



Perspektive GKV

Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH

Ausgabe 09 / September 2008

Inhaltsverzeichnis

- Hausarztverträge auf dem Prüfstand: Versorgung der Ärzte verbessert 2
- §§ - Dschungel: Fusion mit Hindernissen 3
- KKH Intern 3

Stand der Dinge

Verwaltungskostenpauschale

50/50 oder 30/70 – bei beiden Zahlenpaaren geht es um viel Geld. Hintergrund sind die Fondszuweisungen an die Kassen für deren Verwaltungskosten.

Das Bundeskabinett hat auf Druck der Union beschlossen, die Verwaltungskostenpauschale zur Hälfte nach der Anzahl der Versicherten und zur Hälfte nach deren Morbidität zu berechnen (50/50-Regelung). Mit dieser Formel wird unterstellt, dass die Verwaltungskosten einer Krankenkasse zur Hälfte von der Morbidität, d.h. der Krankheitswahrscheinlichkeit der Versicherten abhängig sind.

In der Tat halten die Krankenkassen Strukturen bereit, die nur mit dem Leistungsgeschehen befasst sind: Arbeitsunfähigkeitskoordination, Häusliche Krankenpflege, Reha, Hilfsmittelmanagement etc. Diesem Leistungsbereich stehen jedoch Strukturen gegenüber, die auch unabhängig von den Krankheitsfällen der Versicherten bestehen: Beitragsbereich, Finanzierung, Bestandsmanagement, Service usw. Setzt man die Gesamtmitarbeiterzahl der KKH mit der Mitarbeiterzahl im Leistungsbereich ins Verhältnis, zeigt sich, dass nur 32 Prozent mit dem Leistungsgeschehen direkt beschäftigt sind.

Allerdings ist die 50/50-Regelung gleichwohl ein tragbarer Kompromiss. Denn die AOK, BEK, DAK und die Länder fordern eine Morbiditätsberücksichtigung von 70 Prozent! Unbestritten haben die genannten Kassen mehr Kranke. Dieser "Strukturmachtteil" wird jedoch durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zukünftig angemessen berücksichtigt. Weitere Subventionierungen anderer Kassen verhindern die dort dringend erforderlichen effizienteren Strukturen und bestrafen jene, die wie die KKH schlanke Strukturen geschaffen haben. Es bleibt zu hoffen, dass die Unionsfraktion im weiteren Gesetzgebungsverfahren von der 50/50-Regelung nicht abrückt.

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

ein heißer Herbst steht bevor. Die letzten Weichenstellungen müssen getätigt, noch ausstehende gesetzliche Regelungen auf den Weg gebracht werden, bevor der Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 startet. Der Gesetzgeber hat viel zu tun. Zu viel? Es spricht einiges dafür, dass wie schon beim GKV-WSG eine gute parlamentarische Arbeit fast unmöglich wird. Um nur die wichtigsten Vorhaben zu nennen: Das Insolvenzgesetz (GKV-OrgWG) muss beraten und im Oktober verabschiedet werden. Zahlreiche, zum Teil wichtige Nachbesserungen der Gesundheitsreform werden im sogenannten Omnibusverfahren auf das GKV-OrgWG draufgesattelt. Zudem muss das Gesundheitsministerium endlich einen Vorschlag präsentieren, wie die Konvergenzklausel konkret umgesetzt werden soll. Gleichzeitig hält Ulla Schmidt daran fest, noch in diesem Jahr ein Krankenhausgesetz auf den Weg zu bringen. Dieses Ansinnen ist bemerkenswert, haben doch die Länder dem BMG ihre Zustimmung unmissverständlich versagt. Eine Rolle spielt das wohl nicht.



Neben all diesen Vorhaben sind zwei weitere für die Versicherten, die Arbeitgeber und die Krankenkassen ganz zentral: Am 1. November 2008 setzt die Bundesregierung den Einheitsbeitrag fest. Für die meisten Versicherten und deren Arbeitgeber wird dies mit einer Erhöhung einhergehen. Das bestreitet niemand mehr. Die Spanne reicht von 15,5 % bis 15,8 %. Daran schließt sich die zweite zentrale Frage an, welche Kassen Prämien ausschütten, Zusatzbeiträge erheben oder vermeiden können. Seriös kann das heute keine Krankenkasse vorhersehen. Denn erst im Dezember erfahren die Versicherten, wie viel Geld sie aus dem Fonds für ihre Versicherten erhalten. Für einen Haushalt, der im November vorliegen muss, kommen diese wichtigen Informationen zu spät.

Dass die Zuweisungen nur auf Schätzungen beruhen, ist den meisten Politikern unbekannt. Die Endabrechnung kommt erst 2010, wenn aus Schätzzahlen verlässliche Daten für 2009 geworden sind. Ob die in 2009 von den Kassen gefällten Entscheidungen über eine Prämie oder einen Zusatzbeitrag richtig waren, zeigt sich erst dann. Vielleicht sind einige Kassen zu diesem Zeitpunkt aber schon unverschuldet insolvent. Die Mär von der Prämie/dem Zusatzbeitrag als Maßstab für die Wirtschaftlichkeit einer Kasse glaubt selbst die Gesundheitsministerin nicht mehr. Ihr Rat, die Wahl einer Kasse solle nicht nur vom Zusatzbeitrag sondern von der Qualität der Leistungen abhängen, ist eine Kehrtwende in der Argumentation um 360 Grad. Leider vergisst sie, dass Qualität beim Versuch, Zusatzbeiträge zu vermeiden, auf der Strecke bleibt. Es wäre besser, die Parlamentarier hätten mehr Zeit, um zu erkennen, wohin dieses Reformchaos uns alle führt.

Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender



Die Kaufmännische
Gesundheit intelligent versichern

Perspektive GKV

Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH

Die HZV auf dem Prüfstand: Versorgung der Ärzte verbessert

Der Wahlkampf in Bayern hat nun auch die gesundheitspolitische Debatte um die Zukunft der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) erreicht. Durch eine klare Positionierung der CSU auf der Seite der Hausärzte kommt Bewegung in den seit Jahren andauernden Streit zwischen Haus- und Fachärzten, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen. Dabei sorgt die CSU durch eine neue Bundesratsinitiative zur gesetzlichen Regelung des Hausarztmodells für Zündstoff.

Regelungen der hausarztzentrierten Versorgung im Vergleich

Seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 wurde das vorher fakultative Angebot der Krankenkassen an ihre Versicherten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines Hausarztes in Anspruch zu nehmen, zu einer Verpflichtung der Krankenkassen, eine solche besondere hausärztlich-zentrierte Versorgung anzubieten. Verbunden mit diesem Modell war die Hoffnung, alle Beteiligten könnten aus dieser Kooperation Nutzen ziehen. Die Versicherten sollten durch die günstigeren Hausarzttarife sparen, die Hausärzte von höheren Honoraren gelockt werden, die Krankenkassen durch verbesserte Prävention, höhere Qualität und die Zusammenarbeit mit den betreffenden Ärzten langfristig vom besseren Gesundheitszustand ihrer Versicherten profitieren. Für einige Krankenkassen war es aber wichtig, vorab einzuschätzen, ob das Ziel eines Nutzens für alle Beteiligten tatsächlich erwartbar ist. Daher hatte etwa die KKH beschlossen, die HZV nur in einigen Regionen zu testen und zu evaluieren.



Dass einige Kassen zurückhaltender agierten, löste sowohl seitens des Bundesministeriums für Gesundheit als auch der Hausärzte Missfallen aus. Der von der CSU ausgehandelte Kompromiss mit dem Bayerischen Hausärzteverband – um der aggressiven Negativ-Kampagne der Hausärzte gegen die CSU ein Ende zu bereiten – sieht vor, die entsprechenden Normen derart zu verändern, dass Kassen künftig bis zum 30. Juni 2009 Verträge geschlossen haben müssen. Weiterhin sollen die Gemeinschaften der Hausärzte innerhalb des Verhandlungsprozesses gestärkt werden. Um dies zu erreichen, sieht der Gesetzestext bei den Verhandlungen einen Vorrang von Hausarztgemeinschaften, die mehr als die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinmediziner eines Bezirkes der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten vor. Um diesen Anspruch auch durchsetzen zu können und somit das Zustandekommen eines solchen Vertrages zu garantieren, sieht der Vorschlag zusätzlich die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens vor.

Wunsch und Wirklichkeit der HZV

Der Versuch, die Hoffnungen, die man in HZV setzte, wissenschaftlich nachzuweisen, wurde mehrfach unternommen. Unter anderem versuchte das AQUA-Institut in Göttingen die Entwicklung der Behandlungskosten, der Versorgungsqualität und auch die Verbesserung der Koordinationsleistungen messbar zu machen. Die Ergebnisse sind allerdings ernüchternd: Die minimalen Ausgabenvorteile durch die Verordnung verbilligter Leistungen werden durch die Mehrkosten der ärztlichen Betreuungspauschale aufgezehrt. Der vermehrte Inanspruchnahme von Präventionsleistungen

stehen leider keine Verbesserungen in der Qualität, beispielsweise durch stärkere Leitlinienorientierung, gegenüber. Die Anzahl der Facharztkonsultationen mit Überweisung durch die HZV-Gruppe liegt zwar über den Werten der Kontrollgruppe, aber dennoch unter den Erwartungen. Unter dem Strich profitieren also nur die Hausärzte von der HZV, die Versicherten erhalten keine qualitativ bessere Behandlung, müssen aber letztlich über die Solidargemeinschaft innerhalb der Kasse die zusätzlichen Kosten von bis zu zwei Milliarden Euro (0,2 Beitragssatzpunkte) tragen.

Begründungen der Initiative oder: Die CSU als Anwalt der Ärzte

Angesichts dieser Bewertungen wird auch verständlich, warum viele Kassen zunächst die Wirkungen der Hausarztverträge evaluiert haben. Es bleibt daher sachlich fragwürdig, warum eine solche HZV-Pflicht überhaupt besteht. Nun soll diese Verpflichtung auch noch durch eine Monopolstellung in Form eines Kontrahierungszwanges mit den Hausarztverbänden nebst zeitlicher Umsetzungsfrist gestützt werden. Der in der Begründung angeführte Wille zur Stärkung der Verhandlungsmacht der Hausarztverbände ist dabei wohl kaum Selbstzweck, sondern eher dem politischen Kalkül der CSU und ihrer strategischen Positionierung im Landtagswahlkampf zuzurechnen.

Auch stellt ausgerechnet die Berufung auf eine Vorrangstellung des Allgemeinmediziners in Anlehnung an § 103 Abs. 4 Satz 5 hier gerade keine zweckdienliche Begründung dar. Der Gesetzesvorschlag begünstigt bei den Vertragsverhandlungen nämlich nicht den Allgemeinmediziner gegenüber dem Facharzt, sondern bevorzugt vielmehr einen möglichen hausärztlichen Verhandlungspartner in Gestalt der Hausarztverbände gegenüber anderen, meist ebenfalls Allgemeinmediziner einschließenden potentiellen Partnern wie den Einzelpraxen, medizinische Versorgungszentren oder KVen. Im Übrigen bleibt es unklar, warum Allgemeinmediziner anderen Ärztegruppen vorzuziehen sind. Dies sorgt im Ergebnis nämlich nicht etwa für mehr, sondern im Gegenteil für weniger Wettbewerb. Schließlich wird die Logik der Selektivverträge, hinter der die Idee einer dezentralen Organisation der ambulanten Versorgung steht, mittels dieser Regelungen ad absurdum geführt. Denn von Selektivität kann dann keine Rede mehr sein.

Das vorgeschlagene Schiedsverfahren dient letztlich nur der Durchsetzung eines Anspruches auf einen Vertrag und ist auch wegen seiner Ausgestaltung (Schiedsperson statt Schiedsamt, Festsetzung durch die Aufsichtsbehörde) letztlich inakzeptabel. Es schränkt die Vertragsfreiheit aller Verhandlungspartner und hier auf Grund der vorgeschlagenen ungleichen Ausgangsbedingungen speziell der Kassen letztlich einseitig ein.

Fazit

Die von der CSU eingebrachte Gesetzesinitiative erteilt den Zielen des GKV-WSG, Qualität und Kosteneffizienz sowohl für die Versicherten als auch für die Kassen sowie den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern zu erhöhen, zu Gunsten einer einseitigen Übervorteilung der Allgemeinmediziner eine klare Absage. Stattdessen sichert sie den Hausarztverbänden indirekt Honorarerhöhungen ohne echte Gegenleistungen an die Beitragszahler. Es scheint der einzige Weg zu sein, die ineffektive hausarztzentrierte Versorgung durchzusetzen, ein kluger ist es sicherlich nicht.



Die Kaufmännische
Gesundheit intelligent versichern

Perspektive GKV

Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH

KKH Intern

Berliner Dialog

Die Kaufmännische Krankenkasse lud am 29. Mai zu ihrem 8. Berliner Dialog in die Parlamentarische Gesellschaft ein. Der Einladung folgten die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Frau Dr. Martina Bunge, der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses, Herr Dr. Hans-Georg Faust, sowie der Vorsitzende des Sportausschusses, Dr. Peter Danckert, die Abgeordneten Dr. Harald Terpe (Bündnis90/Die Grünen), Max Straubinger (CSU), Herbert Frankenhauser (CSU) sowie Vertreter der Presse. Auf der Tagesordnung stand das brisante Thema "Kinder sind unsere Zukunft ... für mehr Gesundheit von Anfang an!" Die Wahl des Themas hatte sich als sehr gut erwiesen, stand die Kindergesundheit zu dieser Zeit auch auf der öffentlichen und politischen Agenda. Für manche Überraschung sorgten einige Ergebnisse der Auswertung KKH-eigener Daten: Bestimmte Diagnosen wie ADHS, Übergewicht, Motorikstörungen, Alkoholvergiftungen, Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache sowie Rückenschmerzen nehmen bei Kindern und Jugendlichen evident zu. Der KKH-Vorschlag, dass nur im Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren (Eltern, Kindergarten/Schule, Gesundheitswesen) die Kindergesundheit gefördert und eine weitere Verschlimmerung der sich abzeichnenden Tendenz verhindert werden kann, wurde zustimmend und rege diskutiert. Die KKH wurde seitens der Abgeordneten aufgefordert, der Politik ein Präventionsgesetz für Kinder vorzuschlagen.



(v. l.) Dr. Hans-Georg Faust und Dr. Peter Danckert

Jahresbericht 2007

Das Geschäftsjahr 2007 konnte die KKH mit einem Überschuss von rund 15 Millionen Euro abschließen. Eine leichte Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen von 0,2 Prozent je Mitglied sowie eine Erhöhung der Leistungsausgaben der Kasse um vier Prozent je Mitglied sind zu vermelden. Besonders hoch fiel die Steigerung bei den Ausgaben für Arzneimittel mit acht Prozent je Mitglied aus. Im Bereich der Wahltarife konnte sich die KKH als Marktführer etablieren. Mehr als 20.000 Versicherte haben von den Angeboten Gebrauch gemacht. Positiv ist auch die Steigerung der Zahl der Mitglieder um 10.500. Insgesamt versichert die KKH 1,86 Mio. Menschen.



KKH-Referentenfrühstücke

In der politischen Sommerpause veranstaltete das Berliner Büro der KKH drei "KKH-Referentenfrühstücke". Im Rahmen eines gemeinsamen Frühstücks kam ein kleiner Kreis von Mitarbeitern der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger aus Parlament, Parteien und Berliner Ländervertretungen in den Räumen der Repräsentanz zusammen. Unter den drei Überschriften "Der Gesundheitsfonds und dessen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem", "Morbi-RSA. Die große Umverteilung" und "Black Box Konvergenzphase" boten die Vorträge des Leiters des Instituts für Mikrodatenanalyse in Kiel, Dr. Thomas Drabinski, sowie der Fachvertreter aus der Hauptverwaltung der KKH aus Hannover genügend Diskussionsstoff. In einer ungezwungenen Atmosphäre tauschte man sich über die Risiken und Verwerfungen des Gesundheitsfonds aus wissenschaftlicher, praktischer und politischer Sicht intensiv aus.



§§-Dschungel

Fusion mit Hindernissen

Die Zahl der Kassen weiter zu reduzieren war seit 2006 erklärtes Ziel der Bundesregierung. Mit dem GKV-WSG wurden daher durch den § 171a SGB V auch die Voraussetzungen für die Fusion verschiedener Kassenarten geschaffen, sodass sich Ersatzkassen mit BKKn oder AOKn mit IKKn zusammenschließen können – angesichts unklarer Regelungen im § 44 SGB IV bleiben jedoch die Ersatzkassen de facto von diesen neuen Möglichkeiten praktisch ausgeschlossen.

Konkret geht es um die Besetzung der Selbstverwaltungorgane einer durch Fusion entstehenden neuen Kasse. Während für andere Kassenarten wie AOKn, BKKn und IKKn die paritätische Besetzung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Regel ist, gilt dies für Ersatzkassen wie die KKH nicht. Ihre Organe setzen sich traditionell nur aus Vertretern der Versicherten zusammen. Doch wie gestaltet sich der Verwaltungsrat nach dem Zusammenschluss einer Ersatzkasse beispielsweise mit einer AOK? Der § 44 SGB IV bleibt hier in seiner Formulierung höchst widersprüchlich.

Die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes (BVA) ist hier so eindeutig wie politisch ungewollt: Sie zwingt die Selbstverwaltung der neuen Kasse ausnahmslos in die Parität, und zwar auch dann, wenn die Ersatzkasse der mit Abstand größere Partner ist. Für die großen Ersatzkassen, die ideale Partner für BKKn oder IKKn wären, besteht damit eine nahezu unüberwindliche Hürde – denn welche Selbstverwaltung "opfert" schon ihre in Jahrzehnten gewachsene Identität im Zuge einer solchen Fusion? De facto wirkt die Rechtsinterpretation des BVA als Fusionsbremse – was dem erklärten Willen des Bundesministeriums für Gesundheit widerspricht. Daher scheint an einer Nachbesserung durch den Gesetzgeber kein Weg vorbeizuführen. Das gerade zur Beratung anstehende GKV-Organisationsgesetz böte den idealen Rahmen, diese verhältnismäßig kleine Änderung mit großer Wirkung gesetzlich herbeizuführen.