

GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



ZEITSCHRIFT FÜR EINE SOZIALE MEDIZIN Nr. 1/2013 | Solibeitrag: 5 Euro | ISSN 2194-0258



Es geht auch anders!

Leuchttürme einer sozialen Medizin

Nadja Rakowitz: »Gesundheit in Zeiten der Krise – über eine Delegationsreise von vdäa und medico international nach Griechenland« S. 4

Phil Dickel / Milli Schröder:
»Vom Medibüro zur Poliklinik. Über die Ergebnisse einer Fact Finding Mission« S. 8

Claudius Loga: »Hierarchie-freie Medizin« Über das Praxiskollektiv »reiche 121« in Berlin S. 17

»Gesundes Kinzigtal«

Ein Unternehmen mit dem Produktionsziel Gesundheit?!

Von Christian Daxer, Helmut Hildebrandt, Saskia Hynek*

Die Idee ist ja nicht neu. Was dem alten China nachgesagt wird, hat schon immer die Träume vieler Gesundheitsprofis und Gesundheitsbewegten beflügelt: Eigentlich müsste es belohnt werden, wenn durch die bestmögliche Begleitung und Unterstützung (oder anders gesagt, durch ein »optimales therapeutisches Bündnis«) Patienten möglichst lange gesund erhalten werden. Nicht die therapeutische Methode oder die Menge der Interventionen sondern das beste Ergebnis müsste Basis der Vergütung sein. Ob dann die sprechende Medizin, die optimale Motivation zu Bewegung oder der präzise Einsatz von chirurgischer und medikamentöser Expertise praktiziert wird, sollte dann Sache der Experten sein.

Meist blieb diese Idee nur dem interkollegialen Austausch am späten Abend vorbehalten, wenn man gegenseitig über Unsinn berichtete, der durch die Vergütungsformen in der Praxis angerichtet wird. Und dabei blieb es meist, bzw. der Einzelne ver-

suchte dann, inmitten der falschen Anreize noch ein halbwegs »richtiges« Leben zu führen und sich nicht von den Fehlanreizen korrumpieren zu lassen. Allerdings hatte dies für diese Person nicht selten die Folge, dass die wirtschaftlichen Ergebnisse der eigenen Praxis dann deutlich niedriger lagen als die der Nachbarpraxen, die sich ein bisschen mehr den Verrücktheiten der Abrechnungsformen angepasst hatten.

Im Kinzigtal in Südbaden, zwischen Rhein und Schwarzwald, hatte sich im Jahr 2004 eine Konstellation ergeben, die es möglich machte, dem Traum einer Gesundheitsversorgung, die sich wirklich auf das Ergebnis Gesundheit ausrichtet, ein ganzes Stück näher zu kommen. Zum einen gab es dort ein Ärztenetz (gegründet 1992), das Medizinische Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V., das sich bereits erfolgreich zu einer besseren Kooperation untereinander zusammengetan hatte. Zum anderen hatte sich ein vertrauensvoller

Kontakt und eine produktive Verbindung zu einem »Altvorderen« der Gesundheitsbewegung, dem Pharmazeuten, Medizinsoziologen und langjährigen Berater Helmut Hildebrandt mit seinem gesundheitswissenschaftlich orientierten Unternehmen »OptiMedis AG« ergeben, der diesem Traum eine konzeptionelle und wirtschaftliche Basis geben konnte.

Statt auf individueller Ebene, so das Konzept, sollte eine ganze Region zum Gegenstand der gemeinsamen Intervention gemacht werden. Dazu sollte oberhalb der Ebene der einzelnen Leistungserbringer im Gesundheitswesen mit all ihren Versicherten eine neue Vertrags- und Vergütungsebene geschaffen und daraus eine rein erfolgsabhängige Infrastruktur für eine gesundheitswissenschaftlich basierte Optimierung der Versorgung und Ausbalancierung der aktuellen Fehlanreize finanziert werden. Hildebrandt konnte dazu auf seine Public Health- und Gesundheitsförderungserfahrungen im Kontext von Arbeiten in der Medizinso-

In einem ganz anderen Zusammenhang und auch in einer ganz anderen Zeit ist das Projekt Kinzigtal entstanden. Ob es von Vor- oder von Nachteil für eine fortschrittliche medizinische Versorgung ist, dass es hier erst einmal gar nicht um gesellschaftsverändernde Vorstellungen aus der 68er Bewegung ging und geht, mögen die LeserInnen selbst entscheiden.

»Ärzte und Psychotherapeu-
ten schenken ihren Patienten
zusätzliche Zeit für die
Entwicklung von konkreten
Gesundheitszielen und
Lösungen.«

ziologie und mit verschiedenen WHO-Programmen zurückgreifen, hatte aber auch Einblick in die unterschiedlichen Instrumente und Methoden, die unter dem Stichwort Managed Care in den USA und anderen Ländern entwickelt worden waren. Entscheidend für die wirtschaftliche Machbarkeit war die Einführung des §140 ff. in das Sozialgesetzbuch V unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer und die

Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung unter Ulla Schmidt. Erstmals konnte damit in Deutschland eine regionale Managementgesellschaft etabliert werden, die von einer Krankenkasse eine Vergütung für ein erzieltes Delta an Gesundheitserfolg bei ihren Versicherten erhielt. Außerdem erleichterte die gesetzliche Anschubfinanzierung der Krankenkasse das Vorabinvestment, denn sie hatte aus dem geschlossenen Vertrag eigentlich nichts zu befürchten sondern nur zu gewinnen.

Das Versprechen lautete wie folgt: Ärztenetz und OptiMedis gründen eine gemeinsame Managementgesellschaft und tun mit dieser und qualifizierten MitarbeiterInnen in einer entsprechenden Geschäftsstelle alles, um die Versorgung im Kinzigtal quer über die Schnittstellen der heutigen Sektoren intelligenter zu organisieren, die Fehlanreize bei

den Leistungserbringern auszubalancieren, die PatientInnen zu aktivieren, die zivilgesellschaftlichen Kräfte zu Verbündeten einer gesundheitsorientierten Veränderung zu machen, gezielte evidenzbasierte Prävention zu unterstützen und ein breites Bündnis von Ärzteschaft und allen anderen Berufsgruppen in der Versorgung aufzubauen. Wenn diese Gesellschaft damit Erfolg erzielen sollte, dann sollte sie auch entsprechend mit einem Anteil dessen belohnt werden, was die Krankenkasse daran als Benefit erzielen würde.

Hintergrund dieses Versprechens war die Hypothese, dass es mit einer solchen Lösung möglich sein müsste, die kollektive Intelligenz der Gesundheitsberufe in der Region von der einzelwirtschaftlichen Optimierung ihres einzelnen Praxisertrags ein Stück hin zu orientieren auf das gemeinwirtschaftliche Interesse und gleichzeitig damit einen Anreiz zu haben, das bestmögliche international verfügbare Wissen um Versorgungsoptimierung, Public Health, Prävention und Gesundheitsförderung im Kinzigtal zielgerichtet einzusetzen. Mit anderen Worten: Die Managementgesellschaft ist dann erfolgreich, wenn es ihr gelingt, mit dem geringstmöglichen Investment in die Gesundheit der Bevölkerung das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.

Dazu wurde ein Finanzierungsmodell entwickelt, das die »normalerweise« zu erwartenden Kosten der Versicherten der beteiligten Krankenkassen jedes Jahr wieder mit den tatsächlich aufgetretenen Gesamtkosten (über alle Sektoren mit Ausnahme der Zahnmedizin) zur Bestimmung des Deltas berechnet. In einem zweiten Schritt konnten die AOK Baden-Württemberg (und etwas später noch die LKK BaWü) zum Abschluss eines zunächst auf zehn Jahre praktisch nicht kündbaren Vertrags gewonnen werden. Die Krankenkassen verpflichteten sich, der Managementgesellschaft alle Verordnungs- und Abrechnungsdaten ihrer Versicherten zur Verfügung zu stellen, um Entscheidungen und Planungen für Interventio-

nen zu treffen und die Evaluationen zu deren Nutzen auszuwerten.

Die klassischen Abrechnungswege werden nicht verlassen, sondern ergänzt: Die beteiligten Ärzte und anderen Leistungspartner (z.B. Physiotherapeuten, Pflegeeinrichtungen) erhalten von der Managementgesellschaft zusätzliche Aufwandsentschädigungen für genau definierte Leistungen, um bei diesen einen wirtschaftlichen Schaden zu vermeiden, wenn sie z.B. einen Patienten intensiv bei der Nikotinentwöhnung begleiten, eine gemeinsame Zielplanung bei Pflegeheimbewohnern machen oder eine Patientin mit Osteopenie/Osteoporose durch entsprechende Gruppentrainings bei der Sturzvermeidung und dem Muskelaufbau unterstützen.

Die Umsetzung baut wesentlich darauf auf, mit einer aktiven Beteiligung der Patienten und einer individuellen und intensivierten Betreuung chronischer Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf- sowie psychischer Erkrankungen die Kompetenz der Patienten und ihrer Angehörigen im Umgang mit diesen Erkrankungen zu verbessern und einer Progression erfolgreich entgegenzuwirken. Dazu hat Gesundes Kinzigtal spezielle Programme entwickelt, organisiert Vorträge und Schulungen. Ärzte und Psychotherapeuten schenken ihren Patienten zusätzliche Zeit für die Entwicklung von konkreten Gesundheitszielen und Lösungen, um diese auch zu erreichen, und erhalten die schon erwähnten spezifischen Aufwandsentschädigungen von der Managementgesellschaft. Die primär ärztlich getragenen Interventionen in der Startphase wurden im Laufe der Jahre zunehmend durch Interventionen der medizinischen Fachangestellten ergänzt, die z.B. für Patienten mit Herzinsuffizienz, mit Depression und mit anderen Erkrankungen ganz spezielle Coaching-Verantwortung übernehmen. Auch die anderen Berufsgruppen wurden zunehmend integriert, so z.B. die Physiotherapeuten, die Pflegedienste, die Apotheker. Eine entscheidenden



de Weiterentwicklung erfolgte vor kurzem durch eine in die Praxissoftwaresysteme integrierte Gesundes Kinzigtal-Patientenakte¹, die dafür sorgt, dass Arzt A in seiner eigenen Softwareumgebung sieht, was Arzt B dem Patienten verordnet, in welches Kinzigtal-Programm hineingeführt und welche Befunde er erhoben hat. Mitte 2011 wurde die Geschäftsstelle der Managementgesellschaft dann noch um eine weitere Abteilung erweitert, die sich in besonderem Maße zusammen mit den Kommunen, den Wohlfahrtsverbänden und den Vereinen der Region um die Verhältnisprävention im Kinzigtal bemüht und in der zweiten Hälfte 2012 um eine Abteilung, die sich der Gesundheitsförderung für die Betriebe und die Arbeitnehmer verpflichtet hat.

Inzwischen ist ein Kooperationsystem von rund 9100 Versicherten, die »Mitglieder« der Gesundes Kinzigtal-Initiative geworden sind, 52 Ärzten und Psychotherapeuten, sechs Krankenhausstandorten, elf Pflegeheimen, sechs ambulanten Diensten und rund 300 weiteren Partnern entstanden, die bei verschiedenen Projekten an der Umgestaltung der Gesundheitsversorgung im Kinzigtal mitwirken. Für 2013 ist auch die Erweiterung mit anderen Krankenkassen und Privaten Versicherungen sowie anderen Sozialversicherungsträgern geplant.

Der Erfolg des Vorgehens im Kinzigtal ist umfangreich belegt. Von Anfang an legten alle Beteiligten großen Wert auf eine neutrale externe wissenschaftliche Evaluation der Effekte der Arbeit von Gesundes Kinzigtal. Eine eigens dafür eingerichtete Stelle der Universität Freiburg wurde errichtet und finanziert, um die Evaluation zu koordinieren und darüber regelmäßig zu berichten. Darüber hinaus evaluieren die OptiMedis AG und die AOK selbst die wirtschaftlichen Ergebnisse im Kinzigtal sowie die Resultate der Gesundheitsprogramme. Im vergangenen Jahr hat die bei OptiMedis aufgebaute Abteilung Controlling und Versorgungsforschung zusätzlich eine umfassende Kohortenstudie



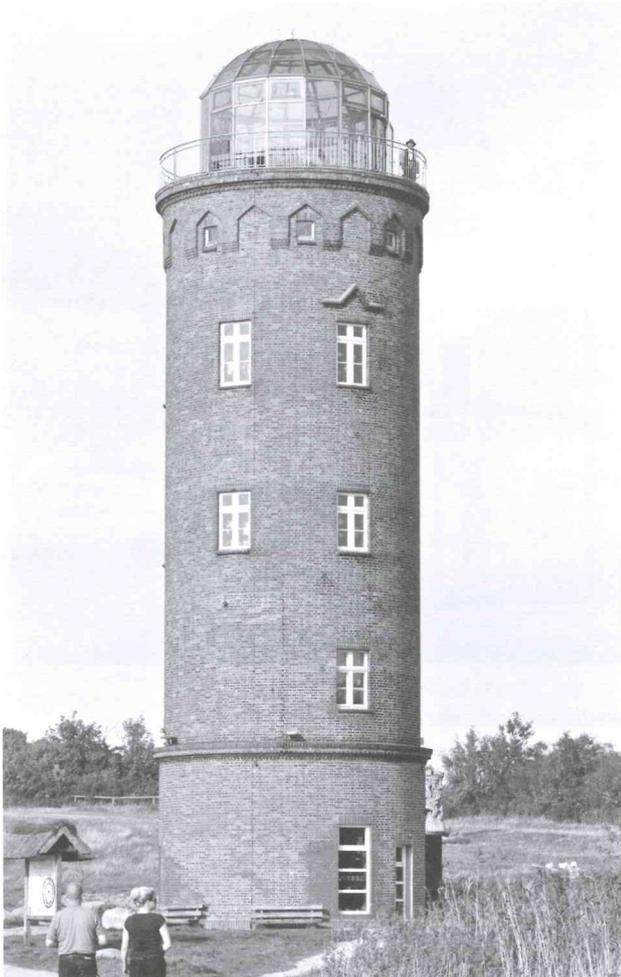
von jeweils 4596 eingeschriebenen Versicherten und nicht eingeschriebenen Versicherten publiziert. Dabei wurden drei Zieldimensionen von Gesundes Kinzigtal (Ergebnisqualität, Effizienz, Akzeptanz) untersucht. Hierzu wurden erstmals in einem integrierten Vollversorgungsprojekt Ergebnis-Endpunkte wie die Sterblichkeitsrate gemessen. Die Ergebnisse lassen aufhorchen: Es konnte ein dreifacher Nutzen für Versicherte und Kassen nachgewiesen werden. So belegt die Studie u.a., dass die Sterblichkeitsrate innerhalb des aktuell möglichen Beobachtungszeitraums von zehn Quartalen bei den eingeschriebenen Versicherten signifikant geringer ist als in der Vergleichsgruppe. Beispielhafte Auswertungen zu Herzinsuffizienz (»Starkes Herz«), Osteoporose (»Starke Muskeln – Feste Knochen«), dem Programm für Pflegeheimbewohner (»Ärzteplus-Pflege«) und zu akuten psychischen Krisen (»PsychoAkut«) bestätigen außerdem den Nutzen für die Teilnehmer und die signifikanten relativen Einsparungen, welche in Folge der verbesserten Versorgung der Patienten im Verhältnis zur Vergleichsgruppe erzielt werden können.

Neben dem Nutzen für die Patienten kann auch ein wirtschaftlicher Erfolg der Arbeit für die Krankenkassen und die Managementgesellschaft konstatiert

werden. Das erzielte Delta gegenüber der Regelversorgung reicht sowohl für die Krankenkassen als auch für Gesundes Kinzigtal aus, die eigenen Aufwände zu refinanzieren, und speziell bei der Gesundes Kinzigtal GmbH, um die Gesellschaft stabil zu führen und die oben beschriebenen Investitionen in die Versorgung zu tätigen. Rund 400000 Euro jährlich können damit den Leistungspartnern im Kinzigtal an Aufwandsentschädigung zusätzlich zu den normalen KV-Vergütungen zugewendet werden; weiterhin konnte die GmbH auch bereits dreimal zusätzlich Ausschüttungen an die Gesellschafter vornehmen.

Regelversorgung und Selektivversorgung gehen im Kinzigtal Hand in Hand. Da sich die Belohnung des Gesundheitserfolgs auf alle Versicherten der beteiligten Krankenkassen bezieht, die ihren Wohnsitz im Kinzigtal haben, also unabhängig ist von einer Einschreibung, hat die Managementgesellschaft den Anreiz, alle Versicherten der Krankenkassen gleichermaßen optimal zu versorgen. In Teilen kann auch gar nicht verhindert werden, dass auch die Versicherten anderer Krankenkassen schon heute von den veränderten Verhaltensweisen der beteiligten Leistungser-

»Neben dem Nutzen für die Patienten kann auch ein wirtschaftlicher Erfolg der Arbeit für die Krankenkassen und die Managementgesellschaft konstatiert werden.«



bringer einen Gesundheitsnutzen erfahren.

Dennoch gilt ein besonderer Unterschied zur Regelversorgung: Die Gesundes Kinzigtal GmbH kann sich eigenständig und ohne Genehmigungsverhalte und zentrale Regelungen stetig inhaltlich und infrastrukturell weiterentwickeln, um den Gesundheitsnutzen der Versicherten weiter zu erhöhen und die Kosten relativ zu senken bzw. zu stabilisieren. In das Portfolio von Gesundes Kinzigtal werden deshalb laufend neue inhaltliche Themen aufgenommen.

Neben den klassischen indikationsbezogenen Angeboten werden derzeit eine Reihe weiterer Programme entwickelt, welche die verbesserte Versorgung von Hochkostenpatienten zum Ziel haben, so u.a. zu Parkinson, Inkontinenz und Epilepsie. Begleitend sollen besonders kranke und bedürftige Versicherte (und für den einzelnen Arzt schwierig zu betreuende Patienten) in einem

»Mit den Kommunen wird zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt.«

Case Management-Projekt durch gezielte individuelle Begleitung und Versorgungsangebote unterstützt werden. Diese Patienten erhalten das Angebot, über ihre betreuende Praxis einen Case Manager zur Seite zu bekommen, der sie, neben dem Hausarzt, im Umgang und der Bewältigung von Krankheitssituationen unterstützt. Dadurch sollen Versorgungsbrüche vermieden werden.

Mit der Gründung einer »Gesundheitswelt Kinzigtal« soll sowohl den Betrieben und deren Mitarbeitern wie aber auch den Mitgliedern und der Gesamtbevölkerung ein Zentrum für Gesundheitskompetenz und ärztlich begleitete Bewegungs- und Krafttrainingsangebote zur Verfügung gestellt werden. Mit den Kommunen wird zudem die Versorgungssicherheit im Kinzigtal weiterentwickelt. Gemeinsam mit den Bürgermeistern und den lokalen Arztpraxen wird die Situation in der Region erfasst und diskutiert. Im Rahmen des Förderprogramms »Praktische Zukunft. Junge Ärzte im Kinzigtal« ist die Vermittlung voll qualifizierter Fachärzte in frei werdende Praxen im Kinzigtal bereits ein Baustein. Sollten zukünftig keine Arztpraxen direkt nachbesetzt werden können, soll gemeinsam mit den Kommunen, niedergelassenen Ärzten und weiteren Dienstleistern aus dem Umfeld eine Strategie entwickelt werden, um die wohnortnahe medizinische Gesundheitsversorgung in der betreffenden Region sicherzustellen.

Das Modell erhält höchste Anerkennung, so wird es in den Gutachten des Sachverständigenrates regelmäßig als besonders interessantes Beispiel herausgestellt und es erfolgt ein regelrechter Besuchstourismus von Krankenkassen-, Standes-, Patientenvertretungen, Wissenschaftlern und vielen anderen in das Kinzigtal. Wie häufig bei Modellprojekten mischt sich gelegentlich aber auch Skepsis mit hinein in die Beurteilung. Für manche erscheinen die Ergebnisse zu gut, und in der komplexen Materie von Gesundheitsdaten ist die kritische

Betrachtung jeglicher Evaluation immer richtig. Andere vertreten die These, dass vielleicht doch die spezielle Tal-Lage Ursache sei, und das diese kaum reproduzierbar sei. Andere tun sich schwer mit dem Verständnis der speziellen Anreize und Logiken in diesem Projekt, da es sich doch sehr weit von dem klassischen Paradigma unterscheidet. Wieder andere sehen die Wirtschaftlichkeit nicht in genügendem Maße reflektiert. Gesundes Kinzigtal geht es dabei ähnlich wie vielen anderen Leuchtturmprojekten auch in anderen Ländern.

Verbesserungsfähig ist zweifellos noch sehr vieles an der Arbeit im Kinzigtal. Aktuell veröffentlichte Studien aus den USA sehen ein Effizienzpotenzial zwischen 8 und 21 Prozent allein aus der weiter verstärkten Aktivierung, Schulung und dem Empowerment der Patienten². Im Kinzigtal haben wir dieses Effizienzpotenzial sicherlich erst zu einem Viertel ausgeschöpft. Auch die weitere Unterstützung und der verstärkte Einsatz von gesundheitsorientiertem Bewegungs- und Krafttraining sind noch entwicklungsfähig; auch hier schätzen wir den bereits erzielten Umsetzungsquotienten auf nicht mehr als 25 Prozent. Im Bereich der Vermeidung von arzneimittelbedingten Interaktionen und der Reduzierung der Risiken aus Polypharmazie sehen wir auch bisher nur eine Quote von 25 Prozent des Erreichbaren, über ein Polypharmaziekonsil sind wir dort weiter an der Arbeit. Große weitere Erträge erwarten wir uns aus dem Coaching der Hochrisikopatienten und der besseren Überleitung und Kompetenzsteigerung der Patienten aus den Krankenhäusern. Hilfreich dafür sind die EDV-seitige Verknüpfung Niedergelassene und Krankenhäuser – ein Projekt, dessen Umsetzung wir noch innerhalb von 2013 erwarten. Obwohl sich in den letzten Monaten einige weitere niedergelassene Kollegen Gesundes Kinzigtal angeschlossen haben, ist auch in der Erweiterung der Partnerschaften noch ein hohes Potential – so müssten sich die

Ergebniszahlen noch deutlich verbessern lassen.

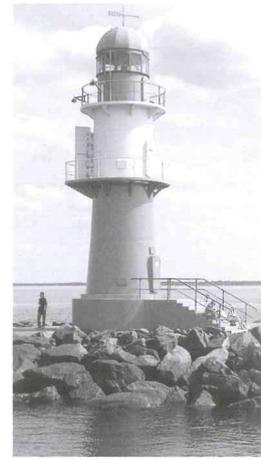
Die Zukunft des Projektes sieht nach Einschätzung der Autoren sehr vielversprechend aus. Die Effekte aus dem demografischen Wandel und der wachsenden Bedeutung chronischer Erkrankungen machen eine über die Sektoren hinaus koordinierte und multiprofessionelle Zusammenarbeit sowie die engagierte Beteiligung der Leistungserbringer an einer Verbesserung des Gesundheitsstatus der betroffe-

nen Patienten zwingend erforderlich, wenn die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens auch in der absehbaren Zukunft noch gewährleistet werden soll. Ohne das Engagement und Eigeninteresse der Gesundheitsprofessionellen wird dies aber kaum möglich sein, insofern wird Unternehmungen, die analog Kinzigtal auf eine Optimierung der Gesundheit, eine Einbeziehung der Patienten und eine möglichst kosteneffiziente Versorgung setzen, die Zukunft gehören.

* *Helmut Hildebrandt ist Vorstand OptiMedis AG & Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH; Dr. med. Christian Daxer ist HNO-Facharzt, Mitglied im Vorstand, Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.; Saskia Hynek ist zuständig für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Gesundes Kinzigtal GmbH.*

Eine Literaturliste ist erhältlich über s.hynek@gesundes-kinzigtal.de.

- 1 Unter CGM Net jetzt auch für andere Ärzte / Ärztenetze verfügbar
- 2 Hibbard et al. 2013



Presseerklärung des vdää zum Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung

23. April 2013

Unsozial und unausgegoren

Im Namen der deutschen Ärzteschaft hat die Bundesärztekammer ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland vorgelegt. Allein schon diese Tatsache verwundert: Bei dem Papier handelt es sich um einen Antrag der Vorstands der Bundesärztekammer für den deutschen Ärztetag, der vom 28. bis 31. Mai in Hannover stattfinden wird. Es ist äußerst ungewöhnlich und befremdlich, dass dieser Antragsentwurf – bevor er überhaupt in der Ärzteschaft diskutiert wurde – schon heute als Meinung der deutschen Ärzteschaft an die Presse gegeben wird.

Dabei wäre eine gründliche Vordiskussion dieses Entwurfes dringend erforderlich gewesen, denn das dürftige Gutachten von Thomas Drabinski, Leiter des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), ist voll von Widersprüchen und Unklarheiten: Zunächst bleibt unverständlich, warum gerade zu Zeiten eines Milliardenüberschusses im Gesundheitsfonds bei gleichzeitig exorbitant steigenden Tarifen der PKV das PKV-Modell mit Kapitaldeckung als zukunftsfruchtig propagiert wird. Es gehört schon ein be-

sonderes Verständnis vom Kapitalmarkt dazu, mitten in einer weltweiten Finanzkrise die Kapitaldeckung als zukunftsweisend zu propagieren. Es bleibt ein Geheimnis des Vorstandes, weshalb ein solches System nachhaltiger als ein umlagefinanziertes sein soll.

Das im Entwurf der BÄK vorgeschlagene Modell einer Kopfpauschale wurde inzwischen sogar schon von deren Erfinderin, der CDU, ad acta gelegt. Interessant am Entwurf ist dabei nur, dass alle erwerbsfähigen Erwachsenen, also auch nicht berufstätige Ehepartner, beitragspflichtig werden sollen, also der Versicherungsbeitrag in vielen Familien schlichtweg verdoppelt werden soll. Die Beitragsbemessungsgrundlage soll sich auf alle Einkommensarten beziehen, was bei einer einheitlichen Kopfpauschale wenig Sinn macht. Es bedeutet aber, dass Versicherte mit niedrigem Einkommen benachteiligt werden, denn die Belastung durch den Versicherungsbeitrag muss mehr als 9% des gesamten Haushaltseinkommens betragen, bevor der geplante soziale Ausgleich greifen soll. Die Gutverdienenden, deren Lohneinkommen an der Versicherungspflichtgrenze liegt, werden so

allerdings leichter in die PKV wechseln können.

Simple Grundlagen des Versicherungsrechtes wie die Versicherungspflichtgrenze werden in dem Entwurf nicht einmal erwähnt. Dieser Entwurf soll die Zweiklassenmedizin in Deutschland zementieren. Er belastet die Versicherten, entlastet die Arbeitgeber und die Ärzteschaft soll davon profitieren. Am dualen Krankenversicherungssystem mit allen seinen Verwerfungen und Ungerechtigkeiten und mangelnder Qualität soll unverändert festgehalten werden.

Es kann nur als peinlich empfunden werden, wenn der Vorstand der Bundesärztekammer, der noch vor wenigen Monaten die Abschaffung der Praxisgebühr begeistert begrüßt hatte, heute wieder mehr Selbstbeteiligung der Patienten einfordert. Die umstrittene Forderung nach höherer Selbstbeteiligung, Wahlтарifen und Kostenerstattung vernachlässigt die sozialen Determinanten und Zusammenhänge, die der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zugrunde liegen. Als Begründung für die notwendigen Änderungen wird wieder einmal die »Vollkaskomentalität« der Versicherten angeführt.

Warum es aber diese Mentalität nicht bei der Kostenerstattung geben soll, bleibt Geheimnis des Vorstandes der Bundesärztekammer. Natürlich hat eine höhere Selbstbeteiligung der Patienten eine steuernde Wirkung, nur konnte immer wieder gezeigt werden, dass gerade notwendige Behandlungen durch steigende Selbstbeteiligung unterbleiben. Sie steuert also in die falsche Richtung.

Zusammenfassend stellt der vdää fest, dass der vorliegende Entwurf keineswegs den Vorschlag **der** deutschen Ärzteschaft darstellt, es handelt sich lediglich um einen Antrag für den kommenden Ärztetag. Dieser ist unsozial, unausgegoren soll die Position der Arbeitgeber und der Versicherungswirtschaft festigen und dabei der Ärzteschaft weiterhin Einnahmen aus der PKV sichern.

Die Delegierten des vdää werden diesen Antrag, der auf die Verteidigung der deutschen Zweiklassenmedizin abzielt, ablehnen.

Prof. Wulf Dietrich
(Vorsitzender des vdää)