

## Editorial

## Mit dem neuen GKV-WSG...

... ist die Axt an die Existenz der PKV gelegt. Das von Teilen der Koalition gewollte Aus für die PKV in Deutschland ist durch die kürzlich getroffenen abschwächenden Vereinbarungen nur auf 2009 aufgeschoben aber nicht aufgehoben.

So stellt die Öffnung des bestehenden Standardtarifs der PKV für alle Bundesbürger ohne Versicherungsschutz (ca. 300 000 Personen, die hätte man gewollt, zweifellos auch in der GKV untergekommen wären) vom 1. Juli 2007 den Beginn einer Systemveränderung dar, die sich mit der auf

2009 festgelegten Einführung des Basistarifs fortsetzt. Dieser Basistarif entspricht in Leistungsumfang und Prinzipien der GKV mit Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Es gibt jedoch natürlich weder Risikozuschläge noch Leistungsausschlüsse, wie in der PKV unter Kostendeckungsgesichtspunkten üblich sind. In den ersten sechs Monaten des Jahres 2009 wird PKV-Versicherten die Möglichkeit eröffnet, unter Mitnahme eines Teils ihrer Altersrückstellungen die private Kasse zu wechseln und den Basistarif zu wählen. In diesen Basistarif sollen dann die Beamten wechseln und damit die

Haushalte der Länder entlasten. Durch die mit all diesen Maßnahmen verbundenen Änderungen der Risikostruktur werden die Beiträge für weiter privat Vollversicherte voraussichtlich enorm steigen und damit deren Zahl erheblich reduzieren.

Wir Ärzte werden verpflichtet, die Patienten mit Basistarif zu behandeln. Den Sicherstellungsauftrag dafür erhält die KBV. Der maximale Steigerungssatz wird auf das 1,8-fache der GOÄ reduziert. Uns Ärzten wird so ein Honorar von mehreren Milliarden Euro entzogen werden. Leicht kann man voraussagen, dass



Präsident  
Dr. med. Wolfgang Wesiack,  
Hamburg

im nächsten Schritt auch die bisher geltenden GOÄ-Sätze geändert werden; am ideologisch konsequentesten in einer staatlichen Gebührenordnung.

So wird mittelfristig das funktionierende PKV-System mit seinen Vorteilen zerstört: Die PKV belastet nicht die nachwachsende Generation, for-

ciert medizinische Innovationen und den Wachstumsmarkt Gesundheit und steht für Versorgungsvielfalt statt für eine staatliche Einheitsmedizin.

Noch besteht allerdings die Hoffnung, dass die genannten Maßnahmen so nicht umgesetzt werden können, denn namhafte Gutachter bescheinigen dem neuen GKV-WSG schwerwiegende verfassungs- und europarechtliche Probleme.

Ihr Berufsverband wird sich weiterhin mit all seinen Kräften für den Erhalt der PKV einsetzen.

Ihr

Wolfgang Wesiack  
Präsident

## KBV-Referendum (Fortsetzung von Seite 1)

## Vertragsarzt und KV – keine Liebesbeziehung

● Nur „ausreichend“ für die KBV  
Über die konkrete Tätigkeit der KVen sind zwischen 63 und 87 % der Ärzte und Psychotherapeuten genau oder einigermaßen informiert. Am besten wussten die Befragten über Aufgaben wie Abrechnung, Honorarauszahlung und Sicherstellungsauftrag Bescheid. Große Informationslücken gab es dagegen bei Themen wie der Interessenvertretung im Gesetzgebungsverfahren und der Aushandlung von Kollektivverträgen. Die in Schulnoten gemessene durchschnittliche Zufriedenheit mit der Aufgabenerfüllung der KVen schwankt zwischen 2,7 und 4,1. Am besten bewerteten die Befragten die Zuverlässigkeit der Abrechnung und Honorarauszahlung sowie die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung. Die schlechteste Note gab es für die Interessenvertretung im Gesetzgebungsverfahren (siehe Abb. 1). Insgesamt fiel die

durchschnittliche Bewertung der KVen (3,1) besser aus als die der KBV (3,8). Nur 11% der Befragten gaben der KBV ein „sehr gut“ oder „gut“ (siehe Abb. 2). Dabei beurteilen die Psychotherapeuten sowohl ihre KV als auch die KBV besser als die Haus- und Fachärzte. Hausärzte und Fachärzte unterscheiden sich nur unwesentlich bei der Bewertung der KV. „Zum ersten Mal wissen wir, was unsere Kunden wollen und wie sie die aktuelle Situation und die zukünftige Entwicklung einschätzen. Aus den Ergebnissen werden wir unsere Konsequenzen ziehen, was die Ziele, Prioritäten und Ausrichtung des KV-Systems angeht“, versprach Köhler.

● Interessen schlecht vertreten  
Betrachtet man sich die Resultate der infas-Befragung näher, muss man allerdings konstatieren, dass die KBV-Vorstände sich die Umfrage-Ergebnis-

se schönreden. Mit Noten zwischen 3 und 4 wäre kein Studienplatz in einem Numerus-clausus-Fach zu gewinnen. Immerhin waren vier von fünf Befragten mit der KBV oder KV im Allgemeinen oder mit der Tätigkeit der KV in mindestens einem Bereich nicht zufrieden. Mit Abstand am häufigsten kritisiert wurde die Interessenvertretung durch das KV-System. 40% der Hausärzte, 37% der Fachärzte und 25% der Psychotherapeuten gaben als Grund für ihre Unzufriedenheit eine allgemein schlechte Interessenvertretung durch das KV-System an. Dass Psychotherapeuten sich im KV-System insgesamt wohler fühlen als die Vertragsärzte, hängt sicher damit zusammen, dass sie diesem System erstmals feste Punktwerte zu verdanken haben. In den neuen Ländern schneidet die KV durchweg besser ab als in den alten Bundesländern. Legt man die Bestnoten 1 und 2 zugrunde, dann ist die beste KV mit 56% die von Mecklenburg-Vorpommern – vor allem wohl ein Verdienst der erfolgreichen hartnäckigen Interessenpolitik durch deren Vorsitzenden Dr. Wolfgang Eckert, die seinen KV-Mitgliedern gute Honorarergebnisse eingefahren hat. Die KVen von Thüringen (52%) und Sachsen (51%) liegen unmittelbar dahinter. Mit deutlichem Abstand folgen dann die ersten West-KVen: Bremen und Schleswig-Holstein mit je 40%. Alle restlichen KVen liegen mit ihren Gut-Werten zwischen 33% und 40% ziemlich nahe beieinander, während zwei als Nietens aus dem Rah-

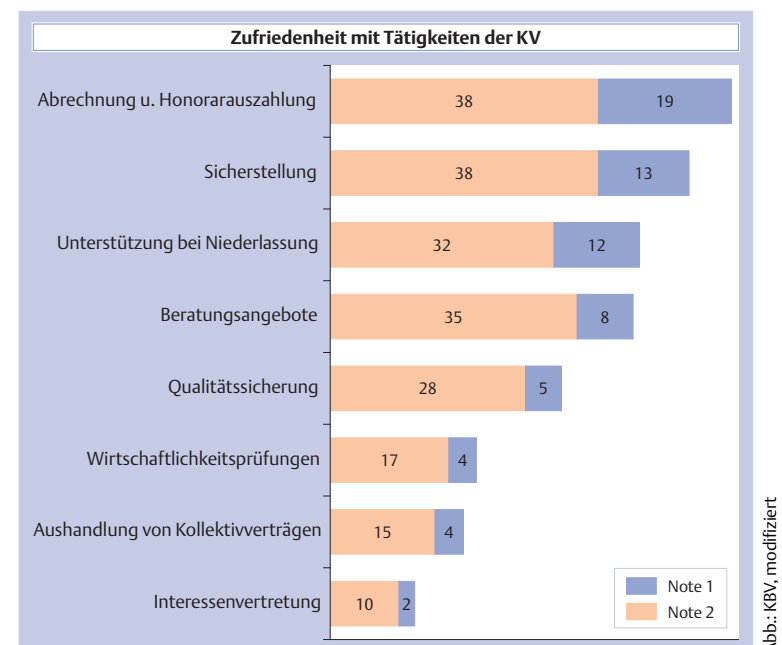


Abb. 1 Zufriedenheit mit Tätigkeiten der KV

men fallen: Nordrhein mit 25% und als schlechteste die KV Hessen mit 22%. Überhaupt schneiden die von Hausärzten geführten KVen durch die Bank schlechter ab als die fachärztlich geführten.

## ● Jetzt ist die Stunde der Berufsverbände gekommen!

Zwei Drittel der Befragten glauben, dass die meisten Funktionsträger die wirklichen Probleme des einzelnen Arztes nicht erkennen. Dennoch ist eine knappe Mehrheit (53%) der Auffassung, dass die KV die Interessen von Ärzten und Psychotherapeuten vertritt, so gut sie kann und der Gesetzgeber es zulässt. Das KV-System wird umso kritischer beurteilt, je jünger die Befragten sind, und umso wohlwollender, je älter sie sind. Auch die Informationspolitik wird je nach Altersgruppe unterschiedlich beurteilt. 76% der unter 45-jährigen sind der Auffassung, dass die KV ihre Mitglieder stärker über ihre Tätigkeit

informieren sollte; bei den über 54-jährigen sind es 69%. Eine deutliche Mehrheit von 60% der Befragten sieht trotz zahlreicher Kritikpunkte keine wirkliche Alternative zum KV-System. Vier von zehn Befragten haben die Rückgabe der Kassenzulassung schon einmal ernsthaft erwogen. Doch nur jeder Neunte hat sich zu diesem Thema beraten lassen. Köhler hat versprochen, aus dem Referendum zu lernen und das KV-System stärker auf die Interessenvertretung seiner Mitglieder auszurichten. Wenn das nicht gelinge, räumte er offen ein, „werden wir die QUITTUNG bekommen“. Was er nicht sagte, aber ebenfalls aus den Umfrage-Ergebnissen klar wird: Jetzt ist die Stunde der Berufsverbände gekommen, die sich zu einer starken Interessenvertretung entwickeln können, weil sie nicht in den Fesseln einer Körperschaft des öffentlichen Rechts gefangen sind.

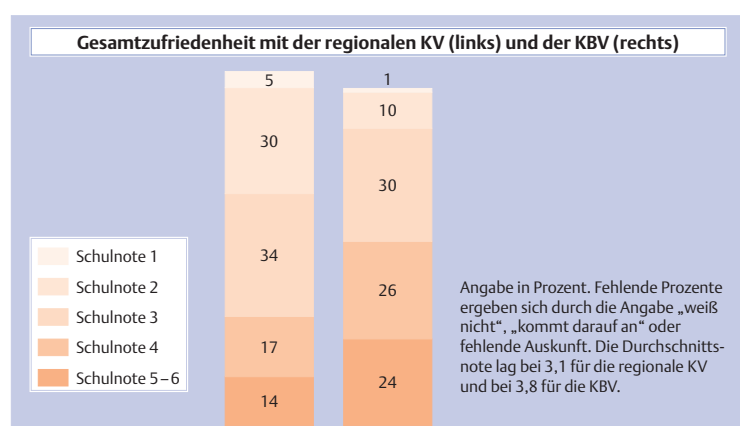


Abb. 2 Gesamtzufriedenheit mit KV und KBV

Baustelle Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

## Ende eines Versicherungszweiges?

### ● Beitragssteigerungen vorprogrammiert

2009 können alle privat Versicherten sechs Monate lang wählen, ob sie ihren seitherigen Tarif in den Basistarif umwandeln wollen. Diese Frist gilt nicht für über 55-Jährige, die jederzeit in den Basistarif wechseln können. Auch alle, die zur Zeit nicht versichert sind, muss die PKV mit dem Basistarif versichern. Besonders für Ältere ist diese Neuordnung eine Steilvorlage, auf den Billigtarif umzustellen. Die unausweichliche Folge ist, dass alle anderen durch saftige Prämienhöhungen das zusätzliche Morbiditätsrisiko übernehmen dürfen. Je mehr Leute sich für den Basistarif entscheiden, umso höher dürften die Beitragssteigerungen für den normal Privatversicherten ausfallen. Dann wird sich auch derjenige, der ursprünglich nicht wechseln wollte,

überlegen, ob er nicht den Basistarif wählen sollte. So ergibt sich ein Circulus vitiosus, aus dem es keinen Ausweg zu geben scheint.

### ● Welcher Leistungskatalog gilt dann?

Offen ist noch die Frage, ob der Basistarif eine GOÄ-Abrechnung mit dem einfachen Satz vorschreibt, oder ob man hier auf den jetzt schon möglichen Standardtarif zurückgreift. Weiter ist offen, ob dieser Tarif sich an dem restriktiven Leistungskatalog des EBM oder an der offenen Leistungserbringung nach der Gebührenordnung für Ärzte mit Analogziffern orientiert. Bin ich im Basistarif nur für die rationierte GKV-Medizin oder für den breiten und flexiblen Katalog der seitherigen PKV versichert? Diese Frage muss noch vom Gesetzgeber beantwortet werden. Hier trifft man aber auf einen wunden Punkt

bei den PKV-Versicherungen. Schon jetzt gibt es private Versicherungen, die manche Rechnungen unter Hinweis auf den Bundesausschuss und den restriktiven Katalog der ambulanten gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr erstatten. Das Hauptargument für eine private Versicherung wird aber in Zukunft ein offener und größerer Leistungskatalog im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung sein. Auf Kundenfang gehen die Versicherer mit diesem Argument allerdings (noch) nicht, wohl weil man zusätzliche Kosten durch neue Leistungen fürchtet. So graben sich die privaten Versicherer aber auf Dauer ihr eigenes Grab.

### ● Krankenversicherung mit Teil- und Vollkasko

Im Klartext: Die Einführung eines Basistarifes, die daraus resultierende

Beitragsdiskussion für die normalen GKV-Versicherten und die auch von einzelnen privaten Krankenversicherern betriebene restriktive Leistungsdefinition werden 2009 die privaten Krankenversicherungen in den Ruin treiben. Im Kampf ums Überleben hoffen sie auf das Verfassungsgericht und einen kritischen Bundespräsidenten, der die Gesundheitsreform vielleicht deshalb nicht unterschreibt, weil er sie nicht für verfassungskonform hält. Ob der aber ein weiteres Mal den Mut haben wird, ein Gesetz an den Bundestag zurückzuschicken, muss ernsthaft bezweifelt werden. Am Ende des Weges wird somit die generelle Versicherungspflicht stehen. PKV und GKV werden gleichermaßen eine Basisversicherung anbieten, vergleichbar mit der Haftpflichtversicherung des Autofahrers. Und auch bei der Autoversicherung gibt es Teil- und Vollkasko, mit und ohne Selbstbeteiligung...

### ● Es lebe die Zusatzversicherung!

Es lebe deshalb die Zusatzversicherung. Stationär ist sie schon voll etabliert, garantiert sie doch die freie Arztwahl im Krankenhaus, auf die der GKV-Versicherte keinen rechtlichen Anspruch hat. Warum nicht eine solche Versicherungsform auch für die ambulante Versorgung? Hier ließen sich die zusätzlichen Leistungen über den rationierten Katalog der Basisversorgung hinaus abbilden. Schon heute gibt es ambulante Zusatzversicherungen – von offensichtlich weiterdenkenden Versicherungsunternehmen. Eines wird klar: Die Hoffnung vieler Politiker durch die Gleichschaltung der Kassen die Mehrklassenmedizin zu verhindern, wird sich damit nicht erfüllen. Wie viele GesundheitsökonomInnen schon heute bestätigen: Gerade diese Reformpolitik fördert auf Dauer die Unterschiede zwischen den Versicherten: Basistarif, Zusatztarife, Selbstzahler, mit und ohne Zusatzversicherung...

HFS

## Krankenhaus-Report 2006

# Klinik-Landschaft im Umbruch

Deutschlands Kliniklandschaft wird umgestaltet. Die seit 2004 laufende Einführung eines neuen Vergütungssystems, die Neuausrichtung der Leistungsangebote an den Bedürfnissen der Bevölkerung und eine Neuordnung der regionalen Versorgung prägen derzeit das Bild. „Krankenhausmarkt im Umbruch“ lautet dementsprechend der Schwerpunkt, den sich die Autoren des „Krankenhaus-Reports 2006“ gesetzt haben.

In dem Report, den das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) jährlich herausgibt, wird besonderes Augenmerk auf die regionale Krankenhausversorgung gerichtet. Dort sehen die Wissenschaftler einen Zielkonflikt: auf der einen Seite der Druck, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, auf der anderen Seite die Anforderung, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Auch in vielen anderen Ländern steht die stationäre Versorgung unter enormem Kosten- und Reformdruck. Die Folge ist, dass der Anteil privater Anbieter an der Leistungserbringung in den nationalen Systemen steigt. In Deutschland hat sich der Gesetzgeber mit der Einführung der G-DRGs und den neuen Angeboten in der Integrierten Versorgung zu einer marktwirtschaftlichen Erneuerung des

bestehenden Systems entschlossen. Tendenziell, schreibt Autor Dr. Jürgen Wettke, Direktor im Düsseldorfer Büro von McKinsey, gewinnt der neue Krankenhausmarkt auch an Attraktivität für ausländische Anbieter, vor allem für Finanzinvestoren. Formen des sogenannten Gesundheitstourismus von und nach Deutschland, glaubt er, werden, soweit absehbar, auf wenige Indikationen und eher kleine Patientengruppen beschränkt bleiben.

### ● Künftig weitere Wege für Patienten?

Derzeit ist die Versorgung nach Überzeugung von Prof. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, München, und seiner Mitarbeiter Andreas Beivers und Christof Minartz „sehr gut“. 98 % der Bevölkerung erreichen in 20 Minuten mit dem



Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006. Schattauer Verlag, Stuttgart 2007. 49,95 €

PKW ein Krankenhaus, das eine Grundversorgung bietet. Genau diese gute Erreichbarkeit könnte aber gefährdet sein, wenn die Kliniken aufgrund des steigenden Kostendrucks ihr Leistungsangebot verstärkt spezialisieren. Der einzelne Bürger müsste dafür weitere Anfahrtswege in Kauf nehmen, erhielte aber im Gegenzug qualitativ hochwertigere Leistungen.

Als eine Möglichkeit, aus diesem Zielkonflikt herauszukommen, wird das Modell des „Integrierten fachärztlichen Versorgungszentrums“ (IVZ) vorgeschlagen. Das Grundkonzept ist einfach: Das IVZ übernimmt in einer Region die fachärztliche Vollversorgung. Dazu werden die Kapazitäten des Krankenhauses mit denen der niedergelassenen Ärzte verzahnt. Die vollstationären und teilstationären Leistungen werden in einem Belegkrankenhaus erbracht, die ambulanten Leistungen in einem Medizinischen Versorgungszentrum und in Zweigpraxen. Der Vorteil: Die heutige weitgehende Trennung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wird überwunden. Damit könne das häufig zitierte Problem der „doppelten Facharztschiene“ gelöst werden, meinen die drei Autoren optimistisch.

### ● Teilstationär statt vollstationär

Das soll auch die Vergütungsseite umfassen. Finanziert wird das IVZ dem

Modell zufolge aus den jetzigen Vergütungen für ambulante und stationäre Leistungen. Dabei soll eine „Rationalisierungdividende“ von 5 bis 10 % des Klinikbudgets an die Krankenkassen fließen. Das IVZ soll sich wirtschaftlich vor allem dadurch rechnen, dass vollstationäre Leistungen durch teilstationäre ersetzt werden. Für die ambulanten Leistungen sehen die Autoren ein Fallpauschalen-System wie im Krankenhaus vor – die Diagnosis Related Groups (DRG). Die Wissenschaftler gehen davon aus, dass sich alle fachärztlichen Leistungen in DRGs gruppieren lassen.

Für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist die Bestandssicherheit der Kostendeckungs- und Kostendämpfungsphase nicht mehr gegeben, erläutert Prof. Matthias Schrappe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten-Herdecke. Nötig sei ein Neuzuschnitt der Berufsgruppen hinsichtlich Prozessorientierung, Case Management, multiprofessionelle Teambildung und Fehlerprävention. Im Rahmen des Disease Managements, der Integrierten Versorgung und der DRG-Einführung sind bereits erste Schritte unternommen worden.

### ● Prozessorientierung im Vordergrund

Defizite sieht Schrappe auch im Bereich der unmittelbaren Leistungserbringung. Die Funktion zahlreicher Einrichtungen eines Krankenhauses habe sich rapide weiterentwickelt, die Arbeitsteilung und Führung habe sich jedoch in den letzten 30 Jahren nicht verändert. Deutlich werde dies z.B. im Operationsaal, der heute ganz andere Aufgaben habe als früher, z.B. minimal-invasive Operationstechniken, Navigationstechniken, Integration von fortgeschrittenen bildgebenden Verfahren, aber hinsichtlich Hierarchie und Berufsgruppenabgrenzung genauso strukturiert sei wie in der Vergangenheit.

Neue Anforderungen und Strukturen erfordern Veränderungen des traditionellen Rollenverständnisses der Berufs-

gruppen. Die wichtigste Neuerung betrifft laut Schrappe die Prozessorientierung. Es könne nicht mehr die Selbstbehauptung und Abgrenzung der Berufsgruppen im Vordergrund stehen, sondern die Orientierung am Prozess der Patientenbehandlung müsse das wichtigste Ordnungskriterium der Tätigkeiten sein. Im Krankenhaus und ebenso im ambulanten Bereich seien multiprofessionelle Teams die Grundstruktur der weiteren Entwicklung. Die therapeutische Gesamtverantwortung werde auch weiterhin bei den Ärzten liegen, doch werde die Ergebnisverantwortung ergänzt durch die Prozessverantwortung. Diese gebe u.a. der Pflege eine höhere Autonomie als bislang. So dürfte z.B. im OP oder im Aufnahmebereich die Prozessverantwortung in vielen Häusern ganz auf die Pflege übergehen.

Autor Erwin Jordan, Dezernent für soziale Infrastruktur der Region Hannover und von 1998 bis 2001 Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, sieht die Zukunftsaussichten kommunaler Krankenhäuser eher düster. Sowohl die Einbindung in Regularien und Traditionen des öffentlichen Dienstes als auch ihr häufiger Marktauftritt als Einzelunternehmen gegenüber privaten Krankenhäusern gelten als gewichtige Nachteile von öffentlichen Krankenhäusern. Prognosen verschiedener Institute sagen ein Schrumpfen des Marktanteils von heute noch über 30 % auf unter 10 % voraus. Jordan meint, die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft müssten sich rasch stärker als Unternehmen organisieren, benötigten anstelle der Strukturen des öffentlichen Dienstes ein echtes Management und müssten mit den Instrumenten moderner Unternehmenssteuerung arbeiten. Ihre Chance, die laufenden Herausforderungen als relevanter Marktteilnehmer zu überleben, hänge auch mit einer verbesserten Handlungsfähigkeit als organisierte Gruppe zusammen.

KS

## Mehr Konvergenzgewinner als -verlierer

2005 war das erste Jahr, in dem die Krankenhausbudgets stufenweise an einen landesweiten Basisfallwert angepasst wurden (Konvergenzphase). Die Anpassung führe zu mehr Konvergenzgewinnern (53%) als Konvergenzverlierern. Für fast die Hälfte der Konvergenzverlierer (49%) wurde das Budget aufgrund der Kappungsgrenzen dennoch nur begrenzt abgesenkt. Insbesondere Krankenhäuser unter 500 Betten gehörten zu den Konvergenzgewinnern. Mit Blick auf die Träger haben freigemeinnützige Kliniken von der Konvergenz profitiert. Durch die Budgetanpassung am meisten verloren haben tendenziell öffentliche Krankenhäuser. Kliniken im ländlichen Raum gehörten wiederum eher zu den Konvergenzgewinnern. Der Krankenhaus-Report liefert für insgesamt 1652 deutsche Krankenhäuser detaillierte Informationen unter DRG-Bedingungen sowie ihrer relativen Performanz im Zuge der Konvergenz.