

BDI-Aktuell, Nr. 2, Februar 2009

Kassen-Wettbewerb aus Berliner Sicht

Selektivverträge kein Ersatz für Kollektivverträge

Trotz allen Tendenzen zur Vereinheitlichung im Gesundheitswesen glaubt das Bundesgesundheitsministerium nach wie vor an einen funktionierenden Kassenwettbewerb. Dieser sei jedoch ein Experiment. Wenn er nicht die gewünschten Effekte bringt, greift die Politik ein. Das war der Kern der Aussagen von Ministerialrat Boris M. Velter aus dem BMG, der anstelle des erkrankten Ministerialdirigenten Franz Knieps zum Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) über das Thema „Vertragswettbewerb und Marktmacht“ nach Leipzig gekommen war.

Für die Politik sei Wettbewerb kein Selbstzweck, betonte der Leiter des Referats LG3 für die Verbindungen zwischen Bund und Ländern. Er sehe die Tendenz zu einem wachsenden Qualitätswettbewerb. Sobald sich die Dinge verbesserten, bestehe eine starke Tendenz, das in die Regelversorgung einzuführen.

Der 1992 eingeführte Krankenkassen-Wettbewerb sei eingeführt worden, um durch den Wechsel der Versicherten Effizienzreserven zu heben. Um das in die richtige Bahn zu lenken, sei der Risikostrukturausgleich notwendig. So würden falsche Anreize unterdrückt.

Den Gesundheitsfonds bezeichnete Velter als eine logische Weiterentwicklung. Der Effekt des einheitlichen Beitragssatzes sei eher psychologischer Art. Viele meinten, jetzt sei der Wettbewerb abgeschafft und es gebe keinen Anreiz zum Wechsel mehr. Das sieht das BMG jedoch anders. Umfragen in seinem Auftrag hätten gezeigt, dass es sich jetzt mehr lohne, auf die Leistungen der Krankenkassen zu achten. Die Leute schauten jetzt nicht mehr darauf, wer die billigste Krankenkasse sei, sondern welche Leistungen sie anböten.

Die Politik sei erst dann wieder gefragt, wenn die Deckung des Gesundheitsfonds unter 95% sinke. Dann sind auch Zusatzbeiträge vorgesehen. Die Krankenkassen haben verständliche Angst vor der Preissensibilität der Bürger und deren Wechsel zu einer anderen Kasse, wenn Zusatzbeiträge erhoben werden. Aber für den „Kunden“ spielen laut Velter mehr Dinge eine Rolle als der Preis, wie die Beispiele aus anderen Versicherungsarten zeigten. Viele scheuten auch einfach die Transaktionskosten eines Kassenwechsels. „Die Zukunft ist offen“, meinte der Ministerialbeamte, „es gehe nun darum, die Ausgaben sehr viel stärker unter Kontrolle zu halten als früher.“

Seine Prognose für die Zukunft: Der Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen Beitragssatz werde Bestand haben. Allerdings dürfte es, je nach politischer Mehrheit, Veränderungen geben. Ziel des BMG sei es, Beitragsausfälle zu sozialisieren. An der Härtefallgrenze müsse wohl etwas geändert werden. Deswegen sei schon im Gesetz eine Überprüfung im Jahre 2011 vorgesehen. Immerhin sei die Politik jetzt bereit, mehr Steuergelder in das System zu stecken, um den Beitragssatz zu senken. Eine politische Kraft, die eine Einheitskasse wolle, könne er nicht erkennen, meinte Velter. Wohl aber gebe es eine Mehrheit, die sage, wir bräuchten keine 220 Krankenkassen.

Den Krankenkassen behagt das Berliner Verständnis von Wettbewerb wenig, wie die Bemerkung von Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, erkennen ließ: Die Kassen gerieten aus Angst vor Zusatzbeiträgen in die Erpressbarkeit von Ärzten – wobei er auf den jüngst bekannt gewordenen Handschlag mit dem Bayerischen Hausärzterverband anspielte, dem ein großzügig bemessener Hausarzt-Vertrag für 2009 in Aussicht gestellt wurde, an der KV vorbei. Platzer stellte aber auch die Fakten klar: Nach wie vor bestehen in Bayern zwei Hausarzt-Verträge aus der Vergangenheit weiter: ein Hausarzt-Vertrag nach § 73b SGB V mit der KV Bayerns und ein Hausarzt-Vertrag nach § 140 SGB V mit dem BHÄV. Ein Hausarzt-Vertrag nach § 73b neu ist noch nicht unterschrieben und wird frühestens am 1. April 2009 in Kraft treten.

Es geht nur ums Geld

In die nüchterne Realität des vertragsärztlichen Alltags führte Sachsens KV-Vorsitzender Dr. Klaus Heckemann die Diskussion. Es sei falsch zu glauben, der Gesetzgeber habe sich etwas dabei gedacht, wenn er etwas zu Papier gebracht habe, meinte er zynisch. Bei allen Reformen, so auch bei dieser, sei zu fragen: Cui bono? Es gehe letztlich nur ums Geld.

Wenn Ärzten durch einen Selektivvertrag 85 Euro pro Fall winkten anstelle von 53 Euro KV-Fallwert, dann löse das bei den Ärzten sofort die Konsequenz aus: „Die KV ist Mist.“ Es sei aber sehr die Frage, ob solche Hausarzt-Verträge zu einer um 60% verbesserten Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit führten.

Die dabei angeführten Vorteile für die Patienten hinterfragte er kritisch:

- Sicherstellung einer hochqualifizierten flächendeckenden Versorgung; dies sei heute schon generell der Fall.
- Koordination der Leistungen durch den Hausarzt; auch das stehe längst im Gesetz als Aufgabe des Hausarztes.
- Leitlinien-orientierte Behandlung; auch jetzt schon selbstverständlich.
- Maximale Wartezeiten von 30 Minuten und Abendsprechstunden; das könnte eventuell ein kleiner Vorteil sein.

Heckemanns Fazit war unmissverständlich: Der medizinische Zugewinn ist zu gering, als dass Mehrkosten im Umfang von 60% gerechtfertigt wären. „Ich glaube nicht an eine Steigerung der Versorgungsqualität, denn dann wäre ja die Regelversorgung unzureichend und unwirtschaftlich.“

Er bezweifelte auch, ob Krankenkassen bereit wären, etwa für eine 20%ige Qualitätssteigerung 5% mehr Geld zu zahlen. Er glaubt, dass sie eher eine minimale Qualitätsverschlechterung in Kauf nähmen, um 5% zu sparen. Deshalb seien solche Verträge eher Sparmodelle zu Lasten der Patienten und Ärzte. Für die Ärzte liefen sie auf eine Einschränkung der Therapie und Verordnungsfreiheit hinaus. Eine sinnvolle Entfaltung der hausarztzentrierten Versorgung ist aus seiner Sicht schon wegen der Wirkungen des Rechts auf freie Arztwahl, des Wirtschaftlichkeits- und des Gleichheitsgrundsatzes nicht zu erwarten.

Hausarztverträge und Direktverträge lösen nach Heckemanns Ansicht nicht den Kollektivvertrag ab, denn die medizinische Versorgung werde nicht besser und die Kosten nicht geringer. Die gesetzliche Motivation liege allein darin, Kosten zu sparen. Dieses Ziel könne aber nicht erreicht werden, da die Krankenkassen die Vergütungssätze unwirtschaftlich hoch ansetzen müssen, um Ärzte aus dem Kollektivvertragssystem herauszulocken.

Missbrauch der Codierung

Welcher Missbrauch mit dem Instrument des Direktvertrags betrieben werden kann, belegte er mit zwei Schreiben des BHÄV-Vorsitzenden Dr. Wolfgang Hoppenthaller von Mitte Dezember, in denen dieser unverhohlen seine Mitglieder aufforderte, die Codierung für AOK-Patienten zu überprüfen. Mehr Geld gebe es nur dann, wenn sich genügend Leute in den Vertrag einschrieben. Dafür winke ein RSA-Zuschlag von 26 Euro pro Quartal. Wenn BKK und Ersatzkassen diesen Vertrag nicht unterschrieben, könnten deren Versicherte von den Hausärzten auf Dauer nicht weiter behandelt werden. Heckemann: „Wenn ich als KV-Mann so etwas sagen würde, hätte ich morgen den Staatskommissar im Haus.“

Für den RSA habe die Codierung die Folge, dass wir in Deutschland eine um 25 bis 30% höhere Morbidität erhielten. Die Krankenkassen könnten nur an Pseudokranken interessiert sein. Eine Alternative böte seiner Meinung nach ein Vorschlag, den er schon 2003 – allerdings erfolglos – vorgebracht habe: Die Diagnosebezogene Umverteilung von Finanzmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte auf der Basis der Arzneimittel-Verordnungen vorgenommen werden. Dann wäre die Refinanzierung durch Hochcodieren weg vom Tisch.

Die Folgen der Reform für die Kassenärztlichen Vereinigungen sind laut Heckemann deutlich sichtbar: Sie ist ein Schritt, um die ambulante fachärztliche Schiene zu demontieren. Die beste Alternative wäre gewesen, wenn man diese Reform gar nicht gemacht hätte. Die zweitbeste wäre aus seiner Sicht die Eigenbeteiligung der Versicherten. Dann würde die gleiche Leistung beim Facharzt mehr kosten als beim Hausarzt. Von Übel ist für ihn die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 mit der Regelung des Überweisungsverfahrens gewesen. Eine Überweisung, kritisierte er, ist jetzt nur noch ein Quittung dafür, dass 10 Euro bezahlt worden sind, sonst nichts. „Das steuert nicht wirklich.“

Ein „guter“ AOK-Hausarzt-Vertrag?

AOK ist nicht gleich AOK und Hausarzt-Vertrag ist nicht gleich Hausarzt-Vertrag, machte in Leipzig Cornelia Prüfer-Storcks klar, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg. Die neue Strategie der Kassen ab 2009 bei bundeseinheitlichem Beitragssatz besteht nach ihren Worten darin, den Vertragswettbewerb um bessere Organisation des Medizinbetriebs durch Selektivverträge zu stimulieren. Der ideale Vertragspartner ist dabei derjenige, der seine Höher-Honorierung selbst erwirtschaftet. Vergütungsprobleme der Ärzte könnten nicht durch Selektivverträge, sondern müssten an anderer Stelle gelöst werden.

Die Politik ist aus ihrer Sicht in einem Suchprozess – einen Schritt vor, zwei zurück oder auch umgekehrt. Auf der einen Seite, etwa bei den Hausarzt-Verträgen, ist Ungeduld festzustellen, aber der anderen Seite Mutlosigkeit bei Selektivverträgen mit Krankenhäusern. Manchen Regelungen liege ein Konzept zugrunde, anderen nur politische Erpressung. Die Politik, empfahl sie, sollte sich auf das Ermöglichen konzentrieren, nicht auf das Erzwingen.

Als positive Schritte der Politik wertete sie die Einführung der Integrierten Versorgung, Verträge zur Hausarzt-zentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung. Negativ hingegen seien die Verpflichtung zum Abschluss von

Hausarzt-zentrierten Verträgen, das Vertragsmonopol für Hausarzt-Verbände und der Verzicht auf Selektivverträge mit Krankenhäusern.

Die Politik sei verliebt in die Hausarzt-zentrierte Versorgung, dabei seien diese keineswegs evidenzbasiert. Als Pflicht mit einem Zwangspartner haben sie nichts mit Vertragswettbewerb zu tun. Vertragsfreiheit bedeute auch die Freiheit, keinen Vertrag zu schließen. Das Vertragsmonopol für einen Ärzte-Verband konterkariere den Wettbewerb um Qualität. Die Bereinigung der Gesamtvergütung birgt erhebliches Konfliktpotenzial.

Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen ganz anderen Hausarztvertrag als Baden-Württemberg und Bayern: Daran sind neben dem Hausärzterverband auch die Kinder- und Jugendärzte, die hausärztlichen Internisten sowie die Kassenärztliche Vereinigung der Hansestadt beteiligt. Eingeschrieben haben sich bislang 3600 Ärzte und 215 000 Versicherte. „Das ist ein guter Vertrag“, wertete Prüfer-Storcks – aber trotzdem sei man jetzt wieder in neuen Verhandlungen, weil ein Partner – der Hausärzterverband – meine, er müsse genau denselben Vertrag wie im Südwesten der Republik haben. Das Fazit der AOK-Sprecherin: Einzelverträge werden Kollektivverträge nicht ablösen. Man kann auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen innovative Ideen umsetzen. Ziel ist eine qualitativ hochwertige Versorgung zu einem bezahlbaren Preis.

KS

Ärzte Zeitung, 22. Januar 2009

KV-Chef warnt vor Nachcodieren: Das schlägt Ärzten zum Nachteil aus

Manipulationen höhlen die Glaubwürdigkeit ambulanter Diagnosen aus, untergraben die Basis des Morbi-RSA und führen zu weniger Geld pro Patient.

LEIPZIG (tra). Der Vorsitzende der KV Sachsen, Dr. Klaus Heckemann, warnt mit diesen Argumenten vor einem „Nachbessern“ der Codierung. Niedergelassene Ärzte sollten sich von der vagen Aussicht auf Honorarsteigerungen nicht zu solchen Schritten verführen lassen, so Heckemann. Bei unspezifischen Krankheitsbildern wie Hypertonie, Herzinsuffizienz oder Depression ist ein gewisser Spielraum bei der Codierung gegeben.

Am Rande eines Symposiums der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Leipzig schloss Heckemann negative Folgen für den Morbi-RSA und die Honorarentwicklung durch das so genannte „Hochcodieren“ nicht aus. „Die Struktur des Morbi-RSA kommt durcheinander, weil die Krankenkassen mehr Diagnosen als eigentlich prognostiziert erhalten“ sagte er. Für den einzelnen Fall bleibe dann für Ärzte unter dem Strich weniger Geld.

Kassenärzten könne es zwar „im Moment egal sein, ob Krankenkassen mehr Geld bekämen“. Dennoch ergebe sich langfristig bei der Honorarentwicklung dann ein Problem. „Wenn die Zahl der Diagnosen um drei Prozent steigt, könnte es drei Prozent mehr Geld geben“, führte er aus. Steigerungen von beispielsweise 40 Prozent bei den Diagnosezahlen würden aber die Gefahr der Unglaubwürdigkeit bergen.

Heckemann verwies dazu auf den bereits existierenden Zuschlag für chronisch Kranke. Der Vorsitzende des Bayerischen Hausärzterverbands (BHÄV), Dr. Wolfgang Hoppenthaller, hatte Mitte Dezember daran erinnert, dass Kassen für im RSA erfasste chronisch Kranke einen Zuschlag von 26 Euro erhalten.

Heckemann sprach sich für das Erfassen der Diagnosen ausschließlich anhand der verordneten Medikamente aus. Das schließe Missbrauch aus. Boris Velter vom Bundesgesundheitsministerium ließ sich durch die Skepsis im Auditorium in seiner Zuversicht nicht beirren. „Warten Sie mal ab, der Morbi-RSA wird ein Exportschlager“, sagte er.

Selektivvertrag kein Ersatz fürs Kollektiv

SYMPOSIUM HzV-Verträge stehen im Fokus bei Expertendiskussion der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen

Selektivverträge sollen und können den Kollektivvertrag nicht ersetzen, lautete die einhellige Meinung beim Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in Leipzig.

Im Zentrum standen die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung. In Baden-Württemberg und in Bayern haben sich AOK und Hausärzteverband ohne KV-Beteiligung geeinigt (siehe Seite 1).

Bayerns AOK-Chef Dr. Helmut Platzer stellte klar: Noch bestehen in Bayern zwei Hausarztverträge weiter. Einer nach § 73b mit der KV Bayern und einer nach § 140 SGB V mit dem Bayerischen Hausärzteverband. Ein Vertrag mit dem BHÄV nach der Neufassung des § 73b sei noch nicht unterschrieben und werde frühestens am 1. April in Kraft treten. Für den KV-Vorsitzenden von Sachsen, Allgemeinarzt Dr. Klaus Heckemann, sind die Verträge aus dem Süden kein Vorbild. Wenn einem Arzt pro Fall 83 Euro geboten würden anstelle von 53 Euro KV-Fallwert, sei klar, dass es dann heiße: „Die KV ist Mist“.

Missbrauch mit Codierung

Es sei zweifelhaft, ob dem Mehr an Honorar auch ein entsprechendes Mehr an Qualität gegenüberstehe. Er bemängelte, dass mit der Codierung Missbrauch getrieben werde.

BHÄV-Chef Dr. Wolfgang Hoppenthaller habe die Kollegen zur „richtigen“ Codierung aufgefordert. Nur dann gebe es mehr Geld. Außerdem habe er Betriebs- und Ersatzkassen damit gedroht, deren Versicherte - auf Dauer - nicht mehr zu behandeln, wenn diese den Vertrag nicht unterzeichneten. Dass es auch mit KV und ohne politische Erpressung geht, versicherte Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland-Hamburg. Ihre AOK hat einen Hausarzt-zentrierten Vertrag mit dem Hausärzteverband, den Kinder- und Jugendärzten, den hausärztlichen Internisten und der KV geschlossen. Eingeschrieben haben sich 3 600 Ärzte und 125 000 Versicherte. „Der Vertrag ist gut“, fand sie. Jedoch müsse man schon wieder neu verhandeln: Der Hausärzteverband wolle denselben Vertrag wie in Baden-Württemberg haben. ks

Medical Tribune, Nr. 5/09

AOK: Der ideale Vertragspartner erwirtschaftet sein höheres Honorar selbst

Kassen fühlen sich bei Hausarztverträgen „politisch erpressbar“

LEIPZIG - Die Krankenkassen haben Angst davor, Zusatzbeiträge erheben zu müssen, und geraten dadurch in eine Art Erpressbarkeit durch Ärzte, klagte der Vorsitzende der AOK Bayern, Dr. Helmut Platzer, auf dem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Leipzig.

Sein Kommentar: „Da tobt der Zeitgeist und nicht das Qualitätsbewusstsein“. Wenn man neben ein bestehendes Monopol ein zweites durch den § 73b (neu) SGB V setze, schaffe man nicht mehr Wettbewerb. Dr. Platzer stellte klar: Aufgrund der Gesetzeslage wird der neue Vertrag mit dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) zum 1. April kommen. Derzeit laufen die Verträge nach § 73b (alt) mit der KV Bayerns und nach § 140 mit dem BHÄV weiter.

Dass der BHÄV der AOK im Dezember einen Hausarztvertrag abgetrotzt hat, werteten CORNELIA PRÜFER-STORCKS, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, und Dr. KLAUS HECKEMANN, KV-Chef in Sachsen, als politische Erpressung. Es gehe nur ums Geld, sagte der KV-Vorsitzende. Wenn hier 85 Euro Fallwert lockten anstelle der 53 Euro bei der KV, heiße es bei den Kollegen sofort; „Die KV ist Mist.“

Dr. Heckemann glaubt nicht, dass dieses höhere Honorar auch zu einer 60%igen Verbesserung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit führen wird. Die eingeschriebenen Patienten erhielten nichts, was sie nicht auch in der Regelversorgung bekämen, und die Therapie- und Verordnungsfreiheit der Ärzte werde eingeschränkt. Er bezweifelt, dass solche Hausarzt- oder ähnliche Direktverträge die Kollektivverträge ablösen werden.

Aus Sicht von Prüfer-Storcks stimuliert der Einheitsbeitragssatz die Krankenkassen zum Vertragswettbewerb um eine bessere Organisation des Medizinbetriebs durch Selektivverträge. Jedoch könnten so nicht die Vergütungsprobleme der Ärzte gelöst werden. Das müsse an anderer Stelle geschehen. Der ideale Vertragspartner für die Kassen ist nach ihren Worten derjenige, der sein höheres Honorar selbst erwirtschaftet.

Hausärzteverband will HZV-Vertrag umstellen

Als positive Errungenschaften der letzten Gesundheitsreformen wertete sie die integrierte, die hausarztzentrierte und die besondere ambulante Versorgung nach § 73c. Negativ wirkten dagegen die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen, das Vertragsmonopol für den Hausärzteverband und der Verzicht auf Selektionsverträge mit den Krankenhäusern.

Als positives Muster erwähnte sie den Hausarztvertrag, den ihre AOK in Nordrhein mit der KV und dem Hausärzteverband sowie in Hamburg mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Gemeinschaft hausärztlicher Berufsverbände - Hausärzteverband, Kinder- und Jugendärzte, hausärztliche Internisten - abgeschlossen hat. Er sichert den teilnehmenden Hausärzten für ihre zusätzlichen Leistungen eine On-Top-Vergütung und kommt ohne Bereinigung der Gesamtvergütung aus. 3 600 Ärzte und 215 000 Versicherte haben sich bislang eingeschrieben.

„Das ist ein guter Vertrag“, lobte Prüfer-Storcks, „aber wir sind trotzdem wieder in Verhandlungen, weil ein Partner meint, einen anderen Vertrag haben zu müssen.“ Der Hausärzteverband möchte den baden-württembergischen Vertrag nach Hamburg transponieren.

KS

Zahnärztliche Mitteilungen, Nr.3, 01. Februar 2009

Verunglimpfung im Netz

Die neue Meinungsfreiheit

1. Februar 2009 - Zahnärzte und Ärzte müssen sich darauf einstellen, dass sie im Internet ebenso wie Hotels, Restaurants oder Nutzer von Auktionsportalen bewertet werden. Dagegen kann der User nicht viel tun, er muss sich aber auch nicht alles gefallen lassen, bekräftigten Experten auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik (GRPG) in München.

Anonymes Anschwärzen und Verunglimpfen blühen im Netz. So berichtete spiegel-online von einem Berliner Zahnarzt, der bei DocInsider, einem von etwa 20 Arzt-Bewertungsportalen, schlechte Noten bekommen hatte, unter anderem „... Finger weg und woanders hingehen“, hatte ein anonymen Nutzer geurteilt. Die Forderung des Zahnarztes, den Eintrag zu löschen, und die Androhung einer Klage fruchteten nicht. Ingo Horak, Gründer und Geschäftsführer von DocInsider, konnte sich auf das sogenannte „Spickmich-Urteil“ des Landgerichts Köln berufen, das die Klage einer Lehrerin gegen die gleichnamige Lehrer-Bewertungsseite als unzulässig und unbegründet abgewiesen hatte.

Schatten der Anonymität

Die Zahl der Internetfirmen, deren Geschäftsmodell die Bewertung von Zahnärzten und Ärzten durch Patienten ist, ist in den vergangenen Monaten sprunghaft angestiegen. Alle erheben den Anspruch, dem Nutzer bei der Suche nach einem „guten“ Zahnarzt oder Arzt zu helfen. Grundlage dafür sind mehr oder weniger ausgefeilte Bewertungssysteme, mit deren Hilfe Patienten ein Urteil über ihren Zahnarzt oder Arzt abgeben können.

Bei der Suche nach einem „guten“ Zahnarzt oder Arzt haben sich Patienten in der Vergangenheit oftmals auf Empfehlungen von Familienangehörigen, Bekannten und Freunden verlassen. Diese Mund-zu-Mund-Propaganda habe jedoch ihre Grenzen, erklärte Horak bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik (GRPG) in München. Vielfach hätten die Befragten gar keine einschlägigen Erfahrungen, die genau auf das Problem zutreffen, zu dem der Patient medizinische Hilfe sucht. Und meist seien die Erfahrungen des Empfehlenden auch nicht so umfassend, als dass die Abwägung positiver und negativer Eindrücke aus verschiedenen Arztkontakten eine fundierte Entscheidung ermöglichen würde.

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 guten Arzt zu helfen, erklärte Horak. Wikipedia habe beispielhaft gezeigt, dass die „Vernunft der großen Zahl“ in Verbindung mit der sozialen Kontrolle durch die Community zu wesentlich besseren Ergebnissen führe, als die Meinung Einzelner.

Die Bewertung von Zahnärzten und Ärzten durch Patienten und die Veröffentlichung der Ergebnisse in jedermann zugänglichen Bewertungsportalen berühren unter anderem auch das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen, erläuterte der Landesbeauftragte für den Datenschutz in Sachsen-Anhalt, Dr. Harald von Bose. Im Falle von Bewertungsportalen für Lehrer und Professoren habe die Rechtsprechung bereits einen Vorrang der Meinungsfreiheit der Portalbetreiber und der bewertenden Personen vor der informationellen Selbstbestimmung der Bewerteten festgestellt. Dies sei prinzipiell auch auf Ärzteportale übertragbar, erklärte von Bose.

Gleichwohl müssten von den Betreibern der Portale eine Reihe kritischer Punkte beachtet werden. So sei Schmähkritik nach wie vor verboten. Zudem verstärke sich die Gefahr der Stigmatisierung und der Prangerwirkung durch das Internet erheblich. Auch trügen anonyme Beiträge nicht zu einer transparenten Kommunikation über die Qualität ärztlicher Leistungen bei, gab von Bose zu bedenken.

Meinungsfreiheit von unten

Der Rechtsrahmen für die Bewertung ärztlicher Leistungen im Internet sei bislang noch weitgehend unklar, berichtete 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 sogar der Ansicht, dass Bewertungen in Freitextfeldern unzulässig sind. Dem stehe jedoch die andere Auffassung gegenüber, dass es auch eine "Meinungsfreiheit von unten" gibt, erläuterte Plog.

Die Späher der Kassen

Ungeachtet dessen verfolgen die Krankenkassen die Entwicklung sehr aufmerksam. Neben den harten Fakten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sei auch die subjektive Sicht der Patienten ein integraler Bestandteil der Behandlungsqualität, erklärte der Vorstandsvorsitzende der Siemens-BKK, Dr. Hans Unterhuber. „Weiche“ Urteile von Patienten, wie Vertrauen, Zufriedenheit, Schmerz oder Lebensqualität, würden heute vielfach noch zu gering geschätzt, seien aber für die Krankenkassen wichtige Entscheidungsgrundlagen beim Abschluss von Selektivverträgen, erklärte Unterhuber.

Jürgen Stoschek, Freier Journalist, Starnberg

Was Selektivverträge können und was nicht

Vertragswettbewerb und Marktmacht

DISKUSSION Mit Jahresbeginn 2009 haben sich die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb im Gesundheitswesen deutlich verändert. Der Gesundheitsfonds mit seinem einheitlichen Beitragssatz hat den Wettbewerb zwischen Krankenkassen über den Beitragssatz abgeschafft. Stattdessen werden die Kassen vermehrt auf eine Differenzierung ihrer Leistungen und Servicequalität setzen müssen. Dazu gehören auch die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung.

Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, stellte auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zum Thema „Vertragswettbewerb und Marktmacht - wer gewinnt?“ im Januar in Leipzig fest, dass der Gesetzgeber die Kassen in eine Art Erpressbarkeit durch Ärzte und andere Leistungsanbieter gebracht habe. Wenn man neben ein bestehendes Monopol ein zweites setze, wie mit § 73b neu SGB V geschehen, schaffe man nicht mehr Wettbewerb. BMG-Abteilungsleiter Franz Knieps meinte in seinem Exposé zum Symposium, dass die Krankenkassen mit den Möglichkeiten der Ausschüttungen und Zusatzbeiträge auf jeden Fall weiterhin Gestaltungsspielräume gegenüber Versicherten und Leistungserbringern hätten.

Versicherte achten auf mehr als nur den Preis

Der für den erkrankten Knieps in Vertretung erschienene Ministerialbeamte Boris M. Velter, Leiter des Referats für Verbindungen zwischen Bund und Ländern, machte klar, dass für die Politik Wettbewerb kein Selbstzweck sei. Der Krankenkassenwettbewerb sei nach wie vor ein Experiment. Wie sich der Trend zu einem insgesamt einheitlicheren Versicherungsmarkt in Deutschland ausgestalte, sei noch unklar. Dass eine Einheitskrankenkasse angestrebt werde, wollte er nicht bestätigen, fragte jedoch, wozu man 220 Krankenkassen brauche. Im BMG weiß man, dass die Krankenkassen Angst vor Zusatzbeiträgen und dem Wechsel von Versicherten haben, falls diesen die Kasse zu teuer wird. Doch, meinte Velter, dass für die „Kunden“ neben dem Preis auch andere Dinge eine Rolle spielten. Jedenfalls werde das System des Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen Beitragssatz auch in Zukunft Bestand haben. Er schloss aber künftige Veränderungen, je nach politischer Mehrheit, nicht aus. Ziel der Regierung sei es, Beitragsausfälle zu sozialisieren. Die Politik wird bei Unterdeckung des Fonds zusätzlich Steuergeld in das System stecken.

Der Vertragswettbewerb hat in Baden-Württemberg bereits beachtliche Ergebnisse wie den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zwischen der AOK und dem dortigen Hausärzterverband gebracht. Dieser Vertrag setzt Maßstäbe, wie das Beispiel Bayern zeigt, wo die AOK im Dezember 2008 mit dem Bayerischen Hausärzterverband Eckpunkte für einen eigenen Hausarztvertrag ab April 2009 verabredet hat. Auch in anderen Bundesländern will man diesem Muster folgen.

Kritiker äußern Skepsis

Für Dr. Klaus Heckemann, Vorsitzender der KV Sachsen, ist der bayerische Vertragsabschluss ein Ärgernis. Hier gehe es nur um Geld und nicht um mehr Qualität, argumentierte er in Leipzig. Die genannten Vorteile für die Patienten, wie Sicherstellung einer hochqualifizierten, flächendeckenden Versorgung, Koordination der Leistungen durch den Hausarzt oder leitlinienorientierte Behandlung, bekämen die Versicherten bereits jetzt in der Regelversorgung. Allenfalls mit der Abendsprechstunde oder einer Höchstwartezeit von 30 Minuten sei eine Verbesserung denkbar. Heckemanns Fazit: Der medizinische Zugewinn ist zu gering, als dass die Mehrkosten von 60% gerechtfertigt wären. Außerdem laufe der Vertrag für die Ärzte auf eine Einschränkung der Therapie- und Verordnungsfreiheit hinaus. Der

KV-Vorsitzende glaubt nicht, dass Hausarzt- und andere Direktverträge die Kollektivverträge ablösen werden.

Etwas differenzierter sieht Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, die Funktion der Selektivverträge. Sie geht zwar auch nicht davon aus, dass diese die Kollektivverträge ablösen werden, sieht aber das Ziel, durch Selektivverträge Versorgungsprobleme zu lösen, etwa durch die Integration von Qualitätsparametern, die Optimierung von Schnittstellen, die Versorgung spezieller Krankheitsbilder oder durch leitliniengerechte Behandlung und gezielte Förderung spezieller Leistungen. Weiterhin bestätigte sie die Aussage von Knieps: Der einheitliche Beitragssatz stimuliere den Vertragswettbewerb um eine bessere Organisation des Medizinbetriebs durch Selektivverträge. Als positiv an den letzten Gesundheitsreformen bezeichnete sie die Einführung der Integrierten Versorgung, die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung.

Klaus Schmidt

Der Kassenarzt, Nr. 3, Februar 2009

Vertragswettbewerb und Marktmacht

KVen kämpfen um ihr Überleben

Der Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt ist in vollem Gange. Die Bedingungen sind nicht immer fair: Selektivverträge bringen das Kollektivvertragssystem der KVen in Bedrängnis, Rabattvorträge sehen die Pharmaindustrie unter Druck, und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) glaubt weiter an den Erfolg seiner Sparpolitik.

von Klaus Schmidt

Die Bundesgesundheitsministerin sieht sich gern als Förderin des Wettbewerbs. Dabei hat sie zum 1. Januar 2009 ein elementares Wettbewerbsinstrument, die Beitragsgestaltung der Krankenkassen abgeschafft. Wenn alle denselben Beitragssatz, erst 15,5 Prozent, ab Juli 14,9 Prozent, zahlen, ist der Preis kein Argument mehr für einen Kassenwechsel. Dennoch sehen ihre Mitstreiter im Ministerium Spuren von Wettbewerb im System. Jetzt rücken Produktdifferenzierungen und Servicequalität in den Fokus des Wettbewerbs, argumentiert Franz Knieps, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMG.

Auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in Leipzig machte Boris M. Velter, Leiter des BMG-Referats für die Beziehungen zwischen Bund und Ländern, klar, dass es der Politik beim Wettbewerb in erster Linie darum gehe, das System in die Richtung politisch gewünschter Ergebnisse zu steuern. Wie sich der Trend zu einem insgesamt einheitlicheren Versicherungsmarkt in Deutschland letztlich ausgestalte, sei im Moment noch nicht klar. Die Zukunft sei offen, meinte der Ministerialbeamte. Das Ziel sei noch mehr als früher, die Ausgaben unter Kontrolle zu halten. Deswegen werde auch das System des Gesundheitsfonds mit einem einheitlichen Beitragssatz Bestand haben. Je nach politischen Mehrheiten nach der Bundestagswahl im Herbst 2009 seien allerdings Veränderungen zu erwarten. Das hoffen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen. Bei dieser Form von Wettbewerb, klagte Bayerns AOK-Chef Dr. Helmut Platzer, gerieten die Krankenkassen in die Erpressbarkeit von Ärzten und anderen Leistungsanbietern. Wenn man, wie mit § 73b neu geschehen, neben ein bestehendes Monopol ein zweites setze, schaffe man jedenfalls nicht mehr Wettbewerb.

Sparmodell

Als Vertreter des Kollektivvertragssystems stellte Sachsens KV-Vorsitzender Dr. Klaus Heckemann frustriert fest: „Wenn ein Hausarzt pro Fall 85 Euro bekommt statt 53 Euro von der KV, dann sagt der sofort: Die KV ist Mist.“ Er bezweifelte, ob der Hausarztvertrag auch zu einer um 60 Prozent besseren Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit führt. Der medizinische Zugewinn sei auf jeden Fall zu gering, als dass Mehrkosten um die 60 Prozent gerechtfertigt seien.

Das neue Vertragsmodell ist für ihn daher lediglich ein Sparmodell zulasten der Patienten und Ärzte. Für die Ärzte bedeute es eine erhebliche Einschränkung der Therapie- und Verordnungsfreiheit. Dem Gesetzgeber gehe es in erster Linie darum, Kosten zu sparen. Das dürfe jedoch nicht so weit gehen, dass die Krankenkassen die Vergütungssätze so unwirtschaftlich hoch ansetzen wie in Baden-Württemberg und Bayern, um Ärzte aus dem Kollektivvertragssystem herauszulocken. Dass es auch anders geht, belegt die AOK Rheinland/Hamburg. Sie hat in Nord-rhein einen Hausarztvertrag gemeinsam mit dem Hausärzterverband und der Kassenärztlichen Vereinigung sowie in Hamburg einen Hausarztvertrag mit KV und einer hausärztlichen Vertragsgemeinschaft aus Hausärzterverband, Verband der Kinder- und Jugendärzte und dem Verband hausärztlicher Internisten abgeschlossen.

Die Vorgabe eines einheitlichen Beitragssatzes stimuliert die Krankenkassen zu einem Vertragswettbewerb um eine bessere Organisation des Medizinbetriebs durch Selektivverträge, erklärte Cornelia Prüfer-Storcks, AOK-Vorstandsmitglied. Sie wies aber vorsorglich darauf hin, dass die Vergütungsprobleme der Ärzte nicht durch Selektivverträge gelöst werden könnten. Die Einzel- bzw. Direktverträge werden ihrer Ansicht nach das Kollektivvertragssystem nicht ablösen, sondern ergänzen.

Innovative Ideen

Man könne auch mit Kassenärztlichen Vereinigungen innovative Ideen umsetzen, wie das Beispiel der AOK Rheinland/Hamburg zeige. In der Arzneimittelversorgung geben Festbeträge und neuerdings vermehrt die Rabattverträge den Sparkurs vor. Die Generikaindustrie ist gezwungen, ihre Preispolitik an den dirigistischen Vorgaben der Politik auszurichten, klagte Dr. Stefan Plantör vom Pro-Generika-Verband. Doch wenn die Festbeträge immer weiter nach unten gedrückt werden, erreichen auch die

Zuzahlungsbefreiungsgrenzen ein so niedriges Niveau, dass die Arzneimittelpreise nicht mehr angepasst werden können. Leidtragende sind die Patienten, die bei sinkenden Preisen wieder höhere Zuzahlungen leisten müssen.

Festbeträge sind nach seinen Worten ein Synonym für zentrale gesetzliche kollektivvertragliche Ausgabensteuerung von oben, ein dirigistisches Element. Dagegen sind die Rabattverträge ein Synonym für individualvertragliche Regulierung durch die Marktpartner. Allerdings sind sie für die Pharmaunternehmen keine souveräne und autonome Entscheidung, sondern ein betriebswirtschaftliches Muss. Ohne Rabattvertrag gibt es nämlich keinen Umsatz mit der jeweiligen Krankenkasse.

Das bestätigte auch der Initiator der Rabattverträge auf Kassenseite, Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Aus seiner Sicht haben sich zwar die Festbeträge grundsätzlich bewährt, lassen aber Teile des Wirtschaftlichkeitspotenzials ungenutzt. Dagegen sieht er in den Rabattverträgen ein hohes Einsparpotenzial für die Krankenkasse und eine Marktchance für mittelständische Pharmaunternehmen.

Etappensieg

Wenige Tage nach dem Symposium in Leipzig hat Hermann einen wichtigen Etappensieg vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg errungen. Das oberste Gericht im Vergabenaufprüfungsverfahren wies die Klage eines Pharmaunternehmens vollumfänglich ab und erklärte die aktuelle AOK-Ausschreibung in allen angegriffenen Punkten für rechtmäßig.

Der Senat bescheinigte der AOK Fairness gerade auch gegenüber mittelständischen Pharmaherstellern. Die AOK geht davon aus, dass diese Entscheidung richtungsweisenden Charakter für die immer noch ausstehenden Verfahren vor Vergabekammern hat, und erwartet, dass diese nun zügig abgeschlossen werden. Bereits in den vergangenen Wochen hatten drei Vergabekammernverfahren die AOK-Linie grundsätzlich bestätigt. Jetzt hat das LSG den AOKen ausdrücklich ein transparentes, willkürfreies Vorgehen bescheinigt, das insbesondere weder gegen das Gebot der Berücksichtigung mittelständischer Interessen noch gegen europäisches oder nationales Kartellrecht verstoße. „Ich bin fest davon überzeugt, dass auch die anderen Gerichte und Vergabekammern zu diesem Ergebnis kommen werden“, sagte Hermann.

Die noch ausstehenden Verhandlungen behandeln im Wesentlichen die gleichen Sachverhalte. Die AOK sei bemüht, dass der Gerichtsmarathon schnellstmöglich abgeschlossen werde. „Dann können wir endlich die Umsetzung in Angriff nehmen und unsere Versicherten kostengünstiger mit hochwertigen Arzneimitteln versorgen.“ Hermann hält daher weiterhin am Starttermin zum 01.03.2009 für das Inkrafttreten der Rabattverträge fest.

Arzneimittel Zeitung, 26. Februar 2009

GRPG würdigt Dissertation zum Wettbewerbsrecht

München (eb) .Dr .Hannes Bucher ist mit dem 13. Wissenschaftspreis der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) ausgezeichnet worden. Bucher erhält den Preis für seine Dissertation „Die Anwendung des Europäischen Wettbewerbsrechts auf die Träger sozialer Sicherungssysteme“. In seiner Arbeit vertritt er einen weit gefassten Begriff der wirtschaftlichen Tätigkeit. Eine wirtschaftliche Tätigkeit sei auch dann anzunehmen, wenn Leistungen nicht von privaten Endverbrauchern nachgefragt werden. Daraus lässt sich ableiten, dass Sozialversicherungsträger wie andere Unternehmen an die europäischen Wettbewerbsvorschriften gebunden sind.

Der Wissenschaftspreis der GRPG ist mit 2500 Euro dotiert und wurde dieses Jahr von Merck Pharma gestiftet.

Ärzte Zeitung, 12. Mai 2009

Auch Arztpraxen brauchen eine Marke

Der Wettbewerb in der ambulanten Versorgung steigt. Da ist es auch für Ärzte wichtig, sich durch ein klares Profil von der Konkurrenz abzuheben. Wie das geht? Indem sie frühzeitig eine Marke entwickeln.

Von Ilse Schlingensiepen

Für Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ist es es strategisch gesehen sinnvoll, sich mit der Entwicklung einer eigenen Marke auseinanderzusetzen. Bei einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung der ambulanten Versorgung wird die Herausarbeitung eines klaren Profils zum Vorteil. Wer frühzeitig eine Marke entwickelt hat, hat bessere Karten. Davon geht Dr. Felix Cornelius aus, Mitglied der Geschäftsleitung der Berliner Polikum Gruppe. „Markenentwicklung ist Vorbereitung auf die Zukunft“, sagte Cornelius auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Düsseldorf. Ein starkes etabliertes Label bringe Vorteile bei Expansion, Finanzierung und der Suche nach guten Mitarbeitern und starken Kooperationspartnern.

Ziel der Entwicklung einer eigenen Marke sei die Kundenbindung. In ihr suchen die Kunden nicht in erster Linie Spitzenqualität, sondern die Sicherheit, dass eine bestimmte Mindestqualität eingehalten wird. Prinzipiell gebe es immer dort starke Marken, wo es Wettbewerb gibt. Das sei im Gesundheitswesen bislang vor allem bei Arzneimitteln der Fall, relativ wenig bei Kliniken und kaum im ambulanten Bereich. Er nannte drei Faktoren, die dafür sorgen können, dass sich die Entwicklung eines Erkennungszeichens auch im Gesundheitsbereich lohnt: wenn die Wahl des Patienten direkte wirtschaftliche Konsequenzen hat; wenn dem Anbieter bei Erfolglosigkeit die Insolvenz droht; wenn Investitionen in Gesundheitsangebote einfach und schnell möglich sind. „In diese Richtung wird sich der Gesundheitsmarkt vermutlich bewegen, darum werden Marken so oder so entstehen.“

Mit der Herausbildung eines klaren, unverwechselbaren Profils können sich nicht nur Medizinische Versorgungszentren wie das Polikum als Vertragspartner für die Krankenkassen attraktiv machen, sondern auch Ärztenetze und niedergelassene Ärzte, glaubt Cornelius. Bei den Niedergelassenen könnte das etwa in der Arbeit mit einer zentralen digitalen Patientenakte, dem zertifizierte Qualitätsmanagement und der Öffnung der Praxis an allen Werktagen von acht bis 18 Uhr bestehen.

Die Wahl des Namens für das Label hält Cornelius für eher unerheblich. Entscheidend sei, dass die Anbieter konsequent eine bestimmte Qualität liefern. Er sieht auch einen gewissen qualitätssichernden Effekt. Jeder Fehler im Einzelfall werde auf die gesamte Marke, das gesamte Unternehmen übertragen. „Der Markenanbieter wird sich daher mehr Mühe geben, solche Makel zu vermeiden“, sagte er.

„Eine Marke ist ein Qualitäts-Versprechen“, sagte Dr. Renate Müller, Geschäftsführerin des Münchener Unternehmens Brandleague Limited, das Marken entwickelt. Zudem biete sie die Möglichkeit, unterschiedliche Partner zu binden und schaffe Orientierungs- und Entscheidungshilfen. Das sei gerade bei Projekten der integrierten Versorgung von Bedeutung. „Wenn Sie als Leistungserbringer nicht in der Lage sind, klar zu machen, für was Sie stehen, wie wollen Sie dann Leute dazu bringen, sich einzuschreiben?“ fragte Müller.