der BDI vertritt auch weiterhin die Interessen aller Internisten – auch der hausärztlich tätigen Internisten.**

- **Der Vorstand bestätigt die Definition der Inneren Medizin, wie sie aus dem gemeinsamen Schreiben des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. am 21. August 2002 an den Vorsitzenden von Ausschuss und Ständiger Konferenz Ärztliche Weiterbildung der Bundesärztekammer, Herrn Dr. med. H. Hellmut Koch, hervorgeht.**

- **Der Vorstand beschließt die Weiterentwick-** ➤



Stipendiat Jörg Schnakenberg mit BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack

Foto: BDI

## lung der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin erarbeiteten Definition zur Inneren Medizin.

### Erstmals Urkunde für BDI-Stipendium überreicht

Das „BDI-Stipendium“ wurde jetzt erstmals zum Sommersemester 2006 an zwei Studenten der Inneren Me-

dizin vergeben: Sebastian Rutsch, Ober-sontheim, sowie Jörg Schnakenberg, Göttingen, wurden aus rund 250 Bewerbungen ausgewählt. Jörg Schnakenberg nahm die Auszeichnung am 15. Januar 2006 in Berlin aus der Hand von BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack entgegen. Sebastian Rutsch arbeitet derzeit an seiner Doktorarbeit in den USA (s. Foto mit Stipendiat

Jörg Schnakenberg und BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack).

Das „BDI-Stipendium“ wird von diesem Jahr an einmal jährlich jeweils zum Sommersemester ausgelobt und wendet sich an alle immatrikulierten Studenten der Humanmedizin an deutschen Universitäten. Es werden nur Bewerber/innen gefördert, die in ihrem bisherigen Studienverlauf gute bis

sehr gute Leistungen erzielt haben und ihre berufliche Zukunft im Bereich „Innere Medizin“ sehen.

Eine Bewerbung ist frühestens nach dem erfolgreichen Abschluss des Physikums möglich. Die Maximalförderzeit beträgt 8 Semester, jedoch längstens 2 Semester über der Regelstudienzeit, und endet mit Erlangen des Staatsexamens. **KS**

## Krankenhäuser

# Aktionshebel Produktivität, Struktur und Integration

Brancheninsider und Analysten der Krankenhauswirtschaft, aber auch Unternehmensberater, die im stationären Sektor der Gesundheitswirtschaft aktiv sind, rechnen damit, dass kurz- bis mittelfristig 20 bis 25 Prozent der derzeit 2.157 Krankenhäuser geschlossen oder auf einen anderen sozialen Zweck umgewidmet werden müssen.

Der Strukturwandel im Sektor der Akutkrankenhäuser und die Umstellung auf mehr Leistungs- und Preiswettbewerb mit festen Fallpauschalen ab 2009 erfordert neue organisatorische Strategien der Klinikbetriebsführung. Hinzu kommt, dass der eingeleitete Systemwechsel den Kosten- und Produktivitätsdruck spürbar erhöht. Die auch in der Krankenhausberatung engagierte Unternehmensberatung McKinsey, München/Düsseldorf, rechnet damit, dass mehr als 500 Krankenhäuser infolge diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups; DRGs) kurzfristig zum Teil mit erheblichen Einnahmeausfällen rechnen müssen. Es gebe unter den Krankenhäusern Gewinner, aber auch Verlierer, so Health Consulting Dr. Reinhard Wichels vor Krankenhausmanagern Ende letzten Jahres in Düsseldorf.

Die Unternehmensberater stellen fest, dass das Spektrum der Profitabilität und Produktivität der Krankenhäuser sehr unterschiedlich ist. Dies dokumentiert sich in den Unterschieden bei der Personalproduktivität. Es sei ökonomisch sinnvoll, die personellen Ressourcen hauptsächlich auf die medizinischen Kompetenzbereiche zu konzentrieren. Gemessen an der Fallzahl je Mitarbeiter seien in der Praxis große Unterschiede zwischen produktiven und unproduktiven Krankenhäusern und Abteilungen feststellbar. Für die Versorgungsregion Berlin bei Krankenhäusern mit mehr

als 300 Betten sei festgestellt worden, dass bei der Messung der Produktivität nach Schweregraden kaum erklärbare Differenzen von bis zu 45 Prozent bestehen. Dies sei sachlich nicht zu rechtfertigen und betriebswirtschaftlich kaum erklärbar. Hier müsse angesetzt werden, um die internen Produktivitätsdefizite abzustellen.

### Personalabbau allein ist keine Lösung

Unternehmensberater Wichels rät zu drei Betriebsführungsstrategien, um die Produktivität zu optimieren:

Produktivitätssteigerung, Strukturveränderung sowie eine fach- und sektorenübergreifende Integration und Erweiterung der Krankenhäuser zu integrierten Dienstleistungszentren.

Man dürfe als Klinikmanager nicht einer Fehleinschätzung unterliegen: Es werde kaum ausreichen, Produktivitätssteigerungen allein durch Personalabbau oder eine zunehmende Arbeitsverdichtung zu erzielen, so Wichels.

Dringend abstimmungsbedürftig seien die Abläufe anhand von Qualitätsparametern. Hilfsmittel seien neben klinischen Behandlungspfaden auch Controllinginstrumente.

### Zukunftsträchtige Typen von Krankenhäusern

Nach Erfahrungen des Gutachters gibt es drei Krankentypen und optimale Betriebsgrößen, die zukunftsträchtig sind:

- kleine, hochspezialisierte Krankenhäuser mit bis zu 150 Betten und maximal drei Fachrichtungen;
- Krankenhäuser mit 200 bis 400 Klinikbetten, die eine breit gefächerte Patientenversorgung anbieten;
- Krankenhäuser der Zentral- und Maximalversorgung mit 500 bis 700 Betten, die ▶



ein breites und sehr differenziertes Spektrum vorhalten. Als eine „rare Ausnahme“ dürften Zentren mit einer Supermaximalversorgung in der Krankenhauswirtschaft Überlebenschancen haben. Kliniken mit nicht mehr als 700 Betten seien im Bereich der Schwerpunkt- und Maximalversorgung erfolgreich. Wegen der sinkenden

Verweildauer könnten Krankenhäuser in dieser Größenordnung zwischen 30 000 und 40 000 Patienten je Jahr versorgen.

Als Mittel der Wahl der Betriebsführung gilt ein prozessgerechtes Bauen bei Neu- und Umbauinvestitionen. Vor 15 Jahren wurden bei Krankenhausneubauten rund 80 Quadratmeter

Nutzfläche je Bett kalkuliert; heute werden 45 bis 50 Quadratmeter je Bett angesetzt. Folgende organisatorische Handlungsoptionen bieten sich an, um einen effizienteren Klinikbetrieb zu erzielen:

- Bildung interdisziplinärer Einrichtungen, eine aktuelle Herausforderung beim Zusammenschluss von Fachab-

teilungen zu Zentren;  
 • vorübergehende Schließung von ganzen Stationen;  
 Herstellung einer kontinuierlichen Auslastung, um Kapazitätsspitzen zu vermeiden, insbesondere zum Wochenbeginn.

Aus: A+S aktuell 2/06  
 Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
 Kaiser-Friedrich-Str. 90  
 10585 Berlin

## Rhön-Klinikum AG

# Privatkonzern als flächendeckender Vollversorger

Der nach Umsatz drittstärkste private Klinikkonzern in Deutschland, die Rhön-Klinikum AG, Neustadt an der Saale (Bayern), hat Ende 2006 seine Unternehmens- und Expansionsstrategie neu bestimmt und Weiterentwicklungen prognostiziert. Danach strebt der Konzern ein kontrolliertes Wachstum aufgrund weiterer Übernahmen an und will an jedem Klinikstandort Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen. Der Klinikkonzern betreibt bereits zwei Versorgungszentren, das erste in Bad Neustadt an der Saale.

Wie der seit 1. Juli 2005 neu amtierende Vorsitzende des Vorstandes, Wolfgang Pföhler, in einem Gespräch mit A+S aktuell betonte, setzt der Konzern weiter auf die bereits mit der Gründung des privat finanzierten Herzzentrums in Bad Neustadt umgesetzte Firmenstrategie einer flächendeckenden Vollversorgung in allen Versorgungsstufen, bis hin zur Maximal- und universitären Versorgung. Dabei ist die Marktstrategie insbesondere auf Innovation ausgerichtet.

Pföhler bezeichnete die Privatisierung des Zentralklinikums Bad Berka und des Neubaus des Klinikums Meiningen (Thüringen) als konsequente Umsetzung der Firmenstrategie, ei-

nem Krankenhaus mit einer prozessorientierten Leistungserstellung. Mit der Inbetriebnahme der ersten beiden Tele-Portalkliniken Ende November 2005 in Dippoldiswalde und im Dezember 2005 in Stolzenau wurde ein Pilotprojekt in der Gesundheitswirtschaft gestartet.

Unternehmensstrategie ist eine flächendeckende Marktabdeckung sowohl horizontal in allen Fachgebieten als auch vertikal, das heißt: in sämtlichen Versorgungsstufen, also von der Grund- und Regelversorgung über die Zentral- bis zur Maximal- und universitären Versorgung.

Rhön betreibt mit Frankfurt an der Oder ein Universitätsklinikum mit allen universitären Vorhaltungen. Rhön hat sich ebenso wie drei andere erwerbswirtschaftliche Klinikkonzerne an der öffentlichen Ausschreibung zur Übernahme und Privatisierung des vor einem halben Jahr fusionierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg beteiligt und am 17. Dezember 2005 für 112 Millionen Euro den Zuschlag durch das Land Hessen erhalten.

Langfristig will der Konzern mit Trendsetter-Krankenkassen Verträge abschließen, die auch die Sektorengrenzen besser verzahnen. Ver-

tragsgrundsatz müsse sein, dass sich die Krankenkassen verpflichten, ihre Versicherten und Patienten bevorzugt den Rhön-Kliniken zuzuleiten. Rhön würde im Gegensatz qualitätsorientierte Preise zusichern.

Zurzeit hat Rhön mehr als zwei Prozent Marktanteil, gemessen am Bettenvolumen, und betreibt 41 Krankenhäuser (bundesweit). Der Konzern strebt einen Marktanteil von acht bis zehn Prozent an (Asklepios Kliniken GmbH, Königstein-Taunusstein, hat einen Marktanteil von fünf bis sechs Prozent).

Wolfgang Pföhler, seit Januar 2006 ehrenamtlich Vizepräsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Berlin, davor Präsident der DKG, schätzt die Privatisierungschancen derzeit als günstig ein. Grund: Die leeren öffentlichen Kassen und weitere Steuer- und Abgabenerhöhungen lassen befürchten, dass der öffentliche Anteil an der Vorhaltekostenfinanzierung im Kliniksektor weiter abnimmt und unter die derzeit magische Grenze von sieben Prozent fallen wird. Kommunale Krankenhäuser werden weiter privatisiert. Für die öffentliche Hand sei der Deal in doppelter Weise interessant: Durch Veräußerungen und Privatisierung

öffentlicher Klinikträger könne die medizinische Infrastruktur verbessert werden. Indirekt werde dann der grundgesetzlich geforderte Sicherstellungsauftrag der öffentlichen Hand für die stationäre Versorgung Zug um Zug auf private Klinikbetreiber übertragen, so Pföhler. Durch die Privatisierung hätte Rhön-Klinikum bisher knapp eine Milliarde Euro an öffentlichen Fördermitteln den Ländern erspart beziehungsweise zum Neubau von Krankenhausgebäuden und zur Anschaffung von Großgeräten durch Eigenfinanzierung auf Fördermittel zum Teil verzichtet. Dies sei für die Klinikbetreiber vorteilhaft. Diese seien nicht an die Gängelung des staatlichen Zügels gebunden.

Pföhler sieht auch durch das diagnosebezogene Fallpauschalensystem die privaten Klinikbetreiber begünstigt. Durch Fusionen und Konzentrationen könnten Synergieeffekte durch Zentralisierung genutzt werden. Je größer ein Konzern, desto größer sei die Anbietermacht und die Chance, bei größeren Leistungsmengen die Vorteile der Kostendegression, der Zentralisierung und der Qualität zu nutzen.

Aus: A+S aktuell 1/06  
 Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH  
 Kaiser-Friedrich-Str. 90  
 10585 Berlin

# Berufsverband Deutscher Internisten e.V. fördert Studierende mit Berufsziel „Innere Medizin“

Das im Sommer 2005 etablierte Studentische Förderprogramm des BDI war von den Studierenden sehr positiv angenommen worden und geht nun bereits in die zweite Runde. Aus rund 250 eingegangenen Bewerbungen für das Sommersemester 2006 vergab die BDI-Stipendium-Kommission Mitte Januar gleich zweimal die Fördersumme von EUR 500 pro Semester.

Nun können sich Studierende an deutschen Universitäten der Fachrichtung Humanmedizin erneut bewerben.

## **Bewerbungsschluss zum Sommersemester 2007 ist der 31. Oktober 2006.**

Eine Bewerbung zum BDI-Stipendium kann frühestens mit dem erfolgreichen Abschluss des Physikums erfolgen, d.h. erst dann, wenn der/die Student/in sich bereits im so genannten „Klinischen Abschnitt“ des Studiums befindet. Der Maximalzeitraum für eine BDI-Förderung beträgt 8 Semester, jedoch längstens 2 Semester über der Regelstudienzeit. Die Förderung mit EURO 500 pro Semester endet jeweils mit Erlangung

des Staatsexamens.

Die Standardisierung der Bewerbungsunterlagen – vorgegebenes Datenblatt, Motivationsschreiben, Lebenslauf, Zeugnisse und Leistungsnachweise etc. – ermöglicht der BDI-Stipendium-Kommission eine objektive und effektive Selektion der Bewerber/innen, die sich innerhalb der Fachrichtung Humanmedizin für das Berufsziel „Innere Medizin/Internist“ entschieden haben.

## **Vollständige Bewerbungsunterlagen finden Interes-**

**sierte auf der Website des BDI [www.bdi.de](http://www.bdi.de)**

## **Für weitere Informationen:**

BDI  
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.  
Postfach 15 66  
D-65005 Wiesbaden  
Tel.: 06 11 - 1 81 33 - 0

## **Ansprechpartner:**

BDI-Geschäftsführer RA  
Helge Rühl  
Tel.: 06 11 - 1 81 33 - 36  
Mobil: 0171 271 90 61  
E-Mail: [hruehl@bdi.de](mailto:hruehl@bdi.de)