

Evolution statt Revolution

Mit größeren Geburtswehen sind die Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform im Jahre 2006 vom Kabinett verabschiedet worden, nachdem die Chefs der Koalition noch letzte Hand an die Formulierungen gelegt haben. Sie sorgen nach wie vor für heißen Gesprächsstoff.

schung breit. Besonders in der Presse wurde das Werk als kleine Nummer mit großer Ankündigung verworfen.

Man sollte sich schon die Mühe machen, die Eckpunkte dieser Bundesregierung genau durchzulesen, bevor man ein endgültiges Urteil

Alle waren sich im Klaren, dass dies letztendlich auf ein staatliches Gesundheitswesen hinaus laufen wird, das am Ende der Wegstrecke stehen soll. Es wäre gelungen, einen weiteren Verschiebepunkt auch bei der Finanzierung unseres Sozialsystems einzuführen.

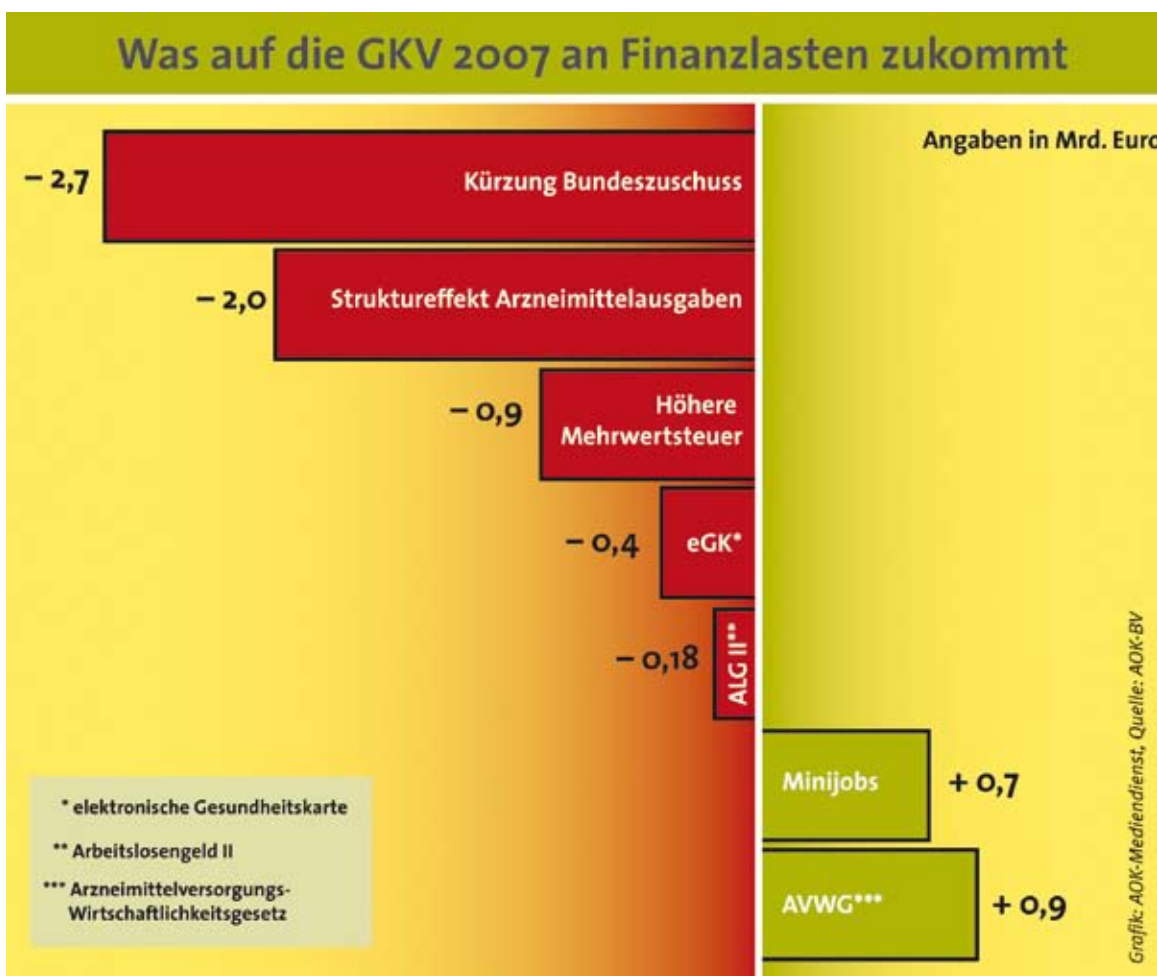
In aller Konsequenz hätte die CDU ein Kostenerstattungsprinzip mit sozialer Abfederung einführen müssen, die SPD ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen mit Bevormundung des einzelnen Bürgers. Es ist zu fragen, wie die Presse reagiert hätte, wenn eine dieser beiden Lösungen lupenrein umgesetzt worden wäre. Wahrscheinlich wäre ein solcher Grundsatzstreit in dieser Republik entstanden, der die Große Koalition bereits in ihrem ersten Jahr liquidiert hätte.

Holzhammer-Methode denkbar ungeeignet

Im Übrigen wissen alle, dass ein Gesundheitswesen soviel feinsinnige Nuancen aufweist, dass man hier kaum mit dem Holzhammer vorgehen kann. Insofern ist die Entscheidung der Großen Koalition zumindest nachvollziehbar, dass man die GKV kontinuierlich fortentwickelt, aber die Akzente in die politisch gewollte Richtung weiter verschiebt. Dies heißt nicht, dass hier der große Wurf gelungen ist. Auch bei den – im Sinne einer Evolution unseres Gesundheitswesens – vorgenommenen kleinen Schritten gibt es eine ganze Reihe von Unwägbarkeiten und Regelungen, die genau in die falsche Richtung gehen. Kritik wird deshalb notwendig sein.

Was steht in diesen Eckpunkten?

Wie in allen seitherigen Gesetzentwürfen wird in der Präambel klargestellt, dass man das deutsche Gesundheitswesen trotz ▶



Die Reaktionen der Betroffenen, seien es Krankenkassen, Ärzteverbände oder Pharmaindustrie, kamen so schnell, dass sie entweder bereits im Vorhinein über den Inhalt der Eckpunkte informiert sein mussten, oder man muss vermuten, dass sie von den wenigsten wirklich im Detail gelesen worden sind. Es machte sich bei allen Beteiligten – außer bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – große Enttäu-

fällt. Auch die Ausgangspunkten der beiden Parteien in der Großen Koalition müssen berücksichtigt werden, wenn man zu einer objektiven Bewertung kommen will.

Erinnern wir uns: Im Wahlkampf hat sich die SPD eindeutig im Sinne einer Bürgerversicherung entschieden. Sie hat damit das Versicherungsprinzip aufgegeben und führt eine Art Gesundheitssteuer ein.

Demgegenüber hat die CDU weiter am Versicherungsprinzip festgehalten und ein mehr oder weniger verständliches Prämienmodell aufgelegt. Hinter diesen Unterschieden steckt eine grundsätzliche Differenz. Die SPD nimmt für sich in Anspruch, dass sie für den Bürger sorgt und ihn dabei an die Hand nimmt. Die CDU baut auf den mündigen Bürger und möchte ihn vermehrt in die Verantwortung nehmen.

aller Unkenrufe für wettbewerbsfähig hält und dass die Qualität der Gesundheitsversorgung hierzulande hoch eingeschätzt wird. Dennoch kann man jedes System verbessern, indem man die Mittel zur Gesundheitsversorgung effizienter einsetzt. Auch hier wird wieder die sattsam bekannte Über- und Unterversorgung zitiert. Auch ein Anheben der Qualität wird eingefordert und die Befürchtung ausgesprochen, dass insbesondere an den Schnittstellen die Ressourcen „suboptimal“ eingesetzt werden.

Man ist sich aber auch darüber im Klaren, dass es große Herausforderungen mit dem demografischen Wandel und dem medizinischen, medizintechnischen Fortschritt gibt und dass ein Gesundheitswesen immer weiter entwickelt werden muss. Man akzeptiert einen höheren Finanzierungsbedarf für die nächsten zwei Jahrzehnte, weil die Zahl älterer Menschen zunehmen wird. Wenn man sich daran erinnert, dass die Rot/Grüne Koalition ihr GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im parteiübergreifenden Konsens (man erinnere sich an „eine der schönsten Nächte“ von Horst Seehofer mit Ulla Schmidt) verabschiedet hat, dann wird sich diese Bundesregierung auch in geänderter Zusammensetzung auf der Basis dieses Gesetzes weiter bewegen. Dies drückt sie bei den Eckpunkten bereits auf der ersten Seite klar und deutlich aus, indem sie die Grundprinzipien dieses GMG bekräftigt, die damit weiter gelten:

- Die Qualität und die Transparenz sollen erhöht werden.
- Die Stellung des Patienten als Nutzer des Gesundheitswesens ist zu stärken.
- Die Zusammenarbeit der Versorgungssektoren im

Gesundheitswesen ist zu verbessern.

- Die Leistungserbringer werden einem erweiterten Wettbewerb ausgesetzt.
- Neu in der Zusammenstellung dieser Gedanken ist aber die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten.

Man führt deshalb Wahltarife ein; auch die Vertragsgestaltung der Krankenkassen soll vereinfacht werden. Einen wunden Punkt des seitherigen Systems, den Risikostrukturausgleich, will man völlig erneuern. Dies wird auch notwendig sein, wenn man ein geändertes Finanzierungssystem der Krankenkassen einführen will.

PKV soll im Grundsatz erhalten bleiben

Grundsätzlich wird festgehalten, dass „das spezi-

alle Diskussionen über eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung vom Tisch. Sie wird reformiert werden.

Vage Aussagen über den ambulanten Sektor

Bei der ambulanten ärztlichen Versorgung bleibt man zunächst plakativ, indem man den freien Zugang der Patienten, unabhängig vom Alter, Einkommen und Versicherungsstatus, weiterhin gewährleistet sehen will. Die bereits stattfindende Rationierung wird auch von dieser Regierung nicht wahrgenommen oder geleugnet.

Man möchte die Integrierte Versorgung und auch Medizinische Versorgungszentren weiterführen, stellt sich aber grundsätzlich gegen eine generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung. Diese ist nicht vorgesehen.

wird die Einzelleistungsvergütung. Abstufungsregelungen werden vorgesehen. Der Entwurf bleibt die Antwort auf eine entscheidende Frage schuldig:

Unser seitheriges System, der Kollektivvertrag, beruht auf der Budgetierung und der Verteilung des Geldes über die Kassenärztliche Vereinigung an die Vertragsärzte. Wenn es eine Euro-Gebührenordnung gibt, ist im Prinzip eine Budgetierung im seitherigen Sinne nicht mehr möglich. Wenn man unter diesen Bedingungen noch Kollektivverträge abschließen könnte, stellt sich die Frage, wer in Zukunft den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen hat. Wenn das Modell konsequent umgesetzt wird, bedeutet dies, dass bis zu einer gewissen Menge jede Praxis eine bestimmte Leistung ohne Abstufung vergütet bekommt. Es müssen somit die Grenzwerte für die Ein-



fische Geschäftsmodell der PKV erhalten bleibt.“ Es wird von den Privatkrankenkassen aber eingefordert, dass die Altersrückstellungen bei einem Kassenwechsel mitgenommen werden können und dass ein Basistarif für freiwillig Versicherte eingeführt wird, um den Wettbewerb zwischen der PKV und der GKV zu intensivieren. Damit sind vorläufig

Die Honorierung im ambulanten Bereich soll leistungsgerecht sein. Sie ist zu vereinfachen und wird nach Auffassung der Bundesregierung entbürokratisiert. Man will eine Euro-Gebührenordnung und möchte für die verschiedenen Versorgungsebenen hausärztlich und fachärztlich unterschiedlich ausgestattete Pauschalvergütungen. Die Ausnahme

zelpraxen festgesetzt werden. Dies wird bedeuten, dass die Kassenärztliche Vereinigung, der man wieder den Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende Versorgung zuordnen will, nur noch als Institution den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen hat. Es wird interessant sein, wie die Bundesregierung die rechtlichen Vorausset-

zungen für den einzelnen Vertragsarzt formuliert, der unter solchen neuen Bedingungen zu arbeiten hat.

Konturen eines neuen Vergütungssystems

Es lohnt sich, die einzelnen Punkte zu zitieren, die in den Eckpunkten als Kennzeichen eines neuen Vergütungssystems veröffentlicht sind:

- Ablösung der bisherigen Budgetierung durch ein neues Vergütungssystem mit Mengensteuerung
- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Gewährleistung der Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung
- Honorarzuschläge für besondere Qualität
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize
- Professionalisierung der Erarbeitung der Vergütungsreform.

Auf zwei Punkte ist hier besonders hinzuweisen:

Im dritten Punkt wird klargestellt, dass man das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen will. Dies ist nicht neu und hat bereits im GMG gestanden. Sehr viele Kolleginnen und Kollegen haben dies aber ebenso wenig wahrgenommen wie die Repräsentanten unserer Selbstverwaltung. Es handelt sich hier um eine Forderung, die von den Ärzten seit Jahren erhoben wird, um aus dem Hamsterrad-Effekt aussteigen zu können.

Entscheidende Bedeutung hat der letzte Punkt. Hier hat die Politik wohl die verschiedenen Versorgungsebenen mit ihren Vergütungsstruk-

turen genau beobachtet. Im ambulanten Bereich wurden bei der Erarbeitung neuer Vergütungen keine gesetzlichen Fristen eingehalten und es hat ein Gezeiter um den EBM 2000 plus gegeben, bis er endgültig und mühsam verabschiedet wurde. Bis jetzt hat es nur ein Desaster und Unzufriedenheit bei allen Beteiligten gegeben. Die Selbstverwaltung im ambulanten Bereich hat ein konzertiertes und vernünftiges Finanzierungsmodell für die ärztlichen Leistungen seither nicht abgeliefert. Es ist davon auszugehen, dass auch das Vertrauen der politisch Verantwortlichen in die Selbstverwaltungs-Institutionen verloren gegangen ist.

Die Vertragsärzte entdecken immer mehr Fehler der angeblichen betriebswirtschaftlichen Kalkulation und fürchten eine weitere Unterfinanzierung des Systems. Der Geburtsfehler des EBM 2000 plus lässt sich nicht leugnen: Ohne den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent ist ein betriebswirtschaftlich kalkulierter EBM nicht umsetzbar.

Die DRGs sind voll akzeptiert

Wesentlich geschickter ist man im stationären Bereich vorgegangen. Trotz allen Befürchtungen hat sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft vorsichtig den DRGs genähert und sie in dem Moment akzeptiert, als man eine Kalkulation auf den derzeitigen Ist-Kosten eingeführt hat. Den Verantwortlichen der Krankenhausgesellschaft ist offensichtlich klar gewesen, dass man damit zumindest kurzfristig den Status Quo retten kann und den Krankenhäusern die Chance gibt, sich über einige Jahre anzupassen. So gibt es keinen grundsätzlichen Dissens mehr über DRGs. Sie sind im Gegenteil voll

akzeptiert und werden je nach medizinischem Bedarf schnell weiter entwickelt und sind daher sehr anpassungsfähig - im Gegensatz zu den Beschlusslagen im Bewertungsausschuss der ambulanten Versorgungsebene.

Es ist deshalb nachvollziehbar, dass die politisch Verantwortlichen sich bei einer neuen Gebührenordnung an diesem Modell orientieren werden. Es wird in dem Papier auch eindeutig von dem InEK-Institut gesprochen, das man als Vorbild für die Abfassung dieser Gebührenordnungen nimmt. Man darf gespannt sein, wie man die die DRG-Systematik und die dabei notwendige Erhebung der Kosten im ambulanten Bereich abwickeln will. Neue an den EBM angelehnte und mit heißer Nadel gestrickte Gebührenordnungen werden in diesem Umfeld wenig Chancen haben.

Neue Versorgungsformen weiterhin als politisches Ziel

Die besonderen Versorgungsformen haben weiterhin Priorität. Es wird zum anderen klargestellt, dass die Anschubfinanzierung bis zur Beseitigung der Budgetierung fortgeführt wird. Dies war auch schon aus der Systematik des GMG ablesbar. Den Krankenkassen wird in dem System mehr Freiheit bei der Vertragsgestaltung zugesprochen. So wird folgendes festgehalten:

Auf Ärzteseite können neben einzelnen oder Gruppen von Ärzten auch Kassenärztliche Vereinigungen Vertragspartner (der Krankenkassen) sein. Alle Vertragsärzte bleiben auch bei abweichenden Vereinbarungen Mitglieder der KV. Der Sicherstellungsauftrag der KV – einschließlich des Notdienstes – wird der Versorgungsplanung entsprechend angepasst.

Bei der Finanzierung gibt es noch einen interessanten Ansatz:

Hochspezialisierte Leistungen beim Krankenhaus können in Zukunft erbracht werden; Voraussetzung ist aber, dass die Krankenhäuser und die Krankenkassen 0,5% des Krankenhausbudgets mitfinanzieren. Es entsteht der Eindruck, dass hier der erste Ansatz gefunden wird, um eine duale Finanzierung von Leistungen auch im Krankenhausbereich zu beginnen. Die duale Finanzierung ist übrigens im Eckpunktepapier kein Tabu mehr, sie wird nur unter mittelfristigen Gesichtspunkten gesehen.

Arzneimittel bleiben im Visier der Politik

Auch bei der Arzneimittelversorgung gibt es neue Gesichtspunkte. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss und vor allem dem IQWiG wird eine besondere Bedeutung zukommen. Hier wird man Wert darauf legen, dass der therapeutische Zusatznutzen von neuen Medikamenten für die Patienten belegt wird. Den Krankenkassen und Apotheken setzt man die Daumenschrauben an, indem man von ihnen ein Einsparvolumen von 500 Mio. Euro erwartet, das, wenn es nicht durch Rabattierung erreicht wird, von der Vergütung einzubehalten ist. Für die Ärzte ist noch wichtig, dass man offensichtlich die Absicht hat, die bürokratischen Auflagen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere auch im Arzneimittelbereich einzuschränken. Die eindeutigen Vorgaben bei der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln über Bundesausschuss und IQWiG haben Priorität vor der Drangsalierung der Vertragsärzte. Da kann man nur hoffen, dass diese Vorgabe tatsächlich so umgesetzt wird.

Obwohl man sich die ►

Entbürokratisierung auf die Fahnen geschrieben hat, gibt es einen Punkt, wo daran Zweifel aufkommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist durch seine schnelle Entscheidungsfolge zwar nicht berühmt geworden. Die Absicht, ihn zu professionalisieren, indem man nur noch beim Bundesausschuss Hauptamtliche in den Gremien arbeiten lässt, wird zu einer Ausweitung bürokratischer Aktivität bei den einzelnen Verbänden führen, die die Entscheidungslage des Bundesausschusses überprüfen müssen und wollen. Hier wird die Bürokratie regelrecht gefördert.

Auch die Krankenkassen kommen in diesen Eckpunkten nicht ungeschoren davon. Ihre Reaktion zeigt deutlich, dass man einen Nerv getroffen hat. Zurzeit gibt es im Wesentlichen zwei Krankenkassenverbände: die RVO-Kassen und die Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen. Offensichtlich stand die derzeitige Struktur der Ersatzkassen Pate bei dem Vorschlag der Eckpunkte. Man will nämlich nur noch einen Spitzenverband, der in den Gremien geschlossen auftritt. Hier wird auch Kernkompetenz einzelner Krankenkassen an einen Spitzenverband abgegeben, um die Entscheidungsfähigkeit zu verbessern. Dies wird automatisch zu einer Konzentration von Krankenkassen führen.

Gesundheitsfonds als politischer Zankapfel

Eine zentrale Rolle spielt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in der Zukunft. Man hat sich tatsächlich für das Modell eines Gesundheitsfonds entschieden, der von dem Unions-Fraktionsvorsitzenden Volker Kauder in die Diskussion eingebracht wurde. Man behauptet, dass er auf Vorschläge von Prof.

Klaus-Dirk Henke aus Berlin zurückgeht. Böse Zungen sprechen von einem so genannten Henkerfond.

Dieser Fond finanziert sich aus Beiträgen der Mitglieder und der Arbeitgeber sowie durch eine zusätzliche Steuerfinanzierung. Im Haushaltsjahr 2008 ist ein Zuschuss von 1,5 Mrd., 2009 von 3 Mrd. Euro vorgesehen. Begründet werden die Steuermittel durch die Finanzierung der Mitversicherung von Kindern. Die Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber werden durch neu organisierte Einzugsstellen regional geregelt, und der Gesetzgeber glaubt, hiermit den Beitragseinzug stark zu vereinfachen. Krankenkassen und Gewerkschaften fürchten deshalb, dass es zu Entlassungen bei den Krankenkassen kommt.

Zunächst sorgt der Fond dafür, dass die Beiträge der Krankenkassen gleich geschaltet werden. Der Gesetzgeber ist sich aber darüber im Klaren, dass er bei unterschiedlichen Zusammensetzung der Mitglieder einer Krankenkasse auch einen wirksamen Morbiditätsindex benötigt, der den Risikostrukturausgleich ablöst. Bereits jetzt hat die Diskussion begonnen, wieweit man den Morbiditätsindex definiert. Dabei reichen die Forderungen von einfachen Lösungen über Alter und Geschlecht bis hin zu hoch differenzierten Korrektur-

vorgaben über chronische Krankheiten.

Ein entscheidender Unterschied zur seitherigen Regelung liegt darin, dass der Gesetzgeber die Beitragshöhe für diesen Gesundheitsfonds bestimmt und dies nicht mehr Sache der Krankenkassen ist. Auf den ersten Blick hat das den Vorteil, dass der Wettbewerb über die Beitragshöhe endlich ein Ende hat. Er hat jetzt über mehr als 15 Jahre zu einer Risikoselektion bei den Krankenkassen geführt, die das System fast gesprengt hat. Man könnte meinen, dass die Krankenkassen mit dieser Lösung endlich einen Wettbewerb über Leistungsinhalte eröffnen. Aber weit gefehlt.

Einen vernünftigen Wettbewerb wird es auch in Zukunft nicht geben

Kommt nämlich eine Krankenkasse mit dem im Fonds zugewiesenen Geld nicht aus, kann sie eine zusätzliche

Versichererprämie erheben. Diese ist sozial abgedeckt. Die Versicherten werden damit wieder zwischen Krankenkassen unterscheiden, die eine Versichererprämie erheben und denen, die

aufgrund ihrer Leistungsreduktion und Risikoselektion mit dem vorgesehenen Beitrag auskommen. Damit hat aus der Sicht des Wettbewerbs der Gesundheitsfonds sein Ziel nicht erreicht. Die Diskussionen

können Sie in diesem Heft noch in Beiträgen der Gesundheitsökonomien und des Vorstandsvorsitzenden der DAK, Prof. Herbert Rebscher, nachlesen.

Insbesondere die Versorgerkassen fühlen sich in diesem Modell nicht ausreichend berücksichtigt, da sie davon ausgehen, dass sie ohne eine zusätzliche Versichererprämie ihre Leistungen nicht werden finanzieren können.

Sieht man die Anlagen der Eckpunkte durch, so erkennt man, dass es sich tatsächlich nur um eine Fortschreibung des GMG handelt.

- Stärkung alternativer Versorgungsformen und Organisationsstrukturen
- Erweiterung der Vertragsfreiheit der Krankenkassen
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- Einführung einer neuen ambulanten Vergütung in Euro und Cent
- Es bleibt prinzipiell beim Sachleistungsprinzip, auch wenn man die Möglichkeiten einer Kostenerstattung gelockert hat.

Auch der Gesundheitsfonds als neue Finanzierungsgrundlage ist vom politischen Ansatz letztendlich nicht neu. Wir werden weiter mit der Risikoselektion der Krankenkassen über die Versichererprämie leben müssen, einen vernünftigen Wettbewerb über Leistungsinhalte wird es für die Versicherten auch in Zukunft bei dieser Konstruktion nicht geben. Der staatliche Einfluss wird schon deshalb zunehmen, weil er in Zukunft die Beiträge festsetzt.

Es handelt sich also tatsächlich nicht um eine Revolution. Man muss sich sogar bei der Betrachtung des Gesundheitsfonds fragen, ob nicht auch die Evolution etwas zu dürftig ausgefallen ist.

HFS



Ein neues Problem: der Gesundheitsfonds

Der Berufsverband Deutscher Internisten hat die große Sorge, dass mit dem Gesundheitsfonds ein überflüssiges Bürokratiemonster aufgebaut wird, das keines der bestehenden Finanzierungs- und Strukturprobleme des Gesundheitswesens wirklich nachhaltig löst. Der Trend in Richtung Einheitskasse und Staatsmedizin gefährdet den Wettbewerb um Qualität im Gesundheitswesen und damit letztlich die Qualität der Versorgung unserer Patienten.

Die Gefahren, die im Augenblick für die Vertragsärzte und das System aus dem Konstrukt des Gesundheitsfonds entstehen können, sind vielfältig. Der BDI weist auf folgende Konsequenzen hin:

- Indem die unterschiedlichen Beitragsaufkommen der regionalen Krankenkassen, Zusatzprämien und Steuergelder in den bundeseinheitlichen Gesundheitsfonds einfließen und dann in Form einer bundeseinheitlichen Prämie von 170 Euro pro Versichertem an die Kassen gezahlt werden, entsteht eine gigantische Umverteilungsmaschinerie.
- Gewachsene Unterschiede in der Wirtschaftskraft zwischen den Regionen werden aufgehoben. Krankenkassen mit hohem Beitragsaufkommen, wie zum Beispiel die Allgemeinen Ortskrankenkassen in Bayern und Baden-Württemberg, subventionieren dann die Krankenkassen in den wirtschaftlich schwächeren Regionen Deutschlands.
- Wenn die Krankenkassen mit dem Einheitsbeitrag nicht auskommen, können sie regionale Zuschläge zu den Prämien festsetzen. Krankenkassen, die das tun, riskieren dabei, dass ihnen die „guten Risiken“ abwandern und damit die Gelder

fehlen, die sie zur Deckung ihrer Kosten benötigen.

- Den Krankenkassen fehlt dann auch das Geld für Strukturverträge oder zusätzliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung. Die AOK in Bayern rechnet mit 500 Millionen Euro Verlust pro Jahr, die AOK in Baden-Württemberg mit 340 Millionen Euro.
- Durch den künftig bundeseinheitlichen Kassenbeitrag entfällt jeglicher Wettbewerb zwischen den Kassen auf der Beitragssatzebene.
- Wenn eine Gesamtvergütung im Vorhinein ver-

sen dürften vor allem von den Jungen und Gesunden gewählt werden. Diese Versicherten werden dann in den Praxen fehlen und eine Mischkalkulation aufgrund des Status quo für das ärztliche Pauschalhonorar hinfällig machen.

- Der Beitragseinzug für die gesamte Sozialversicherung, der bislang von den rund 250 Krankenkassen und ihren Mitarbeitern bewältigt wird, soll auf den Gesundheitsfonds übertragen werden. Das würde gewaltige Probleme aufwerfen: Neben den Kosten für die Anschub-

len und rund 40 Millionen neue Versichertenkonten einrichten.

- Wenn wie geplant die Beiträge der Versicherten und Arbeitnehmer, die in den Fonds fließen, gesetzlich fixiert werden, müssten die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen künftig vor allem über die zusätzliche Kopfprämie allein von den Versicherten getragen werden. Um soziale Härten zu vermeiden, sehen die Eckpunkte zwar vor, dass die Kopfprämie jeweils ein Prozent des Haushaltseinkommens der Versicherten nicht

Konstrukt mit Tücken: der geplante Gesundheitsfonds



traglich vereinbart werden muss, dann widerspräche das eindeutig der Feststellung der Bundesregierung, dass die Morbidität wieder voll auf die Krankenkassen übertragen werde. Euro-Vergütung und Übergabe des Morbiditätsrisikos stehen im Widerspruch zu einer im Voraus zu vereinbarenden Gesamtvergütung.

- Die geplanten Selbstbehalt-Tarife der Krankenkassen

finanzierung der neuen Behörde für Gebäude und ein neues Datenverarbeitungssystem von 800 Millionen Euro erwarten die Kassen dauerhafte Zusatzkosten von 1,2 Mrd. durch die neue kleine Kopfpauschale. Um sie zu kassieren, müssten die Kassen zusätzlich zu den 25 000 Beschäftigten, die den Beitragseinzug künftig vom Fonds aus organisieren sollen, 18 000 Leute einstel-

übersteigen darf. Dies führt aber für die Krankenkassen mit vielen Geringverdienern und Kranken dazu, dass ihre Prämien noch weiter steigen müssen.

- Der Verbraucherzentrale Bundesverband hat der Koalition Versagen bei der Gesundheitsreform vorgeworfen; die selbst gesetzten Ziele würden verfehlt. Die geplante Erhöhung der Krankenkassenbeiträge

ge bedeute eine einseitige Mehrbelastung der Verbraucher und werde die Binnenfrage noch weiter belasten. Auf die vorgesehene Beitragserhöhung könnte man verzichten, denn das im kommenden Jahr erwartete Defizit der gesetzlichen Kassen ist von der Bundesregierung weitgehend selbstverschuldet.

Erst 2004 war die Tabaksteuer erhöht worden, um familienpolitische Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu finanzieren. 2005 hatte die Große Koalition beschlossen, diesen Zuschuss bis 2008 wieder komplett zu streichen: für die GKV eine Belastung um 4 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Beitragsatz von 0,4 Prozentpunkten. Außerdem werden die Krankenkassen durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer um eine weitere knappe Milliarde Euro belastet.

Ein Nebenkriegs-Schauplatz

Zur Zeit wird in der Ärzteschaft wieder einmal über

die Ablösung des Sachleistungsprinzips durch die Kostenerstattung diskutiert. Nach Ansicht des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI e.V.) ist dies keine Entscheidung, die im Zuge der anstehenden Gesundheitsreform im Vordergrund steht. Keine der beiden großen Volksparteien verfolgt dieses Ziel. Bei den Versicherten ist die Kostenerstattung ohnehin nicht populär: Von dem im Sozialgesetzbuch (§ 13 SGB V) eingeräumten Wahlrecht auf Kostenerstattung machen nur 0,04% der Versicherten Gebrauch.

Sachleistungssystem versus Kostenerstattung

Sinnvoll erscheint jedoch ein erweitertes Wahlrecht von Versicherten und Vertragsärzten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung. Beide Systeme haben ihre Vor- und Nachteile, die es gegeneinander abzuwägen gilt.

Das System der Kostenerstattung bietet Kostentransparenz und stärkt die Eigenverantwortung, hat für

Patienten und Ärzte jedoch auch unleugbare Nachteile:

- Patienten müssten unter Umständen hohe Vorauszahlungen leisten, was sich als Hürde für den Gang zum Arzt erweisen könnte, gerade bei sozial schwachen Versicherten. Das zeigt der Rückgang der Fallzahlen um ca. 13% seit Einführung der Praxisgebühr. Ein Fallzahlschwund von bis zu 30% nach Einführung der Kostenerstattung wäre nicht unwahrscheinlich.

- Die Patienten müssten die Arztrechnung überprüfen, wobei sie sich schwer tun, und sich notfalls mit der Krankenkasse und dem Arzt deswegen auseinandersetzen müssen.

- Die Patienten könnten Preisvergleiche bei ärztlichen Leistungen anstellen und einen Wettbewerb um den günstigsten Preis statt um die beste Qualität in Gang setzen.

- Mit der Kostenerstattung entsteht ein direktes Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Ärzte müssten damit rechnen, dass Patienten nicht oder

nicht pünktlich zahlen, und notfalls gegen ihre Patienten klagen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt würde dadurch belastet.

- Ärzte müssen für die Rechnungsstellung inklusive Mahnverfahren entweder erhöhten Verwaltungsaufwand in ihrer Praxis betreiben oder diese Aufgaben an eine Verrechnungsstelle auslagern. Dafür sind Gebühren zu zahlen, die bei ca. 6% des Umsatzes liegen, ohne Übernahme des Inkassorisikos. Das Inkassorisiko dürfte dann bei durchschnittlich ca. 28% liegen.

- In einem Sachleistungssystem haben die Vertragsärzte die Garantie einer regelmäßigen Auszahlung ihrer Vergütung über die Kassenärztliche Vereinigung.

- Krankenkassen könnten in einem Kostenerstattungssystem ihre Einkaufsmacht sehr viel stärker als heute ausnutzen und Ärzte aus der Versorgung ausschließen, indem sie nur mit einer bestimmten Zahl von Ärzten Verträge abschließen.

BDI

Anzeige

www.sonoring.de



Doppelte Premiere!



TOSHIBA
Nemio XG

Zwei Weltneuheiten im Direktvergleich! Demnächst zu testen beim Sonoring, der Nr. 1 im Ultraschall, in 22 Sonotheken bundesweit. Termin vereinbaren unter 01805/117 117



GE Healthcare
LOGIQ P5

Offizieller Partner des BDI. Mitglieder erhalten Verbandsbedingungen

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

Unsere 22 Sonotheken:
 Bad Harzburg • Berlin • Bremen • Deggendorf • Dresden • Düsseldorf/Ratingen • Erlangen • Frankfurt/Mörfelden • Greifswald • Hamburg/Buchholz • Hannover/Ronnenberg • Heidelberg • Holzwickede • Kassel • Köln • Memmingen • München • Siegen • Stuttgart/Leinfelden-Echterdingen • Trier • Villingen-Schwenningen • Würzburg/Estenfeld

Kein Problem gelöst, aber neue geschaffen

Gesundheitsökonomien nehmen Stellung zu den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform“ der Koalitionsparteien vom 4. Juli 2006.

Die Reform der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung gilt als eine der wichtigsten Aufgaben der großen Koalition. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 („Gemeinsam für Deutschland – mehr Mut und Menschlichkeit“) hatten CDU, CSU und SPD unter anderem angekündigt,

- zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept zu entwickeln, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“;
- zur „wettbewerblichen und freiheitlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens“ den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeschlagenen Weg „struktureller Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize“ konsequent weiterzugehen – u.a. durch „die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit“; und
- außerdem „zur Förderung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 Prozent“ zu senken.

Anfang Juli haben die Parteien der großen Koalition ihre „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ vorgelegt. Darin ist jedoch von den Ankündigungen aus dem Koalitionsvertrag so gut wie nichts übrig geblieben – im Gegenteil: Beitragssätze und Arbeitskosten werden sogar schon kurzfristig weiter steigen –, und von einer „nachhaltigen“ Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen kann erst recht keine Rede sein. Zudem

Wissenschaftler kritisieren Koalitions-Konzept

Deutliche Kritik am Konzept der Großen Koalition für die Gesundheitsreform kommt auch aus den Reihen der Gesundheitsökonomien. „Es werden keine Probleme gelöst, sondern neue geschaffen. Von einer nachhaltigen Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen kann keine Rede sein“, heißt es in einem am 12. Juli veröffentlichten und von 18 Wissenschaftlern unterzeichneten Papier.

werden die Spielräume für einen qualitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb auf dem Krankenversicherungs- und Leistungsmarkt eher kleiner statt größer.

Zu einigen wesentlichen Inhalten der Eckpunkte im Einzelnen:

- In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen künftig mindestens 95 Prozent der Gesundheitsausgaben über einen „Gesundheitsfonds“ finanziert werden, der sich im Wesentlichen durch einheitliche Beiträge von GKV-Mitgliedern und Arbeitgebern speist, die gesetzlich fixiert werden sollen. Damit ändert sich an den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen praktisch nichts; es wird lediglich eine neue zentrale Beitragseinzugsbürokratie geschaffen, die den bisherigen Risikostrukturausgleich neu organisiert. Über eine Weiterentwicklung des RSA findet sich in dem Eckpunktepapier keine Aussage.

- Insbesondere bleibt die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen – zentraler Grund für ständige Beitragssatzsteigerungen in der Vergangenheit – unverändert bestehen. Gegen künftige Beitragserhöhungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung werden keinerlei Vorkehrungen getroffen. Staatlich

verfügte Erhöhungen der Mitglieder- und Arbeitgeberbeiträge sind also vorprogrammiert.

Zum Gesundheitsfonds soll es zusätzlich einen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt in Höhe von 1,5 Mrd. Euro (2008) bzw. 3,0 Mrd. Euro (2009) geben, der „in den Folgejahren weiter ansteigen (soll)“. Wenn es in den Eckpunkten heißt, dass die GKV mit diesem „Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtwirtschaftlichen Aufgaben (...) auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt (wird)“, kann dies nur als illusionäres Wunschdenken bezeichnet werden. Richtigerweise hatte der Gesetzgeber im GMG zur Entlastung der GKV für dieses Jahr einen Bundeszuschuss von 4,2 Mrd. Euro im Zusammenhang mit Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft beschlossen, der jedoch im nächsten Jahr schon wieder zurückgeführt werden soll – der entscheidende Grund dafür, dass spürbare Beitragssatzsteigerungen unvermeidlich werden. Das ist Gesundheitspolitik nach Haushaltslage und begründet erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit pauschaler Steuerzuschüsse zur GKV-Finanzierung.

- Falls die Fondsmittel nicht ausreichen, die Ausgaben zu decken, sollen die Kranken-

kassen einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben, der ein Prozent des Haushaltseinkommens nicht übersteigen darf. Dies wird zu erheblichem zusätzlichem Bürokratieaufwand führen, falls dafür ein zweites Inkassosystem benötigt wird. Außerdem wird der Kassenwettbewerb verzerrt, wenn die Ausgestaltung des Zusatzbeitrags in das Ermessen der Kassen gestellt wird und kein Risikostrukturausgleich stattfindet. Damit wird jedoch verhindert, dass sich die Kassen im Wettbewerb vorrangig um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bemühen.

- Zu der mit dem Gesundheitsfonds drohenden Entwicklung der GKV zu ▶

BDI intern

Geburtstage

Am 8. August 2006 konnte Herr **Prof. Dr. med. Dieter Behrenbeck**, Solingen, ehemaliger Vizepräsident und Schatzmeister sowie Sprecher der Sektionen und langjähriger Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Internisten im Krankenhaus im BDI e.V. seinen 70. Geburtstag feiern.

Sein 90. Lebensjahr vollendete am 17. August 2006 Herr **Prof. Dr. med. Klaus Miehke**, Wiesbaden, langjähriges BDI-Mitglied und ehemaliger Vertreter der DGIM im BDI-Vorstand.

Am 28. August 2006 feierte Herr **Dr. med. Otto Schloßer**, Stephanskirchen, ehemaliges langjähriges Vorstandsmitglied, seinen 85. Geburtstag.

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

einer staatlichen Einheitsversicherung passt es, dass es abermals unterlassen wird, die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern in allen Versorgungssektoren konsequent wettbewerblich zu öffnen und durchgängig tragfähige Optionen für Selektivverträge zu schaffen. Auch hier droht ein Rückschritt, weil Kollektivverträge künftig „mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen“ von einem gemeinsamen GKV-Spitzenverband geschlossen werden sollen – einer weiteren neuen Institution, die offensichtlich die staatliche Regulierung des Gesundheitssystems erleichtern soll.

- Für die vertragsärztliche Versorgung ist ein einheitliches Vergütungssystem mit einem „Bundes-Preisniveau“ vorgesehen, bei dem lediglich auf Landesebene „in jährlich stattfindenden kassenartenübergreifenden Verhandlungen Zu- oder Abschläge von diesem Preisniveau“ vereinbart werden können. Mit wettbewerb-

licher Orientierung der Gesundheitsversorgung hat dies erkennbar nichts zu tun. Weil sich die Preisfestsetzung an der Fixkostendeckung einer Standardpraxis orientieren soll, werden zudem keinerlei Anreize gesetzt, betriebswirtschaftlich effiziente Versorgungsformen zu entwickeln und umzusetzen.

- Die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in gesetzliche und private Krankenversicherung mit ihren problematischen Selektionswirkungen an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV bleibt im Grundsatz bestehen. Kein einziges der von Gesundheitsökonomien vorgelegten Reformkonzepte – wie immer es konkret ausgestaltet sein mag – hält einen segmentierten Krankenversicherungsmarkt für ein ökonomisch sinnvolles Modell.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die vorgelegten Eckpunkte der Koalitionsparteien in keiner Weise geeignet sind, zukunftsweisende Antworten auf die

Herausforderungen zu geben, denen das System der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung bereits auf kurze, erst recht aber auf längere Sicht begegnen muss.

Im Unterschied zur Wissenschaft muss Politik Kompromisse schließen. Wenn dabei jedoch die zentralen Reformziele in den Hintergrund treten, sind Kompromisse nichts wert; denn es geht nicht um den Nachweis politischer Kompromissfähigkeit, sondern um die Lösung von drängenden Problemen im Interesse eines funktionsfähigen Gesundheitssystems. Der jetzt vereinbarte Weg führt erkennbar weder zu mehr Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, noch zu mehr Stabilität, Nachhaltigkeit und Verteilungsgerechtigkeit bei der Finanzierung, sondern geradezu zu einem staatlich kontrollierten System mit mehr Bürokratie und Bevormundung bei unverändert steigenden Finanzierungslasten für Arbeitgeber und

Versicherte.

Diese „Reform“ kann keine Probleme lösen, sondern wird sie noch weiter verschärfen: Sie darf auf keinen Fall so beschlossen werden!

– den 12.07.2006 –

Die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Socialpolitik:
 Prof. Dr. Friedrich Breyer, Universität Konstanz und DIW, Berlin (Vorsitz)
 Prof. Dr. Hans Adam, FHVR Niedersachsen
 Prof. Dr. Dieter Cassel, Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg
 Prof. Dr. Frank Daumann, Friedrich-Schiller-Universität Jena
 Prof. Dr. Roland Eisen, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main
 Prof. Dr. Stefan Felder, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg
 Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn
 Prof. Dr. Alexander Karmann, Technische Universität Dresden
 Prof. Dr. Mathias Kifmann, Universität Augsburg
 Prof. Dr. Hartmut Kliemt, Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg
 Prof. Dr. Walter Krämer, Universität Dortmund
 Prof. Dr. Reiner Leidl, Ludwig-Maximilians-Universität, München
 Prof. Dr. Ulrich Meyer, Universität Bamberg
 Prof. Dr. Walter Ried, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
 Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth
 Prof. Dr. Gert G. Wagner, Technische Universität Berlin und DIW, Berlin
 Prof. Dr. Achim Wambach, Universität zu Köln
 Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, Campus

Gastkommentar von Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK

Der Wahnsinn hat Methode

Richard von Weizsäckers Formulierung von der „Machtvergessenheit und Machtversessenheit“ der Politik kommt einem in den Sinn, wenn man die Eckpunkte der Gesundheitsreform kritisch analysiert und dabei erste Wirkszenarien und ökonomische Anreize beurteilt.

Warum drängt sich diese Erinnerung auf? Die Eckpunkte sind offenkundig konzeptionslos, auf Bürokratie getrimmt und ordnungspolitisch widersprüchlich. Sie haben nur das eine Ziel: die politische Einigungsfähigkeit zum Zweck des Machterhalts zu demonstrieren und jede ernsthafte Debatte auf Sei-

ten „eigener Mehrheiten“ der beiden „Volks“-Parteien zu verschieben. Deshalb durften keine langfristig festlegenden Gedanken fixiert werden.

Auch eine ganz andere Deutung der Eckpunkte ist möglich: man interpretiert sie als genialen Schachzug, subkutan eine gesellschaftspolitische Wende einzuleiten, die eine breite Bevölkerungsmehrheit nicht will – und die diese deshalb auch nicht merken soll. Ich rede vom Ende einer Sozialversicherung und vom Beginn eines Systems staatlich organisierter Einheits-Grundversorgung. Diese verliert schrittweise

an Wert. Daneben entsteht eine regelhaft notwendige, privat zu finanzierende (und dynamisch aufwachsende) Qualitätsversorgung, über deren Inanspruchnahme allein die private Kaufkraft per Kopfpauschale entscheidet. Verlierer sind alle, die die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen unabhängig von Vermögen und Einkommen als kulturelle Errungenschaft dieser Gesellschaft verteidigen wollten und die Krankenversicherung eben nicht als pure Versicherung, sondern auch als gesellschaftspolitisch gestaltenden Akteur für Qualität und Effizienz der Versorgung sehen. Verlierer

ist vor allem auch die SPD, die sich nach unmerklicher Gegenwehr als Erfüllungsgelhilfe einer Kopfpauschale wieder findet, gegen die man einen doch recht erfolgreichen Wahlkampf geführt und in diesem Punkt die breite Mehrheit der Bevölkerung hinter sich hat.

Was bringen die Eckpunkte – das Wort Reform kommt mir dabei nicht über die Lippen – denn nun inhaltlich? Zunächst viel Staat:

- Eine komplett überflüssige, teure, neue staatliche Beitragseinzugsstelle, die niemand braucht, alle behindert und auf Jahre eingespielte und effiziente Arbeitsprozesse bei Ar- ►

beitgebern, Kassen, Arbeitslosen-Versicherung, Rentenversicherung, Sozialämtern etc. etc. neu organisieren muss. Und weil dieses unnötige Monster auch schön föderal sein muss, richten wir die Staatsbürokratie gleich 16 Mal in den Bundesländern neu ein.

- Eine „Fonds“ genannte staatliche Kapitalsammelstelle, die die „fixierten“ Beiträge von Arbeitgebern und Versicherten und – falls jemals Steuergelder fließen, auch diese – verwaltet und den Kassen per Risikostrukturausgleich zuweist. Nur zur Erinnerung: genau das leistet heute das Bundesversicherungsamt als Durchführungsbehörde des Risikostrukturausgleichs. Der einzige Unterschied: Es werden darüber nur rund 16 Milliarden transferiert. Er ist ein nachgelagerter höchst effizienter Fonds, so dass kein Monsterfonds von 150 Milliarden benötigt wird.

In Wahrheit dient der Fonds drei Zielen:

- Er vernebelt, dass die paritätische Finanzierung der GKV offiziell beendet wird und Arbeitgeber dauerhaft von der Dynamik der Ausgaben befreit werden.

- Er vernebelt, dass man einen kompletten Morbi-RSA einführt, was man sich im gegenwärtigen System nicht traut und wogegen die CDU jahrelang polemisiert hat.

- Er kaschiert, dass der eigentliche Sinn des Fonds gar nicht im Fonds selbst liegt, sondern dass dessen geplante finanzielle Unterausstattung der Beitragssätze das Ventil „Kopfpauschale“ benötigt. So wird aus einer Minipauschale in kürzester Zeit eine Maxi-Kopfpauschale à la Herzog-Kommission.

- Um auch kritische Öffentlichkeit zu verhindern, werden im geplanten Hauptverband der Kassen und den Landeshauptverbänden staatlich abhängige Zwischeninstanzen geschaffen, deren Hauptzweck wohl die

Disziplinierung unbotmäßiger Kritik sein wird und die sich eng an staatliche Vorgaben zu halten haben. Das Prinzip der Selbstver-



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Foto: DAK

waltung wird dabei gleich mit beerdigt. Sie wird für die GKV genauso inhaltsleer wie sie schon heute bei der Bundesagentur für Arbeit geworden ist.

- Dass dann auch im gleichen Atemzug noch die gemeinsame Selbstverwaltung gleichgeschaltet und instrumentalisiert wird, ist nur folgerichtig. Gemeinsamer Bundesausschuss, Institut für Qualität, Institut für Entgeltsysteme – alles schon staatlich abhängig.

- Staat, Staat und noch einmal Staat lautet das Credo dieser Politik – Wettbewerb findet vor allem über das unsinnigste Vehikel „die Kopfpauschale“ statt, die auch gleich noch politisch mit einem groben Missbrauch des Effizienzbegriffs intoniert wird: „Wirtschaftliche Kassen brauchen keine Prämie; unwirtschaftliche Kassen brauchen eine Prämie“ – so die Botschaft. Jeder, wirklich jeder, der ein Mindestmaß an Sachverstand aufweist, weiß: das Gegenteil ist richtig:

- Leistungsstarke und patientennahe Kassen brauchen Prämien; leistungsschwache und leistungsverweigernde brauchen keine Prämie.

- Risikoselektion wird belohnt (keine Prämie), Risikoübernahme (und das ist die Versorgung kranker Menschen) wird mit Prämie bestraft.

- Versorgungsmanagement wird bestraft (Prämie), Versorgungsabstinenz wird belohnt.

- Engagement der Kassen in lokalen Netzwerken, in der Patientenberatung, in der Unterstützung chronischer Kranker etc. wird bestraft, reine Internetpräsenz belohnt.

Glaut jemand wirklich, dass sich in einer Familie mit jungen, gesunden Menschen eine 20-Euro-Prämie mit dem Argument durchsetzen lässt, dass dahinter eine qualitativ hochwertige Versorgung steht, wenn in der Morgenzeitung ein Null-Euro-Angebot einer Internetkasse auf den Frühstückstisch flattert?

Alle Kassen werden deshalb diese Prämie als alleinigen Wettbewerbsparameter begreifen (müssen) – ja wirklich gegen jeden Ver-

stand begreifen müssen – und sich konsequent von allen Satzungsleistungen (Rehabilitation, häusliche Krankenpflege), Gestaltungsvorhaben, mittelfristig sinnvollen Vertrags- und Versorgungsoptionen (für chronisch kranke Menschen) und vor allem von einer örtlichen Präsenz verabschieden, die Geld kostet und für Kranke Leistungen bietet.

Im Fokus steht dann nur noch der gesunde, zahlungskräftige Kunde. Kassen der Zukunft tummeln sich in Sportstudios, nicht in der Reha-Klinik. Ein grenzenlos betriebswirtschaftlicher Zynismus liegt in diesem Modell. Ein Modell ohne jede gesundheitspolitische Orientierung. Ein perveres Anreizmodell, ein gesundheitsökonomischer Supergau, eigentlich ein Fall für Absurdistan oder, um mit dem wissenschaftlichen Beirat des Wirtschaftsministeriums zu sprechen, „eine ökonomische Missgeburt“.

Ich befürchte nur, die Sache hat Methode. Zu dieser Methode passt dann auch, dass in der Abfolge von Stunden und Tagen zunächst der GKV rund 5 Milliarden Euro Finanzkraft durch Rückführung der steuerfinanzierten Mutterschaftsleistungen und die Mehrwertsteuererhöhung abgeschöpft werden. Diese 5 Milliarden werden dann als „Akt politischer Gestaltungskraft“ als notwendige Beitragssatzerhöhung angekündigt. Schließlich wird zeitgleich der gewinn- und exportstarken Industrie ein Steuergeschenk von eben diesen 5 Milliarden (Unternehmenssteuerreform) gemacht. Realwirtschaftlich betrachtet heißt dies: Die Beitragszahler der GKV bringen 5 Milliarden Euro auf, um haushaltsneutral für den Bund die Unternehmenssteuerreform zu finanzieren. Wer das Voodoo-Ökonomie nennt, sieht darin wenigstens noch ein Stück Glaube an Okkultes.

Chronik eines langen Arbeitskampfes



Szenen von der Ärzte-Demonstration auf dem Marienplatz in München

Foto: KS (4)

Soviel Streik von Ärzten war noch nie in Deutschland. Erst kämpften die Ärzte an den Universitätskliniken um bessere Arbeitsbedingungen

und Vergütung, dann folgten die Ärzte an den kommunalen Krankenhäusern. Die Streiks zeichnet aus, dass sie von breitem Wohlwollen

in der Bevölkerung und von der Solidarität der niedergelassenen Kollegen getragen wurden. Auffallend war, dass in der Bevölkerung, von

wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht über Versorgungsmängel aufgrund der Streiks geklagt wurde. Die Krankenhäuser zeigten, dass sie über einen langen Atem verfügen; sie profitieren offenbar von den großzügigen Budgets, die nicht ausgefüllt werden. Die Versorgung der stationären Fälle verlagerte sich in private und kirchliche Krankenhäuser, ein größerer Teil als bisher wurde auch ambulant gemacht. Der volkswirtschaftliche Schaden hält sich somit wohl in Grenzen.

*

Nach einem harten Arbeitskampf an den Universitätskliniken (BDI aktuell berichtete) haben sich am 16. Juni 2006 die Ärztegewerkschaft Marburger Bund (MB) und die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) auf den Abschluss eines Ärzte-Tarifvertrages verständigt. Dem Abschluss ging ein harter Arbeitskampf voraus. Die Ärztinnen und Ärzte ►

BDI mit streikenden Ärzten solidarisch Ver.di vertritt die Ärzte-Interessen nicht!

Als unzumutbar empfindet der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. Absichten der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), mit der Gewerkschaft ver.di einen einseitigen Tarifvertrag für die 70 000 Ärzte an den kommunalen Kliniken abzuschließen. BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack versichert die streikenden Kolleginnen und Kollegen an den kommunalen Krankenhäusern der uneingeschränkten Solidarität des BDI. Sie fordern zu Recht einen arzt-spezifischen Tarifvertrag, wie er nach hartem Arbeitskampf auch für die Universitätskliniken abgeschlossen werden konnte.

Die Gewerkschaft ver.di ist in keiner Weise legitimiert, für Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern zu verhandeln. Die Organisation vertritt weniger als 1000 von insgesamt 145 000 Ärzten.

Überlange Arbeitszeiten, Marathon-Schichten zu Lasten der Patienten, unzureichende Vergütung, millionenfach unbezahlte Überstunden und immer mehr Bürokratie prägen den Arbeitsalltag in den kommunalen Krankenhäusern. Die Ärzteschaft ist nicht länger bereit, das geduldig hinzunehmen, erklärt der BDI-Präsident. Unter der zunehmenden Verschlechterung der ärztlichen Arbeitsbedingungen leiden auch die Patienten.

Der BDI stellt sich deshalb voll hinter die Forderungen der Krankenhausärzte:

- eigenständiger arzt-spezifischer Tarifvertrag
- deutliche Erhöhung der Vergütung
- eigene Entgeltordnung, die die spezifischen Tätigkeiten und Funktionen von Ärzten berücksichtigt
- vernünftige Arbeitszeitregelungen unter Berücksichtigung der europäischen Vorgaben und des Arbeitszeitgesetzes
- bessere Bezahlung der Bereitschaftsdienste
- engere Befristungsregelungen, die kurze Vertragslaufzeiten einschränken.

streikten seit dem 16. März insgesamt 13 Wochen für einen Ärzte-Tarifvertrag zur Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. An den Ärzte-Streiks beteiligten sich in der Spitze bis zu 14 000 Ärztinnen und Ärzte in über 40 Universitätskliniken und Landeskrankenhäusern. Die Streikwelle setzte sich an den kommunalen Krankenhäusern fort, nachdem der Marburger Bund am 9. Juni die 5. Verhandlungsrunde mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) abgebrochen hatte. In einer Urabstimmung sprachen sich 97,1 % der Ärzte für Streiks in kommunalen Krankenhäusern aus.

Zum Streikauftakt am 26.06.06 legten rund 7 500 Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern in vier Bundesländern ihre Arbeit nieder.

Gestreikt wurde in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Schleswig-Holstein.

Zwei Tage später wurde der Streik an kommunalen Krankenhäusern ausgeweitet. 10 000 Ärztinnen und Ärzte in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Schleswig-Holstein, Bremen und Niedersachsen legten ihre Arbeit nieder.

Die knapp 70 000 Ärztinnen und Ärzte an den bundesweit rund 700 kommunalen Krankenhäusern forderten wie Ihre Kollegen an den Unikliniken einen eigenen arzt-spezifischen Tarifvertrag, der die unerträglichen Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern verbessert und damit auch die qualitativ hochwertige medizinische Versorgung sichert.

Während es in einigen Kommunen vereinzelt zu lokalen Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und dem MB kam, eskalierte der Streik bundesweit. Im Juli legten 12 900 Ärztinnen und Ärzte in neun Bundesländern und 97 Städten

ihre Arbeit an kommunalen Krankenhäusern nieder. Zum ersten Mal beteiligten sich auch Ärzte aus Ostdeutschland am Streik.

Der ungebrochene Streikwille der Krankenhausärzte ist eine klare und unmissverständliche Aufforderung an die Vereinigung kommunaler Arbeitgeber (VKA), ihr bisheriges Angebot deutlich zu verbessern.

Die Ärztegewerkschaft hat am 18. Juli die 6. Tarifverhandlungsrunde mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände abgebrochen. Hintergrund: das Ausbleiben eines verbesserten Vergütungsangebotes für die Ärzte an den 700 kommunalen Krankenhäusern. Bis dahin habe es lediglich bei den Arbeitszeiten erste Zugeständnisse der VKA gegeben.

Der so genannte Krankenhaustarifvertrag, den die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) mit ver.di und dbb tarifunion abgeschlossen hat, ist für den MB nicht maßgeblich, steigert jedoch die Motivation für weitere Streiks. Die zentrale Streikkundgebung am 02.08.2006 in Hannover wurde zum Auftakt für eine Intensivierung der Streiks der Ärztinnen und Ärzte an den Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft.

Die zwischen VKA und ver.di ausgehandelten Eckpunkte sind nicht bindend für die Mitglieder des MB. Dieser sieht sich mit 105 000 Mitgliedern als die einzige legitime Vertretung der Krankenhausärzte und fordert weiterhin einen arzt-spezifischen Tarifvertrag.

Zu Beginn der siebten Streikwoche haben am 7. August 15 800 Ärztinnen und Ärzte ihre Arbeit an bundesweit rund 140 Krankenhäusern niedergelegt. Unter dem Druck der massiven Ärzte-streiks hat sich die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände bereit erklärt,

die Tarifverhandlungen mit dem Marburger Bund fort-

genommen. Nach einer 30-stündigen Marathonsitzung



zusetzen. Am 9. August 2006 legten insgesamt 17 000 Mediziner in 183

haben sich die Tarifparteien am Donnerstag, den 17. August, auf Eckpunkte eines



kommunalen Krankenhäusern ihre Arbeit nieder. Rund 3 500 Ärzte kamen zu einer

arztspezifischen Tarifvertrages verständigt Über die Details der Vereinbarung



Großdemo des Marburger Bundes nach München. Am 14. August wurden die Tarifverhandlungen in Düsseldorf wieder aufge-

mit dem VKA werden wir im kommenden Heft von BDI aktuell ausführlich berichten.

KS

Schulter an Schulter für eine bessere Versorgung

Beim 1. Bayerischen Ärzteverbandstag am 19.07.06, in München demonstrier-



BDI-Vizepräsident Dr. Wolf von Roemer beim 1. Bayerischen Ärzteverbandstag

ten alle wichtigen ärztlichen Berufsverbände, die Landesärztekammer und die Landeszahnärztekammer sowie die Berufsverbände der Arzthelferinnen und der Physiotherapeuten gemeinsam für ein besseres Gesundheitswesen.

Die Ärzte wollen die Bevölkerung mit ihren Protestaktionen über die Folgen der Berliner Gesundheitspolitik aufklären, betonte Dr. Wolf von Römer, Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.). Sie sind nicht länger bereit, für die von den Politikern verursachte Rationierung und Mangelversorgung die

Verantwortung zu übernehmen. Mit dem von der Großen Koalition beschlossenen Reform-Kompromiss werden weder die Finanzmisere noch die grundlegenden

mehr Bürokratie und Verwaltungskosten verursacht.

Wenn eine Berufsgruppe wie die Ärzte, die sich in erster Linie ihrem Beruf

über 50% der in Deutschland ausgebildeten Ärzte nach dem Staatsexamen in andere Berufe oder ins Ausland gehen, um sich eine sichere Existenz aufzubauen.



Bayerische Ärzte protestieren gemeinsam auf der Münchner Theresienwiese

Fotos: Nedbal(2)

Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung beheben.

Der geplante Gesundheitsfonds führt nicht zum Bürokratieabbau, sondern zu einer neuen Mammut-Behörde, die ganz im Gegenteil

und dem Dienst am Menschen verpflichtet fühlen, nun schon seit Monaten geschlossen auf die Straße geht, dann zeigt das nach den Worten von Römers, dass die Schmerzgrenze überschritten ist. Er wertet es als Alarmsignal, dass

Die Ärzte sind nicht mehr bereit hinzunehmen, dass ihnen ein Drittel der vertragsärztlichen Leistungen als Sozialrabatt abgepresst wird, betont der BDI-Vizepräsident. Sie werden ihren Kampf deshalb fortsetzen.

BDI

Sektorenübergreifende Versorgung

Belegarztsystem am Scheideweg

Als große Innovation ist in den Gesundheitsreformen die Integrierte Versorgung gefeiert worden. Von der neuen Bundesregierung wird alles getan, um sie weiter zu fördern. Dabei geht es in erster Linie um die Beseitigung des Grabens ambulant und stationär. Hier vermuten die Politiker in einer Art Goldgräberstimmung

riesige Einsparvolumina, die seither aber niemand so recht belegen und definieren konnte.

Viel wichtiger wäre eine durchlässige Versorgung für die Qualität der Arzt/Patienten Beziehung. Warum muss man den Arzt wechseln, wenn man ins Krankenhaus geht? Warum

kann man nicht alle Befunde, die ambulant erbracht wurden, ganz einfach mit auf die Krankenhausstation nehmen, ohne sie zu wiederholen? Warum kann der Arzt seinen Patienten nicht ambulant weiter behandeln, wenn die stationäre Versorgung zu Ende ist?

Alles überhaupt kein Pro-

blem: Das kann das Belegarztsystem seit Jahrzehnten. Dazu braucht man keine neuen gesetzlichen Vorgaben. Die Belegärzte sind im Übrigen auch mit der Zeit gegangen und haben ihr System kontinuierlich modernisiert. Gemeinschaftspraxen erlauben eine 24-stündige fachärztliche Präsenz, Praxen am ▶

Krankenhäuser machen gemeinsame Ressourcennutzung möglich, das System ist so effizient, dass es in angelsächsischen Ländern bis hin zur Universitätsklinik die Regel geworden ist. Das Belegarztsystem ist gelebte integrierte Versorgung, auch ohne einen speziellen § 140 des SGB V.

Ambulante und stationäre Leistungen driften auseinander

Ausgerechnet jetzt versucht man, die Grundlagen für diese Versorgungsebene zu zerstören. Was ist passiert?

Die Leistungsinhalte und die Leistungsentwicklung in Praxis und Krankenhaus driften zunehmend auseinander. Die Krankenhäuser handeln mit den Krankenkassen Einzelverträge aus. Bezahlt werden sie über die Fallpauschalen (DRG), die bis 2009 noch unter einem so genannten Budgetschutz stehen. Beleghäusern steht eine so genannte B-DRG zu, entsprechend der Fallpauschale einer Hauptabteilung, aber ohne die ärztliche Leistung. Für die ist nämlich die Kassenärztliche Vereinigung zuständig.

Entsprechend ihrer knappen finanziellen Ressourcen für die ambulante Versorgungsschiene dämmt die Kassenärztliche Vereinigung über Honorarverteilungsverträge das Honorar und die Fallzahlen zunehmend ein. Dies betrifft in den Honorarverteilungsverträgen auch die Belegärzte und ihre Leistungen. Die Krankenhäuser müssen im Konkurrenzkampf untereinander, unabhängig, ob mit oder ohne Belegarzt, möglichst viele Patienten behandeln, um beim Scharfschalten der DRG-Vergütung im Jahre 2009 besonders gut dazustehen. Funktioniert so ein Beleghaus in diesem Konkurrenzkampf und hat

es sich gut aufgestellt, so nehmen die Krankenhausleistungen automatisch zu. Die dazugehörige ärztliche Leistung wird aber über die Honorarverteilung begrenzt. Das Krankenhaus freut sich über seinen Erfolg, der Belegarzt bekommt die Leistung aber von der KV nicht mehr oder nur noch abgestaffelt bezahlt.

Ein weiterer elementarer Unterschied zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt liegt im Leistungskatalog. Der Belegarzt kann nur abrechnen, was im EBM steht. Das Krankenhaus darf alle Leistungen abrechnen, wenn sie nicht ausdrücklich verboten sind. Es ist nicht an den EBM gebunden. Das INEK, ein für die DRGs zuständiges Institut, arbeitet im Übrigen schnell und führt damit den medizinischen Fortschritt im Krankenhaus mit neuen Methoden fort. Auch ein Belegkrankenhaus



kann diese neuen DRG abrechnen, der Belegarzt findet aber die Leistung nicht im EBM und geht deshalb leer aus.

Bei einer Neuordnung des Belegarztsystems müssen die Leistungssysteme von Krankenhaus und Belegarzt deshalb unbedingt angeglichen werden.

Davon unabhängig hat sich die Finanzierung nach Ein-

führung des EBM 2000 plus dramatisch verschlechtert und ist teilweise zusammengebrochen. Hier liegt eine Melange aus fehlerhafter Kalkulation im EBM und kontraproduktiven Honorarverteilungsverträgen vor, die Umsatzverluste im stationären Bereich von 40 bis 50% in einzelnen KVen ausgelöst haben. Das Vertrackte an der Situation ist, dass zwar eine Kassenärztliche Bundesvereinigung am EBM aktiv werden, die Honorarverteilung auf Landesebene aber alles konterkarieren kann.

Politik und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben das Desaster erkannt, machen aber gegensätzliche Lösungsvorschläge.

Wo gehört die belegärztliche Leistung denn hin?

Im Koalitionsvertrag steht, dass die Belegärzte in Zu-

häusern abschließen, um zu ihrem Honorar zu kommen. Man stellt sich dabei vor, dass dies auf der DRG-Basis geregelt wird.

Die Politik sieht mit ihrem Vorschlag die Differenzen in der Leistungssystematik zwischen Krankenhaus und Arzt eingeebnet und glaubt, dass faire Verträge zwischen den Beteiligten auf der Basis der DRG ausgehandelt werden können.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschwört demgegenüber den Untergang des Freien Berufes, verwechselt dabei aber die Definition der Freiberuflichkeit mit der des Unternehmertums. Auch angestellte Ärzte und Rechtsanwälte in angestellter Position sind nach Definition des Bundesverwaltungsgerichtes Freiberufler. Es ist dabei müßig, darüber zu streiten, ob eine offene Vertragsgestaltung mit einem Krankenhaus nicht gerade das Unternehmertum stärken würde und ob ein Vertragsarzt seitheriger Prägung im Gegensatz dazu nicht zu einem Scheinselbständigen degradiert wurde, weil das System die Eigenverantwortung des Vertragsarztes alles andere als gefördert hat. Die Diskussion über den Freien Beruf passt zumindest nicht zu diesem Thema.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung möchte die belegärztliche Tätigkeit im System der KV belassen und will sie expressis verbis im Kollektivvertragssystem abbilden. Dabei scheint sie sich der Systematik der DRG anpassen zu wollen. Aber ohne eine Abkehr von Mengengrenzungen und einer Anpassung des Leistungsinhalts zwischen Krankenhaus und Praxis werden die bestehenden Leistungsunterschiede nicht gelöst werden können. Sollten die Krankenkassen diesen Vor- ▶

gaben im Bewertungsausschuss zustimmen, käme dies einer kleinen Revolution gleich.

Im Übrigen muss das alles schnell gehen, da die finanzielle Not im stationären belegärztlichen Bereich von Quartal zu Quartal fortgeschrieben wird. Die KBV entscheidet trotz guter Vorgaben nicht selbst. Na-

türlich müssen noch die Krankenkassen im Bewertungsausschuss zustimmen. Dies dauert nach den Erfahrungen im EBM 2000 plus mindestens Jahre. Die Skepsis der Belegärzte ist deshalb groß, auch wenn man den guten Willen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkennt. Inzwischen entsteht unter

dem finanziellen Druck eine Eigendynamik in der Szene. Belegkrankenhäuser widmen sich einfach in Häuser mit Hauptabteilungen um und regeln die Arbeit ihrer Belegärzte über Konsiliarverträge. Auf Dauer werden dann die Krankenkassen die belegärztlichen Leistungen doppelt bezahlen und die Krankenhausbedarfspla-

nung, die strikt zwischen belegärztlicher Versorgung und Hauptabteilungsversorgung unterscheidet, gerät ins Wanken.

Wenn dies Schule macht, werden der Vorschlag der Politik zum Selbstgänger und die Vorschläge der Selbstverwaltung Makulatur. Eile ist geboten. HFS

Medizinische Versorgungszentren

Voll im Trend

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) liegen in Deutschland weiter im Trend. Nach neuesten Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stieg ihre Zahl im zweiten Quartal 2006 auf 491. Im

ersten Vierteljahr waren es bundesweit noch 420 MVZ. Das ergibt einen Zuwachs um 17% innerhalb von drei Monaten.

Die Zahl der in MVZ tätigen Ärzte erhöhte sich von

1648 auf 1934. Von ihnen arbeiten 1172 – mehr als die Hälfte – in einem Angestelltenverhältnis. Die Größe der Zentren blieb mit durchschnittlich vier Ärzten gleich. Vertreten sind vor allem Hausärzte, Internisten

und diagnostisch tätige Radiologen. Die meisten MVZ liegen in Bayern, Berlin und Niedersachsen. Vertragsärzte sind mit einem Anteil von 61% die häufigsten Träger vor Krankenhäusern (26%).

Aktuelle Entwicklung im 2. Quartal 2006

Gesamtzahl	491
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	1934
Ärzte in Anstellungsverhältnis	1172
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, Internisten, diagnostisch tätige Radiologen, Chirurgen
MVZ-Größe	Ø 4 Ärzte
vorwiegende Träger	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in reiner Trägerschaft von Vertragsärzten	61,1 %
vorwiegende Rechtsformen	Gesellschaft bürgerlichen Rechts, GmbH, Partnerschaft
Top3-Regionen	Bayern, Berlin, Niedersachsen

Quelle: KBV

Die niederländische Reform 2006

Bewertung und Perspektiven aus der Sicht der PKV

Zum 01.01.2006 ist in den Niederlanden eine Gesundheitsreform in Kraft getreten. Für alle, die in den Niederlanden wohnen oder arbeiten, besteht eine Pflicht zum Abschluss einer so genannten Krankenkassenversicherung. Die Basisversicherung wird von allen niederländischen Krankenkassenversicherern, die alle

privatrechtlich organisiert sind, angeboten.

Die niederländische Gesundheitsreform 2006 im Überblick

Folgende zentralen Reformmaßnahmen enthält das neue Krankenkassengesetz (Zvw):

In den Niederlanden ist die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung zugunsten eines einheitlichen Systems mit allein privatrechtlicher Struktur inklusive möglicher Gewinnerzielung aufgegeben worden. Für die gesamte Bevölkerung besteht eine Pflicht zur Versicherung. Jeder Bürger

ist dafür verantwortlich, entsprechend der Pflicht zur Versicherung eine Basisversicherung abzuschließen. Kommen Personen ihrer Pflicht zur Versicherung nicht nach, werden Nach- und Strafzahlungen fällig. Für alle Krankenkassenversicherer besteht Kontrahierungszwang. Sie sind im Umfang der ▶

Basisversicherung zur Vertragsannahme gegenüber jedem, der im Tätigkeitsbereich eines Unternehmens wohnt, verpflichtet.

Die niederländische Krankenversicherung ist umlagefinanziert. Der Versicherungsbeitrag besteht aus



Dr. Volker Leienbach, Köln

Quelle: PKV

einem einkommensabhängigen und einem einkommensunabhängigen Teil. Der einkommensabhängige Beitrag muss vom Arbeitgeber finanziert werden und beträgt einheitlich für alle Versicherten 6,5 % vom Einkommen bis zu einer Bemessungsgrenze von 30 015 Euro jährlich. Der einkommensunabhängige Beitrag wird von den Versicherten selbst aufgebracht und ist pauschal und unabhängig vom Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand kalkuliert. Die Pauschale soll – über die gesamte Bevölkerung gerechnet – etwa 45 % der gesamten Beitragslast abdecken. Je nach Unternehmen liegt diese – das zeigen erste Erfahrungen – zwischen 82 und 95 Euro im Monat. Einkommensschwache Versicherte erhalten steuerfinanzierte Transferzahlungen, um die durch den Pauschalbeitrag entstandenen finanziellen Belastungen auszugleichen. Die Beiträge für Kinder werden aus Steuermitteln finanziert.

Der bereits vor dem Jahr

2006 für die soziale Krankenversicherung ausgestaltete morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird auch im neuen System praktiziert. Für alle Versicherten gibt es Wahlfreiheiten. Das Tarifangebot ist entsprechend groß. Versicherte können zwischen Kostenerstattung und Sachleistung einerseits und unterschiedlich hohen Selbsthalten andererseits wählen.

Auf dem Leistungsmarkt streiten die Leistungsanbieter im Wettbewerb um die Gunst von Krankenversicherungen und Versicherten. Im Rahmen des Sachleistungsprinzips haben die Krankenversicherungen die Möglichkeit, innerhalb der verschiedenen Versorgungsbereiche mit Leistungserbringern selektive Verträge abzuschließen.

Unterschiedliche Systemstrukturen

Im Zuge der Diskussion um eine Reform des Gesundheitssystems in Deutschland beobachten Politik und Presse zunehmend das gesundheitspolitische Geschehen in den Niederlanden. Häufig wird in diesem Zusammenhang von einem idealen Kompromissmodell für die Große Koalition – einer Synthese aus Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie – gesprochen. Bei genauerer Betrachtung aber wird schnell deutlich, dass die niederländische Gesundheitsreform aus unterschiedlichsten Gründen kein Reformvorbild für Deutschland sein kann. Schon die Systemstrukturen vor der Reform unterschieden sich deutlich:

- Im Gegensatz zur Situation in Deutschland dominierten im Gesundheitssystem der Niederlande schon vor der Gesundheitsreform 2006 private Strukturen und Rechtsformen. Häufig handelte es sich um Versicherungsgesellschaften

auf Gegenseitigkeit oder privatrechtliche Stiftungen, die allerdings, je nachdem ob sie im Bereich der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren, unterschiedlichen Regelungen und aufsichtsrechtlichen Bestimmungen unterworfen waren.

- Anders als in Deutschland existierten im niederländischen Krankenversicherungssystem schon seit Ende der 80er Jahre vom Einkommen unabhängige Pauschalbeiträge. Diese wurden von der gesetzlichen Krankenversicherung autonom festgelegt und machten schon vor der Gesundheitsreform 15 % der Gesamtbeiträge aus.

- Das niederländische Krankenversicherungssystem kennt – im Gegensatz zu Deutschland – keine Honorardifferenzierung. Die Tarife für die Vergütung der Leistungserbringer sind und waren einheitlich, unabhängig davon, ob die Leistungen im Rahmen des gesetzlichen Systems oder privat erbracht wurden.

- Anstelle einer Honorardifferenzierung war in den Niederlanden ein Solidarbeitrag zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung implementiert. Dieser sollte den höheren Anteil kostenintensiver Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pauschal ausgleichen. Durch diesen neben dem kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich existierenden Ausgleichsbeitrag waren auch die privaten Versicherungen in die Solidargemeinschaft der Krankenversicherungsträger eingebunden.

- In den Niederlanden sind weder in der privaten noch in der gesetzlichen Krankenversicherung Alterungsrückstellungen gebildet worden. Damit hat die private Krankenversicherung in den Niederlanden im Gegensatz zur PKV in Deutschland schon immer auf die Bildung einer

kapitalgedeckten Demographiereserve verzichtet.

- Im niederländischen Krankenversicherungssystem ist schon vor 2006 die Versicherungspflichtgrenze zugunsten einer so genannten Ausscheidungsgrenze abgeschafft worden. Beschäftigte oberhalb einer jährlichen Einkommensgrenze (2005: 33 000 Euro) waren zum Abschluss einer Privatversicherung verpflichtet. Anders als in Deutschland bestand keine Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse.

- Für die niederländischen Krankenkassen bestand schon seit Anfang der 90er Jahre die Möglichkeit zur selektiven Steuerung der ambulanten Versorgung. Zu diesem Zweck schlossen und schließen die Krankenkassen Leistungsverträge mit Einrichtungen des Gesundheitswesens und individuell niedergelassenen Ärzten ab und rechnen die Leistungen direkt mit ihnen ab. Anders als in Deutschland haben damit Institutionen, die von der Aufgabenstellung her denen der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen würden, mit der finanziellen Abwicklung nichts zu tun.

Politische Ausgangsbedingungen

Neben den sehr ungleichen Systemstrukturen unterscheiden sich die politischen Ausgangsbedingungen in Deutschland grundlegend von denen in den Niederlanden. Es existieren erhebliche Traditions- und Kulturunterschiede. Die Reform- und Politikkultur der Niederlande lässt sich – anders als in Deutschland – weitestgehend als liberal skizzieren oder charakterisieren. Eine Gesundheitsreform nach dem Vorbild der Niederlande würde in Deutschland einer Revolution entsprechen, für die Niederlande selbst stellt sie nur einen weiteren Schritt dar, der lange ▶

gesundheitpolitisch vorbereitet war.

Ausdruck der politischen Vorbereitung der Gesundheitsreform 2006 in den Niederlanden ist unter anderem ein gesetzlicher Leistungskatalog, der sich erheblich von dem in Deutschland unterscheidet. Schon seit 1995 wird in den Niederlanden die Diskussion um eine umfassende Reduzie-

Ausdruck einer von Deutschland erheblich abweichenden Reform- und Politikkultur auf der einen und den Vorbereitungen vor der Gesundheitsreform auf der anderen Seite ist auch die Verbandsorganisation der niederländischen Krankenversicherer. Seit Anfang der 90er Jahre haben sich die privaten und gesetzlichen Krankenversicherer unter anderem durch

vatrechtlich organisiert. Der Staat verliert infolgedessen die Versicherungsaufsicht. Den Unternehmen ist die Gewinnerzielung erlaubt. Im Gegenzug sind Solvabilitätsbestimmungen verpflichtend einzuhalten. Die Krankenversicherung wird durch Vertrag geschlossen und der Rechtsschutz durch die Zivilgerichte gewährt. Anders das Szenario in Deutschland:

Im Rahmen einer Gesundheitsreform würde in Deutschland eine Rechts- und Organisationsstrukturumgestaltung entsprechend den Ausgangsbedingungen nicht zugunsten privater, sondern zugunsten öffentlich-rechtlicher Rechtsstrukturen ausfallen (Mehrheitsanpassung). Eine Anpassung, die vom Ergebnis her die Private Krankenversicherung beseitigt und damit einer Bürgerversicherung nach deutschem Verständnis gleicht.

- Einkommensschwache erhalten einen staatlichen Zuschuss aus Steuermitteln. Dieser Steuertransfer wird im Jahr 2006 rund 2,6 Mrd. Euro betragen und wird nach ersten Berechnungen von etwa einem Drittel der Niederländer in Anspruch genommen werden können. Die niederländische Gesundheitsreform organisiert den Sozialausgleich damit nicht innerhalb, sondern außerhalb des Krankenversicherungssystems. Ein Steuer- und Sozialtransfer, der zur direkten Finanzierungsbeteiligung des Staates am Gesundheitssystem führt und in Deutschland rein quantitativ nicht denkbar wäre, weil allein das notwendige Finanzierungsvolumen für das CDU/CSU-Konsensmodell, das hinsichtlich der zweigeteilten Prämie aus einkommensabhängigen und -unabhängigen Anteilen dem Vorbild der Niederlande

am ehesten entspräche, bei über 15 Mrd. Euro liegen würde. Steuermittel, die im Haushalt angesichts der angespannten Haushaltslage nicht zur Verfügung stehen.

- Alle Krankenversicherungsbeiträge für Kinder werden in den Niederlanden aus Steuermitteln finanziert. Diese Beiträge werden etwa 5 % der gesamten Beitragslast abdecken. Das dafür notwendige Finanzierungsvolumen wird für die Niederlande auf 1,9 Mrd. Euro geschätzt. In Deutschland dagegen wären mindestens 14 Mrd. Euro notwendig. Haushaltsmittel in dieser Höhe stehen in Deutschland nicht zur Verfügung. Denn auch wenn die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen – zu denen der beitragsfreie Versicherungsschutz für Kinder gehört – als kleinster gemeinsamer Nenner aller Gesundheitspolitiker zu bezeichnen ist, bleibt doch Fakt, dass gerade erst im Zuge der Koalitionsverhandlungen die schrittweise Rückführung aller Steuerzuschüsse beschlossen worden ist.

- In den Niederlanden besteht eine Pflicht zur Versicherung für die gesamte Bevölkerung. Durchgesetzt oder überwacht – etwa mittels direkter Anmeldung des Arbeitnehmers bei einer Krankenversicherung durch den Arbeitgeber und Vorhaltung eines großen administrativen Apparates – wird die Einhaltung der Pflicht nicht. Wer seine Prämien nicht bezahlt, kann von seiner Versicherung gekündigt werden. Der Versicherungsschutz geht entsprechend verloren. Wer längere Zeit keinen Versicherungsschutz unterhält und zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Krankenversicherung abschließen will, der wird gegebenenfalls mit einem Bußgeld belegt, das in der Höhe einer bis zu 5-jährigen Beitragsnachzahlung ►



rung des Leistungskatalogs geführt. Infolgedessen ist zum Beispiel schon weit vor dem 01.01.2006 der Zahnersatz sowie die gesamte zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung für Personen über 18 aus dem gesetzlichen Leistungskatalog herausgenommen worden. Eine solch umfassende Überführung eines ganzen Leistungsblocks aus der GKV in die private Verantwortung wäre für Deutschland noch undenkbar – wenngleich aus Gründen der langfristigen Finanzierbarkeit der GKV nicht minder notwendig. Ähnliches gilt für das Krankengeld, das in den Niederlanden nicht Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Schon in den 90er Jahren wurde das Krankengeld von der niederländischen Regierung privatisiert und in die Verantwortung der Arbeitgeber gelegt.

sehr enge Kooperationen bis hin zur Gründung eines gemeinsamen Verbandes stark angenähert. Ein Tatbestand, der im deutschen Gesundheitssystem auch in Hinblick auf die bestehende Heterogenität der gesetzlichen Kassen undenkbar wäre.

Umsetzung in Deutschland

Eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde in Deutschland nicht in niederländische, sondern in deutsche Systemstrukturen implementiert. Die Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem ist demzufolge nicht denkbar oder würde sich von der in den Niederlanden wesentlich unterscheiden. Dazu im Einzelnen:

- Seit der niederländischen Gesundheitsreform sind alle Krankenversicherungen pri-

zu 130 % entsprechen kann. Anders das Szenario in Deutschland: Im Rahmen einer Gesundheitsreform würde in Deutschland entsprechend der aktuellen Ausgangsbedingungen nicht eine Pflicht zur Versicherung, sondern eine Versicherungspflicht mit allen damit einhergehenden administrativen Strukturen bevorzugt.

- Die umlagefinanzierten Krankenversicherungen in den Niederlanden kennen keine Alterungsrückstellungen. In der deutschen PKV gibt es dagegen Alterungsrückstellungen. Sie haben bis 2004 einen Gesamtbetrag von fast 94 Mrd. Euro erreicht. Bei einer Übertragung des niederländischen Modells auf Deutschland müssten alle Alterungsrückstellungen individuell auf alle Privatversicherten zurückübertragen werden. Alterungsrückstellungen haben aber einen kollektiven Charakter. Sie sind kollektiv für eine Versichertengemeinschaft kalkuliert worden. Eine individuelle Zurechnung – das haben zahlreiche Expertengruppen bestätigt – ist nicht möglich.

- Die in Deutschland vorherrschende Honorardifferenzierung generiert einen Mehrumsatz, der – ohne dass es eines bürokratischen Aufwandes wie eines Risikostrukturausgleichs bedarf – einem Finanzausgleich entspricht. Der Mehrumsatz der Privatversicherten betrug allein im Jahr 2004 über 9,4 Mrd. Euro. Eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild würde diesen überproportionalen Beitrag zum Gesundheitswesen beseitigen.

- Der Leistungskatalog des niederländischen Gesundheitssystems hat sich mit der Reform 2006 fast nicht verändert. Im Vergleich zur GKV in Deutschland fällt er aber dennoch rigider aus. Gerade im Bereich des Zahnersatzes muss in der Regel der volle Betrag zugezahlt

werden. Das für Deutschland pro Kopf notwendige Beitragsvolumen, das bei einer Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild aufzubringen wäre, würde demnach – wenn eine Überprüfung des Leistungskatalogs mit entsprechender Überführung in die private Vorsorge politisch weiter ausgeschlossen bleibt – weit über dem der Niederlande liegen. Entsprechend höher wird – wenn auch in Deutschland ein nennenswerter Anteil der Leistungsausgaben über eine Pauschale finanziert werden soll – das Beitragsvolumen sein, das über eine einkommensunabhängige Pauschale abgebildet werden muss.

Gesundheitsreform ohne Problemlösungen

Auch wenn in Deutschland eine Gesundheitsreform nach niederländischem Vorbild 1:1 gelänge, blieben die eigentlichen Probleme des Gesundheitswesens erhalten. Eine privatrechtlich organisierte Krankenversicherung ohne Kapitaldeckung würde in Deutschland das demographiebedingte Kosten- und Ausgabenproblem verschärfen. Diesem Problem muss nicht ohne, sondern mit Alterungsrückstellungen begegnet werden. In der deutschen GKV haben die Alterungsrückstellungen bis 2004 einen Gesamtbetrag von fast 94 Mrd. Euro erreicht. Eine demographische Vorsorge, die insbesondere in Deutschland notwendig ist. Während nämlich die Niederlande im Vergleich zu Deutschland über eine überproportionale Geburtenrate (NL: 12,2 Geburten je 1000 Einwohner; D: 8,7 je 1000 Einwohner) und über eine relativ junge Altersstruktur (NL: 13,6 % über 65 Jahre; D: 17,1 % über 65 Jahre) verfügt, ist der demographische Wandel in Deutschland schon weit

Kommentar

Holland – ein Vorbild für eine umfassende Gesundheitsreform?

BDI aktuell druckt hier einen Artikel über die niederländische Gesundheitsreform im Jahre 2006 ab, der von Dr. Volker Leienbach, Geschäftsführer des Verbands der privaten Krankenversicherung (PKV), verfasst wurde. Die Inhalte der niederländischen Gesundheitsreform werden klar zusammengefasst. Es ist verständlich, dass bei der Bewertung die Auffassung der Privatkrankenanstalten ganz im Vordergrund steht.

Nach der Veröffentlichung der Eckpunkte hat man die große Erleichterung der PKV in Deutschland wahrgenommen. Sie wird nicht durch Einführung einer Bürgerversicherung abgeschafft. Die zweite Gefahr für die deutschen Privatkassen liegt aber in der Einführung einer Versicherungspflicht. Sie würde bedeuten, dass die Krankenkassen alle gleichgeschaltet sind, so dass sich die gesetzlichen und privaten Kassen angleichen müssten.

Genau von dieser Bedingung geht man offensichtlich in Holland aus. Man hat eine Art Bürgerversicherung mit einer Versicherungspflicht für alle eingeführt, überlässt aber die Ausführung den privaten Krankenversicherern, die eine Basisversicherung anbieten müssen, und durchaus in ihren Verträgen einen großen Gestaltungsspielraum besitzen. Klar ist, dass in einer solchen Konstruktion selektive Verträge mit den Leistungserbringern abgeschlossen werden und dass das Kollektivvertragssystem keinen Platz hat. Interessant an diesem Modell ist, dass man sich vor der Aufgabe der Leistungsdefinition der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gedrückt und hier einen gesetzlichen Leistungskatalog eingeführt hat, der im Vergleich zum deutschen deutlich reduziert ist. Wenn man den nebenstehenden Artikel liest, sollte man sich durchaus fragen, ob es in Deutschland nicht auch Möglichkeiten einer Gesundheitsreform mit Versicherungspflicht gibt. Ob man nicht auch den Leistungskatalog definieren sollte und den Wettbewerb nicht dadurch einführen könnte, dass wie bei einer Autoversicherung den privaten Krankenversicherern diese Aufgabe übertragen werden. Es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass dieses System in Deutschland Einzug hält, da es den staatlichen Einfluss reduzieren würde. Allein aus diesem Grund brauchen die deutschen Privatversicherer eine Versicherungspflicht nicht zu fürchten. In Deutschland will der Staat seinen Einfluss auf das Gesundheitswesen nämlich vergrößern.

HFS

vorangeschritten.

Der demographische Wandel wird in Deutschland unweigerlich auch zu einer Beitragsdynamik führen. Das gilt für den Status quo genauso wie für eine Reform nach niederländischem Modell. Berechnungen für das CDU/CSU-

Modell, das hinsichtlich der zweigeteilten Prämie aus einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Anteilen dem Vorbild der Niederlande am ehesten entspräche, haben gezeigt, dass im Jahr 2050 die persönliche Gesundheitsprämie nicht mehr 109 Euro, ▶

sondern 947 Euro betragen würde. Das entspricht einem jährlichen, weit über der zu erwartenden Inflationsrate liegenden Anstieg von 4,8 %. Weit über drei Viertel aller deutschen Haushalte hätten dann Anspruch auf einen staatlichen Steuerzuschuss. Eine Prognose, die aufzeigt, dass die eingeplanten staatlichen Zuschüsse für sozial schlechter gestellte Versicherte sehr schnell an die Grenzen der Finanzierbarkeit stoßen würden.

Neben dem nicht gelösten Ausgaben- und Kostenproblem steht die Arbeitgeberbelastung im Mittelpunkt des Interesses. Die niederländische Gesundheitsreform schreibt mit einer Erhöhung der einkommensunabhängigen Pauschale die Entwicklung zur Entkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge vom Faktor Arbeit fort. Nach wie vor allerdings müssen die Arbeitgeber einen einkommensunabhängigen Versicherungsbeitrag in Höhe von 6,5 % finanzieren. Bei nahezu identischer Beitragsbemessungsgrenze ein prozentualer Beitragssatz, der unter dem vor der Gesundheitsreform (2005: 6,75 %) liegt. Dennoch wächst die Belastung der Arbeitgeber nicht unerheblich. Warum? Die Arbeitgeber müssen den einkommensunabhängigen Versicherungsbeitrag finanzieren. Diese Beiträge werden – über die gesamte Bevölkerung gerechnet – etwa 50 % der gesamten Beitragslast abdecken. Im Vergleich zum Vorjahr eine Mehrbelastung, weil die Arbeitgeber ab 2006 nicht nur für die vormals sozial Krankenversicherten, sondern von nun an auch für alle schon 2005 privat Versicherten einen Arbeitgeberbeitrag leisten müssen. Eben dieser war für Privatversicherte vor 2006 als Prämienzuschuss in der Praxis zwar üblich, für den Arbeitgeber aber nicht

verpflichtend. Insgesamt ergeben sich aus dieser neuen Gesetzeslage für die Arbeitgeber – laut Auskunft des Niederländischen Ministeriums für Gesundheit und Sport – Zusatzbelastungen von über 1 Mrd. Euro. Ähnliches gilt für die Selbstständigen. Auch wenn diese neben der einkommensunabhängigen Versicherungspauschale nur eine ermäßigte einkommensabhängige Prämie (4,4 %) zahlen müssen, fällt deren Belastung im Vergleich zum Vorjahr höher aus.

Für Deutschland würde das heißen: Mit einer Reform nach niederländischem Vorbild würden sowohl die Arbeitgeber als auch die Selbstständigen absolut höher belastet. Das politische Ziel, die Arbeitgeberbelastung zu senken, die Wettbewerbsfähigkeit zu stärken und den Mittelstand zu fördern, würde von Anfang an aus den Augen verloren.

Ziel einer Gesundheitsreform ist darüber hinaus die Verbesserung von Solidarität und Gerechtigkeit. Eben dieses Ziel würde bei einer Reform nach dem niederländischen Modell verletzt. Denn trotz eines einheitlichen Versicherungsschutzes implementiert die niederländische Gesundheitsreform die Möglichkeit zur Tariffdifferenzierung. Insgesamt sind 58 Tarife denkbar. Neben wählbaren Selbsthalten bis zu 500 Euro haben Versicherte ab 18 Jahren, die in einem Kalenderjahr keine oder nur wenige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf Beitragsrückerstattungen, die einen festgesetzten Höchstbeitrag (2006: 255 Euro) nicht übersteigen. Diese originär privatrechtlichen Elemente führen bei nicht risikoäquivalenten Beiträgen zur Risikoselektion. Ausschließlich relativ gesunde und junge Menschen werden von diesem

Angebot Gebrauch machen. Sie können in nicht unerheblicher Höhe profitieren. Über die prämienerduzierende Wirkung eines jährlichen Selbsthalts hinaus wäre – ausgehend von einem Tarif mit einem Selbsthalt von 500 Euro – ohne Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber einer monatlichen Ausgangspauschale in Höhe von 90 Euro eine Ersparnis von fast 70 % möglich. Die Differenz zahlen dann Alte und Kranke.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die niederländische Gesundheitsreform kann kein Vorbild für Deutschland sein. Sie reformiert ausschließlich die Finanzierung der Krankenversicherung und löst – unter anderem weil die demographische Entwicklung nicht berücksichtigt ist – keine Probleme auf der Ausgabenseite. Analoges gilt für die in Deutschland diskutierte Bürgerversicherung, wenngleich diese von der niederländischen Reform deutlich abweicht. Denn beim neuen niederländischen System handelt es sich der Reformtradition und Politikkultur folgend um eine weitgehend liberalisierte Gesundheitsversorgung mit starken privatrechtlichen Elementen, die in hohem Maß die Eigenverantwortlichkeit stärkt und in hohem Umfang Wettbewerbselemente insbesondere auf dem Leistungsmarkt nutzen will.

Als Ausdruck der liberalen Reformlinie in den Niederlanden ist auch die vollständige Öffnung des Krankenversicherungsmarktes zu bewerten. Das niederländische System eröffnet damit interessante Perspektiven. Die Niederlande ist das erste europäische Land, das allen ausländischen Versicherern den freien Zugang zum Krankengrundversorgungsmarkt erlaubt. Eine Gewährleistung, die

in Deutschland – gerade in Anbetracht der schon für alle deutschen Kassen geltenden Öffnungs-, Errichtungs- und Schließungsrestriktionen – nicht denkbar wäre oder noch in weiter Ferne liegt.

Als Fazit bleibt damit festzustellen:

Der Vergleich zum deutschen Gesundheitssystem einerseits und zur deutschen Reformdiskussion zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie andererseits verbietet sich. Auf dem ersten Blick vermag zwar der Tatbestand, dass in den Niederlanden die Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufgegeben worden ist und eine zweigeteilte Prämie existiert, an ein Kompromissmodell für die Große Koalition erinnern, letztendlich aber besteht am ehesten eine Nähe zu den Vorstellungen der FDP. Diese hat eine Private Krankenversicherung mit sozialer Absicherung für alle vorgeschlagen. Analog zum niederländischen Gesundheitssystem sieht dieser Vorschlag neben der Privatisierung aller Krankenkassen vor, dass jedes Unternehmen mit Kontrahierungszwang einen nicht risikoäquivalent kalkulierten Basispauschaltarif, der sich auf einen um Zahnleistungen und Krankengeld reduzierten Leistungskatalog bezieht, anbieten muss. Sozialtransfers stellen dabei sicher, dass jeder Bürger seiner Pflicht zur Versicherung nachkommen kann. Deutlichster Unterschied ist das Fehlen von Alterungsrückstellungen. Die niederländische Reform verzichtet ihrer Tradition folgend auf Kapitaldeckung. Ein Tatbestand, der in den Niederlanden nicht schwer wiegt. Angesichts der relativ hohen Geburtenrate in den Niederlanden ist auch hier die Situation beider Länder nicht miteinander zu vergleichen.

Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Mitgliederabteilung
Postfach 15 66
65005 Wiesbaden

RÜCKANTWORT
TELEFAX: 0611 / 181 33 50

Telefon: 0611 / 181 33 - 0 (DW: - 19 od. - 20)
 E-Mail: info@bdi.de
 Internet: www.bdi.de

Name, Vorname: **Mitglieds-Nr.:**

Straße: **Telefon dienstlich:**

Zusatz: **Telefon privat:**

FAX:

PLZ, Wohnort:

Informations-Service:

Der Berufsverband Deutscher Internisten e. V., mit 25 500 Mitgliedern Europas größter fachärztlicher Berufsverband, möchte Ihnen schneller und effektiver Informationen über aktuelle berufspolitische Themen zeitnah zukommen lassen. Wenn Sie daran Interesse haben, teilen Sie uns doch Ihre E-Mail-Adresse mit.

E-Mail:

Änderungsmitteilung: Meine neue Anschrift:

Straße: **Telefon dienstlich:**

Zusatz: **Telefon privat:**

FAX:

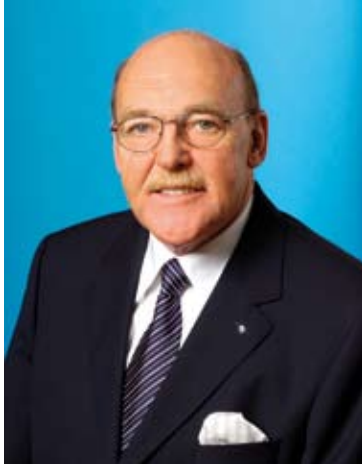
PLZ, Wohnort:

Führen wir Sie in der richtigen Beitragsgruppe? Haben Sie sich beruflich verändert? Dann bitte ankreuzen:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt
€ 200,-- | <input type="checkbox"/> Partner einer Gemeinschaftspraxis
€ 150,-- (ohne Bezug der Zeitschrift DER INTERNIST)
Name des Partners: |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt, Ltd. Arzt
€ 200,-- | Mitgliedsnummer: |
| <input type="checkbox"/> Ass.Arzt ohne Facharztanerkennung
€ 80,-- | <input type="checkbox"/> Oberarzt / Ass.-Arzt mit Facharztanerkennung
€ 150,-- |
| <input type="checkbox"/> Mitglied im Ruhestand ab | |
| (Bitte informieren Sie mich über die Konditionen einer Altersmitgliedschaft) | |

Für Koexistenz von privater und gesetzlicher Versicherung

Vor einem „gesundheitspolitischen Hartz IV“ und einer existenzbedrohenden Auszehrung der privaten Krankenversicherung (PKV) hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, anlässlich seiner Jahresmitgliederversamm-



Reinhold Schulte, PKV

Quelle: PKV

lung Ende Mai in Berlin die Politik gewarnt. Dringend erforderlich sei ein Mehr an privater Krankenversicherung, so Reinhold Schulte, Vorsitzender des Vorstandes des Verbandes, Vorsitzender des PKV-Vorstandes von Signal Versicherung a.D., Dortmund, vor der Presse in Berlin.

Dringend erforderlich sei ein neues besser austariertes Verhältnis von privater und gesetzlicher Krankenversicherung, eine Balance zwischen dem überforderten Umlagefinanzierungsverfahren der GKV und der

Kapitaldeckung in der PKV. Schulte animierte den Gesetzgeber, die gesetzliche Krankenversicherung wieder auf ihre Kernaufgaben zu konzentrieren. Der Beitragsatz in der GKV könne bei einem Entlastungsvolumen in Höhe von rund 46 Milliarden Euro pro Jahr in Kombination mit einer sachgerechten Steuerfinanzierung von versicherungsfremden und familienpolitisch bedingten Leistungen um fünf Prozentpunkte gesenkt werden (von 14,3 Prozent auf 9,3 Prozent). Dieses von der PKV ermittelte Umschichtungsvolumen sei für die Krankenversicherten aber keine Nettoersparnis. Vielmehr könnten die Versicherten mit dem ersparten Kollektivaufwand individuelle Entscheidungen treffen, um über Privatversicherungstarife neue Behandlung- und Therapiemöglichkeiten außerhalb des Pflichtleistungskatalogs der GKV zu ordern. Dadurch könnten mehr Versicherte nachhaltig abgesicherte Leistungen erhalten.

Der PKV-Verband hat den Gesetzgeber davor gewarnt, aber die Reformbemühungen erneut darauf zu konzentrieren, Sparorgien zulasten der Versicherten und Leistungsträger zu erlassen. Dies würde verkrustete Strukturen zementieren und den dringend erforderlichen

Richtungswandel verbauen. Schulte verwies auf Untersuchungen von Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, dem Vorsitzendem des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesundheitspolitischen Entwicklung, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft der Universität Mannheim, dass bei einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf 5200 Euro Monatsbruttolohn die GKV nur um maximal 0,1 Prozentpunkte entlastet werden könnte. Eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze oder die Einführung einer Bürgerzwangsversicherung wären ein Nullsummenspiel, weil die jüngeren Versicherten, die bisher in der PKV versichert sind, langfristig älter werden und ein höheres Anspruchsniveau an die Kassen stellen.

Eine Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich sei weder ordnungspolitisch zu begründen, noch könne dafür eine tragfähige Rechtsgrundlage geschaffen werden. Privat Krankenversicherte würden dadurch doppelt zur Kasse gebeten. Ein Risikostrukturausgleich sei nur dort zu rechtfertigen, wo nicht risikoadäquat kalkuliert wird, so Schulte.

Der Verband hat die Politik davor gewarnt, einen verfassungswidrigen Zugriff auf die Alterungsrückstellungen

in der PKV zu wagen. Die thesaurierten Alterungsrückstellungen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung betragen zurzeit 103 Milliarden Euro, welche durch Artikel 14 Grundgesetz (Eigentumsschutz) geschützt sind.

Wer für eine Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV bei einem Versicherungswechsel plädiere, müsse zur Kenntnis nehmen, dass die Privatassekuranz keine Sparkasse mit einem individuell zurechenbaren Guthaben sei. Die PKV lehnt angelegene Vergütungsmodalitäten in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung prinzipiell ab. Das Kostenerstattungssystem auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte sei (GOÄ/GOZ) für die Privatassekuranz konstitutiv. Das veraltete Leistungsverzeichnis der GOÄ müsse dringend aktiviert werden, so PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach. Ebenfalls kein Reformweg sei das aktuell diskutierte Fonds- oder Kauder-Modell, denn die vom Fonds ausgezahlten Pauschalprämien würden in keinem Fall die tatsächlich verursachten Kosten der Privatversicherten decken.

Aus: A+S aktuell, 12/06
Dr. Josef Raabe Verlags-GmbH
Kaiser-Friedrich-Str. 90
10585 Berlin

BDI Intern

Leitbild und Mission-Statement des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V.

Vor dem Hintergrund einer wettbewerbsorientierten Verbands-umwelt stellt sich die Frage, wie sich jeder einzelne Verband positioniert.

Nur ein Verband, der seine Zielsetzungen und Visionen – nach innen wie nach außen – richtig kommuniziert, kann sich in dieser schnelllebigen

Welt des deutschen Gesundheitswesens behaupten. Die moderne Berufspolitik der Inneren Medizin ist bereit, gesellschafts- und

gesundheitspolitische Verantwortung durch Mitgestaltung der Rahmenbedingungen zu übernehmen. Das Leitbild beschreibt ►

die Ausrichtung des Berufsverbandes Deutscher Internisten hinsichtlich der gesellschafts- und gesundheitspolitischen Stellung. Hierin wird deutlich, dass der BDI den auftretenden Herausforderungen des deutschen Gesundheitswe-

sens zielorientiert begegnen wird. Zusammen mit der einheitlichen Außendarstellung werden Qualität und Charakter sowie Einheitlichkeit der Haltung im Handeln und im Stil des BDI widergespiegelt.

Das Leitbild mündet in

dem Leitgedanken (Mission-Statement):

Der BDI – die berufspolitische Vertretung aller Internisten in allen Versorgungsbereichen – ist Garant für eine umfassende und ganzheitliche internistische Medizin und legt dabei Wert auf

kontinuierliche strukturierte Fortbildung auf höchstem Niveau.

Vor diesem Hintergrund wurde das BDI-Leitbild weiterentwickelt – im Folgenden ist der Text zur Kenntnisnahme abgedruckt.

BDI/TR

Leitbild Des Berufsverbandes Deutscher Internisten – grundsätzliche und definierende Aussagen –

In einer Zeit der gesundheitspolitischen Umwälzungen bedarf es einer starken, überzeugenden und handlungsfähigen Organisation, die sich auf Berufsverband und wissenschaftliche Gesellschaft gründet, um politische Entscheidungen zu beeinflussen. Stärke wird durch konstruktive Arbeit, positive Vorschläge, Offenheit für Kooperationen und Suche nach Partnern für gemeinsame berufliche wie politische Ziele gewonnen.

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) steht dafür, die klare Definition des Faches der Inneren Medizin zusammen mit der wissenschaftlichen Gesellschaft der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin aktiv zu vertreten und weiter zu entwickeln.

- Der BDI ist Garant für eine umfassende und ganzheitliche Medizin auf dem Gebiet der internistischen Erkrankungen. Grundlage seines Handelns ist die Definition des Internisten. Dabei legt der Verband Wert auf kollegiale Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen. Er lehnt Halbwissen in anderen Gebieten ab, sondern versucht gegebenenfalls in gemeinsamen Beratungen sein fachärztliches Wissen zum Wohle des Patienten einzubringen.

- Der BDI steht für die berufspolitische Vertretung aller Internisten und internistischen Verbände in allen Versorgungsbereichen sowie berufspolitisch wichtigsten Gremien.

Fachärzte für Innere Medizin haben gleichrangig einen Vertretungsanspruch unabhängig von ihren Aufgabenbereichen als Schwerpunktinternisten oder als Allgemeininternisten im ambulanten, stationären oder integrierten Versorgungsbereichen.

- Der BDI setzt sich neben der durchaus individuellen Betreuung seiner Mitglieder vor allem für die Gesamtheit mit ihren unterschiedlichen Strukturen ein, die er immer wieder bei allen Unterschieden auf einen gemeinsamen Nenner zusammenzuführen sucht.

- Der BDI vertritt nicht nur auf nationaler, sondern auch auf europäischer Ebene die berufspolitischen Belange der Inneren Medizin.

- In Zusammenarbeit mit den Patienten, den politischen Parteien, den wissenschaftlichen Gesellschaften, den Krankenkassen sowie Gremien der Wirtschaft findet der BDI Wege, den Bürgern eine qualifizierte, dem Stand der Wissenschaft verpflichtete, zukunftsweisende und humane Medizin zu bieten.

- Der BDI setzt sich für die Erhaltung der Freiberuflichkeit des Arztes, seine angemessene Honorierung im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung, weniger Bürokratie und von der Politik losgelöste Entscheidungskompetenz ein.

- Der BDI setzt sich politisch für die Umsetzung seiner Ziele mit aller Kraft und der gebotenen Einstimmigkeit ein.

- Der BDI bietet seinen Mitgliedern eine Organisation der strukturierten, qualifizierten und den neuesten Erkenntnissen entsprechenden Fortbildung auf höchstem Niveau sowie aktuelle Informationen über wichtige Entwicklungen.

BDI – Mission Statement

Der BDI – die berufspolitische Vertretung aller Internisten in allen Versorgungsbereichen – ist Garant für eine umfassende und ganzheitliche internistische Medizin und legt dabei Wert auf kontinuierliche strukturierte Fortbildung auf höchstem Niveau.

Harthmut Weinholz zum Siebzigsten



Dr. med. Harthmut Weinholz

Foto: KS

Am 27. Mai 2006 wurde Dr. med. Harthmut Weinholz, Berlin, 70 Jahre alt. Der BDI hat es den Mitgliedern bereits zur Kenntnis gegeben, und hier sei die Gelegenheit genutzt, ein wenig näher auf Person und Wirken unseres ehemaligen Präsidenten und heutigen Ehrenpräsidenten einzugehen.

Der Sohn eines klassischen Landarztes führte bis Mitte der 80-er Jahre eine florierende Gemeinschaftspraxis in Seelze bei Hannover, war

Vorsitzender der Landesgruppe Niedersachsen im BDI e.V. und Mitglied zahlreicher Körperschaftsorgane, darunter Vorstandsmitglied der KV Niedersachsen und Delegierter der Kassennärztlichen Bundesvereinigung. Als sich im Jahre 1987 Mitglieder der KBV-Spitze dazu verstanden, einen gedeckelten Honorartopf für den ambulanten Vertragsarztsektor zu akzeptieren, war für Leute mit Weitblick sogleich klar, dass die

Standespolitik in Richtung langzeitiger Verteilungsausgleichs einanderseiner innerhalb der Ärzteschaft unter einem gedeckelten Honorar eingespurt wurde.

Für Harthmut Weinholz als begeistertem Freizeitkapitän auf See und Meer hieß das, den Südwester fester zu ziehen und in die unausweichliche Auseinandersetzung einzusteigen, sollte die Fachgruppe der Internist/inn/en nicht ernsthaften Schaden nehmen. So ▶

kam es 1988 zu einem nahezu kompletten Austausch des Vorstandes des BDI und Harthmut Weinholz wurde Präsident. Die neue Mannschaft stemmte sich in alle Räder und vermochte unter seiner unerschrockenen Führung Kurs und Raumgewinn zu halten. Deutschlands Internist/inn/en honorierten den Einsatz durch die Verdoppelung der Mitgliederzahl des BDI zwischen 1988 und 1996 von 12 500 auf rund 27 500. Als Harthmut Weinholz 1996 das Amt an seinen Nachfolger abgab und selbst zum Ehrenpräsidenten und später auch zum Träger der Günther-Budelmann-Medaille des BDI ernannt wurde, war dem 60-

Jährigen klar, dass Raubbau an Körper und Gesundheit kein nachhaltiges Zukunftskonzept mehr sein sollten. Der Einstieg in die Staatsmedizin war erfolgt und das Segeln einer großen Arztgruppe auf dem Gedeih- und Verderb-Ticket der Politik ließ die Aussichten auf den Fortbestand einer freien ärztlichen Berufsausübung nicht gerade in hellem Licht erscheinen.

Diese Entwicklung war höherer Gewalt geschuldet. Harthmut Weinholz nahm an weiteren wichtigen Baustellen erheblichen Einfluss: der Entwicklung unseres Faches und der Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Trotz aller Spezialisierung sind die Einheit der Inneren Medizin und der langjährig weitergebildete „Generalist“ für Harthmut Weinholz Kernforderungen der Berufspolitik, auf die aktuell sogar externe ehemalige Kammerpräsidenten und Protagonisten einer Aufsplitterung öffentlich zurückkehren. Harthmut Weinholz' intensiver Einsatz wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin mit der Ehrenmitgliedschaft gewürdigt und die Präsidenten setzten ihn auf die Rednerliste der Wiesbadener Kongressöffnungen. Seine kurzen Ansprachen gaben dem Grave der mehrstündigen Prozeduren stets Esprit-

geladene, bedenkenswerte und mit großem Beifall bedachte Momente.

Wer an seine eigene Arbeit hohe Ansprüche stellt, gibt auch anderen ungerne Rabatt. Das ließ Harthmut Weinholz gelegentlich unbequem werden. Der BDI verdankt seinem Ehrenpräsidenten wichtige Impulse für Standfestigkeit und klare Sicht. Das nasse Element lässt einen Seefahrer kaum je los. Als Wahlberliner genießt Harthmut Weinholz die pulsierende Hauptstadt und hat neben dem Internet- auch den Wasseranschluss – zum Wannsee.

Ad multos annos!

BY

Aus der Rechtsprechung

Ambulante OP mit anschließendem Klinikaufenthalt wird nicht vergütet

Bleibt ein Patient nach einer ambulanten Operation eine Nacht in einer Privatklinik, muss die ambulante Leistung nicht mehr vergütet werden.

Dies urteilte das Bundessozialgericht entgegen den

Interessen ambulant operierender Orthopäden, deren KV die Honorare für ambulant erbrachte Operationen mit der Begründung kürzte, dass Patienten nach der OP über Nacht in der Privatklinik verblieben und es sich deshalb um stationäre

Behandlungen handelt. Begründung: Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch an die KV ist, dass die abgerechneten Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Wird der Patient ausnahmsweise nicht am

gleichen Tag entlassen, liegt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vor. Dem steht auch nicht entgegen, dass wie in diesem Fall, die vertragsärztliche Praxis rechtlich von der Privatklinik getrennt ist.

Quelle: Bundessozialgericht, Az: B 6 KA 14/03 R

Zuweisungspauschalen von Kliniken an niedergelassene Ärzte sind zulässig

Eine Düsseldorfer Klinik darf niedergelassenen Ärzten, die ihr Patienten für ambulante Kataraktoperationen überweisen, eine Vergütung für prä- und postoperative Leistungen anbieten. Mit dieser Entscheidung stellt sich das Oberlandesgericht Düsseldorf gegen die Interessen der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren

Wettbewerbs. Begründung: Dem Klinikträger kann nicht vorgeworfen werden, niedergelassene Mediziner vorsätzlich zu einem berufswidrigen Verhalten zu veranlassen. Die Klinik habe sich an einem Modellvorhaben der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur abgestuften, flächendeckenden Versor-

gung mit Kataraktoperationen orientiert. Vertragspartner der KV waren die Ersatzkassen und ophthalmochirurgische Praxiskliniken. Krankenhäuser waren von der Kooperation ausgeschlossen. Die Vereinbarung der KV sei zu keinem Zeitpunkt als berufswidrig beanstandet worden. Was sozialverträglich zulässig

sei, könne nicht gegen das Wettbewerbsrecht verstoßen. Außerdem habe sich die Klinik auf die Eigenverantwortlichkeit der dem Berufsrecht unterworfenen niedergelassenen Ärzte verlassen können; die Kooperation war – wie bei der KV Nordrhein – freiwillig.

Quelle: Oberlandesgericht Düsseldorf, Az: I-20 U 30/04

Für Ihre Patienten zum Thema Praxisgebühr

Der BDI hat für Sie eine Erklärung zur Praxisgebühr verfasst, die Sie zur Patienteninformation von unserer Homepage www.bdi.de herunterladen und ausgedruckt in Ihrer Praxis auslegen können.

Die „Praxisgebühr“ in Ihrer internistischen Praxis

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Bei jedem ersten Arztkontakt im Quartal (Januar-März / April-Juni / Juli-September / Oktober-Dezember) müssen Sie 10 € „Praxisgebühr“ zahlen. Der Gesetzgeber hat alle Ärzte trotz unserer Einwände zum Kassieren verpflichtet. Die von Ihnen zu entrichtenden 10 € sind kein Arzthonorar. Ihre 10 € werden an die Krankenkasse weitergeleitet, indem sie Ihrem Arzt automatisch abgebogen werden, sogar auch dann, wenn er sie nicht vom Patienten erhalten hat. Die „Praxisgebühr“ ist also eine vorher zu zahlende **Kassengebühr!** Der Arzt besitzt keinen Handlungsspielraum und darf auf sie nicht verzichten. Sie erhalten von uns eine Quittung, die Sie zur Vermeidung doppelter Zahlung sorgfältig aufbewahren müssen.

Wir bitten Sie auch um Beachtung aller weiteren Informationen:

- Nach Zahlung der Praxisgebühr wird für die weiteren notwendigen Arztkontakte in demselben Quartal beim selben Arzt keine weitere Kassengebühr fällig.

- Arztkontakte bei weiteren Ärzten in dem betreffenden Quartal sind gebührenfrei, wenn man eine Überweisung für diesen Arzt vorlegen kann und der Arzt zur selben „Behandlungsklasse“ gehört. Dabei gibt es folgende „Behandlungsklas-

sen“:

Niedergelassene Ärzte
 • psychologische Psychotherapeuten
 • Zahnärzte
 • Notdienste

- Überweisungen von Ärzten zu Zahnärzten und umgekehrt von Zahnärzten zu Ärzten überkreuzen die „Behandlungsklassen“, d.h., die Praxisgebühr muss erneut bezahlt werden.

Aus den drei „Behandlungsklassen“, vier Quartalen pro Jahr und 10 Euro pro Behandlungsklasse, Quartal und Person sind also maximal 120 Euro pro Jahr und Person zu bezahlen, vorausgesetzt, der Patient besucht nicht mehrere Ärzte pro Quartal ohne Überweisung.

Keine neue Praxisgebühr für Behandlung in einer anderen Praxis bei Überweisung

Als gesetzlich Versicherte oder Versicherter bezahlen

arzt, einen Facharzt oder einen Psychotherapeuten handelt. Wenn Sie dann mit Überweisung zu weiteren Ärzten gehen, brauchen Sie die Praxisgebühr nicht noch einmal zu bezahlen. Die Praxisgebühr fällt also nur einmal pro Quartal an, egal, wie oft Sie zum selben Arzt gehen und egal, wie viele Ärzte Sie mit Überweisung aufsuchen. Auch wenn Sie sich im Krankenhaus ambulant behandeln lassen wollen, zahlen Sie die Praxisgebühr von 10 Euro. Es sei denn, Sie haben eine Überweisung. Beim Zahnarzt müssen Sie eine separate Praxisgebühr bezahlen, sofern es sich nicht um eine Vorsorgeuntersuchung handelt.

Zuzahlungsfreie Überweisungen

Ihr Internist kann Sie an alle Kassenärzte zugahlungsfrei überweisen, also auch zum

Überweisungen zu Ärzten desselben medizinischen Fachgebiets sind nur in Ausnahmefällen zulässig. Wenn Sie also bei einem anderen Facharzt desselben Gebietes und der gleichen Versorgungsgruppe eine zweite Meinung einholen möchten, müssen Sie in der Regel auch ein zweites Mal die Praxisgebühr zahlen, da zwei verschiedene Vertragsärzte konsultiert werden.

Zuzahlungsfreie Untersuchungen

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind von allen Zuzahlungen befreit, damit auch von den Praxisgebühren. Ferner sind Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen von der Praxisgebühr befreit. Hierzu gehören u. a. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:

- Bei Männern ab 45 in Verbindung mit der Untersuchung des äußeren Genitals



Beim ersten Besuch in der Praxis: 10€

Foto: AOK- Medienservice

Sie eine Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal bei erstmaliger Inanspruchnahme eines Arztes – ganz gleich, ob es sich um einen Haus-

Gynäkologen oder zum Augenarzt. Grundsätzlich kann jeder Facharzt zur Weiterbehandlung an einen anderen Facharzt überweisen.

und der Prostata, Untersuchung der Haut, ab dem Alter von 50 Untersuchung des Dickdarms und des Rektums, Darmspiegelung ▶

ab dem 56. Lebensjahr.

- Gesundheits-Check ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre für gesetzlich Krankenversicherte. Schwerpunkte sind die Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.
- Schutzimpfungen, insbesondere gegen Kinderlähmung, Diphtherie, Tetanus, Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten, Influenza, Hirnhauterreger (keine Reiseprophylaxe).
- Jährlich zwei Vorsorgeuntersuchungen beim Zahnarzt.

Praxisgebühr gilt auch für Notfälle

Wenn Sie eine ärztliche Leistung im Notfall oder im organisierten Notfalldienst in Anspruch nehmen, müssen Sie eine Praxisgebühr von 10 Euro zahlen. Die Praxisgebühr für die Behandlung im Notfall wird jedoch nur einmal im Quartal fällig, das heißt, unabhängig davon, wie oft Sie im Quartal den organisierten Notfalldienst oder ärztliche Leistungen im Notfall in Anspruch nehmen.

Als Beleg für die von Ihnen gezahlte Praxisgebühr gilt gleichfalls eine Quittung, die Ihnen der behandelnde Arzt ausstellt. Diese Quittung

im Rahmen der Regelversorgung, also bei uns erhalten. Überweisungen in den organisierten Notfalldienst sind ebenfalls zuzahlungspflichtig.

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen befreit.

Auch nur bei Ausstellung eines Rezeptes sind 10 € Praxisgebühr zu zahlen

Generell zahlen gesetzlich Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Praxisgebühr von 10 Euro, sobald sie eine ärztliche Leistung eines Haus- oder Facharztes in Anspruch nehmen. Das ist bereits der Fall, wenn Sie sich in der Praxis Blut abnehmen oder ein Rezept ausstellen lassen. Auch für Wiederholungsrezepte müssen Sie grundsätzlich eine Praxisgebühr entrichten.

Keine Praxisgebühr bei einem Arbeitsunfall

Unfallverletzte, deren Heilbehandlung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten über die gesetzliche Unfallversicherung abgedeckt ist, müssen keine Praxisgebühr zahlen. Auch brauchen Sie keine Zuzahlungen für Arzneimittel

Behandlung nach einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit ausgestellt wurde.

Bei Behandlung bis ins nächste Quartal wird neue Bezahlung der Praxisgebühr fällig

Dauert eine Behandlung bis in das nachfolgende Quartal, müssen Sie nochmals eine Praxisgebühr zahlen. Die Praxisgebühr deckt beliebig viele Behandlungen ab, allerdings nur innerhalb eines Quartals. Grundsätzlich gelten Überweisungen nur für das Quartal ihrer Ausstellung.

Nur in Ausnahmefällen sind Überweisungen, die unmittelbar vor Quartalsende ausgestellt wurden, auch über das Quartalsende hinaus gültig, z. B. bei Laboruntersuchungen von Blut- oder Gewebeprobe. Laborärzte dürfen also in dem Fall keine Praxisgebühr erheben, wenn kurz vor Quartalsende eine Blut- oder Gewebeprobe entnommen wird, die das Labor erst im darauf folgenden Quartal analysieren kann.

Nicht bei jedem Zahnarztbesuch sind 10 Euro Praxisgebühr zu zahlen

Bei Erwachsenen wird für zwei zahnärztliche Kontrolluntersuchungen im Jahr keine Praxisgebühr erhoben. Neben einer eingehenden Untersuchung kann der Zahnarzt auch weitere Maßnahmen zur Diagnose und Vorsorge wie Röntgen oder Zahnfleischuntersuchung durchführen. Dies gilt auch, wenn in derselben Sitzung eine Zahnsteinentfernung (diese ist einmal im Jahr zu Lasten der GKV abrechnungsfähig) durchgeführt

wird. Kinder unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen und Praxisgebühren befreit. Im Übrigen zahlen gesetzlich Versicherte ab 18 für den ersten Zahnarztbesuch im Quartal eine Praxisgebühr von 10 Euro.

Die Quittung über die gezahlte Praxisgebühr kann ggf. eine Überweisung ersetzen

Die Quittung für die bereits bezahlte Praxisgebühr kann die Überweisung ersetzen, so dass keine erneute Praxisgebühr fällig wird. Dies gilt für Fälle, in denen eine Überweisung nicht ausgestellt werden kann. Das ist der Fall bei einem psychologischen Psychotherapeuten, bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder bei einer ambulanten Behandlung durch ein Krankenhaus.

Nur in bestimmten Sonderfällen ist bei den Praxisgebühren eine Ermäßigung möglich

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten. Dazu können die Kassen mit Hausärzten entsprechende Verträge abschließen. Wenn Sie als Versicherte und Versicherter daran teilnehmen wollen, dann verpflichten Sie sich gegenüber Ihrer Krankenkasse, zuerst immer einen bestimmten Hausarzt aufzusuchen. Im Gegenzug können Sie von Ihrer Krankenkasse eine Ermäßigung bei den Praxisgebühren oder einen anderen Bonus bekommen. Dasselbe gilt für die Teilnahme an Chronikerprogrammen oder für die regelmäßige Teilnahme an Früherkennungs-Untersuchungen: Ihre Krankenkasse kann Ihnen dafür beispielsweise eine Ermäßigung bei den Praxisgebühren oder Sachpreise gewähren. Ihre Internistenpraxis



Foto: AOK-Medienservice

unterscheidet sich farblich von der Quittung, die Sie

und Heilmittel zu leisten, sofern die Verordnung zur

Lasten der GKV abrechnungsfähig) durchgeführt

Sportmedizin bei den Internisten gut angekommen

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Professor Werner Seeger, selbst ein aktiver Freizeitsportler – er fährt fast täglich mit seinem Rennrad in die Medizinische Klinik II des Universitätsklinikums Gießen –, hatte auf dem von ihm geleiteten 112. Kongress der DGIM in Wiesbaden vom 22.-26. April 2006 der Sportmedizin im Programm einen breiten Platz eingeräumt. Schon im Eingangsbereich der Rhein-Main-Hallen wiesen große Plakate mit den Hauptausdauersportarten Laufen, Radfahren, Skilanglauf, Schwimmen und Nordic Walking auf das traditionell vom Arbeitskreis Sportmedizin des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.), dem Sportärzteverband Hessen e.V. und der DGIM veranstaltete ganzjährige sportmedizinische Vorsymposium zum Thema „Ausdauertraining – Ein wirksames Mittel zur Prävention, Rehabilitation und Therapie für den Internisten“ hin.

Die Vorsitzenden Professor Paul E. Nowacki, Gießen (Vorsitzender des Arbeitskreises Sportmedizin im BDI e.V., 2. Vorsitzender des Sportärzteverbandes Hessen e.V.), und PD Christoph Raschka, Frankfurt/M. (Pressewart des Sportärzteverbandes Hessen e.V.), konnten kompetente Sportmediziner als Referenten gewinnen.

In dem stets mit mehr als 200 interessierten Hörern überfüllten Saal 1 A/2 sprachen Professor Aloys Berg aus Freiburg/Brsg. über „Ausdauertraining als Therapieprinzip“, Professor Martin Halle von der Technischen Universität München über „Kraft- oder Ausdauertraining – was hilft wem?“ und PD Christoph Raschka über die gerade vor der Fußball-WM 2006 hochaktuelle

Diskussion zur Frage „Der plötzliche Tod beim Sport unter besonderer Berücksichtigung des Ausdauer- und Rehabilitationssports“.

Ganz besonders wurde der Nachfolger von Professor Nowacki auf dem Lehrstuhl für Sportmedizin an der Justus-Liebig-Universität



Doktorandin Ning Wu, M.A., Lehrstuhl für Sportmedizin Univ. Gießen, bei der Blutentnahme aus dem hyperaemisierten Ohr läppchen eines Internisten vor dem Ausdauer-Lauftraining beim DGIM-Kongress 2006 in Wiesbaden

Foto: Nowacki

Gießen, Professor Frank Christoph Mooren, begrüßt, der mit seinem Referat „Immunsystem in Bewegung“ die aktuellen klinisch-internistisch-sportmedizinischen Forschungsschwerpunkte in Gießen darstellte. Dr. Hans-Herbert Vater vom Institut für Prävention und Sportmedizin der Wicker-Klinik am Homberg in Bad Wildungen referierte praxisnah über „Nordic Walking – ein effektives Ausdauertraining“. Zum Abschluss fesselte die TeilnehmerInnen an dieser Weiterbildungsveranstaltung für die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ der Heppenheimer Anästhesist, Ernährungsberater und „Laufpapst“ Dr. Rudolf Ziegler (Herausgeber der Zeitung „Puls aktiv“) mit seinen Ausführungen über „Effizientes Fettstoffwechseltraining im Laufsport – was geht und wie geht's?“

Professor Nowacki, der in seiner Einführung die Bedeutung des Ausdauertrainings für den kardialen

Rehabilitationssport auf der Grundlage seiner 30-jährigen Erfahrungen mit den Gießener Universitäts-Herzsportgruppen hervorgehoben hatte, dankte in seinem Schlusswort, auch im Namen von Professor Seeger, den Referenten und Diskutanten für diese gelun-

gene Auftaktveranstaltung des 112. Internisten-Kongresses.

Nachmittags trafen sich unter dem Motto „Lauftraining richtig dosiert“ zahlreiche Ärztinnen und Ärzte zur Sportpraxis in der benachbarten Herbertparkanlage, um unter der kundigen Anleitung von Dr. Hans-Herbert Vater sowie seinem Bad Wildunger Lauf- und Nordic-Walking-Trainingsteam durch Herzfrequenz- und Laktatmessungen die jeweils richtige Tempodosierung im individuellen aeroben Puls- und Laktat-Bereich messen zu lassen.

Kampf gegen das Doping

Der emeritierte Gießener Lehrstuhlinhaber und Anti-Doping-Beauftragte des Deutschen Skiverbandes (DSV), Professor Nowacki, sprach noch einmal im Hauptprogramm des Kongresses zum Thema „Erythropoetin als Doping-Strategie: Nur im Spitzensport?“. Das weit

verbreitete EPO-Doping stellt im Spitzensport eine der größten Herausforderungen im Kampf für einen sauberen Spitzen-, Vereins- und Breitensport dar.

Für eine genetische Anomalie zu erhöhten Hämoglobinwerten, wie sie vor und während der Olympischen Winterspiele in Turin 2006 für diesen Athleten und diese Skilangläuferin diskutiert wurden, besteht zur Zeit kein Anhalt. Die zahlreichen Erfolge des finnischen Skilangläufers Eero Mäntyranta als Vorbild für den Nutzen hoher Hämoglobin- und Erythrocyten-Werte im Ausdauersport, speziell beim Skilanglauf, dienen heute beim EPO-Doping als Vorbild. E. Mäntyranta, der zweifache Goldmedaillengewinner bei den Olympischen Winterspielen 1964 im Skilanglauf über 15 km und 30 km, hatte familiär – also genetisch bedingt – erhöhte Hämoglobinwerte über 20 g/dl und Erythrocytenzahlen von über 6,0 Mill./mm³.

Da es zu Beginn des EPO-Dopings Anfang der 90er Jahre besonders im Profiradsport mehr als 20 Todesfälle gab, wird gerade diese Form der Leistungsmanipulation im Ausdauersport vom IOC-Präsidenten Chevalier Jacques Rogge, M.D., und der Welt-Antidoping-Agentur (WADA) intensiv bekämpft. Im Moment besteht nach den Ausführungen Nowackis auf dem Kongress-Symposium „Sinn und Unsinn der Anwendung von hämatopoetischen Wachstumsfaktoren“ die Hauptgefahr im Gen-Doping. So forderte Professor Nowacki die deutsche Ärzteschaft auf, das schon vor der Tür stehende Doping mit dem EPO-Gen-Repoxigen im Leistungssport zu verhindern.

Jutta Groß