

## Der Gastkommentar

## Gesundheitskultur vs. Gesundheitswirtschaft

Über Jahrzehnte hat dieses Land eine Gesundheitskultur geprägt, in der die Freiberuflichkeit des Arztes und die freie Arztwahl des Patienten bestimmende Faktoren waren. Es bestand parteiübergreifend Einigkeit darin, das Gesundheitswesen nach den Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung auszurichten. Das medizinische Notwendige sollte allen Menschen in gleichem Umfang zuteil werden. Um diese Gesundheitskultur wurden wir weltweit beneidet. Seit einigen Jahren jedoch werden in der Gesundheitspolitik zunehmend andere Akzente gesetzt. Das Gesundheitswesen wird nicht mehr als soziale Einrichtung gesehen, sondern als eine Art Markt, für den sich der Ausdruck „Gesundheitswirtschaft“ etabliert hat.

Denkmodelle der Ökonomie werden mechanistisch auf das Gesundheitswesen übertragen und dogmatisch zur Handlungsmaxime erklärt. Während früher die Versorgung des Patienten nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand das erklärte Ziel war,

werden unter den heutigen Bedingungen des Wettbewerbs die ökonomischen Kriterien dominierend.

Zweifellos ist es richtig, dem Gesundheitswesen wirtschaftliches Potenzial zuzuschreiben. Die Politik hat das lange Zeit nicht erkannt und die Jobmaschine Gesundheitswesen unterschätzt. Am Beispiel der Krankenhäuser wird deutlich, wie unzureichend die politische Unterstützung für die notwendige Instandhaltung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ausgefallen ist. Wegen der ausbleibenden gesetzlich vorgesehenen Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer müssen die Kliniken seit Jahren einen Investitionsstau von mehr als 30 Milliarden Euro verkraften. Hinzu kommt, dass die Drangsalierung durch die Budgets im stationären wie ambulanten Bereich verstärkte Investitionen in Personal und Ausstattung unmöglich gemacht hat.

Die Politik hat schlichtweg falsche Prioritäten gesetzt. In einer Zeit des demografischen Wandels hin zu einer Gesellschaft des langen Lebens

müsste viel mehr in die Instandhaltung und den Ausbau der medizinischen und pflegerischen Versorgung investiert werden. Das ist die sozialpolitische Herausforderung unserer Gesellschaft. Es ist auch wirtschaftspolitisch sinnvoll, denn die Jobs werden in der Zukunft im Dienstleistungssektor entstehen und nicht mehr im produzierenden Gewerbe.

Stattdessen aber hat die Politik mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und anderen Reformgesetzen eine Art Wettbewerbsordnung eingeführt, die den reinen Preiskampf unter den Leistungserbringern gebietet. Der dafür vorgesehene staatliche Rahmen – Festsetzung des Einheitsbeitrages der Krankenkassen durch die Bundesregierung und die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds – dient dazu, die Kassen zu flexiblen, möglichst kostengünstigen Versorgungsverträgen zu animieren. Denn nur wer im Preiskampf mit dem Wettbewerber bestehen kann, wird bei der Mitglie-



Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Bundesärztekammer

dergewinnung erfolgreich sein, so das unausgesprochene Credo der Wettbewerbsapostel. Durch die Zentralisierung medizinischer

Entscheidungsprozesse bei staatlichen und substaatlichen Institutionen einerseits und die Ausrufung des Preiswettbewerbs unter den Leistungserbringern andererseits ist ein überbordendes Vorschriften- und Kontrollsystem entstanden, das Zeit in der Patientenversorgung kostet und den Druck zur Rationierung bis ins Unerträgliche erhöht.

Die Politik verkennt, dass das Gesundheitswesen keine Gesundheitswirtschaft ist, dass Ärzte keine Kaufleute und Patienten keine Kunden sind, dass Gesundheit und Krankheit keine Waren und Wettbewerb und Marktwirtschaft keine Heilmittel zur Lösung der Probleme des Gesundheitswesens sind. Im Mittelpunkt eines funktionierenden Gesundheitswesens muss deshalb

wieder der kranke Mensch stehen und nicht mehr der Geschäftsgegenstand Diagnose – das auch ist die Botschaft des 111. Deutschen Ärztetages in Ulm gewesen: „In Zeiten zunehmender Marktorientierung bis hin zu einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist eine im ärztlichen Selbstverständnis der Profession verankerte Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten unverzichtbar, wenn weiterhin eine humane medizinische Versorgung gewährleistet bleiben soll. Der Patient benötigt eine von Eigeninteressen freie Betreuung und individuelle Unterstützung in seiner krankheitsbedingten Bedürftigkeit.“ (aus: „Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft“ – Ulmer Papier, beschlossen vom 111. Deutschen Ärztetag 2008 in Ulm). Wenn nötig, werden wir diese Botschaft zu einem zentralen Thema im nächsten Bundestagswahlkampf machen müssen.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe,  
Präsident der Bundesärztekammer

## 9. Deutscher Lebertag

## „Check-up für die Leber“

„Check-up für die Leber“ lautet das Motto für den 9. Deutschen Lebertag, der wie immer am 20. November stattfindet und in diesem Jahr von der Deutschen Leberstiftung, der Deutschen Leberhilfe und der Gastro-Liga ausgerichtet wird.

Mit diesem Motto fordern die Ausrichter dazu auf, die Blut- bzw. Leberwerte zu kontrollieren. Viele Lebererkrankungen können so früher erkannt werden, bevor sie in eine chronische Entzündung der Leber übergehen. Denn viele dieser Erkrankungen bleiben häufig längere Zeit unbemerkt. Sie können aber im Verlauf von Jahren und Jahrzehnten zu schweren Komplikationen wie Leberzirrhose oder Leberzellkrebs führen. Eine Vielzahl von Lebererkrankungen ist im frühen Stadium hervorragend zu therapieren oder lässt sich durch Änderung des Lebensstils gut beeinflussen. Eine frühe Diagnose ist daher unbedingt wünschenswert. Der Nachweis auf einen erhöhten Wert des Enzyms GPT ist ein gut geeigneter Suchtest, da die GPT mit einer hohen Sensitivität Leberschäden anzeigen kann und kaum in anderen Organen gebildet wird. Ein erhöhter GPT-Wert kann eine leichte Leberentzündung anzeigen, die dann zur



Suche der Ursache Anlass gibt und so im Zuge einer Früherkennung zu einer rechtzeitigen Diagnose führt. Im Rahmen des bundesweiten Aktionstages sollen wieder zahlreiche regionale Veranstaltungen wie Arzt-Patienten-Seminare, Lebertest-Aktio-

nen usw. stattfinden. Begleitet und unterstützt werden diese regionalen Veranstaltungen durch zentrale Pressearbeit, eine Website zum Deutschen Lebertag ([www.lebertag.org](http://www.lebertag.org)) und das entsprechende Informationsmaterial.

Der Berufsverband Deutscher Internisten unterstützt gemeinsam mit der BAG Leber und dem Kompetenznetz Hepatitis den Deutschen Lebertag. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich mit einer Aktion am 9. Deutschen Lebertag beteiligen würden. Falls Sie eine Aktion vor Ort durchführen, machen die Ausrichter gerne über die zentrale Website darauf aufmerksam. Bitte senden Sie dazu einen Programmablauf, einen Ansprechpartner und ein PDF Ihrer Ankündigung per Mail an [info@leberhilfe.org](mailto:info@leberhilfe.org). Alternativ können Sie Ihre Ankündigung auch als JPG zusenden. Für Ihre Veranstaltung stellen Ihnen die Ausrichter gern Flyer und Plakate zur Verfügung. Auch für die Öffentlichkeitsarbeit können Sie dort Unterstützung erhalten.

Weitere Informationen: Deutsche Leberstiftung, E-Mail: [info@deutsche-leberstiftung.de](mailto:info@deutsche-leberstiftung.de), Telefon 0511/532 6819.

Dr. med. Martin Strauch  
ehem. Vorsitzender  
Sektion Gastroenterologie im BDI e.V.

## Neues zur Krankenhausfinanzierung

## Bedenken aus den Ländern?

Die Diskussion über die Krankenhausgesetzgebung geht weiter. Dabei geht es hauptsächlich um die Frage, ob die monistische Krankenhausfinanzierung eingeführt wird und ob die Investitionen nicht mehr direkt über die Länder in den Krankenhäusern finanziert werden. Auch über die Möglichkeit selektiver Verträge im Krankenhausbereich über den Krankenhausbedarfsplan hinaus (siehe Artikel in vergangenen Ausgaben von BDI aktuell) wird gestritten.

Die Gesundheitsministerkonferenz in Plön hat sich mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nur auf einen kleinen gemeinsamen Nenner einigen können. Es war deshalb der Verdacht aufgekommen, dass die Krankenhausgesetzgebung in dieser Legislaturperiode ins Stocken geraten wird.

Dafür spricht im Übrigen die von der Bundesärztekammer aktuell gestreute Information, dass Bundeskanzlerin Merkel den Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium zur Krankenhausfinanzierung nicht auf die Agenda der Kabinettsvorlagen gesetzt hat. Angeblich könne sich das Kabinett in absehbarer Zeit mit den Plänen nicht befassen. Hintergrund dürfte sein, dass die Bedenken

der Länder bei dem Entwurf aus dem Bundesgesundheitsministerium nicht ausreichend berücksichtigt worden sind.

Wir dürfen gespannt sein, ob sich in dieser Legislaturperiode bezüglich der Gesetzgebung zum Krankenhaus etwas tun wird.

HFS

– Anzeige –

**Notfall-Defibrillator**  
AED + Monitoring Kombisystem  
statt 4460 € nur 1299 € + MWSt.  
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h  
[www.herzmedica.de](http://www.herzmedica.de)

GKV-WSG und die Folgen (Fortsetzung von Seite 1)

## Der Basistarif ist kein PKV-Tarif

Wichtig ist der PKV auch, dass die Pflicht zur Versicherung nicht mit einer Versicherungspflicht gleichgesetzt wird. Nicht nur in der SPD werde häufig von der Versicherungspflicht anstatt der Pflicht zur Versicherung gesprochen. Die Versicherungspflicht entspricht einer Zwangsversicherung, in der Versicherte, auch wenn sie keine Beiträge zahlen, ihren Leistungsanspruch nicht verlieren. Bei der Pflicht zur Versicherung als „freiheitlicher“ Alternative kommt es bei Nichtzahlung der Beiträge zur Kündigung. Der Krankenversicherungsschutz geht also verloren. Darüber hinaus ist es Sache jedes einzelnen, der Pflicht zur Versicherung durch Wahl einer Versicherung nachzukommen. Es wird nach Auffassung der PKV in Zukunft darauf zu achten sein, dass die im Gesetz verankerte Pflicht zur Versicherung vom Gesetzgeber sukzessive nicht zur Versicherungspflicht und damit faktisch zur Bürgerversicherung uminterpretiert wird.

### ● Basistarif wird subventioniert werden müssen

Kernstück der Änderungen für die PKV ist der Basistarif, den die Branche zum 1. Januar 2009 einführen muss. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, u.a. Kontrahierungszwang und Beitragsobergrenzen, wird der Basistarif sich nicht selbst finanzieren können. Deshalb wird er von den Versicherten anderer Tarife subventioniert werden müssen. Auch die neuen Regelungen zur Portabilität der Alterungsrückstellungen werden sich auf die Beiträge auswirken. Diese Leistungskomponente ist nämlich in den bestehenden Tarifen nicht einkalkuliert und muss in den

künftigen Tarifen für Neuversicherte ab 1. Januar 2009 zusätzlich berücksichtigt werden.

In der Summe, stellt der PKV-Verband fest, führen die Maßnahmen des GKV-WSG zu erheblichen Belastungen der privaten Krankenversicherung und ihrer Versicherten, die die Grenze des grundrechtlich Zulässigen überschreiten:

- ▶ Zwang zum Angebot eines Basistarifs
  - mit standardisiertem, vom Gesetzgeber bestimmten Leistungsumfang
  - mit gesetzlicher Begrenzung der Prämienhöhen
  - mit Ausschluss von Risikozuschlägen, Verbot von Leistungsausschlüssen
  - Ausschluss von Kündigungen und Kontrahierungszwang für die Unternehmen
  - mit erzwungener Umlage und Quersubventionierung der Mehraufwendungen des Basistarifs durch Versicherte in herkömmlichen Tarifen und im Basistarif
- ▶ Öffnung des Standardtarifs zu ähnlichen Bedingungen wie im Basistarif
- ▶ Portabilität der Alterungsrückstellungen bei Bestandskunden
- ▶ Pflicht zur Versicherung
- ▶ Ausschluss jeder Kündigungsmöglichkeit und Verpflichtung zur „Notversorgung“ auch bei dauerhaftem Prämienverzug
- ▶ Einschränkung des Neuzugangs von Angestellten durch Erfordernis eines dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze
- ▶ einseitige Begünstigung der GKV durch einen Steuerzuschuss von bis zu 14 Mrd. € jährlich
- ▶ Wahltarife in der GKV.

### PKV in Zahlen

- ▶ Die Krankheitsvollversicherung ist die Hauptversicherungsart der PKV. Ihr Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen in Höhe von 29 460 Mio. Euro beträgt 72,1%. Vollversicherte Personen 2007: 8 549 000 (+0,7% gegenüber dem Vorjahr).
- ▶ Fast 85% der Vollversicherten haben einen Versicherungsschutz gewählt, der die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung im Krankenhaus beinhaltet.
- ▶ Im Standardtarif waren im Berichtsjahr 5758 Personen mit Beihilfe und 27 637 Personen ohne Beihilfe versichert, insgesamt 33 395. Das ist gegenüber dem Vorjahr ein Zuwachs von 34,6%.
- ▶ Die Zusatzversicherungen erhöhten sich 2007 um 7,52% auf 19 783 800 Verträge.
- ▶ GKV-Versicherte haben insbesondere folgende Zusatzversicherungen abgeschlossen: ambulante Tarife (6 346 000); Wahlleistungen im Krankenhaus (5 167 600); Zahntarife (10 793 900). Folgende Zusatzversicherungen waren auch für privat Versicherte interessant: Krankentagegeld (3 464 800); Krankenhaustagegeld (8 644 800); Pflegezusatzversicherung (1 171 500).
- ▶ Beitragseinnahmen insgesamt: 29 460 Mio Euro (+3,4%)
- ▶ Aufwendungen insgesamt: 18 790 Mio Euro (+5,3%)



Der Basistarif ist kein PKV-Tarif sondern ein GKV-Tarif in der PKV: Er unterscheidet sich damit grundlegend vom PKV-Normaltarif mit seinem offenen Leistungskatalog. Wer als Patient glaubt, im Basistarif automatisch Chefarztbehandlung zu erhalten, hat sich getäuscht.

Gegen diese Zumutungen setzt sich die PKV mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln zur Wehr. Eine große Zahl privater Krankensicherer, die zusammen über 95% der Privatversicherten repräsentieren, hat gegen die sie betreffende Neuregelungen der Gesundheitsreform fristgerecht Verfassungsbeschwerden eingeleitet. Darüber hinaus unterstützen Versicherungsunternehmen Privatversicherte als weitere Beschwerdeführer, um gegen sie betreffende Maßnahmen – z.B. gegen den Zuschuss aus Steuermitteln allein für die GKV – vorzugehen.

Der Gesetzgeber nimmt in der privaten Krankenversicherung billigend einen Eingriff in bestehende Verträge und daraus resultierende Beitragssteigerungen in Kauf – was verfassungswidrig ist. Denn Bestandsversicherte haben in der Vergangenheit im guten Glauben Versicherungsverträge abgeschlossen, die eine nachträgliche Veränderung der Versicherungsbedingungen ausschließen.

Eine Belastung dieser Bestandsverträge durch einen Einkommensausgleich im Basistarif würde aber genau diese nachträgliche Veränderung der Rahmenbedingungen mit sich bringen. Um die Rechte der heutigen Privatversicherten zu wahren, müsste der Basistarif so ausgestaltet sein, dass er sich selbst finanziert.

### ● Nichts anderes als ein Kassentarif

Da der Basistarif letztlich nichts anderes ist als ein Kassentarif in der PKV, ist er im System der PKV ein Fremdkörper. Der Basistarif darf nicht zur Erfolgsgeschichte werden und muss ein Randprodukt bleiben, betont der Verband. Dazu bedarf es auch einer strategischen Gestaltung des Basistarifs dergestalt, dass dieser keine positive Leistungsdifferenz zur GKV aufweisen darf. Denjenigen, die

an einer Versicherung im Basistarif interessiert sind, muss klar gemacht werden, dass der Basistarif in der PKV kein PKV-Tarif, sondern ein GKV-Tarif in der PKV ist, mit entsprechenden Konsequenzen: Im Basistarif wird es, anders als in den klassischen PKV-Tarifen, keine lebenslange Leistungssicherheit geben. Alle vom Gesetzgeber oder Gemeinsamen Bundesausschuss verfügten Eingriffe in den Leistungskatalog der GKV müssen nahezu 1:1 in den Basistarif übernommen werden.

Zudem wird es im Basistarif, genauso wie in der GKV, Einschränkungen bei ärztlich veranlassten oder verordneten Leistungen geben. Dazu gehört, dass Wirtschaftlichkeitsaspekte bei Arzneimitteln eine Rolle spielen und Heilmittel nur bei bestimmten Indikationen zulässig sind. Daran wird sichtbar, dass der Basistarif sich grundlegend vom PKV-Normaltarif mit seinem offenen Leistungskatalog unterscheidet.

Ferner soll im Basistarif die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach Art, Umfang und Höhe jeweils vergleichbar zur Vergütung in der GKV ausgestaltet werden. Um zu vermeiden, dass junge und gesunde Versicherte den Basistarif ausschließlich als Durchgangsstation für den Wechsel in einen höherwertigen Krankenversicherungstarif nutzen, sollte in der Kalkulationsverordnung eine Mindestverweildauer für den Basistarif von drei Jahren festgeschrieben werden, fordert die PKV.

Die Steuerzuschüsse für die GKV in Höhe von 14 Mrd. Euro entsprechen den jährlichen Gesamtkosten für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der GKV. Grundsätzlich ist auch aus Sicht der PKV der Einstieg in eine Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern zu begrüßen. Die Beitragsfreiheit von Kindern in der GKV ist ordnungspolitisch als eine versicherungsfremde Leistung der gesetzlichen Kranken-

versicherung zu werten. Die Förderung von Kindern stellt aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar. Kinderbeiträge zur Krankenversicherung müssen entsprechend aus Steuermitteln finanziert werden. Das gilt aber auch für die Versicherungsbeiträge der Kinder in der PKV. Das ist nicht nur folgerichtig, weil Steuern auch von Privatversicherten gezahlt werden, sondern aus verfassungsrechtlichen Gründen zwingend geboten.

Ungeachtet der Verfassungsbeschwerde muss und wird die PKV die Neuregelungen des GKV-WSG umsetzen. Der Basistarif wird wie die GKV mit entsprechenden Leistungslimitierungen, Kostenkämpfungs- und Steuerungsinstrumenten ausgestattet sein. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen der GKV werden sich somit eins zu eins auf den Basistarif auswirken. Auch die Vergütung der Leistungen soll vergleichbar sein zu der in der GKV. Zu diesem Zweck hat der PKV-Verband entsprechende Vertragsverhandlungen mit der Ärzte- und Zahnärzteschaft aufgenommen.

Für die Zukunft hat sich die Branche vorgenommen, die Marke PKV über Leistungsstärke auszubauen und noch stärker auf die Qualitätsbedürfnisse auszurichten. Die PKV will deshalb einen eigenen Qualitätsstandard „Privatmedizin“ vorantreiben. Gemeinsam mit den Ärzten will sie Maßstäbe für die Behandlung von Privatversicherten entwickeln. Außerdem will sich die PKV als Marke vom „Payer“ zum „Player“ entwickeln. In Zukunft will sie immer stärker zu einem Partner der Gestaltung von Gesundheitsprozessen werden und als Marke auf das Gesundheitsangebot nach Menge, Preis und Qualität Einfluss nehmen.

KS

## Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg

# Alle Informationen von A wie Arzneimitteltherapie bis V wie Vergütung

Die AOK erfüllt durch das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V den Sicherstellungsauftrag gegenüber den am hausarztzentrierten Versorgungsvertrag (HAZVV) teilnehmenden Versicherten. Den Notfalldienst und den fachärztlichen Versorgungsbereich gewährleistet dagegen die KV für diese Versicherten weiterhin. Der Vertrag startet am 1. Oktober 2008. Der BDI informiert Sie in diesem Artikel umfassend über den Hausarzt-Vertrag in Baden-Württemberg.

Die Wahl des Facharztes ist dem AOK-Versicherten bei Teilnahme an dem Vertrag nur nach Überweisung durch seinen Hausarzt möglich. Dieses Primärarztssystem wird von der Fachärzteschaft überwiegend abgelehnt. Die hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG) schließt für die Hausärzte mit gesetzlichen Krankenkassen Rahmenverträge ab, erfasst die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, erstellt die Abrechnung der erbrachten Leistungen in Zusammenarbeit mit einem externen Abrechnungsleiter und leitet die auszubehandelnden Honorare an die Ärzte weiter. Der MEDI e. V. hat u. a. für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge den MEDI Verbund gegründet. Der MEDI Verbund führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag für die Mitglieder des MEDI e. V. in Kooperation mit der HÄVG nach Maßgabe dieses Vertrages durch. Durch den Vertrag wird der Hausarzt für eine vertraglich vereinbarte hausarztzentrierte Vergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet.

## • Die Vergütung

Die Vergütung besteht pro eingeschriebenem Versicherten aus vier wesentlichen Bausteinen. Für die hausärztlichen Versorgungsleistungen erhält der Hausarzt Pauschalen, Vorhaltezuschläge, Einzelleistungen und ergebnisabhängige Zusatzvergütungen wie es § 87 SGB V ermöglicht. Die kontaktunabhängige Jahrespauschale pro eingeschriebenem AOK-Versicherten „P1“ beträgt 65 €. Die kontaktabhängige Quartalspauschale „P2“ wird mit 40 € pro Quartal vergütet, wobei die erste P2 mit der Jahrespauschale P1 verrechnet wird. Mithin werden für einen den Hausarzt in allen vier Quartalen aufsuchenden Patienten ohne weitere Zuschläge 185 € pro Jahr gezahlt (65 + 40 + 40 + 40 €). Hinzu kommt ggf. noch eine Vertretungspauschale von 12,50 € pro Quartal und Patient. Die bisher üblichen Abrechnungsbelege werden durch eine onlinefähige Software ersetzt, die die Abrechnung einfacher und schneller gestaltet. Auf elektronischem Weg werden die erforderlichen Abrechnungsdaten im Vertragsrahmen von der Managementgesellschaft (HÄVG) der AOK

Baden-Württemberg übermittelt. Die Managementgesellschaft leistet monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den Hausarzt auf den hausarztzentrierten Versorgungsvergütungsanspruch. Nebenbei ergibt sich bezüglich der HÄVG-Managementgesellschaft ein wichtiger Unterschied zur KV: Deren Funktionäre kann man abwählen, die Funktionäre der Managementgesellschaft aber nicht.

## • Die Arzneimitteltherapie

Die Vertragsphilosophie der AOK, durch eine von den Hausärzten

umzusetzende rationale Pharmakotherapie angebliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, kann als ein zwiespältiger Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes eingestuft werden. Denn in die vom Arzt ausschließlich zu nutzende Computer-Software sind Empfehlungen eines Gremiums aus AOK, AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen und der Ärzterevertreter zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln eingebaut. Im ersten Satz des Anhangs 3 zur Anlage 12 steht zwar noch: „Die ärztliche

Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt“, anschließend stößt man aber auf Honorarzuschläge, wenn vom Computer vorgeschlagene Therapieoptionen genutzt werden. Die Computerschirme der Hausärzte im Vertrag enthalten farbliche Hinterlegungen von Medikamenten. „Diese dienen dazu, den Arzt bei seinem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen“ – so der Vertrag.

- ▶ Grün hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel der Rabattverträge und die drei jeweils preiswertesten Angebote.
- ▶ Blau hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel der Rabattverträge.
- ▶ Orange hinterlegt sind patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch Rabattvertrags-Arzneimittel ersetzt werden können.
- ▶ Rot hinterlegt sind Me-too-Arzneimittel, die durch grün gekennzeichnete ersetzt werden können.
- ▶ Nicht farblich hinterlegt sind alle übrigen Medikamente.

Dazu heißt es: „Dem Hausarzt wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen. Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollten den Verordnungen von orange oder rot hinterlegten Arzneimitteln vorgezogen werden. Bei grün hinterlegten Alternativen sollten diese bevorzugt werden.“

Es gibt Honorarzuschläge, wenn die Anzahl der Verordnungen von grün hinterlegten Medikamenten zur Anzahl aller Verordnungen mit farblich hinterlegten Arzneimitteln über 90 Prozent liegt. Die Anzahl der Verordnungen von rot- und orangefarbenen Medikamenten sollte im Vergleich zur Anzahl aller Verordnungen von farblich hinterlegten Arzneimitteln weniger als fünf Prozent betragen. Das von HÄVG und MEDI mit der AOK vereinbarte Bonus-System wird von einzelnen als nicht rechtskonform eingestuft. Obwohl vor kurzem noch die Ärzteschaft zu Tausenden gegen die Bonus-Malus-Regelung protestiert und die Therapiefreiheit verteidigt hat, lässt sich nunmehr der Hausarzt in Baden-Württemberg einen „Zuschlag Rationale Pharmakotherapie“ bezahlen.

## Kommentar

# Wer ist besser: MEDI und die Hausärzte oder die Kassenärztliche Vereinigung?

Im Klartext MEDI und die Hausärzte versuchen in Baden-Württemberg mit diesem Vertrag die Kassenärztliche Vereinigung in ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterlaufen. Sie treten in Konkurrenz zur KV auf, und zwar auf dem wichtigsten Feld, nämlich der hausärztlichen Versorgung. Endlich Konkurrenz zur KV freut sich Ulla Schmidt. MEDI und die Hausärzte müssen sich gefallen lassen, dass man ihren Vertrag mit der derzeitigen KV-Welt in Baden-Württemberg vergleicht. Die Vergütung führt die von der KV in Deutschland befürwortete Pauschalierung gnadenlos weiter. Hier unterscheidet sie sich nicht von der Körperschaft KV. Es wird bewusst in Kauf genommen, dass der Arzt vom Weglassen von Leistungen lebt, wenn er zu Geld kommen will. Die Patienten werden dies mit Sicherheit misstrauisch beäugen, haben sie doch schon jetzt das Gefühl, dass sie nicht mehr das bekommen, was sie brauchen.

Dieser angebliche oder tatsächliche Qualitätsverlust kann nur

durch Qualitätskontrolle behoben werden. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen – insbesondere bei technischen Leistungen – überbordende Qualitätsanforderungen stellen, die übrigens vorwiegend Fachärzte treffen, geht die AOK in Baden-Württemberg andere Wege. Einmal will man das Überweisungsverhalten kontrollieren nach dem Motto: Hier kann eingespart werden, was wir zur Finanzierung des Vertrages brauchen. Man könnte zur Auffassung kommen, dass die Hausärzte hier einen Vertrag zur Lasten Dritter, nämlich der Fachärzte, geschlossen haben. Zum anderen setzt man auf ein neues Instrument: Die Patientenbefragung, von der wir alle wissen, dass sie sehr subjektiv und inhaltlich wenig griffig ist. Ansonsten ist auch hier alles wie bei der Kassenärztlichen Vereinigung: Bei der Kontrolle macht sich die Kasse die Finger nicht schmutzig. Wie die KV dürfen MEDI und der Hausärzteverband die Kollegen kontrollieren und sich dort unbeliebt machen. Die KV lässt grüßen.

Einsparpotenziale wittert man wie immer bei den Arzneimitteln. Auch

hier unterscheidet sich im Prinzip die KV von den Vertragspartnern in Baden-Württemberg nicht. Nur haben sich MEDI und der Hausärzteverband nicht geschmeut, ein lupenreines Bonussystem einzuführen. Das Misstrauen der Versicherten gegenüber dem System und den behandelnden Ärzten wird dadurch sicher weiter zunehmen. Wenn's ums Geld geht ...! Hofft man auf niedrigere Verwaltungskosten, so irrt man: Die KV ist billiger, besonders, wenn man an dem Vertrag teilnimmt und nicht Verbandsmitglied ist. So etwas nennt man verdeckte Mitgliederwerbung durch einen Vertrag mit einer Krankenkasse.

Konsequenz des Vergleichs der Verträge in Baden-Württemberg mit der realen Welt der KV: Weitgehend alles wie gehabt, der Arzt kommt nur schneller an sein Geld, die Abrechnung ist übersichtlicher, die Verwaltung aber teurer als die KV. Insgesamt handelt es sich um einen klassischen Gatekeeper-Vertrag, den die AOK in Baden-Württemberg mit MEDI und den Hausärzten abgeschlossen hat. Die Ärzte haben gegenüber ihren Patienten die öko-

nomischen Vorgaben der Kasse umzusetzen und zu begründen und werden dafür belohnt.

Was heißt dies für die Fachärzte im Ländle? Sie werden als notwendiges Anhängsel betrachtet und befinden sich in einer Abhängigkeit nicht nur gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen, sondern jetzt auch noch zunehmend von den überweisenden Hausärzten, wenn deren Patienten an dem Vertrag teilnehmen. Aber auch der Patient, der dem Vertrag beiträgt, muss wissen, was ihn erwartet. Er kann nur noch per Überweisung zum Facharzt. Die Fachärzte sollten dies in Baden-Württemberg konsequent umsetzen. GKV-Versicherten, die dem Vertrag beigetreten sind und ohne Überweisung zum Facharzt gehen, müssen wie Selbstzahler behandelt werden und erhalten eine Privatrechnung. Nicht nur Ärzte, auch Patienten haben sich an Verträge zu halten.

HFS

● **Die Qualitätskontrolle**

Nach dem Vertragsgegenstand erbringen die HÄVG und MEDI die Managementleistungen für die AOK und das im Vertrag geregelte Abrechnungsmanagement. Von den im HAZVV der AOK eingeschriebenen Hausärzten behält die die Abrechnung durchführende Managementgesellschaft der Verbände drei Prozent der aus dem HAZVV bezogenen Vergütung ein, bei Nicht-Vergütungsgliedern sogar fünf Prozent (vgl. § 21 Abs. 1+2 i. V. m. Anlage 1 HAZVV AOK BW). Die Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg liegen übrigens unter drei Prozent. Entgegen manchen Erwartungen beinhaltet der HAZVV doch gewisse Wirtschaftlichkeits-, Qualitäts- und Effizienzkontrollen. Dabei hat der am Hausarztvertrag teilnehmende Arzt nur im Ausnahmefall mit der AOK zu tun; im Regelfall läuft das Controlling im Verhältnis zwischen der Managementgesellschaft und der Kasse. Dabei geht es um die Einhaltung der Vertragsmodalitäten, die ordnungsgemäße Abrechnung der Praxisgebühr und darum, dass die Nachweise für Extraqualifikationen, die Zuschläge auslösen, ordentlich dokumentiert sind. Die AOK verfügt von der Managementgesellschaft und von der KV über Daten, die es der Kasse ermöglicht, jeden Hausarzt darauf zu überprüfen, ob die Zahl der von den teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommenen Hausärzte und anderen Ärzten plausibel ist. Denn Hausärzte sollen sich auch um schwierige Patienten kümmern und nicht aus ökonomischen Erwägungen Patienten an andere Ärzte überweisen, wenn dies nicht medizinisch notwendig ist. Als eine zusätzliche Kontrolloption gibt es Versichertenbefragungen. Bei der Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit soll zwar unnötiger Prüfaufwand vermieden werden, die AOK (!) kann jedoch die Hausärzte auch mit Blick auf ihre Qualität überprüfen. Ferner kann sie die Einhaltung vertraglicher Pflichten, beispielsweise das Angebot der Abendprechstunde, kontrollieren. Ausdrücklich sind dazu Versichertenbefragungen vorgesehen. Bei Auffälligkeit wendet sich die Kasse zunächst an die Managementgesellschaft, die ihrerseits den betroffenen Hausarzt zur Stellungnahme auffordert. Bei Ungereimtheiten findet ein klärendes Gespräch statt. Verbleiben dann immer noch Hinweise auf Mängel, so soll es zunächst Tipps und Beratungen für den betroffenen Arzt geben. Als scharfe Sanktionen sind Abmahnungen bis hin zur fristlosen Kündigung möglich. Gibt es Anhaltspunkte für schwerwiegende Vertragsverstöße, dann kann die AOK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von betroffenen Patienten einholen, Einsicht in Patientenakten nehmen oder auch Patienten befragen. Um überhaupt Einsicht in die Patientenakte nehmen zu können, muss die AOK wis-

sen, welcher Patient sich hinter dem anonymen Datensatz verbirgt. Wenn die AOK die regelmäßig pseudonymisierten Daten an Stelle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) selbst unter Ausschaltung des MDK ggf. wieder entschlüsseln könnte, dürfte dies datenschutzrechtlich nicht unbedenklich sein.

● **Ein „Durchbruch“?**

Alles in allem dient der neue Hausarztvertrag in BW offensichtlich zur regionalen Honorar-Rettung der Hausärzte vor der ab 01.01.2009 in Kraft tretenden Reform und den dazu befürchteten finanziellen Auswirkungen für Baden-Württemberg. Er bringt damit den baden-württembergischen Hausärzten wahrscheinlich einen Vorteil. Mit dem Vertrag verabschiedet man sich vom „Berliner EBM-Chaos mit Punktelosen und floatenden, ständig fallenden Honoraren“, von „Honorarbudgets, Abstufungen, Regressen und völlig fehlender Planungssicherheit“, von „Bürokratie- und Kontrollmonstern, die seit vielen Jahren in unseren Praxen toben“, sowie der „drohenden wirtschaftlichen Vernichtung vieler unserer Praxen“ werben der Vorsitzende und sein Vize, Dr. Berthold Dietsche und Dr. Frank Dieter Braun, um eine rege Teilnahme der Mediziner. In den Hausarztvertrag können sich Hausärzte seit dem dritten Quartal 2008 einschreiben. Die hausarztzentrierte Versorgung der Patienten nach dem HAZVV erfolgt erst ab dem vierten Quartal 2008. Einen Tag nach der Vorstellung des Hausarztvertrags von Hausärzterverband, MEDI und AOK Baden-Württemberg hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt andere Kassen aufgefordert, dem Beispiel des HAZVV-AOK BW zu folgen. Schmidt bezeichnete den Vertrag als „Durchbruch“, wie ein Ministeriumssprecher mitteilte. Ob sie den damit verbundenen finanztechnischen Sprengstoff erkannt hat, der durch die finanzielle Sonderregelung in Baden-Württemberg entsteht? Die KVen seien nun „nicht mehr so felsenfest im Boden verankert“ wie bisher, so der Sprecher. Auch verschiedene Zeitungen werteten den Vertrag als historischen Durchbruch, weil nach 75 Jahren erstmals das Monopol einer Kassenärztlichen Vereinigung fällt. Entscheidend ist aber nun, wie angesichts hoher emotionaler Erwartungen der Vertrag umgesetzt wird. Stark zweifelhaft ist, ob den Hausärzten auf Dauer der Wechsel vom früheren KV- zum sich abzeichnenden HÄV-Monopol für das Verhandlungsmandat mit den Kassen nützen wird. Eine nüchterne Bewertung des baden-württembergischen Vertrages wird erst dann möglich sein, wenn der Vertrag umgesetzt wird.

RA Helge Rühl/  
Dr. Hans-Friedrich Spies

**Roland Berger Studie zum Gesundheitsmarkt**

# Der Gesundheitsmarkt – aus der Sicht des Bürgers

Die Consulting-Firma Roland Berger hat sich mit dem Gesundheitsmarkt beschäftigt und dabei ihr Augenmerk auf die Sicht des Bürgers gerichtet. Der Analyse folgt eine Strategieempfehlung sowohl für die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung. Nach der Studie sind die Bürger in Deutschland für neue Gesundheitsangebote prinzipiell offen, sie wünschen sich dabei eine Differenzierung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Steuerung der Versorgung wird nur bedingt akzeptiert. Am ehesten lässt man sich das noch vom Hausarzt oder im Arzneimittelbereich gefallen. Der Prävention gilt ein besonders Interesse, wohl auch, weil man glaubt, hier den Kostenanstieg im Gesundheitswesen dämpfen zu können. Erfreulich für Mediziner: dem niedergelassenen Arzt als persönlichem Ansprechpartner wird weiter eine ganz besondere Bedeutung zugemessen.

Der Bürger bewertet auch die Rolle der Krankenkassen. Eine Einschränkung der Krankenkassen auf die reine medizinische Versorgung wird von 48 Prozent der Befragten nicht akzeptiert. Eine knappe Mehrheit ist deshalb der Auffassung, dass die Krankenkassen über die reine medizinische Versorgung hinaus zusätzliche Leistungen erbringen sollten. 80 Prozent wünschen sich eine Beratung in Gesundheitsfragen, 79 Prozent auch bei der Suche nach den

der Krankenkassen von der Mehrheit der Bevölkerung gewünscht wird.

● **Bereitschaft zum Hausarztmodell**

Bei der Analyse wurde die Bevölkerung auch gefragt, ob sie zusätzliche GKV-Tarife für bestimmte Leistungen bezahlen würden. Hier ist die Zustimmungsrate im Vergleich zu den Angaben bezüglich der Krankenkassen doch deutlich niedriger. (siehe Abbildung 1).

Stellenwert besitzt. Umgekehrt ist man bereit, eine Minderleistung zu akzeptieren, wenn sie sich in einen niedrigeren Beitrag ausdrückt (siehe Abbildung 2). An der Spitze steht hier das Hausarztmodell. Offensichtlich hat die politische Aktivität bewirkt, dass die Mehrzahl der Bürger in der Bundesrepublik bereit ist, den Hausarzt vor weitere Behandlungsüberweisungen zu stellen. Überhaupt nicht näher treten kann man dem Problem der Selbstbeteiligung und dem Ausschluss von bestimmten Krankheiten bei der Versicherung. Es überrascht dabei, dass die Einschränkung der freien Arztwahl einen niedrigen Stellenwert beim Versicherten genießt.

● **Empfehlung, Ärztenetze zu schaffen**

Roland Berger Strategy Consultants empfiehlt der gesetzlichen Krankenversicherung, die Möglichkeiten des Wettbewerbs auszunutzen und sich auch auf dem so genannten zweiten Gesundheitsmarkt zu etablieren. Die Handlungsempfehlungen, zum Beispiel für die Krankenhäuser und für die niedergelassenen Ärzte fordern, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen neue Geschäftsfelder prüfen und erschließen. Im Vordergrund steht die Bildung von Netzwerken, auch Versorgungsebenen übergreifend, und eine Professionalisierung der Managementstrukturen. Dem Vertragsarzt wird empfohlen, seine Rolle als Vermittler von Leistungen auszubauen, sich vermehrt an der Prävention zu beteiligen und individuelle Angebote an den Patienten zu richten. Ganz im Vordergrund steht eine Gründung von Ärztenetzen, um, wie Roland Berger formuliert, ein Gegenwicht „zu neuen Kräften“ zu schaffen.

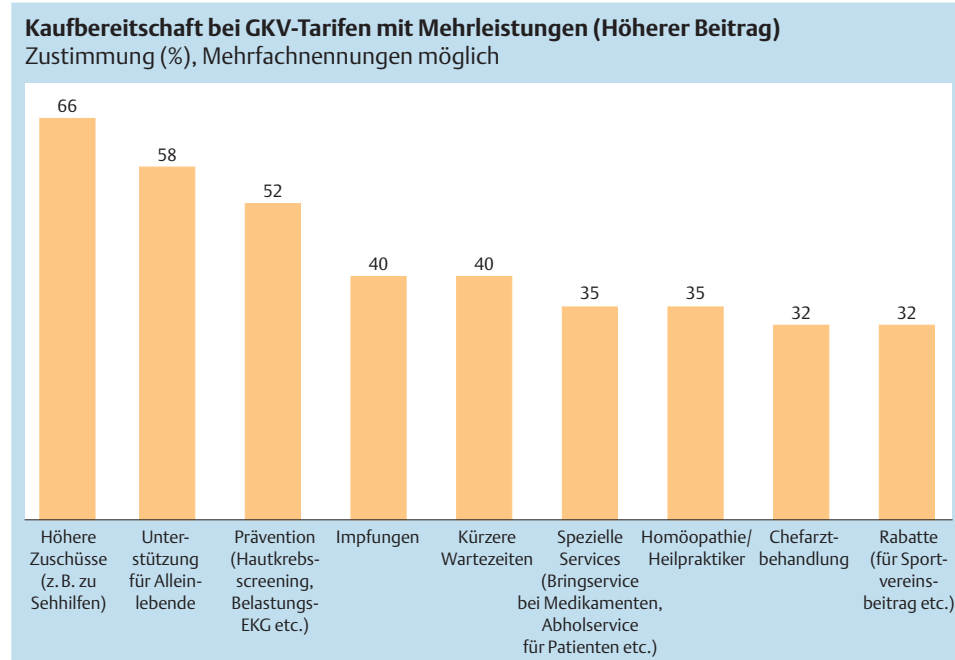


Abb. 1 Nach der Umfrage von Roland Berger sind die Bundesbürger am ehesten bereit, höhere Krankenkassentarife für Zuschüsse – z. B. zu Brillen – oder für verbesserte Präventionsleistungen zu zahlen. (Quelle: Roland Berger)

besten Behandlungsmöglichkeiten. 85 Prozent der Befragten fordern von der Krankenkasse, dass sie mit den Ärzten die Behandlungsmethoden abstimmt. Insofern wird aus der Umfrage deutlich, dass eine Steuerungsfunktion

An der Spitze steht eine Absicherung bei höheren Zuschüssen, zum Beispiel bei der Sehhilfe. Man ist auch bereit, mehr Geld über den Beitrag für die Prävention zu bezahlen. Interessant ist, dass die Chefarztbehandlung einen vergleichsweise niedrigen

Stellenwert besitzt. Umgekehrt ist man bereit, eine Minderleistung zu akzeptieren, wenn sie sich in einen niedrigeren Beitrag ausdrückt (siehe Abbildung 2). An der Spitze steht hier das Hausarztmodell. Offensichtlich hat die politische Aktivität bewirkt, dass die Mehrzahl der Bürger in der Bundesrepublik bereit ist, den Hausarzt vor weitere Behandlungsüberweisungen zu stellen. Überhaupt nicht näher treten kann man dem Problem der Selbstbeteiligung und dem Ausschluss von bestimmten Krankheiten bei der Versicherung. Es überrascht dabei, dass die Einschränkung der freien Arztwahl einen niedrigen Stellenwert beim Versicherten genießt.

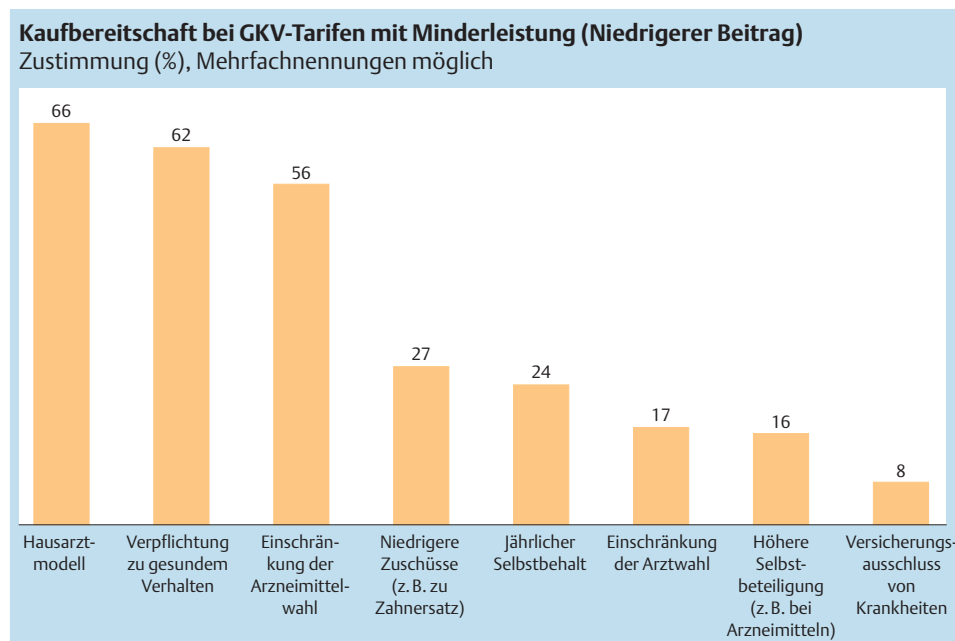


Abb. 2 66% der Befragten wären bereit, einen Hausarzttarif zu akzeptieren, wenn sich dadurch ihr Krankenkassenbeitrag verringern würde. (Quelle: Roland Berger)

Individuelle Gesundheitsleistungen aus Sicht des WIdO (Fortsetzung von Seite 1)

## IGeL erfreuen sich steigender Nachfrage

### • Initiative geht meist vom Arzt aus

Die Initiative zu privaten Zusatzleistungen geht meist vom behandelnden Arzt aus: Die Frage „Haben Sie von sich aus nach dieser Leistung gefragt?“ wird mehrheitlich von den Patienten verneint. Vielmehr werden die am häufigsten genannten, privat zu bezahlenden Leistungen wie Ultraschalluntersuchungen (19,1%), Augeninnendruck-Messungen (12,7%) und ergänzende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen (12,1%), aber auch Knochendichtemessungen und Laborleistungen nach Angaben der Patienten meist aktiv vom Arzt angeboten. Nur ein Drittel (32,4%) der Versicherten gibt an, private Zusatzleistungen

Angesichts stagnierender und rückläufiger Honorare aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ist es mittlerweile gang und gäbe, dass Vertragsärzte sich mit dem Angebot individueller Gesundheitsleistungen ein zweites Standbein zulegen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. deren damaliger stellvertretender Hauptgeschäftsführer Dr. Lothar Krimmel hat dazu schon 1998 einen IGeL-Katalog vorgelegt, der 109. Deutsche Ärztetag 2006 in Magdeburg hat die IGeL-Leistungen offiziell definiert. Kallenberg unterscheidet IGeL im engeren und im weiteren Sinne: Zu ersteren zählen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, zu zweiteren können aber

miert werden müssen, natürlich auch über die Kosten. Der Patient darf weder mittel- noch unmittelbar zur Inanspruchnahme gedrängt werden. Die Absicht, eine IGeL-Leistung zu beanspruchen, muss vor der Behandlung erklärt und schriftlich bestätigt werden.

Daran aber scheint es in der Praxis noch zu hapern, glaubt man der WIdO-Umfrage. In nur 36,4% der genannten Fälle wurde vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient getroffen. Für jede sechste erbrachte IGeL-Leistung (15,9%) wurde in der Arztpraxis keine Rechnung ausgestellt. Wird hier rechtlich nicht korrekt gehandelt, kann es für den Arzt unangenehm werden, sagte Kallenberg. So gibt es häufig Probleme, wenn Patienten hinterher zu ihrer Krankenkasse gehen und von ihr die Kostenübernahme für die IGeL-Leistungen verlangen. Nicht selten behaupten die Kassen-Mitarbeiter, dass die Leistung von der Kasse bezahlt würden und der Vertragsarzt sie nicht privat hätte abrechnen dürfen. Dann kann es zu einem langwierigen Beschwerdeverfahren kommen.

### • Vor allem Besserverdienende nehmen IGeL-Leistungen in Anspruch

Wie bereits in den früheren WIdO-Untersuchungen zu IGeL-Leistungen festgestellt, zeigt sich eine deutliche soziale Differenzierung beim Angebot von IGeL: Patienten mit überdurchschnittlicher Bildung und höherem Einkommen bekommen IGeL deutlich häufiger angeboten als andere. So bekam in den unteren Einkommensgruppen (bis 1000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) nur etwa jeder Fünfte Privatleistungen vorgeschlagen (18,7%), während in den höheren Einkommensgruppen (über 4000 Euro Haushaltsnettoeinkommen) mehr als ein Drittel der Befragten (39,1%) über ein individuelles Angebot ihres behandelnden Arztes berichtet. Patienten mit hoher Schulbildung werden nahezu doppelt so häufig private Zusatzleistungen angeboten (32,4%) wie Patienten mit einfacher Schulbildung (17,8%). Das spricht dafür, dass keine Ahnungslosen vom Arzt über den Tisch gezogen werden, sondern dass eine bessere Bildung und Einkommenssituation für eine höhere Aufgeschlossenheit und Urteilsfähigkeit angesichts wünschenswerter Zusatzleistungen sorgt. Es wird deutlich, dass viele gesetzlich Versicherte das Angebot zusätzlicher individueller Gesundheitsleistungen sehr schätzen und gern in Anspruch nehmen.

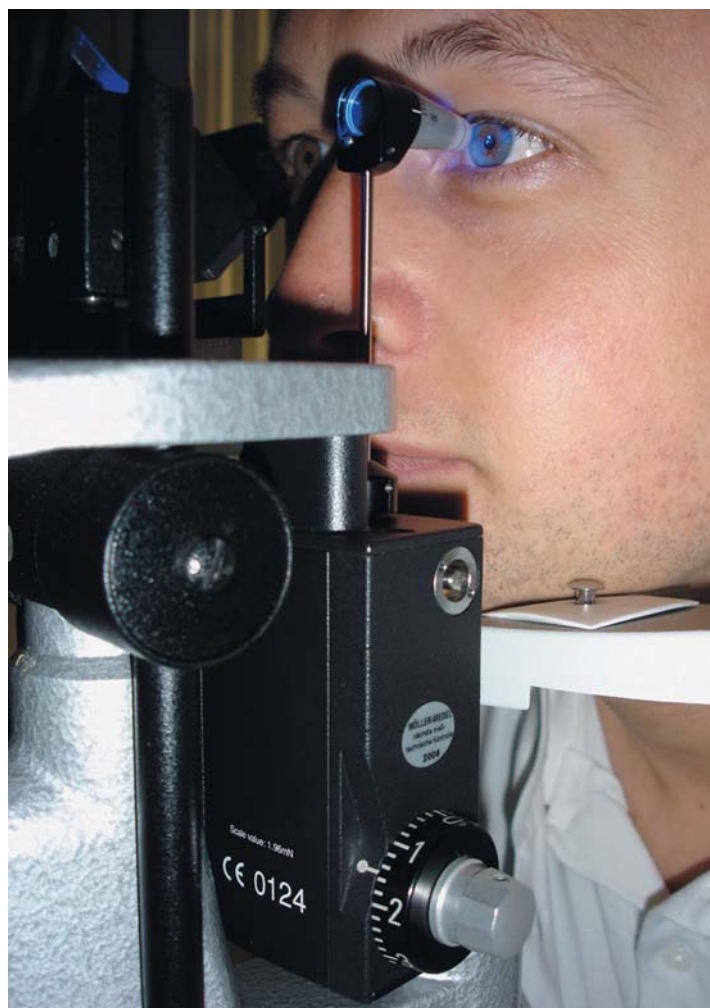


Fast ein Drittel der Gynäkologen in der WIdO-Umfrage hatten individuelle Gesundheitsleistungen angeboten oder in Rechnung gestellt. Von den Internisten „igeln“ lediglich 3,3%.

### • Gynäkologen sind Spitzenreiter im IGeL

Nach der Hit-Liste der WIdO-Umfrage sind die Frauenärzte Spitzenreiter im IGeL. In dieser Fachgruppe haben 32,1% individuelle Gesundheitsleistungen angeboten bzw. in Rechnung gestellt. Auf Platz zwei folgen mit 23,2% schon die Allgemein- und Praktischen Ärzte. Augenärzte (beliebt: Augen-Innendruckmessung) liegen mit 14,4% auf Rang drei, dahinter die Dermatologen (9,3%), Orthopäden (8,2%), Urologen (3,6%) und dann erst die Internisten mit bescheidenen 3,3%. Zwischen hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten wird nicht unterschieden. Während fast bei allen zusätzlichen privaten Leistungen die Initiative von der Praxis (54%) und nicht von Patienten (46%) ausging, ist es bei zwei Leistungen genau umgekehrt:

das Grund genug darauf hinzuweisen, dass sich verunsicherte Patienten und Versicherte nach einem IGeL-Angebot in der Arztpraxis von Krankenkassen und Verbraucherzentralen beraten lassen sollten. Der mündige Patient, der vielleicht selbst beurteilen kann, ob und wenn ja welche private Leistung er zusätzlich in Anspruch nehmen will, kommt dabei überhaupt nicht vor. Präventionsleistungen werden häufig als IGeL-Leistung angeboten, wie z.B. das Glaukom-Screening bei Augenärzten, wenn keine Symptome vorliegen, oder die PSA-Bestimmung, die privat liquidiert werden kann, solange es sich nicht um eine kurative Leistung handelt. Die Frage ist dabei immer, wo das Screening aufhört und die kurative Behandlung anfängt. Die Trennlinie ist aus Sicht des Juristen nicht immer zweifelsfrei zu ziehen. Die spezielle Konstellati-



Die Augeninnendruck-Messung zum Glaukom-Screening gehört zu den am häufigsten durchgeführten privaten Zusatzleistungen.

nachgefragt zu haben. Hier sind im letzten Jahr in erster Linie kosmetische Leistungen und Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchungen von Interesse gewesen.

Die Akzeptanz von IGeL-Leistungen ist bei den Vertragsärzten recht unterschiedlich, berichtete Rechtsanwalt Stefan W. Kallenberg, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, auf dem Juristischen Seminar des MedCongress Anfang Juli in Baden-Baden. Einige Fachgruppen fassen den IGeL nur mit spitzen Fingern an, weil sie sich dadurch zu sehr in die kaufmännische Ecke gedrängt sehen. Andere sind jedoch sehr aktiv mit ihren Angeboten, etwa die Dermatologen, Urologen und Gynäkologen, weil ihre Fachgebiete ein breites Zusatzspektrum enthalten.

auch Leistungen gehören, die zwar Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs sind, die aber im Einzelfall nicht erbracht werden können, weil sie unwirtschaftlich wären.

### • Patienten müssen umfassend informiert werden

Der Impuls zur Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen kann durchaus auch von der Praxis ausgehen. Dazu dient etwa ein Aushang im Wartezimmer, oder die Helferin spricht die Patienten direkt am Empfang auf die Möglichkeiten an. Anders würden viele Patienten gar nicht auf die Idee kommen, solche Leistungen nachzufragen. Unbedingt zu beachten ist für den Arzt, dass die Patienten über die individuellen Gesundheitsleistungen vollständig und zutreffend infor-



Private Zusatzleistungen werden – nach der WIdO-Umfrage – meist vom Arzt aktiv angeboten. Bei der Melanomvorsorge und kosmetischen Leistungen ging die Initiative jedoch mehrheitlich vom Patienten aus.

Die Hautkrebs-Vorsorge wurde zu 65,2% direkt von Patienten nachgefragt, ebenso kosmetische Leistungen (53,3%). Die Wertung des WIdO, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient „durch das Spannungsfeld IGeL“ leide, ist mit Vorsicht zu genießen. Denn auf die Frage, ob sich das IGeL-Angebot irgendwie auf das Patient-Arzt-Verhältnis auswirke, haben 58,1% mit Nein geantwortet, lediglich 38,2% mit Ja. Und von diesen haben 81,8% gemeint, das Verhältnis habe sich verschlechtert, wogegen 14,5% fanden, es habe sich sogar verbessert. Für das WIdO ist

on, dass ein Arzt Screening als private Leistung anbietet und bei der Nichtinanspruchnahme als IGeL durch den Patienten seine Haftung ausschließt, ist vom Aufsichtsministerium in Nordrhein übrigens als Verstoß gegen die Berufspflicht gewertet worden. Wenn ein Patient das Angebot individueller Gesundheitsleistungen bewusst ablehnt, muss der Arzt diese Entscheidung akzeptieren, betonte Kallenberg, denn der Patient ist Subjekt und nicht Objekt der Behandlung.