

## Vorläufiger Stopp für Arzneimittel-Sparpaket

Der Bundesrat hat am 10. März 2006 das vom Bundestag bereits verabschiedete Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vorerst gestoppt. Zum ersten Mal seit Amtsantritt der Großen Koalition rief die Unions-dominierte Länderkammer mit großer Mehrheit den Vermittlungsausschuss an.

Neben Unions-geführten Ländern stimmten auch SPD-regierte Länder wie Rheinland-Pfalz für die Anrufung des Vermittlungsausschusses. Zur Begründung führte die rheinland-pfälzische Regierung an, die im AVWG vorgesehene Bonus-Malus-Regelung greife unverhältnismäßig stark in das Arzt-Patienten-Verhältnis ein und berge die „latente Gefahr einer Unterversorgung mit im Einzelfall medizinisch notwendigen Arzneimitteln“. Der Bundesrat folgte einer Empfehlung seines Gesundheitsausschusses. Das Gremium hatte sich u.a. gegen die Einführung der Bonus-Malus-Regelung gewandt.

Mit seiner Entscheidung kann der Bundesrat das AVWG zwar aufhalten, aber nicht verhindern. Denn das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und kann mit Kanzlermehrheit vom Bundestag beschlossen werden. Allerdings können im Vermittlungsverfahren noch Änderungen vorgenommen werden. Schon jetzt steht fest, dass der geplante Termin 1. April 2006 für die Inkraftsetzung des Gesetzes nicht gehalten werden kann.

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk (SPD), kritisierte das Vorhaben der Länder scharf: „Die Anrufung des Vermittlungsausschusses kann das Ganze nur einen Monat aufhalten.

Das kostet die Beitragszahler 120 Millionen Euro, die nicht eingespart werden, und schont die Pharmabranche“, sagte sie in Berlin. Dies sei „das falsche Signal“. Noch am Vorabend hatte Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) versucht, die



**Parlamentarische Staatssekretärin  
Marion Caspers-Merk (SPD)**

Foto: Deutscher Bundestag/Elke Schwalbach

unionsregierten Länder von ihrem Widerstand abzubringen. Auch der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Zöllner (CSU), appellierte an die Länder, auf die Anrufung des Vermittlungsausschusses zu verzichten.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, begrüßte den Beschluss des Bundesrates als „Signal der Vernunft“. Das AVWG bestrafe Ärzte, wenn sie nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach staatlichen Vorgaben Arzneimittel verordneten. „Der drohende Malus bei der Überschreitung staatlich festgesetzter Verordnungsmengen ist ein Angriff auf die ärztliche Therapiefreiheit und eine erhebliche Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient“, sagte Hoppe. „Außerdem ist es auch rechtlich höchst

zweifelhaft, mit Vorschriften des Sozialgesetzbuchs V die Berufsordnung der Ärzte aushebeln zu wollen, die eigentlich zum Schutz der Patienten-Arzt-Beziehung gedacht ist.“

Der nächste Sitzungstermin des Vermittlungsausschusses stand am 10. März noch nicht fest. Der Bundesrat tritt erst wieder am 7. April zusammen.

### Bonus-Malus mit leichten Abstrichen

Soweit die Entscheidung des Bundesrats. Das Arzneimittel-Sparpaket ist vom Bundestag bereits verabschiedet worden. Der Gesundheitsausschuss hat den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (16/194) mit den Stimmen von Union und SPD gebilligt.

Auf Vorschlag der Koalitionsfraktionen wurden in dem Gesetzentwurf einige Änderungen an zentralen Punkten vorgenommen. Die Reform soll den Krankenkassen jährliche Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro bringen. Neu an dem Gesetzentwurf ist vor allem, dass Krankenkassen künftig die Eigenbeteiligung von gesetzlich Versicherten bei bestimmten preisgünstigen Medikamenten senken können. Bisher liegt die Spanne bei Zuzahlungen zwischen 5 und 10 Euro pro Medikament. Patienten könnten dadurch sparen, dass sie beim Arzt auf die Verschreibung eines billigen Präparates bestehen. Die Kassen sollen dabei gemeinsam entscheiden, für welche Arzneimittel die Zuzahlungsuntergrenze fallen soll.

### Kritische 10%-Marke

Verändert wurde auch die von Ärzten heftig kritisierte

so genannte Bonus-Malus-Regelung, wonach besonders preisgünstiges Verordnen belohnt, zu teures Verordnen hingegen mit Honorarabschlägen bestraft werden soll. Diese Regelung greift nunmehr erst bei einer 10%igen Überschreitung der Verschreibungsvorgaben. Sie entfällt dem Gesetzentwurf zufolge, wenn sich auf regionaler Ebene die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf adäquate Kostenersparnisse verständigen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat als erste eine solche Vereinbarung abgeschlossen (S. 4).

Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk (SPD), betonte, man wolle mit der Regelung ein Steuerungsinstrument einführen, das die ärztliche Verantwortung stärke. Dabei habe es die Selbstverwaltung in der Hand, die Medikamentenkosten zu steuern. Nur wenn dies nicht greife, komme die gesetzliche Bonus-Malus-Regelung zum Tragen. Dabei komme der Bonus nicht individuell dem einzelnen Arzt zugute, sondern werde auf die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilt. (Lesen Sie dazu die Stellungnahme des 1. Vizepräsidenten des BDI, Dr. med. Wolf von Römer, auf S. 4)

Es bleibt dabei, dass Apotheker Gratispackungen von der Pharmaindustrie (so genannte Naturalrabatte) nicht mehr verkaufen dürfen. Die Herstellerabgabepreise für alle Arzneimittel sollen für die Dauer von zwei Jahren eingefroren werden, um Preissteigerungen auszuschließen.

Bis zuletzt umstritten war die Regelung zu den Festbeträgen, also den Preisobergrenzen, bis zu denen ▶

die Krankenkassen für bestimmte Medikamente die Kosten übernehmen. Nunmehr können Medikamente, die nicht neuartig sind, nur dann aus den Festbetragsgruppen ausgenommen werden, wenn für sie ein therapeutischer Mehrnutzen belegt werden kann. Die Koalition will die bestehende Praxis damit stärken. Die Grünen-Fraktion hielt die entsprechende Formulierung für missverständlich, scheiterte aber mit einem Änderungsantrag.

Der Ausschuss billigte zudem einen Entschließungsantrag der Koalitionsfraktionen. Darin wird die Bundesregierung unter anderem aufgefordert,

die Spitzenverbände der Krankenkassen bis zum 1. Januar 2006 über die Praxis der generellen Befreiung Kran-



**Abstimmung im Bundesrats-Plenum**

Foto: Bundesrat/Jacqueline Walker

ker von Zuzahlungen durch Einmalzahlung zum Jahres-

beginn berichten zu lassen. Hintergrund ist die Befürchtung, dass die Kassen diese Vorabzuzahlungsbefreiung zu großzügig gewähren.

Die FDP-Fraktion lehnte den Gesetzentwurf ab, weil dieser ihrer Auffassung nach lediglich dazu dient, die Belastungen der gesetzlichen Krankenkassen durch die geplante Mehrwertsteuererhöhung zu kompensieren.

Die Fraktion Die Linke forderte statt des Sparpakets die Einführung einer Positivliste für Medikamente. Die Grünen-Fraktion lehnte nicht alle Änderungen ab, hielt aber insbesondere die Festbetragsregelung für eine „Verschlimmbesserung“.

Quelle: PdÄ/hib/2006/2006\_047/02

## Arzneimittel-Versorgungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetz (AVWG)

# Stellungnahme des 1. Vizepräsidenten des BDI e.V., Dr. med. Wolf von Römer:

- Die deutsche Ärzteschaft und die meisten großen Ärzteverbände lehnen das geplante AVWG energisch ab.

- Das in Verbindung mit den Tagestherapiekosten geplante Bonus-Malus-System belohnt die Rationierung medizinischer Leistungen. Diese Handlungsweise ist ethisch nicht vertretbar und widerspricht der Berufsordnung, nach der der Arzt keinen Vorteil aus Verordnungen ziehen darf.

Außerdem wird dadurch das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten beschädigt.

- Der finanzielle Malus

– also die Honorarkürzung der Ärzte bei Überschreitung der Tagestherapiekosten – ist ein bedenklicher Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärzte.

Der mit dieser Maßnahme ausgeübte Druck des Staates auf die Ärzteschaft hat die Rationierung der Arzneimittelversorgung zum Ziel.

Leidtragende würden vor allem chronisch Kranke, multimorbide und alte Menschen sein.

- Das AVWG und die schon vorhandenen Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel sind die Fortsetzung der Budgetierungspolitik, die eine drastische Rationierung

nach sich ziehen soll. Diese Maßnahmen werden den medizinischen Fortschritt und damit den Gesundheitsstandort Deutschland nachhaltig beschädigen.

- Von dem AVWG werden einzelne Arztgruppen, wie z.B. Hausärzte und Internisten, stärker betroffen sein als andere, die nicht so mit den Tagestherapiekosten arbeiten müssen. Damit kann dieses Gesetz zu einer weiteren Verschärfung der Auseinandersetzung innerhalb der Ärzteschaft führen.

- Die deutsche Ärzteschaft ist sich ihrer Verantwortung für eine wirtschaftliche Ver-

ordnungsweise überaus bewusst.

- Die deutsche Ärzteschaft ist aber in erster Linie dem Patienten verpflichtet und der gesetzlich festgelegten Aufgabe nach § 2 SGB V.

Dort ist festgelegt, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen, also auch der Arznei- und Heilmittel, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und dem medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben.

- Die deutsche Ärzteschaft fordert, dieses Gesetz zurückzuziehen.

## Ausnahme-Regelung für Ärzte in Westfalen-Lippe

# KV WL und Krankenkassen nutzen Alternative

Patienten und Ärzte in Westfalen-Lippe müssen die

Auswirkungen des neuen Arzneiverordnungs-Wirt-

schaftlichkeitsgesetzes (AVWG) nicht fürchten. Die

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe ►

(KVWL) und die Krankenkassenverbände im Landesteil haben sich vorab darauf verständigt, im Jahr 2007 statt der umstrittenen und von der Ärzteschaft scharf abgelehnten Bonus-Malus-Regelung die hiesige, auf freiwilliger Grundlage für das Jahr 2006 geschlossene Regelung fortzuführen. Diese Möglichkeit räumt das AVVG als Alternative zur gesetzlichen Regelung ein. Die Sorge vor einer Bonus-Malus-Regelung hatte für große Unruhe bei Patienten und Ärzten gesorgt. Eine solche Regelung kann dazu führen, dass Ärzte, die trotz günstigerer Alternativen teurere Arzneimittel verordnen, an den Mehrkosten durch Honorarabzüge beteiligt werden. In ihrer nun getroffenen Vereinbarung haben KVWL und Krankenkassen im Gegensatz dazu „Leitsubstanzen“ für die Behandlung verschiedener Krankheiten festgelegt. Diese Leitsubstanzen sind die jeweils am besten erprobten Arzneimittel. Mit ihnen kann der Arzt seine Patienten gut, kostengünstig und ohne Angst vor Regressforderungen therapieren. Diese Regelung ermöglicht Einsparungen, ohne dass es zu Qualitätsverlusten kommt. Auch Patienten können in Zukunft sparen, denn wenn besonders preisgünstige

Medikamente verschrieben werden, soll nach dem AVVG die Zuzahlung in der Apotheke entfallen. Nach Lösungen für die Umsetzung der im Gesetz festgelegten diffizilen Festbetragsregelungen wird noch gesucht. Die Arzneimittelvereinba-

nung in Westfalen-Lippe sieht für das Jahr 2006 keine Malus-Regelung für den Arzt vor. Die Empfehlung der Umstellung auf Leitsubstanzen entspricht rationalem ärztlichen Handeln. Dies sehen Ärzte und Krankenkassen als Chance: Funktioniert die Re-

gelung auf freiwilliger Basis, soll sie für 2007 fortgeführt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wollen KVWL und Krankenkassen die Patienten informieren und für Ärzte gezielte Informationen und Arzneimittelberatungen anbieten. PM KVWL

## 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



Dr. med. Wolfgang Wesiack  
Präsident



### Forderungskatalog der KBV zur anstehenden Gesundheitsreform

## KVen dürfen nicht verlängerter Arm des Staates sein

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich bei ihrer letzten Sonder-Vertreterversammlung umfassend mit der anstehenden Reform des Gesundheitswesens beschäftigt und versucht, ein geschlossenes Konzept zur Gesundheitsreform abzuliefern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung steht wei-

terhin zu einer sozialen und solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos über eine gesetzliche Krankenversicherung und betont das Recht der Patienten auf die notwendige medizinische Versorgung, die nur mit ausreichenden Versorgungskapazitäten im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich wohnortnah abgebildet werden kann.

Zur Finanzierung müssen ausreichend Finanzmittel bereitgestellt werden, ohne dass die Versicherten überfordert werden. Vor allem wird Wert darauf gelegt, dass die nachfolgenden Generationen durch die Finanzierung der Sozialsysteme nicht zusätzliche Schuldenberge aufgebürdet bekommen. In der Analyse wird vor

allem betont, dass die wegbrechenden Einnahmen der Krankenkassen für die derzeitige Misere verantwortlich sind, so dass eine neue Finanzierungsgrundlage gefunden werden muss, die auch die Probleme der demografischen Entwicklung mit zu berücksichtigen hat. Auch die KBV ist inzwischen der Meinung, dass eine Abkopplung der ▶

GKV-Einnahmen vom Erwerbseinkommen gesetzlich verankert werden muss.

Ein wesentlicher Teil der derzeitigen Verwerfungen wird auch durch die Situation der Ärzte und der Gesundheitsberufe in Deutschland mit verursacht. Es wird klargestellt, dass eine angemessene Vergütung der Leistungen im Gesundheitswesen notwendig ist, um

wiesen, dass vor allem die Telematik notwendig ist, um die Bürokratie abzubauen. Die Befürchtungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bezüglich der Auswirkungen des GMG beziehen sich überwiegend auf die Einflussnahme des Gesetzgebers auf die Körperschaften und die Selbstverwaltung. Man betont, dass die gemeinsame Selbstverwaltung sich bei

von solchen Zwängen befreite Interessensvertretung ersetzt werden muss.

### Budgetierung führt zu Rationierung

Es wird beklagt, dass der Gestaltungsspielraum für die Vertragsärzte und die Vertragspsychotherapeuten zunehmend enger wird und dass dies auf die Budgetierung zurückzuführen ist. Erstmals schreibt eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, dass man als Vertragsarzt durch die Budgetierung zu einer Rationierung gezwungen wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt in diesem Punkt zu Recht klar, dass sie ihre eigentliche Aufgabe, nämlich die Sicherstellung in der vom Gesetzgeber vorgesehenen Form, mit diesen finanziellen Vorgaben nicht mehr erfüllen kann.

Naturgemäß hat eine Kassenärztliche Vereinigung Schwierigkeiten mit Vertragssystemen, die über die Grenze der ambulanten/stationären Versorgung hinausgehen. Dies hängt damit zusammen, dass sie als Körperschaft des öffentlichen Rechtes auf eine Versorgungsebene, nämlich die ambulante begrenzt wird. Je mehr sich die Schiene ambulante/stationär öffnet, desto schwieriger wird das Problem Wettbewerb für eine Kassenärztliche Vereinigung. Diese ordnungspolitisch ausgesprochen widersprüchliche Situation versucht man durch den Begriff Vertragssystem-Wettbewerb aufzulösen. Bei der flächendeckenden wohnortnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung fordert man den Vergleich des Kollektivvertragssystems mit anderen Vertragsformen ein.

Großen Raum nimmt naturgemäß die Arzneimittelversorgung ein. Es wird

darauf hingewiesen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) rundweg ablehnt, weil dem einzelnen Arzt zu wenige Steuerungsmöglichkeiten in dem Preisgefüge der Arzneimittelkosten übrig bleiben. Eine Alternative, wie in Zukunft mit der Arzneimittelversorgung in Deutschland umgegangen wird, wird aber nicht beschrieben.

Die KBV widmet sich auch dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Dabei geht es ihr vorwiegend darum, dass juristische Personen wie zum Beispiel die Gründerebene in einem Medizinischen Versorgungszentrum nicht Mitglied einer KV sein kann. Hier möchte man unverändert weiter den einzelnen Arzt in dem MVZ als Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sehen.

Am Ende des Papiers wird nochmals auf die Vergütung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen eingegangen. Hier wird die Beendigung des Honorarbudgets gefordert. Es muss durch ein besseres Vergütungssystem ersetzt werden, bei dem feste Eurobeträge eingeführt werden.

### Licht und Schatten

Bei der Bewertung der KBV-Eckpunkte gibt es Licht und Schatten. In der derzeitigen politischen Lage muss sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch für Neuerungen einsetzen, die im GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt wurden. Insofern ist das Bekenntnis zur Integrationsversorgung und auch zu Medizinischen Versorgungszentren längst überfällig, weil sich inzwischen die Strukturen in unserem Gesundheitswesen so verändert haben, dass eine scharfe Trennung zwischen ambulant ►



eine Berufszufriedenheit herzustellen, die sich auch auf das Verhältnis zum Patienten nur positiv auswirken wird.

### Ein Ja zur GMG-Reform

Neu in dem Papier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist der Satz, dass mit dem GKV-Modernisierungsgesetz notwendige Strukturreformen eingeleitet worden sind. Eine grundsätzliche Ablehnung dieses Gesetzes, wie dies noch vor wenigen Monaten zu lesen war, findet sich nicht mehr. Auch ist man bereit, das Prinzip Wettbewerb in den Versorgungsstrukturen anzuerkennen. Man will die Sektorengrenzen überwinden und unterstützt auch die Integrationsversorgung und die Bildung von Medizinischen Versorgungszentren. Es wird darauf hinge-

der Feinstuerung des Gesundheitswesens bewährt hat, beklagt aber gleichzeitig, dass die ärztlichen Körperschaften – geschwächt durch die gesetzlichen Vorgaben und die staatliche Einflussnahme – immer weiter an Einfluss verlieren. Wörtlich heißt es, dass der Gesetzgeber die Kassenärztliche Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausschließlich zum verlängerten Arm zur Durchsetzung seiner planwirtschaftlichen Vorgaben macht.

Wenn diese Körperschaften zum reinen Erfüllungsgehilfen zur Durchsetzung der Kostendämpfungsgesetze und der Krankenkassen degradiert werden, dann würden diese ihren Zweck nicht mehr erfüllen. Es wird angedroht, dass dann eine KV zwangsläufig durch eine

und stationär nicht mehr möglich ist. Die Abbildung der Versorgungsebenen fällt zunehmend schwer. Der Grenzbereich zwischen der ambulanten und stationären Versorgung wird immer größer und muss deshalb versorgungsebenenübergreifend geregelt werden. Dies wird einer Kassenärztlichen Vereinigung schwer fallen, weil sie ihre Existenz genau mit den sich auflösenden Versorgungsebenen begründen muss.

Außerdem besteht die Gefahr, dass der Begriff des Vertragssystem-Wettbewerbs Konflikte, die sich im versorgungsebenenübergreifenden Wettbewerb ergeben, nur verbal löst. Wie will eine Kassenärztliche Vereinigung mit den derzeitigen Strukturen an der Integrationsversorgung teilnehmen, wenn sie nur für eine Versorgungsebene zuständig ist? Glaubt sie etwa, dass Krankenhäuser sich freiwillig einer Kassenärztlichen Verei-

nigung unterordnen, wenn sie Vertragspartner bei der Integrationsversorgung werden? Wie will in Zukunft eine Kassenärztliche Vereinigung mit den unterschiedlichen Vergütungssystemen im ambulanten und stationären Bereich umgehen, wenn ein Angleichen selbst mit dem fachärztlichen Bereich noch in weiter Ferne liegt? All diese Fragen bleiben offen. Das jetzige Eckpunktepapier ist vom Prinzip her der Schritt in die richtige Richtung. Die

KVen werden sich aber der Frage nicht entziehen können, welche Aufgaben sie in einem modernisierten Gesundheitswesen ohne scharf abgrenzbare Versorgungsebenen ordnungspolitisch wahrnehmen wollen. Wenn eine KV als Institution überleben will, wird sie sich in einem solchen System neue und plausible Aufgaben suchen müssen. Dazu müsste an dem jetzigen Eckpunktepapier konsequent weitergearbeitet werden.

HFS

## Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen

# Hausärzteverband: Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass

Ein aufschlussreiches Interview hat der Vorsitzende des Hausärzteverbandes, Rainer

arzt.de entstanden ist. Er hat sich hier zur innerärztlichen Solidarität geäußert

So bleiben die alten politischen Grabenkämpfe nach diesem Interview auch bei

verbandes macht klar, dass er als Bundesverband keine eindeutige Stellungnahme



**Sorgt sich um die Finanzen der Hausärzte: HÄV-Bundesvorsitzender Rainer Kötzle (re.), im Hintergrund Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und BEK-Chef Dr. Eckart Fiedler**

Foto: Aevermann

Kötzle, mit dem Ärztlichen Nachrichtendienst geführt, der aus dem bekannten Internet-Dienst facharzt.de durch Hinzufügen des haus-

und dabei klargemacht, dass sich an den Verhältnissen innerhalb der Ärzteschaft auch durch die Proteste im Prinzip nichts verändert hat.

der immer wieder beschworenen Einigkeit der deutschen Ärzteschaft gegenüber der Politik erhalten. Der Vorsitzende des Hausärzte-

zu diesen Protesten abgibt, sondern dies klug und weise den Landesverbänden überlässt. Hier weiß man, dass es durchaus un- ▶

terschiedliche Meinungen gibt. Eine elegante Lösung: Man ist dabei, bezeugt die Solidarität, ohne dass man sich als Bundesverband in die Nessel setzen muss, wenn es um politische Beziehungen geht. Man kennt diese Politik unter dem Sprichwort „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass“.

Im Prinzip kann man also nur feststellen, dass sich an der Politik des Hausärzterverbandes trotz der hoch und heilig beschworenen Einheit auf Protestversammlungen nichts geändert hat.

Zitat: „Wichtig ist uns auch, endlich die völlige Selbstbestimmung im KV-System durchzusetzen. Dies kann zum Beispiel über die eigene Hausarzt-KV geschehen.“

Die Versorgungsebenen Diskussion mit einer Trennung in die Hausärzte und Fachärzte KV bleibt somit unverändert bestehen. Man hat sogar

in diesem Interview den Eindruck, dass die Proteste auch noch dazu benutzt werden, dieses Ziel der Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung voranzutreiben.

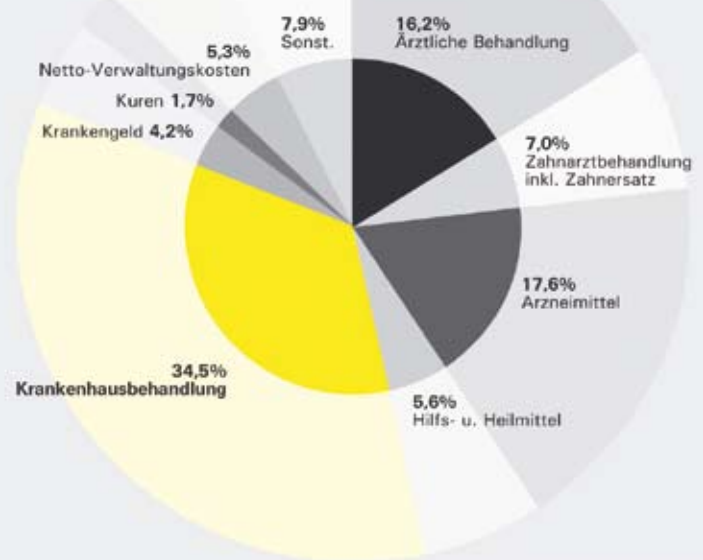
Es wird dem Hausärzterverband auch während der Protesttage gelingen, seine eigenen Interessen hinreichend zu formulieren und die jetzige Bewegung auch für die Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigung zu nutzen.

Aus der Sicht der Hausärzte ist das eine konsequente Haltung: Öffentlich beteuert man die innerärztliche Solidarität, in der innerärztlichen Diskussion achtet man auf die Abgrenzung, um sich die zurzeit im hausärztlichen Bereich vorhandenen Finanzmittel abzusichern.

Ob dies die Schlagkraft der Deutschen Ärzteschaft insgesamt steigert, muss dahingestellt bleiben.

HFS

### Ausgaben der GKV



Quelle: BMGS, 1.-3. Quartal 2005

### Krankenhausbehandlung am teuersten

Die Kosten für Krankenhausbehandlung betragen mehr als ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. 2004 waren sie mit 47,6 Mrd. höher als die Kosten für ärztliche Behandlung und Arzneimittel zusammen. 2004 gab es in Deutschland 2166 Krankenhäuser mit insgesamt 531 000 Betten.

Quelle: BKK-Bundesverband

### Das Belegarztsystem ist existenziell gefährdet

## Offener Brief von Dr. Hans Friedrich Spies (BDI) an den KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler

Ich darf Sie nochmals auf die Situation der Belegärzte hinweisen, nachdem ich ein längeres Telefonat über die derzeitige Situation mit Herrn Kollegen Dr. Heinz-Michael Mörlein geführt habe. Er hat mich gebeten, die Situation nochmals eindringlich darzustellen.

Die belegärztliche Versorgung leidet zur Zeit sowohl unter ordnungs- als auch finanzpolitischen Schwierigkeiten.

Im Belegarztsystem sind die ärztlichen Leistungen von der Krankenhausbehandlung getrennt. Die unterschiedlichen ordnungspolitischen Ansätze der ambulanten und stationären Versorgung wirken sich zunehmend negativ aus.

### Wettbewerbsvorteil zunichte gemacht

Jedes Krankenhaus muss versuchen, im Vergleich zu seinen Konkurrenten die Fallzahl zu vermehren, damit bei Scharfschaltung der DRGs am 01.10.2009 ein ausreichendes Finanzvolumen zur Weiterführung des Hauses zur Verfügung steht. Inzwischen hat sich herausgestellt, dass belegärztlich geführte Häuser durch die Kooperation ambulant und stationär einen Wettbewerbsvorteil besitzen. Dies wird dadurch zunichte gemacht, dass die Vorgaben der Honorarverteilungsverträge auf eine Leistungsbegrenzung über die Leistungsmenge und über die

Fallzahl ausgerichtet sind. Der Belegarzt wird genauso wie der normale Vertragsarzt motiviert, möglichst wenig Patienten zu versorgen. Dies führt zu einem Konflikt mit dem Krankenhausträger, der an einer Fallzahlvermehrung interessiert ist. Diese unterschiedliche Motivation zur Versorgung der Patienten ist für das Belegarztsystem verheerend.

### Im Krankenhaus ist alles erlaubt

Es kommt ein weiterer ordnungspolitisch schwieriger Ansatz hinzu. Leistungserbringung im Krankenhaus ist offen. Hier ist alles erlaubt, was nicht ausdrücklich verboten ist. Die Leistungserbringung im ambulanten Be-

reich und die der Belegärzte werden definiert vom EBM. Alle Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden können, aber nicht im EBM abgebildet sind, können nicht als ärztliche Vergütung realisiert werden. Dies hat in früheren Zeiten keine große Bedeutung gehabt, bei den zunehmend differenzierten und auch auf neue Methoden basierenden DRGs tritt hier eine neue Schwierigkeit auf.

All dies wird noch erschwert durch die Abrechnungsergebnisse nach Einführung des EBM 2000plus. Es wird immer mehr sichtbar, dass die Systematik des Bewertungsmaßstabs allein auf die ambulante Versorgung abgehoben hat, so ►

dass sich die Besonderheiten einer stationären Versorgung überhaupt nicht mehr abbilden. Viele Dinge, die früher abgerechnet werden konnten, sind in Pauschalen verschwunden, die das Leistungsgeschehen im Krankenhaus nicht mehr abdecken.

Hinzu kommen Bewertungsprobleme, insbesondere bei operativen Eingriffen, die zu erheblichen Verwerfungen führen. Insofern wäre eine Korrektur des EBM - wie sie zur Zeit in verschiedenen Punkten diskutiert wird - erste Voraussetzung für eine Lösung der Probleme. Die Wahrscheinlichkeit, dass dies in einem angemessenen Zeitrahmen gelingt, ist jedoch bei der Grundhaltung der Krankenkassen im Bewertungsausschuss eher gering.

### Der ambulante Bereich ist signifikant unterfinanziert

Das entscheidende Problem ist aber die Unterfinanzierung im ambulanten Bereich und hier insbesondere in der fachärztlichen Schiene. Eine Solidarität mit den Hausärzten gibt es nicht mehr; die Psychotherapeuten plündern durch ihre BSG-Urteile noch die restlichen Reserven des Facharzttopfes. Unter diesen Bedingungen kommt es zu einem massiven Punktwertverfall und zu einer tatsächlichen Minderung der im fachärztlichen Bereich zur Verfügung stehenden Geldmengen. Das Belegarztsystem wird bei den verschiedenen Honorarverteilungsverträgen landauf landab unterschiedlich behandelt.

So gibt es riesige Unterschiede bezüglich der Punktwerte, zum Beispiel in Bayern und in Hessen. Durch gestützte Punktwerte, teilweise über 5,11 Cent, gelingt es, die verheerenden Folgen

der EBM-Systematik noch zum Teil auszugleichen. Bei uns in Hessen haben sich die verheerenden Folgen des EBM mit den Negativauswirkungen der dortigen Honorarverteilungen addiert.

So ist es im III. Quartal 2005, dessen endgültige Abrechnung uns immer noch nicht vorliegt, zu einer Auszahlungsreduktion der Honorare im stationären Bereich von um die 40 Prozent gekommen. Besonders hart hat es die Gastroenterologen und die Nephrologen betroffen, nur die Anästhesisten sind vereinzelt geschont worden. Für die meisten Facharztgruppen, einschließlich der Chirurgen, liegen Honorarverluste in Hessen zwischen 40 und 50 Prozent vor.



**Unangenehme Post vom BDI: KBV-Vorsitzender Dr. Andreas Köhler**

Foto: KS

In unserem Krankenhaus hat dies dazu geführt, dass zwei hervorragende chirurgische Praxen illiquide geworden sind und den nachgeordneten ärztlichen Dienst, der über eine Arbeitsgemeinschaft organisiert wird, nicht mehr bezahlen können. Der Krankenhausträger versucht einzuspringen, kann dies aber nur begrenzt, da er B-DRGs abrechnet, in denen die ärztliche Leistung grund-

sätzlich nicht enthalten ist. Damit ist das Belegarztsystem im deutschen Gesundheitswesen sowohl von seiner Struktur als auch von der Finanzierung her am Ende angekommen. Es müssen neue Lösungen her, die sich nicht am derzeitigen System orientieren können.

Mit Hinhaltenaktik lässt sich die Schwierigkeit nicht mehr lösen. Die Befürchtung, dass die Selbstverwaltung nicht mehr in der Lage ist, hier zeitgerecht zu reagieren, ist mehr als gerechtfertigt. Wir sehen uns deshalb in Hessen gezwungen, gemeinsam mit den belegärztlich geführten Krankenhäusern bei der Politik darauf zu drängen, dass die A-DRGs auch für B-Häuser abgerechnet werden und dass eine

im kassenärztlichen System zu halten, bei den einzelnen Funktionsträgern der KV recht unterschiedlich ausgeprägt ist. So glaube ich, dass insgeheim eine Reihe von KV-Vorsitzenden diese Entwicklung noch begrüßen wird.

### Nicht alle KVen wollen Belegärzte stützen

Die meisten werden aber vergessen, dass dies der Anfang vom Ende der fachärztlichen Versorgung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung darstellt. Eine Kassenärztliche Vereinigung der Zukunft wird sich auch an ihrer medizinischen Qualität und ihrem Angebot in der Versorgungslandschaft messen lassen und wird mit der Belegärzteschaft einen nicht unwichtigen Teil qualitativ hochwertiger Versorgung ausgliedern müssen.

Ich glaube auch, dass manche Funktionsträger in der KV auch über einen weiteren Ausstieg von ambulant tätigen Vertragsärzten - zum Beispiel über die Integrationsversorgung - nicht unglücklich sind. ▶

### BDI intern

#### Geburtstage

Den 65. Geburtstag konnten feiern

am 19. März 2006 **Herr Dr. med. Gerd Guido Hofmann**, München, Ehrenpräsident des BDI e.V. und am 20. März 2006 **Herr Dr. med. Horst Feyerabend**, Hagen, Vorstandsmitglied und langjähriger Vorsitzender der Landesgruppe Westfalen-Lippe sowie Sprecher der Sektionen im BDI e.V.

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

Ob eine dann überwiegend hausärztlich geführte Kassenärztliche Vereinigung

dann noch das Gewicht haben wird, dass sie sich im Konzert der Leistungser-

bringer wünscht, wage ich zu bezweifeln. Ich bin mit freundlichen

Grüßen  
Ihr  
Dr. Hans-Friedrich Spies

dfg-Gespräch mit Daniel Bahr, MdB (FDP):

## „Mit Steuerzuschüssen kann man keine Strukturreform ersetzen“

„Im Ergebnis muss festgestellt werden: Alle grundlegenden Fragen und Problemstellungen wurden nicht aufgegriffen. Lösungsansätze und eine klare Orientierung weiterer Reformschritte werden im vorliegenden Koalitionsvertrag

alisierung aussehen könnte.“ Die Große Koalition verhalte sich wie eine Segelmannschaft, die in See sticht ohne zu wissen, welchen Hafen sie erreichen will, diagnostizierte der liberale Politiker. (...)

### Zu einzelnen Fragen äußerte sich der Liberale wie folgt:

- Mit der Planung, dass die Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt an die gesetzliche Krankenversicherung schrittweise auf Null zurückgeführt werden sollen, konterkariere die Große Koalition ihre eigenen Ziele des GMG. Dieses Jahr würden 4,2 Milliarden Euro an die gesetzlichen Krankenkassen zur Begleichung versicherungsfremder Leistungen überwiesen. Und in den Jahren 2007 und 2008 solle dieser Betrag wieder auf Null zurückgeführt werden. Bahr kopfschüttelnd: „Vor diesem Hintergrund erscheint es mehr als paradox, wenn nunmehr Politiker von Union und SPD die Begleichung der kostenlosen Kindermitversicherung in der GKV aus Steuergeldern fordern. Das kostet etwa 14 Mrd. Euro und liegt damit deutlich über dem heutigen Steuer-Zuschuss von 4,2 Mrd. Euro.“

Eine steuerfinanzierte Kindermitversicherung würde die Lasten gesamtgesellschaftlich verteilen. Es dränge sich aber der Eindruck auf, dass einige Koalitionspolitiker diesen Weg fordern, um die Finanzprobleme der GKV zu

mildern. „Das hat Rot-Grün bereits bei der Rentenversicherung mit der Einführung der Ökosteuer versucht, ist aber an den fehlenden Strukturproblemen innerhalb der Sozialversicherung gescheitert. Man stellt schnell fest, dass Steuerzuschüsse in die Sozialversicherungen keine Strukturreform ersetzen.“

- Die Liberalen verfügten sehr wohl über ein klares GKV-Finanzierungsmodell. Die FDP spreche sich bekanntlich – im Gegensatz zur CDU/CSU und der SPD – für einen grundlegenden Umbau des Gesundheitswesens aus. „Das heutige umlagefinanzierte, auf dem Arbeitseinkommen basierende System der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus sich heraus nicht mehr reformierbar. Die bisherige Pflichtversicherung in der GKV soll einer Versicherungspflicht für alle medizinisch unbedingt notwendigen Leistungen weichen.“ Jeder Bürger müsse nach dem FDP-Konzept eine Versicherung mindestens im Umfang einer Basisversorgung bei einem Anbieter seiner Wahl abschließen. Dabei sollten alle Versicherungsanbieter private Unternehmen werden.

Das jetzige Umlagesystem, in dem junge für ältere Menschen aufkommen, würde in ein kapitalgedecktes System (einschließlich Altersrückstellungen) umgewandelt. Bürger, die nicht in der Lage sind, die Prämie für den Regeltarif aufzubringen, sollen staatliche Transferleistungen

erhalten.

(Siehe dazu auch den Beitrag „Vorschlag für eine Entstaatlichung des Gesundheitswesens“ auf Seite 11)

- Das Vorhaben der Vereinfachung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) stoße bei der FDP auf Skepsis, bekräftigte Bahr. „Die FDP möchte den RSA insgesamt zurückführen, damit wettbewerbliche und offene Strukturen möglich und sichtbar werden.“ Bisher habe der RSA seine Zielsetzungen nie erreichen können. Eine Weiterentwicklung des RSA zu einem morbiditätsorientierten RSA, wie es Rot-Grün noch geplant hatte, hätte den bürokratischen Aufwand bei nur geringem Effekt deutlich weiter erhöht. „Der konkrete Vorschlag einer überbordenden Bürokratie ist nunmehr erfreulicherweise vom Tisch“, gab sich der Münsteraner Parlamentarier zufrieden. Um sich aber im gleichen Atemzug mehr als skeptisch zu geben, wie es denn der Großen Koalition gelingen werde, den RSA hinsichtlich besserer Zielgenauigkeit und konkreter Abbildung von Morbiditätsrisiken weiter zu entwickeln.

- Auch bei der Neujustierung der Stellung der Leistungserbringer schweige sich die Große Koalition aus. „Insbesondere ist die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem offeneren System nicht geklärt und Fragen zum Sicherstellungsauftrag werden auch nicht angesprochen.“ Aus liberaler Sicht sei eine ▶



Daniel Bahr

Foto: FDP

nicht angeboten.“ Klarer und vernichtender kann die Kritik der Opposition an den ersten Weichenstellungen der Großen Koalition nicht ausfallen. Und so brachte dann der gesundheitspolitische Sprecher der größten Oppositionsfraktion im Bundestag, Daniel Bahr, MdB (29), in einem dfg-Gespräch sein Fazit deutlich auf den Punkt: „Ein roter Faden oder ein stimmiges Gesamtkonzept der Koalition ist nicht erkennbar.“

Nach dem Wortlaut des Koalitionsvertrages wie auch nach den Beschlüssen der Genshagener Regierungsklausur scheue man sich weiter vor klaren Weichenstellungen. „Sowohl eine grundlegende Strukturreform als auch eine nachhaltige Finanzreform wurden gänzlich ausgespart. Viele Vorschläge bleiben völlig unbestimmt oder lassen gänzlich offen, wie eine Re-

Überarbeitung der Vergütungssysteme erforderlich. Die FDP setze sich in diesem Bereich für einen Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip ein.

- Ulla Schmidt habe mit ihrem neuesten Arzneimittelsparpaket eine „Basarstrategie“ verfolgt: „Sie forderte mehr als vereinbart war, und die Union rühmt sich nachher, das Schlimmste

verhindert zu haben.“ Dabei werde auf schon mehrfach angewandte Instrumentarien zurückgegriffen wie Verbote von Naturalrabatten, ein Preismoratorium für alle Arzneimittel, ein Nachjustieren im Festbetragsystem, eine 10%ige Preissenkung bei Generika und eine Neudefinition von Scheininnovationen. Alle Maßnahmen würden zu einem nur kurzfristigen Wirkung entfalten

und stellten darüber hinaus erhebliche Markteingriffe dar.

Die FDP fordert im Wesentlichen drei Dinge: Zum einen Verlässlichkeit und Kontinuität für den Pharmastandort Deutschland und die Apotheken und Patienten. „Der neue zehnpromzentige Zwangsabbatt auf Generika trifft gerade die, die erheblich zum

Wettbewerb beitragen. Die mittelständischen Generikahersteller sind es, die nicht über Naturalrabatte, sondern über den Preis Marktanteile erreichen wollen.“ Die neue Bonus-Malus-Regelung für die Vertragsärzte ziele in eine Rationierungsecke, die eigentlich niemand so wünschen könne! „Wer rationiert, wird bevorteilt.“

Aus: dfg, 5-06

## Bayreuther Versichertenmodell

# Vorschlag für eine Entstaatlichung des Gesundheitswesens

Die Politik steht vor einer gewaltigen Herausforderung. Sie muss für eine nachhaltige und tragfähige Gesundheitsstruktur sorgen, die es erlaubt, einerseits eine hochwertige qualitative Versorgung der Patienten sicherzustellen und andererseits auch langfristig finanzierbar und dazu intergenerativ gerecht zu bleiben. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leidet an einer immer wiederkehrenden finanziellen Atemnot. Die Deckungslücke zwischen den Leistungsbeziehern und den Finanzierungsträgern wächst mit jeder Generation.

### Radikal anderes Modell

Die bisherigen Versuche der Gesundheitspolitik stellen in den Augen des Bayreuther Gesundheitsökonom Prof. Peter Oberender nur eine Symptombehandlung dar, die letztlich in einer Interventionsspirale endet. Auch die Vorschläge einer Bürgerversicherung (SPD), einer Gesundheitsprämie (Unionsparteien) oder einer Bürgerpauschale (Sachverständigenrat) lösen das Problem nicht ursachengerecht. Eine Gruppe von Wirtschaftswissenschaftlern um Oberender hat jetzt mit dem Bayreuther

Versichertenmodell ein komplett anderes Reformmodell vorgelegt, das Versicherung und Umverteilung völlig trennt. Nur durch eine konsequente Entstaatlichung bei einem ausreichenden Schutz der Härtefälle kann nach ihrer Ansicht ein Weg aus der gegenwärtigen Sackgasse gefunden werden, damit das Gesundheitswesen in Deutschland in Zukunft auch nachhaltig finanzierbar, sozialverträglich und damit zukunftsfähig bleibt.

Die zentrale Herausforderung für die künftige Finanzierung der GKV ist die demografische Alterung in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt. Das finanzielle Problem der GKV ist dabei weniger die Wirkung der Alterung auf die Gesundheitsausgaben, als vielmehr die Wirkung der Alterung auf die intergenerative Verteilung der Einkommen. Zusammen bewirken demografische Alterung und medizinischer Fortschritt einen deutlich höheren Anstieg der Leistungsausgaben bei den älteren Versicherten. Die Ökonomen bezeichnen das als „Versteilerung der Ausgabenprofile“.

Das langfristige Problem der

GKV-Finanzierung sehen sie darin, dass die Versteilerung bislang durch intergenerative Umverteilung finanziert wird. Indikator für diese Entwicklung ist die zunehmende Deckungslücke zwischen Beiträgen der Rentner

und Leistungsausgaben für Rentner. Sie hat bereits die 30%-Marke überschritten. Die Deckungslücke muss durch höhere Beiträge der Erwerbstätigen ausgeglichen werden. Ab 2010 wird die demografische Al-



Prof. Peter Oberender, Bayreuth

Foto: KS

terung durch einen deutlichen Anstieg des Altenquotienten bis 2040 noch spürbarer werden.

Im gegenwärtigen Finanzierungsmodus stellen die Leistungsansprüche der heute lebenden Generationen daher einen hohen An-

ein Problem im Verhältnis zu den künftigen Generationen. Auch zwischen den heute lebenden Generationen, die insgesamt bereits mit einer impliziten Staatsschuld in Höhe von 68 Mrd. Euro belastet werden, bestehen enorme Belastungsunter-

sind erforderlich. „Alles ist versicherbar“, argumentiert Oberender, „es ist nur eine Frage des Preises.“ Zur Mobilität der Versicherten ist eine tragfähige Lösung der Mitgabe von individualisierten Altersrückstellungen notwendig.

Ökonomen bestimmte Vorteile realisieren. Um die Qualität und die Produktivität ständig zu erhöhen, bedarf es eines stetigen ökonomischen Drucks, der am wirkungsvollsten über Wettbewerb und Anreize organisiert werden kann. Dazu ist ein Systemwechsel in der Krankenversicherung zwingend erforderlich. Nur bei risikoorientierten Prämien kann die Prämie als Preissignal aufgefasst werden. Ohne eine befriedigende Lösung des Problems der Mitnahme von Altersrückstellungen kann Wettbewerb nicht funktionieren.

Auf der Leistungs- und Vertragsseite müssen geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden. Als weiteren Vorteil des angestrebten Systemwechsels betrachten die Ökonomen, dass der bestehende *circulus vitiosus* zwischen GKV-Einnahmen und Lohnkosten durchbrochen würde. Bislang erhöhen steigende Beiträge die Lohnnebenkosten und vernichten dadurch Arbeitsplätze. Dadurch entstehen der GKV und auch anderen Sozialversicherungen enorme Einnahmenverluste, wodurch wiederum der Druck auf die Beitragssätze erhöht wird. Zudem werden steigende Gesundheitsausgaben nicht automatisch negativ bewertet. Damit könnte auch der Wachstums- und Beschäftigungsdynamik des Gesundheitswesens eher entsprochen werden. Schätzungen des Sachverständigenrats gehen davon aus, dass mit 1 Mrd. Euro Mehrausgaben im Gesundheitswesen netto 6000 zusätzlich Arbeitsplätze entstehen.

Bei regulierten Prämien wird jeder Produktwettbewerb als Ansatz zur Risikoselektion betrachtet. Risikoorientierte Prämien ermöglichen es dagegen, dass der Wettbewerb der Krankenversicherungen nicht mehr ausschließlich über den Preis aus-



**Dr. Jürgen Zerth, Prof. Peter Oberender, Prof. Volker Ulrich, Bayreuth (von links)**

Foto: KS

spruch vor allem an die noch nicht geborenen künftigen Generationen.

### Schulden zu Lasten der jungen Jahrgänge

Nach den Berechnungen im Bayreuther Versichertenmodell werden gemäß Status quo einer weiterhin mit Lohnbeiträgen finanzierten GKV die nach 1975 geborenen Jahrgänge einmalig mit einer impliziten Pro-Kopf-Steuer, d.h. einer GKV-Sondersteuer von über 20 000 Euro belastet. Die höchste implizite Steuer trägt der Jahrgang 1986 mit 34 000 Euro. Diese Steuer bezieht sich auf das restliche Lebenszeiteinkommen, das sich für die jungen GKV-Jahrgänge im Durchschnitt auf rund eine halbe Million Euro beläuft. Die implizite Staatsschuld ist jedoch nicht nur

schiede im bestehenden Umlageverfahren der GKV. Belastet werden gegenwärtig ausschließlich die jungen Generationen (Jahrgänge 1965 bis 2004), während die älteren Jahrgänge vom vorherrschenden Finanzierungsverfahren stark profitieren. Die Nachhaltigkeitslücke kann nur verringert werden, sagt Oberender, wenn jede Generation über ihren Lebenszyklus hinweg stärker als bisher ihre eigenen Gesundheitskosten finanziert.

Hier setzt das „Bayreuther Manifest“ an: Das Konzept der Ökonomen trennt Versicherung und Umverteilung. Die Versicherungsprämien sind risikoorientiert kalkuliert und damit praktisch „Preise“. Weder ein Kontrahierungszwang und ein Diskriminierungsverbot noch ein Risikostrukturausgleich

Zum solidarischen Schutz ökonomisch Schwacher wird ein Versicherungsgeld nach dem Vorbild des bekannten Wohngeldprinzips eingeführt. Die Eigenleistung der Versicherten beträgt 15% des Einkommens. Wenn zum Beispiel die risikobezogene Jahresprämie für eine Familie – Eltern und zwei Kinder – 15 000 Euro betrüge, ihr Einkommen aber nur 40 000 Euro, könnte die Familie das nicht tragen, denn die Prämie machte fast 40% des Einkommens aus. Bei 15% Eigenleistung müsste die Familie 6000 Euro selbst zahlen, und 9000 Euro bekäme sie als Versicherungsgeld vom Staat.

### Vertragswettbewerb und Anreize

Mit ihrem Versicherungsmodell wollen die Bayreuther

getragen wird und somit Nichtpreiskomponenten eine stärkere Beachtung finden. Auch bei einem funktions-tüchtigen Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt wird so die Risikodurchmischung gefördert, da auch so genannte gute Risiken bei unterschiedlicher Risikoaversion einen umfangreichen Versicherungsschutz nachfragen können und sich dann nicht mehr prima facie von schlechteren Risiken unterscheiden.

Mit der Liberalisierung der Vertragsbeziehungen im Versicherungsbereich sind zwangsläufig Auswirkungen auf die organisatorische Gestaltung des Versorgungsvertrags verbunden. Bei Gültigkeit risikoorientierter Prämien und entsprechender Wahlfreiheit der Versicherten wird deren Sensibilisierung für die Opportunitätskosten ihrer Anspruchnahme steigen. Die Versicherungen werden mit dem Versicherungsangebot ein bestimmtes Vertragsangebot koppeln und dadurch versuchen, in der Konkurrenz zu anderen Versicherungsunternehmen qualitätsorientierte Versorgungsangebote zu entwickeln.

### Kompensationszahlungen bei der Umstellung

Da jede grundsätzliche Reform eines Sicherungssystems Umstellungslasten bedingt und gewachsene Strukturen nicht über Nacht aufgebrochen werden können, bildet eine graduelle Systemtransformation den Leitfaden für die konkreten reformpolitischen Maßnahmen. Ein entscheidender Ansatzpunkt ist die Finanzierung der Umstellungsperiode, bis die gesamte Bevölkerung auf das neue Leitmodell umgestellt ist. Die Musterberechnungen zum Bayreuther Versichertenmodell wurden unter der Annahme durchgeführt, dass alle Personen unter 40 Jahren mit dem Jahr 2005

in das neue Versichertenmodell überführt werden und dass bis zum Jahr 2050 die Umstellung im Wesentlichen abgeschlossen ist. Zum Umstellungszeitpunkt verbleiben in der alten GKV noch 39 Millionen Versicherte, deren Zahl bis zum Jahr 2050 fast komplett abgebaut ist. Die Berechnungen sehen so genannte Kompensationszahlungen oder Ausgleichszahlungen des Staates an jene Versicherten vor, die durch die Finanzierungsreform der GKV im Vergleich zum Status quo schlechter gestellt würden. Diese Zahlungen müsste der Staat aufbringen, um die Verlierer einer Finanzierungsreform zu kompensieren. Die staatlichen Zahlungen zur Kompensation der Verlierer werden langfristig (bis zum Jahr 2050) 3% des Bruttoinlandsprodukts nicht übersteigen.

Bei einer alternativen Umstellung des Systems, bei der mit der Reform nur die Neugeborenen aus der PKV und die Berufseinsteiger aus der alten GKV in die neue GKV einsteigen, ist der maximale Kompensationsbedarf kurzfristig gering. Er liegt bis 2010 unter 5 Mrd. Euro jährlich, steigt dann aber bis 2050 kontinuierlich bis auf 135 Mrd. Euro an. Oberender und seine Kollegen denken, dass sie durch die ordnungspolitische Positionierung des Bayreuther Modells einen Leitstern für die Gesundheitsreform entwickelt haben. Dabei geht es ihnen zunächst weniger um die Frage, ob es für die gegenwärtigen Generationen ein sozialgerechtes System gibt, sondern um die Ausgestaltung von Transparenz und Nachhaltigkeit eines Sicherungssystems in der Zukunft. Natürlich werden bei der Umstellung auf personenbezogene Prämien zunächst Personen mit niedrigeren Einkommen im Vergleich zur bisherigen

Situation unter Umständen eine höhere Prämie zahlen. Damit wird aber dem Preischarakter der Versicherungsleistung Rechnung getragen. Entscheidend bleibt für die „Väter“ des Modells die Aufgabe, ein wettbewerb-

liches und europataugliches Gesundheitssystem aufzubauen, ohne dass jemand aufgrund fehlender Kaufkraft von der Absicherung im Krankheitsfall ausgeschlossen wird.

KS

### Kommentar

## Wer geht mit auf den 3. Weg?

Die Regierungsparteien sind auf der Suche nach dem dritten Weg zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Oberender und seine Kollegen glauben, ihn gefunden zu haben. Das Modell hat seine Vorzüge, weil es auf staatliche Regulierung, Risikostrukturausgleich, Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbote verzichten kann. Sein wesentlicher Vorteil aber, nämlich die Herstellung einer Gerechtigkeit zwischen den Generationen, ist zugleich sein stärkster Nachteil. Keine der großen Volksparteien wird bereit sein, die jetzigen älteren Generationen stärker zu belasten, um noch nicht geborene Generationen, die noch keine Wahlentscheidung zu Lebzeiten der amtierenden Politiker treffen können, zu entlasten. Oberender sagt es ganz offen: Gewinner sind alle jungen und zukünftigen Generationen, Verlierer sind die Alten. Deswegen gehört wenig Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass die regierenden Parteien diesen dritten Weg nicht einschlagen werden. Nur die FDP hat bislang Sympathie für das Modell bekundet, aber die steht auch nicht in der Regierungsverantwortung.

Offen bleibt die Frage des Leistungskatalogs der neuen GKV nach Bayreuther Muster. Die Ökonomen halten sich mit einer Definition zurück und verweisen darauf, dass der Umfang der abgesicherten Regelversorgung durch eine normative, d.h. politische Entscheidung festgelegt werden muss. Bei Annahme risikoorientierter Prämien und Ausübung der Wahlfreiheit durch die Versicherten wird ihrer Ansicht nach die Sensibilisierung der Versicherten für die Opportunitätskosten ihrer Leistungsanspruchnahme zunehmen. Zur Garantie des Regelleistungskatalogs sei es dabei nicht notwendig, Verträge zu Einheitskonditionen zu fordern. Es müsse lediglich gewährleistet sein, dass dem jeweiligen Versicherten Leistungen aus dem Regelleistungskatalog bei Bedarf finanziert werden. Die Ökonomen nehmen an, dass die Versicherungen mit dem Versicherungsangebot ein bestimmtes Leistungsangebot koppeln und dadurch versuchen werden, ihre Aktionsparameter im Parallelwettbewerb zwischen den Versicherungen zu erweitern.

Nach ihrer Berechnung orientiert sich die Versicherungsprämie an dem Leistungsumfang, wie er von dem Versicherten wahrscheinlich in der Versicherungsperiode – Grundlage ist die Lebenszeit – in Anspruch genommen werden wird. Im Wettbewerb werden sich ihrer Auffassung nach die Versicherungen bemühen, ein attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis herzustellen.

KS

## Vergleich von Birnen mit Äpfeln

Die OECD hat sich mit der Kalkulation der Gesundheitskosten in den verschiedenen Ländern beschäftigt. Wir alle wissen, dass diese Zahlen nur bedingt zu vergleichen sind, und in den einzelnen Ländern die Eigenbeteiligung der Patienten einerseits und die versicherungsfremden Leistungen andererseits unterschiedlich in den Kostenangaben enthalten sind. Deshalb muss man aufpassen, dass hier nicht Birnen mit Äpfeln verglichen werden.

Dennoch sind die Zahlen insofern interessant, als Deutschland mit 8,8% des Bruttosozialproduktes in der Oberklasse liegt. Die durchschnittlichen Kosten liegen in der OECD bei 6,7%.

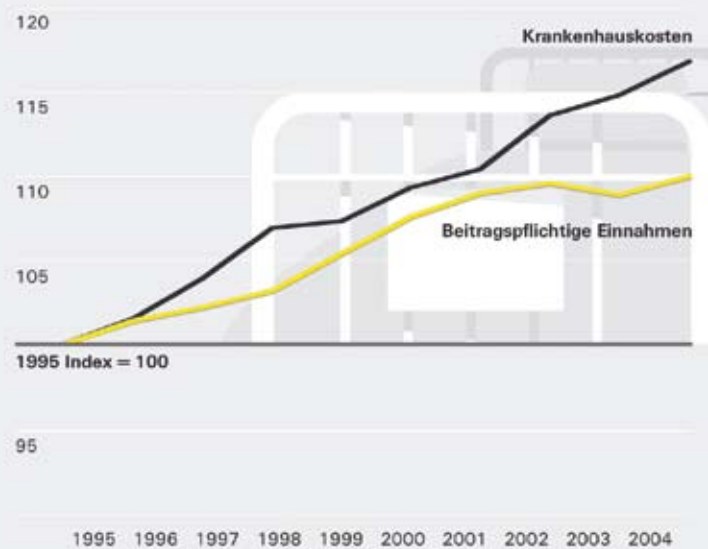
Interessant an der Studie ist die geschätzte Entwicklung. Hierbei zeigt sich, dass in nahezu sämtlichen Ländern die Kostensituationen sich angleichen werden, auch wenn Deutschland weiter mit in der Spitzegruppe steht.

Eine weitere Konsequenz könnte man aus den Zahlen ziehen. Der Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung reicht in Deutschland von homöopathischen Präparaten über Naturheilmittel bis hin zur Lohnfortzahlung. In anderen Ländern geht man mit dem Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich stringenter um. Hier darf auf die Studie von Prof. Fritz Beske verwiesen werden, der nicht nur die Kosten, sondern auch den Inhalt verglichen hat.

Vergleicht man die hier vorgegebenen Ist-Zahlen, so ist es erstaunlich, dass in Deutschland das Leistungsangebot überhaupt noch aufrechterhalten werden kann. Berücksichtigt man die umfassenden Leistungsinhalte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so kann man durchaus auf den Gedanken kommen, dass unser System sogar unterfinanziert ist.

HFS

### Entwicklung der Krankenhauskosten und der GKV-Einnahmen



Quelle: BKK Bundesverband

### Krankenhauskosten steigen weiter

Seit 1995 sind die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung in der GKV stärker angestiegen als die sonstigen Leistungsausgaben. Während die Gesamtausgaben von einem Index von 100 im Jahre 1995 auf 112 im Jahre 2004 anstiegen, erhöhten sich die Krankenhauskosten auf einen Wert von 117. Die Einnahmen der GKV sind dagegen nur auf einen Wert von 110 angestiegen. Je Versicherten sind die Krankenhauskosten seit 1997 von 830 auf 940 Euro angestiegen. Etwa zwei Drittel der Krankenhausaufgaben sind Personalkosten.

Quelle: BKK Bundesverband

## Abrechnungspanne

### Super-GAU bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Die Landesgruppe Hessen des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V. (BDI) sieht die wirtschaftliche Existenz bei 50% der niedergelassenen Ärzte in Hessen gefährdet.

Nachdem mit Spannung in den letzten Wochen die ersten Ergebnisse der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Basis der EBM 2000plus erwartet wurden, steht für die Landesgruppe Hessen des BDI jetzt fest: „Unsere KV in Hessen hat den Offenbarungseid geleistet und ihre

eigenen Abrechnungspraktiken in Frage gestellt.“

Die KV Hessen räumt bei den Abrechnungen II und III/2005 massive Fehler ein. Es wird deshalb auf Beschluss des Vorstands zu einer Überprüfung kommen. Zur Erinnerung: Ziel der neuen Gebührenordnung EBM 2000plus war es, eine leistungsgerechte Vergütung nach betriebswirtschaftlich fundierten Kriterien zu gewährleisten. Die betriebswirtschaftliche Kalkulation im Rahmen des EBM 2000plus basiert auf einer Punkte-

bewertung von 5,11 Cent. Dieser Punktwert konnte regelmäßig auf Grund von Fallwerterhöhungen von der KV nicht eingehalten werden, so dass eine Vergütung z.T. unterhalb der zugrunde gelegten Kosten erfolgte, was besonders die fachärztliche Versorgung betrifft.

Trotz aller Rationalisierungsmöglichkeiten konnten wegen der zu niedrigen Punktwerte keine schwarzen Zahlen erzielt werden, so dass die wirtschaftliche Existenz bei 50% der niedergelassenen Ärzte in Hessen

gefährdet ist. Sollten die Sozialgerichte im weiteren Verlauf feststellen, dass die Honorarbescheide der KV in den Quartalen II und III / 2005 rechtswidrig sind, so können hiervon jedoch nur diejenigen Vertragsärzte profitieren, die durch Einlegung eines Widerspruchs auch tatsächlich Rechtsmittel angestrengt hatten.

Die Landesgruppe Hessen des BDI vereinbarte nun mit der KV Hessen Gespräche, um die einzelnen Arzt- und Abrechnungsgruppen zu analysieren.

Quelle: BDI-PM

## Die Vollzeitjobs nehmen ab – vor allem in Arztpraxen

Alle reden vom Wachstumsmarkt Gesundheit. Arbeit gibt es auch in der Gesundheitsversorgung genug, aber anscheinend nicht die Mittel, diese zu finanzieren. Denn die Arbeitsmarktzahlen sind ernüchternd. Sie beschreiben ganz und gar keinen Boom. Im Gegenteil: Die Vollzeitjobs nehmen ab – vor allem in Arztpraxen. Das belegen die neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Den absoluten Arbeitsplatzverlust von

1997 bis 2004 beziffern die Statistiker mit -47 Prozent (relativ -8,3 Prozent.) Anders als Politiker behaupten, dümpelt dieser Markt, der zudem kaum von der Globalisierungskonkurrenz beeinträchtigt wird, vor sich hin.

Eine genaue Auswertung der Zahlen zeigt: Das Arbeitsvolumen im deutschen Gesundheitswesen ist in den sieben Jahren zwischen 1997 und 2004 gemessen an Vollzeitäquivalenten

um insgesamt rund 57 000 Personen oder 1,7% geschrumpft. Alleine 2004 gingen gegenüber 2003 etwa 41 000 Vollzeitjobs verloren. Das ergibt sich aus den aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden.

Außer den Arztpraxen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen: Umgerechnet auf Vollzeitarbeitskräfte waren Ende 2004 rund 34 000 Menschen we-

niger im stationären Sektor tätig als ein Jahr zuvor. Der größte Arbeitsplatzzuwachs wurde im selben Zeitraum mit plus 8000 Vollzeitäquivalenten im Bereich der stationären/teilstationären Pflege registriert. Die gemessen am Arbeitsvolumen insgesamt negative Entwicklung wird überdeckt durch fast kontinuierlich steigende Beschäftigtenzahlen. Das heißt: Es arbeiten tatsächlich mehr Menschen im deutschen Gesundheitswesen als ►

### Abwärts: Mehr Menschen in Jobs, aber weniger Arbeit Beschäftigung in ausgewählten Sektoren des deutschen Gesundheitswesens

Umgerechnet auf Vollzeitkräfte (Vollzeitäquivalente) – jeweils am Jahresende – in Tausend Personen										
Jahr / Sektor	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Arbeitsplatzverlust (-) bzw. -zuwachs (+) absolut, 2004 zu 1997	Arbeitsplatzverlust (-) bzw. -zuwachs (+), relativ, 2004 zu 1997
<b>Gesundheitswesen insgesamt</b>	<b>3.305</b>	<b>3.279</b>	<b>3.256</b>	<b>3.231</b>	<b>3.246</b>	<b>3.261</b>	<b>3.289</b>	<b>3.248</b>	<b>-57</b>	<b>-1,7%</b>
Krankenhäuser	862	851	843	835	833	834	841	806	-56	-6,5%
Stationäre Vorsorge/ Reha	92	92	95	98	99	99	98	93	+1	+1,1%
Stationäre/teilstationäre Pflege	285	308	329	346	349	351	366	374	+89	+31,2%
Ambulante Pflege	106	109	114	115	117	118	120	122	+16	+15,1%
Arztpraxen	567	566	555	519	518	516	522	520	-47	-8,3%
Zahnarztpraxen	293	278	270	254	255	255	260	263	-30	-10,2%
Apotheken	133	132	126	127	128	132	130	128	-5	-3,8%
Öffentlicher Gesundheitsdienst	21	20	19	19	19	17	18	17	-4	-19,0%
Verwaltung (u.a. Krankenversicherungen)	190	186	186	187	187	185	180	177	-13	-6,8%
Vorleistungsindustrien (u.a. Pharma und Medizintechnik)	255	245	239	242	246	253	253	247	-8	-3,1%
Gesundheitshandwerk & -einzelhandel	172	160	144	142	143	140	138	138	-34	-19,8%

Tabelle: Presseagentur Gesundheit

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitspersonalrechnung; eigene Berechnungen

#### Zur Tabelle:

Zwar ist die Zahl der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen von Ende 1997 bis Ende 2004 um 122 000 Menschen gestiegen – von 4,107 auf 4,229 Mio. Aber die zunehmende Zahl der Beschäftigten verdeckt, dass das geleistete (bezahlte) Arbeitsvolumen bei zunehmender Teilzeitarbeit tatsächlich schrumpfte: Umgerechnet auf Vollzeitkräfte (Vollzeitäquivalente) schrumpfte die Beschäftigung in den letzten sieben Jahren um rund 57 000 Personen.

jemals zuvor – 4,229 Mio. waren es 2004 und damit etwa 122 000 mehr als 1997. Nur: Ein überproportional steigender Anteil dieser Beschäftigten ist in Teilzeit, in Midi- oder Minijobs beschäftigt.

Fast alle wichtigen Sektoren des Gesundheitswesens leiden unter dieser Auszehrung – Ausnahmen sind die stationäre/teilstationäre sowie die ambulante Pflege, in der es 2004 insgesamt rund 105 000 mehr Vollzeitäquivalente gab als 1997. Besonders brutal waren im selben

Zeitraum die Jobverluste im Gesundheitshandwerk und Gesundheitseinzelhandel. Hier gibt es einen Rückgang des Arbeitsvolumens von fast 20%. Ähnlich stark traf es relativ den öffentlichen Gesundheitsdienst. Auch in Zahnarztpraxen sowie Apotheken schrumpfte das Arbeitsvolumen um über 10% (Zahnärzte) bis knapp 4% (Apotheken).

### Schlechter als die Gesamtwirtschaft

Wie das Statistische Bundesamt berichtet, ist der

Personalbestand im Gesundheitswesen 2004 im Vergleich zu 2003 um lediglich 0,2% gestiegen, während in der Gesamtwirtschaft ein Zuwachs um 0,6% zu verzeichnen war. Also auch bei der Zahl der Köpfe – ungeachtet ob sie voll- oder teilzeitbeschäftigt waren – schneidet das Gesundheitswesen schlechter ab als die gesamte Wirtschaft. Die Vollzeitbeschäftigung ist 2004 im Gesundheitswesen mit –2,3% überproportional geschrumpft, in der Gesamtwirtschaft wurde hier nur 0,9% Rückgang registriert.

Umgekehrt gab es im selben Zeitraum bei der Teilzeitbeschäftigung im Gesundheitswesen mit plus 2% einen starken Zuwachs, der in der Gesamtwirtschaft bei lediglich 0,2% lag. Ein ähnliches Bild zeigt der Blick auf geringfügige Beschäftigungsverhältnisse: Ihre Zahl stieg im Gesundheitswesen in Jahresfrist um 12,8%, in der Gesamtwirtschaft um 8,4%.

Die Zahlen im Detail sind in der Tabelle auf S. 15 ersichtlich.

Quelle: Infodienst OPG (Operation Gesundheitswesen)  
www.pa-gesundheit.de  
Lisa Braun

## Wenn Hunderte von Krankenhäusern schließen

# Wohin mit dem vielen Geld im Jahre 2009?

In Deutschland gibt es nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) noch knapp 2170 Krankenhäuser. Nach einer Studie von Booz Allen Hamilton ist damit zu rechnen, dass in 15 Jahren – also bis zum Jahre 2021 – gut 500 bis 600 Kliniken von Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen betroffen sind. Neben einer generellen Schließung des Hauses werden sehr viele fusionieren oder ihr Leistungsangebot drastisch reduzieren. Man geht davon aus, dass zum Wechsel des nächsten Jahrzehnts weit über 10% des derzeitigen Krankenhausbestandes vor dem Aus stehen.

Die Lösungsvorschläge der Unternehmensberater sind schon lange bekannt:

- Den kleinen und mittleren Krankenhäusern werden Kooperationen dringend ans Herz gelegt. Dabei wird es häufig nicht möglich sein, das derzeitige Leistungsspektrum komplett zu retten.
- Da langfristige strategische Konzepte nicht existieren, können viele Krankenhäuser

keine vernünftigen Strukturen oder Finanzierungen für die Zukunft entwickeln.

- Auch ein fehlendes Marketing ist bei der überwiegenden Anzahl der deutschen Krankenhäuser ein Problem, wenn man sich dem zukünftigen Wettbewerb stellen will.

### Der Wettbewerb lässt grüßen

All diese Vorschläge sind schon oft geäußert worden. Die Situation in den Krankenhäusern ähnelt der des adipösen Patienten. Bücher bzw. Konzepte zur Lösung des Problems gibt es genug. Nur bei der Umsetzung hapert es.

Die hier geführte Diskussion ist aber nicht akademisch. Zur Erinnerung: Im Jahre 2009 werden die DRGs nach der Konvergenzphase scharf geschaltet. Der Schutz des Krankenhausbudgets ist verschwunden, vielen Krankenhäusern wird schlagartig soviel Geld fehlen, dass sie die Pforten schließen müssen – es sei denn, sie haben ausreichend viele DRGs zum Abrechnen, wozu man dringend Patienten be-

## Trägerstruktur der Krankenhäuser 2004



Quelle: StBA, Grafik: BKK Bundesverband

## Privatisierung schreitet voran

Von den insgesamt 2166 Krankenhäusern im Jahre 2004 wurden 780 öffentlich, 831 freigemeinnützig und 555 privat geführt. Seit 1991 ist der Anteil privat geführter Krankenhäuser von 14,8% auf 25,6% kontinuierlich angestiegen. Der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser dagegen ist im gleichen Zeitraum um 10 Prozentpunkte auf 36% zurückgegangen. Relativ konstant geblieben ist der Anteil der freigemeinnützigen Kliniken mit 38,4%. Private Häuser sind meist kleiner als öffentliche (z.B. Universitätskliniken). Daher stellen sie auch nur 11,5% der Betten. Allerdings ist die Anzahl der Betten in den privaten Krankenhäusern seit 2002 gegen den Trend von 49 000 auf 61 000 angestiegen, während sie in den übrigen Einrichtungen im gleichen Zeitraum von 499 000 auf 470 000 gesunken ist.

Quelle: BKK-Bundesverband

nötigt. Bei fehlendem strategischen Ansatz und Marketing werden diese nämlich in andere Häuser abwandern, die sich auf diese Situation besser vorbereitet haben. Das Prinzip Wettbewerb im Gesundheitswesen lässt grüßen.

Dennoch bleibt eine ganz wesentliche Frage: Wenn viele Krankenhäuser sterben und gleichzeitig die Landesbaserate zur Abrechnung der DRGs abgesenkt wird, wird eine große Menge Geld im stationären Bereich freige-

setzt. Dies fällt den Krankenkassen sozusagen leistungslos zu, die am 01.01.2009 nur den großen Geldsack aufmachen müssen. Wenn man dazu bedenkt, dass schon jetzt der ambulante Versorgungsbereich finanziell ausgedünnt wird, so müsste den Krankenkassen soviel Geld zur Verfügung stehen, dass es zu einer massiven Absenkung des Beitragsatzes kommen muss. Dieser Hintergedanke hat wohl auch die Politiker beflügelt, die derzeitigen politischen Konzepte anzugehen.

Glaubt man aber allen Ernstes, dass in einer gesetzlichen Krankenversicherung der Zukunft für noch weniger Geld immer mehr Leistung abgeliefert werden kann? Hat man aus der derzeitigen Finanzmisere im ambulanten Bereich – besonders deutlich sichtbar bei den Fachärzten – mit einer verdeckten und offenen Rationierung im Gesundheitswesen nichts dazugelernt? Es ist sicher richtig, dass sich sehr viele Gelder im System der gesetzlichen Krankenversiche-

rung effektiver anwenden lassen. Einsparpotentiale können aber nicht mehr an die Kostenträger verteilt werden, sondern müssen dazu benutzt werden, die partielle Unterfinanzierung in der GKV zu beseitigen, damit nicht ganze Leistungsbereiche vom Erdboden verschwinden werden. Neuordnung der Strukturen und der Finanzen im GKV System, ja. Eine Reduktion der Finanzausstattung insgesamt ist aber ohne Qualitätsverlust und Rationierung nicht mehr umsetzbar.

HFS

### Zusammenschlüsse von Krankenkassen

## Wem nutzt die Kassenfusionitis?

Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition haben SPD und Union festgelegt, dass kassenartenübergreifenden Fusionen ermöglicht werden sollen. Flugs haben vor allem Allgemeine Ortskrankenkassen sich darangemacht, länderübergreifend Fusionen zu bilden, um nach ihrer Meinung Rationalisierungseffekte möglich zu machen.

Ob dies alles zum Wohle des Patienten geschieht und tatsächlich verbesserte Finanzierungsgrundlagen für die allgemeinen Ortskrankenkassen herbeiführt, wird von manchen bezweifelt. Viele glauben, dass es nur um eine Stärkung der Marktposition der Allgemeinen Ortskrankenkassen geht, die ihre regional oft beherrschende Marktstellung allmählich auch bundesweit immer mehr ausdehnen wollen.

Hier hat sich schon leise Kritik der Betriebskrankenkassen, aber auch der Ersatzkrankenkassen vernehmen lassen.

Die Aufsichtsbehörden in

den Ländern wollen in Zukunft solche Fusionsanträge nicht mehr nur nach rein formalen Gesichtspunkten überprüfen, sondern möchten auch feststellen, ob sich eine Versorgungsverschlechterung oder Beitragserhöhung durch die Fusion ergeben wird.

Sie möchten vor allem verhindern, dass es durch Beitragssätze zur Quersubventionierung von einer Länder-AOK zur anderen kommt.

Die Länder gehen noch weiter: Sie wollen über Kassenfusionen mitentscheiden, auch wenn sie nicht direkt die Aufsicht haben, wie zum Beispiel bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen. Die Länderkammer ist offensichtlich der Ansicht, dass man den negativen Folgen einer Marktbeherrschung durch Großkassen entgegenzutreten muss.

HFS

### Psychotherapeuten-Nachzahlung

## Schiedsamt bestätigt Kurs der KV Hamburg

Die KV Hamburg kommt der Lösung des Problems der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen schrittweise näher. Im Dezember hatte die KV mit dem BKK-Landesverband NORD eine zukunftsweisende Vereinbarung zur Zusammenarbeit schließen können, die ein partnerschaftliches Zusammenwirken von KV und BKK zum Inhalt hat. Ein wesentlicher Teil dieser Vereinbarung ist eine faire Lösung der Finanzierung psychotherapeutischer Leistungen.

Nun hat sich das Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg diesem Lösungsansatz angeschlossen. Es hat verfügt, dass die AOK die in den Jahren 2000 bis einschließlich 2004 von den Fachärzten aufgebrauchten Stützungsmittel zur Finanzierung des Mindestpunktwertes der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie zu 50% übernehmen müssen; ab 2005 müssen die Kassen diese Mittel komplett alleine aufbringen. Damit entfällt bei BKK und AOK jegliche Stützungsnotwendigkeit durch Gelder aus der fachärztlichen Versorgung.

Dr. Michael Späth, Vorsitzender der VV der KV Hamburg, zeigte sich sehr zufrieden: „Das Schiedsamt hat einen fairen Interessenausgleich gefunden.“ Walter Plassmann, stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg, hob hervor, dass die Zukunfts-Entscheidung der wichtigere Teil des Schiedsverfahrens war: „Unser zentrales Ziel, die Fachärzte von der Stützungsverpflichtung zu befreien, haben wir erreicht.“

Quelle: KV HH



# Was gibt es Neues in der Kardiologie 2006?

Wenn man die Änderungen im ICD 10-, OPS-Katalog und in den Deutschen Kodierregeln betrachtet, vermutet man keine großen Änderungen im Bereich der Kardiologie.

Eine kleiner Satz des Geschäftsführers vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), Dr. Frank Heimig, verrät aber, dass sich im DRG-Handbuch doch einiges Neue verbirgt. Er wies anlässlich eines Vortrages darauf hin, dass sich die Sortierung der DRGs geändert hat und die Kondensierung reduziert wurde. Letzteres bedeutet, dass Fallpauschalen anhand des CCL-Wertes gesplittet wurden.

In der MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems stieg die Zahl der Fallpauschalen von 100 auf 109 an.

Die invasive kardiologische Diagnostik bei Patienten ohne akuten Myokardinfarkt führte im Jahre 2005 in 5 verschiedene Fallpauschalen (F44Z, F46Z, F49A-C) und heuer in 8 Fallpauschalen. Dabei wurde eine DRG für Diagnostikpatienten bis 14 Jahre eingeführt (F49D). F49A und F49B wurden anhand des CCL-Wertes gesplittet, und werden jetzt als F49A und F49C bzw. mit F49B und F49E bezeichnet. Das Trennkriterium stellt ein PCCL-Wert größer 3 dar, damit sind mindestens 2 relevante Nebendiagnosen erforderlich, um die höher bewertete Fallpauschale zu erreichen. In den meisten Fällen werden aber 3 bis 6 Nebendiagnosen mit Einfluss auf das CC-Level erforderlich sein.

## Gesteigerter Verwaltungsaufwand

Diese genauere Abbildung der Fälle ist zwar einerseits wünschenswert, um ein ge-

rechtes Entgelt zu ermitteln, die Zahl der Rückfragen der Krankenkassen werden aber weiter steigen.

Ob dieser steigende Verwaltungsaufwand sinnvoll ist, bleibt zu hinterfragen.

Die geänderte Sortierung führt zudem dazu, dass nicht alle Patienten, die im Jahre 2005 in F49A und F49B gekommen wären, im Jahre 2006 sich in F49A, F49B, F49C oder F49E wieder finden.

Patienten, die letztes Jahr in F15Z eingruppiert wurden, können 2006 in 12 verschiedene Fallpauschalen (F15Z, F24A, F24B, F40Z, F52A, F52B, F54Z, F56Z, F57A, F57B, F58Z, F59A) kommen, obwohl sich der Katalogtext der Fallpauschale F15Z Percutane Koronarangioplastie mit komplizierenden Prozeduren nicht geändert hat; das Relativgewicht stieg von 3,331 auf 3,793 an.

## Fehlanreize gesetzt

Leider wurden trotz dieser gewaltigen Umsortierung der Patienten alte „Fehler“ im System unverändert gelassen, bzw. sogar erneut aufgenommen:

So wird zwar „Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC“ (F72C) höher bewertet als „Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC“ (F66B) [Relativgewicht 0,523 versus 0,506 bei gleicher mittlerer Verweildauer] aber „Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC“ (F66A) ist weiterhin höher bewertet als „Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC“ (F72A) [Relativgewicht 0,916 versus 0,755].

Besonders ärgerlich ist die erneute Problematik bei invasiver kardiologischer Diagnostik bei Patienten mit Endokarditis. Bis zum

Jahre 2004 führte bei dieser Hauptdiagnose die Durchführung einer Koronarangiographie in eine geringer bewertete DRG. Dies war im Jahre 2005 korrigiert und ist im DRG-Katalog 2006 erneut möglich.

Derartige Fehlanreize sind sehr bedauerlich, insbesondere, da der Fallpauschale F61A „Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose“ nur 25 Fälle aus der Kalkulationsstichprobe zugrunde liegen.

## Ein Schritt zu angemessener Vergütung

Erfreulich hingegen ist, dass bereits ein Jahr nach Einführung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung (auf TISS und SAPS wird in der nächsten Ausgabe näher eingegangen) es Einfluss auf die Gruppierung bekommen hat. Es wurden drei Fallpauschalen (Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Polytrauma) eingeführt, in die der Patient über mehr als 1104 Aufwandspunkte gelangt (OPS 8-980.3- und größer).

In der MDC 05 handelt es sich dabei um F97Z „Intensivmedizinische Komplexbehandlung, >1104 Aufwands-

weildauer von 33,1 Tagen. Um diesen OPS-Code zu erreichen sind knapp 2 Wochen Intensivmedizinische Therapie erforderlich. In diese Fallpauschale kommen ausschließlich Patienten, die im Jahre 2005 noch „out-lyer“ waren, also deren Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen DRG lag. Dies ist sicherlich ein guter Schritt, um aufwendige Patienten angemessen zu vergüten.

## Kodierbeispiele:

1)  
Ein 86-jähriger Mann kommt mit Thoraxschmerzen seit 2 Stunden ins Krankenhaus. Im EKG finden sich ST-Streckensenkungen in V5 und V6, das Troponin I steigt 6 Stunden nach Aufnahme auf 7,8 µg/l. Bei rezidivierenden Beschwerden wird eine Koronarangiographie (OPS 1-275.2) durchgeführt. Es findet sich ein langstreckiger subtotaler Verschluss eines dünnkalibrigen Ramus marginalis sinister bei schwerer diffuser Dreifäßerkrankung und mittelgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion. Es wird keine Intervention durchgeführt.

<b>Hauptdiagnose:</b>	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
<b>Nebendiagnosen:</b>	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
<b>Prozeduren:</b>	1-275.2	Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel
<b>DRG:</b>	F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
<b>Relativgewicht:</b>	1,291	
<b>uGVD - mVD - oGVD:</b>	3 - 8,8 - 17 Tage	

## Kodierbeispiel 1 a

punkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit bestimmter OR-Prozedur“ mit einem Relativgewicht von 11.808 und einer mittleren Ver-

Besteht an Nebendiagnosen noch ein primär nicht insulinpflichtiger Diabetes ohne Komplikationen E11.90, eine arterielle Hypertonie I10.00 und eine Hypercho- ▶

lesterinämie E78.0, ändert sich die Eingruppierung nicht, da diese Nebendiagnosen keinen Einfluss auf das PCCL-Niveau haben. Hätte der Patient an aufwärtsrelevanten Nebendiagnosen noch eine Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe, ein chronisches Vorhofflimmern und eine akute respiratorische Insuffizienz ergäbe sich folgende Einstufung:

bekannter Dreifäßerkrankung mit eingeschränkter LV-Funktion ins Krankenhaus. An behandlungsbedürftigen Nebenerkrankungen besteht ein Diabetes mellitus. Ein implantierter AICD wird initial abgefragt, ob tachykarde Rhythmusstörungen die Ursache der Dekompensation sind. Nach Steigerung der Diuretika ist der Patient rasch rekompensiert und drängt

mit einem effektiven Relativgewicht bei 2 Belegungstagen

Ohne die Prozedur 1-266.1 käme der Patient in F62A Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose mit einem effektiven Relativgewicht bei 5 Belegungstagen von 1,704.



Koronarangiogramm

Quelle: Schmermund

tagen von 0,588 auf Grund eines Kurzliegerabschlages. Im Jahre 2005 war die DRG F47Z mit einem Relativgewicht von 1,208 noch deutlich höher bewertet. Wenn der Patient relevante Nebendiagnosen (E11.91 Nicht primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen, entgleist, E87.6 Hypokaliämie, I47.2 Ventrikuläre Tachykardie) hat und länger im Krankenhaus (5 Berechnungstage) bleibt, kann sich dabei ein deutlicher Nachteil durch die Dokumentation der Defi-Kontrolle ergeben. Auch hier bietet das System 2006 einen unerfreulichen Fehlreiz:

Verwendet wurden:  
ICD-10-GM Version 2006;  
OPS Version 2006,  
G-DRG-Version 2006 Fallpauschalkatalog,  
WebGrouper 2006 des Universitätsklinikums Münster  
(drg.uni-muenster.de)

Dr. med. Christine Kopf-Schiller  
Schwerpunktgutachterin Krankenhaus  
Beratungszentrum München-Ost  
Dr. med. Martin Zeuner  
Ressortleiter Versorgungsstrukturen  
Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung in Bayern  
Putzbrunner Str. 73  
81739 München

Dr. med. Michael Kulzer  
Oberarzt Kardiologie  
DRG-Beauftragter  
Abteilung für Kardiologie  
Krankenhaus München Harlaching  
Städtisches Klinikum München  
GmbH  
Sanatoriumsplatz 2  
81545 München

<b>Hauptdiagnose:</b>	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
<b>Nebendiagnosen:</b>	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
	I48.11	Vorhofflimmern chronisch
	J96.0	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Prozeduren:</b>	1-275.2	
<b>DRG:</b>	F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schwere CC
<b>Relativgewicht:</b>	2,115	
<b>uGVD - mVD - oGVD:</b>	5 - 14,5 - 27	Tage

Kodierbeispiel 1 b

Dabei haben Vorhofflimmern und Linksherzinsuffizienz einen CC-Wert von 2, die akute respiratorische Insuffizienz von 3.

am 3. Tag auf Entlassung (Verweildauer 2 Belegungstage, da Aufnahme- und Entlasstag als 1 Tag zählt). Ohne die Prozedur 1-266.1

<b>Hauptdiagnose:</b>	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
<b>Nebendiagnosen:</b>	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
	E11.90	Nicht primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen, nicht entgleist
<b>Prozeduren:</b>	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt, bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)
<b>DRG:</b>	F47Z	Nichtinvasive elektrophysiologische Untersuchung bei vorhandenem Kardioverter/Defibrillator (AICD)
<b>Relativgewicht:</b>	0,859	
<b>uGVD - mVD - oGVD:</b>	2 - 7 - 16	Tage

Kodierbeispiel 2 a

2) Ein 76-jähriger Mann kommt mit akuter Ruhedyspnoe bei

käme der Patient in F62C Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC

<b>Hauptdiagnose:</b>	I50.14	Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
<b>Nebendiagnosen:</b>	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung
	E11.91	Nicht primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus, ohne Komplikationen, entgleist
	E87.6	Hypokaliämie
	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
<b>Prozeduren:</b>	1-266.1	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt, bei implantiertem Kardioverter/Defibrillator (ICD)
<b>DRG:</b>	F47Z	Nichtinvasive elektrophysiologische Untersuchung bei vorhandenem Kardioverter/Defibrillator (AICD)
<b>Relativgewicht:</b>	0,859	
<b>uGVD - mVD - oGVD:</b>	2 - 7 - 16	Tage

Kodierbeispiel 2 b