

Der Gastkommentar

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – mehr Flexibilität für eine bessere Versorgung

Zum 1. Januar 2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten. Aus Sicht des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) bewirkt es mehr Licht als Schatten und ist von daher in der Summe als zielführend im Sinne einer besseren Patientenversorgung anzusehen.

Die wesentlichen Vorteile des Gesetzes aus VLK-Sicht im Einzelnen:

Die für die leitenden Krankenhausärzte wichtigste Änderung liegt wohl in der Neuregelung bzw. Ergänzung des § 20 Abs. 2 der Ärztezulassungsverordnung. Hier schafft das Gesetz endlich Klarheit dahingehend, dass die **parallele Beschäftigung** von Ärzten in einem zugelassenen Krankenhaus mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar ist. Diese Klarstellung schafft die notwendige Flexibilität in personeller Hinsicht z. B. für einen erfolgreichen Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren durch Kranken-

häuser. Hierdurch wird gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur Überwindung der sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung geleistet. In diesem Sinne ist grundsätzlich aus VLK-Sicht ebenfalls positiv zu bewerten, dass nunmehr auch **niedergelassene Ärzte** aufgrund von Konsiliarverträgen oder aber als Teilzeitanestellte **im Krankenhaus beschäftigt** werden können. Umgekehrt können sich angestellte **Krankenhausärzte** künftig unter – in zeitlicher Hinsicht allerdings beschränkter – Fortführung ihrer stationären Tätigkeit als Vertragsärzte niederlassen. Die Möglichkeit der Beschränkung der vertragsärztlichen ambulanten Tätigkeit auf eine „halbe Zulassung“ trägt hier sicherlich zu einer weiteren Flexibilität bei.

Als positiv wird auch die nunmehr erfolgte **Klarstellung** der Gründungsvoraussetzung „**fachübergreifende Tätigkeit**“ für ein Medizinisches Versorgungszentrum gewertet: Nunmehr wird für eine fachübergreifende Tätigkeit auch die Tätigkeit in ver-

schiedenen Schwerpunkten eines Fachgebietes im weiterbildungsrechtlichen Sinne ausdrücklich als hinreichend angesehen. Diese Klarstellung beseitigt bestehende Rechtsunsicherheiten und wird somit zweifellos der Gründung Medizinischer Versorgungszentren Auftrieb verleihen. Das Gleiche gilt auch für die im Rahmen des Gesetzes erfolgte Präzisierung, dass die Tätigkeit von Ärzten derselben Fachrichtung, aber mit Tätigkeit in verschiedenen Versorgungsbereichen, als fachübergreifend im Sinne des Gesetzes anzusehen ist. Als weiterer Vorteil für leitende Krankenhausärzte ist auch zu werten, dass die bisherige Verpflichtung, einen gegen die Versagung einer **Ermächtigung** eingelegten Widerspruch innerhalb der Widerspruchsfrist auch zu begründen, nunmehr weggefallen ist. Positiv ist auch der Wegfall der **Altersgrenze** von 55 Jahren für die Niederlassung anzusehen. Dies kann vor allem für ältere leitende Kranken-



Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser ist Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK) e.V.

hausärzte, welche aufgrund von Abteilungsschließungen, Krankenhausschließungen, Kündigungen usw. auf berufliche Alternativen angewiesen sind, eine mögliche Neuausrichtung fördern helfen. Auch die weiteren Flexibilisierungen durch erweiterte

Möglichkeiten von „Filiabildungen“ sowie der Bildung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften sind im Grundsatz ebenso zu begrüßen, da sie auch für Medizinische Versorgungszentren gelten und somit auch von Krankenhäusern und leitenden Krankenhausärzten genutzt werden können. Allerdings werden hier insbesondere aufgrund nach wie vor entgegenstehender berufsrechtlicher Hindernisse voraussichtlich „die Bäume nicht in den Himmel wachsen“ können.

Negativ aus VLK-Sicht ist hinsichtlich der im Gesetz enthaltenen Neuregelung für die Medizinischen Versorgungszentren auf das neu eingeführte Erfordernis einer **selbstschuldnerischen Bürgschaft** hinzuweisen. Diese ist vom Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums dann abzugeben, wenn das MVZ in der

Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts (z.B. GmbH) betrieben wird. Dieses Erfordernis kann für gemeinnützige Krankenhausträger zu erheblichen Schwierigkeiten jedenfalls dann führen, wenn diese Bürgschaft tatsächlich in Anspruch genommen werden sollte. Andererseits ist die Neuregelung soweit in der Sache durchaus nachvollziehbar, da ohne eine derartige Sicherheit eventuelle Regressansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung gegen die Träger eines MVZ aufgrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Arzneimittelprüfungen etc. häufig kaum realisierbar wären, da das vorhandene Haftungskapital der Trägergesellschaften des MVZ nicht ausreicht.

Nicht nur positiv sieht der VLK die bereits vorerwähnte jetzt mögliche Einbindung **niedergelassener Ärzte als Teilzeitanestellte** im Krankenhaus: Es muss damit gerechnet werden, dass niedergelassene Ärzte ihre Position als „Zuweiser“ und die sich daraus ergebende „Abhängigkeit“ der Krankenhäuser ausnutzen. Hier ist sicherlich eine begleitende Beobachtung vonnöten um zu verhindern, dass positiv angedachte Gesetzesregelungen durch unlauteres Handeln konterkariert werden.

Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser



Bild: DGIM

Glückwunsch und Bilanz (Fortsetzung von Seite 1)

125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

● **Trennung in zwei Verbände: DGIM und BDI**

Viele fragen sich, warum es zwei Verbände zur Vertretung des Faches Innere Medizin gibt. Sie überlegen, ob man die Vertretung der Internisten nicht zusammenfassen kann. Manche Mitglieder glauben sogar, sie seien automatisch BDI-Mitglied, wenn sie in der DGIM organisiert sind und umgekehrt.

Diese Trennung hat historische Gründe. Bis in die 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts gab es tatsächlich nur einen einzelnen Verband, nämlich die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.

Die berufspolitische Diskussion über die medizinische Gebührenordnung machte aber eine Geschäftsteilung und damit einen politisch orientierten Berufsverband der Internisten (BDI) dringend erforderlich, um die berechtigten Forderungen der Internisten insbesondere bezüglich

der Honorierung umzusetzen.

„Getrennt marschieren, aber vereint schlagen“ hieß damals die Devise.

● **Kooperation wird groß geschrieben**

Für die Internisten ergab sich durch die Trennung der beiden Verbände eine Aufgabenteilung. Wissenschaft,



Professor Dr. med. Wolfgang Hiddemann, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III – Großhadern – des Klinikums der Universität München, ist im Jahr 2006/2007 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM).

Bild: DGIM



Ein Muss für jeden Internisten: Der Internistenkongress der DGIM in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden im April.

Aus- und Weiterbildung waren mehr bei der DGIM angesiedelt, die politische Vertretung vor allem auch gegenüber den Körperschaften Kassenärztliche Vereinigung und den Ärztekammern sowie die Fortbildung mehr beim BDI.

Im Laufe der Jahre haben sich die Grenzen aber immer mehr verwischt. Durch die Entwicklung der Schwerpunkte in der Inneren Medizin ist der rein wissenschaftlich



Der diesjährige Internistenkongress findet vom 14. bis 18. April 2007 statt. Vom 25. bis 27. Oktober veranstalten BDI und DGIM gemeinsam den Internistentag in Berlin.

angelegte Kongress in Wiesbaden immer mehr zu einer hochkarätigen Fortbildungsveranstaltung umgestaltet worden. Auch hat die DGIM im Laufe der Zeit bemerkt, dass eine politische Aktivität auch in wissenschaftlichen Bereichen für einen Erfolg dringend notwendig ist. Der BDI wird insbesondere mehr medizinisches Know-how brauchen, das ihm die DGIM liefern kann, wenn er kompetent in Zukunft Versorgungsverträge abschließen will.



Fortbildung auf höchstem wissenschaftlichen Niveau beim Internistenkongress in Wiesbaden.

Es ist wie überall in der heutigen Zeit: Integration wird auch zwischen diesen beiden Verbänden großgeschrieben. In der Absprache und der Kooperation liegt die Zukunft, wenn man auf den verschiedenen Feldern der Inneren Medizin bestehen will. Erstes Signal für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wird der Deutsche Internistentag in Berlin im Herbst dieses Jahres sein. Nach 125 Jahren DGIM ist die Zeit für eine Annäherung wiedergekommen, beide Verbände sind aufeinander angewiesen, wollen sie der Inneren Medizin auch in Zukunft zum Erfolg verhelfen.

HFS

Belegärztliche Versorgung

Rettung für die Belegärzte?

Durch die Neuordnung des EBM und die unterschiedlichen Handhabungen in den Honorarverteilungsverträgen sind in einzelnen Regionen in der Bundesrepublik Deutschland die Belegärzte finanziell massiv unter Druck geraten. Dies hat dazu geführt, dass einige Belegärzte ihre Zulassung zurückgegeben haben, sodass rein auf belegärztliche Tätigkeit ausgerichtete Krankenhäuser in Schwierigkeiten geraten sind. Dabei sind in einzelnen Regionen Umsatzverluste bis zu 50 Prozent und mehr aufgetreten, so dass die Ärztinnen und Ärzte nicht mehr in der Lage waren, kostendeckend ihre Arbeit im Krankenhaus auszuführen.

Seit Einführung des EBM 2000 plus sind inzwischen fast zwei Jahre vergangen. So lange hat es gedauert, bis der erste Versuch einer Rettung des belegärztlichen Honorars im Bewertungsausschuss unternommen wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat von Anfang an versucht, das Defizit des EBM 2000 plus bei der Kalkulation stationärer Leistungen auszugleichen, die Krankenkassen haben – wie häufig – inhaltlich verhandelt. Erst eine gesetzliche Regelung im Wettbewerbsstärkungsgesetz, nach der bis zum 1. April 2007 eine ausreichende Lösung gefunden werden muss, hat die Krankenkassen zum Laufen gebracht.

● Welche Probleme haben die Belegärzte bei der Vergütung?

Die Krankenhäuser werden über DRGs vergütet, deren Systematik permanent überarbeitet wird. Es

kommen immer neue Leistungen hinzu, deren ärztlicher Anteil im EBM nicht abgebildet wird. Dadurch entstehen immer mehr Leistungen, die der Belegarzt am Krankenhaus für Gottes Lohn erbringen muss. Davon unabhängig kann die Kalkulation ambulanter Leistungen nicht ohne Weiteres auf die stationäre Versorgung übertragen werden. Hier sind neue Vergütungsansätze notwendig, die die Kassenärztliche Vereinigung in einem neuen Kapitel eingebracht hat.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser über Einzelverträge finanziert werden und deshalb in einem Konkurrenzkampf untereinander stehen. Krankenhäuser kennen eben keine Kollektivverträge und damit auch keine Mengenbegrenzung, die teilweise in den Kassenärztlichen Vereinigungen auch auf die belegärztliche Versorgung ausgedehnt wird. Dies

führt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen den Krankenhäusern mit und ohne belegärztliche Versorgung. Während die Krankenhäuser mit Hauptabteilung versuchen, ihre Fallzahlen zu steigern, um in der Konvergenzphase zu überleben, bremst die Honorarverteilung die Belegärzte und die belegärztliche Versorgung aus. Es ist deshalb notwendig eine extrabudgetäre Vergütung zu vereinbaren.

In diesem Punkt haben die Krankenkassen ein Einsehen gehabt. Es ist ihnen deshalb leicht gefallen, weil sie aufgrund der Statistiken wissen, dass eine Zunahme der Fallzahlen im stationären Bereich ohnehin nicht zu erwarten ist. Den Krankenkassen ist auch klar gewesen, dass eine bessere Finanzierung der belegärztlichen Vergütung zusätzlich notwendig ist. Sie wollen vermeiden, dass sich die belegärztlich geführten Krankenhäuser

in Hauptabteilungen umwandeln und es hier zu einem Kostenschub im stationären Versorgungsbereich kommt. Dann sind ihnen die 74 Millionen zusätzliches Geld für die Belegärzte doch lieber.

● Ein ungedeckter Scheck

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die neuen Regelungen für die Belegärzte als großen Erfolg verkauft. Niemand weiß aber, wie die 74 Millionen auf die verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden. Zudem haben sich die Krankenkassen auch nicht bereit erklärt, einen bundesweit einheitlichen Punktwert zu vereinbaren. Damit hängen die Belegärzte erneut an den Verhandlungen auf regionaler Ebene zwischen ihrer KV und den dortigen Krankenkassen. Dass hier sehr häufig gemauert wird, sieht man an der Umsetzung des Schiedspruchs für stationärsersetzende Leistungen. Dieser hätte bereits am 1. Januar 2007 umgesetzt werden sollen. In den meisten Ländern ist es bisher noch nicht gelungen, zu einer vernünftigen Vereinbarung zwischen den Vertragsärzten und den Krankenkassen zu kommen, sodass die Umsetzung ins Stocken geraten ist. Es ist zu befürchten, dass sich Ähnliches auch bei der Vereinbarung über die Belegärzte wiederholt. So lange die Belegärzte in Deutschland nicht wissen, wie in ihrer regionalen KV der Punktwert für die extrabudgetär zu finanzierenden Leistungen aussieht, so lange handelt es sich bei der Vereinbarung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss um einen ungedeckten Scheck.

Man kann nur hoffen, dass das Bundesgesundheitsministerium hier im Interesse der KVen und der Vertragsärzte Druck auf die Krankenkassen ausübt, doch noch zu einem einheitlichen festen Punktwert entweder auf der Bundesebene oder durch zügige Verhandlungen in den Ländern zu kommen.

Erst danach wird man als Belegarzt in die Lage versetzt, die ausgehandelten Vorgaben wirklich zu bewerten. Bis dahin bleibt die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Mühe ausgehandelte Lösung leider nur eine Luftnummer.

HFS

Anzeige

Euthyrox/Jodthyrox

169 x 188

Ökonomisierung der ärztlichen Versorgung (Fortsetzung von Seite 1)

Neue Aufgaben für die Berufsverbände

Weitere Ausgabenfaktoren sind der Lebensstil des modernen Menschen sowie die vorhandenen Kapazitäten zur Diagnose und Therapie. Will man die älter werdende Bevölkerung immer mit dem jeweils neuesten Stand der medizinischen Möglichkeiten versorgen, so schätzen Gesundheitsökonomien, dass der Bedarf jährlich etwa um zwei bis drei Prozent real steigt. Das heißt, dass unter

Die spezifisch deutsche Problemlage

Die spezifisch deutsche Problemlage liegt in der Art der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für die GKV sind lediglich die sozialversicherungspflichtigen Einkommen Bemessungsgrundlage für die Beiträge. Die sozialversicherungspflichtigen Einkommen sind aber nur ein Ausschnitt der Gesamteinkommen, die in

Bedarf und Einnahmen der Krankenkassen herangezogen, indem die GKV-Vergütung selbst hinter dem durchschnittlichen Kostenanstieg zurückbleibt. Auch für 2007 wird der Zuwachs der Beiträge der Krankenkassen auf etwa ein halbes Prozent nominal geschätzt, obwohl das BIP um zwei Prozent steigen dürfte.

Die Reformstrategien der letzten 25 Jahre

Überblickt man die letzten 25 Jahre, so kann man feststellen, dass sich drei Reformstrategien nacheinander abgelöst haben. Die erste Reformstrategie war die Budgetierung, die etwa in der Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts begann und mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 seinen Höhepunkt hatte. Die Budgetierung versucht durch Festsetzung der Ausgaben die Finanzierungslücke quasi durch Gesetzesvorgabe zu schließen. Tatsächlich ist es auch in Deutschland gelungen, den Ausgabenanstieg ein Stück abzubremsen, freilich auch zu Lasten der Einkommen der Leistungserbringer.

Die zweite Reformstrategie, die etwa von Mitte der 90er Jahre bis zu dieser letzten Reform heraufreicht, kann als Umstrukturierung durch staatlich geregelten Wettbewerb beschrieben werden. Der Ansatz ist hier, dass man die Strukturen der Versorgung durch gesteuerten Wettbewerb bedarfsge rechter und effizienter gestalten will. Diese Strategie ist auch ein Schwerpunkt des GKV-WSG, wie noch zu zeigen sein wird.

Schließlich setzte dann eine dritte Strategie ein, die bis heute anhält. Dies ist der Versuch, die Finanzierungsgrundlagen neu zu definieren. In Holland wurde dies bereits zu Beginn des Jahres 2006 umgesetzt. In Deutschland sollte dies dann im Jahr 2007 geschehen, wobei allerdings durch die politische Konstellation letztlich keine wirkliche Finanzierungsreform durchgesetzt werden konnte. Es ist jedoch zu erwarten, dass in der nächsten Reform dort weiter gemacht wird, wo man 2007 Halt machte.

Das GKV-WSG

Die drei oben genannten Reformstrategien tauchen alle wieder in unterschiedlicher Gewichtung im GKV-WSG auf. Auch wenn es erklärte Absicht war, die Budgetierung zurückzudrängen bzw. ganz aufzulösen, ist sie nach wie vor Teil der Reformstrategie. Vorherrschend aber ist die Reorganisation bzw. die Restrukturierung des Systems durch Wettbewerb. Doch bevor im Einzelnen auf die Reform eingegangen wird, ist es wichtig, das System der GKV aus einer Makroperspektive kurz vorzustellen, damit die Detailregelungen auch verstanden werden können. Die gesetzliche Gesundheitsversorgung in Deutschland kann in drei Sub-

systeme unterteilt werden, die eingeraht werden von den europäischen und deutschen rechtlichen Rahmenbestimmungen. Die drei Subsysteme haben wir in der **Abbildung 2** wieder gegeben und können wie folgt beschrieben werden: Zunächst ist der Leistungsmarkt anzusehen. Hier werden die Patienten von Ärzten behandelt. Die Patienten selbst sind aber wiederum als Versicherte auch in den Finanzierungsmarkt eingebunden, in dem die Mittel aufgebracht werden, um die ärztliche Behandlung vergüten zu können. Im Finanzierungsmarkt stehen sich die Versicherten und die Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen gegenüber.

Schließlich gibt es noch einen dritten Teilmarkt, der für das deutsche System der GKV besonders bezeichnend ist. Diesen Teilmarkt nennen wir den Vertragsmarkt. Auf ihm stehen sich die Verbände der Krankenkassen mit den Verbänden der Leistungserbringer gegenüber, um die ökonomischen Bedingungen auszuhandeln, die an sich auf dem Leistungsmarkt geregelt werden müssten. Der Vertragsmarkt ist also subsidiär zu dem Leistungsmarkt zu sehen. Welches Steuerungsprinzip den drei Teilsystemen zugrunde liegt, soll zunächst offen bleiben.

Reform der Finanzierung im GKV-WSG

Wie schon angesprochen, sollte das GKV-WSG vor allem die Finanzierungsgrundlagen reformieren. Tatsächlich aber ist dies nicht gelungen. Zwar wurde ein Gesundheitsfonds kreiert, der die Beiträge der beitragspflichtigen Versicherten wie auch der Arbeitgeber sammelt und diese dann morbiditätsorientiert an die Krankenkassen weitergibt. Faktisch sammeln aber weiterhin die Krankenkassen Mittel ein, liefern die dann an den geplanten Gesundheitsfonds, der seinerseits nach entsprechenden Berechnungen diese Mittel morbiditätsadjustiert an die Krankenkassen zurückgibt. Erst dann wissen die Krankenkassen, wie viel Mittel ihnen für Vergütungen zur Verfügung stehen. Die Krankenkassen werden damit von einer Krankenversicherung zu einer Art Managementgesellschaft, die mit den vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Finanzmitteln beauftragt ist, die Versorgung ihrer Versicherten zu organisieren und zu optimieren. Für die Versicherten und Arbeitgeber wird es ab 2009 nur noch einen einzigen Beitragssatz geben, der politisch festgelegt ist. Damit kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass insgesamt die GKV ein Stück staatsnäher ausgestaltet wird. Die eigentlichen Finanzierungsprobleme bleiben jedoch ungelöst, nämlich

- die Einbeziehung aller Einkommen in die Beitragspflicht,

- die Abkoppelung der Beiträge von den Arbeitskosten,
- die Bildung von Rückstellungen. Die versprochenen Steuermittel können zu einem Danaergeschenk werden, denn Steuermittel bedeuten auch verstärkte staatliche Mittelkontrolle!

Die Restrukturierung des Vertragsmarktes

In den Vertragsbeziehungen bringt das GKV-WSG wohl die meisten und tiefgreifendsten Veränderungen. Auch wenn dieses Reformgesetz in der Logik eine Fortsetzung der begonnenen Restrukturierung aus der Reform 2000 ist, geht sie doch noch einmal ein gutes Stück weiter. Der Vertragsmarkt wird durch das GKV-WSG in zwei Segmente aufgespalten. In einem großen Segment werden die Leistungen bzw. die ökonomischen Beziehungen – wie bisher – in Form von Kollektivverträgen geregelt. Die typischen Vertragspartner sind hier die Landesverbände der Krankenkassen und auf der anderen Seite die KVen. Auf der Bundesebene wird es durch das WSG auf der Seite der Krankenkassen nur noch einen Spitzenverband Bund geben, der mit der

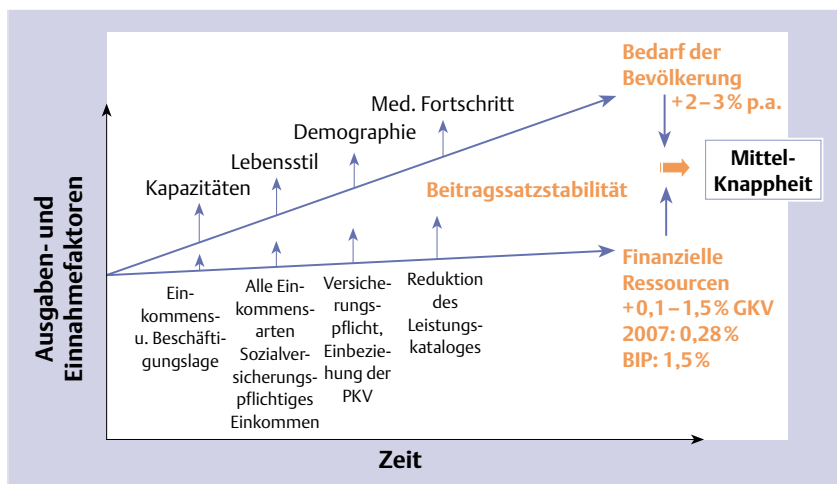


Abb. 1 Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem aller Industriestaaten und die spezifisch deutsche Problemlage

Berücksichtigung der Inflationsrate etwa vier bis fünf Prozent jährlich mehr für eine moderne Gesundheitsversorgung ausgegeben werden müsste. Den bedarfsteigernden Faktoren stehen die Faktoren gegenüber, die die finanziellen Ressourcen bzw. die Finanzierungsgrundlage der Gesundheitsversorgung ausmachen (siehe **Abb. 1**).

An der Spitze ist hier das Einkommenswachstum der Versicherungspflichtigen zu nennen. Dieses hängt wieder eng mit dem wirtschaftlichen Wachstum einer Volkswirtschaft zusammen. Das Einkommenswachstum ist die Quelle für die Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Weiter sind der Versicherungsumfang sowie die Versicherungspflichtigkeit der Bevölkerung zu nennen. Kennzeichnend ist, dass alle Staaten nicht automatisch die Finanzmittel so wachsen lassen, wie der Bedarf ansteigt. Dies führt zu einer zunehmenden Verknappung der Mittel für die Gesundheitsversorgung und zu Reformen.

einer Volkswirtschaft erwirtschaftet werden. In den letzten zehn Jahren stieg das Inlandsprodukt in Deutschland, weil die sozialversicherungspflichtigen Einkommen, das sind zugleich die Arbeitskosten der Unternehmen, gesunken und nicht gestiegen sind.

Schließlich wurde die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft in den letzten zehn Jahren dadurch gestärkt, dass die Urlaubs- und Weihnachtsgelder abgesenkt wurden, was zu einer Reduktion der Beitragseinnahmen der GKV führt. Und dies geschieht, obwohl auf der anderen Seite der Behandlungsbedarf weiter zunimmt. Auch die in großem Umfang durchgeführten Frühverrentungsmaßnahmen haben ähnliche Effekte. Die Gesundheitsreform 2007, die diesen Umstand eigentlich aufgreifen und beseitigen sollte, hat hier kläglich versagt. Ja, im Gegenteil, nach wie vor werden die Leistungserbringer, insbesondere aber die Vertragsärzte, zur Finanzierung der Lücke zwischen

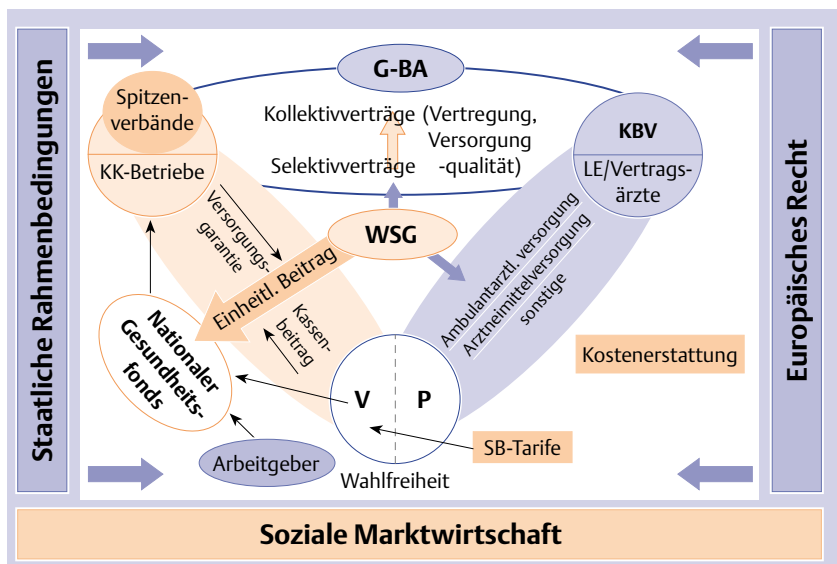


Abb. 2 GKV-Gesundheitsversorgung im Überblick

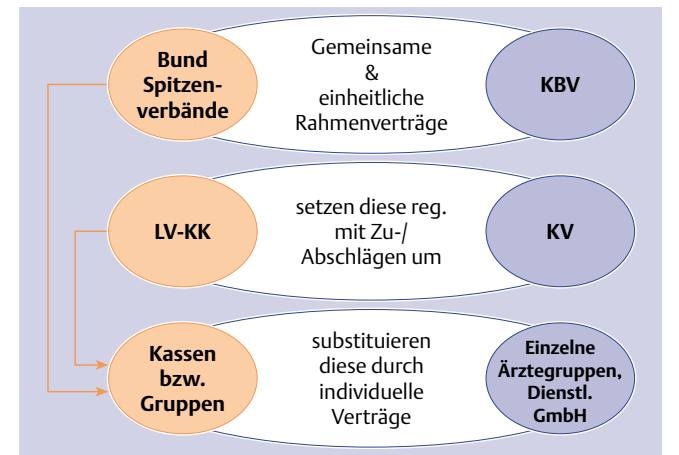


Abb. 3 Neugewichtung der Verbände im WSG

KBV die wichtigen Dinge zu klären hat. Generell werden im WSG diese kollektivvertraglichen Vereinbarungen stärker auf die Bundesebene konzentriert und deutschlandweit vereinheitlicht.

Das zweite, kleinere Segment im Vertragsbereich wird hingegen stärker dezentralisiert und individualisiert. Durch das Gesetz wird es möglich gemacht, dass sowohl Hausärzte wie Fachärzte mit einzelnen Krankenkassen ohne Hinzuziehung der jeweiligen KVen vertragliche Vereinbarungen treffen, wie sie heute nur zwischen KV und Kassenverbänden getroffen werden. In dem Umfang, wie solche individualrechtlichen Verträge geschlossen werden, wird der Bereich der kollektiven Verträge zurückgedrängt. Da in dem Bereich der Individualverträge aber die Verbände als Kollektive nicht mehr als Ansprechpartner gedacht sind, ist die Frage, wie sich nun die individualrechtlichen Beziehungen organisieren bzw. wer hier die Organisation und das Management übernimmt. Der Gesetzgeber lässt viele Möglichkeiten zu, wenn er davon spricht, dass einzelne Ärzte, Gruppen von Ärzten oder Verbände von Ärzten diese Verhandlungsführungen übernehmen können (siehe **Abb. 3**).

● **Neue Aufgaben für die Berufsverbände**

Es ist auch vorgesehen, dass die Individualverhandlungen an KVen delegiert werden können. Da aber aus Sicht der KVen diese individualrechtlichen Verträge deren ureigenes Gebiet, nämlich die Kollektivverträge, entsprechend verdrängen, sind Konflikte zu erwarten. An dieser Stelle dürfte für die Berufsverbände eine wichtige neue Funktion entstehen: Die Unterstützung ihrer Mitglieder beim Aufbau entsprechender Ver-

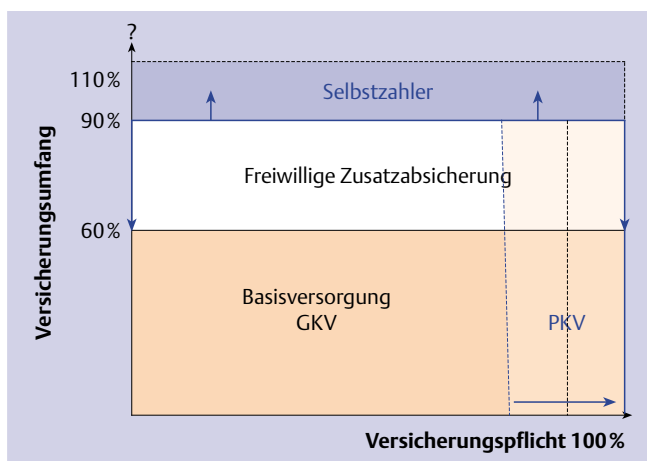


Abb. 4 Drei-Marktsegmente-Modell

tragsstrukturen, evtl. auch die Übernahme von vertraglichen Verhandlungen für ihre Mitglieder. Freilich muss dafür die jeweilige Infrastruktur geschaffen werden, über die die Berufsverbände heute nicht verfügen. So könnte es doch an vielen Stellen sinnvoll sein, die KVen bzw. ihre ausgegründeten Dienstleistungsgesellschaften mit der Verhandlungsführung zu beauftragen. Die Berufsverbände haben dann die Aufgabe, bei den Verhandlungen präsent zu sein

bzw. die Ziele der Verhandlungsführung entsprechend mitzugestalten.

● **Reform der privatärztlichen Versorgung**

Im Bereich der privatärztlichen Versorgung werden durch das WSG ebenfalls weitreichende Veränderungen eingeleitet. An der Spitze steht hier der beschlossene Basistarif für Privatversicherte. Innerhalb des Basistarifes werden Privatversicherte quasi den gesetzlich Versicherten gleichgestellt. Die Vergütung bleibt zwar weiterhin

die GOÄ, doch ist der Steigerungssatz auf das 1,8-fache begrenzt. Abweichungen davon müssen von der KBV und dem Verband der Privatversicherer ausgehandelt werden. Der Basistarif hat eine Reihe von sozialen

Elementen, die über die Vollversicherten zu finanzieren sind. Aus diesem Grunde ist zu erwarten, dass die privaten Vollversicherten mit einer Beitragssatzsteigerung zu rechnen haben. Hier findet also eine Art Solidar Ausgleich statt, der ursprünglich zwischen PKV und GKV geplant war. Für die Berufsverbände entsteht auch hier eine neue Aufgabe, die bislang so nicht wahrgenommen wurde. Die privaten Krankenversicherer haben nämlich, auch angestoßen durch das

WSG, den Wunsch, mit Verbänden von Ärzten freiwillige Vereinbarungen über die Honorierung und Leistungsqualität für ihre Vollversicherten abzuschließen. Hier wird es in absehbarer Zeit sinnvoll sein, wenn Berufsverbände ihre „Fühler“ ausstrecken und die Möglichkeiten von Vereinbarungen mit privaten Versicherungsunternehmen ausloten.

● **Mittelfristige Perspektive: Dreiteilung der Versorgung**

Die mittelfristigen Perspektiven für die Krankenversorgung in Deutschland laufen auf eine Dreiteilung der Versorgung hinaus (siehe Abb. 4). Einerseits wird eine Basisversorgung aufgebaut, in der alle Deutschen eine Pflicht zur Versicherung haben, sei es bei den Krankenkassen oder bei den privaten Versicherungsunternehmen. Der Basistarif ist schon hierbei der vorgezeichnete Weg. Neben dieser Basisversorgung wird sich aber auf mittlere Sicht sehr rasch eine Zusatzversorgung abbilden, weil auf längere Sicht die Basisversorgung nicht in dem Umfang zu finanzieren sein wird, wie das heute der Fall ist. Die Zusatzversicherung wird vor allen Dingen solche Leistungen umfassen, die aus Sicht der Basisversorgung keinen genügend hohen Evidenzlevel aufweisen und für die das Kostenwirksamkeitsverhältnis kein befriedigendes Ergebnis zeigt. Bürger, die sich aber jenseits dieser Begrenzung mit Leistungen versorgen lassen wollen, werden dies über eine freiwillige Zusatzabsicherung entsprechend tun können. Wer diese freiwillige Zusatzabsicherung anbietet, ist zunächst offen. Möglich ist es, dass

dies die Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen nebeneinander tun können. Schließlich wird es immer auch einen Markt für Selbstzahler geben. In diesem Bereich übernehmen

weder gesetzliche noch private Krankenversicherungen die Risikoabdeckung, weil die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu wenig nachgewiesen ist oder die Maßnahmen mehr der Kosmetik zuzuordnen sind. Auf lange Sicht werden sich die drei Märkte vor allen Dingen dadurch unterscheiden, dass Innovationen, die von den vielfältigen Industrien angeboten werden, in unterschiedlichem Umfang zur Verfügung gestellt werden.

● **Die nächsten Gesundheitsreformen**

Aufgrund der großen Probleme, die Versorgung in die oben skizzierte Dreiteilung zu bringen, kann man davon ausgehen, dass noch eine Reihe von Reformen ins Land stehen. Die Segmentierung der Versorgung ist nämlich in einer Demokratie äußerst brisant, insbesondere wenn mehr und mehr Wähler zu den Altersgruppen gehören, die Gesundheitsleistungen in hohem Umfang in Anspruch nehmen. Diesen potenziellen Wählerkreisen Leistungen vorzuenthalten, ist in der Demokratie denkbar schwierig zu

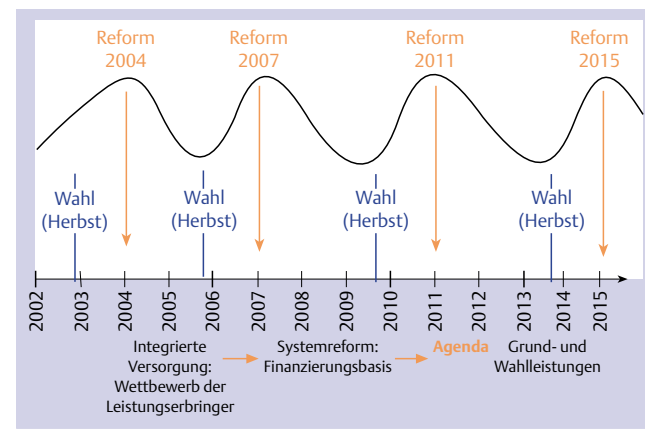


Abb. 5 Wahlzyklus und Reformzyklus in Deutschland

gestalten. Aus diesem Grunde erwarten wir auch in weiterer Zukunft im Rhythmus der letzten Gesundheitsreformen weitere Reformen.

Gehen wir vom Rhythmus der letzten Reformen aus, so findet eine Gesundheitsreform stets nach der jeweiligen Bundestagswahl statt. Die Vielzahl an Landtagswahlen lässt jeweils immer nur ein Datum für eine Gesundheitsreform günstig erscheinen, das ist nach dem ersten vollen Jahr nach der Wahl (siehe Abb. 5). Nach dieser Logik fand auch diesmal die Reform ihren Startpunkt im Jahr 2007. Dieser Logik folgend werden die nächsten Reformen im Jahr 2011 und im Jahr 2015 folgen. Auf sie gilt es sich bereits vorzubereiten.

Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

Prof. Dr. Günter Neubauer ist Inhaber des Lehrstuhls für „Volkswirtschaftslehre, insbesondere Sozial- und Gesundheitsökonomik“ an der Universität der Bundeswehr in München.

Aus der BDI-Landesgruppe Niedersachsen

Attraktive Kombination aus Politik und Fortbildung

Mit einem Novum wartete die erste Mitgliederversammlung des BDI-Landesverbandes Niedersachsen nach der Wahl des neuen Vorstands Ende Januar auf: Neben der traditionellen Standespolitik wurde hochkarätige Fortbildung geboten. Wegen des Erfolgs soll dies alljährlich im Januar wiederholt werden.

Da der Vorsitzende des Landesverbandes, Dr. Michael Bodammer, aus persönlichen Gründen verhindert war, leitete der stellvertretende Vorsitzende Dr. Klaus Jürgen König die Versammlung. Erfreut zeigt er sich, dass er mit Präsident Dr. Wolfgang Wesick und dem Vizepräsidenten Dr. Wolf von Römer und Prof. Malte Ludwig nicht nur das komplette Präsidium des Berufsverbands Deutscher Internisten BDI e.V. in Hannover begrüßen konnte, sondern ebenfalls als Gast die Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. Martina Wenker.

Die Anregung, auf der Mitgliederversammlung auch wissenschaftliche Vorträge halten zu lassen, war von Dr. Bodammer gekommen. Der 2. Vizepräsident Prof. Ludwig hatte sich spontan als Referent zur Verfügung

gestellt. Planung und Organisation lagen in der Hand des Ehrenvorsitzenden des Landesverbandes, Dr. Wolf-Dieter Kirsten. Die Themen waren „Rationelle Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie“ (Dr. Dumann), „Therapie der AVK in einem zertifizierten Gefäßzentrum“ (Dr. Wieczorek) sowie „Farbduplexsonographie in der Diagnostik von Nierenarterienstenosen“ (Prof. Ludwig). Die Fortbildung wurde zertifiziert und mit fünf Punkten bewertet.

● **Radikaler Systemwechsel eingeleitet**

An den Bericht zur gesundheitspolitischen Lage von BDI-Präsident Wesick und seinem Ausblick auf das Jahr 2007 schloss sich eine lebhaft Diskussion mit zahlreichen Fragen aus dem Publikum an. Sie betrafen vor

allem die Weiterentwicklung der Inneren Medizin sowie die Auswirkungen der jüngeren Gesetzgebung – AVWG, VÄndG, GKV-WSG – auf die tägliche Arbeit. Der Kollege König wies in seinem Statement darauf hin, dass vor allem durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV ein radikaler Systemwechsel eingeleitet wird. Indem der Staat über den geplanten Gesundheitsfonds die Beiträge und Leistungen festlegt, eröffnet er den Weg in eine Staatsmedizin. Der im Gesetz vorgesehene „Dachverband“ für die Krankenkassen ist der Einstieg in die Einheitskasse, der Hausarzttarif führt einen Schritt weiter zum Primärarztssystem, und der Basistarif mit Kontrahierungszwang ruiniert die privaten Krankenkassen. Mit dem Schlagwort „Beseitigung der doppel-

ten Facharztschiene“ ist laut König die Elimination der niedergelassenen Fachärzte und die Einrichtung von Polikliniken an den Krankenhäusern gemeint. Aus diesen Gründen sei es unbedingt notwendig, auch nach der Verabschiedung des Gesetzes den Kampf dagegen fortzuführen. Dabei kommt dem BDI, der mit 25000 Mitgliedern aus allen Versorgungsbereichen der größte europäische Fachärzterverband ist, eine wichtige Rolle zu. Neben der „großen“ Politik gehören natürlich auch Honorar- und Zulassungsfragen zu den Aufgaben, die im Bundesland gelöst werden müssen. Bisher haben sich darum mehr oder

weniger die einzelnen Berufsverbände wie BNK, BNFN oder BHI gekümmert. Der Wunsch des Vorstandes des Landesverbandes Niedersachsen ist es, sich wieder mehr der Gemeinsamkeiten des internistischen Berufs bewusst zu werden. Der BDI kann die einigende Klammer sein, der die unterschiedlichen Interessen bündelt und ein gemeinsames Vorgehen ermöglicht. Der BDI will daher in Niedersachsen das Gespräch mit allen internistischen Gruppierungen suchen und aktiv in der GFB sowie am „Runden Tisch“, einer Gesprächsrunde der KV Niedersachsen, mitwirken.

KS

Anzeige

Pentalog Motiv 2

111 x 50