

Aktionstag

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände ruft alle Ärzte auf, beim Nationalen Aktionstag am 4. Dezember 2006 mit zu machen.

Seite 9

Gesundheitsökonomie



Bedarf wächst schneller als die Ressourcen

SEITE 10

Reform 2009



Machterhalt als erstes Ziel der Politik

SEITE 12

Herbstgutachten



Staatliche Gängelung schadet

SEITE 13

Aufgelesen

Wählerstimmen

„Opportunismus und Populismus wird vom Wähler immer bestraft.“

Niedersachsens Ministerpräsident
Christian Wulff (CDU)
in Bild am Sonntag v. 19.11.06

Flickwerk

„Das WSG ist ein weiterer Versuch, durch Flickwerk die Krankenversorgung in die nächste Legislaturperiode zu retten.“

Prof. Günter Neubauer bei der
Anhörung zum WSG-Entwurf
vor dem Bundestags-Ausschuss
für Gesundheit am 13.11.06

Kein Beitrag

„Der Gesundheitsfonds leistet keinen Beitrag zur Stabilisierung und Erweiterung der Finanzbasis der GKV.“

Prof. Jürgen Wasem bei der
Anhörung zum WSG-Entwurf
vor dem Bundestags-Ausschuss
für Gesundheit am 13.11.06

Ein Fiasko

„Die viertägigen Sachverständigenanhörungen waren ein Fiasko für die Koalition.“

Daniel Bahr, FDP-MdB, am 19.11.06



Außerordentlicher Ärztetag zur Gesundheitsreform in Berlin

Ärzeschaft lehnt Reformgesetz einhellig ab

In einer einstimmig beschlossenen Resolution des Außerordentlichen Ärztetags am 24. Oktober in Berlin heißt es: „Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die Große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäf-

tigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt ‚mehr Freiheit wagen‘ heißt es nun ‚der Staat hat das Sagen‘. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der

Versicherten und Patienten. Über 80 % der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung, sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.“

Seite 3

**Versand-
Aufkleber**

AUS DEM INHALT

Wagenburg-Denken Koalition fühlt sich missverstanden	15	Sachsen Eine KV wie gehabt	20
Vorhofflimmern Sind die Leitlinien praktikabel?	17	Arzneimittelausgaben AM-Report kontra AM-Atlas	20

Die Wiedereinführung des „Facharztes für Innere Medizin“ als Generalist ...

... steht für das Jahr 2007 ganz oben auf der berufspolitischen Agenda des BDI. Auf dem nächsten Deutschen Ärztetag, im Mai 2007 in Münster, wird im Rahmen einer erneuten Novellierung der Muster-Weiterbildung das Gebiet Innere und Allgemeinmedizin erneut auf der Tagesordnung stehen. Auf den Deutschen Ärztetagen in Rostock 2002 und Köln 2003 war es zu der von uns unerwünschten Verschmelzung von Innere und Allgemeinmedizin gekommen. Dabei wurde entgegen großer Bedenken der Facharzt für Innere Medizin mit eigener Facharztprüfung abgeschafft. Stattdessen ist der Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt XY mit insgesamt acht Schwerpunkten eingeführt worden. Gleichzeitig wurde der Hybrid Innere und Allgemeinmedizin geboren. Bereits bei der Um-

setzung dieser (Muster-) Weiterbildungsordnung in den verschiedenen Landesärztekammern zeigten sich die erheblichen Probleme. So haben fünf Landesärztekammern den Facharzt für Innere Medizin in unterschiedlicher Form behalten. Damit ist es zu einer weiteren inakzeptablen Zersplitterung in der internistischen Weiterbildung gekommen. Die Abschaffung des Facharztes für Innere Medizin hat aber auch zum wiederhol-

ten Male die Europäische Kommission auf den Plan gerufen. Fragen der gegenseitigen Anerkennung von Berufsqualifikationen und der damit zusammenhängenden Frage der Migrationsfähigkeit und der Ausländerdiskriminierung spielen hierbei eine wichtige Rolle. Der Facharzt für Innere Medizin ist in Brüssel notifiziert. In Europa gibt es überall den Facharzt für Innere Medizin – in Deutschland jedoch derzeit nicht in einer Form, die mit dem

EU-Recht kompatibel ist. Wir brauchen den Facharzt für Innere Medizin. Wir brauchen ihn in unserer Weiterbildung für die Versorgung der Patienten mit internistischen Erkrankungen in Klinik und Praxis. Wir brauchen ihn aber auch für unser Selbstverständnis als Internisten, als Klammer für die gesamte Innere Medizin. Wir brauchen ihn als Basis, als „Baum“, von dem die Schwerpunkte der Inneren Medizin wie „Äste“ abstammen. Und jetzt braucht ihn auch das Bundesministerium für Gesundheit, damit es sich nicht wegen eines Verstoßes gegen EU-Recht mit einem Vertragsverletzungsverfahren konfrontiert sieht.

Der BDI wird alles für die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin tun. Unterstützen Sie uns!



Dr. med. Wolfgang Wesiack

Präsident des BDI e.V., Gründungs- und Vorstandsmitglied der Allianz Deutscher Ärzteverbände

IMPRESSUM

Berufsverband
Deutscher Internisten e.V.

Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesiack
Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden
Telefon 0611/181 33-0
Telefax 0611/181 33-50

Redaktion: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), Frankfurt a. M. (v. i. S. d. P.)
Klaus Schmidt (KS), München
Layout: Nadja Schmidt, München

Geschäftsführer: RA Helge Rühl, Wiesbaden

Anzeigen: Tilo Radau

Es gilt die Anzeigenpreisliste Januar 2005

Druck: Druckhaus Diesbach GmbH, 69469 Weinheim

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitung berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinn der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von der Redaktion keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge übernimmt die Redaktion keine Verantwortung.

Kontakt mit dem BDI e.V.

Korrespondenzanschrift für Zuschriften
BDI e.V.

Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden
oder

Postfach 15 66, 65005 Wiesbaden

Telefonnummern

BDI e.V. Zentrale 0611/181 33-0
BDI e.V. Mitgliederverwaltung 0611/181 33-19 od. 20
BDI e.V. Kongressabteilung 0611/181 33-22 od. 24

Telefax-Anschlüsse

BDI e.V. Zentrale 0611/181 33-50
BDI e.V. Mitgliederverwaltung 0611/181 33-23
BDI e.V. Kongressabteilung 0611/181 33-23

BDI im Internet

<http://www.bdi.de>

E-Mail

info@BDI.de

Ärzterschaft ist sich einig in der Ablehnung

Das Bundeskabinett hat am Mittwoch, 25.10.2006, den Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform verabschiedet. Noch am Vorabend hat der Berufsverband Deutscher Internisten, BDI e.V., gemeinsam mit den anderen ärztlichen Berufsverbänden auf einem Außerordentlichen Ärztetag in Berlin in einer dringlichen Resolution an die Bundeskanzlerin appelliert, die Reform aus Verantwortung für Deutschland zu stoppen.

In der einstimmig in Berlin verabschiedeten Resolution heißt es unter anderem:

– „Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die Große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt ‚mehr Freiheit wagen‘ heißt es nun ‚der Staat hat das Sagen‘. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der Versicherten und Patienten. Über 80 Prozent der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete des Deutschen Bundestages wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung,

sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.“ BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack und die beiden Vizepräsidenten Dr. med. Wolf von Römer und Prof. Dr. med. Malte Ludwig kritisieren, dass die Große Koalition ganz bewusst den Sachverstand der Gesundheitsberufe ausgeschlossen hat. Es zeigt sich, dass Gesundheitspolitik keine Sachfrage mehr ist, sondern eine Machtfrage. Der Erhalt der Koalition scheint führenden Politikern offensichtlich wichtiger als ihre Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Deshalb appelliert der BDI im Verein mit der verfassten deutschen Ärzteschaft an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel: „Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!“

Das BDI-Präsidium und BDI-Geschäftsführer RA Helge Rühl nutzten den Außerordentlichen Ärztetag in Berlin zu intensiven Gesprächen mit anderen wichtigen Berufsverbänden und Körperschaften. Einig waren sich alle in der Ablehnung einer Staatsmonopolisierung auf Seiten der Kostenträger. Das wäre der Fall, wenn der Staat den Beitragssatz nach Haushaltslage festlegt und ein sogenannter Spitzenverband Bund dann die Verantwortung für die Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten abgibt. In einem persönlichen Schreiben an alle Mitglieder des Deutschen Bundestages (MdB) haben BDI-Präsident

Wesiack und die Vizepräsidenten von Römer und Prof. Malte Ludwig eindringlich appelliert: „Verhindern Sie bei der anstehenden Lesung und Abstimmung des so genannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die Einführung einer Staatsmedizin, die zur Rationierung von Leistungen, Verlust von Therapiefreiheit, flächendeckender Versorgung

einer Umfrage der ARD 80% der Bevölkerung diese „Gesundheitsreform“ ablehnen. Von großem Gewicht ist für sie auch das aktuelle Herbstgutachten der sechs führenden Wirtschaftsforschungsinstitute, wonach diese Reform völlig untauglich sei für eine qualitative Entwicklung des Gesundheits- und Pflegewesens, weil sie den Wettbewerb im Gesund-



BDI-Vizepräsidenten Prof. Dr. med. Malte Ludwig (links) und Dr. med. Wolf von Römer in Berlin

und Freiberuflichkeit führt. Stimmen Sie gegen dieses Gesetz!“

Sie weisen in ihrem Schreiben auf die Bedenken von Patientenverbänden, Krankenkassen und allen ärztlichen Organisationen hin und auch darauf, dass nach

heitswesen weiter bremse statt ihn zu fördern.

Die BDI-Sprecher mahnen die Parlamentarier, an die Folgen zu denken:

„Wenn Sie diesem Gesetz zustimmen, handeln Sie wissentlich gegen die Interessen der Bürger ▶

Mit Kürzel zeichnende Autoren dieser Ausgabe

HFS Dr.med. Hans-Friedrich Spies KS Klaus Schmidt

dieses Landes, denn die Versicherten werden nicht entlastet, sondern zusätzlich belastet, ohne dass das Leis-

da haben sich offensichtlich viele täuschen lassen. Umso größer ist die Verbitterung bei uns allen.



In großer Sorge: BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack beim Außerordentlichen Ärztetag

tungsspektrum erhöht oder ausgebaut wird. Wir werden die Bürger ausführlich über die Folgen dieses Gesetzes informieren.“

Auszüge aus der Rede von Bundesärztekammer-Präsident Prof. Jörg D. Hoppe:

„Vor uns liegt nun ein Reformentwurf, der sich zwar ‚GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz‘ nennt, der aber alles, aber wirklich auch alles festschreibt, um genau das Gegenteil zu erreichen, nämlich unser Gesundheitswesen mit Volldampf in die Staatsmedizin zu fahren. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, nenne ich Täuschung, Verschleierung und Irreführung.“

Eigentlich hatte ich gehofft, dass diese Zeiten endlich vorbei sind. Aber da habe ich mich täuschen lassen,

Wie anders ist es zu erklären, dass unsere Kolleginnen und Kollegen, die sonst eher dafür bekannt sind, in Klinik und Praxis Überstunden zu kloppen, immer wieder, und zwar tausendfach, auf die Straße gehen? Wie anders ist es zu erklären, dass über 80 Prozent der Deutschen gegen diese Reform sind? Und wie anders ist es zu erklären, dass all die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten und damit das Gesundheitswesen ausmachen, diese Reform ausnahmslos ablehnen? So kann und so darf man nicht an den Menschen vorbeiregieren, meine Damen und Herren.

Die Fundamente eines bürgernahen Gesundheitswesens werden zerschlagen, um darauf eine oligarchisch geprägte Ministerialbüro-

kratie auf Bundesebene zu errichten, die dann offensichtlich einen nationalen Gesundheitsdienst nach britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen aufbauen soll.

Aber wollen das die Bürger? Alle Umfragen in diesem Land bestätigen, dass sie keine Medizin nach Gutdünken des Finanzministers wollen. Die Menschen wollen eine gute Medizin haben, sie wollen gute Ärzte haben und sie wollen am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Deshalb auch brauchen wir ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach staatlichen Begehrlichkeiten.

Wir sind keine Staatsmediziner und wir sind auch keine Rationierungsassistenten! Es sind bei weitem nicht nur die Oppositionsparteien im Deutschen Bundestag, die diese Reform ablehnen. Viele Abgeordnete der Regierungskoalition selbst haben höchste Zweifel, ob sie damit ihrer Verantwortung für die Zukunft unseres Gesundheitswesens gerecht werden. Aber die Fraktionsdisziplin soll sie zwingen, Entscheidungen vielleicht wider besseres Wissen mitzutragen.

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wird zerstört, um eine staatsmedizinische Bürokratie aufzubauen. Aber diese Selbstverwaltung ist nie Selbstzweck gewesen. Sie hat Sachverstand in die Entwicklung unseres Gesundheitswesens gebracht und war Garant dafür, dass das Gesundheitssystem sich immer wieder mit den tatsächlichen Problemen der Betroffenen und dem tatsächlichen Bedarf der Patienten auseinandersetzen musste. In Zukunft aber wird der Staat allein und nach Haushaltslage den Bei-

tragssatz ausrufen und ein sogenannter Spitzenverband Bund die Verantwortung für Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an uns Ärztinnen und Ärzte abgeben. Ist es das, meine Damen und Herren von der Politik, was Sie unter Wettbewerb verstehen? Wir jedenfalls nicht.

Sie schaffen auf der einen Seite mit diesem Spitzenverband einen absoluten Monopolisten, atomisieren aber zugleich die andere Seite, indem Sie die Kassenärztlichen Vereinigungen beschädigen. Glauben Sie allen Ernstes, dass Sie damit den Wettbewerb stärken?

Wir Ärztinnen und Ärzte werden auf diesen politisch gewollten Systemwechsel reagieren und unsererseits die Systemfrage stellen. Man muss ja nicht unbedingt Vertragsarzt sein.

Und dann haben Sie noch eine unterstaatliche Regulierungsbehörde errichtet, die zwar noch Gemeinsamer Bundesausschuss heißt, de facto aber als Behörde für Zuteilungsmedizin fungiert. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen der Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Das ist keine Selbstverwaltung mehr, das ist Staatsdirigismus pur – und das lehnen wir kategorisch ab!

Geradezu perfide ist das Täuschungsmanöver mit einer vermeintlich festen Euro-Gebührenordnung für die Vertragsärzte. Hatte man zunächst noch den Eindruck, das sei ein ernsthafter Versuch, aus der chronischen Unterfinanzierung des ambulanten Bereichs von 30 Prozent herauszukommen, so wurde doch sehr schnell klar, dass die Budgets de facto fortgeschrieben werden. Das, liebe Kolleginnen und Kollegen, hat schon den Geschmack einer politischen Intrige. ▶

Um die Marktberreinigung im stationären Sektor zu beschleunigen – Krankenhausschließungen sind ja offensichtlich ein Kennzeichen des Wettbewerbs –, wird den Krankenhäusern ein Sonderopfer von einer halben Milliarde Euro abverlangt, pro Jahr wohlgerneht. Mit dieser Zwangsabgabe aber wird die Zahl der Entlassungen steigen und werden die Versorgungskapazitäten weiter abgebaut.“

Auszüge aus der Rede des KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler:

„Dieser Tag heute ist für die verfasste Ärzteschaft existenziell. Er dient einzig und alleine einem Zweck: dem Schutz unserer Patienten vor einem desaströsen Gesetz. Wenn wir uns jetzt nicht wehren, werden in wenigen Jahren unsere Patienten wissen wollen, warum wir sie nicht vor diesem Gesetz geschützt haben, wird man die Schuldzuweisungen wieder einmal bei den Ärzten abladen wollen, wenn es zu Rationierung kommt. Deshalb müssen wir uns im Interesse unserer Patienten wehren gegen

- Staatsmedizin und Bürokratie,
- Rationierung und
- eine den Wettbewerb erstickende Versorgungsstruktur.

Dieses Gesetz legt die Axt an die Wurzel einer guten Versorgung. Es gleicht aber auch einem Frontalangriff auf unser Selbstverständnis als Ärzte! Unsere Würde wird in Frage gestellt. Es ist ein gigantisches Arztpraxisvernichtungsprogramm! Am Ende bleibt von einer guten Versorgung nicht mehr viel übrig.“

„Am meisten werden die Patienten leiden. Denn durch die erfolgreiche Vertreibung hochqualifizierter Ärzte aus Deutschland werden Versorgungslücken größer. Morgen einen Termin beim Haus-

arzt? Nächste Woche einen beim Spezialisten? Das gehört in Deutschland wohl bald der Vergangenheit an! Wohnortnahe Versorgung? Passé! Gleicher Zugang zu Leistungen für alle Versicherte? Das war einmal! Alle notwendigen und anerkannten medizinischen Leistungen auf Kassenkosten? Tut uns leid, wird nicht mehr bezahlt!“

„Gibt es mit der versprochenen Euro-Gebührenordnung ab dem Jahr 2009 eine echte Aussicht auf Besse-



„Wir Ärzte sind keine Staatsmediziner!“

rung? Nein! Denn diese Gebührenordnung steht unter einem Kreuzfeuerbeschluss aus vielfältigen Budgetierungsmaßnahmen.

1. Die Berechnungsformel für die erstmalige Festlegung des bundesweiten Orientierungswertes zementiert die heutige Unterfinanzierung. Sie zerstört die Logik einer Euro-Gebührenordnung, deren Kalkulationsgrundlage damit willkürlich ist und mit betriebswirtschaftlichen

Notwendigkeiten überhaupt nichts zu tun hat.

2. Durch die Pauschalierung wird die Leistungsmenge wirksam begrenzt. Flankiert von einer fixkostenbezogenen Abstaffelungsregelung wäre damit eine sinnvolle und nachvollziehbare Mengensteuerung innerhalb der Gebührenordnung möglich. Aber: Eine fixkostenbezogene Abstaffelung setzt zwingend einen betriebswirtschaftlich sauber kalkulierten Wert voraus. Genau den gibt es nicht.

3. Die Preise werden noch-

4. Die Versichertenpauschalen bzw. die Grundpauschalen werden zusätzlich gekürzt, wenn ein Versicherter innerhalb des Quartals den Arzt wechselt. Damit wird er für ein Verhalten des Patienten bestraft, das er nicht selbst steuern kann. Wenn der Gesetzgeber das verhindern will, muss er bei dem ansetzen, der das auch kann: beim Versicherten!

5. Als weiteres Budget kommt die Bestimmung hinzu, dass Zuschläge zur Förderung der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten aus Abschlägen in überversorgten Gebieten bezahlt werden sollen. Entweder es gibt viel zu wenig Geld für Zuschläge, oder die Vergütungen von Praxen in überversorgten Gebieten sinken ggf. unter die Kostendeckung. Das ist paradox!“

„Wenn sich das Gesetz an den zentralen Punkten Vertragssystematik und Honorarordnung nicht verändert, werden die KBV und die KVen es nicht umsetzen! Durch die Umsetzung dieses Gesetzes im jetzigen Wortlaut würden wir nämlich unseren Mitgliedern die wirtschaftliche Basis zum Überleben vollends entziehen und uns selbst langsam entleiben. Wir würden eine immer noch gute Versorgung endgültig zerstören und unsere Patienten auf unverantwortliche Weise im Stich lassen. Da ziehe ich es ganz entschieden vor, die Schmutzarbeit von den Verursachern direkt erledigen zu lassen.

Die KBV bietet den Politikern konstruktive Mitarbeit bei einer Reform an, die wirklich einen geregelten, sinnvollen Wettbewerb anstrebt und die den Vertragsärzten und -psychotherapeuten das gibt, was versprochen wurde: feste, faire Preise und die Abschaffung der Honorarbudgets.“

BDI/BÄK/KBV ►

Hier die Resolution des Außerordentlichen Ärztetags im Wortlaut:

Auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache I-01) fassen der Außerordentliche Deutsche Ärztetag und die Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einstimmig folgende EntschlieÙung:

Der Abbau des deutschen Gesundheitswesens hat begonnen. Die große Koalition ist im Begriff, die leistungsfähigen Strukturen ärztlicher Versorgung zu zerschlagen, das Vertrauen der Patienten in die Medizin nachhaltig zu zerstören und die Beschäftigten im Gesundheitswesen auf Dauer zu demotivieren. Selbstverwaltung wird durch Staatsbürokratie ersetzt, Therapiefreiheit durch Zuteilungsmedizin. Statt ‚mehr Freiheit wagen‘ heißt es nun ‚der Staat hat das Sagen‘. Dieses Ausmaß destruktiver Gesundheitspolitik ist beispiellos. Ebenso einmalig ist die geschlossene Ablehnung der im Gesundheitswesen Tätigen wie auch der Versicherten und Patienten. Über 80 Prozent der Bevölkerung lehnen diese Reform ab, weil sie wissen, dass hier etwas Funktionierendes zerstört wird, aber nichts Besseres nachfolgt. Auch viele Abgeordnete des Deutschen Bundestages wissen um die katastrophalen Folgen für die Patientenversorgung, sollen sich aber der Fraktionsdisziplin unterordnen.

Die Große Koalition spricht von ihrem größten Reformvorhaben und schließt gleichzeitig ganz bewusst den Sach-

verstand der Gesundheitsberufe aus. Gesundheitspolitik ist keine Sachfrage mehr, Gesundheitspolitik ist eine Machtfrage. Der Erhalt der Koalition ist für die führenden Politiker offensichtlich wichtiger als ihre Verantwortung für eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung. Deshalb appelliert die verfasste deutsche Ärzteschaft an die Bundeskanzlerin der Bundesrepublik Deutschland, Frau Dr. Angela Merkel: Stoppen Sie diese Reform aus Verantwortung für unser Gesundheitswesen!

Noch in der Einleitung zu dem Entwurf des so genannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes heißt es, Deutschland habe ein modernes und leistungsfähiges Gesund-

heitswesen, es biete eine Patientenversorgung auf hohem Niveau und seine Innovationskraft sei von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland. Ein Gesundheitswesen aber ist weder modern noch leistungsfähig, wenn es zu einer Staatsmonopolisierung auf Kostenträgerseite kommt und zugleich zu einer Atomisierung der Leistungserbringerseite. Der Staat soll nach Haushaltslage den Beitragssatz festlegen können und ein so genannter Spitzenverband Bund gibt dann die Verantwortung für die Mangelversorgung in einem ruinösen Preiswettbewerb an die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ab. Eine Patientenversorgung auf hohem Niveau kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn medizinischer Fortschritt eingefroren, Qualitätssicherung durch Kontrolle ersetzt wird und Ärzte in Behandlungsschemata hineingepresst werden. Und es kann sich keine Innovationskraft im Gesundheitswesen entwickeln, wenn der Wettbewerb der Krankenversicherungssysteme aufgehoben wird, um eine Einheitsversicherung mit Einheitsmedizin durchzusetzen.

Keine Medizin mit Wartelisten und Leistungsausschlüssen

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Weg vorgezeichnet in einen Nationalen Gesundheitsdienst nach

britischem Vorbild mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. In Deutschland soll diese Aufgabe der Gemeinsame Bundesausschuss als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Er wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitäts-



Der Außerordentliche Ärztetag in Berlin fordert einen Stopp der Gesundheitsreform

kontrolle die Leistungsmenge steuern. Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung (der Krankenhausärzte), originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung, sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Das aber steht im völligen Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher verfassungsrechtlich höchst be-



Was wird aus dem System? Rechts neben Dr. med. Wolf von Römer (Mitte) Dr. med. Hartmuth Stöckle (BDI Bayern)

Fotos (5): Rühmkorf

denklich. Eine flächendeckende Versorgung der Patienten – bisher Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens – wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen. Sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt oder Psychotherapeut ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen entmachtet werden, weil sie angeblich ausschließlich als Interessenvertretung der niedergelassenen Vertragsärzte agieren. In Wirklichkeit jedoch wird durch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen vor allem die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

Keine Budgets für Vertragsärzte

Statt wie versprochen die Budgets abzuschaffen, werden diese nur ersetzt durch eine restriktive und letztlich budgetierende Vergütungsordnung für Vertragsärzte. Die ‚festen‘ Preise werden nach wie vor Mengen- und Kostendämpfungsmaßnahmen unterworfen, die zwangsläufig zu einem weiteren Preisverfall führen. Die begrüßenswerte Flexibilisierung des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dadurch konterkariert. Denn nur auf der Basis einer Gebührenordnung ohne Budgets hätten die neuen Freiheiten im Patienteninteresse sinnvoll genutzt werden können.

Schon heute sind durch die langjährige Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung viele Arztpraxen in ihrer Existenz bedroht. Es bedarf deshalb eines substantiellen Sofortprogramms, insbesondere in den neuen Bundesländern, um diesen Arztpraxen das wirtschaftliche

Überleben zu sichern und damit die Patientenversorgung zu gewährleisten.

Kein Sonderopfer von Krankenhäusern!

Die Krankenhäuser sollen ein Sonderopfer in Höhe von einem Prozent des Budgets – also etwa 500 Mio. Euro pro Jahr – erbringen, weil sie angeblich der größte Kostenfaktor sind. Dabei sind die Krankenhäuser durch gesetzlich bedingte Kostensteigerungen wie die Mehrwertsteueranhebung ab 2007, notwendige Tarifanpassungen sowie die gestiegenen Energiekosten ohnehin finanziell überfordert. Der Entzug von einer halben Milliarde Euro wird angesichts der überwiegend kritischen Finanzlage vieler Kliniken und des Investitionsstaus von 30 Milliarden Euro die Situation weiter verschärfen und den Abbau von Personal und Versorgungskapazitäten beschleunigen. Mit der Zwangsabgabe will die Politik eine ‚Marktbereinigung‘ erreichen, Krankenhäuser sollen schließen oder fusionieren. Ein Kliniksterben in diesem Ausmaß aber kann sich unsere Gesellschaft allein schon wegen der demografischen Entwicklung nicht leisten.

Gegen die Zerstörung eines freiheitlichen Krankenversicherungssystems

Die bestehenden Versicherungssysteme sollen auf niedrigem Niveau angeglichen werden. Dazu wird den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein GKV-kompatibler Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung auferlegt. Das Zukunftsmodell einer auf Kapitaldeckung basierenden Krankenversicherung wird demontiert, um den Weg frei zu machen für eine staatlich kontrollierte Einheitszwangsversicherung mit Zuteilungsmedizin. Schrittweise sollen die PKV-Vollversicherungstarife zunächst in Basistarife und dann in Zusatztarife umgewandelt und so die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden, um den Weg in eine Bürgerversicherung zu bereiten.

Das Nebeneinander von GKV und PKV hat maßgeblich die Versorgung befördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben. Kein Problem im Gesundheitswesen würde gelöst, wenn die einzig finanziell gesicherte Krankenversicherung zerstört würde. Eine solche Gesundheitsreform löst keine Probleme, sie ist das Problem.

Mut zum Neuanfang

Statt ein bewährtes System in politisch-dogmatischer Manier zu zerstören, sollte die Koalition den Mut aufbringen, den Reset-Knopf zu drücken und unser bewährtes System der gegliederten Krankenversicherung konstruktiv und an Sachargumenten orientiert weiterzuentwickeln. Eine verantwortungsbewusste Gesundheitspolitik muss Lösungen für die drängenden Finanzierungsprobleme finden. Nur so können Innovationen und medizinischer Fortschritt auf Dauer gewährleistet werden.

Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV

Ausschließlich lohnbezogene Einnahmen werden nicht mehr ausreichen, um zu einer soliden Finanzierung der GKV beizutragen. Die Einnahmehasis muss entspre-

chend der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten auf sämtliche Einkommensarten ausgedehnt werden. Dadurch ließe sich der durchschnittliche Beitragsatz spürbar senken. Zur Verbreiterung der Einnahmehasis müssen dann sämtliche Einkünfte gemäß dem Einkommenssteuerrecht herangezogen werden.

Missbrauch der GKV beenden

Seit Jahrzehnten destabilisiert die Politik selbst durch Ausweitung versicherungsfremder Leistungen sowie durch Quersubventionierung anderer Sozialversicherungszweige („Verschiebebahnhöfe“) die GKV in jährlich zweistelliger Milliardenhöhe. Allein die so genannten Hartz-Gesetze belasten die GKV seit diesem Jahr mit 3,6 Milliarden Euro.

Durch die Rücknahme des Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entzieht der Bundesfinanzminister dem GKV-System weitere 4,2 Milliarden Euro. Darüber hinaus werden der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer auch auf Arzneimittel über 2 Milliarden Euro entzogen. Die GKV muss endlich auf ihre originären Aufgaben zurückgeführt werden.

Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen

Die Eigenverantwortung der Versicherten und die Inanspruchnahme solidarisch finanzierter Leistungen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zu einander stehen. Große Risiken müssen selbstverständlich umfassend abgesichert sein. Aber Versicherte müssen ihrer Verantwortung für die Solidargemeinschaft entsprechen, indem sie z.B. durch Prävention und Gesundheitsvorsorge aktiv zur Risikominderung beitragen.

Auch Eigenbeteiligung und eine der Patientensouveränität angemessene Weiterentwicklung der Gestaltungsfreiheit bei Leistungen und Tarifen, so beispielsweise eine Beitragsminderung des Versichertenbeitrages durch individuellen Leistungsausschluss für selbstverantwortlich finanzierbare Leistungen oder Beitragsminderung bei nicht chronisch Kranken für selbst gewählte Leistungsbegrenzung durch Festzuschüsse, stärken die Eigenverantwortung.

Familienversicherung nur noch für erziehende Elternteile

Die generell beitragsfreie Ehegattenversicherung ist angesichts der demografischen Entwicklung nicht mehr zeitgemäß. Allerdings sollte diese Form der Versicherung angesichts der für die Gesellschaft bedeutsamen Erziehungsarbeit für diejenigen Elternteile aufrechterhalten bleiben, die sich ausschließlich der Kindererziehung widmen.

Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern

Eine vollständige Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder aus Steuermitteln könnte zu einer Entlastung allein in der GKV von weit über 10 Milliarden Euro führen. Die Krankenversicherung der Kinder ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es ist allerdings sicher-

zustellen, dass die Steuerfinanzierung nicht haushaltspolitischer Kurzsichtigkeit oder Beliebigkeit anheim fällt, sondern in ihrem Umfang verlässlich bleibt. Damit wäre den Versicherten und Patienten wie auch der nachwachsenden Generation gleichermaßen gedient.

Alterungsrückstellungen durch Gesundheitsoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner

Der Anteil der beitragszahlenden Rentner unter den gesetzlich Krankenversicherten hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Im Jahr 2005 waren knapp 17 Millionen Rentner Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung, fast zehn Prozent mehr als 1998. Dieser zahlenmäßige Anstieg der Rentner hat zu erheblichen Mindereinnahmen der GKV geführt, weil Rentner im Durchschnitt weniger als Arbeitnehmer in die GKV einzahlen.

Die Schere zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) geht immer weiter auseinander. Betrug die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1993 noch 24,9 Mrd. Euro, so klafft inzwischen eine Lücke von 35 Mrd. Euro (2005). Die stetig steigende Quersubventionierung der KVdR durch die GKV muss durch einen demografiebezogenen Ausgleichsfaktor sowie durch den Aufbau eines Systems zur Alterungsrückstellung durch einen „Gesundheitsoli“ sukzessive reduziert werden.

Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV

Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch und vor allem ein Wettbewerb der Versicherungs- und Finanzierungsmodelle sein. Ein System der Krankenversicherung, das auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung und Kapitaldeckung für den notwendigen demografischen Faktor basiert, darf nicht den Finanzierungsnöten der gesetzlichen Krankenversicherung geopfert werden.

Deshalb ist die jetzt geplante Angleichung der privaten Krankenversicherung an das GKV-System der falsche Weg. Ziel muss es sein, einen Wettbewerb der Systeme durch Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV zu eröffnen.

Einrichtung eines Gesundheitsrates

Nach Überzeugung der deutschen Ärzteschaft reichen weder die bestehenden Finanzmittel noch die derzeit verfügbaren so genannten Humanressourcen im Gesundheitswesen aus, um die großen Probleme in der Patientenversorgung zukünftig bewältigen zu können. Deshalb ist ein gemeinsames Handeln notwendig.

Durch die Einrichtung eines Bundesgesundheitsrates, der im vorpolitischen Raum sachgerecht und transparent politische Entscheidungen für das Gesundheitswesen vorbereitet, könnten Prioritäten unter ärztlichen, ethischen, medizinisch-gesundheitswissenschaftlichen sowie sozialen Kriterien entwickelt und dann mit allen betroffenen Gruppen öffentlich diskutiert werden. In ein solches Gremium sollten neben Ärzten und Wissenschaftlern auch Patientenvertreter berufen werden.

Ausdruck der Solidarität

„Außergewöhnliche Situationen erfordern außergewöhnliche Maßnahmen. Wenn Ärztinnen und Ärzte zunehmend zu den demokratischen Mitteln des Protestes gegen systemgegebene Ungleichgewichte und gesundheitspolitische Entwicklungen greifen, dann ist das für unseren Berufsstand ungewöhnlich. Der außerordentliche Ärztetag findet vor dem Hintergrund

eines späten großkoalitionären Kompromisses zur deutschen Gesundheitsreform statt. Und diese Einigung verspricht wenig Gutes: sie ist die in konkrete Pläne gegossene Dominanz der Ökonomie über den tatsächlichen Versorgungsbedarf, sie ist die monetäre Fesselung der Medizin, die Rationierung des Gesundheits-Angebotes vor dem Hintergrund des raschen

Fortschritts und einer alternden Bevölkerung. Diese schleichende Einführung staatlicher Zuteilungsmedizin geschieht auf dem Rücken der Bevölkerung sowie der Ärztinnen und Ärzte. Und sie geht auf Kosten der ärztlichen Freiheit im Interesse der Patientinnen und Patienten. Der Anlass rechtfertigt in jedem Fall öffentlichen Druck und erfordert die demonstrative Einigkeit

der Ärztinnen und Ärzte. Ich möchte auf diesem Wege dem Deutschen Ärztetag den besten erreichbaren Erfolg wünschen und Ihnen in dieser für Sie so schwierigen Situation die Solidarität der österreichischen Ärztinnen und Ärzte zum Ausdruck bringen.

Mit den besten kollegialen Grüßen

gez.:

Dr. Reiner Brettenthaler“

Bundesweiter Aktionstag am 4. Dezember 2006

Die Allianz Deutscher Ärzteverbände beteiligt sich aktiv an dem vom außerordentlichen Ärztetag beschlossenen Aktionstag. Am 4. Dezember 2006 werden wir gemeinsam mit allen Heilberuflern Deutschlands zeigen, welche Folgen das so genannte Wettbewerbsstärkungsgesetz haben wird. Die Allianz wird an diesem Tag alle Praxen, Kliniken und sonstigen Einrichtungen dazu aufrufen, dass „die Lichter ausgehen“. Dies wird ergänzt durch Gespräche der Vertreter der Ärzteschaft mit regionalen politischen Mandatsträgern.

Bereits beim außerordentlichen Ärztetag hat Dr. Andreas Köhler für die KBV erklärt, das GKV-WSG nicht umzusetzen, solange die Budgets nicht aufgelöst werden und das dramatische Finanzierungsdefizit für die medizinische Versorgung weiter bestehen bleibt. Da die Forderungen der verfassten Ärzteschaft von der Politik ungehört bleiben, erwartet die Allianz konsequenten Widerstand der Körperschaften und Konfliktbereitschaft gegenüber den Aufsichtsbehörden.

Trotz eindrucksvoller Protestveranstaltungen der zurückliegenden 12 Monate verfolgt die Regierungskoalition wider bessere Vernunft die Absicht, unser Gesundheitswesen in ein staatsgelenktes System zu überführen. Diese Reform wendet sich gegen freiheitliche Grundsätze, gegen die Bevölkerung und die Heilberufe und verstößt in zentralen Punkten gegen das Grundgesetz. Die wirklichen Probleme werden nicht gelöst, sondern durch Fortschreibung der dauerhaften Unterfinanzierung der GKV mit gleichzeitiger Überregulierung verschärft.

Den Plänen der Regierungskoalition zur Vereinheitlichung von GKV und PKV wird eine klare Absage erteilt, die Gültigkeit gegenüber verfassungsrechtlichen Einwänden ist in diesem Staat äußerst bedenklich.

Die Ziele einer zukunftsweisenden Reform, die auf freie, sozialmarktwirtschaftliche Prinzipien bauen muss, werden konterkariert. Konstruktive Vorschläge wurden von der Großen Koalition bislang in den Wind geschlagen – das Wettbewerbsstärkungsgesetz wird von der Politik auf Biegen und Brechen durch das parlamentarische Verfahren gepeitscht.

Dr. Klaus Bittmann, Vorsitzender des BVÄG, der turnusmäßig das Sprecheramt der Allianz übernommen hat, sieht die Kooperation innerhalb der Allianz auf einem stabilen Weg zum Forum für alle Niedergelassenen. „Ohne Ärzte und Psychotherapeuten ist das GKV-WSG nicht umsetzbar. Unsere Mitglieder erwarten von uns geschlossenes Handeln und Widerstand“, erklärt Bittmann.

In Konsequenz aus den eindrucksvollen Protestveranstaltungen der Ärzte und dem unbeirrbar Festhalten der Politik an ihrem Weg in die Staatsmedizin, hat die Allianz Deutscher Ärzteverbände weit reichende Beschlüsse gefasst:

In einem ersten Schritt richtet die Allianz Deutscher Ärzteverbände eine Vertragswerkstatt ein. Für den Fall, dass die ärztliche Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie derzeit durch die Gesundheitsreform beabsichtigt, einen weit reichenden Verlust ihres Mandates hinnehmen muss, treten die freien Verbände zum Schutz der Niedergelassenen und einer freiheitlichen Patientenversorgung ein.

Die Allianz versteht sich in Geschlossenheit als Interessensvertretung der Ärzteschaft und der Freiberuflerschaft und wird bei einem Wandel der Körperschaften zu allein staatsdienenden Behörden als Vertragspartner für die Ärzte auftreten.

Gegen Reformgesetz, für neue Initiativen der Internisten

Wachsender Druck von außen schmiedet zusammen. In ungewöhnlich großer Übereinstimmung billigte der erweiterte Vorstand des Berufsverbands Deutscher Internisten (BDI) auf seiner Sitzung am 28. Oktober in Wiesbaden den aktiven Kurs des Präsidiums, in diesen schwierigen Zeiten Terrain zu gewinnen.

Ohne Einwände stimmten die Delegierten, 75 Repräsentanten der BDI-Landesverbände, Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreise dem Plan des Präsidiums zu, einen persönlichen Brief von BDI-Präsident Dr. med. Wolfgang Wesiack und der Vizepräsidenten Dr. med. Wolf von Römer und Prof. Dr. med. Malte Ludwig an alle Bundestagsabgeordneten zu schicken (s. S. 3). Darin appellieren die drei Internisten aus Praxis und Krankenhaus

eindringlich an die Parlamentarier, gegen dieses Gesetz zu stimmen.

Gleichzeitig begrüßten die BDI-Vertreter die Einführung eines Bonus für Prävention durch den Gesetzgeber. Sie erklärten ihre Bereitschaft, bei einer wirklichen Reform, die diesen Namen auch verdient, aktiv mitzuarbeiten.

Internisten im Netz

Auf große Akzeptanz stieß das Vorhaben des BDI-Präsidiums, den Berufsstand durch den Auftritt im Internet unter der Adresse www.internisten-im-netz.de (liN) stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit zu rücken. Dieses völlig werbefreie Internet-Portal richtet sich in erster Linie an Patienten und ihre Angehörigen und bietet neben tagesaktuellen Meldungen ein umfangreiches Online-Lexikon wichtiger internistischer Er-

krankungen sowie speziellen Informationen zu medizinischen Problemen. Über ein Ärzte-/Klinik-Verzeichnis können Patienten rasch den Facharzt in ihrer Nähe finden. Die BDI-Mitglieder können eine eigene liN-Homepage ins Netz stellen, die beliebig viele Seiten umfassen kann. Bildbearbeitung ist im Service enthalten. Die Homepage-Adresse wird in alle wichtigen Internet-Suchmaschinen eingetragen. Wie BDI-Vizepräsident von Römer, der das Projekt betreut, erläutert, enthält die „Hauptseite“ alle wichtigen Stammdaten wie Anschrift, Kammerzugehörigkeit und Sprechzeiten. Die Folgeseiten sind flexibel und eignen sich zur Vorstellung des Leistungsspektrums bzw. der Praxisschwerpunkte etc. sowie des Praxis-Teams. Ein Stadtplan-Link mit der Lage der Praxis sowie rechtliche Aspekte (Link zur Kammer und Berufsordnung) werden

automatisch allen Homepages hinzugefügt. Start soll im April nächsten Jahres sein.

Ebenfalls im nächsten Jahr wird es erstmals vom 25. bis 27. Oktober 2007 den 1. Deutschen Internistentag in Berlin geben. Dieser beinhaltet ein innovatives Veranstaltungskonzept: Die Auseinandersetzung mit gesundheitspolitischen und berufspolitischen Themen, die Patientenversorgung sowie rechtliche und wirtschaftliche Fragestellungen und Möglichkeiten kennzeichnen die Premiere dieses Deutschen Internistentags. Veranstaltungsort wird das Estrel Convention Center in Berlin sein. Der BDI rechnet mit ca. 1000 Teilnehmern. Die BDI-Delegierten begrüßten dieses Projekt zur Darstellung des Berufsstands und ihrer Anliegen mit starkem Beifall.

KS

Prof. Günter Neubauer auf der BDI-Vorstandssitzung in Wiesbaden:

Der Bedarf wächst schneller als die Ressourcen

In allen Industriestaaten steht das Gesundheitswesen vor dem gleichen Problem: Der Bedarf der Bevölkerung wächst schneller als das, was an finanziellen Ressourcen zur Verfügung gestellt wird. Aus diesem Grunde, so der Münchner Gesundheitsökonom Prof. Günter Neubauer auf der Sitzung des erweiterten BDI-Vorstands Ende Oktober in Wiesbaden, wird es im Rhythmus der Reformen immer weiter gehen.

Der Gesundheitssektor ist ein klassischer Wachstumssektor, erklärte er: Der

Bedarf nach Gesundheitsleistungen wächst immer



Prof. Günter Neubauer, München

Foto: KS

stärker, „weil wir lang leben, gesund leben und gesund

sterben wollen.“ Für diesen Bedarf gibt es täglich neue Angebote und Versprechen. Die Bevölkerung ist bereit, dafür mehr zu bezahlen.

Allerdings kann man nur verteilen, was zuwächst, stellte Neubauer fest, aber bei 5 Millionen Arbeitslosen in Deutschland wächst nicht viel zu. Deshalb will die Reform die vorhandenen Mittel neu verteilen. Die Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft müssen auch auf das Gesundheitswesen angewandt werden, betonte er. Niedergelassene Ärzte haben auch Unternehmerfunktionen und müssen betriebswirtschaft-

lich denken. Der Bedarf der GKV-Patienten wächst in diesem Jahr um 2 bis 3%, und der Inflationsausgleich um 4%, aber das Inlandsprodukt wächst nur um 1,5%. Wenn BenQ Menschen entlässt oder wenn Siemens kein Weihnachtsgeld zahlt, dann schlägt sich das auch bei den Ärzten nieder.

Der Münchner Ökonom plädiert dafür, das Gesundheitswesen von der Abhängigkeit von den sozialversicherungspflichtigen Einkommen abzukoppeln. Steuermittel zur Finanzierung des Gesundheitswesens sind in seinen Augen ein „troja- ▶

nisches Pferd“, auf das man besser nicht setzen sollte. Beispiel Tabaksteuer: Erst habe der Staat 4,2 Milliarden Euro versprochen, jetzt nehme er sie wieder heraus, und in zehn Jahren sollen es angeblich 15 Milliarden werden.

Hauptursache: Schwäche des Arbeitsmarkts

Seit gut zehn Jahren haben wir in Deutschland die stille Rationierung. Angefangen hat es damit, dass durch das Beitragssatz-Stabilisierungsgesetz die Realität ausgekoppelt wurde. Man könnte es auch anders machen, sagte Neubauer in Wiesbaden. In allen anderen europäischen Ländern sei das Bruttoinlandsprodukt höher als in Deutschland. Die Ursache dafür ist die Schwäche unseres Arbeitsmarkts. Die jetzt anstehende Gesundheitsreform bezeichnete er als Kompensation für eine nicht stattfindende Arbeitsmarktpolitik. „Hätten wir 3% Wachstum, bräuchten wir keine Gesundheitsreform.“ Denkbar seien drei Antworten auf die Probleme: Kostendämpfung durch Budgetierung, mehr Effizienz durch Restrukturierung oder die Verbreiterung der Finanzierungsbasis. In diesem Reformgesetz sieht er alle drei Strategien vereint.

Gar nichts hält Neubauer von der Idee einer Einheitskasse: „Monopole sind Einfalt. Wir brauchen aber Vielfalt.“ Zu behaupten, wir hätten zu viele Krankenkassen, sei ein falsches Argument. Die Zahl der Kassen ist bereits jetzt gewaltig geschrumpft.

Für die Ärzte bleibt es bei der Budgetierung, solange die Zahl der Arbeitslosen so hoch bleibt, erläuterte der Ökonom. Die Ärzte haben jetzt keinen Punktwert-Verfall mehr, sondern eine Mengenrestriktion. Das ist für sie etwas günstiger als

vorher: Sie müssen nicht mehr arbeiten, ohne etwas zu bekommen, sondern können weniger arbeiten, bekommen aber auch nicht mehr.

Umstrukturierung ist notwendig. Deutschland hat das Problem, dass hier in einem Krankenhausbett dreimal soviel Patienten liegen wie in anderen Ländern. Einen Ansatz zur Lösung des Problems sieht Neubauer in der integrierten Versorgung. Bei der nächsten Reform wird es um die sogenannte doppelte Facharzt-Schiene gehen. Denkbar sind für ihn zwei Modelle: Im „best case“ würden alle Fachärzte ähnlich wie in den USA Belegärzte. Doch er glaubt, dass dieser Zug bei uns schon abgefahren ist. Im „worst case“ wären alle Fachärzte am Krankenhaus angestellt, wie etwa in Großbritannien. Die Medizinischen Versorgungszentren sieht er als den Weg dahin. Zwischen diesen beiden Extremen müssen geeignete Lösungen gefunden werden. Ein Verband wie der BDI ist nach Neubauers Worten geradezu dazu berufen, hier Lösungen anzubieten. „Wenn Sie keinen gemeinsamen Weg finden, werden Sie von der Politik auseinanderdividiert“, mahnte er die Delegierten in Wiesbaden.

Denkfehler, dass der Staat alles besser kann

Der geplante Gesundheitsfonds ist für Neubauer Ausdruck der deutschen Krankheit „Der Staat kann uns allen helfen.“ Durch den Fonds entsteht eine große nationale Krankenkasse und die regionalen Krankenkassen agieren nur noch als Versorgungsmanager. Der Beitragssatz wird dann einheitlich von der Politik festgelegt. „Die Vorstellung von mehr Staat und einheitlichem Beitragssatz stammt aus dem vorindus-

triellen Zeitalter“, kritisierte der Gesundheitsökonom. Für ihn gibt es nur eine wegweisende Antwort: Die Gesundheitskosten müssen von den Arbeitskosten abgekoppelt werden und die Krankenversicherungsbeiträge müssen aus dem Gesamteinkommen der Bürger finanziert werden.

Die PKV könnte ein Geschäftsfeld dazu gewinnen

Für den Leistungsumfang eines künftigen Gesundheitswesens schlägt Neubauer den Übergang zu einem 3-Schichten-Modell vor: 60% gehören in die Basisversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung, 30% werden über

freiwillige Zusatzversicherungen abgedeckt und 10% durch Selbstbehalte. Dafür müsse man den Leistungskatalog nicht zurückfahren; vielmehr sollten Innovationen nur noch über Zusatzversicherungen angeboten werden. Heute gebe es in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses und des IQWiG bereits zwei Institutionen, deren Aufgabe es sei, Innovationen aus dem Leistungskatalog der GKV herauszufiltern. Die PKV würde bei seinem Modell ein Geschäftsfeld hinzugewinnen, glaubt er, das größer ist als das, was sie verliert. „Der Weg wird dorthin gehen müssen, weil wir 20 Millionen Beitragszahler weniger haben werden.“

KS

Anzeige

SONORING®
Die Nummer 1 im Ultraschall

Jede Menge Gelegenheiten!
Noch bis zum 29.XII.2006 haben Sie die Chance

- auf **MEDICA-Schnäppchen**
- die **günstige MwSt. zu nutzen**

Besuchen sie uns bei einer unserer NACHMEDICA-Veranstaltungen*

*Weitere Informationen zu den NACHMEDICA-Veranstaltungen des SONORING finden Sie unter: www.sonoring.de

OFFIZIELLER PARTNER DES BDI

Infoline direkt zu Ihrer Sonotheke (€0,12/Min)
01805/117 117 www.sonoring.de

Vorspiel für 2009

Die Große Koalition hat sich sehr viel vorgenommen, zumindest in der Innenpolitik. Man hatte es zwar nicht ausgesprochen, aber alle wissen, dass Deutschland mit seinem Sozialstaat bereits kurz- und mittelfristig am Ende ist, kommt es nicht zu einem massiven wirtschaftlichen Aufschwung. Diese Erkenntnis hatte sich bereits bei Ex-Kanzler Gerhard Schröder durchgesetzt und ihn in Gegensatz zu seiner eigenen Partei gebracht.

Also beschlossen SPD und CDU/CSU ein Koalitionspapier, das an die guten Vorsätze an Silvester erinnert. Über eine Stärkung der Wirtschaftskraft und eine konsequente Neuordnung des Sozialstaates sollte es in Deutschland wieder aufwärts gehen. Wie immer

werden können, damit ihre Folgen bis zur nächsten Wahl wieder vergessen sind.

Die Umsetzung stand von Anfang an unter keinem guten Stern, weil die Interessenslagen der Koalitionäre diametral auseinander lagen. Die CDU versuchte, die Reste ihres liberalen, auf Eigenverantwortung des Bürgers setzenden Wahlprogramms zu retten, die SPD, für ihre Klientel den finanziell gescheiterten Wohlfahrtsstaat zu erhalten. So etwas kann auf die Dauer nicht gut gehen.

Also bestimmen die Taktik und der Formelkompromiss das politische Handeln. Hier ist die SPD der CDU bis jetzt eindeutig überlegen. Nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der Rentenminister Müntefering schon gleich das Kapitel

seitherigen Übung auch zu einer Rentenkürzung hätte kommen können, da die Netto-Löhne zu sinken drohten. Er hat ein Gesetz auf den Weg gebracht, das einfach Rentenkürzungen verbietet. Ansonsten darf auch an Hartz IV möglichst wenig gerüttelt werden; von Steuerentlastungen redet ohnehin keiner mehr.

Machterhalt als erstes Ziel

All das konnte gegen die CDU/CSU fast widerspruchlos durchgesetzt werden. Die Bundeskanzlerin erinnerte sich kaum noch an ihre alten Parteitagsbeschlüsse, ging und geht es ihr doch hauptsächlich um den eigenen Machterhalt, heißt das Amt der Bundeskanzlerin.

Heimliche Unterstützung für die SPD kam auch aus den

Bundesarbeitsministers Norbert Blüm antreten.

Bleibt als kriegsentscheidendes Schlachtfeld in der Koalition das Gesundheitswesen – ein Bereich, der dank Bürokratie mit einem undurchdringbaren Dschungel verglichen werden kann. Hier kennt sich außer Ulla Schmidt und Horst Seehofer ohnehin keiner mehr aus. Gesundheitspolitik ist zudem Gesellschaftspolitik par excellence; hier stehen Eigenverantwortung gegen den Wohlfahrtsstaat und Freiheit gegen den Sozialismus.

Das „Monster“ Gesundheitsfonds

Jedem war klar, dass unter solchen Bedingungen kein großer Wurf einer Gesundheitsreform möglich ist. Ergo bestimmt auch hier politisches Taktieren das Vorgehen. Was ist seither geschehen?

- Ein Monster Gesundheitsfonds wurde geboren, das nur der Gesichtswahrung der Koalitionäre dient ohne etwas ernsthaft zu verändern.
- Die zusätzliche Versicherungsprämie mit der 1%-Regelung komplettiert den bürokratischen Wahnsinn und wird zu allem Überfluss den Seehoferschen Wettbewerb über den Beitragssatz neu beleben, der die Qualität der Versorgung in Deutschland durch die Risikoselektion der Krankenkassen fast in den Ruin getrieben hat.
- Die Strukturen im Gesundheitssystem werden schleichend in die Richtung geändert, dass der Staat letzten Endes über alles bestimmt, aber für ein eventuelles Scheitern die Selbstverwaltung und die Leistungserbringer verantwortlich machen kann. ▶



Diametrale Interessenslagen der Koalitionsparteien – im Bild Abgeordnete der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

machte man sich schnell an die Arbeit in der Hoffnung, dass die bitteren Pillen einer solchen Reform dem Wahlvolk am Anfang einer Legislaturperiode verordnet

Altersversorgung mit einem Handstreich im Sinne seiner Partei abgeschlossen. Er hat die lohnbezogene Rente in dem Augenblick beendet, wo es nach der

eigenen Reihen der CDU. Der Ministerpräsident aus Nordrhein-Westfalen, Jürgen Rüttgers, entdeckte sein soziales Herz und möchte die Nachfolge des früheren

Kurzfristig umsetzbar sind diese Vorgaben wegen ihres bürokratischen Aufwandes ohnehin nicht, so lautet zumindest die letzte Erkenntnis aus der Großen Koalition. Der Zeitplan für die Reform sieht jetzt vor:

Der Gesundheitsfonds mit dem Anhängsel Versicherungsprämie kommt erst 2009.

Der dafür unerlässliche Risikostrukturausgleich bei 50 Krankheiten benötigt wahrscheinlich noch mehr Zeit, wenn man sich ausmalt, welche bürokratischen Vorgaben auch aus medizinischer Sicht zur Definition dieser Krankheitsbilder notwendig werden.

Fazit: Die Große Koalition wird zwar am Anfang ihrer Legislaturperiode entscheiden, umgesetzt wird das Ganze aber erst 2009 und später, also zum Zeit-

punkt der nächsten Bundestagswahl. Die SPD hat bei diesem taktischen Spiel mehr als eine Nasenlänge Vorsprung, weil sie weiß, dass die politische Zukunft der Kanzlerin auf Gedeih und Verderb vom Umsetzen dieser monströsen Reform abhängig ist.

Was haben wir zu erwarten? Ab 01. Januar 2007 steht Angela Merkel der Europäischen Union für sechs Monate vor, im zweiten Halbjahr 2007 übernimmt sie den G8-Gipfel. Während dieser Aufgaben hat die Kanzlerin Schonzeit, niemand wird sie aus außenpolitischen Gründen in Frage stellen. Das Schauspiel beginnt erst in 2008. In diesem Jahr wird nämlich in mehreren Bundesländern gewählt, wo CDU-Ministerpräsidenten regieren und Mehrheiten zu verteidigen haben.

Vom Ausgang dieser Wahlen wird abhängen, ob Angela

Merkel mit dem Klotz Gesundheitsreform am Bein in ihrer Partei eine zweite Chance als Kanzlerkandidatin in 2009 erhalten wird.

Die SPD baut schon jetzt ihre Position für 2009 konsequent aus. Liest man Zeitung, dann weiß man, dass der erfahrene Kämpfer Struck als Fraktionsvorsitzender die Vorhut der SPD-Truppe für den Wahlkampf 2009 übernommen hat.

Er demontiert die Kanzlerin, in dem er den Streit zwischen Angela Merkel und ihren Ministerpräsidenten fast täglich schürt.

Das ist gut für die SPD in den 2008 anstehenden Landtagswahlkämpfen und für die Ausgangsposition der SPD im Bundestagswahlkampf 2009.

Auf der ganzen Linie versagt

Für die Betroffenen im Ge-

sundheitswesen – gleichgültig, ob als Patient, Arzt, Krankenhaus oder Krankenkasse – ist dieses Szenario verheerend. Mit einem Menetekel einer missratenen Reform an der Wand werden die Beteiligten ihre Zeit mit Positionskämpfen verplempern.

Es setzt sich die Rechtsunsicherheit weiter fort, die auch kleine Entscheidungen im System bei den Betroffenen nahezu unmöglich machen. Wer will in einem solchen Umfeld bis zum Jahre 2009 noch vernünftige, d.h. mittel- oder langfristige Verträge schließen, die im Interesse der Versorgung der Versicherten und Patienten liegen? Niemand!

Tritt dieses Szenario ein, haben die Parteien der Großen Koalition unter Führung der CDU-Kanzlerin Merkel auf der ganzen Linie versagt.

HFS

Herbstgutachten zur Beurteilung der Wirtschaftslage

Staatliche Gängelung erstickt das Gesundheitswesen

Das Gutachten der Arbeitsgemeinschaft deutscher wirtschaftswissenschaftlicher Forschungsinstitute e. V. vom 17. Oktober 2006 geht weiterhin von einer wachsenden Weltkonjunktur aus, weist jedoch darauf hin, dass mit einer Abschwächung der Aufwärtsentwicklung zu rechnen ist. Nach Meinung der Institute kommt es vor allem in den USA, aber auch in Japan zu einer Dämpfung des Anstiegs, während der Euroraum noch deutlicher zunehmen wird. Dies dürfte aber für die Weltwirtschaftslage weit weniger bedeutsam sein als die Entwicklung in den USA und in Japan.

Hinzu kommt, dass der Euroraum in seiner Entwicklung durch Deutschland und

Italien ausgebremst wird. Zumindest ist im Jahr 2007 aufgrund der ordnungspolitischen Vorgaben mit Steuererhöhungen zu rechnen.

Mit hohen Zuwachsraten ist weiterhin in China und in den übrigen Schwellenländern, aber auch in Russland zu rechnen. Insgesamt muss

klargestellt werden, dass die Weltwirtschaftslage elementar von der Konjunktur in den USA abhängig ist, so dass Unsicherheitsfaktoren

Tabelle 3.1

Eckdaten der Prognose für Deutschland

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bruttoinlandsprodukt ¹ (Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %)	0,0	-0,2	1,2	0,9	2,3	1,4
Westdeutschland ^{2,3}	-0,1	-0,3	1,6	1,0	2,3	1,4
Ostdeutschland ³	1,1	1,0	1,9	-0,1	2,1	1,2
Erwerbstätige ⁴ (1 000 Personen)	39 096	38 724	38 875	38 823	39 026	39 265
Arbeitslose (1 000 Personen)	4 061	4 377	4 381	4 861	4 523	4 308
Arbeitslosenquote ⁵ (in %)	9,4	10,2	10,1	11,2	10,4	9,9
Verbraucherpreise ⁶ (Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %)	1,4	1,1	1,6	2,0	1,7	2,3
Lohnstückkosten ⁷ (Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %)	0,8	0,8	-0,4	-1,1	-1,2	0,1
Finanzierungssaldo des Staates ⁸						
in Mrd. Euro	-78,3	-87,0	-82,5	-72,6	-55,4	-32,9
in % des nominalen Bruttoinlandsprodukts	-3,7	-4,0	-3,7	-3,2	-2,4	-1,4
Leistungsbilanzsaldo (Mrd. Euro)	43,4	40,3	81,9	92,6	94,7	115,5

¹ In Preisen des Vorjahres.

² Einschließlich Berlin.

³ Rechenstand: Februar 2006; in Preisen des Vorjahres.

⁴ Im Inland.

⁵ Arbeitslose in % der inländischen Erwerbspersonen (Wohnortkonzept).

⁶ Verbraucherpreisindex (2000 = 100).

Quellen: Statistisches Bundesamt; Bundesagentur für Arbeit; Arbeitskreis VGR der Länder; Deutsche Bundesbank; 2006 und 2007: Prognose der Institute.

⁷ Im Inland entstandene Arbeitnehmerentgelte je Arbeitnehmer bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt in Preisen des Vorjahres je Erwerbstätigen.

⁸ In der Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 95).

primär in den USA gesucht werden müssen, wenn man die Validität der Prognose bewerten will.

Wirtschaft wächst langsamer

Im Euro-Raum wird mit einer Verlangsamung des Wirtschaftswachstums gerechnet. Insgesamt bestehen zum 01.01.2006 eine Arbeitslosenquote von 7,8 % und eine Inflationsrate von 1,8 %. Man rechnet mit einer weiteren Abnahme der Arbeitslosenquote. Problematisch ist hier die unterschiedliche Entwicklung der Haushaltsdefizite in den einzelnen Ländern der Euro-Zone. Während sich Portugal, Italien, Frankreich und Deutschland weiterhin massiv verschulden, sind Spanien, Belgien, Irland und Finnland Musterknaben. Großbritannien als Land außerhalb der Euro-Zone hat sein Wirtschaftswachstum wieder konsolidiert. (Siehe Tabelle 3.1.)

Die Handelsbilanz der Bundesrepublik Deutschland ist weiterhin positiv. Interessant ist hier die unterschiedliche Entwicklung in den unterschiedlichen Wirtschaftsregionen. Deutlich positiv ist die Handelsbilanz mit den Vereinigten Staaten von Amerika, positiv auch mit den 15 Ländern der Euro-Zone, deutlich abgeschwächt positiv gegenüber den neuen EU-Ländern. Eine positive Handelsbilanz besteht auch gegenüber den OPEC-Ländern. Negativ ist die Handelsbilanz insbesondere gegenüber China und Russland. Das Bruttoinlandsprodukt wird in der Abbildung 3.7 und die Erwerbstätigkeit in 3.8. dargestellt.

Hohe Arbeitslosenquote bleibt

Insbesondere für das deutsche Gesundheitswesen

ist die Entwicklung der Arbeitslosenquote und der Erwerbstätigen von besonderer Bedeutung, da die Finanzierung über Arbeit unverändert bestehen ge-

blieben ist. Die derzeitige Wirtschaftsentwicklung wird deshalb auch bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Verstärkung der Einnahmen führen. Diese hinkt

hinter der Verbesserung der Steuereinnahmen des Bundes erwartungsgemäß nach, da die Beschäftigung erst anspringen muss. Insgesamt fällen die Wirtschaftsinstitute aber ein eher negatives Urteil über die Bundesrepublik Deutschland und ihre Wirtschaftspolitik. Sie beklagen, dass eine konsequente Umsteuerung in der Großen Koalition nicht zustande gekommen ist und führen hier exemplarisch das Gesundheitswesen auf. Wir dürfen zitieren: „Ein Grund für dieses pessimistische Urteil ist, dass sich die Bundesregierung offenbar nicht zu einem Grundprinzip der Wirtschaftspolitik durchringen kann, nämlich die Eingriffe des Staates dort zurückzuführen, wo der Marktprozess bessere Lösungen liefert, und mehr Eigenverantwortung zuzulassen. Dies zeigt sich exemplarisch an der geplanten Gesundheitsreform. Das Gesundheitswesen ist in Deutschland zweifellos eine Wachstumsbranche. Nach wie vor wird von der Bundesregierung eine wesentliche Aufgabe des Staates darin gesehen, die Ausgaben der Privaten bürokratisch zu lenken und durch diverse Eingriffe wie die Deckelung der Ausgaben, die Fixierung von Preisen, zu begrenzen. Erforderlich wäre hier ein Systemwechsel, der es den Bürgern mehr als bisher überlässt, die Entscheidungen über Art und Umfang der Versicherung selbst zu fällen.“ Deutlicher kann man die Misere in Deutschland nicht ausdrücken. Die Wirtschaftsinstitute sind offensichtlich der Meinung, dass man vom Umverteilungsstaat zur Eigenverantwortung des einzelnen Bürgers kommen muss. Die jetzige Gesundheitsreform ist auch aus wirtschaftspolitischer Sicht ein Weg in die falsche Richtung.

Abbildung 3.7

Reales Bruttoinlandsprodukt Saison- und arbeitstäglich bereinigter Verlauf

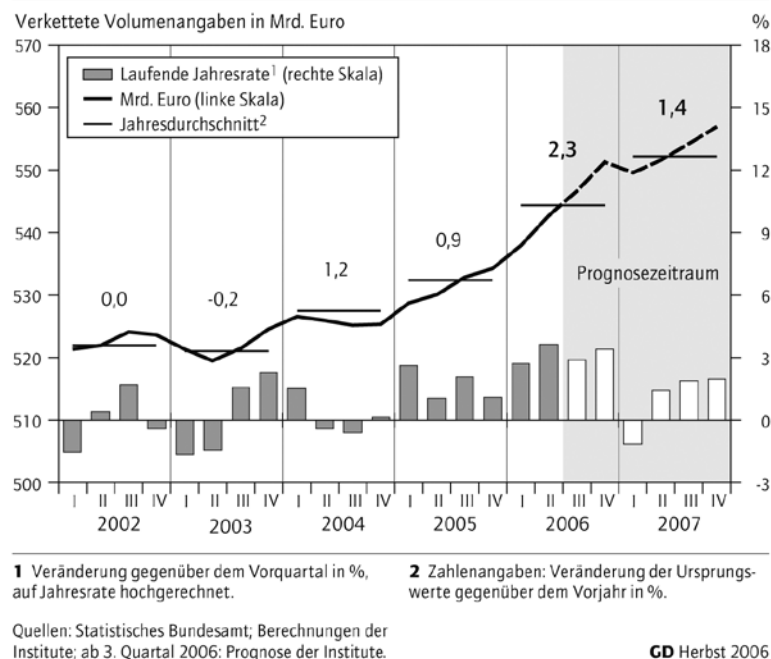
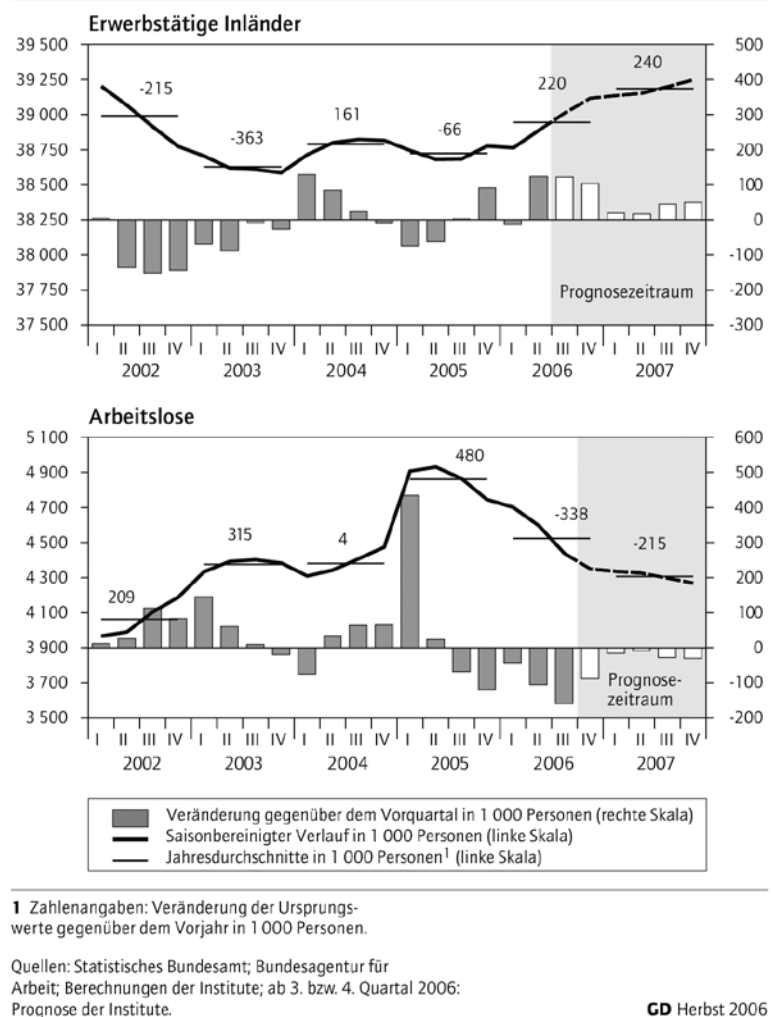


Abbildung 3.8

Erwerbstätige und Arbeitslose Saisonbereinigter Verlauf in 1 000 Personen



Koalition verbarrikadiert sich in einer Wagenburg

Von allen Seiten der Großen Koalition wird zurzeit Klage über die Kommunikation mit dem Bürger geführt. Man fühlt sich in den politischen Ambitionen und den auf den Weg gebrachten Gesetzen völlig unverstanden. Die Schuld sieht man aber nicht bei sich, sondern bei den Verbänden und Interessensgruppen, denen man vorwirft, dass sie ihre Mitglieder, sprich den Bürger, nicht ausreichend über die wahren Ziele dieser Bundesregierung informiert. Diese Bundesregierung scheint sich zunehmend vom eigenen Wähler missverstanden zu fühlen.

Anstatt darüber nachzudenken, wie man durch eine vernünftige Informationspolitik, aber auch durch einen anderen politischen Ansatz das Vertrauen des Wählers wieder zurückgewinnen kann, bildet man eine Wagenburg.

Koalition befinden, sind als Feinde anzusehen.

Diese für die Politik fatale Entwicklung hat eine eindeutige Ursache. Der Bürger hat nämlich inzwischen bemerkt, dass mit der Politik dieser Regierung und ihrem Auftreten etwas nicht stimmt. Typisches Beispiel ist die Gesundheitsreform. Die Überschrift „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ ist ein reiner Etikettenschwindel. Da ist gar kein Wettbewerb drin, sondern das genaue Gegenteil: Staatsmedizin mit Regulierung und Entmündigung der Betroffenen, nämlich des Bürgers.

Man darf den Wähler nicht unterschätzen. Auch wenn die meisten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland außer der Überschrift von diesem Gesetz nichts gelesen haben, so spüren sie doch aufgrund der ihnen zugänglichen Informationen, dass man hier etwas ganz anderes meint, als in der

die CDU – bezüglich der Gesundheitspolitik hat sie in ihren Grundsatzbeschlüssen in Leipzig den Mund ziemlich voll genommen. Der Patient sollte mit der eigenen Entscheidung in den Mittelpunkt gerückt werden. Pseudostaatliche Systeme wie die Bürgerversicherung wurden konsequent abgelehnt. Nicht der Patient sollte von den Kostenträgern gelenkt werden, sondern der Patient und Versicherte sollte sich im System frei bewegen. Man hatte einen echten Wettbewerb im Sinn.

Reglementierung lautet die Devise

Was hat aber diese Große Koalition unter Führung einer CDU-Bundeskanzlerin beschlossen? Ein reines Haushaltssicherungsgesetz ist aus der Gesundheitsreform geworden. Reglementierung heißt die Devise, statt Freiheit und Wettbewerb. Um dies durchzusetzen, hat man die bürokratischen Vorgaben nochmals verschärft, sozusagen ohne Rücksicht auf Verluste. Bürokratie kostet nämlich Geld – Finanzen, die der Versorgung der Patienten entzogen werden.

Im Klartext heißt dies: Dem System steht in Zukunft weniger Geld zur Verfügung. Es muss weiter rationiert werden. Auch wenn die Finanzierung des Gesundheitswesens über den Gesundheitsfonds erst im Jahre 2009 beginnen soll, so müssen die Krankenkassen bereits jetzt dafür sorgen, ihre Kosten zu reduzieren, damit man sich in dem System noch zurecht findet und mit dem zugewiesenen Geld des Gesundheitsfonds auch auskommt. Dass hier insbesondere die Versorgerkassen in die Zange genommen werden, hat sich inzwischen herumgesprochen.

Dies bedeutet, dass Verträge über eine Verbesserung der Qualität, die langfristig angelegt sind, auf ihre kurzfristigen Einsparpotentiale überprüft werden. Bringen sie diese nicht, stehen sie zur Disposition. Wir müssen deshalb davon ausgehen, dass kluge und langfristig disponierte IV-Verträge bezüglich Diabetes und Herzkrankheiten dieser kurzfristigen Finanzdenke zum Opfer fallen. Es wird in Zukunft auch bei der Integrationsversorgung nur noch sozusagen „IV-Light“ geben. Weniger Geld für mehr Leistung, lautet die Devise.

Wir müssen davon ausgehen, dass das System der GKV finanziell ausgeblutet wird. Der medizinische Fortschritt wird nicht mehr abgebildet werden können, so dass es selbst bei gleich bleibenden Finanzen mit einem relativen Rückschritt der Versorgung zu rechnen ist. Es muss noch mehr rationiert werden.

Leistungserbringer in der Zwickmühle

Entsprechend den gesetzlichen Voraussetzungen dürfen dies auch in Zukunft die Leistungserbringer übernehmen. Diese, sei es Vertragsarzt oder Krankenhaus, haben die Rationierung schon in der Vergangenheit schweigend akzeptiert. Die Patienten machen deshalb zunehmend den Arzt und das Krankenhaus, aber nicht den Gesetzgeber für die knapper werdenden Leistungen verantwortlich. Aus rein ökonomischen Gründen wird zum Beispiel das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient empfindlich in Frage gestellt. Die bereits jetzt bestehende heimliche Rationierung wird durch die Vorgaben für das Jahr ▶



Gestörte Kommunikation – im Bild der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion Wolfgang Zöllner (CSU)

Man schränkt den eigenen Horizont ein, reduziert die eigene Wahrnehmung und verliert den Realitätssinn. Die Schuld wird grundsätzlich bei anderen gesucht. Die Zahl der Gegner nimmt zu. Alle, die sich außerhalb der Wagenburg der Großen

Überschrift geschrieben steht. Erfahrungsgemäß lässt sich der Bürger nicht auf Dauer veralbern und wird den betroffenen Politikern bei der nächsten Wahl die Quittung ausstellen.

Besonders betroffen ist hier

2009 in 2007 und 2008 noch an Fahrt gewinnen.

Es ist kaum noch vorstellbar, dass dies von den Leistungserbringern schweigend, d. h. ohne Information

der betroffenen Patienten, hingenommen wird. Man kann nur hoffen, dass alle im System verbliebenen Leistungserbringer – sei es der Arzt oder das Krankenhaus – in Zukunft gegenüber

den Patienten offen legen, wer diese Verknappung der Gesundheitsleistung zu verantworten hat: nämlich die Politik.

Informieren Sie als Arzt in

Zukunft schonungslos die Patienten über die Folgen der Politik. Eine Solidarisierung zwischen Patienten und Ärzten ist dringend notwendig.

HFS

Rabattverträge zwischen Kassen und Pharmafirmen

Das Ende der Richtgrößenprüfung?

Je mehr Rabattverträge abgeschlossen werden und je größer das betroffene Finanzvolumen bei der Arzneimittelversorgung ist, desto weniger lassen sich valide Richtgrößenprüfungen umsetzen.

Die für den Vertragsarzt prekäre Situation bei der Arzneimittelverordnung ist sattsam bekannt. Da man die Arzneimittel-Industrie nicht wie eine Kassenärztliche Vereinigung in ein Budget pressen kann, sucht man eine Institution, die die Gelder für die Arzneimittel zu verwalten hat. Hier steht schon seit Jahren per Gesetz die Kassenärztliche Vereinigung in der Pflicht. Während man es am Anfang bei einer Kontrolle der Arzneimittelvorgaben und Budgets belassen hat, führte man später die berühmtesten Richtgrößen zusätzlich ein, damit man auf den einzelnen Arzt auch ordentlich Druck ausüben kann.

So muss der heutige Vertragsarzt dafür sorgen, dass er sich permanent über die Preissituation auf dem Pharmamarkt informiert, damit er auch die preisgünstigsten Medikamente verordnen kann. Je nach Vertragsgestaltung in seiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch als Vorbereitung für seine Richtgrößenprüfung muss er versuchen, die preisgünstigsten Medikamente bei seiner Verordnung aufzuschreiben. Dieses Wirt-

schaftlichkeitsgebot setzt für den Vertragsarzt aber voraus, dass er über die Preise informiert ist, die die Krankenkasse für die verordneten Medikamente bezahlen muss.

Seither ließ sich das zwar mühselig, aber immer noch eindeutig regeln, da man die Apothekenpreise zugrunde legen konnte. Diese Verwaltungsfunktion haben die Vertragsärzte in Deutschland

Stärkung des Wettbewerbes auch wirklich verdient. Wir alle wissen zwar, dass bei genauer Durchsicht vom Wettbewerb – insbesondere was Krankenkassen und Vertragsärzte betrifft – nicht mehr viel übrig bleibt und wir uns in Richtung Staatsmedizin bewegen, aber in einem Punkt hat sie sich an ein Wettbewerbs-element erinnert, das sie unbedingt einführen will: Es handelt sich um Rabatte



knurrend angenommen; sie ist Bestandteil des überbordenden bürokratischen Aufwandes. Alle haben sich an diesen Missstand gewöhnt, der bei vielen Patienten den verordneten Arzt als Sparkommissar der Krankenkasse erscheinen lässt. In der Arzneimittelversorgung kommt der Vertragsarzt deshalb als „Rationierer vom Dienst“ beim Patienten an.

Ulla Schmidt wird nicht müde, uns darzustellen, dass ihre Gesundheitsreform die Überschrift zur

bei der Arzneimittelversorgung. Solche Rabattverträge können Krankenkassen mit der Arzneimittel-Industrie abschließen.

Wie hoch ist der Rabatt?

Wie immer bei solchen Privat-Verträgen bleibt das Wesentliche im Dunkeln. Wie hoch ist der ausgehandelte Rabatt ausgefallen, wie viel bezahlt letzten Endes die Krankenkasse für ein bestimmtes Medikament?

Im Gemeinsamen Bundes-

ausschuss sind die Rabattverträge erstmals in die Diskussion gekommen. Wie bereits berichtet, versucht die Industrie den Beschluss des Bundesausschusses über Analoginsuline dadurch zu unterlaufen, dass sie Rabattverträge mit Krankenkassen abschließt. Es ist anzunehmen, dass hier die Preise der Humaninsuline in etwa erreicht werden. Die Krankenkassen und die betroffenen Arzneimittel-firmen stellen zumindest in der Öffentlichkeit klar, dass ihre Versicherten wieder mit den Analoginsulinen versorgt werden können und dass ein Umsetzen auf Humaninsuline nicht mehr erforderlich ist.

So weit, so gut. Im Bundesausschuss ist in der Diskussion aber klar geworden, dass der Vertragsarzt seinen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen kann, bei der Verordnung das preisgünstigste Medikament zu verwenden, da ihm bei den Analoginsulinen mit Rabattverträgen die Preisgestaltung der Krankenkasse nicht bekannt ist. Wie will der Vertragsarzt in Zukunft bei den Insulinen und – diese machen bei den Rabattverträgen mit Sicherheit nur den Anfang –, noch wissen, ob er entsprechend seiner gesetzlichen Verpflichtung das preisgünstigste Medikament verordnet hat? Schickt er den Patienten mit einem Privatrezept zur Krankenkasse, um dort überprüfen zu lassen, wie ▶

die finanziellen Verhältnisse bei der Verordnung nach der Rabattierung angelegt sind? Ruft er eventuell rund um die Uhr beim zuständigen Mitarbeiter der Krankenkasse an, um sich nach dem jeweiligen Stand des Rabattvertrages, etwa auch über die Laufzeit zu informieren?

Das Einfachste wäre, die Krankenkassen würden ihre Rabattverträge offen legen, möglichst im Internet, damit der Vertragsarzt sich über die Preisgestaltung wie seither bei den Apothekenpreisen informieren kann. Dies geschieht natürlich nicht, da es

sich quasi um Privatverträge zwischen einer Krankenkasse und einer Arzneimittel-firma handelt, deren Bedingungen man tunlichst nicht offen legen will.

Diese neue Situation hat zu der Kontroverse im Gemeinsamen Bundesausschuss geführt. Die Ärzte haben klargestellt, dass der Vertragsarzt seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen kann, das preisgünstigste Medikament zu verordnen, wenn die Krankenkasse ihn nicht über den Inhalt der Rabattverträge informiert.

Stellt sich die Frage, was für Frau Schmidt wichtiger ist: die Kosteneinsparung durch Rabattverträge oder das Umsetzen einer Richtgrößenprüfung.

Eines sollte den Krankenkassen, der Politik, aber auch den Sozialgerichten nach diesem Streit klar sein: Je mehr Rabattverträge abgeschlossen werden und je größer das betroffene Finanzvolumen bei der Arzneimittelversorgung ist, desto weniger lassen sich bei den Vertragsärzten noch valide Richtgrößenprüfungen umsetzen. Für die ist es nämlich von ent-

scheidender Bedeutung, dass die Krankenkassen die entstandenen Kosten auch tatsächlich im Einzelverfahren abliefern. Dies dürfte ihnen bei diesem Wirrwarr der Ordnungspolitik kaum mehr möglich sein.

Seien wir deshalb als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Frau Schmidt dankbar, dass sie auf den Gedanken der Rabattierung gekommen ist. Hat sie doch damit die Wirtschaftlichkeitsprüfung über die Richtgrößen faktisch durch die Hintertür abgeschafft.

HFS

Gastbeitrag von Prof. Dr. med. Thomas Meinertz, Hamburg

Wie praktikabel sind die Leitlinien zum Vorhofflimmern?

Im August 2006 wurden die gemeinsamen Leitlinien (ACC, AHA, ESC) für die Behandlung von Vorhofflimmern publiziert. Sie ersetzen ältere Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften. Inhalt der Empfehlungen ist sowohl die antithrombotische als auch die antiarrhythmische Therapie. Im folgenden kommentiert Professor Thomas Meinertz aus Hamburg einige „Neuerungen“ dieser Leitlinien zur antiarrhythmischen Therapie.

Eine Kommentierung der neuen gemeinsamen Leitlinien von ACC, AHA und ESC ist nötig, da die Vorschläge dieser Publikation vielfach nicht mit der derzeitigen therapeutischen Praxis übereinstimmen. Dieser Kommentar soll kein Ersatz für eine noch ausstehende offizielle Stellungnahme durch die entsprechenden Organe der DGK sein.

Im Vergleich zu früheren Leitlinien fällt positiv auf,

dass die neuen internationalen Leitlinien zum Vorhofflimmern erheblich konkreter zur Therapie Stellung nehmen. Dies auch dann, wenn die Empfehlungen nur aufgrund eines Evidenzlevels C (Expertenmeinung) gegeben werden. Negativ fällt auf, dass der Inhalt der für den Praxisgebrauch gegebenen Leitlinien (Empfehlungen) sich nicht immer mit dem Kommentar und dem „Kleingeschriebenen“ der Leitlinien deckt. Eine Bewertung der Empfehlungen kann erst dann erfolgen, wenn man auch den kleingeschriebenen, umfangreichen und detaillierten Text liest. Einige der Empfehlungen kann man aufgrund dieses Textes kaum nachvollziehen. Nachfolgend verkürzt, aber sinngemäß einige der neuen Empfehlungen mit entsprechendem Kommentar:

Empfehlung: Herzfrequenzkontrolle bei Vorhofflimmern

- Bei paroxysmalem Vorhofflimmern keine alleinige

Gabe von Digitalis zur Kontrolle der Kammerfrequenz.

- Katheterablation des AV-Knotens nur noch bei „therapierefraktärer“ rascher AV-Überleitung (also in Ausnahmefällen).
- Keine Senkung der Kammerfrequenz bei dekompensierter Herzinsuffizienz durch Calciumantagonisten vom Verapamil- oder Diltiazemtyp.

Kommentar Prof. Meinertz:

Im Grunde sind dies selbstverständliche und vernünftige Empfehlungen (allerdings Evidenzlevel meist C, d. h. Expertenmeinung), die Leitlinien bringen es jedoch zum ersten Mal richtig auf den Punkt und geben praktische Empfehlungen für die Therapie.

Empfehlung: Medikamentöse Kardioversion

- Substanzen der Wahl sind Flecainid und Propafenon, Ibutilide und Dofetilide (in den Leitlinien erwähnt, steht

in Deutschland nicht zur Verfügung).

- Eine vernünftige weitere Option ist nach den Leitlinien Amiodaron.
- Zur Beendigung eines Anfalls von Vorhofflimmern außerhalb des Krankenhauses wird die „pill-in-the-pocket“ als Therapiemöglichkeit angeboten.

Kommentar Prof. Meinertz:

Die „pill-in-the-pocket“-Therapie wird mit einem Empfehlungsgrad II A und einem Evidenzlevel C bewertet. Sie kann nach den Leitlinien nur bei den Patienten zur Anwendung kommen, bei denen keine strukturelle Herzkrankheit und keine Zeichen einer Sinusknotenfunktionsstörung, AV-Überleitung oder Schenkelblockbild vorliegen. Außerdem – natürlich – kein QT- oder Brugada-Syndrom. Vor Einleitung dieser Therapie sollte zur Vermeidung einer raschen AV-Überleitung beim ▶

Eintritt von Vorhofflattern ein Betarezeptorenblocker oder Nichtdihydropyridin-Calciumantagonist verabreicht werden – so die Leitlinien.

Diese Therapie sollte außerdem beim Einzelpatienten zunächst bezüglich Effizienz und Sicherheit im Krankenhaus erprobt werden, bevor sie als Selbsttherapie praktiziert wird. Als alleinige Antiarrhythmika werden Propafenon (450 – 600 mg) und Flecainid (200 – 300 mg) als Einzeldosis empfohlen. Trotz der limitierten Datenlage (Evidenzlevel C) wurde diese Therapiestrategie erstmals in international gültige Leitlinien aufgenommen. Eine mutige Entscheidung, da Erfahrungen in der Langzeitpraxis die

ser Therapie bei großen Patientenzahlen bis heute nicht vorliegen.

Empfehlung: Erhalt von Sinusrhythmus

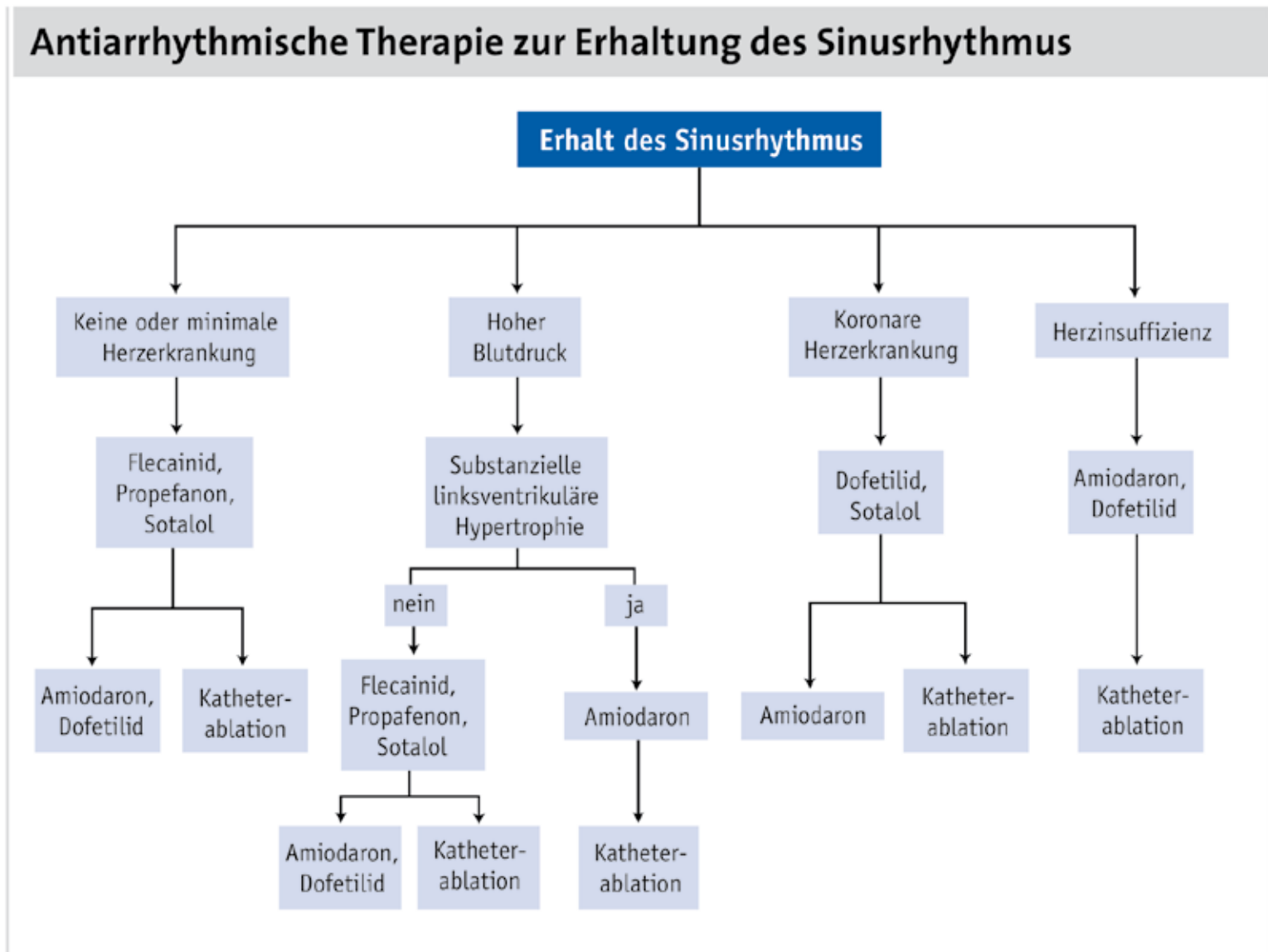
- Eine Übersicht gestattet das in der Abbildung dargestellte Schema. Die Therapiestrategie wird wesentlich von der zugrunde liegenden Herzkrankheit und der linksventrikulären Funktion bestimmt:
- Eine medikamentöse Therapie zum Erhalt von Sinusrhythmus kann von Nutzen sein und das Auftreten einer Tachykardie-induzierten Kardiomyopathie verhindern.
- Seltene, gut tolerierte Anfälle von Vorhofflimmern sind durchaus ein sinnvolles Therapieziel – wenn sich völlige Anfallsfreiheit durch

eine antiarrhythmische Therapie nicht erreichen lässt -

Kommentar Prof. Meinertz:

- Erstaunlich ist der im Vergleich zu Flecainid und Propafenon „gleichwertige“ Einsatz von Sotalol. Dies gilt sowohl für Patienten ohne als auch mit minimaler struktureller Herzkrankheit. Sogar eine Einleitung der Sotaloltherapie unter ambulanten Bedingungen wird bei Einhaltung bestimmter Vorsichtsmaßnahmen erlaubt (Kontrolle der Elektrolyte, des QT-Intervalls).
- Ebenso erstaunlich ist die Tatsache, dass Sotalol bei koronarer Herzkrankheit die erste Therapieoption darstellt.

- Bemerkenswert ist die Beschränkung auf wenige Antiarrhythmika. Dofetilid steht in Deutschland nicht zur Verfügung, Klasse-1-A-Antiarrhythmika fehlen in der Empfehlung völlig. Im Text werden Chinidin und Disopyramid erwähnt. Wenn diese überhaupt noch eingesetzt werden (keine ausgesprochene Therapieempfehlung) soll die Einleitung der Therapie nur unter stationären Bedingungen erfolgen.
- Nicht unerwartet – da von früheren ACC/AHA-Leitlinien bekannt –, ist die Differenzierung der antiarrhythmischen Therapie in der Patientengruppe mit linksventrikulärer Hypertrophie. Bei ausgeprägter linksventrikulärer Hypertrophie ist nach den neuen



Antiarrhythmische Medikation zur Aufrechterhaltung des Sinusrhythmus bei Patienten mit wiederholtem paroxysmalem Vorhofflimmern oder persistierendem Vorhofflimmern.

Leitlinien praktisch nur noch Amiodaron möglich, im anderen Falle Flecainid, Propafenon oder Sotalol. Aus meiner Sicht ist allerdings die Begründung für diese Differenzierung in Abhängigkeit vom Grad der Linksherzhypertrophie wenig überzeugend (siehe begleitenden Text der Leitlinien).

nur eine geringe Vergrößerung des linken Vorhofs haben (Empfehlungsgrad II A, Evidenzlevel C).

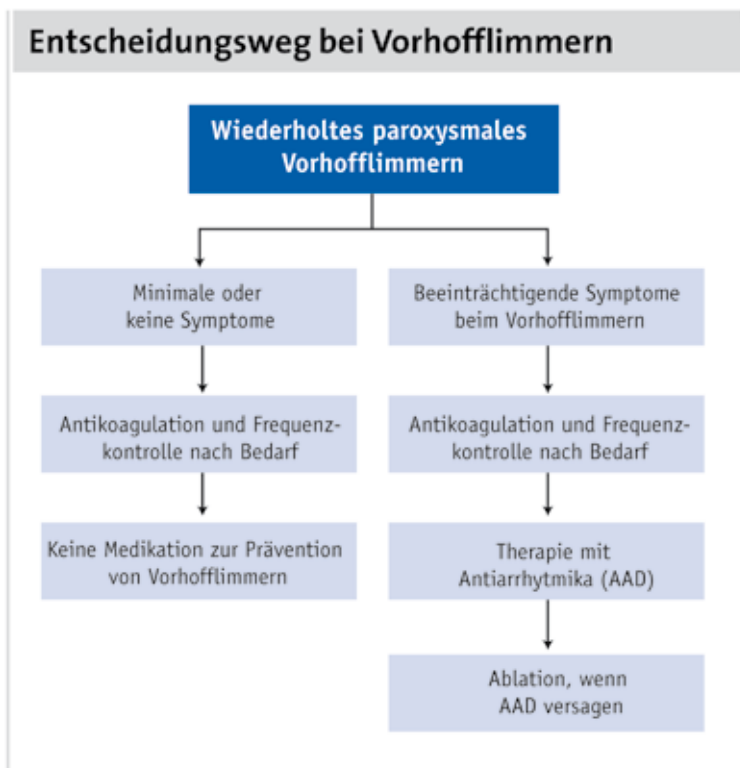
Kommentar Prof. Meinertz:

- Diese zumindest nach den Empfehlungen großzügige Indikationsstellung erstaunt. Sie wird in

text dargestellt. Hier wird deutlich, dass es bisher weder generell noch für die verschiedenen Formen des Vorhofflimmerns ein völlig einheitliches Verfahren zur kurativen Katheterablation gibt. Ebenso deutlich geht aus diesem Begleittext hervor, dass die Langzeiterfolge dieser Therapie außerordentlich unterschiedlich beurteilt werden. Im Teilkapitel (Future directions in catheter based therapy in atrial fibrillation) wird weiterhin deutlich, wie unzureichend die bisherige Datenlage zum routinemäßigen Einsatz dieser Therapie ist und welche weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen notwendig sind, um diese Therapie allen genannten Patientengruppen zu etablieren. Nach dieser kritischen Darstellung im Kleingedruckten ist man zumindest über die großzügige Empfehlung zum Einsatz dieses Verfahrens überrascht. Sicher wäre es sinnvoll gewesen, zum jetzigen Zeitpunkt zwischen der heute etablierten Indikation (paroxysmales Vorhofflimmern oder kurzdauerndes persistierendes Vorhofflimmern) bei Patienten mit ausgeprägter Symptomatik ohne oder mit minimaler struktureller Herzkrankheit und solchen mit heute experimenteller Indikation zu unterscheiden. Zu letzteren gehören Patienten mit permanentem Vorhofflimmern, Vorhofflimmern bei schwerer struktureller Herzkrankheit (Vorhofflimmern bei Herzinsuffizienz und andere).

- Natürlich gibt es keine harten Daten zur Mindestzahl an Prozeduren, die in einem elektrophysiologischen Labor zur kurativen Ablation von Vorhofflimmern durchgeführt werden müssen, um eine möglichst niedrige Komplikationsrate und hohe

Erfolgsrate zu erreichen. Hierzu fehlen auch Angaben im kleingedruckten Text. Es ist jedoch – zum heutigen Zeitpunkt – gut begründbar und plausibel, dass diese Verfahren nur in den Zentren durchgeführt werden sollten, die über eine entsprechende Erfahrung verfügen (z. B. mehr als 100 dieser Eingriffe pro Jahr). Außerdem sollte bei der experimentellen Indikation dieser Eingriff nur innerhalb von wissenschaftlichen Projekten oder Studien durchgeführt werden. Dies wird meines Erachtens in den Leitlinien nicht genügend deutlich gemacht und kommt in den Empfehlungen überhaupt nicht zum Ausdruck. Es ist zu hoffen, dass die Leitlinien zur antiarrhythmischen Therapie von Vorhofflimmern, die insgesamt sicher einen Fortschritt darstellen, nicht zu einer unkritischen Anwendung der kurativen Katheterablation führen.



Pharmakologisches und therapeutisches Management von Patienten mit wiederholtem paroxysmalem Vorhofflimmern

- Unklar bleibt die Rolle des Betarezeptorenblockers. Während bei der „pill-in-the-pocket“-Therapie auf den Sinn der Vorbehandlung mit einem Betarezeptorenblocker hingewiesen wird, fehlen vergleichbare Hinweise zur begleitenden Therapie in den Empfehlungen, lediglich im kleingedruckten Text wird diese Therapie erwähnt.

Empfehlung: Kurative Katheterablation

• Die „kurative“ Katheterablation ist eine vernünftige Alternative zur Pharmakotherapie um wiederauftretendes Vorhofflimmern bei symptomatischen Patienten zu verhindern, die keine oder

den eigentlichen Empfehlungen ebenso propagiert, wie in der schematischen Abbildung zur Therapiestrategie. Man hat den Eindruck, dass die kurative Katheterablation als etabliertes Therapieverfahren für alle vier Patientengruppen (Abbildung) empfohlen wird. Hier wird zwischen paroxysmalem Vorhofflimmern, persistierendem Vorhofflimmern und permanentem Vorhofflimmern ebenso wenig differenziert wie zwischen Patienten mit und ohne organische Herzkrankheit und solchen mit und ohne Herzinsuffizienz.

- Die Probleme der endgültigen Bewertung dieser Therapie werden nur im kleingedruckten Begleit-



Foto: Bischoff

Prof. Dr. Thomas Meinertz
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Medizinische Klinik III,
Kardiologie und Angiologie
Martinistr. 52
20246 Hamburg,
E-Mail: meinertz@uke.uni-hamburg.de

in: Cardio News, 10/2006

Arzneimittel-Atlas kontra Arzneiverordnungs-Report 2006

Der alljährliche Arzneiverordnungs-Report (AVR) von Prof. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath behauptet auch in diesem Jahr, dass Ärzte zuviel verordnen und ca. 3,5 Milliarden Euro eingespart werden könnten. Dieser Zahl widerspricht der neue, erstmals veröffentlichte Arzneimittel-Atlas des IGES-Instituts in Berlin.

Die Autorengruppe des AVR 2006 muss sich diesmal kritische Fragen gefallen lassen. Ihre These der vergangenen Jahre, dass die gesetzliche Krankenversicherung unnötige Milliardenausgaben hatte, weil die Ärzte teure Analogpräparate verordneten, fußt auf der so genannten „Strukturkomponente“, die beschreibt, inwieweit sich Veränderungen in den Arzneimittelausgaben auf ein verändertes Ordnungsverhalten der Ärzte zurückführen lassen. Die Berechnung der Strukturkomponente im AVR, so die IGES-Analysten, wies aber offenbar über Jahre methodische Fehler auf: So wurden Verschiebungen zu größeren Packungen in den Verordnungen nicht als Einsparungen, sondern als Mehrumsatz missdeutet. Vor allem aber wurde die Strukturkomponente künstlich aufgebläht.

Der Arzneimittel-Atlas basiert darauf, dass Ausgabenveränderungen im Arzneimittelmarkt, anders als im AVR, getrennt nach Krankheitsgebieten betrachtet werden. Außerdem wird, ebenfalls anders als im AVR, der Beitrag von medizinischen, epidemiologischen und wirtschaftlichen Faktoren zu den jährlichen Ausgabenveränderungen bestimmt. Im Ergebnis zeigt sich dabei, dass die Ausgabenentwick-

lung primär durch epidemiologische Faktoren, durch Kompensation von Unterversorgung und Nachholeffekte in der Versorgung bestimmt ist. Der Arzneimittel-Atlas belegt, dass Mehrausgaben im Arzneimittelbereich der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie durch eine verbesserte Versorgung von schwer- und schwerstkranken Patienten bedingt sind. Dabei sind die Ärzte schon weitgehend den Appellen zur Substitution niedrigpreisiger Alternativen innerhalb derselben Wirkstoffgruppe gefolgt. Zudem verschreiben sie, wie es von ihnen gefordert wird, immer weniger Präparate mit umstrittener Wirkung. Mehrumsätze durch den Einsatz höherpreisiger Medikamente folgen ganz überwiegend medizinischen Empfehlungen.

Die süddeutschen Bundesländer Bayern und Baden-Württemberg sowie Hessen haben nicht nur in Bildung und Wirtschaft die Nase vorne, so IGES-Chef Prof. Bertram Häussler: Sie haben – ganz im Sinne der Gesundheitspolitik – auch bundesweit die geringsten Ausgaben für Arzneimittel. Im Gegensatz dazu die neuen Bundesländer: Diese sind in Bezug auf die Ausgaben allesamt in der Spitzengruppe zu finden. Gaben bayerische Krankenkassen im Jahr 2005 rund 339 Euro je Versichertem für Medikamente aus, waren es in Mecklenburg-Vorpommern oder in Sachsen-Anhalt mehr als ein Viertel mehr.

Mehr Wirtschaftskraft, mehr Gesundheit

„Je höher das Bruttoinlandsprodukt, desto geringer sind die Arzneimittelausgaben eines Bundeslandes. Mehr

Wirtschaftskraft bedeutet mehr Reichtum und Wohlstand und damit mehr Gesundheit“, erläutert Häussler. Bayern und Baden-Württemberg standen im Jahr 2005 mit ca. 32 400 bzw. ca. 30 800 Euro nicht nur in Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner an der Spitze der Bundesländer, sondern auch in Bezug auf die Lebenserwartung. Diese betrug bei neugeborenen Mädchen in den Jahren 2002/2004 in Bayern 81,9 und in Baden-Württemberg

82,6 Jahre. Im Bundesdurchschnitt betrug das BIP 27 200 Euro, die Lebenserwartung neugeborener Mädchen lag bei 81,6 Jahren. Das Saarland bildete mit 80,4 Jahren das Schlusslicht.

KS

Ulrich Schwabe; Dieter Paffrath
(Hrsg.): Arzneiverordnungs-
Report 2006.
1156 S., 83 Abb., 223 Tab.
Broschiert, EUR 36,95;
Springer Verlag, Heidelberg 2007

Der Arzneimittel-Atlas 2006 wird
voraussichtlich ab Dezember im
Buchhandel erhältlich sein

Honorarpolitik in Sachsen

Es muss endlich etwas geschehen, aber es darf nichts passieren

Nach Einführung des EBM 2000plus waren sich alle Vertragsärzte in Deutschland einig, dass der Leistungsumfang in der ambulanten Versorgung ohne die kalkulierten 5,11 Cent nicht gehalten werden kann. Von allen wurde zu Recht beklagt, dass bei gleicher Finanzierung der ambulanten Versorgung und den zu niedrigen Punktwerten etwa 30 % der Leistungen der Vertragsärzte nicht mehr vergütet würden.

Mit Hilfe der Honorarverteilungsverträge, vorneweg dem Regelleistungsvolumen, gab man den Ärzten eine kleine Möglichkeit, ihre Leistungen so zu steuern, dass für Ihre Praxis das Geld wieder reicht.

Die Sachsen haben die politischen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung offensichtlich ernst genommen und teilweise

ihre Fallzahlen über 20 % reduziert.

Dr. med. Klaus Heckemann, KV-Vorsitzender vor Ort, ist darüber entsetzt und will den betroffenen KV-Mitgliedern, die konsequent gehandelt haben, die Regelleistungsvolumen kürzen, um die Ärzte zu zwingen, wieder mehr Patienten zu behandeln.

Heckemann geht nach dem alten KV-Prinzip vor: Es muss etwas geschehen, aber es darf doch nichts passieren. Wahrscheinlich hat er gedacht, dass wie in der Vergangenheit – trotz allen Sprüchen – alles beim Alten bleibt. Wenn es noch eines Beweises bedurft hätte, dass die Kassenärztliche Vereinigung sich als staatliche Regulierungsbehörde und nicht als Interessenvertretung ihrer Mitglieder versteht, die KV-Sachsen hat ihn jetzt geliefert.

HFS