

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2. Juni 2008

Gesundheitsfonds vor Einführung reparaturbedürftig

Die Regierungsberater Rürup und Wille fordern Nachbesserungen. Einige Gesundheitspolitiker plädieren sogar für eine Verschiebung.

ami. BERLIN, 1. Juni. Der Gesundheitsfonds ist schon vor seiner für Januar 2009 geplanten Einführung dringend reparaturbedürftig. Zu der Einschätzung kommen die Vorsitzenden der beiden von der Regierung berufenen Sachverständigenräte für Wirtschaft, Bert Rürup, und Gesundheit, Eberhard Wille. Rürup plädierte in Berlin für unverzügliche Nachbesserungen beim Sozialausgleich und dem Finanzausgleich der Kassen. Wenn das nicht geschehe, könnten schon bald viele Kassen pleitegehen. Wille pflichtete ihm bei und schloss sich der Forderung aus dem Kassenlager an, die Einführung des bundeseinheitlichen Beitragssatzes um ein Jahr zu verschieben. Dafür gibt es auch Sympathie unter Gesundheitspolitikern der großen Koalition. Doch werden diesem Vorschlag in den Spitzen von Fraktionen und Regierung kaum Chancen eingeräumt.

Rürup sagte auf einer gesundheitspolitischen Tagung, die Wettbewerbsaspekte des Reformgesetzes seien zwar gelungen, die Finanzierung sei dagegen vollkommen missraten. Allein mit dem Einheitsbeitrag, der im Herbst festgelegt werden soll, werde sich die Regierung viel Ärger einhandeln. Denn Millionen Versicherte mit einem heute unterdurchschnittlichen Beitragssatz müssten künftig mehr für die Krankenversicherung bezahlen.

Das Problem werde durch die Technik des Fonds und die Vorgaben für den Sozialausgleich noch größer, warnte der Regierungsberater. Denn Kassen, die mit der Zuweisung aus dem Fonds nicht auskommen, müssen einen Zusatzbeitrag erheben. Der ist auf ein Prozent des Einkommens (mindestens 8 Euro) begrenzt. Damit die Kasse ihren Finanzbedarf dennoch decken kann, werde sie den Zusatzbeitrag erhöhen müssen, schlussfolgerte Rürup. Das führe zu Abwanderungen, verschlechtere ihre Wettbewerbsposition alleine deshalb, weil ihre Versicherten ärmer seien als die anderer Kassen. Deshalb müsse der Gesundheitsfonds die Differenz zwischen dem tatsächlich notwendigen Zusatzbeitrag der einzelnen Kasse und der gesetzlich auf ein Prozent begrenzten Zuzahlung des Mitglieds übernehmen.

Nachbesserungsbedarf sieht Rürup auch beim Finanzausgleich der Kassen. Laut Gesundheitsreform soll der Fonds in der Anfangsphase die Ausgaben der Kassen zu 100 Prozent decken. Beitragssatzerhöhungen sind aber erst dann fällig, wenn die Ausgaben nur noch zu 95 Prozent gedeckt werden. Die Differenz sollen die Kassen durch Einsparungen oder Leistungskürzungen ausgleichen. Da der Finanzausgleich der Kassen sich aber auf die Fondsmittel beziehe, würden damit gegebenenfalls nur 95 Prozent der Ausgaben ausgeglichen. Die restlichen 5 Prozent fielen durch den Rost, was die Wettbewerbsverzerrungen nur verstärke.

Wille bekräftigte seine Kritik an der von Bund und Ländern beschlossenen Konvergenzklausel. Die soll verhindern, dass in einzelnen Ländern nach der Reform weniger Geld zur Verfügung steht als vorher. Tatsächlich würde aber kein Land mit mehr als 100 Millionen Euro belastet. Bayern hat diese mehrfach bezweifelt und die Regel als Vorwand für die Drohung benutzt, die – lange beschlossene – Einführung des Fonds doch noch scheitern zu lassen.

Gar nicht notwendig wäre die Konvergenzregel für nächstes Jahr, wenn sich Kassenchefs wie der DAK-Vorsitzende Herbert Rebscher und Gesundheitspolitiker aus Union und SPD durchsetzen würden. Sie wollen verhindern, dass schon in diesem Jahr ein einheitlicher Beitragssatz festgelegt wird. Sie plädieren stattdessen für eine stufenweise Einführung, um ungewollte finanzielle Verwerfungen besser austarieren zu können. Sie weisen darauf hin, dass auch bei anderen großen Reformen, wie der Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen, eine mehrjährige Übergangsphase vereinbart worden sei. Die um ein Vielfaches größere Gesundheitsreform solle aber quasi über Nacht umgesetzt werden. Für eine Verschiebung sprachen sich der CDU-Politiker Rolf Koschorrek und die SPD-Gesundheitspolitikerin Jella Teuchner aus. In der Koalitionsführung wird dem aber keine Chance eingeräumt.

Ärzte Zeitung, 2. Juni 2008

In der Koalition wächst die Furcht vor dem Fonds

Die Gedankenspiele reichen von Nachjustierungen bis zur Verschiebung mit Simultan-Abrechnungen

BERLIN (HL). Gut ein halbes Jahr vor Inkrafttreten des Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz und einem erweiterten Risikostrukturausgleich wächst bei Abgeordneten der Koalition die Sorge, ob das von ihnen vor mehr als einem Jahr verabschiedete Reformwerk wirklich alltagstauglich ist. Hinzu kommt Furcht vor Ärzten, wenn deren Vergütungsreform missrät.

Seit Monaten streiten beispielsweise Experten und Politiker über die Konvergenzregel. Die wurde auf Betreiben von Bayern und Baden-Württemberg ins Reformgesetz geschrieben und soll die dortigen Regionalkassen vor Geldabflüssen schützen. Dass diese Regel lediglich Regionalegoismen bedient, zeigte Professor Eberhard Wille in einem Gutachten und jetzt erneut bei einer Tagung der Gesellschaft für Politik und Recht im Gesundheitswesen auf.

Bei einem Einheitsbeitragssatz würde beispielsweise den Berliner Regionalkassen ein Betrag von 260 Millionen Euro fehlen. Den müssten sie in Form einer Zusatzprämie erheben. Ursächlich für die hohe Berliner Beitragslast sei aber die teure Klinikinfrastruktur der Hauptstadt. Etwas anders sei die Situation der Südländer: Dort seien es die überdurchschnittlichen Arzthonorare, die die Regionalkassen belasteten.

Noch heftiger als bei den Krankenkassen könnte das Ausmaß der Umverteilung bei den Arzthonoraren ausfallen. Die große Sorge von KVen in den Wohlstandsgebieten der Republik: Die EBM- und Vergütungsreform macht alle regionalen Honorarvertragserfolge zunichte.

Ursächlich dafür ist, dass KBV und Kassen auf Bundesebene einen einheitlichen Orientierungspunktwert und die Morbiditätsmessung vereinbaren. Das wird auf die Region und die Arztpraxis heruntergebrochen: in Form eines Behandlungsbedarfs und eines Regelleistungsvolumens. Der Preis der Leistung ergibt sich dann aus dem regional vereinbarten Punktwert.

Damit, so die Sorge von Bayerns KV-Chef Dr. Axel Munte, entfallen alle Strukturverträge. Diese gut dotierten Verträge machten bei manchen Fachgruppen 40 Prozent des Gesamthonorars aus. Außerdem werde der Punktwert nicht bei 5,1, sondern vielleicht nur bei 3,8 Cent liegen. Mehr 500 Millionen Euro oder mehr als zehn Prozent des Honorars stünden auf dem Spiel.

Angesichts solcher Unwägbarkeiten fürchten die Krankenkassen ein Fiasko und malen Untergangsszenarien. Jedenfalls wird in Berlin keine Gelegenheit ungenutzt gelassen, unter Koalitionsabgeordneten, die sich im nächsten Jahr der Wiederwahl stellen müssen, Verunsicherung zu schüren. So scheint der Vorschlag von DAK-Chef Herbert Rebscher, Fonds und Einheitsbeitragssatz zu verschieben, bei manchen Abgeordneten wie dem Unionspolitiker Rolf Koschorrek auf offene Ohren zu stoßen: Im Moment hört man dazu wenig Gegenargumente. Das Problem sei aber, dass die Koalitionsspitzen keine Neigung zeigten, den Fonds zur Disposition zu stellen.

GESUNDHEITSFONDS

Die Kritiker bleiben hart

Ernsthafte Unterstützer hat der Gesundheitsfonds nach wie vor kaum. So sehr Gesundheitsökonominnen auch davor warnen, ihn insgesamt zu dramatisieren: Politiker und Ärzte im Süden sorgen sich nach wie vor darum, dass sie Geld verlieren.

Spitzenpolitikern wird nachgesagt, sie würden vor allem strategisch denken. Träfe dies zu, wäre CSU-Chef Erwin Huber wenige Monate vor der Landtagswahl in Bayern eine strategische Meisterleistung gelungen. Wochenlang wetterte er gegen den Gesundheitsfonds und ging auf Konfrontationskurs zu CDU und SPD. In der Bevölkerung, die den Fonds mehrheitlich ablehnt, dürfte dies gut ankommen. Doch Huber will den Koalitionsstreit nicht zu weit treiben und schlägt wieder versöhnlichere Töne an. Damit wäre das mögliche Kalkül der CSU, mit populären Forderungen auf Wählerfang zu gehen, ohne dabei bundespolitischen Schaden anzurichten, aufgegangen.

Vermutlich steht die Strategie aber gar nicht so sehr im Vordergrund. Eher dürfte das Hin und Her der CSU Ausdruck dessen sein, dass sich die Folgen des Fonds nur schwer voraussagen lassen. Denn die einfache Formel, wonach die reichen Länder draufzahlen und die Armen profitieren, stimmt so nicht, wie kürzlich ein Gutachten der Gesundheitsökonominnen Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Florian Buchner und Prof. Dr. Eberhard Wille darlegte (DÄ, Heft 17/2008).

Denn umverteilt werden sollen von 2009 an schließlich nicht Finanzmittel aus den Länderhaushalten, sondern Beiträge von gesetzlich Krankenversicherten. Darauf verwies Wille bei einer gesundheitspolitischen Fachtagung Ende Mai in Berlin. In der Folge würden Länder wie Sachsen zwar als „Empfänger“ gewertet. Wegen des künftigen bundesweiten Einheitsbeitragsatzes müssten die Versicherten dort im Schnitt aber mehr an ihre Kasse zahlen als heute. Umgekehrt zählen nach Willes Ausführungen Länder mit hohem Lohnniveau zwar zu den „Gebern“. Viele Versicherte in diesen Ländern würden aber entlastet, weil der Einheitsbeitrag niedriger sein wird als ihr jetziger Beitragsatz.

Für Vertragsärzte werde es zumindest in Bayern und Baden-Württemberg allerdings zu Einschnitten kommen, prognostizierte Wille. Weil den Kassen dort weniger Geld zur Verfügung stehen werde, würden sie attraktive Sonderverträge mit den Leistungserbringern zusammenstreichen. In Baden-Württemberg könnte die Ärztevergütung um 20 Prozent sinken, in Bayern gar um 30 Prozent.

Sorgenvoll äußerte sich denn auch Dr. med. Axel Munte, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayerns. Zwar bekräftigte er, dass die Kolleginnen und Kollegen im Süden vor allem die Auswirkungen des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerts und von 2010 an die der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina fürchteten. Doch die Folgen des Fonds beträfen dennoch auch die Ärzte, sagte Munte. Bislang hätten es sich einzelne Krankenkassen leisten können, die Bezahlung von Land zu Land zu differenzieren. Mit dem bundeseinheitlichen Beitragsatz wird damit Schluss sein.

Hoffnungsvoll stimmt den KV-Vorstand allenfalls eine Passage, die auf Drängen aus Bayern über das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen wurde (§ 136). Danach können die KVen mit den Krankenkassen Verträge zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren, die Zuschläge zur Vergütung vorsehen.

„Es wäre unfair, Ihnen hier zu sagen: Die Ärzteschaft lehnt den Fonds in toto ab“, betonte Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Ärztekammer Hamburg. Einige Kollegen erhofften sich davon mehr Geld und verhielten sich deshalb leise. Dazu komme, dass manche davon überzeugt seien, ohne Fonds werde es keinen Euro-EBM geben. Fakt ist jedoch nach Ansicht von Montgomery, dass mit dem Fonds die seit Langem bekannten Ungerechtigkeiten und Unzulänglichkeiten im Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeräumt werden.

Dass viele Krankenkassen den Fonds nach wie vor ablehnen, hat zahlreiche Gründe, darunter auch ganz praktische. Das verdeutlichte Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der Gmünder Ersatzkasse: „Ich weiß nicht, wie es am 1. 1. 2009 aussieht.“ Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte rechneten mit 2,5 bis vier Milliarden Euro an zusätzlichem Honorar. Den Krankenhäusern habe Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einen Ausgleich für die Tarifsteigerungen versprochen. Wie hoch der einheitliche Beitragsatz für 2009 sein werde, stehe erst spät im Herbst fest. Gleichzeitig sollten die Kassen Verträge schließen und ihre Haushaltsplanung für 2009 machen.

Wahrscheinlich, sagte Schlenker, würden viele Kassen einen Mittelweg suchen: hier ein bisschen sparen, dort ein bisschen Selektivverträge abschließen, wo es sich finanziell lohne. Einen Zusatzbeitrag nehmen? Bloß nicht, befand Schlenker, das sei im Wettbewerb ein K.-o.-Kriterium. Ähnlich sieht es der bayerische AOK-Vorstandsvorsitzende, Dr. Helmut Platzer. Ein Zusatzbeitrag werde sicher erst erhoben, „wenn Kassen am Rande des Entsetzens stehen“.

Samir Rabbata, Sabine Rieser

Arzneimittel Zeitung, 31. Januar 2008

GRPG vergibt Preise für Wissenschaft

Berlin (eb). Der 12. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) wurde zu gleichen Teilen an Dr. Brit Schneider und Dr. Jana Straßburger vergeben. Der Wissenschaftspreis der GRPG ist mit 5000 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr von GlaxoSmithKline und MSD Sharp & Dohme übernommen. Die GRPG hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechts aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt.

Schneider wurde für ihre Arbeit „Gesundheits und Bildung – Theorie und Empirie von Humankapitalinvestitionen“ ausgezeichnet und Straßburger für ihre Arbeit „Rechtliche Probleme der Xenotransplantation – Internationale Regelungen und nationaler Regelungsbedarf“.

Ärzte Zeitung, 18. November 2008

Kassen goutieren gute Bewertungen im Netz

Auf der Suche nach einem „guten Arzt“ nutzen immer mehr Menschen das Internet. In Deutschland gibt es inzwischen knapp 20 Bewertungsportale, die den Anspruch erheben, den Nutzern bei der Arztsuche mit neutralen Informationen zu helfen.

Von Jürgen Stoschek

Die Mund-zu-Mund-Propaganda habe ihre Grenzen, erklärte Ingo Horak, Gründer und Geschäftsführer von DocInsider.de bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik (GRPG) in München. Empfehlungen von Familienangehörigen, Bekannten und Freunden seien oft nur bedingt hilfreich. Auch die Suche bei Google führe nur selten zu den gewünschten Ergebnissen.

Demgegenüber seien spezialisierte Bewertungsportale, die das mehr oder weniger unsystematisch und zufällig ausgetauschte Erfahrungswissen von vielen Menschen sammeln und nach bestimmten Qualitätskriterien ordnen, wesentlich besser geeignet, dem Einzelnen bei der Suche nach einem Arzt zu helfen. Bewertungsportale seien aber auch für die Niedergelassenen eine Chance, weil sie die Benotung durch die Patienten zur Verbesserung ihrer Qualität nutzen können, erklärte Horak.

Für die Krankenkassen sei neben den harten Fakten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch die subjektive Sicht der Patienten ein integraler Bestandteil der Behandlungsqualität, sagte der Vorstandsvorsitzende der Siemens-BKK, Dr. Hans Unterhuber. Weiche Urteile von Patienten, die die Zufriedenheit, das Vertrauen, den Schmerz oder die Lebensqualität betreffen, würden heute vielfach noch zu gering geschätzt. Sie seien aber für die Krankenkassen wichtige Entscheidungsgrundlagen beim Abschluss von Selektivverträgen, erklärte Unterhuber.

Die Bewertung von Ärzten und die Veröffentlichung der Ergebnisse in Bewertungsportalen berührt unter anderem das Persönlichkeitsrecht der betroffenen Mediziner, erläuterte der Landesbeauftragte für den Datenschutz in Sachsen-Anhalt, Dr. Harald von Bose. Im Falle von Bewertungsportalen für Lehrer und Professoren habe die Rechtsprechung jedoch festgestellt, dass die Meinungsfreiheit der Portalbetreiber und der bewertenden Personen Vorrang vor der informationellen Selbstbestimmung der Bewerteten hat. Dies sei prinzipiell auch auf die Ärzteportale übertragbar, sagte von Bose.

Gleichwohl müssten von den Betreibern der Portale eine Reihe kritischer Punkte beachtet werden. So sei Schmähkritik durch Patienten verboten. Zudem verstärke das Internet die Gefahr, dass Ärzte stigmatisiert oder an den Pranger gestellt würden. Auch trügen anonyme Beiträge nicht zu einer transparenten Kommunikation über die Qualität ärztlicher Leistungen bei, gab von Bose zu bedenken.

Der Rechtsrahmen für die Bewertung ärztlicher Leistungen im Internet sei bislang noch weitgehend unklar, sagte auch der Hamburger Rechtsanwalt Dr. Philipp Plog. Im Moment gebe es keine klare Antwort auf die Frage, ob Bewertungen durch Laien überhaupt zulässig sind. So seien einige Datenschützer der Ansicht, dass Bewertungen in Freitextfeldern unzulässig sind. Dem stehe jedoch die Auffassung gegenüber, dass es auch eine „Meinungsfreiheit von unten“ gibt, erläuterte Plog.