

Editorial

Der Auftritt des immer noch neuen Gesundheitsministers Philipp Rösler zur Eröffnung des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden war gelungen. Er dankte im Namen der Regierung den Ärzten ausdrücklich für ihre Arbeit in einem der besten Gesundheitssysteme der Welt. Er benannte aber auch die Fehler und Unzulänglichkeiten dieses „verkorkten Systems“, die verhassten Honorarbudgets, zu starke Regeln, die Kontrollwut der Bürokraten, das Unwissen der Patienten über ihre Behandlungskosten, eine notwendige Ände-

rung der Zulassung zum Medizinstudium sowie die Problematik medizinischer Versorgungszentren, die nach den Regeln der Kapitalmärkte, nicht nach denen der Freiberuflichkeit geführt werden.

Vertrauen auf die Fähigkeit zu Problemlösungen derer, die im Gesundheitssystem Verantwortung tragen, aber auch Sicherung von Solidarität – das sind die Maximen des Hoffnungsministers Philipp Röslers in der Gesundheitspolitik. Er setzt auf mehr Eigenverantwortung (in der Finanzierung), Abbau von Bürokratie sowie mehr Freiheit in der Berufsausübung.

Als nächstes müssen die ersten Schritte einer Finanzierungsreform auf den Weg gebracht werden. Die wird aber nach dem Ergebnis der Nordrhein-Westfalen-Wahl noch schwieriger als vorher schon werden.

Das Thema Priorisierung und Rationierung ärztlicher Leistungen – von allen Politikern, auch von Philipp Rösler, aus nachvollziehbaren Gründen immer noch abgelehnt, da es die Unterfinanzierung des System für jeden sofort deutlich macht und mit dem Märchen „alle bekommen alles und dies bei immer knapperen Budgets“ schlagartig Schluss macht –



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

muss von uns Ärzten immer wieder als Forderung in die Öffentlichkeit gebracht werden.

Den Diagnosen des Doktor Rösler können wir Internistinnen und Inter-

nisten weitgehend folgen. Nun muss aber auch die Therapie kommen. Jetzt müssen den Worten auch Taten folgen. Daran werden wir ihn auch im BDI messen.

Unterstützen Sie uns auf diesem Weg, arbeiten Sie aktiv im Berufsverband Deutscher Internisten, in Ihrem BDI e.V. mit.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Medizinische Versorgungszentren

Ein weiteres Kapitel einer unendlichen Geschichte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer haben sich zusammengetan und mit einem Papier über die Zukunft der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die Diskussion zu diesem Thema weiter angefacht.

Für die Patienten und deren Versorgung ist das Medizinische Versorgungszentrum nichts anderes als eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. So wird sie auch von der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnungstechnisch behandelt.

In der gesundheitspolitischen Diskussion wird das Medizinische Versorgungszentrum als Synonym für den angestellten Arzt in der ambulanten Versorgungsebene betrachtet. So einfach ist die Sache aber nicht: Es gibt genügend MVZ, in denen die Versorgung nicht von angestellten, sondern von selbstständigen Ärzten durchgeführt wird. Die Regel scheint eine Mischform von angestellten und selbstständigen Ärzten zu sein. In der Diskussion wird völlig übersehen, dass nach der Novellierung der Berufsordnung neben den Medizinischen Versorgungszentren auch alle anderen Praxisformen Ärzte anstellen dürfen, was auch zunehmend geschieht. Der angestellte Arzt ist somit kein Alleinstellungsmerkmal eines MVZ.

● **Gründerebene und Versorgungsebene**
Der wichtigste Unterschied liegt in der Zwei-Ebenen-Konstruktion der Versorgungsform. In der Gründerebene können sich alle an der Versorgung im Gesundheitswesen beteiligen, also auch Krankenhäuser. Neben der Gründerebene gibt es die Versorgungsebene, eben die oben erwähnte fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Ärzte in der Gründerebene können auch selbst die Versorgung übernehmen. Dies ist häufig in MVZ der Fall, die von Vertragsärzten gegründet wurden. Hier besteht oft Personenidentität zwischen Gründer- und Versorgungsebene.

Stein des Anstoßes sind die MVZ, die isoliert von Krankenhäusern gegründet wurden und die nur mit angestellten Ärzten arbeiten, sogenannte Klinik-MVZ. Hier fürchtet man um die Freiberuflichkeit des Arztes und übersieht dabei, dass auch der angestellte Arzt, somit auch der Krankenhausarzt, freiberuflich tätig ist. Freiberuflichkeit darf nicht mit Selbstständigkeit verwechselt werden.

● **Diskussion um Klinik-MVZ**

Unbehagen macht sich breit, fürchtet man doch, dass hier eine Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch wirtschaftliche Interessen durch die Krankenhäuser in der Gründer-Ebene ausgeübt wird, analog der stationären Behandlung. Durch die unterschiedlichen Beteiligungen in der Gründerebene ist damit MVZ nicht gleich MVZ. Die ärztlichen Körperschaften haben sich die Klinik-MVZ vorgenommen. Sie möchten den Einfluss der Krankenhäuser auf diese Versorgungsstruktur zurückdrängen. Durch die Körperschaften beeinflusst, hat die Politik deshalb bereits vorgeschlagen, dass bei einer gesetzlichen Neuregelung in der Gründerebene nur die selbstständigen Vertragsärzte die Mehrheit haben müssten. Kliniken haben nichts mehr zu melden, sie dürfen sich bestenfalls noch an der Finanzierung beteiligen. Die Bundesärztekammer und KBV haben mit ihrem neuen Papier noch eins drauf gesetzt. Vereinfacht ausgedrückt: Es wird in Zukunft nach ihrem Willen keine neuen Klinik-MVZ mehr geben, auch nicht in unterversorgten Gebieten, was bisher angedacht war. Sogar bestehende Klinik-MVZ müssen rückabgewickelt werden.

Wohl gemerkt, es handelt sich um Vorschläge der ärztlichen Körperschaften an den Gesetzgeber, nicht um eine beschlossene Sache.

● **Einige Ungereimtheiten**

Wie verfahren und wenig durchdacht die derzeitige Diskussion angelegt ist, machen folgende Überlegungen deutlich:

► Die Kassenärztliche Bundesvereinigung selbst durchbricht ihre Argumentation, indem sie an anderer Stelle, nämlich bei der Neuordnung des Zulassungsrechtes, für sich selbst KV-MVZ mit angestellten Ärzten in unterversorgten Gebieten reklamiert. Finanziert werden könnte dies über ihre Stiftung Äskulap, somit auch von externen Kapitalgebern. Von der Selbstständigkeit der

versorgenden Ärzte ist bei diesem Modell keine Rede mehr.

► MVZ – auch in reiner Vertragsarzt-hand – müssen mit Krankenhäusern und deren stationärer Versorgung zunehmend konkurrieren. Bei einem Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent und einer Auszahlung von 3,5 Cent bleibt zugegebenermaßen kein Geld für eine Neuinvestition im vertragsärztlichen Bereich, gelingt es nicht in der Gründerebene über Partner und entsprechende Kooperationen Finanzmittel zu generieren. Unser EBM-basiertes Honorarsystem schafft dies im fachärztlichen Bereich schon lange nicht mehr. Will die KBV ihre reine Lehre bei den MVZ umsetzen, muss sie über die Finanzierung hochinvestiver Facharztpraxen ernsthaft nachdenken.

► Die älteren Vertragsärzte, die ihre Praxen verkaufen wollen, werden bei der Diskussion völlig außen vor gelassen. Wer kauft denn heute noch eine Facharztpraxis, die aus Altersgründen abgegeben wird? Dafür finden sich schon heute kaum noch Vertragsärzte. Manche Facharztpraxis, seit Jahren ohne neu investierte Geräte und mit abnehmenden Fallzahlen, wäre ohne den Markt über die Klinik-MVZ praktisch unverkäuflich. Wie sollen diese Kollegen ggf. ihre Restschulden bezahlen? Etwa von ihrer BfA-Rente?

Die Diskussion über Medizinische Versorgungszentren, oder besser Klinik-MVZ hat somit weitere Facetten, man sollte sie weniger emotionsgeladen und dafür mit mehr Augenmaß führen.

HFS

Eine Analyse der aktuellen Gesundheitspolitik (Fortsetzung von Seite 1)

Der Absturz der Gesundheitsprämie

● **Als unsozial verrufen – die Gesundheitsprämie**

Im Zentrum jeder Gesundheitsdebatte steht natürlich die Finanzierung des Systems. Hier ist Minister Rösler mit einem hohen Anspruch angetreten, nämlich der Gesundheitsprämie. Dieser ordnungspolitische Ansatz ist denkbar einfach. Der Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung soll als Prämie pro Mitglied erhoben werden. Diese Prämie ist nicht kostendeckend, die Finanzierungslücke wird über Steuern finanziert. Damit wird sichergestellt, dass alle Bürger in der Bundesrepublik je nach ihrem Steueraufkommen an der GKV-Finanzierung beteiligt werden. Die Prämie wurde in der öffentlichen Diskussion als unsozial zerrissen, weil man gewollt oder ungewollt die soziale einkommensabhängige Finanzierung der GKV via Steuern schlicht nicht zur Kenntnis genommen hat.

Einzelne Rufer in der Wüste, die für die Gesundheitsprämie eingetreten sind, wie z. B. die Professoren Rürup und von Klusen, haben die öffentliche Diskussion nicht ändern können. Insbesondere die Opposition zog gegen den Vorschlag zu Felde, aber auch in unheiliger Allianz mit dem bayerischen Ministerpräsident Seehofer, der, ganz ungewohnt, an einem politischen Prinzip festhielt, nämlich der grundsätzlichen Ablehnung der Prämie. Auf die Unterstützung der Bundeskanzlerin konnte der Minister nicht bauen, da sich Bundeskanzlerin Angela Merkel erst am Ende einer politischen Diskussion festlegt – und die ist immer noch nicht abgeschlossen.

● **Nachsitzen, Herr Rösler!**

In diesem Umfeld entstand die letzte Vorlage zur Finanzierung der gesetzli-

chen Krankenversicherung. In ihr ist die Gesundheitsprämie zu einer Zusatzpauschale degeneriert; sie ist nur teuer und gilt für alle Kassen. Als Entlastung für die Arbeitnehmer, die diese Gesundheitsprämie zahlen sollen, wird der Anteil des Beitrages durch die Arbeitgeber erhöht. Selbst dieser Vorschlag war der Bundeskanzlerin noch zu viel Reform. Bundesminister Rösler muss jetzt nachsitzen und seine Vorschläge bis zur Sommerpause überarbeiten – mit einer eindeutigen Vorgabe: keine Mehrkosten für die Arbeitgeber. Hat man die Auftritte des Bundesgesundheitsministers in den letzten Wochen beobachtet, so hat er wortgewandt und in freier Rede weitgehend Unverbindliches von sich gegeben. Bei Betrachtung der politischen Situation hat er gut daran getan. Auch er scheint bemerkt zu haben, dass der alte Spruch bei Gesundheitsreformen weiter gilt: Es muss was passieren, aber es darf sich nichts ändern.

HFS

Neuer Chef des IQWiG berufen

Jürgen Windeler folgt auf Peter T. Sawicki

Der Vorstand des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat Prof. Jürgen Windeler zum neuen Leiter des IQWiG berufen. Er folgt auf Prof. Peter T. Sawicki, dessen Vertrag zum 31. August 2010 ausläuft.

Der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. jur. Rainer Hess, hat die Entscheidung begrüßt: „Mit Jürgen Windeler konnte eine über die Selbstverwaltung hinaus anerkannte Persönlichkeit und ein ausgewiesener Experte für evidenzbasierte Medizin für dieses wichtige Amt gewonnen werden. Die getroffene Entscheidung stellt sicher, dass die für den G-BA unverzichtbare Arbeit des Instituts ohne Brüche und mit der erforderlichen wissenschaftlichen Expertise fortgesetzt werden kann. Dies hat vor dem Hintergrund der aktuellen gesetzlichen Vorhaben zur Schnellbewertung von Arzneimitteln, die IQWiG und G-BA künftig gemeinsam umsetzen sollen, eine besondere Bedeutung.“

Jürgen Windeler bekleidet derzeit noch den Posten des leitenden Arztes und stellvertretenden Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und tritt zum 1. September dieses Jahres die Nachfolge von Sawicki an. Der Stiftungsrat des Instituts hatte dem IQWiG-Vorstand einvernehmlich den Vorschlag unterbreitet, Windeler für diese Funktion vorzusehen. Dies wurde vom Vorstand bestätigt, in dem auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertreten ist, das nun noch formell zustimmen muss.

Dem Ende August scheidenden Sawicki dankte Hess ausdrücklich für sein kraftvolles Engagement in den vergangenen Jahren und die stets gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. „Die Zeit des Auf-

baus und Etablierung des Instituts als bedeutende und unabhängige Instanz im deutschen Gesundheitswesen bleiben untrennbar mit dem Namen Peter Sawicki verbunden. Er übergibt ein geordnetes Haus, das national wie international einen ausgezeichneten Ruf genießt und aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr wegzudenken ist.“

Um die Vielzahl seiner gesetzlichen Aufgaben erfüllen zu können, ist der G-BA auf wissenschaftliche Unterstützung angewiesen. Diese bekommt er vorrangig durch das IQWiG. Das Institut wurde im Jahr 2004 in der Rechtsform einer privaten Stiftung durch den G-BA gegründet und untersucht und bewertet den Nutzen von Arzneimitteln und medizinischen Leistungen.

• Windeler: IQWiG muss neutral und unabhängig sein

Der in Hildesheim geborene Windeler, der zunächst eineinhalb Jahre in der Krankenpflege arbeitete, bevor er Medizin studierte, war in der Inneren Medizin bei Prof. Johannes Köbberling in Wuppertal tätig, ehe er sich der Statistik und Epidemiologie zuwandte. Um die dort gewonnenen theoretischen Erkenntnisse in der Praxis zu überprüfen, wechselte er wieder in die Innere Medizin, bevor er sich endgültig auf die Epidemiologie und Biometrie festlegte. Anders als sein Vorgänger Sawicki, der den Umgang mit den Medien souverän beherrschte und ständig in den Medizin-Talk-Shows im Fernsehen präsent war, hat sich Windeler stets öffentlich zurückgehalten. Den-



Ab 1. September wird Prof. Jürgen Windeler Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sein.

noch wird die Pharma-Industrie mit ihm nicht leichter umspringen können als mit dem streitbaren Sawicki. Windeler verfiert seit Jahren die Methoden der evidence-based medicine (eBM) und wird diese auch in der künftigen Arbeit des IQWiG als Maßstab heranziehen. Im Gespräch mit der „Frankfurter Rundschau“ hat er betont: „Die Summen, die für ungeeignete Behandlungen ausge-

ben werden, sind erheblich.“ Es gehe um Milliardenbeträge, und bevor man über die Rationierung medizinischer Leistungen rede, sollte man diese Mittel in die richtigen Bahnen lenken.

Vor politischer Einflussnahme auf die Arbeit des IQWiG scheint er keine Angst zu haben. Das Institut müsse in seinen Bewertungen neutral und unabhängig sein, erklärt er.

„Das ist der Anspruch des IQWiG, und das erwarten selbstverständlich die Versicherten und Patienten“, zitiert ihn Spiegel online. „Ganz wichtig ist mir zudem, dass die Ergebnisse des IQWiG möglichst in der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden. Dazu sind sicherlich auch politische Gespräche notwendig.“

KS

3. Deutscher Internistentag (Fortsetzung von Seite 1)

Zwischen Klinik, Kindergarten und kardiologischem Notfall

Um junge Internisten hierfür gut auszurüsten, hat der Berufsverband Deutscher Internisten, unterstützt vom Jungen Forum (JFBDI), den für alle interessierten Mediziner kostenlosen Assistententag ins Leben gerufen. Im Rahmen des 3. Deutschen Internistentages findet er im September in Berlin zum zweiten Mal statt. Interessierten bietet er eine Plattform für Information und Diskussion zu aktuellen arbeitspolitischen Themen sowie qualitativ hochwertige Updates zu internistischen Krankheitsbildern.

Berufspolitisch stehen in diesem Jahr die Themen Familie und Beruf, die Möglichkeit zum eigenen Engagement für arbeitspolitische Veränderungen sowie ein Ländervergleich in der Internistischen Medizin auf dem Programm: Wie lassen sich Kind und Karriere vereinbaren? Welche Weichenstellungen sind nötig für eine gute Ausbildung und wo steht hier die Innere Medizin im europäischen Ausland?

Mit der Veranstaltung „Kinder und Karriere konkret – ich hab's versucht“ zeigen die Veranstalter, dass und wie Familie und Beruf machbar sind. Die nötigen politischen Schritte hierfür sieht das JFBDI vor allem in der Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten. Für eine Familienförderung in der Klinik beispielsweise fordert das Forum Ganztagskindergärten mit flexiblen Öffnungszeiten, Gleitzeitregelungen sowie Einkaufs- und Waschlösungen. Qualifizierte Teilzeitarbeit sollte hier ebenso wertschätzt werden wie eine Vollzeitstätigkeit.

Wie man Berufspolitik durchschauen und durch eigenes Engagement verändern kann, ist Gegenstand der Veranstaltung „Berufspolitik für Dummies? Da muss man doch was machen!“ Zum Beispiel der Einsatz für eine strukturierte Ausbildung trotz wirtschaftlicher Zwänge: Hier hat das JFBDI vielversprechende Ideen, an denen es auf Basis seines eigenen Bewertungspools für Internisten arbeitet. Die verbindliche Einführung von Weiterbildungs- und

Rotationsplänen im Rahmen einer Weiterbildung, die bis hoch in die Verwaltungsapparate erklärtes Ziel der Klinik ist, gehört dazu ebenso wie die Einführung eines unter anderem für die Weiterbildung freigestellten Facharztes und berufsbegleitender Mentoren in den ersten Ausbildungsjahren.

Sinnvoll ergänzt werden die berufspolitischen Veranstaltungen des Assistententages durch Updates zu wichtigen internistischen Krankheitsbildern: „Der gastrointestinale Notfall 2010“, „Diabetes mellitus Typ 2 2010 – Die neuen Therapieregime“ und „Alkoholzug – Distra forever?“ stehen in diesem Jahr auf dem Programm. So erwartet die Besucher des Assistententages auf dem 3. Deutschen Internistentag eine breite Mischung aus arbeitspolitischen und internistischen Themen.

Pressemitteilung des BDI

Der Assistententag mit den Themen „Familie + Beruf“, „Mitmachen, verändern“ und „Neue Strukturen/EU“ findet am Freitag, den 10. September 2010, von 13.00–19.00 Uhr im Raum Virchow des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin statt.



Juristische Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne!

Die Rechtsabteilung des BDI berät die Mitglieder des BDI kostenfrei bei allen berufsbezogenen rechtlichen Angelegenheiten.

Sie erreichen Frau Christina Zastrow von Montag bis Freitag ab 8.00 Uhr unter:

Telefon: 0611 – 181 33 17

Fax: 0611 – 181 33 50

E-Mail: CZastrow@bdi.de

Personalia

Die Mitgliederversammlung des Landesverbandes Bremen im BDI e.V. hat einen neuen Vorstand gewählt. Vorsitzender des Landesverbandes ist Prof. Dr. med. Martin Katschinski. Weitere fünf Ärzte gehören dem Vorstand an: Dr. Thomas Hilmer, Georg Kückelmann, Berndt Ronski, Dr. Erick Meyer und Dr. Iris van de Loo.

Der BDI e.V. bedankt sich beim bisherigen Vorsitzenden Dr. Klaus Ventzke für sein Engagement und seinen Einsatz.

Gewerbesteuer für Ärzte

Negatives Signal

Die Finanznot unseres Staates hat vor allem die Kommunen erreicht, das fehlende Geld wird im Alltag spürbar. Kindergartenbeiträge werden angehoben, Schwimmbäder geschlossen, tiefe Schlaglöcher in lieblos geflickten Straßen nicht mehr repariert. Stattdessen werden neue Schilder mit Geschwindigkeitsbegrenzung aufgestellt.

Zur Lösung der Finanzkrise der Kommunen braut sich eine unheilige Allianz zusammen. Der Deutsche Städte- und Gemeindetag sieht die Lösung in der Einführung der Gewerbesteuer für freie Berufe, also auch für die Ärzte. Unterstützung bekommt er durch den Vorsitzenden der Gewerkschaft ver.di, Frank Bsirske. Dieser bemüht als Begründung sogar die deutsche Vergangenheit und weist darauf hin, dass die Befreiung Selbstständiger von der Gewerbesteuer ein Relikt aus der Nazizeit sei. Na, wenn das kein durchschlagendes Argument ist! Er wendet sich gegen die Auffassung der FDP, die Gewerbesteuer ganz abzuschaffen, im Gegenteil, er plädiert für die zusätzliche Einführung bei Ärzten und Anwälten und verspricht sich dadurch erhebliche Mehreinnahmen. Auch die Industrie-

und Handelskammern sind für den Vorschlag zu haben.

Die Motive dieser „Allianz“ für die Erweiterung der Gewerbesteuer sind unterschiedlich. Den Kommunen geht es hauptsächlich um eine Verbesserung ihrer Steuereinnahmen, Frank Bsirske ist sicher mehr ideologisch motiviert und die Industrie- und Handelskammer hofft auf neue Mitglieder und die Übernahme der Landesärztekammer. Zur Bewertung der neuen Situation ist es erforderlich, sich mit dem ordnungspolitischen Ansatz der Gewerbesteuer zu beschäftigen und dabei auf die Folgen hinzuweisen, die mit einer Einführung bei freien Berufen, insbesondere bei den Ärzten, verbunden sind.

- **Unterschiedliche Hebesätze in den Kommunen**

Die Gewerbesteuer wird von den Kommunen erhoben, die Höhe dieser Steuern wird in Form eines Hebesatzes per kommunaler Satzung festgelegt. Typisches Beispiel für unterschiedliche Hebesätze findet man im Rhein-Main-Gebiet. Der Speckgürtel, beispielsweise in der Stadt Eschborn, hat deutlich niedrigere Gewerbesteuerersatz als die Stadt Frankfurt selbst. Dies hat z. B. die Börse veranlasst, ihren Sitz von Frankfurt nach Eschborn zu verlegen, da sich das Unternehmen dadurch eine niedrigere Gewerbesteuerzahlung verspricht. Wenn man glaubt, dass damit Eschborn die gesamte Gewerbesteuer von dem Unternehmen Börse erhält, so ist dies aber ein Irrtum. Die Gewerbesteuer wird anteilig auf den Firmensitz und auf die Produktionsorte verlegt. Dabei richtet man sich nach den Lohnsummenanteilen. Dennoch versuchen sehr viele Firmen aus der Verlagerung des Firmensitzes entsprechende Vorteile durch eine niedrigere Gewerbesteuer zu ziehen, indem sie Firmenteile einschließlich Personal verlagern.

- **Restriktive Zulassungsordnung**

Der Vergleich Arztpraxis und Unternehmen Deutsche Börse hinkt mit Sicherheit. Der Vergleich mit einem kleinen Handwerksbetrieb, der seinen Sitz in die Umgebung der Großstadt verlegt, ist da schon ein besseres Beispiel. Der zahlt in dem Speckgürtel der Stadt eine niedrigere Gewerbesteuer, verliert aber nicht einen einzigen Kunden in seinem Einzugsgebiet.

Dieser Wettbewerb zwischen den Kommunen durch unterschiedliche Hebesätze bei der Gewerbesteuer ist gewollt. Er fördert die Ansiedlung von Betrieben in strukturschwachen Bezirken.

Dies kann auf die Ausübung des Arztberufes in Deutschland aber nicht übertragen werden. Der Arzt ist überwiegend in freier Praxis in der gesetzlichen Krankenversicherung tätig. Er muss sich deshalb der Zulassungsordnung des Sozialgesetzbuches unterwerfen und kann nicht aus steuerrechtlichen Gründen seinen Sitz einfach verlagern. Allein aus diesem Grund dürfte sich eine Gewerbesteuerpflicht für den Arztberuf sehr schwer umsetzen lassen. Entweder muss der Staat seine restriktive Zulassungsbeschränkung für den Vertragsarzt aufheben oder er

sollte schleunigst die Diskussion über die Gewerbesteuerpflicht beenden.

- **Freiheitliche Berufsausübung gefährdet**

Das Kapitel hat nicht nur einen steuerrechtlichen, sondern auch einen gesellschaftspolitischen Aspekt. Die freien Berufe sind wesentliche Bestandteile unserer Demokratie. Unabhängig von ihrem Arbeitsverhältnis müssen hier Arzt-Patienten- oder Anwalt-Klienten-Verhältnisse möglichst unbeeinflusst sein, sozusagen als die letzte Wiese individueller Betreuung. Typisch ist, dass gerade totalitäre Staaten die freie Berufsausübung von Arzt und Anwalt einschränken, ja sogar ganz verbieten. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Hans Hellmut Koch hat auf die hohe Bedeutung des Prinzips freier Berufe für die ärztliche Berufsausübung hingewiesen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis wird bereits jetzt durch Einschränkung des Datenschutzes zunehmen eingeschränkt. Die Einführung der Gewerbesteuer wäre ein weiteres negatives Signal für die freiheitliche Berufsausübung, ein wichtiges Merkmal unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung.

HFS

Umfrage unter Krankenhausgeschäftsführern

Die rosarote Brille

Es liegt nur am Ärztemangel. So lautet die Antwort von Politik und ärztlichen Körperschaften, wenn man sie auf die strukturellen Probleme unseres Gesundheitswesens anspricht. Dort wird behauptet, dass Personalmangel an der wichtigsten Stelle des Systems, nämlich bei den Ärzten, herrscht, sowohl bei der ambulanten als auch bei der stationären Versorgung. Was die ambulante Versorgung angeht, so wird dies von den Krankenkassen vehement bezweifelt: Ärzte gäbe es genug, sie wären nur falsch verteilt.

Unumstritten scheint die Mangelsituation im stationären Versorgungsbereich. Dabei werden in naher Zukunft vor allem gut weitergebildete Fachärzte fehlen, gibt es doch zu wenig attraktive Lebensstellungen im Krankenhaus für den ärztlichen Mittelbau. Der Mangel an Weiterbil-

dungsassistenten ist unumstritten.

Man hat das Gefühl, dass bei den jungen Ärzten in Deutschland eine Art Völkerwanderung eingesetzt hat. Während viele junge Ärzte Stellen im Süden, siehe Schweiz, oder im Norden, siehe Dänemark und Schweden, aber auch im Westen, z. B. in Großbri-

tannien, übernehmen, füllen wir den Nachwuchs in den Weiterbildungsstellen überwiegend aus dem Osten Europas. Böse Zungen behaupten, dass auf manchen Krankenstationen, insbesondere in mittleren und kleinen Krankenhäusern, vor allem in den neuen Bundesländern, russisch zur Umgangssprache geworden ist. Auch die erfolgreiche Tarifpolitik des Marburger Bundes ist nur bei dem derzeitigen Mangel an ärztlichem Nachwuchs zu verstehen – Angebot und Nachfrage spielen bei Tarifverhandlungen auch eine Rolle.

- **Krankenhausgeschäftsführer haben keine Personalsorgen**

In diesem Umfeld hat Ernst & Young eine repräsentative Umfrage unter

Krankenhausgeschäftsführern gestartet. Zur Verblüffung aller stehen die Personalsorgen aber am Ende der Skala. Der Punkt „schwierige Personalanwerbung, -kosten“ wird nur von 2 % angegeben. Entweder sind die Personalsorgen noch nicht an der Spitze der Verwaltungspyramide im Krankenhaus angekommen oder man schätzt die ärztliche Arbeit im Gesamtkontext des Krankenhauses grundsätzlich nur sehr gering ein. Offensichtlich hat man übersehen, dass medizinische Versorgung – auch oder gerade im Krankenhaus – ohne Ärzte grundsätzlich nicht denkbar ist. Die Umfrage von Ernst & Young ist aber nicht nur in diesem Punkt interessant. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht müde wird, den Untergang vieler Krankenhäuser in der derzeitigen Finanzierungssituation vorherzusagen, geben sich bei der Umfrage die zuständigen Krankenhausdirektoren optimistisch, was die Bewertung ihrer eigenen Situation betrifft. Schuld an dem Ärger sei nur die Politik mit ihren Vorgaben, meinen 63 %. Finanzielle Gründe geben 55 % an. Nur 27 % gehen selbstkritisch mit der eigenen Krankenhausgröße um, alles andere, auch die ärztliche und pflegerische Qualifikation, kommen unter ferner liefen. Noch verblüffender ist die Einschätzung der derzeitigen finanziellen Situation des Krankenhauses insgesamt, die von 71 % mit sehr gut bis gut eingestuft wird.

- **Patienten haben eine andere Meinung**

Ernst & Young haben neben den Verwaltungsdirektoren zusätzlich die

Patienten befragt. Dabei kommt es zu eklatanten Bewertungsdifferenzen. Während die Verwaltung die Qualität der ärztlichen Behandlung in 69 % mit sehr gut einstuft, ist dies nur bei 21 % der befragten Patienten der Fall. Dieses Missverhältnis bleibt auf allen Befragungsfeldern gleich, von der Pflege bis zur Unterkunft. Diese stufen nur 44% der Krankenhausmanager selbstkritisch als sehr gut ein – bei den Patienten sind sogar nur 21 % dieser Ansicht.

Hier wird eine Diskrepanz sichtbar, die den Krankenhäusern zu denken geben muss. Offensichtlich sind die Verwaltungschefs zu wenig selbstkritisch. Sie sehen die eigene Situation mehr durch die rosarote Brille. Es scheint eine sehr große Diskrepanz von Anspruch und Wirklichkeit in der eigenen Bewertung zu geben.

- **Und die Konsequenzen?**

Folgerichtig ziehen die Krankenhausoberen auch die falschen Konsequenzen, wenn es um zukünftige Maßnahmen geht. An oberster Stelle werden Verbesserungen der Hotellerie im Krankenhaus und Kooperation mit anderen Kliniken angegeben. Die Personalfrage wird nach eigener Einschätzung eher am Ende abgehandelt. Das betriebswirtschaftliche Führungspersonal im Krankenhaus sollte seine eigene Bewertung kritisch hinterfragen und sich deshalb bei der Ist-Analyse und bei Zukunftsperspektiven wieder mehr mit den eigenen Ärzten zusammensetzen – dies dürfte den Horizont erweitern.

HFS



Foto: Dynamic Graphics

Keine Personalprobleme in den Kliniken, keine finanziellen Schwierigkeiten und eine hervorragende Patientenbetreuung? Tragen Krankenhausgeschäftsführer eine rosarote Brille?

Streit um Honorargerechtigkeit**Verteilungskampf pur**

Durch die gesetzlich verordnete Reform der Vergütung der Vertragsärzte hat es eine erhebliche Umverteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben. Die Honorarunterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern, Folge der deutschen Wiedervereinigung, wurden dabei ausgeglichen, nicht über Steuermittel, sondern durch die Vertragsärzte selbst.

Man hat die Gunst der Stunde genutzt: die ausgehandelte Aufbesserung der ärztlichen Gesamtvergütung hat man zum Ost-West-Ausgleich herangezogen. Die Hoffnung, dass dies beim einzelnen Vertragsarzt nicht zu sehr auffällt, hat nicht getrogen. „Echte“ Verlierer hat es dabei, außer in Baden-Württemberg, wohl nicht gegeben. Die einen haben nur etwas weniger, die anderen aber mehr von den zusätzlichen Milliarden bekommen. So weit, so gut. Verärgert war besonders die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die aber an ihrer Misere nicht ganz schuldlos war. Die Geldverteilung zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen wird über die angeforderten Leistungen in der Vergangenheit gesteuert. Übrigens war das nicht überraschend, sondern stand so im SGB V.

Dennoch hatte die KV Nordrhein an ihrer Individualbudgetierung festgehalten, auch auf die Gefahr hin, dass damit die eigene Leistungsmenge unterschätzt wird, was zwangsläufig zu einem reduzierten Leistungsbedarf mit weniger Geld führen musste. Die KV Nordrhein wollte dieses selbstverschuldete Ergebnis aber nicht akzeptieren, sie forderte eine Korrektur.

- **Regionale Unterschiede sollen berücksichtigt werden**

Den Fehler der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein will man also korrigieren. Westfalen-Lippe hat sich angeschlossen. Eine weitere Novelisierung des Vergütungssystems wurde auf einer „Geheimsitzung“ der KV-Oberen in Dresden beim Deutschen Ärztetag beschlossen. Schlüssel ist dabei die hinreichend bekannte Berechnung des Behandlungsbedarfs der einzelnen Versicherten, korrigiert durch die Morbidität. Damit würde auch die Geldmenge transparent, die die einzelne KV entsprechend der Morbidität und der Versicherungszahl erhält. Aber nichts ohne Ausnahmen: Man will regionale Unterschiede mit berücksichtigen und dabei auch die von KV zu KV unterschiedlichen Verlagerungseffekte ambulant/stationär mit einbeziehen.

- **Von Honorargerechtigkeit weit entfernt**

Dies löst natürlich die akuten Probleme der KV Nordrhein überhaupt nicht, geht man doch von einer fünfjährigen Konvergenzphase aus, bis das Ziel erreicht ist. Übrigens: Die Zustimmung der Krankenkassen zu dem Modell steht noch aus. Deshalb will man akut über die Zahlen aus

men. Ein Ausgleich über andere KVen ist in dem Papier nicht vorgesehen. Auch diese behalten ihre seitherige Einnahmebasis. Es bleibt das Geheimnis der KV, woher das dafür notwendige zusätzliche Geld kommen soll.

- **Erneute Honorarumverteilung befürchtet**

Bei den bekannt knappen Ressourcen und der von den Krankenkassen eingeforderten Nullrunde bei den Honoraren fürchten deshalb regionale Kassenärztliche Vereinigungen

eine erneute Umverteilung, diesmal von Ost nach West. Die Politik in Nordrhein-Westfalen hat sich schon eingemischt und aktiviert angeblich ihre Kassenärztliche Vereinigung.

Die Antwort aus Mecklenburg-Vorpommern liegt schon vor: Es darf an der dortigen Honorarbasis nicht gerüttelt werden, sonst bricht angeblich dort die Sicherstellung zusammen. Man hofft auf Unterstützung durch das eigene Landesministerium.

Wir sind also wieder dort angekommen, wo wir schon seit Jahren

waren: Verteilungskampf pur, diesmal zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen. Von einer Honorargerechtigkeit sind wir mehr denn je entfernt.

HFS

Anzeige 224 x 297

Ärztbewertungen im Internet

»Schon mal unpünktlich«

„KSB2008“ findet ihre Hausärztin in der Schönhauser Allee in Berlin „total nett und bemüht“. Sie sei interessiert, kompetent und nehme sich viel Zeit. „Adada“ hatte weniger Glück und teilt mit, seinen Internisten in derselben Straße gewechselt zu haben. Patient „Kuhli“ schließlich scheint ein stoischer Charakter zu sein. Seine dreistündige Wartezeit in einer Berliner HNO-Praxis kommentiert er trocken mit: „Dieser Arzt ist gerne mal unpünktlich.“ Vermutlich hatte „Kuhli“ ein gutes Buch in der Tasche, anders als „Fritz“, der sich schon über 80 Minuten im Wartezimmer massiv echauffiert. Auch sonst ist der privat-

versicherte Patient kritisch: „Man bekommt gerne und schnell teure Geräte zu sehen.“ Arztbewertungen wie diese finden sich mittlerweile zu Zehntausenden im Internet. Auf Portalen wie Docinsider.de, Topmedic.de, Imedo.de, Helpster.de oder Jameda.de werden sie gesammelt. Wer sich informieren will, gibt seine Postleitzahl ein und wählt eine Fachrichtung aus. Es erscheint eine Liste mit Ärzten und Patientenurteilen, mal überschwänglich, mal vernichtend, konstruktiv, wenig hilfreich. Ärztevertreter sind nicht so glücklich mit all diesen Portalen und warnen vor blindem Vertrauen in die Bewer-

tungen: „Die Portale spiegeln das Bedürfnis der Patienten nach mehr Transparenz wider, aber sie können nur subjektiv sein. Ich würde mich nur sehr begrenzt darauf verlassen“, sagt beispielsweise Roland Stahl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Viele Ärzte reden im Zusammenhang mit den Portalen auch schon mal von „Beschimpfungsplattformen“. Praktisch jeder Portalanbieter schließlich berichtet über Anrufe erboster Ärzte, die mit dem Anwalt drohen. Verbraucherschützer dagegen sind aufgeschlossener: „Der Grundgedanke, dass Patienten ihre Erfahrungen anderen nutzbar machen, ist bestechend“, betont etwa Stefan Etgeton vom Verbraucherzentrale Bundesverband.

Allen Portalen gemein ist, dass sie um die Gunst der Patienten buhlen. Das wundert nicht: Arztbewertungsportale berufen sich auf die Intelligenz der Masse, und die tritt erst bei massenweiser Nutzung in Erscheinung. Wer sich bei einem der genannten Portale auf Arztsuche begibt, wird feststellen, dass noch bei viel zu vielen Ärzten keine Kommentare oder nur einzelne Kommentare zu finden sind. Das ist dann naturgemäß wenig repräsentativ, zumal Einzelmeinungen sehr anfällig für Manipulationen sind. Weil die Zahl der Bewertungen eine so zentrale Bedeutung für die Portale hat,

wird darum sogar vor Gericht gefochten. Jameda.de zoffte sich beispielsweise vor dem Landgericht München mit Docinsider.de, einem weiteren großen Anbieter. In dem Streit geht es darum, ob Docinsider.de Bewertungen, die mit einer umstrittenen Klickfunktion erzeugt wurden, als solche zählen und damit werben darf. Noch Anfang 2009 gab Docinsider.de 100.000 Arztbewertungen an, Jameda.de dagegen 12.000. Die Zahlen sind aber nicht vergleichbar, solange sie nicht ähnlich ermittelt werden. Das Gerangel um die Klickzahlen ist nur ein Indikator dafür, dass die Branche im Umbruch ist. Spätestens seit Beginn der Finanzkrise ist die Konsolidierung des Marktes ein wichtiges Thema – die Dotcom-Bubble lässt grüßen. Der eine Konsolidierungsweg ist ein Netz von Kooperationen, das von der Stiftung Gesundheit initiiert und koordiniert wird. Prominentestes Mitglied ist hier Topmedic.de, für das die Stiftung Gesundheit Anfang 2008 in einer Studie die meisten tatsächlichen Bewertungen aller Portale ermittelte. Dazu kommen eine Reihe kleinerer Portale, denen gemeinsam ist, dass sie nicht genug finanzstarke Investoren im Rücken haben, um den Versuch unternehmen zu können, auf Dauer ganz alleine zu überleben. Das Prinzip dieser Kooperation liegt darin, dass die beteiligten Portale Bewertungen untereinander austauschen, um so repräsentativeren Datensätzen zu kommen. Die Daten der Portale fließen außerdem in das Portal Arzt-Auskunft.de der Stiftung ein, das mittlerweile von zahlreichen medizinischen

Webseiten für Laien eingebunden worden ist. Der zweite Weg der Konsolidierung besteht hier wie in anderen Branchen in direkten Übernahmen. Docinsider.de übernahm im Dezember 2008 den Konkurrenten Patientenempfehlen-Aerzte.de und konnte sich – das ist der tiefere Sinn derartiger Transaktionen – dessen Bewertungen nebst Zugang zu etwa 80.000 Nutzern pro Monat einverleiben. Auch wenn niemand dazu Stellung nehmen möchte, hält sich hartnäckig das Gerücht, dass eine weitere Übernahme und/oder Fusion unmittelbar bevorsteht, und zwar zwischen Docinsider.de und Helpster.de. Das Arztportal Helpster.de ist so etwas wie der Urvater der deutschen Arztbewerter. Es wurde vom Holtzbrinck-Verlag übernommen und gilt mittlerweile in der Branche als „lame duck“, eine lahme Ente, die zwar noch online ist, die aber nicht mehr weiterentwickelt wird. Trotzdem verfügt Helpster.de über eine ganze Menge Bewertungen, und es hat wegen seiner Pionierfunktion noch immer einen hohen Bekanntheitsgrad. Insofern dürfte es durchaus ein interessanter Partner sein, zumal mit dem mächtigen Holtzbrinck-Verlag als Mitgift. In die Arme eines finanzstarken Verlags geworfen hat sich auch Jameda.de, seit einem Jahr eine 70-prozentige Tochter der Tomorrow Focus AG. Deren Flaggschiff ist bekanntlich das Wochenmagazin Focus. Dort scheint man willens zu sein, das Portal nach vorne zu bringen. Doch daran, dass die Arztbewertungen alleine als Grundlage eines Geschäfts-

Diese Anbieter sollten Sie kennen

■ Docinsider.de

Das Portal wird von der Docinsider GmbH betrieben. Dahinter stecken mehrere private Business Angels. Docinsider.de ist seit 2007 online. Bewertet wird mit einem detaillierten Fragebogen, der zusätzlich zu Standardkategorien eine Freitexteingabe erlaubt.

■ Jameda.de

Auch Jameda.de ist seit 2007 online. Seit Juli 2008 ist das Portal eine 70-prozentige Tochter der Tomorrow Focus AG. Die Bewertung erfolgt über fachgruppenspezifische Fragebögen mit bis zu 17 Items. Eine Freitexteingabe ist möglich. Jameda.de positioniert sich als breit angelegtes Gesundheitsportal. Es bietet Zugriff auf die Focus-Ärztelisten sowie auf die Ergebnisse der Focus-Arztrecherchen, bei denen der Focus-Verlag deutschlandweit Ärzte anschreibt und um Auskunft bittet. In Weblogs kommen Experten und Prominente zu Wort.

■ Topmedic.de

Hinter Topmedic.de steckt die ArztData GmbH, die ihr Geld mit dem medizinischen Adresshandel verdient. Bei dem seit 2007 bestehenden Portal ist für eine Bewertung keine Angabe der E-Mail-Adresse erforderlich. Dafür wird jede Bewertung vor der Freischaltung gegengelesen und auf Wunsch der Ärzte konsequent gelöscht. Es gibt fünf Bewertungskategorien mit Schulnoten und ein Freitextfeld. Das Portal hat sich dem Arztempfehlungspool der Stiftung Gesundheit angeschlossen.

■ imedo.de

Imedo.de ist ein Portal der Imedo GmbH Berlin, hinter der eine ganze Reihe von Privatinvestoren steckt. 2007 gegründet, versteht es sich als umfassendes Gesundheitsportal. Außer den Bewertungen gibt es Gesundheitsfernsehen und eine eigene Gesundheitsredaktion. Bei den Arztbewertungen – sie heißen hier Empfehlungen – verteilt der Patient bis zu fünf Sterne. Freitexteingaben sind nicht erlaubt. Eine gültige E-Mail-Adresse ist Voraussetzung für die Abgabe einer Empfehlung.

■ Arzt-Preisvergleich.de

Das seit 2006 existierende Portal wird betrieben von der MediKompass GmbH. Mehrheitseigner ist der Holtzbrinck-Verlag. Der Schwerpunkt liegt auf Arzt-Preisvergleichen. Patienten können einen Heil- und Kostenplan einstellen und sich dann von anderen Ärzten kostenlos und unverbindlich Vergleichsangebote machen lassen, die durch Informationen aus den Arztbewertungen ergänzt werden. Es kommt zu etwa 1000 Vermittlungen pro Monat. Bewerten darf nur, wer tatsächlich bei dem jeweiligen Arzt war.

■ 2te-Zahnarztmeinung.de

Dieses Portal hat sich Arzt-Preisvergleiche in der Zahnmedizin auf die Fahne geschrieben. Das Portal kooperiert mit einer ganzen Reihe von Krankenkassen. Bewertet wird die Arztleistung mit kleinen Zähnchen. Bei mangelhaftem Service ist der Zahn vergilbt, bei schlechtem Service kariös-schwarz.

Die Krankenkassenlandschaft

Barmer Ersatzkasse wieder vor Techniker Krankenkasse

Seit über einem Jahr hat sich die deutsche Krankenkassenlandschaft durch zahlreiche Fusionen erheblich verändert. Dies gilt vor allem im Ersatzkassenbereich, in dem die Barmer Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse zusammengegangen ist. Aber auch zahlreiche AOKs haben fusioniert.

Bei dem Ranking der einzelnen Kassen ist somit die Barmer Ersatzkasse wieder deutlich an der Spitze, vor der Techniker Krankenkasse, die sie vor einigen Monaten fast überholt hatte. Unverändert an dritter Stelle liegt die Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK), danach folgen von der vierten bis zur achten Stelle die großen Ortskrankenkassen, angeführt von der AOK Bayern. Fasst man die AOK-Mitglieder der Bundesrepublik Deutschland zusammen, so kommt man auf etwa 17 Millionen Mitglieder, fasst man die großen Ersatzkassen zusammen, so erreicht man geringfügig mehr: Sie haben fast 18 Millionen Mitglieder. Stark zersplittert sind weiterhin die Betriebskrankenkassen, die auch durchweg ihre eigene regio-

nale Politik betreiben. An Bedeutung gewonnen hat auch die IKK. In der politischen Diskussion spielt besonders die starke AOK durch ihren Bundesverband eine wichtige Rolle. Auch die Ersatzkassen über den VdAK treten häufig gemeinsam auf. Dem gegenüber sind die Betriebskrankenkassen zersplittert, auch wenn hier zahlreiche Fusionen zustande gekommen sind. Der größte politische Einfluss in der derzeitigen Diskussion über unser Gesundheitswesen liegt damit vor allem beim AOK-Bundesverband, aber auch beim VdAK.

● Der VdAK lehnt sich weit aus dem Fenster

Interessant sind die Tendenzen der Mitgliederbewegung vom 01.01. bis

zum 01.04.2010. Bei der Barmer Ersatzkasse hat sich mit einem Plus von 0,04 % nur wenig verändert. Deutlich zugenommen hat wieder die Techniker Krankenkasse mit 0,61 %, erneut verloren hat die Deutsche Angestelltenkrankenkassen mit 0,31 %. Die Tendenz bei der AOK ist eher leicht rückläufig. Politisches Gewicht hat somit vorwiegend die AOK und unverändert bei den Ersatzkassen die Barmer, die Techniker und die Deutsche Angestelltenkrankenkasse. Der VdAK mit seiner Vorsitzenden Doris Pfeiffer lehnt sich bezüglich der Gesundheitskosten am weitesten aus dem Fenster, indem sie eine Kürzung der Ärzthonorare und ein Einfrieren der Krankenhauskosten fordert. Gleichzeitig schlägt sie vor, dass die Rabatte der Apotheken noch in diesem Jahr erhöht werden sollen. Von diesem Verband gehen die meisten Kürzungsvorschläge für Gesundheitskosten aus, die die Leistungserbringer empfindlich treffen würden, wenn die Politik diesen Vorschlägen folgt. Insbesondere der Vorschlag, die Ärzthonorare wieder zu kürzen, wird Ärger auslösen. Interessant ist, dass keine einzige Krankenkasse auf den Gedanken kommt, über ihr Leistungsangebot nachzudenken, um mit weniger Geld auszukommen.

modells taugen, scheint man nicht so recht zu glauben. Jameda.de wird deswegen zu einem breit angelegten Gesundheitsportal ausgebaut, mit redaktionellen Beiträgen, Expertenkontakt und Weblogs von Prominenten Ärzten wie Dietrich Grönemeyer oder Arzt-goes-Kabarettist Eckart von Hirschhausen. Beim Focus ist man da insofern gut aufgehoben, als das Wochenmagazin schon länger zu den größten Produzenten von an Laien gerichteten Gesundheitsinformationen in Deutschland zählt, mit attraktiven Inhalten wie den Ärztehitzlisten und verlagseigenen Arztrecherchen, die auch über Jameda.de zugänglich sind.

Geld verdienen möchte Focus/Jameda.de unter anderem mit Premiuminhalten für Ärzte. So kostet eine digitale Visitenkarte mit Arztfoto 99 Euro im Jahr. Eine eigene Arzt-Homepage gibt es für 299 Euro. Wer Geld bezahlt, darf außerdem in einem Weblog über Gesundheitsthemen schreiben und damit seine Kompetenz demonstrieren. Verbraucherschützer sehen solche Geschäftsmodelle allerdings kritisch: „Eine andere Finanzierung, die mehr Unabhängigkeit gewährleistet, wäre besser“, so Etgeton. Auch die Portalbetreiber suchen alternative Geldquellen. Denn die Zahl der zahlenden Ärzte ist zu gering. „Die Zukunft liegt in Kooperationen mit Krankenkassen“, ist Bodo Kröger von Topmedic.de überzeugt. Krankenkassen könnten Arztportale in ihre eigene Homepage einbinden. Oder sie könnten die Infrastruktur der Portale nutzen, um die Patientenzufriedenheit gezielt zu messen – zum Beispiel im Zusammenhang mit Hausarztverträgen.

Mit Krankenkassen kooperieren will auch der Holtzbrinck-Verlag, wobei sich hier eine nicht uninteressante Variation des Geschäftsmodells andeutet. In Sack und Tüten ist allerdings noch nichts. Fakt ist: Der Holtzbrinck-Verlag besitzt außer dem kriselnden Helpster.de auch noch das Portal Arzt-Preisvergleich.de. Und das ist profitabel. Auch bei Arzt-Preisvergleich.de können Ärzte bewertet werden. Die Stoßrichtung ist allerdings etwas anders: Im Kern ist das Portal eine Art My-Hammer.de für medizinische Leistungen. Patienten, die beispielsweise eine Zahnbehandlung brauchen, lassen sich von einem Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan erstellen. Der wird dann bei Arzt-Preisvergleich.de online gestellt. Andere Ärzte können ihn sich ansehen und ein Gegenangebot machen, wenn sie den Preis unterbieten können. Am Ende kann der Patient dann den Arzt, der ihn behandelt hat – und nur diesen – bewerten. Das Portal selbst kassiert für die Vermittlung der Leistung eine Provision. Bei Arzt-Preisvergleich.de kommt es derzeit zu etwa 1000 erfolgreichen Vermittlungen pro Monat. Etwa 6000 Bewertungen sind online. Wenig überraschend brummt das Geschäft so richtig bei Indikationsgebieten, bei denen die Patienten große Anteile selbst bezahlen. Neben der Zahnmedizin ist das vor allem die Schönheits-

schirurgie von der Botox-Spritze bis zur Adipositas-Operation. Die Verknüpfung aus Preisvergleichen und Arztbewertungen finden auch Krankenkassen interessant. Kürzlich hat die BKK Essanelle den Service in ihre careon.de-Gesundheitsakte eingebunden. Der Versicherte schickt den Heil- und Kostenplan an die Krankenkasse. Die stellt ihn in der Gesundheitsakte online, und der Versicherte kann dann auf Knopfdruck den Preisvergleich starten.

Juristisch ist hier allerdings noch nicht alles geklärt. Das Portal 2te-Zahnarzt-

Meinung.de, ein Konkurrent von Arzt-Preisvergleich.de, schlägt sich derzeit mit einer von Zahnarztseite angestoßenen Klage herum, bei der es darum geht, ob es standesrechtlich gestattet ist, dass Arztportale Arztleistungen verprovisionieren. Der Portalbetreiber hat in zweiter Instanz verloren. Der Bundesgerichtshof hat allerdings die Revision angenommen, sodass hier jetzt mit einiger Spannung ein Grundsatzurteil erwartet wird.

Bei den reinen Arztbewertungen ist die Rechtslage dagegen mittlerweile relativ klar, zumindest wenn einmal unterstellt wird, dass die exis-

tierenden höchstrichterlichen Urteile zu Internetportalen, in denen Schüler oder Studenten ihre Lehrer und Professoren bewerten, auf Ärzteportale übertragbar sind. „Sowohl das Kölner Oberlandesgericht als auch das Landgericht Duisburg haben entschieden, dass die Meinungsfreiheit Vorrang hat“, sagt der Landesbeauftragte für den Datenschutz von Sachsen-Anhalt, Dr. Harald von Bose. Mit Meinungsäußerungen wie: „Ich musste zu lange warten und wurde zu schnell abgefertigt“ müssen die Bewerteten also leben. Das heißt freilich nicht, dass alles erlaubt wäre: „Beleidigungen,

Schmähungen und falsche Tatsachenbehauptungen müssen nicht hingenommen werden“, so von Bose. Entsprechende Kommentare werden von den Portalbetreibern daher gelöscht.

Philipp Grätzel von Grätz

Der Artikel ist erstmals erschienen in der Zeitschrift e-health-Praxis. Mit freundlicher Genehmigung der Redaktion von e-health-Praxis.

Anzeige 224 x 297

AOK-Forum in München

Klare Absage an Privatisierungstendenzen in der GKV

Die Antwort auf die von der AOK Bayern gestellte Frage „GKV – Privatisierung oder Stärkung der Solidarität?“ stand von vornherein fest: Für die Selbstverwaltung der AOK gelte ohne Fragezeichen, dass der Stärkung der Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung absoluter Vorrang einzuräumen ist, bekräftigte zu Beginn des 10. Forums der bayerischen AOK Mitte Juni in München deren alternder Vorsitzender des Verwaltungsrats, bayerischer Ex-DGB-Chef Fritz Schösser. Das sahen die beiden eingeladenen Referenten, Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin, und Hartmut Reiners, ehemaliger Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Arbeitsministerium Brandenburg und auch Referent im Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WiDO), natürlich ebenso. Andere Meinungen waren nicht zu hören.

Schösser warnte davor, dass jetzt, nachdem das Bundeskabinett das bisher größte Sparpaket in der Geschichte Deutschlands beschlossen hat, in allen Sozialversicherungszweigen das tragende Solidarprinzip unter die Räder zu kommen drohe. Viele Politiker übten sich geradezu meisterhaft darin, in Sonntagsreden das Solidarprinzip zu lobpreisen, es im politischen Alltagsgeschäft jedoch immer weiter zu schwächen. Besonders misstrauisch müsse man werden, wenn in Gesetzesvorhaben und Sparbeschlüssen die Rede davon sei, „Eigenverantwortung und Solidarität zu stärken“.

Mit diesem Slogan war zum Beispiel das Gesundheitsreformgesetz von 1989 überschrieben. Herausgekommen seien jedoch Leistungseinschränkungen und Zuzahlungserhöhungen. Schösser verwies auf Studien von Prof. Fritz Beske, Kiel, wonach Regierungen aller Couleur seit über 20 Jahren durch gesetzliche Maßnahmen der GKV jährlich still und heimlich Mittel in Höhe von mindestens 11 Mrd. Euro entziehen, um die anderen Sozialversicherungszweige oder den Staatshaushalt zu entlasten. Dass dadurch die finanzielle Basis der GKV und deren Fähigkeit, das Solidarprinzip auszuüben, Schritt für Schritt entscheidend geschwächt werde, scheine den Politikern teilweise gar nicht bewusst zu sein. Diese Summe von 11 Mrd. Euro würde übrigens reichen, die mutmaßliche Finanzierungslücke in der GKV im kommenden Jahr zu schließen und die meisten Versicherten vor Zusatzbeiträgen zu bewahren.

Einen ganz offensichtlichen Bruch mit dem Solidarprinzip in der GKV habe die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) mit Unterstützung der Unionsparteien im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 begangen: Seit dem 1. Juli 2005 haben die Versicherten alleine einen Beitragsanteil von 0,9% zur GKV zu tragen. „Das war der offizielle Beginn vom Ende der solidarischen, weil paritätischen Finanzierung durch Mitglieder und Arbeitgeber zu gleichen Teilen.“

Die Regierungskoalition sei sich einig, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV nicht weiter steigen und möglichst auf dem heutigen Niveau von 7% ein-

gefroren werden solle. Alle Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen müssten dann allein die Versicherten über höhere Beiträge finanzieren. Für sie würde damit der Weg in die schrittweise einseitige Verlagerung der Beitragslast weitergeführt. Der Alt-Gewerkschafter Schösser warnte vor den Folgen: Die Gewerkschaften würden versuchen, höhere Beiträge der Versicherten über entsprechende höhere Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen zu kompensieren. Die nahezu stagnierenden Reallöhne in den letzten 20 Jahren, der bei rund 6,5% verharrende Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt sowie die gestiegene Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft rechtfertigten keine einseitige Verlagerung von Beitragslasten auf die Versicherten. Die bisherige paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien der GKV stünde dann zur Disposition.

● Modell GKV in Deutschland bewährt

Für Dr. Rolf Rosenbrock hat sich das Modell der GKV in Deutschland hervorragend bewährt. Gesundheitlich ermögliche es die Gestaltung und Steuerung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit den als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen. Gesellschaftlich gewährleiste es eine bedarfsgerechte Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung. Wirtschaftlich erlaube sie die Finanzierung und Steuerung von Mengen und Preisen in der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf, Angemessenheit, Effizienz und Kostenminimierung.

Seinen Erfolg verdankt das Modell GKV nach Rosenbrocks Worten fünf Basiskomponenten:

- ▶ Es gibt eine Ausfallbürgschaft durch die staatliche Letztverantwortung. Regierung und Parlament setzen Regeln, und der Staat hat die Rechtsaufsicht.
- ▶ Der Staat entlastet sich und delegiert das operative Management an die Selbstverwaltung aus Kapital und Arbeit.
- ▶ Die Lasten sind solidarisch verteilt: Die Beiträge werden paritätisch und nach Leistungsfähigkeit erhoben, nicht nach Risiko oder Bedarf.

- ▶ Das Sachleistungsprinzip gewährleistet, dass Geld im unmittelbaren Leistungsgeschehen keine Rolle spielt.
- ▶ Die Steuerung der Versorgung geschieht durch Verträge zwischen Verbänden über Leistungen, Qualität und Preise, die für einen Interessenausgleich sorgen.



Foto: Fotalia

Die private Krankenversicherung betrachtet Rosenbrock als eine unfaire Konkurrenz. Deren Geschäftspraktiken gefährdeten die Entwicklung und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. „Die PKV ist anachronistisch und eine asoziale Veranstaltung.“

Die angedachte Kopfpauschale hält Rosenbrock für einen Irrweg. Sie entlaste die Bessergestellten und verursache viel Bürokratie. Dass der Sozialausgleich über Steuern gerechter sei als über Beiträge, ist für ihn eine bloße Behauptung, die erst noch bewiesen werden müsse. Verlässlich sei der Sozialausgleich über Steuern jedenfalls nicht, wenn man betrachte, was vom Staat bisher alles schon versprochen und wieder zurückgenommen worden sei.

Der politisch verantwortete Verschiebepolitik schwäche die GKV zusätzlich. Die Direktzahlungen der Versicherten, wie die Praxisgebühr, hielten viele, vor allem sozial Schwache und kränkere Menschen, von der Inanspruchnahme von Leistungen ab. Diese Schwächen ließen sich laut Rosenbrock überwinden durch eine Rückkehr zur paritätischen Beitragsfinanzierung, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Aufhebung der Versicherungspflicht-

grenze. „Die Tatsache, dass dies bislang nicht durchsetzbar war, sagt nicht, dass es nicht die besten Schritte sind.“

Die GKV kann gestützt werden, sagte Rosenbrock, wenn man die PKV nur noch für Zusatzversicherungen zulasse, eine Beitragspflicht für Nicht-Arbeitseinkommen wie z.B. Zinsen oder Mieten und Steuerzuschüsse für Arbeitslose einführe.

Die Kopfpauschale à la Rösler löse die Probleme nicht und werde den Zielen der GKV nicht gerecht. Angesichts der Stärke der GKV sei ein Systemwechsel begründungspflichtig. 90% aller anderen Länder beneideten uns um dieses System. „Warum sollte man es dann abschaffen?“

Rosenbrocks Fazit: Die Weiterentwicklung der GKV zur Bürgerversicherung sei die Wegweisende und nachhaltige Antwort auf den ökonomischen, sozialen, gesundheitlichen und medizinischen Wandel in Deutschland.

● Absage an Röslers Pläne

Die Grundsatzfrage, ob das Gesundheitswesen privat oder öffentlich

Den Zuzahlungen erteilte Reiners eine klare Absage: Es gebe nicht eine Studie, die belegen könne, dass dieses Instrument zu einer effektiveren Ressourcensteuerung führe. Die Praxisgebühr habe einmal mehr gezeigt, dass Zuzahlungen die Kosten nur auf die Patienten verlagern und per saldo eher zu Ausgabensteigerungen führen.

Die paritätische Finanzierung aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträgen wurde faktisch bereits mit der Einführung des Sonderbeitrags von 0,9% abgeschafft. Mit der Behauptung, durch das Einfrieren des Arbeitgeberanteils würden Lohnkosten gesenkt und die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft gestärkt, wird laut Reiners ein Popanz aufgebaut. Eine Anhebung des GKV-Beitrags um einen Prozentpunkt bedeute Mehrkosten für Arbeitgeber von lediglich 6 Cent (+0,14%). Außerdem solle man nicht ständig von Lohnneben- oder Lohnzusatzkosten sprechen – es handle sich immer um Lohnkosten, und nichts daneben oder dazu.

● Söder: Kopfpauschale ist „vom Tisch“

Die Absage der AOK-Referenten an die Pläne Röslers wurde kräftig unterstützt von Bayerns Gesundheitsminister Dr. Markus Söder (CSU). Die von Dr. Philipp Rösler angestrebte Kopfpauschale ist laut Söder „vom Tisch“. Dass Beiträge erhöht und eine Prämie eingeführt werden, verstößt nach seinen Worten gegen den Koalitionsvertrag. Vom Sozialausgleich über Steuern hält er gar nichts, denn wir hätten bereits einen funktionierenden Sozialausgleich. Nach Röslers Plänen hätten die Versicherten Anträge auf Sozialausgleich stellen müssen, was zu einer bürokratischen Überforderung geführt und die Krankenkassen zu Fahndungsbehörden gemacht hätte.

Was stattdessen notwendig ist und gemacht werden soll, deutete er stichwortartig an: Es sei richtig, im Pharmabereich anzusetzen, nur müsste man den Kassen dazu auch die richtigen Instrumente an die Hand geben. Weiter sei der jetzige Bürokratie-Aufwand zu reduzieren. Wichtig sei auch die Honorarreform für die Vertragsärzte. Die Honorierung sei nach wie vor nicht gerecht und bedürfe einer grundlegenden Veränderung. An den umstrittenen Hausarzt-Verträgen hält Söder bzw. die CSU unverändert fest.

Ein Hauptproblem ist für den bayerischen Gesundheitsminister der Gesundheitsfonds. Er löse kein einziges Problem. Der zentralistische Ansatz führe nicht weiter. Der einheitliche Beitragssatz habe mit Wettbewerb nichts zu tun. Für Söder sind die nächsten Schritte, die die Regierung machen müsse, der Verzicht auf Ausgabensteigerung anstelle scharfer Einschnitte sowie eine grundlegende Strukturreform.