

Gesundheitsfonds mit Konstruktionsfehlern

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sein aktuelles Konjunkturgutachten vorgestellt. In dem 45. Gutachten des Sachverständigenrates sagen die fünf Wissenschaftler für 2009 eine Rezession voraus. Ab Frühjahr werde sich die Wirtschaft sehr langsam erholen. Vor allem der private und der staatliche Konsum sollen für konjunkturelle Erholung sorgen. Die Zahl der Arbeitslosen wird um rund 35.000 zunehmen. Die Gutachter raten zu einer „konjunkturgerechten Wachstumspolitik“ mit kreditfinanzierten Investitionen in die Infrastruktur und die Bildung.

Im sechsten Kapitel „Soziale Sicherung: Wider die Halbherzigkeit“ kritisiert der Rat, dass „mit der Gesundheitsreform vom März 2007 der grundlegende finanzierungsseitige Reformbedarf nicht befriedigt“ worden sei. Der Gesundheitsfonds sei mit deutlichen Konstruktionsfehlern behaftet, im Bereich der Krankenhausfinanzierung sowie auch bei den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungssystemen in der ambulanten und stationären Versorgung seien Reformen angezeigt. Der SVR fordert: „Als nächstes gilt es im Bereich der Krankenhausfinanzierung einen Umstieg zur Monistik einzuleiten, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der sektoralen Budgets zu überwinden und die Distribution von Arzneimitteln zu liberalisieren. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass die Politik die Kraft findet, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.“ In der Bürgerpauschale würden die „sinnvollen Elemente“ der beiden Modellansätze der Koalitionsparteien, die von der SPD

favorisierte „Bürgerversicherung“ und die „solidarische Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien, kombiniert.

Der neue Risikostrukturausgleich

Der Sachverständigenrat hält Anreize zur Risikoselektion mit dem neuen Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) für möglich. Krankenkassen würden ihre Wettbewerbsposition verbessern, wenn sie Versicherte mit mindestens einer der im neuen RSA berücksichtigten Krankheiten haben, die im Vergleich zu allen Versicherten mit dieser Krankheit einen unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf („gesunde Kranke“) aufweisen. Risikoselektionsanreize dürften verstärkt werden, wenn – wie vorgesehen – die Ausgabendeckungsquote des Gesundheitsfonds unter 100 vH sinkt, denn für die nicht gedeckten Ausgaben ist weder ein Finanzkraft- noch ein Morbiditätsausgleich zwischen den Krankenkassen vorgesehen.

Grundsätzlich hält der Rat die Möglichkeiten, potenzielle Gewinne aus einer Risikoselektion in der GKV zu realisieren, für begrenzt. „Aufgrund des Kontrahierungszwangs und dem Verbot individueller Gesundheitsprüfungen können die Krankenkassen nur indirekt die Risikostruktur ihrer Versicherten beeinflussen. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen im Bereich des Marketings, des Service und der Satzungsleistungen, die Selbstselektionsprozesse unter den Versicherten auslösen sollen („passive Risikoselektion“). Allerdings wurden mit dem GKV-WSG die Spielräume der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Leistungserbringern und Arzneimittel-

herstellern erweitert. Damit vergrößern sich auch die Spielräume, bestimmte Versichertengruppen durch spezielle Leistungsangebote (Versorgungsmodelle) und die Einflussnahme auf Leistungsprozesse (Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung) gezielt anzusprechen.“

Monistische Krankenhausfinanzierung

Der Sachverständigenrat kritisiert die Krankenhausfinanzierung nach dem „dualen Prinzip“. Den Krankenhäusern fehle dadurch die Möglichkeit, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln. Dies beeinträchtigt wiederum die betriebswirtschaftliche Rentabilität der Kliniken. Die Wirtschaftsweisen plädieren stattdessen für eine monistische Krankenhausfinanzierung. Technisch umgesetzt werden könne das Prinzip der Monistik durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Die Investitionszuschläge sollten so differenziert werden, dass diese die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter (zum Beispiel medizintechnische Großgeräte) zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegeln. Die Bestimmung adäquater Investitionszuschläge könne beispielsweise auf der Basis einer aufwandsbezogenen Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommen werden. Die Kopplung der Investitionszuschläge an die DRG-Pauschalen würde bedeuten, dass die Investitionsmittel im Rahmen der GKV (ab dem Jahr 2009) über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die

Kassen zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden. Eine explizite Investitionsförderung durch die Krankenversicherungen wäre ausgeschlossen, weil es damit faktisch bei einer Dualität der Krankenhausfinanzierung bliebe und die Investitionsentscheidungen weiterhin Gegenstand bürokratisierter Verhandlungsprozesse wären.

Überwindung der sektoralen Budgets

Zwischen der vertragsärztlichen und der stationären Versorgung gebe es derzeit keinen „Wettbewerb mit gleich langen Spießen“. Getrennte Budgets führten dazu, dass die Honorierung einer sektorübergreifenden Leistung nicht folgt und daher kein Sektor ein Interesse haben kann, zusätzliche Leistung zu übernehmen. Folge aber das Geld den Leistungen, werde kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen an einen anderen Sektor abzugeben. Eine Konsequenz sektoraler Budgets sei daher bestenfalls eine sektoroptimale Leistungsabgabe, nicht aber die – wünschenswerte – systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse. Notwendig sei daher ein sektorübergreifendes, versorgungsformneutrales Vergütungssystem. Weiter heißt es: „Da die gegenwärtige Evidenzlage unzureichend ist, um eine bestimmte Versorgungsform – zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung – als anzustrebendes Modell zu präferieren oder das Ende etablierter Versorgungsformen – wie zum Beispiel der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte – zu propagieren, ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungssysteme geboten.“ Die Sachverständigen plädieren für regional differenzierte Versorgungsstrukturen, in denen die traditionelle Einzelpraxis ebenso einen Platz haben soll wie medizinische Versorgungszentren, Portalkliniken oder Allgemeinkrankenhäuser und hochspezialisierte Kliniken. □

BÄK

Erzählfreude genügt:

Der Fall: Aus der Praxis für die Praxis

Jeder Beruf, jede Tätigkeit lebt davon, dass sich jenseits der Routine Erfolge einstellen, vorzeigbare Ergebnisse, Lösungen, schlichtweg Ereignisse, die identitätsstiftend sind oder wie der mehr der Psychologie zugeneigte Kollege zu sagen pflegt, die Selbstwirksamkeit unter Beweis stellt.

Die betriebsärztliche Gemeinde verfügt über eine prall gefüllte Schatztruhe an Erfahrungen, phantasievollen Instrumenten, pfiffigen Lösungen.

Jede Kollegin, jeder Kollege hat eine, ja meist viele Geschichten zu erzählen. Das Problem: Wir Arbeitsmediziner gehören nicht unbedingt zu den mitteilungs-süchtigen Zeitgenossen, stellen unsere Erfolge eher unter den Scheffel und können uns gar nicht vorstellen, dass auch andere von unseren doch so banalen Erfahrungen profitieren könnten.

ASU-Praxis möchte dies ändern:

Erzählfreude genügt soll einladen und ermutigen, über die eigenen Erfahrungen zu berichten:

Die Identifikation einer seltenen Erkrankung, die Beantwortung einer komplizierten gutachterlichen Fragestellung, die erfolgreiche Wiedereingliederung eines chronisch Kranken, die Etablierung eines Projektes oder Verfahrens, die Organisation einer außergewöhnlichen Veranstaltung, die erfolgreiche Lösung eines Konfliktes aber auch der Misserfolg, den man anderen Kolleginnen und Kollegen Kraft eigener Darstellung ersparen möchte.

Über Rückmeldungen freut sich Dr. med. Rolf Hess-Gräfenberg, Mitglied der ASUpraxis-Redaktion. E-Mail: hess-graefenberg@t-online.de □

Regelungen für Arzneiverordnungen 2009 getroffen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich über das Budget für Arzneiverordnungen der niedergelassenen Ärzte geeinigt. Die Rahmenvorgaben sehen eine Steigerung der Arzneimittelausgaben für 2009 um 6,6 % im Vergleich zum Jahr 2008 vor. Das kalkulierte Ausgabenplus von 6,6 % ist durch mehrere Anpassungsfaktoren begründet. Den größten Anteil hat mit einem Plus von 3,5 % der Einsatz innovativer Arzneimittel. Die voraussichtliche Preisentwicklung haben die Vertragspartner auf Bundesebene mit 1,4 % Plus kalkuliert. Für den erhöhten Versorgungsbedarf aufgrund von Zahl und Alter der Versicherten wird mit einer Steigerung um 0,8 % gerechnet. Die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor hat laut Bewertung von KBV und Krankenkassen eine Steigerung von 0,9 % zur Folge. Zudem haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine Liste von insgesamt 14 Arzneimittelgruppen für ordnungsstarke Gebiete geeinigt, für die eine bestimmte Leitsubstanzquote vereinbart werden soll. Diese Regelung entspricht dem Ziel der Bonus-Malus-Regelung, die nach Ansicht der KBV nach wie vor „nicht administrierbar“ ist. KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller wertet die Rahmenvereinbarung als „Schritt in die richtige Richtung“. Sie wird seiner Meinung nach der Entwicklung gerecht, dass Ärzte einen immer geringeren Anteil an der Ausgabenverantwortung für Arzneimittel haben. □