

„Wir machen diese Politik nicht länger mit!“

Zum dritten Nationalen Protesttag der Ärzte in diesem Jahr kamen mehrere Tausend Kolleginnen und Kollegen mit ihren Mitarbeiterinnen sowie zahlreiche sympathisierende Patienten aus allen Teilen der Republik nach Berlin und zu den parallel stattfindenden Kundgebungen in Köln und Stuttgart. Die meisten Praxen im Lande blieben geschlossen. Hauptredner vor dem Brandenburger Tor in Berlin war der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.), Dr. Wolfgang Wesiack, dessen Rede wir hier im Wortlaut wiedergeben.

*

Wir waren lange Zeit sehr geduldig, vielleicht zu geduldig. Wir haben aus Rücksicht auf unsere Patienten von Demonstrationen dieser Art abgesehen, weil wir eine hohe ethische Selbstverpflichtung haben und weil wir uns nicht vorstellen konnten, dass die Menschen für protestierende Ärzte so viel Verständnis aufbringen könnten. Dass aber nicht nur wir Ärzte, sondern auch unsere Patienten so empfinden, zeigt Ihr alle heute mit Eurer Anwesenheit. Ich bin überwältigt: von der großen Zahl, von Eurem Engagement, von der hier demonstrierten Geschlossenheit. Das hat es in Deutschland seit Jahrzehnten nicht gegeben. Eine geschlossene Front von Ärzten aus Kliniken und Praxen in ganz Deutschland mit ihren Patienten. Die Betroffenen der Gesundheitspolitik aus dem Hause Schmidt gehen auf die Straße! Sie wollen da-

mit demonstrieren, dass sie die Nase davon voll haben, dass das bisher beste Gesundheitssystem der Welt kaputt gespart wird, weil die Politik ihre Hausaufgaben nicht gemacht hat. Weil die Politiker fast aller Parteien zu feige sind, die wirklichen Probleme beim Namen zu nennen.

Gegen Staatsmedizin im Arztzimmer

Medizin statt Mangelversorgung – gegen Staatsmedizin im Arztzimmer. Das ist das Motto des heutigen Protest-

im Gesundheitswesen.

- Deshalb fordern wir bessere Arbeitsbedingungen und einen rigorosen Abbau von Bürokratie.
- Deshalb auch fordern wir endlich feste Preise für die von uns erbrachten Leistungen. Wir wollen, dass unsere Arbeit nicht nur wertgeschätzt wird; wir wollen, dass sie auch vernünftig bezahlt wird. Die Menschen sollen wissen, was die Leistungen eines Arztes kosten. Deshalb sind wir für eine Kostentranspa-

Wir müssen den Weg in die Staatsmedizin stoppen. Und es kann und darf auch nicht weiter so sein, dass für die Defizite im Gesundheitssystem immer wieder wir Ärzte verantwortlich gemacht werden.

Das Gegenteil ist richtig: Die Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird ohnehin schon ausschließlich mit dem Engagement von uns Ärzten kompensiert. Wir finanzieren seit Jahren den medizinischen Fortschritt durch sinkende Punktwerte



Der BDI verteilt Westen an die Demonstranten

Foto (5): Aevermann

tages. Wir alle wollen für alle Bürger in diesem Land die bestmögliche Medizin. Wir kämpfen für ein freiheitliches Gesundheitssystem und eine gute medizinische Versorgung.

- Deshalb auch fordern wir ein Ende der Budgetierung und der Unterfinanzierung

renz in Euro und Cent. Wir werden weiter und konsequent über die Folgen der Sparpolitik dieser Regierung aufklären.

Wir werden uns dagegen wehren, dass Ärzte bestraft werden, wenn sie ihre Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln.

bei gedeckelten Budgets. Liebe Kolleginnen und Kollegen, da wird uns dann immer die so genannte Kostenexplosion angehängt – doch das ist eine Mär! Seit 30 Jahren ist der Anteil der Leistungsausgaben der GKV gemessen am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben



Hauptredner BDI-Präsident Wesiack

– und zwar trotz Wiedervereinigung.

Dass wir inzwischen einen durchschnittlichen Beitragsatz von 14 Prozent in der gesetzlichen Krankenversicherung haben, hat mit der Ausgabenentwicklung nichts zu tun. Das Problem sind nicht die steigenden Ausgaben, sondern die erodierenden Einnahmen in Folge anhaltend hoher Arbeitslosigkeit.

Und die Politik selbst hat es zu verantworten, wenn die Kassen immer neue Milliardendefizite anhäufen und die Beiträge erhöhen müssen. Sage und schreibe 5 Milliarden Euro kostet die Streichung des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und die geplante Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19%.

Wenn dann im nächsten Jahr die Beiträge der Kassen wieder steigen müssen, ist das Geschrei und Gezeter unter den verantwortlichen Politikern wieder groß. Ich sage Euch jetzt schon voraus, dass wir Ärzte dann wieder zum Sündenbock

gemacht werden.

Wir lehnen diese unwürdige Dauer-Misshandlung von uns Ärzten auf das Schärfste ab. Deshalb sind wir heute hier.

„Blühender Unsinn“

Um vom eigenen Versagen abzulenken, behaupten einige Politiker immer noch, es gebe nach wie vor jede Menge Effizienzreserven auf der Anbieterseite, die, einem Goldschatz gleich, nur gehoben werden müssten. Besonders ein bekanntermaßen unlauterer Professor aus Köln schwadroniert unablässig von zig Milliarden,

die man einsparen könnte.

Das ist blühender Unsinn, denn die Fakten sehen ganz anders aus:

Seit 1992 hat sich die durchschnittliche Einkommenssituation bei uns nachhaltig verschlechtert.

Die chronische Unterfinanzierung im ambulanten Bereich mit einem Defizit von 7,9 Milliarden Euro hat dazu geführt, dass die verordneten Quartalbudgets bereits nach 8-10 Wochen aufgebraucht sind.

Das heißt im Klartext: Nur



Mit den BDI-Präsidenten in Berlin dabei: Vizepräsident Dr. Wolf von Römer (re) und Geschäftsführer RA Helge Rühl

70 Prozent der ärztlichen Tätigkeit werden von den Kassen tatsächlich bezahlt.

Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, 100 Prozent Leistung und 70 Prozent Einkommen – dafür arbeitet sonst niemand in Deutschland. Und wir machen das auch nicht länger mit!

Wir haben einen langen Atem

Und deshalb sage ich, liebe Kolleginnen und Kollegen: Das Maß ist voll, es reicht! Für die Rationierung im Gesundheitswesen und die Mangelversorgung unserer Patienten werden wir keine Verantwortung übernehmen.

Es ist an der Zeit, dass wir jenseits dieser Demonstration auch in der Praxis selbst demonstrieren. Dass heute so viele Praxen dicht gemacht haben, muss kein Einzelfall bleiben. Zeigen wir der Politik, dass wir einen langen Atem haben.

Unsere Aufgabe, unser Beruf ist es, kranken Menschen zu helfen. Wir haben nicht 15 Jahre studiert und uns weitergebildet, um unseren Patienten in der Sprechstunde die Versäumnisse und Fehler der Politik zu erklären.

Und wir haben die Nase gestrichen voll, von praxisfernen Schreibtischtätern aus dem Gesundheitsministerium als Bürohengste verheizt zu werden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Patientinnen und Patienten, das Maß ist voll, es reicht!

Wir fordern ein Ende der ärzte- und patientenfeindlichen Gesundheitspolitik aus dem Hause Schmidt

Wir fordern:

- Den Erhalt einer qualitativ hochwertigen Medizin ▶

mit freiem Zugang für alle Patienten.

- Eine angemessene Bezahlung für eine verantwortungsvolle Tätigkeit in Klinik und Praxis.

- Freie Berufsausübung statt staatlicher Gängelung und Bürokratie.

Gemeinsam sind wir stark. Gemeinsam mit unseren Patienten sind wir eine unschlagbare Macht.



Was kommt nach dem Tarifstreit in den Kliniken?

In den letzten Wochen und Tagen ist es zu einer massiven Eskalation an der Tariffont gekommen. Während es zunächst nach einer Einigung aussah, haben sich die Positionen wieder so verhärtet, dass der Streik ausgeweitet werden musste. Eine Einigung zwischen dem Marburger Bund und den Verhandlungsführern des Öffentlichen Dienstes stand Mitte Mai in weiter Ferne.

Fass zum Überlaufen gebracht

Die Situation für den Marburger Bund ist ausgesprochen schwierig. Versucht er doch, berechnete Forderungen durchzusetzen, die sich durch tarifpolitische Versäumnisse in der Vergangenheit aufgestaut haben. Bei dem jetzigen Tarifstreit ist das Fass tatsächlich zum Überlaufen gebracht worden.

Die Frage ist erlaubt, ob man nicht bereits früher schärfer hätte reagieren müssen. Betrachtet man die Reaktion der Medien, so ist dem Marburger Bund bisher gelungen, seine Forderungen glaubwürdig zu vertreten. Er hat sich auch nicht durch die Rechentricks der Arbeitgeber beeinflussen lassen. Solche Verhandlungen stehen unter einem massiven Druck, so dass Gegenrech-

nungen, die das Weihnachtsgeld und Urlaubsgeld streichen, einen nach außen günstigen Abschluss ermöglichen, der dann aber letzten Endes den betroffenen Ärztinnen und Ärzten nichts bringen würde. Auch hier hat der Marburger Bund Stand gehalten.

Auch die Arbeitgeber befinden sich in einer sehr schwierigen Situation. In der öffentlichen Diskussion wird meist nicht berücksichtigt, dass hier allein über die Krankenhäuser diskutiert wird, die in die Zuständigkeiten eines jeweiligen Landes fallen. Insofern sind nur die Landeskrankenhäuser und vor allem die Universitätskliniken von dem Ärztestreik betroffen. Dies hat zur Folge, dass sich die Konkurrenzsituation für die restlichen Krankenhäuser, die unter kommunaler oder kirchlicher Trägerschaft oder unter privater Regie stehen, verbessert.

Wirtschaftlicher Verlust für die Universitäts-Kliniken

Insofern können auch die Patienten, die normalerweise in einer Universitätsklinik versorgt würden, in andere Schwerpunktkrankenhäuser ausweichen. Die Versorgungssituation der Bevölkerung wird dadurch nicht elementar beeinträchtigt, die Universitätskliniken bekla-

gen einen wirtschaftlichen Verlust. Ob der aber bei den ausgehandelten Budgets tatsächlich zum Tragen kommt, ist mehr als fraglich. Entscheidender Punkt ist aber die Verschlechterung der Wettbewerbsfähigkeit in der Konvergenzphase der DRGs für die Universitätskliniken durch den Ärztestreik.

Stimmungsumschwung vermeiden

Kommt es tatsächlich zu einem Tarifabschluss, muss man davon ausgehen, dass die entscheidenden Teile der Vereinbarung auch von den übrigen Trägern übernommen werden. Es wird sich niemand mehr, weder die Krankenhäuser noch der Marburger Bund, eine Verlängerung des Streiks leisten können, ohne dass es zu einer Stimmungsumkehr der Öffentlichkeit kommt.

In dieser speziellen Situation hat der Marburger Bund offensichtlich gute Karten, um zu einem vernünftigen Ergebnis zu kommen. Er muss aber sehr genau darauf achten, dass mit dem Verhandlungserfolg nicht ein Pyrrhussieg errungen wird.

- Es ist zu befürchten, dass die Politik und die Krankenkassen einen angemessenen Tarifabschluss für die angestellten Ärzte dazu benutzen werden, die

Beiträge der Krankenversicherungen zu erhöhen. Sie haben dann einen neuen Buhmann gefunden, den sie für Beitragssteigerungen verantwortlich machen können.

- Insbesondere von den Einheitsgewerkschaften, wie zum Beispiel Ver.di, wird auf Dauer eine Diskussion geführt werden, die sich gegen Spartengewerkschaften wie den Marburger Bund oder Cockpit bei der Lufthansa richtet. Auch zwischen den Gewerkschaften gibt es genügend Sozialneid.

- Wir alle wissen, dass in Deutschland das vernünftige Prinzip eingeführt würde, dass während der ärztlichen Arbeitszeit gleichzeitig die Weiterbildung stattfindet. Der Assistent hat deshalb keinen Ausbildungsvertrag. Der Marburger Bund muss aber damit rechnen, dass es eine Diskussion über Aus-, Weiter- und Fortbildung und ihre arbeitsrechtlichen Folgen im ärztlichen Bereich geben wird.

Der Kampf um die Besserstellung des Arztes in unserer Gesellschaft geht somit weiter. Auch nach einem erfolgreichen Tarifabschluss werden wir Ärzte zusammenhalten müssen, um die oben beschriebene Diskussion gemeinsam zu bestehen. HFS

Klinikarzt stellt sich besser als der niedergelassene

Zurzeit klagen sämtliche Ärzte über ihre Vergütung, so dass Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam demonstrieren und Krankenhausärzte in den Universitätskliniken für eine bessere Vergütung streiken. Für viele Außenstehende ist es verblüffend, dass ein freiberuflich tätiger Arzt, von dem man traditionell annimmt, dass er zu den Reichen in Deutschland zählt, mit seiner Vergütung nicht mehr auskommt und sich auf die gleiche Ebene begibt wie ein Krankenhausarzt, von dem man schon immer weiß, dass ein Missverhältnis zwischen dem Arbeitsaufwand und der Gehaltszahlung vorliegt.

Zugegeben, ein Vergleich der Vergütungen ist tatsächlich sehr schwierig. Während der Krankenhausarzt tarifrechtlich mehr oder weniger einheitlich bezahlt wird, gibt es aufgrund unterschiedlicher Praxisstrukturen durchaus große Differenzen in Umsatz und Vergütung zwischen den einzelnen Vertragsärzten.

Stimmt dies wirklich? Nach Einführung des EBM ist die

Angelegenheit tatsächlich transparenter geworden. Wir haben es mit einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation zu tun, in die die Betriebskosten variabel eingehen; festgeschrieben ist die ärztliche Leistung durch Beschluss des Bewertungsausschusses. Die Arztminute wird mit 0,779 EUR für alle Ärzte gleich welcher Fachgruppe vergütet.

Dies bedeutet, dass unter der Annahme einer 40-Stunden-Woche in der gesetzlichen Krankenversicherung für einen Vertragsarzt 7578 EUR ärztliches Honorar zur Verfügung gestellt werden. Aber bekommt der Vertragsarzt dieses Geld auch? Da gibt es zunächst den Beschluss des Bewertungsausschusses bezüglich der Regelleistungsvolumina. Viele vergessen, dass bereits hier von einer 20-prozentigen Absenkung des Leistungsbedarfs ausgegangen worden ist, so dass der Leistungsbedarf der Vergangenheit mit dem Faktor 0,8 korrigiert worden ist. Inzwischen wissen wir aber, dass diese Absenkung des Leistungsbedarfs nach den

ersten EBM-Abrechnungen überhaupt nicht eingetreten ist, so dass allein durch diese Vorgabe bereits das Honorar um satte 20% reduziert wird. Gehen wir von einem guten Punktwert von 4 Cent und nicht von 5,11 Cent aus, so werden nochmals 20% der ärztlichen Leistung abgezogen.

Somit bleiben dem Vertragsarzt real 4500,47 EUR im Monat. Dass es sich dabei um eine Milchmädchenrechnung handelt, wird verständlich, wenn man sich klar macht, dass die technische Leistung bei einer Bewertung von 4 Cent von der Kalkulation mit 5,11 Cent unter keinen Umständen kostendeckend ist, und deshalb die Betriebskosten der Praxis über den Arztlohn inzwischen subventioniert werden.

Wir wollen trotz dieser grundsätzlichen Bedenken den errechneten Betrag mit dem Verdienst eines 40jährigen Facharztes an einer Klinik vergleichen. Hier werden 4593 EUR bezahlt, hinzukommen noch im Durchschnitt 1000 EUR Zahlung für geleisteten Dienst.

Wenn man berücksichtigt,

dass auch der Vertragsarzt Bereitschaftsdienst zu leisten hat, oder den organisierten ärztlichen Notdienst aus der eigenen Tasche finanzieren muss, so ist mit Erschrecken feststellbar, dass der freiberuflich Tätige auch mit dem Risiko der freien Niederlassung schlechter bezahlt wird als sein Kollege am Krankenhaus. Selbst die privatärztlichen Einnahmen dürften dies kaum verbessern, da auch der Klinikarzt durch Poolbeteiligungen zusätzliche Einnahmen zur Verfügung hat.

Wie gesagt, die Subventionierung der Betriebskosten durch den zu niedrigen Punktwert über diese ärztliche Leistung ist bei dieser Rechnung außen vor geblieben. Es wird verständlich, dass sich immer weniger Klinikärzte für eine freie Niederlassung entscheiden, es sei denn, sie werden durch Kündigung von Zeitarbeitsverträgen dazu gezwungen. Angesichts dieser Perspektivlosigkeit wird die Auswanderungstendenz der deutschen Ärzte mehr als verständlich.

HFS

Bericht aus der Vorstandssitzung am 21./22. April 2006

Exklusiv-Vorlesung mit Prof. Bert Rürup



Prof. Bert Rürup (li) mit BDI-Präsident Wesiack

Foto: Radau

Prominenter Gast der Vorstandssitzung des BDI e.V. am Vorabend des diesjährigen Internisten-Kongresses in Wiesbaden war der Wirtschaftswissenschaftler Prof. Bert Rürup, TU Darmstadt, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung sowie Vorsitzender der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“). Der „Wirtschaftsweise“ skiz-

zierte den versammelten Internisten ein faszinierendes Rundum-Bild des deutschen Gesundheitssystems, angefangen bei einer Ist-Analyse über die Finanzierungsfragen bis hin zu einem Ausblick auf die zu erwartende Gesundheitsreform. Zunächst einmal stellte er klar, dass das deutsche Gesundheitswesen keineswegs marode ist und dass dessen Kollaps nicht bevorsteht. Im Gegenteil, es besitzt auch im Vergleich ▶

mit dem niederländischen System viele Vorzüge und erweckt im Ausland Neid. Es gibt keine Zugangsbarrieren

den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Die Arztkontakte in Deutschland liegen weit über denjenigen

land zu teuer. Ambulante und stationäre Versorgung sind in Deutschland weitgehend sektoriert

gibt es ähnlich viele ambulant wirkende Fachärzte. Dennoch hält Rürup das Argument von der doppelten Facharzt-Schiene für zu pauschal. Denn den Facharzt gibt es nicht, sondern vielmehr so unterschiedliche Typen wie hausärztlich tätige Fachärzte, Organspezialisten oder Diagnose-Spezialisten.

Die deutsche Krankenhauslandschaft leidet aus Sicht des Ökonomen unter zu geringer Arbeitsteilung und Spezialisierung. Hinzu kommt ein Investitionsstau von über 30 Millionen Euro. Wir müssen in Deutschland mit einer Zunahme von Krankenhaus-Konkursen rechnen, sagte er. Gewinner sind eindeutig die privaten Ketten.

Zwei große Herausforderungen für das System

Das deutsche Gesundheitswesen steht für ihn vor zwei großen Herausforderungen. Die eine ist die demografische Veränderung. Die Alterung der Bevölkerung ►



Das System ist gar nicht so schlecht: Prof. Bert Rürup in Wiesbaden

Foto: Radau

für die Versicherten und der Leistungskatalog der GKV ist im internationalen Vergleich ausgezeichnet. Die Schwäche des Systems ist die verfehlte Finanzierung.

Keine Explosion der Gesundheitskosten

Man darf nicht übersehen, dass die Gesundheitsbranche der größte Arbeitgeber der Republik ist, allerdings nur in geringem Ausmaß ein wirklicher Markt. Rürup hält es für falsch, immer nur auf die Gesundheitsausgaben zu schauen. Sie machen knapp 12% des Bruttosozialprodukts aus, wobei der über Zwangsabgaben finanzierte Teil zwischen 6-8% liegt. Die oft behauptete Explosion der Gesundheitskosten hat es laut Rürup nie gegeben. In seiner nüchternen Bestandsaufnahme wies er darauf hin, dass die Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte sowie das Leistungsvolumen in

in anderen europäischen Ländern. Das hat sich auch durch die Praxisgebühr nicht geändert, obwohl die zu einem Rückgang der Kontakte um ca. 10% geführt hat.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist deutlich angewachsen, doch die Einkommenssituation der Ärzte spiegelt laut Rürup den Leistungszuwachs nicht wider. Im Durchschnitt hat sich die Einkommenssituation der Ärzte spürbar verschlechtert. Die Ausgabenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung, bestätigte der Finanzwissenschaftler, liegen nicht an den Honoraren der niedergelassenen Ärzte.

Vielmehr bezeichnete er es als „weltweites Unikum“, dass die Krankenkassen in Deutschland mehr Geld für Arzneimittel ausgeben als für die Versorgung durch Ärzte. Im internationalen Vergleich, so seine Kritik, sind Arzneimittel in Deutsch-

und es herrscht ein intrasektorales Konkurrenzdenken vor.

In keinem anderen Land

Dringender Appell des BDI: Gesundheitsreform darf die ärztliche Versorgung nicht gefährden

Mit einem einstimmigen Beschluss haben die Delegierten des BDI in ihrer Frühjahrssitzung am 22. April 2006 in Wiesbaden die folgende Resolution beschlossen:

- Der BDI betrachtet die Diskussion über eine Reform der GKV mit großer Sorge. Soll der medizinische Fortschritt in Zukunft allen Kranken zugänglich bleiben, müssen die finanzielle Basis erweitert und sektorenübergreifende Strukturen geschaffen werden. Der Erhalt und Ausbau der wohnortnahen ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen sowie der stationären Versorgung müssen dabei im Vordergrund stehen.
- Der BDI fordert die Regierungskoalition auf, die chronische Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches von € 8 Mrd. zu beseitigen, die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus leistungsadäquat zu bezahlen und zügig mit dem Abbau der Bürokratie im Gesundheitswesen zu beginnen.

BDI fordert dritten Topf für Psychotherapeuten

In seiner Sitzung am 21. April 2006 in Wiesbaden hat der BDI-Vorstand folgenden Beschluss gefasst:

Die ambulante fachärztliche Versorgung leidet inzwischen unter einer solchen Unterfinanzierung, dass die Sicherstellung auf Dauer nicht mehr gewährleistet ist. Der Gesetzgeber hat die vertragsärztliche Versorgung in den hausärztlichen und fachärztlichen Anteil getrennt und die Budgets aufgeteilt. Gleichzeitig wurden in die vertragsärztliche Versorgung die nicht ärztlichen Psychotherapeuten aufgenommen und dem Facharzttopf zugeordnet. Durch Urteile des Bundessozialgerichts sind sie deshalb von der chronischen Unterfinanzierung der Fachärzte nicht betroffen, weil ihnen dort Vergütungen in Euro und Cent und nicht mit variablen Punktwerten zugestanden wurden. Die Leistungssteigerung der Psychotherapeuten geht deshalb voll zu Lasten des Honorars der Fachärzte.

Die inzwischen eingetretene Kostenexplosion in der Psychotherapie gefährdet die Existenz der ambulant tätigen Fachärzte empfindlich.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, hier Abhilfe zu schaffen, indem die ursprünglich bei Eintritt in die Kassenärztliche Vereinigung definierte Finanzierung der Psychotherapeuten den Psychotherapeuten als Budget zur Verfügung gestellt wird. Es muss somit ein dritter Topf eingeführt werden.

Alle Ärzte und Psychotherapeuten müssen bei begrenzten Ressourcen in der Honorarverteilung gleich behandelt werden.

ist irreversibel. Deutschland wird in den nächsten 30 Jahren markant altern. Die Alterung ist aber nach seinen Worten mehr ein finanzierungsseitiges Problem als ein Ausgabenproblem. Die zweite Herausforderung ist der medizinisch-technische Fortschritt. Etablierte Methoden werden nie durch die neuen ersetzt, sondern diese kommen additiv hinzu. Die wachsende Kapitalintensität stellt vor allem die heutige Organisationsstruktur mit der fachärztlichen Einzelpraxis in Frage.

Das GMG wird vielfach unterschätzt

Zu den aktuellen politischen

Reformvorhaben merkte Rürup an, dass man das System durch eine Finanzierungsreform nicht billiger machen könne. Vielmehr müsse man auf der Leistungserbringer-Seite ansetzen bzw. beides gleichzeitig tun. Das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GM) von 2004 nannte er ein vielfach unterschätztes Gesetz. Es werde durch neue Versorgungsformen und durch die Änderungen der Muster-Berufsordnung die Leistungserbringer-Seite noch kräftig aufmischen.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat nach seinen Worten kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem. Dieses müsse

gelöst werden. Er riet, sich von der Hoffnung zu verabschieden, das System könnte durch Prävention billiger werden. Prävention sei sicher wichtig und richtig, aber sie löse die Probleme nicht.

Vielmehr muss man sich intensiv mit der Frage beschäftigen, wie mehr Geld in das System kommt. Rürup befürchtet, dass dieses Problem in dieser Legislaturperiode nicht gelöst wird.

Es stellen sich aus seiner Sicht drei wichtige Fragen: 1. Wie und wo soll die sinnvolle Kapitaldeckung organisiert werden? Kapitaldeckung verteilt die Kosten anders über die Zeit, macht das System aber nicht effizienter. Die private Krankenversicherung sieht er sehr viel mehr durch das Fehlen der Portabilität der Altersrückstellungen gefährdet als durch die Bürgerversicherung.

2. Pflichtversicherungsgrenze: Sie liegt derzeit bei ca. 4000 Euro und ist nach Rürups Worten in keiner Weise zu begründen. „So etwas gibt es sonst nur noch in Chile.“ Die ökonomische Antwort wäre, die Pflichtversicherung durch eine allgemeine Versicherungspflicht abzulösen. Eine Lösung wie in den Niederlanden hält er für Deutschland relativ schwierig, denn dann könnte es keine substitutive Vollversicherung in jetziger Form mehr geben. Man müsse das System entweder vollständig privatisieren oder einen einheitlichen umlagefinanzierten Markt schaffen.

In den Niederlanden seien die privaten Krankenkassen schon immer umlagefinanziert gewesen.

Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie

Die 3. Frage ist, wie man die Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten abkoppeln kann. In der Diskussion stehen auf der einen Seite die Bürgerversicherung und auf der anderen Seite die Kopfpauschale bzw. Gesundheitsprämie. „Dahinter stehen fünf unterschiedliche Ideologien“, kommentierte der Wirtschaftsfachmann, „deshalb wird es schwierig werden, hier einen Kompromiss zu finden.“ Die Finanzierungsreform sei nicht zuletzt deshalb so vertrackt, weil sich beide Koalitionsparteien auf sich letztlich ausschließende Varianten festgelegt haben. Weil die Parteien einen gesundheitspolitischen Wahlkampf fürchten, müssen sie einen Kompromiss finden, bei dem beide Seiten ihr Gesicht wahren können, meinte Rürup.

Das vom CDU-Fraktionsvorsitzenden Volker Kauder ins Gespräch gebrachte Pool- bzw. Fonds-Modell ist in seinen Augen keine Finanzierungsreform, die den Namen verdient. Das Modell hält er nicht für richtig zielführend, aber er glaubt, dass sich die Parteispitzen schon sehr viel mehr auf dieses Modell festgelegt haben, als bisher zu erkennen ist. Die lautstarke Kritik daran kam ausschließlich aus der 2. Linie der Parteien. KS



Wie sich die AOK das Gesundheitswesen wünscht

Die Proteste der Ärzteschaft gegen die unsäglichen Arbeitsbedingungen, den unerträglichen Bürokratielärm und die Unterfinanzierung ihrer Leistungen haben bei Kassenfunktionären für Unruhe gesorgt. Mit einer gewaltigen Breitseite gegen die Ärzteschaft reagierte jetzt der Vorsitzende des Verwaltungsrats des AOK-Bundesverbands, Fritz Schösser, auf die in der Öffentlichkeit stark beachteten Protestaktionen.

Als „freiberufliche Trittbrettfahrer“, die den Tarifkonflikt

raren habe es in dieser Zeit ein Plus von 20,5% gegeben. Schössers Fazit: „Die Beitragszahler müssen also immer mehr Geld aufbringen für die Vergütung der niedergelassenen Ärzte.“ Dass in der gleichen Zeit auch die Nachfrage der Versicherten nach ärztlichen Leistungen kräftig angestiegen ist, verschwieg er geflissentlich.

Arztdichte in Deutschland ist Spitze

Die unbefriedigende Einkommenssituation des einzelnen

Er stellte schlicht und einfach fest, dass wir im niedergelassenen Bereich weniger ein Finanz- und Mengenproblem als vielmehr ein Struktur- und Verteilungsproblem hätten. „In den großen Städten und ihren Speckgürteln mit einem ansehnlichen Teil an zahlungskräftigen Privatpatienten haben wir Arztpraxen wie Sand am Meer. In München-Stadt gibt es z.B. bei den Internisten einen Versorgungsgrad von über 200%, d.h. es sind dort mehr als doppelt so viele Internisten niedergelassen

wie eigentlich erforderlich sind.“

Diese Überversorgung bindet nach seinen Worten Mittel, die in schwächer versorgten Regionen sinnvoll eingesetzt werden könnten. Die Antwort auf die Situation könne nicht einfach nur mehr Einkommen für die niedergelassenen Ärzte sein, denn damit würden nur weiterhin Versichertengelder in Gegenden gelenkt, die ohnehin schon überversorgt seien und in denen vor allem zu viele Fachärzte tätig seien.



Die Drei von der AOK: (von links) Fritz Schösser, Dr. Hans-Jürgen Ahrens, Johann-Magnus von Stackelberg

Fotos (3): AOK-Mediendienst

zwischen Krankenhausärzten und Krankenhasträgern nutzen wollen, um für sich „noch mehr Geld“ zu erstreiten, verunglimpfte der AOK-Funktionär, der in Bayern auch Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbunds ist, die aufbegehrenden niedergelassenen Ärzte. Er kündigte auf dem AOK-Presseseminar Anfang Mai in Liebenwalde an, dass die Selbstverwaltung der Krankenkassen ihre Zurückhaltung aufgeben und gemeinsam die Öffentlichkeit über zentrale Fakten informieren werde.

Damit fing er in Liebenwalde gleich an: Von 1993 bis 2005 sei die Zahl der berufstätigen Ärzte um 18,3% gestiegen, die der niedergelassenen Vertragsärzte sogar um 20,8%. Bei den Arzthono-

niedergelassenen Arztes liegt für Schösser allein darin begründet, dass die Arztdichte in Deutschland – rund 370 Ärzte auf 100 000 Einwohner – sei Spitze in Europa und habe sich seit Anfang der 70er Jahre mehr als verdoppelt. Dass die ärztliche Tätigkeit nach wie vor ein attraktives Berufsziel ist, zeigten die Bewerberzahlen für ein Medizinstudium, die in den vergangenen Jahren erneut Höchststände erreichten. Die Tatsache, dass etwa die Hälfte der Absolventen des Medizinstudiums nicht in der Versorgung der Patienten landen, sondern sich andere Karrieren suchen, ist bei dem Gewerkschafter Schösser offenbar noch nicht angekommen.

Intelligente Lösungen sind gefragt

Gefragt seien vielmehr intelligente Lösungen, die regionale Besonderheiten berücksichtigten. Mehr Vertragsfreiheit für die Kassen gehört für Schösser dazu. Wenn die Kassen nur noch nach Bedarf und mit klaren qualitätssichernden Verträgen honorieren könnten, würden sich auch Ver- ▶

Fondsmodell mit erheblichen Nebenwirkungen

Möglicherweise wird es zu dem vom CDU-Fraktionsvorsitzenden Volker Kauder bekannt gemachten Fondsmodell bei der Gesundheitsreform kommen, glaubt der AOK-Vorstandsvorsitzende Dr. Hans-Jürgen Ahrens. „Alle finden sich darin wieder – und das ist gefährlich.“ Er befürchtet, dass es der Koalition mehr auf einen für die Parteiinteressen brauchbaren Kompromiss zwischen Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung ankommt als auf eine brauchbare inhaltliche Lösung. In seinen Augen birgt das Fondsmodell erhebliche Nebenwirkungen. Es löse nicht das entscheidende Problem der sinkenden Einnahmen der Krankenversicherung und bringe zudem einen riesigen bürokratischen Verwaltungsaufwand. Heute führen die Krankenkassen den gemeinsamen Beitragseinzug für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung durch. Käme der Fonds in der bisher bekannten Ausgestaltung, käme auch eine neue Superbehörde, und es müssten gleichzeitig drei getrennte Einzugsverfahren eingerichtet werden. „Das wäre ein grandioser Schilbürgerstreich unter der Fahne des Bürokratieabbaus.“

Entschlackung der DMP-Bürokratie

Die AOK setzt sich für einen Abbau von Bürokratie bei den Disease-Management-Programmen (DMP) ein. Der Verwaltungsaufwand für die strukturierten Behandlungsprogramme soll durch Änderungen in der Rechtsverordnung zu DMP deutlich reduziert werden. Konkrete Vorschläge dazu hat der AOK-Bundesverband in die Arbeitsgruppe zum Bürokratieabbau eingebracht, die vom Gesundheitsministerium einberufen worden ist. So ist z.B. vorgesehen, dass eine Reihe von Formalitäten abgeschafft werden, die bisher viel Aufwand in den Arztpraxen verursacht haben. Unter anderem soll die Zahl der DMP-Formulare reduziert werden.

Auch ungewollte Ausschreibungen aus dem Programm sollen künftig vermieden werden, erläuterte Dr. Bernhard Egger, Leiter des Stabsbereichs Medizin im AOK-Bundesverband. Zurzeit wird angenommen, dass ein Patient nicht mehr aktiv am Behandlungsprogramm teilnimmt, wenn er zweimal einen Arzttermin verpasst hat. Hierfür kann es aber gute Gründe geben – z.B. einen Krankenhausaufenthalt. Solche Regelungen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis unnötig belasten, sollen geändert werden.

Mit den DMPs ist auch eine Morbiditätskomponente in den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt worden. Wenn die Morbidität der Versicherten in Zukunft unabhängig von der DMP-Teilnahme im RSA berücksichtigt würde, wäre aus Sicht der AOK eine weitere Vereinfachung der Dokumentationsbögen möglich.

Ein neuer Wust von Bürokratie tut sich auf im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung, konstatierte von Stackelberg in Liebenwalde: Aus einer Behandlung im Bereich Brustkrebs entsteht ein Datensatz für die Abrechnung, einer für die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), einer für das Krebsregister, einer für Disease Management, einer für die klinische Studie, einer für die interne Kostenrechnung – „kein Wunder, dass manche Ärzte verzweifeln“. Hier muss nach seinen Worten versucht werden, Qualität mit vorhandenen Daten, z.B. mit Abrechnungsdaten, zu messen. Und es komme darauf an, Ergebnisqualität zu messen.

Zur Verbesserung, Beschleunigung, aber auch zur effizienteren Gestaltung bestehender QS-Maßnahmen könnten die Erfahrungen des AOK-Systems mit der „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) beitragen, die mit Helios Kliniken GmbH, Universität Magdeburg (FEISA), AOK-Bundesverband und WIdO seit 2002 entwickelt wurden. Dahinter steht eine Qualitätssicherung in der stationären Versorgung, die auf routinemäßig verfügbaren Abrechnungs- und Administrationsdaten basiert und an Ergebnisqualität orientiert ist. Erste Ergebnisse sollen Mitte dieses Jahres vorgestellt werden.

sorgungsprobleme in manchen ländlichen Regionen leichter lösen lassen.

Die AOK treibt die Sorge, dass als Folge der Liberalisierung und Flexibilisierung durch das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG) die

begrenzten Mittel werden zugunsten der unterversorgten Regionen und zu Lasten der überversorgten Bereiche neu verteilt und orientieren sich nicht mehr ausschließlich am Versorgungsangebot, sondern am



Ausfüllen von DMP-Formularen

Foto: AOK-Mediendienst

Disparitäten weiter anwachsen könnten. Sie fordert daher, dass kapazitätserweiternde Regelungen wie etwa die unbeschränkte Anstellung von Ärzten nur in unterdurchschnittlich versorgten Regionen greifen dürfen. Die Kasse geht nach den Worten ihres stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Johann-Magnus von Stackelberg davon aus, dass Unterversorgung nur wirksam verhindert werden kann, wenn gleichzeitig die Überversorgung abgebaut wird. Sie schlägt daher vor, die Anreize zur Vermeidung von Unterversorgung zu verbinden mit Anreizen zum Abbau der Überversorgung. Zu diesem Zweck unterbreitet die AOK der Politik einen simplen Vorschlag:

- „Die Sicherstellungszuschläge an Ärzte, die sich in unterversorgten Regionen niederlassen, werden ergänzt durch Sicherstellungsabschläge von Ärzten, die in überversorgten Regionen eine Praxis übernehmen. Die Entscheidung zugunsten der Niederlassung in einer unterversorgten Region wird durch dieses System positiver und negativer Anreize nachhaltig unterstützt. Die

Versorgungsbedarf. Entsprechende Regelungen sollten im weiteren Verfahren Eingang in das Gesetz finden.“

Feste Punktwerte nur für ein Quartal

Eine klare Absage erteilte von Stackelberg der Forderung nach festen Punktwerten in Euro für ärztliche Leistungen. Dies werde auch mit Einführung der Regelleistungsvolumina nicht kommen, versicherte er in Liebenwalde. Sobald die tatsächliche Mengenentwicklung über das Regelleistungsvolumen hinaus gehe, sinke natürlich der durchschnittliche Wert je Leistungseinheit genauso, wie er das jetzt tue. RLV seien nicht das Ende der Budgetierung, sondern nur eine andere Form der Budgetierung. Die AOK stellt sich ein künftiges Vergütungssystem vor, in dem es prospektiv vereinbarte Quartalspunktwerte gibt, je nachdem, wie sich die Leistungsmenge entwickelt. Festgeschriebene Euro-Werte in einer länger wirkenden Gebührenordnung wären aus Sicht der AOK „ein ordnungspolitischer ▶

Sündenfall“. Preissysteme bräuchten Flexibilität, meinte er.

Neuabgrenzung ambulant-stationär

Die starre Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird allmählich gelockert. Seit den 90-er Jahren gibt es eine stetig zunehmende Formenvielfalt bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser, stellte von Stackelberg fest. Sie unterscheiden sich stark in ihrer Aufgabenstellung, historischen Entstehung und Vergütung. Wurde der stationäre Krankenhausesektor in den vergangenen Jahren durch die Einführung von Fallpauschalen (DRG) grundsätzlich neu geordnet, so steht ein konsistenter gesetzlicher Rahmen für ambu-

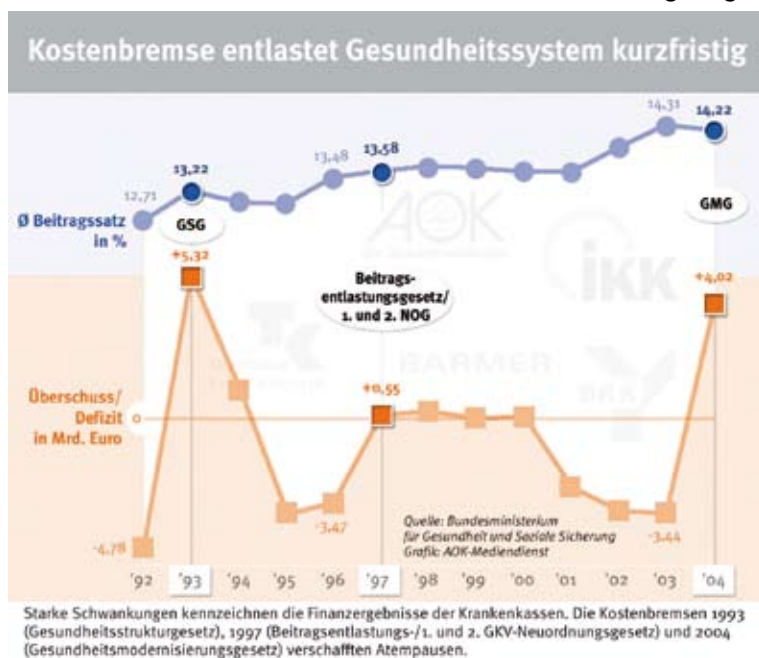
Das gegenwärtige Nebeneinander beider Systeme stelle ein echtes Problem dar, zu sehen am § 116b SGB V, mit dem langfähige Forderungen nach Krankenkassen umgesetzt wurden.

Allerdings werde derzeit eine vermeintlich zu zögerliche Umsetzung der Öffnung der Kliniken für hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen sowie Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf zum Anlass genommen, eine Regelung analog zu § 115b SGB V (ambulantes Operieren) zu fordern, wo für Krankenhäuser ein unbeschränkter Zulassungs- und Abrechnungsanspruch bestehe. Von Stackelberg warnte vor einer solchen Veränderung. Was dem § 116 b fehle, sei nicht ein Zulassungsanspruch, sondern eine Refinanzierungsrege-

Zur Lektüre empfohlen

In diesem Heft wird über die Vorstellungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse zum zukünftigen Gesundheitswesen ausführlich berichtet. BDI aktuell stellt deshalb der AOK und ihren Vorstellungen soviel Raum zur Verfügung, weil die Allgemeine Ortskrankenkasse Meinungsführer bei den RVO Kassen ist und es inzwischen auch sogar Gerüchte gibt, dass sie mit der Barmer Ersatzkasse mittelfristig fusionieren will. Die Vorstellungen der AOK haben immer schon politisches Gewicht gehabt. Sie müssen deshalb dargestellt werden und bedürfen einer kritischen Würdigung. Insgesamt lassen sich die Vorstellungen der AOK sehr einfach zusammenfassen:

1. Mehr Geld als seither wird dem Gesundheitswesen grundsätzlich nicht zur Verfügung gestellt.
2. Einsparvolumina werden zuallererst für eine Reduktion der Beiträge verwendet.
3. Ärzte können über die veranlassten Leistungen beim Patienten sparen und mit einer Beteiligung am Einsparvolumen über Bonusregelungen rechnen oder werden mit einer Malusregelung bestraft. Typisches Beispiel sind die letzten gesetzlichen Vorgaben für die Arzneimittelversorgung.
4. Auch die Unterversorgung in ländlichen Bezirken, insbesondere im hausärztlichen Bereich ist für die Krankenkasse kein Anlass, zusätzliches Geld locker zu machen. Hier müssen die in den Ballungszentren tätigen Ärzte Geld in unterversorgte Gebiete transferieren. Auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen wird dabei keine Rücksicht genommen.
5. Im Gesundheitswesen soll der Wettbewerb einziehen. Dabei wird normalerweise der Preis durch Angebot und Nachfrage bestimmt. Liegt ein Überangebot vor, verfallen die Preise. Verknappt sich das Warenangebot, so werden die Preise steigen. Dieses einfache Prinzip wird aber von der AOK im Gesundheitswesen nicht anerkannt. Hier ist Wettbewerb eine Einbahnstraße und wird nur dann reklamiert, wenn man glaubt, die Preise im Gesundheitswesen drücken zu können, und sich damit Möglichkeiten für Einsparvolumina ergeben.



AOK-Mediendienst

lante Klinikleistungen noch aus: „Die derzeitige Vergütung ambulanter Leistungen ist chaotisch.“

Eine zweite Entwicklungslinie der Ordnungspolitik ist für ihn der Abschied vom Kollektivvertrag zugunsten einzelvertraglicher Regelungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Diese gehöre langfristig unabdingbar zum ordnungspolitischen Gesamtbild einer wettbewerblichen Neuordnung.

Bei allen hochspezialisierten Behandlungen, die hier infrage kämen, handle es sich um Substitution vertragsärztlicher Leistungen oder um Substitution stationärer Leistungen. Eine Zulassung von Krankenhäusern völlig unabhängig vom regionalen Bedarf sei kein rationales Modell. Entsprechende Forderungen der DKG weisen die Krankenkassen daher mit Nachdruck zurück.

KS

Insgesamt kann man festhalten, dass die AOK mit ihrer Politik an den bürokratischen und restriktiven Vorgaben unseres starren Gesundheitswesens festhält, ja sogar noch Vorschläge bei der Unterversorgung unterbreitet, die mit Sicherheit den bürokratischen Aufwand weiter erhöhen. Wettbewerb dient ihr nur zur Realisierung von Einsparungen.

Wie gesagt, die Macht der AOK im Konzert der Krankenkassen bei Einflussnahme auf die Gesundheitspolitik ist nicht zu unterschätzen. Eine Fusion mit einem Juniorpartner Barmer Ersatzkasse wird das noch verstärken. Deshalb empfiehlt sich die Lektüre dieser Artikel.

HFS