

## Der Gastkommentar

## Die apoBank ist kerngesund

Die US-Immobilienkrise hat weltweit starke Verwerfungen im Finanzsektor ausgelöst. Traditionsreiche Bankhäuser diesseits und jenseits des Atlantiks wurden von Konkurrenten aufgekauft, konnten nur durch umfangreiche staatliche Hilfsprogramme gestützt werden oder mussten gar Insolvenz anmelden.

Verständlicherweise fragen sich deshalb auch hierzulande viele Bankkunden, wie sicher ihre Einlagen eigentlich sind. Die Antwort lautet: Sehr sicher. Denn die Finanzinstitute in Deutschland haben aus den Erfahrungen der Vergangenheit gelernt und schon vor langer Zeit umfangreiche Sicherheitsmechanismen zum Schutz von Kundengeldern eingeführt. So haben z. B. die Genossenschaftsbanken, zu denen auch die apoBank zählt, bereits 1937 den ersten Stützungsfonds im Bankbereich gegründet. Auch heute bieten diese Kreditinstitute einen besonders umfassenden Schutz für die Einlagen ihrer Kunden – meiner Meinung nach den besten der Welt. Neben Giro-, Tagesgeld- und Sparkonten sind dabei auch die Inha-

berschuld-verschreibungen geschützt. Zum Hintergrund: Der Schutz dieser Papiere wird bei den verschiedenen Bankgruppierungen in Deutschland unterschiedlich gehandhabt. Während Privatbanken die Inhaberschuldverschreibungen explizit von ihrem Einlagensicherungsfonds ausschließen, deckt die Sicherungseinrichtung des Bundesverbandes der Volks- und Raiffeisenbanken die Risiken des Insolvenzfalls für sämtliche Kundengelder zu 100 Prozent – ab, also auch die Inhaberschuldverschreibungen der apoBank im Besitz von Kunden.

Der Einlagensicherung der Genossenschaftsbanken vorgeschaltet ist der Institutsschutz, der die angeschlossene Bank als Ganzes schützt und gewährleistet, dass diese ihre rechtlichen Verpflichtungen in vollem Umfang erfüllen kann. Seit Gründung dieser Sicherungseinrichtung vor mehr als 70 Jahren hat noch nie ein Kunde einer angeschlossenen Bank einen Verlust seiner Einlagen erlitten, und noch nie hat es eine Insolvenz einer angeschlossenen Bank gegeben. Folglich müssen sich auch Mitglieder der

apoBank keine Gedanken wegen ihrer Geschäftsanteile und schon gar nicht wegen der Nachschusspflicht machen.

Unsere Kunden haben daher in der Regel auch besonnen auf die Turbulenzen im Finanzsystem reagiert. Das zeugt von einem ganz besonderen Vertrauen in unser Institut. Dank einer Kernkapitalquote, die nach den neuen aufsichtsrechtlichen Standards mit 9,8 Prozent mehr als doppelt so hoch wie gesetzlich gefordert liegt, verfügt die Bank über ein stabiles Eigenkapital-Fundament. Im Juni konnten nach Erlangung der Pfandbrieffähigkeit von der apoBank zudem erstmals erfolgreich Hypothekendarlehen mit der Bestnote „AAA“ emittiert werden.

Zuweilen liest man in der Presse, dass die Finanzkrise zu einer restriktiveren Kreditvergabe der Banken führen würde. Dank einer komfortablen Liquiditätsausstattung gilt das für die apoBank nicht. Rentable Investitionen werden finanziert, wenn die Kapitaldienstfähigkeit



Günter Preuß ist Sprecher des Vorstands der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank).

Foto: apoBank

einbrüche an den Märkten zur Folge, dass keine realistische Bewertung von Anlagen mehr möglich ist. Die apoBank hat gleichwohl stets konsequent eine umsichtige und konservative Risikopolitik betrieben und nur in vertretbare Risiken investiert. Das gilt für das klassische Kundengeschäft wie für die Eigenanlagen der Bank.

Unser Institut ist also kerngesund. Das zeigen alle Positionen in Bilanz und GuV sowie auch der aktuelle sehr positive Geschäftsverlauf. Wir haben mit einer traditionell konservativen und auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Geschäftspolitik die Voraussetzungen geschaffen, dass unser Haus sich auch weiterhin in der Finanzkrise gut behaupten wird. Der beste Beweis dafür ist, dass wir aus heutiger Sicht erwarten, sogar in dem schwierigen Jahr 2008 erneut einen Bilanzgewinn zu erzielen, der uns erlaubt, unverändert eine Dividende von 6 Prozent auszuschütten.

Günter Preuß

## Aktuelle Beschlüsse des Bundestags

## Die KV wird weiter entmachtet

Der Bundestag hat Korrekturen des Sozialgesetzbuches vor der Einführung des Gesundheitsfonds beschlossen. BDI aktuell informiert Sie über die wesentlichen Punkte.

► **Kassen können künftig Insolvenz anmelden**

Bisher galt dies nur für Kassen unter Bundesaufsicht, in Zukunft auch für Kassen, die von den Bundesländern kontrolliert werden, also auch das AOK-System. Alle müssen nach einheitlichen Vorgaben bilanzieren, um vergleichbar zu sein. Davon betroffen sind auch Versorgungszusagen für Beschäftigte und Pensionäre. Kommt es zur Insolvenz, sind zwischen den Kassen über freiwillige vertragliche Regelungen Finanzhilfen vorzusehen.

**Fazit:** Der Finanzdruck auf die Kassen, der schon durch den Gesundheitsfonds immens hoch ist, wird weiter verstärkt. Auch der einzelne Versicherte wird in Zukunft darauf achten müssen, ob er einer wirtschaftlich gesunden Kasse angehört. Fusionen zwischen Kassen sind das Gebot der

Stunde, der Weg zur Einheitskasse wird weiter geebnet.

► **Die Altersgrenze für Ärzte von 68 Jahren fällt (rückwirkend zum 1. Oktober 2008)**

Der Ärztemangel lässt grüßen. Alle Befürchtungen, dass Ärzte mit zunehmendem Alter zum Versorgungsrisiko für die Versicherten werden, wie es ein hohes Gericht festgestellt hatte, um damals die Einführung der Altersgrenze rechtlich zu begründen, sind nicht mehr wichtig, wenn man Versorgungsengpässe fürchtet. Der Gesetzgeber kümmert sich nicht um „sein Geschwätz“ von gestern.

**Fazit:** Die Aufhebung der Altersgrenze ist für eine freie Berufsausübung essentiell. Insofern ist der Beschluss zu begrüßen. Die Altersgrenze bleibt aber weiter für den Gesetzgeber ein Instrument, auf



Foto: Deutscher Bundestag

angebliche Über- oder Unterversorgung zu reagieren.

► **Die Quote der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird erhöht**

Die Vorgaben für die Psychotherapie wurden nur bei dieser Gruppe aufgestockt, von 10 auf 20 Prozent. Der Rest bleibt gleich.

**Fazit:** Es bleibt weitgehend alles beim Alten.

► **Enterale Ernährung**

Der strittige Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu dieser Frage gilt weiter; der G-BA hat aber die Aufgabe, diesen Bereich neu zu regeln.

**Fazit:** Dieses heikle Thema, die Grenze zwischen Ernährung und Arzneimittel zu definieren, steht erneut auf der Tagesordnung.

► **Hausarztverträge nach § 73b SGB V**

Bis zum 30. Juni 2009 sind die Kassen verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte vertreten. **Fazit:** Der Zwang zum Vertragsabschluss bestand seither für die Kassen nur gegenüber der KV, erstmals weitet man diese Bestimmung auf Berufsverbände aus, die nicht Körperschaft sind. Es handelt sich um eine „Lex Hausarztverband“.

Dieser ordnungspolitische Unsinn entmachtet die KVen in ihrem Sicherstellungsauftrag empfindlich. Er vergisst, dass nicht nur Allgemeinärzte die hausärztliche Versorgung sicherstellen, sondern auch hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte, die man bei dieser Bestimmung einfach ignoriert. Genau genommen, handelt es sich um ein Mitgliederwerbeprogramm für den Hausarztverband.

Noch nie vorher hat der Gesetzgeber so elementar in die Landschaft der Berufsverbände eingegriffen. Die KV wird sich dies ebenso

wenig gefallen lassen wie der BDI und die Kinderärzte. Hier muss geklagt werden.

Ausgelöst wurde die Gesetzesinitiative vom Land Bayern, wo der Hausarztvorsitzende Hoppenthaler vor der Landtagswahl den inzwischen abgehalfterten Ministerpräsidenten Günther Beckstein unter Druck gesetzt hat. Das sieht nach Informationen des „Gelben Dienstes“ auch Franz Knieps von Bundesgesundheitsministerium so. Das Mandat der Hausärzterverbandes sei „mehr einer Erpressung denn einem Konzept geschuldet“.

Der Vorstand des BDI hat hierzu eine Resolution verabschiedet, die Sie auf Seite 3 dieser Ausgabe von BDI aktuell nachlesen können. Weitere Informationen finden Sie auch im Artikel „Breite Unterstützung für neue BDI-Aktivitäten“ auf den Seiten 1 und 3.

HFS

– Anzeige –

**Notfall-Defibrillator**  
AED + Monitoring Kombisystem  
statt 4460 € nur **1499 € + MWSt.**  
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h  
[www.herzmedica.de](http://www.herzmedica.de)

## 9. Berliner Gespräche zum Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

# Der § 116b und seine Auswirkungen auf die Vertragsärzte

Die Genehmigung für die ambulante Versorgung in der Klinik muss das jeweilige Bundesland erteilen. **Franz Knieps**, Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, sieht den § 116b lediglich als eine Zwischenstufe bei der grundsätzlichen Neuordnung des Gesundheitssystems und als Ansatz, die Trennung zwischen ambulante und stationärem Sektor zu überwinden. Eine vollständige Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung kann sich Knieps zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht vorstellen. Hintergrund der Neuordnung ist laut Knieps der zunehmende Konkurrenzkampf zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, eine ineffiziente Schnittstelle zwischen den beiden Sektoren sowie die Tatsache, dass die Expertise für seltene Erkrankungen ohnehin im Krankenhaus anzutreffen ist.

### ● Was sind „besondere Krankheitsverläufe“?

Aber was ist eine seltene Erkrankung, was sind „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“? Mit dieser Frage beschäftigte sich **Prof. Dr. jur. Stephan Rixen** von der Universität Kassel. Einen Anhaltspunkt bietet hier § 27 der Verfahrensordnung des gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO G-BA), die eine seltene Erkrankung als Krankheit definiert, von der „bundesweit nicht mehr als fünf oder zehntausend Personen betroffen sind“. „Hochspezialisierte Erkrankungen“ werden danach unter anderem als die Facharztqualifikation deutlich überschreitende Anforderung an die Leistungserbringer und besonders aufwendige Anforderungen an die Strukturqualität oder durch ein spezifisches Komplikationsrisiko definiert. Die VerfO G-BA liefert auch Anhaltspunkte, was unter einer „Erkrankung mit besonderem Verlauf“ zu verstehen sein könnte. Ein Aspekt könnte dabei sein, dass ein „durchgängig abgestimmtes Versorgungskonzept aus einer Hand erforderlich ist“. Welche Erkrankungen sind also von § 116b betroffen? Rixen sieht dies bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA Stadium 3-4 sowie rheumatologischen Erkrankungen gegeben. Für HIV-Infizierte bzw. AIDS-Erkrankte sei jedoch beispielsweise eine hochspezialisierte ambulante Versorgung vorhanden, sodass hier eine Vereinbarkeit mit § 116b ebenso wie bei onkologischen Krankheitsbildern zweifelhaft sei. Eine Ermächtigung von Krankenhausärzten für die ambulante Versorgung sei nur dann möglich, wenn eine Facharztbehandlung gewährleistet sei, wie **Dr. jur. Ulrich Wenner**, Richter am Bundessozialgericht, Kassel, anhand der aktuellen Rechtsprechung

ausführte. So sei es auch nicht möglich, einen „allgemeininternistischen“ Oberarzt für pneumologische Spezialleistungen zu ermächtigen. Nur bei identischen Leistungsvoraussetzungen für Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte könnten Krankenhäuser in die ambulante ärztliche Versorgung einbezogen werden.

### ● Gegen § 116b vor Gericht gehen?

Niedergelassene Vertragsärzte, die in dieser Regelung einen Wettbewerbsnachteil vermuten, können eine Anfechtungsklage vor dem Sozialgericht anstrengen, erläuterte **Ministerialrat Dr. jur. Frank Stollmann** vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Bei Krankenhäusern, die nun in Konkurrenz zu ermächtigten Kliniken stehen und deshalb ebenfalls in eine für sie benachteiligende Wettbewerbssituation geraten, sei eine Anfechtungsbefugnis jedoch nicht gegeben. Auch Kassenärztliche Vereinigungen könnten nicht gegen Ermächtigungen von Krankenhäusern klagen, da sie selbst nicht unmittelbar betroffen seien.

Möglicherweise sind Klagen gegen den von den Vertragsärzten ungeliebten Paragraphen in geringerem Umfang notwendig als vermutet. Denn **PD Dr. med. Dirk Richter**, Bereichsleiter Unternehmensentwicklung der Sana Kliniken AG, München, betonte, dass der Zugang zum ambulanten Markt nach § 116b für Krankenhäuser nicht attraktiv ist. Die Erlöse seien zu gering, sodass es sich nicht lohne, eine Ermächtigung nach § 116b gegen die Wünsche der Einweiser zu forcieren. Er sieht eher die Option, über § 116b mit niedergelassenen Kollegen in Bereichen zu kooperieren, in denen die Möglichkeiten der Kliniken einen Service für die Vertragsärzte darstellen. Allerdings könne sich kaum ein Krankenhaus in Zukunft ausschließlich als stationärer Leistungserbringer positionieren. Attraktiver als die Ermächtigung über § 116b seien die Möglichkeiten, die sich aus dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ergeben. Diese böten die Chance, Kooperationspartner oder stationäre Leistungsträger wie spezialisierte Oberärzte langfristig an die Klinik zu binden und den Patienten einen sektorenübergreifenden Service anzubieten. Die Umsetzung müsse in möglichst enger Abstimmung mit dem ambulanten Sektor erfolgen. Ähnliches gelte für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). In Abstimmung mit dem Einweiserumfeld sei der Aufbau von MVZs vor allem in strukturschwachen Regionen zur Sicherstellung der Versorgung unerlässlich.

### ● Zahlreiche Wettbewerbsnachteile für Vertragsärzte

Viele Vertragsärzte sehen in den neuen gesetzlichen Möglichkeiten weniger Ansätze zur Kooperation als neue Konkurrenz im ambulanten Bereich. **Dr. jur. Herbert Schiller**, Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, betonte, dass sich die Position der niedergelassenen Vertragsärzte, insbesondere der ambulant tätigen hoch spezialisierten Fachärzte, im Wettbewerb mit dem Krankenhaus erheblich verschlechtert habe. Hauptwettbewerbsnachteile der Vertragsärzte seien, dass sie ihre Investitionskosten – sowie das unternehmerische Risiko – selbst tragen müssten und gleichzeitig Einschränkungen durch Mengenbegrenzungen, Richtgrößen etc. hinnehmen müssten. Zudem unterliegen Vertragsärzte einer strengen Prüfung durch die KV hinsichtlich Qualitätssicherung, Abrechnung oder Plausibilität. Es sei den Vertragsärzten auch nicht möglich, Synergieeffekte wie in den Kliniken zu nutzen, beispielsweise bedarfsbezogenes Personal aus anderen Abteilungen einzusetzen. Darüber hinaus müssten Krankenhäuser, anders als niedergelassene Ärzte, keine Hausbesuche oder Bereitschaftsdienste durchführen. Schiller forderte den Gesetzgeber auf, sich mit dirigistischen, bedarfsunabhängigen Regelungen zurückzuhalten und der gemeinsamen Selbstverwaltung wieder die „Vorfahrt“ mit entsprechenden Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Der Gesetzgeber solle die ambulante, fachärztliche Versorgung präzise definieren – und den Vorrang der niedergelassenen Fachärzte in der ambulanten Versorgung festlegen. Die Situation der Vertragsärzte sei schwierig, aber nicht chancenlos, zumal sich durch die Liberalisierung des Berufsrechts mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auch für Vertragsärzte neue Möglichkeiten der Kooperation eröffneten. Dass der §116b den Krankenhäusern einen Wettbewerbsvorteil einräume, gestand auch **Andreas Wagener**, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, ein. Für ihn heißt das Zauberwort in Bezug auf § 116b Kooperation. Für einige der vorgesehenen Behandlungsbereiche, z.B. für Morbus Wilson, das Marfan-Syndrom oder Mukoviszidose gebe es im vertragsärztlichen Bereich nur wenige Behandlungsmöglichkeiten. Die Kriterien an die Leistungserbringung im Krankenhaus würden jedoch zu hoch angesetzt. Dies stelle unter Qualitätsaspekten einen Wettbewerbsvorteil dar.

### ● Ist der Facharztstandard in Kliniken gewährleistet?

Grundsätzlich könnten nur Krankenhäuser die ambulante Versorgung nach § 116b übernehmen, wenn eine „Eignetheit“ vorliegt, wie **Dr. jur. Peter Wigge**, Fachanwalt für Medizinrecht, Rechtsanwälte Wigge, Münster, hervorhob. Eine solche Eignung für die Leistungserbringung könne nur in solchen Bereichen vorliegen, in denen

das Krankenhaus auch zur Erbringung von stationären Leistungen zugelassen ist, da die Bestimmung und damit auch die Eignungsprüfung im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgen. Krankenhäuser müssten die Leistungen jedoch nicht zwingend selbst erbringen, damit es sich um Krankenhausleistungen handelt. Welche steuerrechtlichen Gestaltungsvorgaben für Krankenhäuser im Bereich der ambulanten Versorgung bestehen, erläuterte abschließend **Michael Boos**, Beratungs- und Prüfungsgesellschaft BPG mbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Münster. Derlei steuerliche Einzelheiten am Rande des § 116b sind den meisten

niedergelassenen Vertragsärzten vermutlich weniger wichtig. In den Diskussionen wurde immer wieder angezweifelt, ob die Krankenhäuser tatsächlich in der Lage seien, einen Facharztstandard zu gewährleisten. Auch wirtschaftlich befürchten viele Vertragsärzte Nachteile, da die Vergütung der Leistungen nach § 116b zusätzlich durch die Kassen zu leisten ist. 2009 werden diese Leistungen dann bei den Gesamtvergütungsverhandlungen einfließen. Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht über den § 116b sind bereits gescheitert. Da hilft den Vertragsärzten nur noch, sich an den Slogan zu halten, den die KV Bayern ausgegeben hat: We never give up!

SC

## Kommentar

Der §116 b des SGB V ist von Anfang bei den Beteiligten im Gesundheitswesen umstritten. Dies liegt an einem elementaren Geburtsfehler. Es sind Krankheiten katalogisiert worden, ohne dass man medizinische Grundkenntnisse berücksichtigt hat. Man hat sie sogar auf den Kopf gestellt. Dies gilt nicht für die seltenen Erkrankungen, aber für die mit einem besonderen Verlauf. Hier werden u. a. Tumorerkrankungen, die Tuberkulose und die Herzinsuffizienz erwähnt, alles Diagnosen, die sich durch typische, also nicht durch besondere Verläufe auszeichnen. Dieser medizinische Unsinn wird auch nicht besser, wenn er in einem Gesetzestext gepresst wird.

Warum hat man diesen Paragraphen überhaupt eingeführt? Es wird vermutet, dass Patientenverbände die Krankenhäuser in die ambulante Versorgung einbeziehen wollten, weil sie annahmen, dass dann für die Patienten alles besser würde. Die Krankenhäuser nahmen dies Argument dankbar auf, sahen sie doch die Möglichkeit, das Monopol der KV für die ambulante Versorgung aufzubrechen, um sich so neue Finanzquellen zu sichern. Schwups: Die erste Fassung des § 116b war geboren. Den Krankenkassen war es gelungen, noch eine wichtige Vorgabe einzubringen: Ein Vertragsabschluss sollte nur auf ihren Wunsch hin möglich sein, das Budget der KV blieb unangetastet und wurde nicht bereinigt. Die Kassen waren an solchen Verträge nicht interessiert, bezahlen sie die Leistungen doch schon im KV-Budget. Damit wurde der Paragraph von Anfang an nicht umgesetzt. Hinzu kamen – wie erwartet – Umsetzungsprobleme durch den Gesetzestext selbst. Es stellte sich heraus, dass man kaum Krankenhäuser fand, die alle Facetten aus seltener Krankheiten unter einem Dach abbilden konnten. Beim Marfan-Syndrom gab es zwar viele Zentren, die die kardiologischen Komplikationen versorgten, aber bei weiteren Organmanifestationen z. B. am Auge oder den Gelenken nicht ausreichend spezialisiert waren. Versorgungswunsch und Versorgungsrealität waren nicht deckungsgleich.

Eine Novellierung wurde nötig. Dabei hat man den Geburtsfehler aber nicht behoben, sondern den ordnungspolitischen Ansatz korrigiert. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, Verträge mit den Krankenhäusern abzuschließen, müssen also zahlen. Das Krankenhaus braucht nur beim zuständigen Ministerium einen Antrag zu stellen; wird dieser genehmigt, ist es soweit. Übersehen haben die Häuser, dass sie die Leistungen mit Sicherheit mit der knappen KV-Vergütung gar nicht abbilden können. Die Budgets der KVen werden durch solche Verträge weiter nicht gemindert, sie fürchtet aber um ihren Sicherstellungsauftrag bei der ambulanten Versorgung und um das Überleben der betroffenen Fachärzte, da solche Verträge ohne Bedarfsprüfung abgeschlossen werden.

Fazit: Keiner ist glücklich, jeder hat jedem das Falsche geschenkt. In Praxi gehen die Aufsichtsministerien unterschiedlich mit den Paragraphen um. Zunächst sind alle bei diesem Chaos mit dem Genehmigungsbescheid vorsichtig. Kluge Ministerien setzen sich mit den KVen zusammen, um den Bedarf durch die Hintertür mit zu berücksichtigen. Es soll auch bereits zu Kontakten zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gekommen sein, um durch vernünftige Kooperationen den Konflikt vor Ort zu entschärfen. Bisher scheint auch noch kein Krankenhaus abgerechnet zu haben. Beim Honorarbescheid wird es wohl böses Erwachen geben. Bei einer Fachgruppe und zwar bei der wichtigsten wird es aber ernst: bei den Onkologen. Viele Krankenhäuser sehen bei diesen Leistungen weniger aufs Honorar, als auf positive Effekte bei der teuren Arzneimittelversorgung dieser Krankheiten. Ob es dabei aber immer mit rechten Dingen zugeht? Bei der Kontrolle sind die Kassen gefragt, die diese Zeche bezahlen müssen.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Bundeseinheitlicher Basisfallwert (Fortsetzung von Seite 1)

## Ökonom Neubauer: Ein ordnungspolitisch falscher Weg

Damit wird eine weitere Maßnahme zur Vereinheitlichung der Vergütung in der GKV-Versorgung eingeleitet, heißt es in der IfG-Expertise. Ökonomisch gesprochen werden damit die Preise zu staatlichen Einheitspreisen. Wettbewerbliche Preise bzw. Verhandlungspreise werden ausgeschlossen. Der Staat möchte mit einheitlichen Preisen eine einheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Letztlich kommt es zu einem System von Einheitspreisen, das staatliches Wollen ausdrückt, aber das Spiel von Angebot und Nachfrage außer Kraft setzt.



Bild: KS

Prof. Günter Neubauer

Von den Befürwortern eines Bundesbasisfallwerts wird häufig das Argument „gleiche Preise für gleiche Leistungen“ angeführt. Allerdings zeigen die heute unterschiedlichen Landesbasisfallwerte nach Neubauers Worten, dass erhebliche strukturelle Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen und somit nicht von gleichen Leistungen gesprochen werden kann.

### ● Krankenhaus-Leistungen sind nicht homogen

Der Aspekt der Homogenität der Güter, die besagt, dass Güter sachlich gleichartig sein müssen, genügt laut Neubauer allein nicht, denn zusätzlich dürfen keine räumlichen Unterschiede und auch keine zeitlichen Differenzen in der Verfügbarkeit der Güter existieren. Außerdem dürfen keine persönlichen Präferenzen seitens der Nachfrager bzw. seitens der Anbieter vorliegen. Insbesondere bei einer Dienstleistung wie einer Krankenhausbehandlung kann nicht von einem homogenen Gut gesprochen werden – auch wenn die Leistungen nach DRGs gruppiert sind.

Die Qualität der Leistungserstellung ebenso wie die örtliche und zeitliche Verfügbarkeit spielen eine entscheidende Rolle. So kann die zeitliche Verfügbarkeit (Vorhaltung rund um die Uhr) differieren, und auch die örtliche Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen ist zwischen Stadt und Land sehr unterschiedlich. Dies alles bedeutet für den liberalen Ökonomen, dass ein Bundesbasisfallwert

Gegebenheiten vereinheitlicht, die de facto ungleich sind.

In einem wettbewerblich gesteuerten Krankenhausversorgungssystem drängen die Marktkräfte zu differenzierten Preisen auch für gleich definierte DRG-Leistungen. Einheitspreise können nur durch staatliche Eingriffe realisiert werden. Neubauer: „Die Festsetzung von Einheitspreisen bei unterschiedlichen Angebots- und Nachfrageverhältnissen durch den Staat oder eine von ihm kontrollierte Selbstverwaltung widerspricht der ökonomischen Vernunft und der Zielsetzung der Akteure. Gerade flexible Preise dienen dazu, Versorgungsunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern anzugleichen. Mit der Festsetzung von Einheitspreisen macht der Staat jedoch genau das Gegenteil. Es kommt zu stets zu Umgehungstatbeständen, wie z. B. Preisnachlässen, die wiederum kontrolliert werden müssen.“

### ● Abhängig von politischen Interessen

Eine Festlegung von Einheitspreisen ist stets verbunden mit wirtschafts- und sozialpolitischen Zielen des Staates, die dem demokratischen Wahlzyklus und den jeweiligen politischen Interessen unterliegen. Der Staat nimmt dem Preis (Basisfallwert) die Funktion, die Knappheit anzuzeigen, und gibt der sozialpolitischen Funktion einer einheitlichen Versorgung den Vorrang – auch bei unterschiedlichen Versorgungsbedingungen. Damit wird ein wichtiger Bereich wie die Krankenhausversorgung dem politischen Willen untergeordnet und einer wettbewerblichen Preisbildung entzogen.

Gegen die Festlegung von staatlichen Einheitspreisen spricht für Neubauer auch, dass ein bundesweit einheitlicher Preis für DRG-Krankenhausleistungen nicht wohlfahrtsoptimal sein kann, da lokal und regional unterschiedliche Versorgungssituationen bestehen. Der Wert einer Leistung ist abhängig von mehreren Faktoren wie der Qualität, dem Ort und der Zeit der Verfügbarkeit, der erbrachten Leistungsmenge sowie den Kosten der Leistungserbringung. Die durchschnittlichen bereinigten Kosten je Behandlungsfall unterscheiden sich zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. Die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt bewegen sich in einer Spanne von -15,37% (Mecklenburg-Vorpommern) bis +16,62% (Hamburg). Das Beispiel der vertragsärztlichen Versorgung zeigt für Neubauer, dass dort bei der Reform der Vergütung und Einführung einer Eurogebührenordnung zwar ein bundesweit

einheitlicher Orientierungswert Anwendung findet, dieser jedoch an die regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen angepasst werden soll (§ 87 Abs. 2f Satz 1 SGB V). Aufgrund der defizitären Datenlage finden die im Gesetz verankerten Indikatoren zur Erfassung regionaler Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur allerdings zunächst noch keine Anwendung.

### ● Fehlallokation durch Einheitspreise

Der Ort der Leistungserbringung ist insofern wichtig, stellt die Expertise fest, als Gesundheitsleistungen in der Regel Loco-Güter sind und nur begrenzt über größere Entfernungen transportiert werden können bzw. kranke Menschen nur begrenzt größere Entfernungen überwinden können, ohne gesundheitlichen Schaden zu nehmen. Die Loco-Kosten variieren aber in aller Regel und bedingen daher unterschiedlich hohe Preise. Werden nun, wie bei den Krankenhausleistungen und den ambulanten Arztleistungen vorgesehen, bundeseinheitliche Festpreise eingeführt, so hat das zum Ergebnis, dass der Festpreis in einem Falle als zu niedrig und im anderen Falle als zu hoch angesehen werden muss. Es kommt zu einer Fehlallokation der knappen Mittel.

Wer ungleiche Leistungen gleich vergütet, lenkt die knappen Ressourcen in Unter-, Über- oder Fehlversorgung. In einem dynamischen Umfeld kann es nur aufgrund von staatlichen Verordnungen Einheitspreise geben. Aus ordnungstheoretischer Sicht sieht das IfG daher die Notwendigkeit für differenzierte Preise, die u. a. den Ort der Leistungserbringung, die zeitliche Verfügbarkeit, die Qualität und die angebotene Leistungsmenge berücksichtigen.

### ● Finanzielle Auswirkungen

Auf der Basis der Landesbasisfallwerte des Jahres 2008 (ohne Kapung und ohne Ausgleich) und der Gewichtung nach Case-Mix-Punkten ergibt sich ein Bundesbasisfallwert in Höhe von 2804,39 Euro. Nach den neuesten Überlegungen zur ordnungspolitischen Neuausrichtung der Krankenhausversorgung im BMG ist es vorgesehen, dass der Basisfallwert in einem Korridor von -1,5% bis +2,5% schwanken darf. Konkret bedeutet dies, dass die Untergrenze des Schwankungskorridors bei 2762,32 Euro liegt, die Obergrenze bei 2874,50 Euro.

Das hätte zur Folge, dass die Basisfallwerte der Bundesländer Bremen, Rheinland-Pfalz und Saarland nach unten angeglichen werden. Im Hinblick auf die Budgetauswirkungen bedeutet dies, dass die Krankenkassen in diesen Bundesländern nach Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes ihre Ausgaben verringern, da umgekehrt das Budget der Krankenhäuser (bei einer konstanten Anzahl von Case-Mix-Punkten) reduziert wird. Bei der gegebenen Anzahl an Case-Mix-Punkten wären die Krankenhäuser in Rhein-

**Tabelle 1** Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern (2006) (Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Kostennachweis der Krankenhäuser, 2008).

Bundesland	Durchschnittliche bereinigte Kosten je Behandlungsfall (€)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (%)
Baden-Württemberg	3.639,71	5,49
Bayern	3.531,71	2,36
Berlin	3.919,06	13,58
Brandenburg	3.095,33	-10,29
Bremen	3.78,11	9,61
Hamburg	4.023,96	16,62
Hessen	3.519,61	2,00
Mecklenburg-Vorpommern	2.919,93	-15,37
Niedersachsen	3.482,13	0,92
Nordrhein-Westfalen	3.353,06	-2,82
Rheinland-Pfalz	3.320,60	-3,76
Saarland	3.852,49	11,65
Sachsen	3.121,44	-9,53
Sachsen-Anhalt	3.368,15	-2,38
Schleswig-Holstein	3.419,39	-0,90
Thüringen	3.126,40	-9,39
Bundesdurchschnitt	3.450,43	0,00

land-Pfalz mit einem Budgetverlust von ca. 64 Millionen Euro die größten Verlierer.

Im Gegensatz dazu würden die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen von einem bundeseinheitlichen Basisfallwert profitieren. Dort würden die Landesbasisfallwerte an die Untergrenze des Schwankungskorridors angehoben. Für die Krankenkassen bedeutet dies, dass sie in diesen Bundesländern mehr Mittel für die Krankenhausversorgung aufwenden müssten, da es unter sonst gleichen Bedingungen zu einer Budgetausweitung kommen würde. Die größten Gewinner wären mit ca. 40 Millionen Euro die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, während die Krankenkassen dort, insbesondere die AOK Schleswig-Holstein, dementsprechend die größten Verlierer wären.

### ● Vereinheitlichung durch Gesundheitsfonds?

Die Einführung des Gesundheitsfonds und eines einheitlichen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung bedingen nach Ansicht mancher Krankenkassenvertreter eine einheitliche Vergütung. Bei dieser Argumentation wird nicht berücksichtigt, so Neubauer, dass eine einheitliche Vergütung generell und ein bundeseinheitlicher Basisfallwert im Speziellen aus ordnungstheoretischer Sicht der falsche Weg ist. Ein einheitlicher Basisfallwert ist schon allein deshalb nicht sinnvoll, weil die Verhältnisse in den einzel-

nen Bundesländern und einzelnen Regionen nicht gleich sind. Diese unterschiedlichen Verhältnisse erfordern auch eine differenzierte Vergütung.

Ein bundeseinheitlicher Basisfallwert, der kollektiv vereinbart wird, kann als Richtwert fungieren, sollte aber gleichzeitig durch selektive Verhandlungen substituiert werden können. Dadurch würde der Wettbewerb im Vertragsbereich tatsächlich – wie im GKV-WSG vorgesehen – intensiviert werden.

Zudem spricht aus Sicht des IfG der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich gegen die Einführung eines Bundesbasisfallwertes als Festpreis. Da den einzelnen Krankenkassen zukünftig aus dem Gesundheitsfonds jeweils gleiche, gemäß der Morbidität der Versicherten gestaffelte Zuweisungen zugeteilt werden, liegt die Herausforderung für die Krankenkassen gerade darin, durch selektives Kontrahieren auf dem Vertragsmarkt die Leistungsausgaben zu senken und die zugeteilten Zuweisungen zu unterschreiten. Die Einführung eines Einheitspreises für Krankenhausleistungen ist kontraindiziert, denn dadurch könnte das GKV-WSG seine intendierte Wirkung, d. h. die Steigerung der Effizienz im deutschen Gesundheitssystem, nicht entfalten. Aus Sicht der Krankenkassen ist der Wettbewerb über selektive Verträge geboten, ansonsten mündet der Gesundheitsfonds in einer staatlichen Einheitsversicherung.

G-BA-Beschluss zum Zweitmeinungsverfahren

## Das Wort hat der „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-WSG einen neuen Facharzt eingeführt, der in der Muster-Weiterbildungsordnung nicht vorkommt: den „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“. Nicht die Ärztekammern, also die ärztliche Selbstverwaltung, regeln die Qualifikation dieser Ärzte, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch eine Richtlinie. Anhand dieser Richtlinie sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen Ärzte benennen, die als „Spezialisten“ für die Zweitmeinung bei der Verordnung besonderer Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Vor der Verordnung bestimmter Präparate für die Behandlung von schweren Erkrankungen mit hohen Therapiekosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung soll künftig von dem behandelnden Arzt eine zweite Meinung eines weiteren, hierfür besonders qualifizierten Arztes eingeholt werden. Einen entsprechenden Beschluss zu der so genannten Zweitmeinung fasste der G-BA Mitte Oktober in Berlin. Demnach muss vor Behandlungsbeginn eine Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie stattgefunden haben, nachdem sich der Versicherte zuvor mit dem Verfahren einverstanden erklärt hat. Für diese Abstimmung sind höchstens zehn Werktage vorgesehen. Der behandelnde Arzt kann von der Zweitmeinung seines Kollegen nur in Ausnahmen abweichen, muss dann aber eine solche Abweichung besonders begründen.

Im Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung hat der G-BA bei seiner Entscheidung einen reibungslosen Übergang von der stationären in die ambulante Arzneimitteltherapie berücksichtigt. Die entsprechende Richtlinie sieht vor, dass auch Krankenhausärzte in das Zweitmeinungsverfahren einbezogen werden.

Der nun beschlossene neue Abschnitt der Arzneimittel-Richtlinie führt in einer Anlage zunächst vier Wirkstoffe auf, die künftig nur noch nach dem Vorliegen einer qualifizierten Zweitmeinung verordnet werden können: Bosentan, Iloprost zur Inhalation, Sildenafil und Sitaxentan zur Behandlung verschiedener Formen der pulmonalen arteriellen Hypertonie.

Die pulmonale arterielle Hypertonie ist eine seltene Erkrankung, die häufig einen schweren Verlauf nimmt, und deren Symptome mit den genannten Wirkstoffen lediglich gemildert werden können. In Deutschland leiden etwa 3000 Menschen an dieser Erkrankung, deren Diagnostik und Behandlung in der Regel ein Spezialwissen seitens der behandelnden Ärzte erfordert. Die Jahrestherapiekosten der aufgelisteten Wirkstoffe für die Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie liegen zwischen 11 000 € (Sildenafil) und 110 000 € (Iloprost).

Zur Ärztin oder zum Arzt für besondere Arzneimitteltherapien kann bestimmt werden, wer die in der Richtlinie genannten Qualifikationen erworben und seine Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie offengelegt hat.

### ● Das Zweitmeinungsverfahren ist in Deutschland neu

Damit keine Versorgungsengpässe entstehen, wird die Neuregelung erst dann wirksam, wenn eine genügend große Zahl von Ärzten die beschlossenen Qualifikationen erworben beziehungsweise nachgewiesen haben. Die Voraussetzungen für die Durchführbarkeit des Verfahrens werden bis zum Ende des Jahres 2008 durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt, heißt es in der Bekanntgabe des G-BA. Dass das Zweitmeinungsverfahren von der Politik in erster Linie als Instrument zur Kostendämpfung gedacht ist, wird in der offiziellen Mitteilung sehr diskret formuliert. Zuallererst wird damit argumentiert, dass mit der Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens die Sicherheit für Patienten und der Therapieerfolg erhöht werden solle. Dann aber heißt es: „Zudem gilt es, die Wirtschaftlichkeit von hochwirksamen und neuen Arzneimitteltherapien mit sehr hohen jährlichen Kosten zu gewährleisten.“

### ● Die BÄK hält nichts davon

Der G-BA hatte im Mai 2008 das Stimmverfahren für das Einholen von Zweitmeinungen bei der Verordnung besonderer Arzneimittel eingeleitet.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich in ihrer Stellungnahme gegen das sogenannte „Zweitmeinungsverfahren“ bei der Verordnung von kostenintensiven, besonderen Arzneimitteln ausgesprochen. „Die Bundesärztekammer hält in Abstimmung mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft diese sozialgesetzlich verpflichtende Regelung und die Eckpunkte der Entscheidung für keine geeigneten Instrumente zur Verbesserung der Behandlungsqualität und der Wirtschaftlichkeit.“ Die Indikationsstellung für den Einsatz besonderer Arzneimittel müsse immer in einem Gesamtkonzept der Behandlung gesehen werden. Die geplante Ergänzung der Arzneimittel-Richtlinie durch die „Verordnung

besonderer Arzneimittel“ stelle in der vorliegenden Form einen gravierenden Eingriff in die Arzt-Patienten-Beziehung dar und widerspreche den Grundzügen ärztlichen Handelns. Aus einer langfristigen Betreuung und Therapie des Patienten hervorgegangene Entscheidungsprozesse des behandelnden Arztes würden übergangen.

„Nicht Arzt und Patient entscheiden über die Durchführung eines ‚Zweitmeinungsverfahrens‘, sondern vorrangig die Kosten eines Arzneimittels. Zusätzlich wird die Ärzteschaft durch dieses aufwendige Genehmigungsverfahren mit noch mehr Bürokratie belastet“, warnt die BÄK. Zudem bestehe durch die Regelung die Gefahr, dass Arzneimittelhersteller das Einholen der „Zweitmeinung“ als Marketinginstrument nutzen könnten. Es müsse deshalb gewährleistet sein, dass „Zweitmeinungen“ im Rahmen der Verordnung von besonderen Arzneimitteln unabhängig von möglichen Interessenkonflikten abgegeben werden.

Ähnlich beurteilt das die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie: Der Gesetzgeber verkenne, dass für die einzelnen Indikationsgebiete bereits Facharztqualifikationen bestehen. Der gewählte Weg der Zweitmeinungspflicht berge die Gefahr eines sehr bürokratischen Verfahrens und eine zeitliche Verzögerung der Therapieeinleitung bei lebensbedrohlich Erkrankten. Zusätzlich sei damit eine unzumutbare Belastung verbunden. Falls der Gesetzgeber bei dieser nicht nachvollziehbaren Regelung bleiben sollte, müsste auch geklärt werden, was bei widersprüchlichen Meinungsbildungen zu geschehen habe und wer die zivil- und strafrechtliche Verantwortung in diesen Konfliktsituationen trägt.

Der Beschluss des G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Beschlusstext und eine Beschlusserläuterung sind bereits im Internet ([www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) veröffentlicht.

KS

## Die wichtigsten Informationen zum Zweitmeinungsverfahren

### Welche Wirkstoffe?

In der Anlage 13 der Richtlinie werden folgende Wirkstoffe zur Anwendung bei pulmonaler arterieller Hypertonie aufgenommen: Bosentan, Iloprost, Sildenafil, Sitaxentan.

### Wer kann „Arzt für besondere Arzneimittel“ werden?

Als „Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie“ kommen laut Richtlinie zuvorderst folgende Schwerpunkt-Internisten in Frage:

- ▶ Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt Pneumologie
- ▶ Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie
- ▶ Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- ▶ Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt Kardiologie

Im Auswahlverfahren nach § 73d Abs.2 Satz 1 SGB V können grundsätzlich alle im Rahmen der Versorgung der Versicherten tätigen Ärzte, insbesondere Vertragsärzte sowie Ärzte in medizinischen Versorgungszentren und in medizinisch geleiteten Einrichtungen, d.h. auch Ärzte, die in Einrichtungen nach § 116b und § 117 SGB V tätig sind, zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapie bestimmt werden, sofern sie nachweisen, dass sie die Qualifikationsanforderungen erfüllen. Die Qualifikation des Arztes kann nur arzneimittelbezogen bestimmt werden, da sich die erforderlichen Qualifikationen nach dem besonderen Arzneimittel richten.

Für die Beurteilung und Verordnung von Bosentan-haltigen Arzneimitteln ist es z.B. erforderlich, dass der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie in der Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie erfahren ist. Dafür muss er mindestens 10 Patienten pro Jahr (im Vorjahr der Benennung) behandelt haben und jährlich mindestens 10 Zertifizierungspunkte an krankheitsspezifischen Fortbildungen dokumentieren. Die geforderte Anzahl an behandelten Patienten soll gewährleisten, dass der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie über praktische Kenntnisse in der komplexen Diagnostik und Behandlung verfügt. Diesen praktischen Kenntnissen soll eine hochqualitative theoretische Ausbildung zugrunde liegen, die der Arzt im Rahmen von spezifischen Fortbildungen vertieft.

### Der bürokratische Aufwand

Der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie hat die Verordnung auf dem Erstantrag, dem Bogen zur Weiterverordnung/Folgeantrag und in einer Mitteilung an die Krankenkassen zu dokumentieren. Vor der erstmaligen Verordnung eines in Anlage 13 aufgeführten Arzneimittels sind die arzneimittelbezogenen Dokumentationsbögen zu verwenden und mit vollständigen Angaben auszufüllen. Bei längerfristigen Behandlungen sind festgelegte Fristen zu beachten und die Dokumentationsbögen zur Weiterverordnung zu verwenden.

### Die Diskussionen

Schon während der öffentlichen Diskussion im G-BA zur Einführung des Zweitmeinungsverfahrens am 16. Oktober zeigten sich erste Unstimmigkeiten, wie der Vorsitzende Dr. Rainer Hess im G-BA-Newsletter mitteilt. Bereits im Vorfeld hatte es dazu heftige Kritik gegeben, räumte er ein, „die sich nicht auf Erfahrungen stützen kann und deswegen mit Emotionen und Ängsten arbeitet. Davon grenzten sich die Vorarbeiten im Unterausschuss und zunächst auch die Beratungen im Plenum positiv ab.“

Es sei für ihn nachvollziehbar, dass ein von dieser Erkrankung betroffener Patientenvertreter in seiner persönlichen Bewertung einem solchen Verfahren kritisch gegenüber stehe. In keiner Weise akzeptabel sei es aber, wenn dieser Patientenvertreter ein offenkundig schon vor der Sitzung verfasstes Schriftstück als Schlusswort vor der Abstimmung verlese und darin unqualifizierte und unwahre Anschuldigungen erhebe, die dem Verfahrensablauf und dessen Ergebnis eindeutig widersprechen. „Hier sollte die Öffentlichkeit der Sitzung offensichtlich genutzt werden, um Stimmung zu machen und Ängste zu schüren. Aufgrund der vorher ebenfalls öffentlich geführten Diskussion und der einhelligen Reaktion aller Beteiligten gelang dies aber nicht.“ Hess verteidigte den Beschluss nochmals nachdrücklich: „Das Zweitmeinungsverfahren für besondere Arzneimittel mit hohen Jahrestherapiekosten oder einem hohen Risikopotential dient der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung, indem es demjenigen Patienten, der diese Präparate benötigt, trotz hoher Behandlungskosten die notwendige Therapie sichert, weil es unter anderem den verordnenden Arzt vom Risiko eines Arzneiregresses freistellt.“

KS

## Leistungskatalog

# Wird es in der GKV noch Innovationen geben?

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wird zunehmend reglementiert. Insbesondere im ambulanten Sektor wird dies deutlich. Der Vertragsarzt darf nur das abrechnen, was in dem Erweiterten Bewertungsmaßstab aufgeführt ist. Er arbeitet unter dem so genannten Erlaubnisvorbehalt. Leistungen, die dort nicht aufgeführt sind, können gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht abgerechnet werden.

Im Gegensatz dazu kann das Krankenhaus alle Leistungen erbringen, unabhängig von einer Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses, es sei denn, dieser hat die Leistung prinzipiell abgelehnt. Es darf somit alles im Krankenhaus erbracht werden, was nicht grundsätzlich verboten ist. Dieser unterschiedliche ordnungspolitische Ansatz ist einer der Gründe für die Divergenz der ambulanten und stationären Versorgungsebene.

## ● Hohe Evidenzstufe gefordert

Unter den fiskalisch geprägten Bedingungen unseres Gesundheitswesens, fällt es allen Beteiligten

zunehmend schwer, neue Leistungen in das System einzubringen. Das macht sich in der retardierten Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses bemerkbar. Schon seit Jahren werden neue Leistungen, wenn überhaupt, nur stark verzögert in das System eingeführt. Oft wird eine sehr hohe Evidenzstufe gefordert, die von der Wissenschaft bisher nicht ausgefüllt wurde. Damit kann die Leistung nicht begründet werden und erscheint auch nicht im System. Das Interesse der Kostenträger und der Leistungserbringer an einer Innovation ist sehr gering. Die Kostenträger fürchten insbesondere nach Einführung des Gesundheitsfonds, dass zusätzli-

che Kosten entstehen und sie noch weniger mit dem zur Verfügung stehenden Geld auskommen. Anträge für neue Leistungen werden deshalb selten gestellt. Das Gleiche gilt für die Vertragsärzteschaft. Wenn eine neue Leistung in das System eingeführt wird, steht das Menetekel schon an der Wand. Der Bewertungsausschuss kalkuliert mit einem Punktwert von 5,11 Cent, abrechnen darf der Vertragsarzt aber nur 3,5 Cent, sodass das Defizit bei der Leistungserbringung vorprogrammiert ist. Wie soll bei einer solchen Berechnung noch Begeisterung für die Einführung von neuen Leistungen aufkommen?

Sehr viele Berufsverbände haben diesen Tatbestand noch nicht verinnerlicht und stellen dennoch neue Anträge für die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV. In der privaten Krankenversicherung kennen wir dieses Problem nicht. In der Gebührenordnung für Ärzte gibt es ganz bewusst analoge Bewertungen, um die gesetzlich definierte Gebührenordnung auch an den medizinischen Fortschritt anzupassen. Das Interesse an einer Privatversicherung müsste umso mehr steigen, je größer die Differenz des Leistungskataloges zur gesetzlichen Krankenversicherung wird. Bisher haben es die privaten Krankenversicherungen aber versäumt, mit diesem Pfund in der Öffentlichkeit zu wuchern.

## ● Flops im DRG-Katalog

Ganz anders sieht die Situation im Krankenhaus aus. Die DRGs werden nach den Ist-Kosten definiert. Das InEK nimmt die Anträge entgegen und kalkuliert neue Leistungen. Ohne dass die evidenzbasierte Medizin bemüht wird, kommt es zu einer Zunahme des Leistungskataloges auf inzwischen über 1100 DRG-Varianten. Bei kritischer Prüfung muss man feststellen, dass hier sehr viele Methoden eingeführt worden sind, die sich teilweise als Flops herausgestellt haben. Eine Reihe von DRG-Leistungen wird deshalb kaum noch abgefordert. Es ist sozusagen ein Friedhof von zu früh eingeführten DRGs entstanden. Eine kritische inhaltliche Würdigung vor Aufnahme in den DRG-Katalog würde man sich wünschen.

Den Krankenkassen sind diese Unterschiede im Prinzip gleichgültig. Auch mit jeder Einführung einer neuen DRG müssen sie nicht mehr Geld im System ausgeben, da eine

Ausgabenobergrenze ab 1. Januar 2009 definiert ist. Rechnen die Krankenhäuser eben mehr DRGs ab, fällt die Landesbaserate entsprechend dem Punktwert des Vertragsarztes. Die Krankenhäuser bekommen dann für die einzelne Leistung eben weniger Geld. Damit kann der DRG-Katalog für die Kostenträger völlig kostenneutral erweitert werden. Ob die Krankenhäuser auf die Dauer diese Entwicklung durchhalten können, muss kritisch hinterfragt werden. In diesem System haben sich die Innovationen deshalb durchweg im stationären Sektor abgebildet. Hier werden die neuen Verfahren überprüft und können auch vor einer endgültigen evidenzbasierten Bewertung abgerechnet werden.

## ● Wer zahlt die Versorgungsforschung?

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aber inzwischen reformiert worden. Es kommt zu einer versorgungsebenenübergreifenden Bewertung von Leistungen, sodass es in Zukunft auch passieren kann, dass Leistungen durch Beschluss des Bundesausschusses auch im Krankenhaus nicht mehr erbracht werden dürfen. Es stellt sich deshalb die Frage, was in Zukunft mit den Innovationen wird, wenn sie weder ambulant noch stationär umgesetzt werden können.

Hinter diesem Thema steckt das Problem der Versorgungsforschung in Deutschland. Alle Kundigen wissen, dass hier ein großes Defizit besteht. Die Wissenschaft hat ihre eigenen Fragestellungen, die sich nicht zwangsläufig mit den Bedürfnissen der Versorgung decken. Insofern sind wissenschaftliche Arbeiten oft wenig geeignet, praktische Fragen der Versorgung zu klären. Genau dies macht eine evidenzbasierte Bewertung neuer Methoden ausgesprochen schwierig. Alle wollen die Versorgungsforschung, nur keiner möchte sie bezahlen. Die Krankenkassen sagen mit einer gewissen Berechtigung, dass sie für Versorgungsforschung nicht zuständig sind, sondern nur Leistungen versichern müssen, die auch tatsächlich notwendig und wirtschaftlich sind. Dies hat nach ihrer Meinung mit Versorgungsforschung nichts zu tun. Die Industrie, die an bestimmten Prozeduren wegen der Geräte ein Interesse hat, ist bereits zufrieden gestellt, wenn die Leistungserbringer sich der Methode annehmen. Oft werden Evaluationsversuche der Methode selbst danach eingestellt. Das Gerät verkauft sich ohnehin. Ein Interesse müsste auch der Steuerzahler haben, dass seine für die Wissenschaft ausgegebenen Gelder wenigstens teilweise in den mehr praktischen Teil der Versorgungsforschung verwendet werden.

## ● Einführung der Grundversorgung durch die Hintertür?

Will man die Versorgungsforschung fördern, muss es einen ordnungspolitischen Ansatz geben, der die Inte-

ressenten Krankenkassen, Industrie und Wissenschaftsförderung zusammenbringt. Von dieser Einigung sind wir zum jetzigen Zeitpunkt noch weit entfernt.

Es muss auch eine Institution geben, die die Fragen stellt, die dort abgewickelt werden sollen. Dies kann im Gemeinsamen Bundesausschuss genauso wie im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiG) geschehen.

Unter der Annahme, dass es tatsächlich in Zukunft gelänge, die Versorgungsforschung zu finanzieren, so ist das Problem der Einführung der Innovationen immer noch nicht gelöst. Wenn eine Methode sinnvoll erscheint, muss sie auch bezahlt werden.

Solange die gesetzliche Vorgabe der einkaufsorientierten Ausgabenpolitik besteht, wird es ausgesprochen schwierig sein, den medizinischen Fortschritt in Form der Innovationen im System abzubilden. Man kann den Leistungserbringern in Zukunft nicht zumuten, dass sie unter solchen Finanzierungsbedingungen gesetzlich Krankenversicherten solche Leistungen zur Verfügung stellen.

Bei genauer Betrachtung unseres Systems entsteht in den letzten Jahren ohnehin der Eindruck, dass man dem Bürger heimlich, bereits jetzt die Leistungen begrenzt, ohne dass der Bürger das Prinzip Grundversorgung wahrnimmt. Man könnte auf den Gedanken kommen, dass man auf diesem Weg genau diese Grundversorgung definiert, indem man einfach neue Verfahren nicht mehr in das System einbezieht.

Dies mag ökonomisch ein raffinierterer Ansatz sein. Für die Versorgung der Bevölkerung ist dies aber ein Debakel. Man sollte schon ehrlich mit diesem Thema umgehen und eine Grundversorgung nach medizinischen Grundsätzen definieren. Dies würde aber bedeuten, dass man Innovationen nicht prinzipiell ausschließt.

Die Ökonomen und Politiker, die das Gesundheitswesen unter rein fiskalischen Gesichtspunkten sehen, sollten auch überlegen, ob die derzeitige Strategie durchgehalten werden kann, ohne dass es zu einem Aufstand der Versicherten und der Patienten kommt. Man sollte sich schon mit den Ärzten zusammensetzen und einen Kompromiss finden für ökonomische Zwänge und medizinische Notwendigkeiten. Wenn weiterhin das rein fiskalische Prinzip die Gesundheitspolitik dominiert, wird es für Innovationen im Gesundheitswesen schlecht aussehen.

HFS

## Kommentar

# Die Zukunft der DRG-Vergütung

Die deutschen DRGs sind eine Erfolgsgeschichte – hört man bei allen Beteiligten. Die Kalkulation erfolgt auf den Ist-Kosten und bezieht damit auch Unwirtschaftlichkeiten mit ein. Der Leistungskatalog wird schnell und zügig dank InEK angepasst, die Zahl der Leistungen ist so auf über 1100 angestiegen.

Die Krankenkassen bekommen ein Instrument zur medizinischen Kontrolle der Häuser an die Hand. Es lebe die Transparenz und die Überprüfung der Fehlbelegung. Krankenhäuser sind zufrieden, wenn die Ärzte ordentlich, d. h. möglichst viel dokumentieren. Alle sind glücklich – bis dato.

Ab 1. Januar 2009 sind aber die Rahmenbedingungen neu. Jedes Land hat für die Krankenhäuser eine Ausgabenobergrenze. Kommt es zur Leistungsausweitung, sinkt die neu definierte Landesbaserate – als Krankenhaus bekommt man weniger für die einzelne Leistung. Die Landesbaserate der Krankenhäuser entspricht dem Punktwert der Vertragsärzte. Die Morbidität landet beim Krankenhaus. Die Krankenhäuser stehen zudem in einem bedrohlichen Konkurrenzkampf untereinander, den sie über eine Ausweitung des Leistungsangebots austragen werden. Die Leistungsvermehrung ist vorprogrammiert.

Ergo: Die Landesbaserate wird sinken, es wird weiter rationalisiert, um mit dem knapperen Geld auszukommen. Damit aber nicht genug: Die DRGs sind ein selbstlernendes System und werden regelhaft nachkalkuliert. Bei neuen, d. h. geringeren Kosten gehen diese ein, der Preis sinkt weiter. Ein echter Teufelskreis. Immer mehr Leistung führt zum Abfall der Baserate, dieser folgt die Abwertung der Leistung bei der nächsten Kalkulation usw. usw.

Damit sind die DRGs zu einer reinen Kostenbremse für die stationäre Versorgung degeneriert. Wie lange halten die Krankenhäuser dies aus? Können die Beschäftigten im Krankenhaus unter diesem Rationalisierungszwang die Patienten in Zukunft noch ordentlich versorgen?

Dr. Hans-Friedrich Spies