

## Der Gastkommentar

## Private Krankenhausträger blicken trotz Gesundheitsreform optimistisch in die Zukunft

Die Gesundheitsreform hat noch bis zum Jahresende alle Beteiligten mit immer neuen Schlagzeilen, Änderungs- und Aufschiebungsforderungen in Atem gehalten. Im Bundesrat wurden in der letzten Sitzung des Jahres 2006 die sehr zwiespältigen Positionen der Bundesländer zum GKV-WSG erkennbar. Schon im Januar diesen Jahres begann der Prozess des Aushandelns gemeinsamer Linien für die Gesundheitsreform zwischen Bund und Ländern. Mit Spannung darf erwartet werden, was zu den unveränderbaren Konstanten und was zu den gestaltungs-fähigen Detailregelungen gehört. Auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass ein nicht nur für die privaten Krankenhausträger zentraler Punkt, die Streichung des von den Krankenhäusern zu zahlenden Sanierungsbeitrages, abgemildert oder gar komplett weggelassen werden könnte, ist noch nicht absehbar, wie die Weichen tatsächlich gestellt werden. Die Initiativen der Bundesländer geben auch für ein Paradebeispiel der integrierten Versorgung zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern Hoffnung: den Erhalt der belegärztlichen Versorgung. Lange und intensiv hat der BDPK zusammen mit zahlreichen Belegärzten und deren Verbänden die Neuregelung

der Vergütung belegärztlicher Leistungen im DRG-System gefordert. Neben der Gesundheitsreform entscheiden aber noch weitere Entwicklungen über die Zukunft der heute noch rund 2100 deutschen Krankenhäuser, von denen in den nächsten 20 Jahren nach Aussagen führender Unternehmensberatungen rund 400 werden schließen müssen. So hat die Einführung des DRG-Systems die deutschen Krankenhäuser vor eine der größten Herausforderungen überhaupt gestellt. Die Umstellung auf das neue fallpauschalierte Vergütungssystem erfordert ein völliges Umdenken im Management. Es gilt Rationalisierungspotenziale zu erschließen, Strukturen und Prozesse zu optimieren und Mengeneffekte zu nutzen. Die Flexibilität privater Krankenhausbetreiber ist hierbei sicherlich von großem Vorteil gewesen. Die privaten Träger haben sich überwiegend sehr frühzeitig und intensiv auf das DRG-System vorbereitet und in großer Zahl bereits die Optionsmöglichkeit im Jahr 2003 wahrgenommen. Die finanziellen Gestaltungsspielräume werden aber auch für die privaten Betreiber immer kleiner. Die Kosten-schere zwischen niedrigen Grundlohnzuwächsen auf der einen und überproportional ansteigenden

Kosten, u. a. durch aktuelle Tarifabschlüsse, aber auch gesetzliche Vorgaben wie die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, die Abschaffung des Arztes im Praktikum, Mehrbelastungen durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, etc. auf der anderen Seite wird immer größer. Während die Einführung der DRGs noch nicht abgeschlossen ist, stehen die nächsten gravierenden Entscheidungen über die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser und die Neuordnung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung nach Abschluss der Konvergenzphase auf der Agenda. Wird es die duale Finanzierung der Krankenhäuser 2009 geben oder ist die Scharfstellung des DRG-Systems gleichzeitig der Startschuss für die Monistik? Die Sicherstellung des massiven Investitionsbedarfs drängt zum Handeln. Zumal die öffentliche Hand ihren Verpflichtungen immer weniger nachkommt, bleibt aus Sicht der privaten Klinikträger keine andere Alternative, als die monistische Finanzierung durch die Krankenkassen zu fordern. Gleichwohl müssen auch auf dem Weg dorthin noch zahlreiche offene Fragen geklärt werden. Nicht



Thomas Bublitz ist Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK).

nur die Frage aus welchen Mitteln die Finanzierung sichergestellt werden soll, sondern auch die Organisation der sach- und leistungsgerechten Kalkulation und Zuteilung an die Krankenhäuser sind zu erörtern. In engem Zusammenhang mit der Entscheidung über die zukünftige Form der Krankenhausfinanzierung steht die Frage der Ausgestaltung der Krankenhausbedarfsplanung. Heute schon hat sich die mitunter äußerst detaillierte Krankenhausplanung der Länder überlebt. Ausdifferenzierte Vorgaben bis hin zu einzelnen Subspezialisierungen und Schwerpunkten lassen sich mit den Zielen des DRG-Systems, der zunehmend sektorenübergreifenden Leistungserbringung und einer wettbewerblichen Grundordnung kaum vereinbaren. Die Sicherstellung einer flächendeckenden, wohnortnahen und bedarfsgerechten Versorgung ist auch ohne stringente Vorgaben nicht gefährdet. Gerade bei den jüngsten Privatisierungen wird deutlich, dass private Anbieter bereit sind, die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung in allen Regionen, in allen Fachbereichen und in allen Versorgungsstufen bis hin zur Maximal- und Universitätsversorgung zu überneh-

men. Durch innovative Konzepte wie z. B. Teleportalkliniken im Klinikverbund bieten Private kreative Lösungen für bedarfsgerechte flächendeckende Versorgungsstrukturen auch in ländlichen Gebieten. Besonders in den Flächenstaaten, in denen die fachärztliche Versorgung zunehmend schwächer wird, zeigt sich die Notwendigkeit, Krankenhäuser stärker zur Erbringung ambulanter Leistungen zuzulassen und die Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung aufzubrechen. Das deutsche Gesundheitswesen muss sich stärker auf die sektorenübergreifenden Behandlungsketten konzentrieren und nicht wie bisher den Fokus auf die Abgrenzung des Leistungsgeschehens in den einzelnen Versorgungsbereichen legen. Für den Patienten kommt es ohnehin nur auf eine nahtlose, effiziente und qualitätsgesicherte Behandlung seiner Erkrankung an. An diesen Herausforderungen müssen sich alle Player im Gesundheitswesen messen lassen. Die Gesetzgebung muss die Organisation und den Zwang zur Schaffung vernetzter Versorgungskonzepte durch entsprechend ausgestaltete Vergütungsstrukturen viel stärker in den Vordergrund rücken. Die Zukunft liegt in der Vernetzung und Kooperation vor allem zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Nutzen wir gemeinsam die sich bietenden Chancen.

Thomas Bublitz

## Persönlicher Brief der BDI-Präsidenten an MdBs (Fortsetzung von Seite 1)

## Ein Schreiben, das nicht bei jedem richtig ankam

Die ärztlichen Argumente vermag der Vorsitzende des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestags, Otto Fricke (FDP), gut nachzuvollziehen, da seine Frau selbst Internistin ist. „Aus eigener Anschauung weiß ich gut, zu welchen unerträglichen Folgen das sogenannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führen wird.“ Die Benennung hält er für einen „offenbaren Zynismus“. Mechthild Dyckmans, justizpolitische Sprecherin der FDP-Fraktion, findet, „die Bürger zahlen einen sehr hohen Preis, damit Union und SPD in der Gesundheitspolitik ihr Gesicht wahren können“. Die stellvertretende Grünen-Vorsitzende Claudia Roth hält den Reformkompromiss der Großen Koalition für „gründlich misslungen“ und kommt zu dem Fazit: „Diese Reform ist nicht zu gebrauchen.“ Der Liberale Dr. Konrad Schily, Arzt und Gründer der privaten Universität Witten-Herdecke, befürchtet wie der BDI, dass entgegen dem Namen „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ mehr staatliche Leistung und weniger Wettbewerb in das Gesundheitssystem Einzug halten sollen. Er hofft, dass die Ärzte in ihren Praxen ausführlich über die dramatischen Auswirkungen informieren.

● **Kein Problem wird gelöst**

Der gesundheitspolitische Sprecher der Linksfraktion, Frank Spieth, lehnt das Gesetzesvorhaben ebenfalls ab und stellt fest, dass das GKV-WSG keines der Probleme löst, die es lösen sollte, sei es die Frage nach der Finanzierung oder die Frage nach den Strukturen im Gesundheitswesen. „Ich werde gegen den Gesetzentwurf stimmen“, verspricht er, „befürchte jedoch, dass in der Regierungskoalition zu viele Abgeordnete die Anliegen der Koalition über die Anliegen der Bevölkerungsmehrheit stellen werden.“ So sieht das auch die Linke Petra Pau, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags. Deshalb spricht sie ein „energisches Nein“ zu dieser „Möchtegernreform“. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Biggi Bender, versichert ausdrücklich, dass sie alles in ihrer Macht Stehende tun werde, um diese „Reform“, die diesen Namen nicht verdient habe, zu verhindern.

● **Bedenken der jungen Union**

Sehr differenziert beurteilen die jungen Mitglieder der Koalitionsfraktion das Gesetzesvorhaben. Philipp Missfelder, Bundesvorsitzender der Jungen

Union, identifiziert sich mit den Bedenken des BDI. Besonders die fehlende Demografiefestigkeit und die damit verbundene Belastung der jungen Generation werden von ihm und anderen jungen Abgeordneten als großes Manko angesehen. Falls es nicht zu grundlegenden Änderungen des Gesetzentwurfs komme, werde er nicht zustimmen, versichert Missfelder. Er weist darauf hin, dass die jungen Abgeordneten eigene Vorschläge für eine bessere Reform auf den Tisch gelegt haben, und hat das entsprechende Eckpunkte-Papier der Jungen Union und der jungen Gruppe dem BDI übersandt. Die SPD-Abgeordnete Petra Merkel, nicht verwandt mit der Kanzlerin, lenkt vom eigentlichen Anliegen ab und verweist auf eine Briefaktion, bei der offenbar Standardmassenbriefe aus dem Umfeld der privaten Krankenkassen an die Abgeordneten versandt worden sind. Sie hat ähnlich reagiert und ihr Schreiben als Kopie jeweils einzeln an BDI-Präsident Wesiack, Vizepräsident von Römer und Vizepräsident Ludwig versandt und damit der Deutschen Post immerhin eine Zusatzeinnahme von 0,90 Cent verschafft. In dem vierseitigen

Schreiben verteidigt sie vor allem die Maßnahmen im Gesetzentwurf, die die PKV betreffen. Von „zerschlagen“ könne nicht die Rede sein, meint sie, denn das spezifische Geschäftsmodell der PKV bleibe erhalten. Ansonsten wiederholt sie die bekannten Argumente von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: Mit dem Gesetz werde unser Gesundheitssystem zukunftsfest. Das liefere die Grundlage dafür, auch weiterhin medizinische Versorgung von hoher Qualität für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten. Dass etliche der vorgesehenen Regelungen genau das Gegenteil bewirken werden, scheint ihr entgangen zu sein.

● **Eine Klasse für sich**

Eine Klasse für sich ist die knappe Reaktion des CDU-Abgeordneten Jochen-Konrad Fromme. Er unterstellt erfahrenen Berufspolitikern wie den BDI-Präsidenten, dass sie „das System offensichtlich nicht verstanden haben“, und kommt zu dem überraschenden Schluss, dass durch das Gesetz keineswegs eine Gleichschaltung erfolge, sondern vielmehr der Wettbewerb eingeschaltet werde. Dass Koalitionsraison vor Sachargumenten zählt, lässt der Brief des CDU-Abgeordneten Wolfgang Börnsen erkennen: „Große Koalition bedeutet, dass sich Politik derzeit nicht am politisch Wünschenswerten ausrichten kann, sondern an dem, was im Kon-

sens durchsetzbar ist.“ Die CDU-Parlamentarierin Antje Tillmann hat den Brief der BDI-Präsidenten gleich an die zuständige Arbeitsgruppe im Bundestag weitergeleitet: „Von dort werden Sie dann eine Antwort erhalten.“ Die Rechtsanwältin Ute Granold (CDU) teilt die Befürchtungen des BDI im Hinblick auf die Einführung des Gesundheitsfonds nicht und glaubt gar, dass das Fondsmodell die Position der Versicherten stärken. Sie lässt keinen Zweifel an ihrer Haltung: „Wir werden eine Reform verabschieden, die nicht mit Einschnitten in den Leistungskatalog verbunden ist.“ Sie meint auch, dass mit dem Gesetz der Wettbewerb intensiviert, Eigenverantwortung gestärkt und eine am Bedarf orientierte medizinische Versorgung gefördert werden. Sie geht jedenfalls davon aus, dass es im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens noch zu Änderungen am Gesetzestext kommen wird, die die Akzeptanz bei allen gesellschaftlichen Gruppen verbessern werden. Ziemlich einfach haben es sich die ebenfalls angeschriebenen Ministerpräsidenten der Länder gemacht. Sowohl Jürgen Rüttgers (NRW) als auch Peter Müller (Saarland) bedanken sich für das Schreiben und erklären, dass sie es an das jeweils zuständige Landesministerium weitergeleitet haben. Andere haben gar nicht erst geantwortet.

KBV-Vertreterversammlung (Fortsetzung von Seite 1)

## Demonstration der eigenen Ohnmacht

• **Wie auf einer Trauerveranstaltung**  
Zahlreiche Teilnehmer der letzten Vertreterversammlung des Jahres 2006, darunter BDI-Präsident Dr. Wolfgang Wesiack, Vizepräsident Dr. Wolf von Römer und BDI-Geschäftsführer RA Helge Rühl, fühlten sich wie auf einer Trauerveranstaltung. Wesiack hatte den Eindruck, dass sich die KBV selbst zu Grabe trägt. Die Körperschaft wickelt sich nach seinem Emp-

dieses Gesetz so kommt, könnte es leider sehr real werden. Und die Gefahr, dass es kommt, ist groß: Koalitionszwänge und Ideologie zählen offensichtlich mehr als begründete Sachargumente.“  
Es sei kein Wunder, formulierte er in Berlin, dass sich die Verbände und Sachverständigen bei den Anhörungen zum Gesetz „als Hauptdarsteller einer Farce empfinden“. Nach seinem

cen außerhalb der Körperschaft zu nutzen. Der Hausärzterverband z.B. will die KVen ganz aus dem Vertragsgeschäft nach § 73b SGB V heraus haben.  
Für die KVen bedeutet das, dass sie nur noch Restverwaltung machen dürfen, stellte Köhler realistisch fest und konstatierte: „Dafür stehen wir nicht zur Verfügung.“ Geradezu verzweifelt appellierte er an die Adresse des Hausärzterverbands, seine Haltung noch einmal zu überdenken: „Letztlich wollen Sie mit Ihrem Widerstand gegen die Beteiligung der KVen nur eines erreichen: dass ein kompetenter Wettbewerber außen vor bleibt.“

• **Weißer Kittel bekommen Flecken**  
An den Tagen danach liefen Protestaktionen im ganzen Land an. Doch die ärztlichen Proteste gegen das GKV-WSG scheinen allmählich ins Leere zu laufen. Die Politik nimmt sie entweder gar nicht erst zur Kenntnis oder, siehe Ulla Schmidt, beschimpft die Ärzteschaft wider besseres Wissen, Patienten „in Geiselhaft“ zu nehmen. Dabei wird die am 4. Dezember beispielhaft vorgestellte Mangelversorgung mit ihrem Gesetzentwurf morgen wahrscheinlich Alltag, falls nicht noch ein Wunder geschieht.  
Die KBV als „Mutterhaus“ der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich angesichts der Erfolglosigkeit seriöser Argumente und Proteste auf Mätzchen verlegt: Sie packt Traubenzucker in Blechdöschen mit dem Aufdruck „Geiz macht krank“, schickt Komödianten durchs Land, lässt Aertausende bunter Anti-Postkarten drucken und hängt ein Tuch in der Größe von drei Fußballstadien mit der Aufschrift „Geiz macht krank“ in die Einflugschneise des Frankfurter Flug-

hafens – alles bezahlt von den Beiträgen der Zwangsglieder und ohne irgendwie messbare Wirkung. Enormen Schaden in der Öffentlichkeit hat die Ernsthaftigkeit des Aufgehrens gegen diese Fehl-Reform durch einen Bericht in der BILD-Zeitung erlitten: Nicht echte Ärzte hätten bei der Kittel-Aktion – „die längste Garderobe der Welt“ – vor dem Reichstagsgebäude demonstriert, sondern von der KBV angeheuerte Komparsen. Für 30 Euro die Stunde schleppten die Miet-Demonstranten an langen Stangen die von Ärzten gespendeten weißen Kittel auf ihren Schultern, die den Exodus der deutschen Mediziner symbolisieren sollten. Wenigstens die Kittel waren echt. Kollegen in Afrika werden sich über die Spende freuen.  
Mit einer Presseerklärung versuchte Köhler, den Schaden zu begrenzen. „Bericht ist von hinten bis vorne falsch“ ließ er per E-Mail „kommunizieren“. Die PR-Fachsprache hat Einzug in die KBV gehalten. Wurde bis vor kurzem noch erklärt, gesagt, mitgeteilt, heißt es heute pseudo-modern „kommuniziert“. Zum Beispiel Originalton Köhler: „Rund 170 Personen haben die 400 Meter lange Garderobe aufgebaut und auf ihren Schultern getragen. Diese Mitarbeiter wurden von einem externen Dienstleister zum

Aufbau der Garderobe engagiert. Auch dies haben wir genau immer so kommuniziert.“ Das ist nicht nur sprachlich daneben gegangen. Nach BILD haben nahezu alle Medien sich über die angebliche Ärzte-Demonstration lustig gemacht.

• **Gute Reise, KBV!**

Eine Woche vor der Vertreterversammlung hatte die KBV eine „leere“ KBV-Consult als Dienstleistungsfirma gegründet. Sie soll künftig die Vertragsgeschäfte übernehmen, die der Körperschaft des öffentlichen Rechts verwehrt sind. Jetzt muss der Rahmen noch mit Inhalt gefüllt werden. Auch sieht Köhler sich gezwungen, nach neuen Geschäftsfeldern Ausschau zu halten. „Die alte Welt des ausschließlichen Kollektivvertrags ist ein für alle Mal vorbei.“ Wohin die Reise geht, ist jedoch noch nicht klar. Nur so viel: „Wir haben uns auf den Weg gemacht, weg von der besitzstandwährenden Körperschaft hin zu einer effizienten Managementorganisation.“ Da kann man nur gute Reise wünschen.

KS



Bild: Reinhold Schilt

Weiß der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler noch, was er will? Sein Lagebericht vermittelte lediglich Hilflosigkeit, Ideenarmut und Resignation.

finden selber ab; der Vorsitzende Köhler hat kein Konzept und erst recht keine Visionen, die seine Mitglieder mitreißen könnten. „Aktiver Widerstand sieht anders aus“, lautet Wesiacks Kommentar.  
Zu den geplanten Protestaktionen fand in der Vertreterversammlung keine Diskussion statt. Stattdessen verbandte sie die meiste Zeit mit der Frage, ob eine künftige bundeseinheitliche Notfalldienst-Rufnummer drei oder sechs Stellen haben sollte. Die KV Brandenburg, unterstützt von der KV Bayerns, ist für sechs Stellen: 116 115.  
Der KBV-Vorsitzende gab einen Lagebericht ab, der Hilflosigkeit, Ideenarmut und Resignation vermittelte. Leidenschaftlos wiederholte Köhler die bekannten Argumente gegen den Gesetzentwurf zum GKV-WSG, konnte aber nicht wirklich Ansätze bieten, die die Koalition zur Umkehr bewegen könnten. Es klang wenig mitreißend, als er feststellte: „Wenn

Eindruck handelt es sich hier, auch bei den Gesprächen im Bundeskanzleramt, um reine Alibiveranstaltungen.

• **Die KBV fürchtet um ihre Existenz**  
Die KBV sieht offenbar die Grundlage für ihre Existenz in Gefahr. Köhler versuchte, das mit einem bildhaften Vergleich deutlich zu machen: „Einige Vertragsärzte werfen der KBV und den KVen vor, sie seien wie Flugzeugträger, viel zu wenig flexibel, veraltet und für die moderne Kriegsführung nicht geeignet. An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass Gummiboote mit einer Ein-Mann-Besatzung in dieser stürmischen See keine Chance haben werden.“ Er vergaß zu erwähnen, dass es auch leistungsfähige Schnellboote mit kleiner Besatzung gibt, die durchaus Stürmen gewachsen sind. Immerhin bereiten sich viele Ärzte und Ärztegruppen darauf vor, im Zuge der Liberalisierung durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die neuen unternehmerischen Chan-



Bild: Reinhold Schilt

BDI-Präsident Wolfgang Wesiack (hier mit BDI Geschäftsführer Helge Rühl, rechts, und dessen Stellvertreter Tilo Radau, links) hatte den Eindruck, als ob sich die KBV bei der Vertreterversammlung selbst zu Grabe trage: „Aktiver Widerstand sieht anders aus!“

## Anmerkungen zum Lobbyismus

## Wer im Glashaus sitzt ...

Der Arzneimittelmarkt steht im Verruf, besonders stark durch die sogenannten Lobbyisten beeinflusst zu werden. In der Öffentlichkeit denkt man dabei vor allem an den Einfluss der Arzneimittelhersteller auf Ärzte. Auch der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Politik wird kritisch beäugt – zumal die Politik angeblich nicht genug unternimmt, um das Geschäftsgebaren der Arzneimittelhersteller zu korrigieren.

Es lohnt sich über diese Vorwürfe wertfrei nachzudenken. Lobbyisten sind – nach Brockhaus – eine nützliche Informationsquelle, können aber in Folge der Tendenz zur einseitigen Unterrichtung eine Gefahr für das Interesse der Allgemeinheit sein. Dies bedeutet, dass Informationen durch Lobbyisten nicht grundsätzlich falsch sein müssen. Man muss nur alle Seiten eines Problems beleuchten und daraus seine Schlüsse ziehen – was für einen Politiker selbstverständlich sein sollte.

● **Eine Lobby ist notwendig**

Die Informationen der Lobby sind für die Wahrheitsfindung vermutlich sogar notwendig, vorausgesetzt man

geht mit ihnen angemessen um. Einseitig und damit gefährlich wird der Lobbyismus dann, wenn nicht alle Seiten ihre Argumente vortragen oder vortragen können. Genau dies haben wir aber beim Arzneimittelmarkt: Da gibt es die Verbände der Pharmaindustrie auf der einen und die Kostenträger auf der anderen Seite. Die Arzneimittelhersteller vertreten ihre berechtigten Interessen als Wirtschaftsunternehmen im Sinne eines Gewinnstrebens, was von Wirtschaftspolitikern zur Förderung des Gesundheitsmarktes regelrecht gewünscht wird: Deutschland soll im internationalen Wettbewerb bestehen.

Die Kostenträger, allen voran die gesetzlichen Krankenkassen, wollen die Arzneimittelkosten eindämmen, um mit ihren Beiträgen auszukommen. Auch sie sind wie Lobbyisten unterwegs. Hier lassen sich auch die Autoren des Arzneimittelverordnungsreport (AVR), Prof. Dr. Ulrich Schwabe und Dr. Dieter Paffrath, einsortieren, die alljährlich mögliche Milliarden-Einsparungen für die Krankenkassen reklamieren. Erinnern wir uns an die Diskussion über die ACE-Hemmer: Als nur teure Original-Präparate zur Verfügung standen, haben die Protagonisten der Krankenkassen die billigen Kalzium-Antagonisten propagiert. Nach dem Umstellen auf Generika waren die ACE-Hemmer plötzlich das

Mittel der Wahl. Hier liegt ein typisches Beispiel für Lobbyismus vor: Medizinische Argumente werden einseitig zugunsten der gewünschten Kostendämpfung eingesetzt.

● **Keiner ist frei von Lobbyismus**

Im Übrigen lässt sich Lobbyismus auch bei vielen Gesundheitsökonomien bei Begutachtungen zu unserem GKV-System beobachten: Im veröffentlichten Fazit kann man leicht den jeweiligen Auftraggeber erkennen. Frei von Lobbyismus ist somit keiner der Akteure im Gesundheitswesen, gleichgültig, ob Leistungserbringer oder Kostenträger. Wer im Glashaus sitzt, sollte deshalb nicht mit Steinen werfen.

HFS

## Nachruf

Nach langer schwerer Krankheit verstarb am Donnerstag, dem 7. Dezember 2006, Prof. Dr. med. Josef Stockhausen in Köln. Prof. Stockhausen hat die Nachkriegsentwicklung der deutschen Ärzteschaft entscheidend mitgeprägt.

Vielen Ärztinnen und Ärzten ist Professor Stockhausen als Begründer und ehrenamtlicher Leiter der Fortbildungs- und Kongressabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten bekannt. „Stocki“, wie ihn seine Freunde und guten Bekannten nennen durften, gründete als ehrenamtlicher Leiter von 1975 bis 1992 die alljährlichen internationalen interdisziplinären ärztlichen Fortbildungskongresse des BDI in Pörttschach, Bad Kleinkirchheim, Ischia, Mallorca und Teneriffa, die damals alle 14 Tage dauerten.

Geboren am 1. Februar 1918 in Elspe/Sauerland besuchte er bis 1937 in Dortmund das Gymnasium und arbeitete anschließend als Praktikant beim Autobahnbau in Dortmund mit, da er zunächst Ingenieur werden wollte. Diesen Plan gab er allerdings bald auf und studierte in Gießen Medizin. 1940 wurde er zum Kriegsdienst als Sanitäter einberufen und nahm am Norwegenfeldzug teil. Zur Fortsetzung des Medizinstudiums kehrte er zurück und legte sein ärztliches Staatsexamen 1943 in Freiburg ab. Ein Jahr später promovierte er in Düsseldorf.



Prof. Dr. med. Josef Stockhausen

1944 wurde er wieder als Truppenarzt eines Infanterieregiments einberufen und nach Ostpreußen abkommandiert. Nach einer schweren Verwundung und verschiedenen hohen Auszeichnungen wurde Professor Stockhausen ins Kriegslazarett Ritterhude/Bremen verlegt, wo er als Sanitätsoffizier im Herbst 1945 in Kriegsgefangenschaft geriet.

Stockhausen verlor nicht nur seine Eltern im Krieg, sondern auch seinen Bruder und seinen Schwager. Nach seiner Entlassung aus der Gefangenschaft arbeitete er als Assistenzarzt in der Inneren Abteilung der Medizinischen Krankenanstalten Dortmund, bis er sich 1951 als frei praktizierender Arzt in Dortmund niederließ.

1951 heiratete er Dr. Anneliese Stockhausen. Fünf Kinder begleiteten ihn auf seiner steilen beruflichen Laufbahn.

Früh schon verscrieb sich Professor Stockhausen der Berufspolitik. 1946 war er Mitbegründer des „Ass. Arztvereinigung Westfalen-Lippe“, die sich dem Marburger Bund anschloss. 1946 folgte die Wahl in die Ärztekam-

mer Westfalen, wo er bis 1951 im Vorstand war. Als Jungarzt-Vertreter wurde er 1947 in den ersten provisorischen Vorstand der „Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern“ (AGDwÄK) berufen, nahm als Vorstand der „Westdeutschen Ärztekammern“ auf dem erstmalig nach dem Krieg nach Hannover einberufenen „Deutschen Ärztetag“ 1949 teil und wurde 1951 zum „geschäftsführenden Arzt“ gewählt.

Ab 1955 war Professor Stockhausen Hauptgeschäftsführer der „Bundesärztekammer“ (BÄK), die sich als gesamtärztliche Standesorganisation nach dem Krieg gebildet hatte, und war an deren organisatorischem Aufbau und Ausbau sowie der Leitung ihrer Verwaltung maßgeblich beteiligt. Als Hauptgeschäftsführer der BÄK vertrat er die deutschen Ärzte in zahlreichen Gremien und half bei der Organisation der „Deutschen Ärztetage“ von 1955 bis 1972 entscheidend mit. Er war Mitglied der deutschen Delegationen bei den alljährlichen Generalversammlungen des „Weltärztebundes“/„World Medical Association“, knüpfte zahlreiche Verbindungen in viele Länder und nahm als BÄK-Vertreter an deren wissenschaftlichen Fortbildungskongressen in Davos, Bad Gastein und Grado teil.

Auf Initiative Stockhausens sind zahlreiche, inzwischen bewährte Einrichtungen und Ausschüsse der BÄK entstanden, wie der „Wissenschaftliche Beirat“, der „Senat für ärztliche Fortbildung“ oder die „Arzneimittelkommission der BÄK“. Der Um- und Ausbau des „Deutschen Ärzteblattes“ zu einer alle Aspekte des ärztlichen Daseins umfassenden Ärztezeitung

sowie der Konferenzen zur Weiterentwicklung des Facharztwesens und der Allgemeinmedizin gehörten ebenfalls zu seinen Aufgaben.

Nach Ausscheiden aus der BÄK 1974 als Hauptgeschäftsführer war Professor Stockhausen bis 1992 ehrenamtlicher Leiter der Kongress- und Fortbildungsabteilung des BDI. In dieser Funktion organisierte und leitete er die alljährlichen internationalen interdisziplinären Seminarkongresse in Pörttschach, Bad Kleinkirchheim, Ischia, Mallorca und Teneriffa. Zur gleichen Zeit, war Stockhausen Mitgründer und Vorstandsmitglied der „Medica“.

Bis zu seinem Tod war Professor Stockhausen Honorarprofessor der Universität Marburg und gab von 1970 bis 1983 Vorlesungen zu den Themenkreisen „Vorsorge-Medizin“ und „Ärztliche Rechts- und Standeskunde“. Viele Auszeichnungen begleiteten den beruflichen Werdegang von Prof. Dr. Josef Stockhausen, wie etwa 1968 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, 1978 das große Bundesverdienstkreuz, das Komturkreuz, der italienische Verdienstorden „Kommandatore“, das Große Ehrenzeichen der Republik Österreich, das Goldene Ehrenzeichen des Landes Kärnten, die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, das Ehrenzeichen der deutschen Zahnärzte und der deutschen Apotheker, die Ernst-v.-Bergmann-Plakette, die Budelmann-Medaille des BDI e.V. für Verdienste um die Innere Medizin, die Wilhelm-v.-Humboldt-Plakette des Bundesverbandes Freier Berufe und viele andere.

Wann immer es sein Beruf erlaubte, widmete sich Professor Stockhausen

als passionierter und treffsicherer Jäger der Jagd. Sie führte ihn in viele europäische Länder und bis nach Südafrika, was zahlreiche Trophäen im Hause Stockhausen in Köln dokumentieren. Bis zwei Jahre vor seinem Tod reiste er regelmäßig nach Österreich zur Hochgebirgsjagd, wo er nicht nur die Jagd, sondern auch die Schönheit der Berge und Natur genoss. Sein zweites Hobby war der Fußballverein Borussia Dortmund. Selbst bei Reisen ins Ausland, egal ob im hintersten Winkel der Erde oder auf einem Kongress, der Weltsender war immer dabei und jeder, ob Fußballfreund oder nicht, durfte und musste sich die Ergebnisse der Fußballbundesliga am Montagmorgen vor Beginn der Seminarstunde anhören. Für Professor Stockhausen war die Familie sein Lebenszweck und Lebensinhalt. Trotz vieler Ämter und Verpflichtungen fand er immer Zeit, sich die Sorgen und Nöte seiner Kinder anzuhören und wenn nötig, entscheidend einzugreifen. Temperamentvoll und nicht immer diplomatisch, schaffte er sich nicht nur Freunde, aber nichts und niemand konnte ihn von seiner Überzeugung abbringen, den richtigen Weg eingeschlagen zu haben. Wir alle verlieren mit Prof. Dr. Josef Stockhausen einen guten Freund, einen Streiter und Wegbereiter für die Ärzteschaft nach dem Krieg und den Begründer modern orientierter ärztlicher Fortbildung.

ma

Zusammenarbeit des Vertragsarztes mit dem Krankenhaus

# Kooperation oder Konfrontation

Hört man die Gesundheitspolitiker, so gewinnt man den Eindruck, dass die Kooperation des Vertragsarztes mit dem Krankenhaus ihre ureigene Erfindung ist. Es gibt aber bereits seit Jahrzehnten Kooperationsformen zwischen dem Vertragsarzt und dem Krankenhaus. Und ebenso gibt es seit Jahrzehnten Missverständnisse und Konfrontationen zwischen Niedergelassenen und Kliniken. Doch auf lange Sicht können bei einem Konfrontationskurs alle nur verlieren.

Kooperation zwischen Niedergelassenen und Kliniken gibt es schon lange: Beim Belegarztsystem handelt es sich um gelebte integrierte Versorgung. Es ist schon ein Treppenwitz, dass die gleichen Politiker, die die Integrationsversorgung auf ihre Fahnen geschrieben haben, nicht dafür sorgen, dass das Belegarztsystem überleben kann (siehe BDI aktuell Januar 2007 „Belegärzte vor dem Abgrund“). Unabhängig davon gibt es schon immer Konsiliarverträge von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern, insbesondere, wenn es sich um spezialisierte Fachärzte handelt. Radiologische Abteilungen wurden ausgegliedert, so dass auch eine gemeinsame Gerätenutzung möglich war. Gleiches gilt für Operationssäle, in denen Vertragsärzte ambulant operativ an Krankenhäusern tätig sind. Vieles wurde individuell vertraglich geregelt, ohne dass man im Gesetz die Integrationsversorgung nach § 140d oder das Ambulante Operieren nach § 115b bzw. die Öffnung der Krankenhäuser nach § 116b eingeführt hatte. Aber all dies wurde nie statistisch erfasst.

● **Missverständnisse und Sprachlosigkeit**

Dennoch muss man zugeben, dass die Kooperation zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus schwierig und kompliziert ist. Das beginnt mit einem unterschiedlichen Leistungsrecht und einer anderen Art der Finanzierung und endet mit einer nicht vergleichbaren Organisationsstruktur. Jeder arbeitet in einem anderen Bereich. Die Welt des anderen ist dabei eine Art Black Box. So etwas führt zwangsläufig zu Missverständnissen und einer zunehmenden Sprachlosigkeit. Jeder glaubt, dass der andere noch freie Ressourcen habe, die ihm bei dem Verteilungskampf zustünden. Auch wird – trotz klarer Gesetzesvorgaben – bei einzelnen Entscheidungen dem jeweils anderen böser Wille unterstellt. Ein typisches Problem ist die Diskussion über Ermächtigungsanträge im Zulassungsausschuss. Dessen Entscheidungen stoßen in der Regel bei den Krankenhausärzten auf totales Unverständnis, obwohl die Vorgaben gesetzlich genau geregelt

sind und sich diese Kommissionen an die Gesetze zu halten haben. Besonders kritisch ist, dass jeder die Qualität der Versorgung des anderen bezweifelt und dies auch noch in der Öffentlichkeit verbreitet. Dabei ist es für die Kostenträger besonders interessant, dass jede Versorgungsebene für sich in Anspruch nimmt, die Leistungen preiswerter erbringen zu können als die andere. So können die Leistungserbringer trefflich gegeneinander ausgespielt werden. So lassen sich beide Gruppen im Verteilungskampf für die Kostenträger instrumentalisieren – immerhin eine Gemeinsamkeit ....

● **Leistungsinhalte driften auseinander**

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Vertragsarzt immer noch in das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigung eingebettet. Sie verhandelt für ihn nach einem genau definierten Leistungsinhalt via EBM die Verträge aus. Demgegenüber sind die Entscheidungsmöglichkeiten des einzelnen Krankenhauses immer noch größer als die des einzelnen Vertragsarztes, da mit den Krankenkassen direkt ein Einzelvertrag festgelegt werden muss. Dementsprechend hat es der Vertragsarzt mit einem Globalbudget für die gesamte Kassenärztliche Vereinigung zu tun, während das Krankenhaus ein überschaubares Einzelbudget zu verwalten hat. Eine Mengenbegrenzung gibt es ambulant und stationär. Sie wird aber für den Vertragsarzt im Honorarverteilungsvertrag geregelt. Hier ist eine Leistungsplanung unmöglich. Die Mengensteuerung im Krankenhaus geschieht durch die ausgehandelte Budgetvorgabe und ist damit übersichtlicher. Der entscheidende Unterschied besteht im Leistungsinhalt. Der Leistungsinhalt des Vertragsarztes wird durch den EBM bestimmt. Dieser ändert sich kaum. Hier besteht der sogenannte Erlaubnisvorbehalt. Der Vertragsarzt darf bei der Gesetzlichen Krankenversicherung nur das abrechnen, was ausdrücklich erlaubt ist. Demgegenüber kann das Krankenhaus im Rahmen seines Einzelbudgets alle Leistungen erbringen, es sei denn, sie sind vom Bundesausschuss direkt verboten worden. Durch diese unterschiedliche Definition von ambulanter und stationärer Leistung driften die Leistungsinhalte immer weiter auseinander. Dem Zulassungsrecht des Vertragsarztes, das ausgesprochen restriktiv definiert ist und auch so gehandhabt wird, steht ein

recht offener Krankenhausbedarfsplan gegenüber, der von der jeweiligen Landesregierung erstellt wird.

● **Unterschiedliche Kompetenzen**

Dabei werden heute immer mehr Leistungen in der Praxis angeboten, die früher nur stationär erbracht werden konnten – der medizinische Fortschritt mit verbesserten Techniken macht es möglich. Ob ambulant oder stationär behandelt wird, bestimmt allein der Zustand des Patienten und nicht die Versorgungsebene. Auf diesem Geschäftsfeld sind die ambulant tätigen Fachärzte und die Krankenhäuser gemeinsam unterwegs. Die entscheidende Frage lautet deshalb: Kooperation oder Konfrontation? Dabei hat jeder – Vertragsarzt und Krankenhaus – unterschiedliche Kompetenzen (siehe Abbildung). Es gibt nur wenige Punkte, in denen beide gleich kompetent sind: Die Flexibilität in der täglichen Arbeit ist beim Vertragsarzt sicher höher angesiedelt. Aufgrund seiner Erfahrung kann er die ambulante Versorgung auch wesentlich besser organisieren. Demgegenüber ist das Krankenhaus leichter in der Lage, eine Versorgung rund um die Uhr zu gewährleisten. Im Krankenhaus gibt es keine freie Arztwahl, außer für den Privatversicherten. Dieses Recht hat aber der gesetzlich Versicherte in der Praxis des Vertragsarztes. Das Tarifrecht beim Vertragsarzt ist wesentlich flexibler gestaltet als im Krankenhaus. Besonders unterschiedlich ist das Finanzvolumen. Ein Krankenhaus verwaltet wesentlich mehr Finanz-

mittel als in einer Praxis erwirtschaftet werden. Deshalb sind Krankenhäuser für Einzelverträge auch für Krankenkassen interessanter als Vertragsärzte, weil hier mehr Geld bewegt wird. Der Vertragsarzt muss auch zugeben, dass er in der Verwaltungstechnik allein schon durch die Übernahme der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht so gut aufgestellt ist wie das Krankenhaus, das eine wesentlich bessere Kostenanalyse abbilden kann.

Der Vertragsarzt muss auch zugeben, dass er in der Verwaltungstechnik allein schon durch die Übernahme der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung nicht so gut aufgestellt ist wie das Krankenhaus, das eine wesentlich bessere Kostenanalyse abbilden kann.

● **Synergien überwiegen**

Bei genauer Betrachtung sieht man, dass offensichtlich die Synergien überwiegen. Dies ist eine gute Basis für eine Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern, die politischen Chancen dazu sollten deshalb genutzt werden. Beide Partner sollten hinterfragen, wer bei einer Konfrontation die besseren Überlebenschancen hat. Hochrechnungen gehen davon aus, dass 20 bis 30 Prozent der Krankenhäuser im Jahre 2009 und später nicht überleben werden. Eine Kooperation mit ambulanten Strukturen wird ihre Überlebenschancen entscheidend verbessern. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die Krankenhäuser es nicht schaffen, sich selbst ambulante Strukturen unter den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben aufzubauen. Dies ist eine Chance für die Vertragsärzte, da sie für solche Strukturen zurzeit noch benötigt werden. Wir alle aber wissen, dass die Tendenz

der Politik eher in Richtung Öffnung der Krankenhäuser auch für ambulante Leistungen geht, so dass die Gefahr besteht, dass dieser Vorteil im Laufe der Zeit aufgebraucht wird.

● **Vorfahrt für die Kooperation**

Eine Kooperation zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus setzt eine offene Diskussion über das Leistungsgeschehen voraus. Es müssen Win-win-Situationen herausgearbeitet werden. Beide Partner sollten bereit sein, eine Kooperation auf Augenhöhe einzugehen. Dies ist bei vielen derzeitigen Verträgen leider nicht der Fall. Als Kooperationsfelder bietet sich das Belegarztsystem oder ein vergleichbares Konsiliararztsystem an. Das Medizinische Versorgungszentrum ist im Vergleich zur fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis zur Kooperation deshalb besonders geeignet, weil man das Krankenhaus in der Gründerebene einbinden kann. Auch Integrationsverträge mit unterschiedlichen Finanzierungsansätzen fordern die gemeinsame Arbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern. Betrachtet man die derzeitigen Strukturen und die Zukunftsperspektiven, so sind Vertragsärzte und Krankenhäuser aufeinander angewiesen, wenn sie in einem zukünftigen GKV-System überleben wollen. Die Antwort auf die Frage „Kooperation oder Konfrontation“ ist deshalb eindeutig: die Kooperation sollte Vorfahrt haben!

Hans-Friedrich Spies

## Kompetenzen von Vertragsärzten und Krankenhäusern

Vertragsarzt		Krankenhaus
+	Flexibilität	(+)
+	Organisation ambulanter Versorgung	-
-	Versorgung rund um die Uhr	+
+	freie Arztwahl	-
+	Tarifrecht	-
-	Finanzvolumen	+
-	Verwaltungstechnik	+
+	ärztliche Kooperationsmodelle	(+)

Vertragsärzte und Kliniken haben unterschiedliche Kompetenzen. So ist der Vertragsarzt flexibler und eher in der Lage, die ambulante Versorgung zu organisieren. Krankenhäuser haben hingegen im Bereich Finanzen und Verwaltung die Nase vorn. Außerdem können sie eine Versorgung rund um die Uhr gewährleisten. Vertragsärzte punkten jedoch im Bereich der freien Arztwahl. Eindeutiges Fazit ist daher: Es ergeben sich zahlreiche Synergien, von denen beide Seiten profitieren können.

- Anzeige -

**Notfall-Defibrillator**  
 AED + Monitoring Kombisystem  
 statt 4460 € nur 1799 € + MWST.  
 Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h  
 www.herzmedica.de