

Gesundheitsfonds 2009 (Fortsetzung von Seite 1)

Neuorientierung der Gesundheitspolitik?

• Eine geniale Konstruktion – aber nicht aus Sicht der Ärzte

Das Zahlungsmittel in diesem System ist nicht Euro und Cent, sondern in der ambulanten Versorgung der Punktwert und in der stationären Versorgung die sogenannte Baserate. Wenn die Politik im stationären Bereich das Budget in Form der Ausgabenobergrenze öffnet, entsteht wie bei den Vertragsärzten im Krankenhaus durch eine Leistungsauweitung ein Hamsterradeffekt, den die Krankenhäuser unter Umständen über den Leistungskatalog begrenzen müssen. Das Blümsche System führt dazu, dass das Morbiditätsrisiko beim Leistungserbringer, sprich Arzt und Krankenhaus, landet. Der Politiker

sprochen, dass die Budgets aufgegeben werden. Dies stimmt nur zum Teil. Die zur Finanzierung seither herangezogenen Kopfpauschalen, über die das Budget definiert wurde, entfallen. Die DRGs werden scharfgeschaltet, sodass es auch keine Begrenzungen mehr für das Krankenhausbudget gibt und die Punktwerte werden in Euro und Cent bewertet.

Aber gleichzeitig führt man Ausgabenobergrenzen ein. Ambulant gelten diese bundesweit, stationär landesweit. Die Leistungen der Vertragsärzte werden durch die Regelleistungsvolumina korrigiert. Hier wird der feste Punktwert durch den Abstufungspunktwert wieder konkretisiert. Gleiches wird für die Lan-

großer Teil des seither bei der Kassenärztlichen Vereinigung angegliederten Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung übertragen wird. Sie erhalten aber keine zusätzlichen Finanzmittel, um ein eventuell höheres Morbiditätsrisiko abzubilden.

Der in dem Gesetz angesprochene Wettbewerb ist damit nur ein politisches Feigenblatt. Er begrenzt sich auf Qualitätsvorgaben; einen Preiswettbewerb gibt es nur nach unten. Die Bürokratie nimmt weiter zu und der Leistungskatalog, der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definiert wird, ist der Schlüssel der Versorgung, der restriktiv gehandhabt wird.

• Der Gesundheitsfonds – ein Kompromiss

Kernstück der Reform ist der Gesundheitsfonds. Er ist ein politischer Kompromiss zwischen zwei Alternativen, die im Prinzip nicht

einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben, der aber maximal 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten nicht überschreiten darf. Diese Sozialklausel wurde im Nachhinein eingeführt. Tritt der Fall eines Überschusses ein, so sind die Krankenkassen berechtigt, eine Prämienauszahlung an ihre Mitglieder vorzunehmen. Von diesem Falle geht in der derzeitigen Versorgungslage aber niemand aus (siehe **Abbildung 1**).

Der einheitliche Beitragssatz der Krankenkassen wird über Einzugsstellen bei den Kassen erhoben – noch mehr Bürokratie. Besonders interessant ist, wie der einheitliche Beitragssatz festgelegt wird. Am 1.11. des Vorjahres bestimmt die Bundesregierung den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung per Rechtsverordnung. Ihr hilft dabei ein Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt. Weder Bundesrat noch Bundestag

haben ein Mitbestimmungsrecht, dennoch wird es über den Beitragssatz mit Sicherheit erhebliche Diskussionen in der Öffentlichkeit geben. Die Politik hat sich bereit erklärt, für die versicherungsfremden Leistungen einen Steueranteil in den Gesundheitsfonds einzubringen. Im Jahre 2007 und 2008 waren dies 2,5 Milliarden Euro. Man geht

von einem Anstieg bis zu 14 Milliarden Euro aus. Finanziert werden sollen damit vor allem neben den versicherungsfremden Leistungen auch die familienversicherten Mitglieder.

• Jagd auf Morbi-Kranke?

Streit ist über die Aufgaben des Gesundheitsfonds insofern entstanden, als es zwischen den Krankenkassen bei der Umsetzung des Morbiditätsrisikos erhebliche Meinungsverschiedenheiten über den Anteil des Morbiditätsbezugs bei der Finanzierung der Verwaltungskosten gibt (siehe auch Artikel „Gut wirtschaftende Krankenkassen werden abgestraft“ auf den Seiten 1 und 3). Der Risikostrukturausgleich ist definiert worden nach Alter und Geschlecht und über 80 kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit einem schwerwiegenden Verlauf. Diese Vorgaben erinnern an eine Art hochdifferenziertes Disease-Management-Programm (DMP). Den seitherigen DMPs dürfte somit nur noch eine kurze Lebensdauer beschieden sein.

Besonders kritisch ist der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, weil er Anlass sein kann, dass der Versicherte die Krankenkasse wechselt. Der Wettbewerb über den Krankenkassenbeitrag durch den einheitlichen Beitragssatz wird damit ausgeschaltet, er feiert über den Zusatzbeitrag aber fröhliche Urständ. Auch die Gefahr der Risikoselektion besteht unverändert weiter. Neben dem Interesse an jungen und gesunden Versicherten wird eine Jagd auf Kranke beginnen, die den 80 definierten Krankheiten zuzuordnen sind. Hat man zufällig eine Erkrankung erwischt, die dort nicht erwähnt wird, hat man mit Sicherheit schlechte Karten.

• Gewinner und Verlierer des Gesundheitsfonds

Zwei Sonderregelungen des Gesundheitsfonds sind noch von besonderer Bedeutung. Verständlich ist die Liquiditätsreserve, die zusätzlich finanziert wird und die dazu dienen soll, die im Laufe eines Jahres auftretenden Einnahmeschwankungen auszugleichen, damit möglichst gleiche Finanzen an die Krankenkassen ausbezahlt werden.

Wesentlich komplizierter ist die Konvergenzphase für die länderbezogenen Belastungen bei der Umverteilung der Beitragseinnahmen über den Fonds. Erinnern wir uns: Durch den einheitlichen Beitragssatz in der Bundesrepublik wird das System länderübergreifend nivelliert. Dies bedeutet, dass Länder mit hohem Beitragsaufkommen bei wirtschaftlicher Prosperität Geld abgeben müssen. Profiteure sind Länder mit schlechter wirtschaftlicher Situation, denen zusätzliches Geld zufließt.

Dass es dabei zum Teil um mehrere 100 Millionen Euro gehen kann, hat der ehemalige bayerische Ministerpräsident Edmund Stoiber bemerkt, als er nach den Verhandlungen im Koalitionsausschuss nach München zurückgekehrt ist. Auf seine Initiative hin wurden die Be- und Entlastungen der Länder auf 100 Millionen Euro begrenzt. Von Anfang an war es sehr unwahrscheinlich, dass sich die Gewinne und Verluste zwischen den Bundesländern so ausgleichen, dass es sich um ein Nullsummenspiel handelt. Inzwischen variieren die Berechnungen, wie groß das Defizit durch dieses Rechenproblem für den Gesundheitsfonds wird. Der Gesundheitsfonds selbst hat eine Größenordnung von 137 Milliarden Euro. Bisher gibt es keine endgültige Regelung, wie das Defizit, das sich wahrscheinlich in einer Größenordnung von 150 Millionen Euro bewegen wird, ausgeglichen wird.

Zur Kasse gebeten werden unter anderem Baden-Württemberg, Hessen und Bayern, aber auch Schleswig-Holstein. Gewinner sind Nordrhein-Westfalen, Thüringen und Sachsen. Verlierer wird wegen der erheblichen Krankenhausaussgaben auch Berlin sein, obwohl es zu den

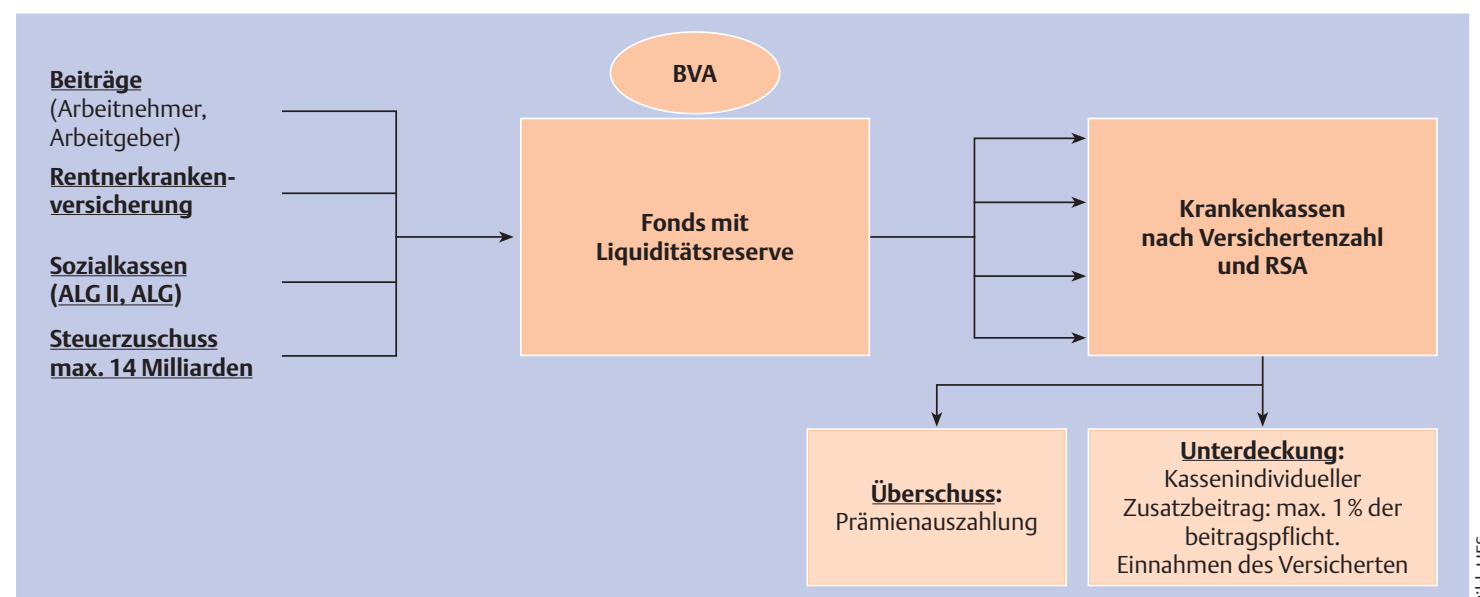


Abbildung 1: Der Gesundheitsfonds wird durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, den Zahlungen aus der Rentenkrankenversicherung und den Sozialkassen sowie durch einen Steuerzuschuss von maximal 14 Milliarden Euro finanziert. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die gesetzlichen Krankenversicherungen ihre Beiträge nach der Versichertenzahl und dem neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (RSA). Bei einer Unterdeckung können die Kassen einen Zusatzbeitrag von maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erheben. Bei einem Überschuss kann eine Prämienauszahlung erfolgen.

ist dabei fein raus. Er kann dem Bürger die Beitragsstabilität versprechen und verweist darauf, dass die gesetzliche Krankenversicherung alle Leistungen erbringen muss, die ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Alles medizinisch Notwendige wird dem Patienten versprochen. Damit kann man wirklich Wahlkampf machen.

Kommt es bei zu knappen Ressourcen zu einer Rationierung, so kann der Politiker jederzeit auf die Leistungserbringer verweisen, die nur ihre gesetzlichen Pflichten nicht erfüllt hätten, den Patienten alles Notwendige zu gewähren. Die Politik hat damit immer einen Schuldigen, wenn das System nicht funktioniert. Dieser ist in der Regel in der Selbstverwaltung zu suchen.

Bei genauer Betrachtung ist damit das deutsche System aus der Sicht des verantwortlichen Politikers eine geniale Konstruktion.

• Dumpingpreise für die Leistungserbringer?

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz hat die Bundesregierung ver-

desbaserate gelten. Sie ist in Zukunft die Punktwertwährung für die Krankenhäuser.

Die Politik behauptet, dass das Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen landet. Dies stimmt insofern, als es sektorbezogene Budgets für die Leistungserbringer nicht mehr gibt, man auch freie Verträge mit den Krankenkassen schließen und der Sicherstellungsauftrag sich zugunsten der Krankenkassen verschiebt. Aber wie bereits angesprochen: die definierten Ausgabenobergrenzen limitieren den Finanzierungsspielraum der Krankenkassen, die jetzt bereits davon sprechen, dass die Gefahr von Dumpingpreisen für die Leistungserbringer besteht, wenn man mit diesem Geld auskommen muss.

• WSG: Wettbewerb als politisches Feigenblatt

Im Klartext ist damit das Wettbewerbsstärkungsgesetz wieder ein klassisches Kostendämpfungsgesetz, das am Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik festhält. Neu ist nur, dass die Krankenkassen mehr Macht erhalten, weil ihnen ein

miteinander vereinbar sind. Die CDU geht in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin von einem Versicherungsprinzip aus. Die SPD spricht von der Bürgerversicherung, die über eine Art Zusatzsteuer als Pflichtversicherung finanziert wird. Bei politisch objektiver Betrachtung muss man festhalten, dass der Gesundheitsfonds der halbe Weg zur Bürgerversicherung ist.

Der Gesundheitsfonds wird vom Bundesversicherungsamt verwaltet, dem damit eine große Macht zukommt. Der Fonds wird durch Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, den Zahlungen aus der Rentenkrankenversicherung und den Sozialkassen und durch einen Steuerzuschuss von maximal 14 Milliarden Euro finanziert. Der Beitrag zu den gesetzlichen Krankenversicherungen wird damit gleichgeschaltet. Die Finanzierung der Kassen erfolgt über den Fonds nach der Versichertenzahl und dem Risikostrukturausgleich.

Reicht das Geld der betroffenen Krankenkasse zur Finanzierung der Leistungen nicht aus, so kann sie

ärmeren Bundesländern gehört. Ansonsten trifft es wieder die Besserverdienenden Bayern, Baden-Württemberg und Hessen.

● **Nebenwirkungen, Hamsterradeffekte und Katastrophenszenarien**

Die Nebenwirkungen des Gesundheitsfonds sind vielfältig. Die Vertragsärzte werden bemerken, dass der Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigung sinkt und dass die Abhängigkeit von den Krankenkassen ansteigt. Ob tatsächlich mehr Honorar in den ambulanten Bereich fließt, ist immer noch nicht endgültig geregelt.

Bei den Krankenhäusern droht ein Hamsterradeffekt durch den Wettbewerb unter der Ausgabenobergrenze. Es kommt durch das selbstlernende System der DRGs zu einer degressiven Bewertung und die Gefahr der Insolvenz der einzelnen Krankenhäuser wird noch zunehmen.

Bis jetzt klingt das ganze Szenario so, als seien die Krankenkassen die Gewinner. Für die Krankenkassen wird der Gesundheitsfonds zur Kata-

strophe, wenn der Beitrag aus dem Gesundheitsfonds nicht reicht, um ihre Leistungen zu bezahlen. Es bleiben nur zwei Möglichkeiten: Die Leistung müsste reduziert werden, was bei dem gesetzlich regelten Leistungskatalog im Prinzip kaum möglich ist. Nur zusätzliche, freiwillige Leistungen wird man streichen können. Man muss dann den zusätzlichen

Beitrag erheben, der jedoch durch die 1-Prozent-Grenze nicht uferlos übersteigen kann. Allein dieser Beitrag wird dazu führen, dass Mitglieder kündigen und zu einer Krankenkassen überwechseln, die diesen Zusatzbeitrag nicht oder geringer erhebt. Dies wird das Defizit nochmals verstärken.

In dieser Situation muss eine Krankenkasse versuchen, bei den Leistungserbringern Geld zu sparen. Es wird Verträge nach § 73b und c im ambulanten Bereich geben. Die Krankenhäuser werden mit Sicherheit aufgefordert, selektive Verträge zu schließen. Man sollte sich keine Illusionen hingeben: Die angebote-

nen Honorare liegen unter dem zurzeit bezahlten Finanzvolumen. Gelingt es der betroffenen Krankenkasse nicht, entsprechende Dumpingpreise mit den Leistungserbringern zu vereinbaren, wird das Defizit so groß, dass die Krankenkasse insolvent werden kann. Dabei droht eine persönliche Haftung des Gesellschafters. Dieses Szenario ist der

Alptraum jedes Krankenkassenchefs (siehe **Abbildung 2**). Wenn dieser Gesundheitsfonds so umgesetzt wird, so ist er ein weiteres klassisches Beispiel für eine gnadenlose Kostendämpfungspolitik nach dem Prinzip „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“. Es bleibt also alles beim Alten.

HFS

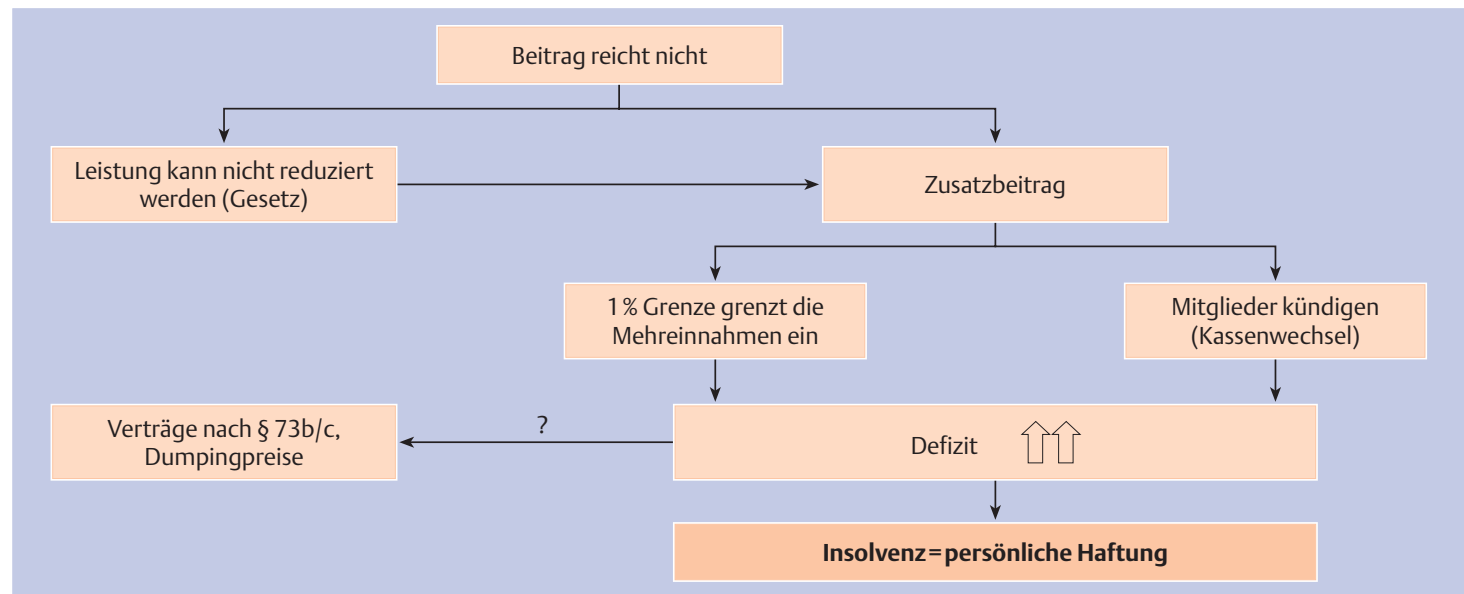


Abbildung 2: Wenn das Geld aus dem Gesundheitsfonds einer Krankenkasse nicht ausreicht, um die Leistungen zu finanzieren, kann das neue System leicht zu einer Katastrophe führen: Die Kasse muss dann einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben – denn die Leistungen können kaum reduziert werden. Doch die so generierten Mehreinnahmen sind begrenzt – zumal damit gerechnet werden muss, dass wegen des Zusatzbeitrags Mitglieder kündigen werden. Wenn das Defizit zu groß wird, droht eine Insolvenz. Dieses Szenario ist der Alptraum jedes Krankenkassenchefs.

Bild: HFS

Niedergelassene Ärzte errichten gemeinsam das Gesundheitszentrum Ludwigshafen

Mehr Service und Qualität für die Patienten

Das von einer Gruppe von Ärzten 2005 ins Leben gerufene Projekt „Gesundheitszentrum Ludwigshafen“ zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wird nun Realität. Am Standort Yorckstraße Ecke Roonstraße soll bis Herbst 2009 ein medizinisches Kompetenzzentrum mit bislang 30 Ärzten aus über 15 verschiedenen Disziplinen entstehen. Patienten kommen dann in den Genuss kurzer Wege zwischen den Spezialisten und profitieren von deren interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Seit 2005 arbeitet eine Gruppe von Ärzten an der Idee, ein Gesundheitszentrum in Ludwigshafen zu errichten. Nach Prüfung verschiedener Standorte fiel die Entscheidung für einen Neubau gegenüber des Walzmühlzentrums. Das neue Gesundheitszentrum wird, neben den bereits angesiedelten Objekten, einen wesentlichen Beitrag zur Neugestaltung und Belebung dieses Stadtteils leisten und die ambulante medizinische Versorgung dort sichern.

● **Das Konzept**

Das Zentrum zeichnet sich vor allem durch den Zusammenschluss von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und Psychotherapeuten aus. Gemeinsames Ziel ist es, die medizinische Versorgung und damit die Gesundheit ihrer Patienten weiter zu

verbessern. Apotheke, Sanitätshaus, Krankengymnastik, Logopädie, ein ambulantes Operationszentrum, ein Service der häuslichen Krankenpflege und ein interdisziplinäres Zentrum für Wundheilung runden das Angebot des Gesundheitszentrums ab. Für Informationsveranstaltungen stehen Schulungs- und Vortragsräume zur Verfügung und für das leibliche Wohl sorgt ein Bistro. Ebenfalls im Gebäude wird ein Kosmetikstudio untergebracht sein.

Dieses Konzept legt größten Wert auf die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Kurze Wege, die Absprache zwischen den Fachärzten, die Koordination der medizinischen Versorgung und die Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen kommen den Patienten zugute. Gerade bei komplexen Erkrankungen kann auf diese Art und Weise Patienten schnell und effektiv geholfen werden. Integrierte Versorgung, DMP, Qualitätssicherung und Zertifizierung sind Themen eines solch innovativen Medizinentrums.

Die Kooperation zwischen den Ärzten bezieht sich nicht nur auf die Ärzte innerhalb des Gesundheitszentrums, sondern schließt auch die überweisenden Fach- und Hausärzte ein.

Über die Therapie von Krankheiten hinaus, nimmt die Prävention einen hohen Stellenwert im Zentrum ein.

● **Das Team**

Bislang sind am Projekt bereits 30 Ärzte und Psychotherapeuten beteiligt, Zahl steigend. Folgende medizinischen Disziplinen sind bereits vertreten: Chirurgie, Orthopädie, Radiologie, Innere Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie, Diabetologie), Gynäkologie, Dermatologie, Kinderheilkunde, HNO, Augenheilkunde, Urologie, Zahn-Mund-Kieferchirurgie, Kieferorthopädie, Zahnmedizin, Psychotherapie, Pneumologie/Schlaflabor, Ambulantes OP-Zentrum/Tagesklinik, Physiotherapie/Reha, Logopädie, Ambulanter Pflegedienst

● **Die Realisierung**

Für dieses Projekt wurde eine Gesellschaft, die Gesundheitszentrum GmbH & Co KG Ludwigshafen, gegründet, welche Träger und Bauherr ist. Beteiligt an der Gesellschaft sind 13 Ärzte des Zentrums in Form von Kommanditisten, sowie die beiden Geschäftsführer, Dr. Heinz Rauch und Dr. Markus Sellinger. Nach gezielter Suche nach dem passenden Grundstück entschloss sich die Gruppe für das Gelände Yorckstraße/Roonstraße, direkt gegenüber dem Einkaufszentrum Walzmühle. Die Stadt Ludwigshafen, sowohl die Stadtentwicklung als auch das Baudezernat befürworten dieses Projekt. Das Gesundheitszentrum Ludwigshafen wird diesen Stadtteil in seiner Entwicklung unterstützen und wesentlich bereichern. Das Gebäude wird ein fünfgeschossiger Neubau mit einer Mietfläche von ca. 6.000 qm und einem umbauten Raum von ca. 40 TSD cbm entstehen. Die innovative Gebäudeform lässt bereits von außen erahnen, dass hier

neueste Medizintechnik zum Einsatz kommen wird. Im Außenbereich werden für Patienten 70 Stellplätze zur Verfügung stehen. Der Baubeginn ist für September 2008 geplant. Mit der Fertigstellung des Gebäudes wird im vierten Quartal 2009 gerechnet. Der Entwurf und die Planung stammen von dem Architekten Stefan Buttler vom Architekturbüro Planwerk aus Würzburg. Er übersetzte mit seinem Entwurf die Konzeption der Ärzte in eine moderne und innovative Architektur. Herr Buttler gilt als Spezialist in Sachen Planung und Realisierung von Gesundheitszentren. Bundesweit realisierte der unterfränkische Architekt Arztgehäuser, Praxen, OP-Zentren und Tageskliniken.

Weitere Informationen rund um das Gesundheitszentrum Ludwigshafen finden Sie unter www.gzlu.de.

Nach einer Pressemitteilung des Gesundheitszentrums Ludwigshafen

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
 AED + Monitoring Kombisystem
 statt 4460 € nur 1599 € + MWSt.
 Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de



Eingangsbereich des GZ Ludwigshafen

Bild: Architekturbüro Planwerk

Gemeinsame Presseinformation von FVDZ, Vereinigung Unabhängiger Vertragszahnärzte, PVS/Verband und Privatärztlichem Bundesverband

Bundesverfassungsgericht: Keine gesetzliche Verpflichtung der Vertrags(zahn)ärzte zur Behandlung von Standard- und Basistarifversicherten

In ihrem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 hatten CDU, CSU und SPD vereinbart, „eine Behandlungspflicht zu bestimmten Gebührensätzen für privatversicherte Personengruppen, wie zum Beispiel Beihilfeberechtigte und Standardtarifversicherte, sowohl bei wahlärztlichen Leistungen in Krankenhäusern als auch bei ambulanten Leistungen niedergelassener Ärzte“ zu schaffen.

Unter dem Eindruck erheblicher verfassungsrechtlicher Einwände, die in einem vom Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten dargelegt wurden [Helge Sodan, Privat(zahn)ärztliche Behandlungspflicht zu abgesenkten staatlichen Gebührensätzen als Verfassungsproblem, Berlin 2006], ließ die Regierungskoalition jedoch von der Einführung einer unmittelbaren Behandlungspflicht ab. Ausweislich der Begründung zum sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 wollte der Bundesgesetzgeber in diesem Reformgesetz eine (zahn)ärztliche Behandlungspflicht für bestimmte Privatversichertengruppen auf indirektem Wege, gleichsam „durch die Hintertür“ verankern. So wurde eine Regelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschaffen, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen haben.

Um höchstrichterlich klären zu lassen, ob eine solche Behandlungspflicht zu Lasten von Vertrags(zahn)ärzten überhaupt besteht, haben jeweils ein Vertragsarzt und ein Vertragszahnarzt

Ende März 2008 mit Unterstützung durch den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, den Privatärztlichen Bundesverband, den Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen und die Vereinigung unabhängiger Vertragszahnärzte Verfassungsbeschwerden beim Bundesverfassungsgericht erhoben. Sie rügten, dass sich die mit einer Behandlungspflicht verbundenen Eingriffe in ihr Grundrecht der Berufsfreiheit bereits wegen Fehlens der erforderlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht rechtfertigen ließen. Das Grundgesetz weise dem Bund allgemein die Regelungszuständigkeit für die Sozialversicherung zu, überlasse spezifische Bestimmungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Berufsausübung hingegen den Ländern. Mit dieser Auffassung stimmt die im Gesetzgebungsverfahren vertretene Rechtsansicht des Bundesrates überein.

Mit Beschlüssen jeweils vom 5. Mai 2008 (Az.: 1 BvR 807/08, 1 BvR 808/08), die erst kürzlich zugestellt wurden, nahm die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts die Verfassungsbeschwerden zwar nicht zur Entscheidung an; die Begründungen enthalten jedoch Ausführungen, die letztlich den Interessen der Beschwerdeführer und der sie unterstützenden Verbände entsprechen.

In beiden Fällen vertrat die Kammer die Auffassung, die Beschwerdeführer seien nicht beschwerdebefugt, weil sie durch die angegriffenen gesetzlichen Regelungen nicht unmittelbar in ihren Grundrechten betroffen seien. Adressaten des angegriffenen § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V seien nämlich nicht die Vertragsärzte, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

Dadurch werde die Rechtsstellung des einzelnen Vertragsarztes „nicht ohne weiteres“ geändert. Die Kammer führte weiterhin aus: „Die Übertragung eines von der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unabhängigen weiteren Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen führt nicht als solche zu einer Ausweitung der Pflichten des einzelnen Vertragsarztes. Von Gesetzes wegen ist der Vertragsarzt durch § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V nur zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet, wodurch er an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 75 Abs. 1 SGB V mitwirkt. Da sich die Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten außerhalb des Systems vertragsärztlicher Versorgung vollzieht, führt die angegriffene Übertragung des diesbezüglichen Sicherstellungsauftrags nicht zu einer unmittelbaren Erstreckung der gesetzlichen Behandlungs-

verpflichtung des Vertragsarztes auf diese Patientengruppe. [...] § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestimmt nicht, in welcher Form der übertragene Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen ist; vielmehr bleibt es den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen überlassen, in welcher Art und Weise sie den Auftrag erfüllen. Die Übertragung des Sicherstellungsauftrags steht einer gesetzlichen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, alle ihre Mitglieder zur Behandlung der Standard- und Basistarifversicherten zu verpflichten, daher nicht gleich. Ihnen ist vielmehr eine Gestaltungsfreiheit eingeräumt, kraft derer sie selbstverantwortlich und aufgrund eigener Sachkunde und Willensbildung zu entscheiden haben, wie sie die Aufgabe am zweckmäßigsten lösen“ (Beschluss im Verfahren 1 BvR 808/08, S. 3 f.; fast wortgleich Beschluss im Verfahren 1 BvR 807/08, S. 3 f.).

Dazu erklärte Prof. Dr. Helge Sodan, Direktor des Deutschen Instituts für Gesundheitsrecht (DIGR) und früherer Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin: „Das Bundesverfassungsgericht ist den Vorstellungen des Gesetzgebers nicht gefolgt. Vertrags(zahn)ärzte wie die beiden Beschwerdeführer könnten unter Berufung auf die beiden Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichts die Behandlung von Standard- und Basistarifversicherten mit der Begründung verweigern, sie seien eben nur zur Teilnahme an der vertrags-(zahn)ärztlichen Versorgung verpflichtet und die Versorgung der Standard- und Basistarifversicherten vollziehe sich außerhalb des Systems vertrags(zahn)ärztlicher Versorgung. Auf dieser Grundlage lässt sich in der Verweigerung der Behandlungen von Standard- und Basistarifversicherten keine Pflicht-

widrigkeit der betreffenden Vertrags(zahn)ärzte sehen. Dies gilt selbstverständlich nicht in Fällen, in denen eine ärztliche Pflicht besteht, Menschen in Lebensgefahr bzw. mit Befunden, deren medizinische Versorgung keinen Aufschub duldet, zu behandeln.“

In den beiden Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts vom 5. Mai 2008 wurde in keiner Weise über die Verfassungsmäßigkeit der angegriffenen Regelungen in der Sache entschieden. Die in den Verfassungsbeschwerden aufgeworfenen Fragen bleiben daher einer späteren Klärung vorbehalten. Diese müsste erfolgen, wenn etwa eine Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung ihre Mitglieder unter Berufung auf den Sicherstellungsauftrag dazu verpflichten sollte, Standard- und Basistarifversicherte zu behandeln. Dagegen könnten sich die Betroffenen im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit und nach Erschöpfung dieses fachgerichtlichen Rechtsweges mit Verfassungsbeschwerden zur Wehr setzen.

Noch nicht entschieden hat das Bundesverfassungsgericht über die übrigen vier Verfassungsbeschwerden, die ebenfalls Ende März 2008 mit Unterstützung der vier genannten Verbände eingereicht wurden. Ein Arzt und ein Zahnarzt greifen jeweils mit ihrer Verfassungsbeschwerde als privat Krankenversicherung gesetzlich geregelte Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs an. Schließlich wenden sich ein Arzt und ein Zahnarzt gegen die nur für die gesetzliche Krankenversicherung geregelte Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Jeder Beschwerdeführer ist Vater von zwei Kindern, für die er eine private Krankenversicherung abgeschlossen hat mit der Konsequenz der Beitragspflichtigkeit.

Kommentar

Bereits früher hatte es bei den Privatversicherten den Standardtarif gegeben. Er hat Ärger ausgelöst. Sehr viele Patienten melden sich in den Praxen als Privatversicherte an und möchten auch als solche behandelt werden, auch mit Standardtarif.

Unausgesprochen erwarten sie von dem behandelnden Arzt, dass er sich bei der Liquidation nach ihrem Versicherungsvertrag ausrichtet. Genau genommen ist der Arzt dazu nicht verpflichtet, wenn er nicht vorher einen Vertrag mit dem betroffenen Patienten abschließt, der die Begrenzung der Multiplikatoren auf den Standardtarif beinhaltet. Wir wissen aber alle, dass bei solchen Patienten in der Regel nach der Rechnungsstellung der Ärger vorprogrammiert ist. Der Patient reicht seine Rechnung ein, erfährt von der Kasse, dass er den Betrag nur teilweise erstattet bekommt und beklagt sich bei dem behandelnden Arzt. Er kommt in der Regel mit der Bitte, dass die Rechnung bitte angepasst wird. Weigert sich der Arzt, bekommt der Patient zusätzliche oft auch juristische Unterstützung von der Krankenkasse.

Viele Ärzte geben bei diesem Problem nach und reduzieren kleinlaut ihre Rechnung, obwohl das Geschäftsgebahren des Patienten vorsichtig ausgedrückt als ungewöhnlich betrachtet werden muss.

Getoppt wird das Ganze durch den Basistarif. Bei diesem über die privaten Krankenversicherungen abgeschlossenen Vertrag gelten nur der EBM-Katalog und die Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch hier kommen viele Patienten und melden sich als Privatversicherte an und hoffen auch als solche behandelt zu werden.

Man kann den vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen aber nur empfehlen, Patienten mit Basistarif den gesetzlich Krankenversicherten gleichzustellen.

Dr. Hans-Friedrich Spies

Behandlung von Standard- und Basistarifversicherten

Wer ist für die Sicherstellung verantwortlich: die KV oder der Vertragsarzt?

Die Presseerklärung (siehe oben) bringt das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Behandlung von Standard- und Basistarifversicherten auf den Punkt. Die Bundesregierung hat über das Vehikel dieser neuen Tarife die Privatkassen verpflichtet, Versicherte ohne Risikoprüfung und per einfachem Antrag aufzunehmen. Die Verträge sollen unter GKV-Vorgaben abgewickelt werden. Dies bezieht sich vor allem auf den Leistungskatalog. Der Einfachheit halber hat man die Abwicklung an die Kassenärztliche Vereinigung gebunden und hat sie entsprechend per Gesetz verpflichtet.

Das Gericht stellt jetzt klar, das nur die KV und nicht der Vertragsarzt dies umzusetzen haben. Die Behandlung kann vom Vertragsarzt verweigert werden; die KV muss dann sehen, mit wem sie ihre gesetzliche Aufgabe löst. Als Begründung wird angeführt, dass diese Vorgaben sich außerhalb des Systems vertragsärztlicher Versorgung bewegen, deshalb kann der einzelne Vertragsarzt nicht in die Pflicht genommen werden. Dieses Urteil ist insofern epoche-

machend, als es an diesem Beispiel klarstellt, dass nicht zwangsläufig die Sicherstellung der KV bedeutet, dass auch der Vertragsarzt in die Pflicht genommen werden kann. Vielleicht wird die Diskussion über diesen Punkt nach den neuen gesetzlichen Vorgaben nochmals an einer ganz anderen Stelle virulent. Folgendes Szenario ist denkbar: ab 1.1.2009 wird der Vertragsarzt über seinen festen Punktwert, der bundesweit definiert wird, durch seine

KV informiert. Da ihm auch das Regelleistungsvolumen vor Beginn der Abrechnung bekannt sein muss, erkennt jeder Vertragsarzt den Zeitpunkt im Quartal, ab dem er abgestaffelt, d. h. ohne weitere Kostendeckung, arbeiten muss.

Für den Vertragsarzt wird sich in Zukunft die Frage stellen, ob er dann seine Leistungen gegenüber der KV einfach einstellen kann, oder ob ihn die KV zwingen kann, nicht kostendeckend weiter zu arbeiten. Dieses Szenario ist in der Welt der vertragsärztlichen Abrechnung nach dem 1.1.2009 durchaus realistisch. Man darf auf eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes in einem solchen Falle gespannt sein. Ob das Verfassungsgericht auch bei dieser Konstellation bei seiner Auffassung bleibt?

Befragung von Krankenkassen-Vorständen

Wie stellen sich die Krankenkassen die Zukunft vor?

In einer von Prof. Dr. Eberhard Wille und Prof. Dr. Volker Ulrich erstellten Studie werden die Vorstände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen befragt und zehn Trends zusammengefasst. Dabei wird von Strategien, aber auch von kasseninternen Diskussionen berichtet, die sich vor allem mit der Organisationsstruktur beschäftigt.

Wie zu erwarten sind die meisten gesetzlichen Krankenkassen mit der Umsetzung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes vor allem mit den Folgen des Gesundheitsfonds vollauf beschäftigt. Langfristige Strategien bleiben dabei weitgehend auf der Strecke. Es stellt sich mehr oder weniger einheitlich heraus, dass der Beitragssatz seine Bedeutung im Wettbewerb verloren hat. Was Wunder – wird er doch für alle Kassen gleichgeschaltet werden.

Der von der Politik eingeforderte Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird danach vermutlich auf zwei Feldern ausgeglichen: Beim Serviceangebot und beim eventuell zusätzlich notwendigen Zusatzbeitrag. Diesen fürchtet man besonders, weil man annimmt, dass er die Wechselneigung der Versicherten fördert. Interessant für die Mitgliederwerbung sind natürlich – wie bereits in der Vergangenheit – die gesunden,

aber auch die „gut gemanagten“ Patienten. Vermutlich versteht man hier die im Risikostrukturausgleich berücksichtigten Krankheitsbilder, die sich in Sonderverträgen abbilden lassen.

Wahltarife sind für die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft sehr interessant. Die private Krankenversicherung wöhnt dies natürlich als existentielle Bedrohung ihres Geschäftsfeldes. Die Tarife über Chronikerprogramme oder Integrationsversorgung sind nach Meinung der gesetzlichen Kassen im Gegensatz zu den Hausarztverträgen eher Erfolg versprechend.

● Hohe Bereitschaft für selektive Verträge

Dementsprechend liegt eine hohe Bereitschaft vor, selektive Verträge abzuschließen. Hier gibt es eine interessante Priorisierung. An erster Stelle stehen die Arzneimittelhersteller; hier werden riesige Finanzvolumen verhandelt. Bereits an zweiter Stelle folgen die Ärztenetze, wohl in der Hoffnung Selektivverträge flächendeckend in Konkurrenz zum Kollektivvertragssystem umzusetzen. Bereits an dritter Stelle finden sich die Hilfsmittelhersteller, bei denen man auch wohl erhebliche Einsparvolumina sieht. Danach folgen bereits die Fachärzte. An letzter Stelle werden die Hausärzte genannt. Hier wird nochmals deutlich, dass die Erfahrung mit den hausarztzentrierten Verträgen bei den Krankenkassen nicht sehr ermutigend sind.

Die Differenzen zwischen gesetzlicher und privater Versicherung zeigen sich in der unterschiedlichen Fusionsbereitschaft, die bei der

gesetzlichen Krankenversicherung eher positiv gesehen wird. Nicht ungewöhnlich ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung einen einheitlichen Versicherungsmarkt favorisiert und damit Ulla Schmidt und ihren in dieser Richtung unermüdeten Mitstreiter Lauterbach unterstützt. Man möchte halt doch einen lästigen Mitbewerber nämlich die Privatkrankenkassen per Gesetz ausschalten. Auf diese Art und Weise würde man einen Konkurrenten los. Die Meinungen der Vorstände der Krankenkassen sind insofern interessant, als sie zeigen, dass das Wettbewerbsstärkungsgesetz vor allem bei den Elementen der selektiven Verträge genauso auf fruchtbaren Boden fällt. Natürlich werden solche Vertragslösungen nicht vom Himmel fallen, ihre Zahl wird aber wohl stetig und konstant ansteigen genauso wie wir dies bei der Akzeptanz der medizinischen Versorgungszentren bereits erlebt haben.

HFS

PKV-Papier zur Einheitsversicherung mit Grundschutz

Ein Arbeitspapier mit gesundheitspolitischen Folgen

In Deutschland gibt es ein zweigliedriges Versicherungssystem: zum einen die gesetzliche und zum anderen die private Krankenversicherung. Im Prinzip ist die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland inzwischen ein absolut staatlich reguliertes Gesundheitswesen, das sich nach außen noch den Anstrich eines Versicherungssystems gibt.

Dabei sind sowohl bei der Finanzierung als auch beim Leistungskatalog die staatlichen Vorgaben so festgeschrieben, dass die für einen freien Markt übliche Wettbewerbssituation nicht mehr umsetzbar ist, trotz aller gegenteiligen Äußerungen von Seiten der Politik. Vor allem die Finanzierung des Systems ohne jede Rücklagen für die Zukunft passt zu einer staatlichen Gesundheitsvorsorge und nicht zu einer echten Versicherung. Demgegenüber steht die private Krankenversicherung, die bei der Vollversicherung ein teilweise kapitalgedecktes System anbietet, in dem auch noch Risiken unterschiedlich bewertet werden. Dies ist in krassem Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

● Dualität nicht miteinander vereinbarer Systeme

Diese Dualität der an sich nicht miteinander vereinbaren Systeme gibt es nur in Deutschland. In den meisten anderen Ländern ist die Krankenversicherung entweder nach dem reinen auch risikoorientierten Versicherungsprinzip abgebildet, oder es handelt sich um staatlich regulierte Systeme, die von einer Versicherungspflicht aller Bürger eines Landes ausgehen.

Diese Versicherungspflicht ist ein ganz wesentlicher Bestandteil aus der

Sicht der Sozial- aber auch der Finanzpolitiker. In den Ländern mit freiwilliger Versicherung erlebt man, dass eine bestimmte Anzahl von Personen nicht versichert ist und deshalb der staatlichen Gesundheitsvorsorge zur Last fällt, die als Auffangstation eingerichtet wurde. In diesem Falle kommt der Steuerzahler für die Versorgung auf.

Bei genauer Betrachtung unterscheidet sich dieses System aber nur durch die Art des Geldflusses von unserer gesetzlichen Krankenversicherung. Hier wird durch die Mitgliederbeiträge und durch entsprechende Steuerzuschüsse die Finanzierung der Krankheitskosten übernommen, die sich Beiträge einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht leisten können. Man muss dabei nur an den nicht unerheblichen Zuschuss der Krankenversicherung an die Rentenversicherung in Deutschland denken.

Die Privatversicherer haben zwei unterschiedliche Geschäftsfelder. Während ein großer Teil der Krankenversicherungen ihr Geschäft über die Vollversicherung, d.h. für sämtliche ambulanten und stationären Leistungen, betreibt, gibt es eine zweite Gruppe, die überwiegend Zusatzversicherungen bezahlt. Hier geht es um die Versicherung der freien Arztwahl am Krankenhaus und um Komfort bei der Unterbringung,

● Die Kfz-Versicherung stand Pate

Während die CDU in der Großen Koalition weiterhin den dualen Weg der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer propagiert, fordert die SPD eine Bürgerversicherung. Sie geht damit konsequent den Weg der Verstaatlichung des Gesundheitswesens weiter, in der ein risikobezogenes Versicherungsprinzip mit Rücklagenbildung keinen Platz mehr hat. Im Klartext versucht das SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium scheinbar die Privatversicherer abzuwerfen.

Offensichtlich macht man sich in dem Verband der privaten Krankenversicherer auch grundsätzliche Gedanken über die Zukunft. So ist ein Arbeitspapier der Versicherungsgesellschaften Allianz Axa und Ergo an die Öffentlichkeit gekommen, das ein angeblich neues Versicherungssystem einfordert. Bei genauer Betrachtung hat hier aber die Kfz-Versicherung Pate gestanden. Entsprechende Modelle wurden bereits vor Jahren von Arthur Andersen eingebracht.

Das Prinzip ist einfach. Es besteht eine Versicherungspflicht wie bei der Kfz-Versicherung. Diese kann man durch Zusatztarife aufstocken, entsprechend der Teil- und Vollkasko-tarife. Voraussetzung für das Gesundheitswesen ist aber, dass man die

Grundsicherung definiert und damit eine Leistungsselektion vornimmt. Von den Versicherern wird vorgeschlagen, dass die Grundsicherung über eine Einheitsprämie unabhängig von einer gesetzlichen und privaten Krankenversicherung finanziert wird. Die Kosten sind somit für jedes Mitglied unserer Gesellschaft bezüglich der Grundsicherung gleich.

● Das PKV-Papier als Beispiel für selektive Wahrnehmung

Die PKV ist sich unter der Führung des PKV-Geschäftsführers Dr. Peter Leienbach offensichtlich darüber im Klaren, dass eine private Krankenversicherung mit einem solchen Modell nicht überleben kann. In Deutschland geht man zurzeit von einer umfassenden Krankenversicherung aus. Politisch würde eine deutliche Reduktion des Leistungsrahmens vom Bürger nicht toleriert werden. Der Umfang für eine Zusatzversicherung, von der die Privaten leben müssten, ist zumindest am Anfang, deutlich begrenzt. Insofern befürchten sehr viele Verbandsfunktionäre der privaten Krankenversicherer, dass ein solcher Vorschlag zum Ende der seitherigen Krankenversicherungswirtschaft führt und nur noch die

gesetzlichen Krankenversicherer überleben lässt.

Erfreut hat man auf der Seite der SPD reagiert. Insbesondere Prof. Karl Lauterbach findet die Vorschläge gut. Er hat sich dabei natürlich nicht zu dem Einheitsbeitrag geäußert, sondern zur der damit verbundenen Gleichschaltung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherer. Die private Krankenversicherung wird darauf achten müssen, dass solche Papiere in Zukunft nicht öffentlich diskutiert werden. Es besteht hier die Gefahr, dass die Politiker nur selektiv wahrnehmen und sich die für ihre politischen Ziele geeigneten Vorschläge herauspicken. So würde natürlich Prof. Lauterbach nie einer Einheitsprämie für die Grundsicherung zustimmen. Für ihn ist nur interessant, dass GKV und PKV gleichgeschaltet werden. Der Schaden, der durch die Diskussion über dieses Arbeitspapier entstanden ist, hat sich auch durch die Presseerklärung des PKV Verbandes nur noch begrenzen lassen. In dieser klargestellt wird, dass man an dem derzeitigen Versicherungsprinzip von GKV und PKV in Deutschland festhalten will.

HFS

Anzeige
109 x 50

Wulf-Dietrich Lebers Rap beim 7. Nationalen DRG-Forum plus

Poetry-Slam zu „Elektiv wird selektiv“

Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Berlin, spannt auf dem 7. Nationalen DRG-Forum plus sein Thema „Elektiv wird selektiv“ fort. Dieses Mal in der Rolle des Rappers. Wir möchten Ihnen das Werk dieses Poeten nicht vorenthalten. Die Kassen mögen an Vielem sparen, aber Leber nicht an Humor.

„Was meines Erachtens zu wenig genutzt wurde, ist das sprachliche Potenzial des Konzeptes. ‚Elektiv wird selektiv‘ ist ja nicht nur wegen seines (sicherlich brillianten) Inhalts bekannt geworden, sondern auch wegen seiner griffigen lyrischen Verkürzung, seiner Verdichtung möchte man sagen, auf diesen kurzen vierhebigen Trochäus ‚Elektiv wird selektiv‘.

Dass sich auf ‚selektiv‘ noch viel mehr reimt – z.B. positiv, provokativ, ... – wurde kaum genutzt. Mir ist eigentlich nur ein gelungener Artikel erinnerlich, der von Robbers junior mit dem Titel ‚Elektiv wird Nulltarif‘. Die alliterative Verdopplung des U durch ‚Elektiv zum Nulltarif!‘ wäre sprachlich etwas eleganter. Und mit Ausrufezeichen dahinter hätte er sich auch beim Spitzenverband bewerben können.

Wie gesagt. Es reimt sich noch eine ganze Menge auf ‚selektiv‘. Das reicht natürlich nicht für ein seriöses Gedicht, aber es ist eine wunderbare Anregung für etwas Poetry-Slam. Poetry-Slam ist jene Revitalisierung der Lyrik in einer Subkultur, die zum Teil der Rapperszene nahesteht.

Wenn man so etwas vorträgt, dann ist es allerdings besser, wenn man hinterher nicht mehr erkannt wird.“



Dr. Wulf-Dietrich Leber beim
7. Nationalen DRG-Forum plus.
Nachdruck aus f&w 3/2008
25. Jahrgang, Seite 283, mit freundlicher
Genehmigung der Biblio-med
Medizinische Verlagsgesellschaft mbH



Ich war wieder mal im Stimmungstief,
weil Ulla in der Glotze lief.
Die macht mich immer depressiv.
Wann kommt die endlich ins Archiv?

Die will doch alles kollektiv!
Das WSG kompetitiv?
Ich lach' mich schief.

Ich wurde richtig aggressiv.
Und da ich gerade eh schlecht schlief,
wurd' ich mittenächtlich kreativ.
Schrieb: Nur im Notfall kollektiv!
Das klang gut und plakativ.
Ich predigte es offensiv.

Als ich zum Landesplaner lief
und ihm froh entgegen rief:
,Elektiv wird selektiv',
da merkte ich: der schlief.
Der schlief in seinem Bettenmief
und träumte, er wär investiv.
De facto war er restriktiv.
Ich ging, damit er weiterschlieft.

Als ich zu InEKs Heimig lief
und fragte: ‚Was ist elektiv?
Ist Notfall letztlich normativ?‘
Sagt er nur kurz und impulsiv:
,Ich mach' euch alles DRGiv.'

Von Tuschen kam ein langer Brief:
Ihm sei das so zu primitiv.
Erst ein Ausgleich prospektiv,
Da fixe Kosten degressiv,
bei Mehrerlös teils subtraktiv,
im Zweifel aber additiv,
gequotelt 80 permissiv...
Schade, ich verlor den Brief.

Als ich zu den Privaten lief,
gaben die sich kooptiv.
Den Herren schien das lukrativ.
Für dieses Jahr zu progressiv.
Doch mittelfristig positiv.
Der Rest war konspirativ.

DKG hingegen aggressiv.
Kösters fast schon eruptiv.
Man sah das alles negativ.
Man nannte mich total naiv.
Das Ganze sei nur destruktiv.

Struck, kam es mir instinktiv:
Die könn' mich alle elektiv!
Inzwischen nehm' ich das sportiv,
bleib' fest bei ‚Elektiv wird selektiv'.
Tschüss, bis gleich. Und ich verneig mich tief.“

