

31 – 12

Inhaltsverzeichnis

2. August 2012

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Morbi-RSA: Auch Pro-Tag-Werte führen zur Umverteilung Seite 2

Gesetzliche Krankenversicherung:

Kostenstrukturen: Pflegedienste versuchen die Kassen zu verschaukeln Seite 5

Überhöhte Werbepremien: BVA schläft seelenruhig Seite 7

Ärzte:

Streikrecht für Vertragsärzte – Wer scheitert da glorreich? Seite 8

Arzneimittel:

Apotheker sind von Rösler enttäuscht Seite 10

Personalia / Berliner Szene:

Seite 11

dfg-IT Special 6 – 12:

Hard- und Software:

BKK – Landesverbände sind bereit, sich vom IT-Tafelsilber zu trennen ITS-Seite 1

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Morbi-RSA: Auch Pro-Tag-Werte führen zur Umverteilung

(dfg 31 – 12) Es dürfte Tage im Leben von FDP-Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr MdB (35) gegeben haben oder geben, wo er über die Auswirkungen der CSU-Beteiligung an der aktuellen schwarz-gelben Bundesregierung schon geflucht haben wird. Die gesundheitspolitischen „Querschüsse“ der Christsozialen haben nicht nur Tradition, sie sind auch mit Namen gewisser älterer Herren verbunden. Seien es nun Ministerpräsident Horst Seehofer (63), der Nord-Münchener Bundestagsabgeordnete und Ex-Ministerialrat Johannes Singhammer MdB (59) oder der amtierende Präsident des Bonner Bundesversicherungsamtes (BVA), Dr. iur. Maximilian Gaßner (63). Das politisch ausgerichtete Agieren des Beamten Gaßner dürfte Bahr letztlich am 27. Juli 2012 gezwungen haben, seinen politischen Gegen-Trumpf „Abschaffung der Praxisgebühr“ aus dem Köcher zu ziehen und anzukündigen, das Thema auf die Agenda des nächsten Koalitionsausschusses setzen zu lassen. Just an diesem Tage ließ Gaßner nämlich seine von langer Hand geplante „Bombe“ zur Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) platzen. Und da es auch bei der Kartellrechtsnovelle hakt, benötigen die Liberalen für den Altar der Politik ein wirksames Antidot, um neben der CSU ebenfalls „Erfolge“ verbuchen zu können.

Laut Berichten von Teilnehmern sollen am 24. Juli 2012 die Abgesandten aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) urplötzlich kreidebleich geworden sein. Sie nahmen an der jüngsten Sitzung des „Wissenschaftlichen Beirates“ beim Bundesversicherungsamt zur Weiterentwicklung des RSA teil und erlebten hautnah die präsidiale Ankündigung mit, daß die Führung des Amtes die Beseitigung des wichtigsten Methodenfehlers im RSA nachhaltig unterstütze. Sprich: Ab dem 1. Januar 2013 soll der bisher gepflegte Umgang mit den „unvollständigen Versichertenepisoden“ der Vergangenheit angehören. Das heißt, für die im Ausgleichsjahr verstorbenen Versicherten einer Kasse (Totenregelung) hatte sich der Beirat bereits am 24. Juni 2012 auf eine neue Formel geeinigt. Allerdings nicht auf die von der AOK-Familie und anderen Kassen wie der Deutschen BKK, der DAK Gesundheit oder der Knappschaft (KBS) angeregte „Annualisierung“, sondern auf eine Regelung, die sich finanziell in etwa gleich auswirkt.

Wie aus den vom Amt am 27. Juli 2012 versandten und der dfg-Redaktion vorliegenden „Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren durch das BVA“ gem. Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV), hervorgeht, faßte der Beirat bereits bei seiner Juni-Sitzung folgenden Beschluß (vgl. S. 267ff.):

„Der wissenschaftliche Beirat fordert das Bundesversicherungsamt auf, das Regressionsverfahren zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren umzustellen und künftig als abhängige Variable für alle Versicherten die Leistungsausgaben je Kalendertag (Pro-Tag-Werte) zu verwenden. Zu diesem Zwecke sind für alle Versicherten ihre tatsächlichen Leistungsausgaben durch ihre Versichertentage zu dividieren. Eine gesonderte Behandlung von Versicherten mit unvollständigen Versichertenzeiten ist bei diesem Verfahren nicht länger erforderlich. In der Regression ist für alle Versicherten eine Gewichtung vorzunehmen, bei der die Versichertentage des Versicherten durch 365 dividiert werden.“

Mit dieser anscheinend genialen wie weichen Lösung zog der Beirat seinen Kopf aus der Schlinge, die die jahrelangen Diskussionen über die an sich makabre RSA-Totenregelung immer enger um das Gremium gelegt hatten. Denn hätten die Wissenschaftler der von rund 40 Prozent des „Marktes“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geforderten „Annualisierung“ stattgegeben, wäre sicherlich ein gleich großer GKV-Teil auf die Barrikaden gestiegen. Unbestritten war bei allen Beteiligten, daß der „Methodenfehler“ zu erheblichen Fehlzusammenhängungen für bestimmte Versicherungsgruppen geführt hatte. Das bisherige Verfahren soll überdies – darin stimmen viele Ökonomen überein – „nicht dem internationalen Standard entsprochen haben. Nur, wie es beim „Murmelspiel“ im Gesundheitswesen so ist, die Besitzenden wollten nur ungern etwas abgeben, was die normsetzenden Politiker ihnen einst zugesprochen hatten. Und da die Begriffe „Totenregelung“ wie „Annualisierung“ durch die Debatten der letzten Jahre buchstäblich vergiftet waren, mußte etwas Neues her, um ein gewisses Maß an Gerechtigkeit zu schaffen. Also griff man auf eine uralte, bereits aus dem früheren Seehofer-RSA bekannte Formel zurück. Der Vorschlag des Beirates, so jubelt das BVA in seinen „Erläuterungen“, statt der Jahresausgaben die Pro-Tag-Werte als anhängige Variable zu nehmen, führe nämlich „rechnerisch zu denselben Ergebnissen“ wie eine Annualisierung der Ausgaben Verstorbener.

Gaßner muß begeistert gewesen sein, als er langsam aber sicher erkannte, welche Formel ihm da sein Beirat zu Füßen gelegt hatte. Zumal der Druck aus München übergroß gewesen sein dürfte. Als ehemaliger oberster Aufsichtsbeamter über die dortigen landesunmittelbaren Kassen wird ihm die aktuelle finanzielle Lage der AOK Bayern bei mehr als einem Besuch in heimischen Landen deutlich skizziert worden sein. Und im Freistaat solidarisieren sich schließlich alle, wenn es darum geht, das Abfließen von Geldern in andere Bundesländer zu verhindern. Die CSU-geführte Staatsregierung exerziert es mit ihrer Klage zum Länderfinanzausgleich in Karlsruhe knallhart vor. Die bayerischen Vertragszahnärzte mögen wenig von der Landes-AOK halten, aber wenn es um die „fehlgeleiteten“ Gelder aus dem Gesundheitsfonds nach Norden geht, dann steht sogar die KZVB hinter den Oberen in der Münchener Carl-Wery-Straße. Dort hatte man zuletzt am 12. Juli 2012 schweres Geschütz aufgeföhren und öffentlich die „Tilgung des Methodenfehlers“ angemahnt.

Da war das Rennen aber wohl schon entschieden. Gaßner soll sich, stimmen die gegenüber der dfg-Redaktion geäußerten Gerüchte, nicht nur der Unterstützung aus München, sondern auch aus der Berliner Wilhelmstraße versichert haben. Dort residieren zwei Unionsministerinnen. Der einen untersteht der BVA-Präsident dienstrechtlich. Und CDU-Bundesarbeitsministerin Dr. med. Ursula von der Leyen MdB (53) freut sich immer, wenn sie den Liberalen ein Bein stellen kann. CSU-Verbraucherministerin Ilse Aigner MdB (47) ist zwar nur für die Landwirtschaftliche Sozialversicherung (LSV) zuständig, die nicht in den RSA einbezogen wird, dafür verfügt die Starnbergerin über erheblichen Einfluß in ihrer Partei. Gesundheitsminister Bahr hingegen sind in der Frage der Weiterentwicklung des Morbi-RSA buchstäblich die Hände gebunden, denn auf Grund der Normen der RSAV kann das BVA Änderungen der Regressions- und/oder Berechnungsverfahren eigenverantwortlich festlegen.

Dabei schiebt er den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) auf einen heiklen Posten. Der GKV-SV ist anzuhören und darf seine Stellungnahme bis zum 27. August 2012 abgeben. Dazu forderte ihn Gaßners Behörde am 27. Juli 2012 auch mittels Sendschreiben (Az. VII2 –

5572.11 – 808/2012) auf. Das von den Mannen von Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer (52) durcharbeitende Daten- und Faktenkonvolut wiegt schwer, es sind über 300 Seiten. Nur, auf wessen Seite soll sich der Verband schlagen? Jede klare Stellungnahme verärgerte früher mindestens einen Marktanteil von 40 Prozent und hätte im Verwaltungsrat eine Kampfabstimmung provoziert. Insofern stellt auch für den GKV-SV der Rückgriff auf die alten Formeln des RSA eine weiche wie „weisse“ Lösung dar.

Dennoch, in vielen Kassenzentralen schrillten am Freitagnachmittag des 27. Juli 2012 die Alarmglocken. Das Umverteilungsvolumen soll – glaubt man den Branchengerüchten – „nur“ knapp 400 Mill. € betragen. Finanziell „Hauptleidtragende“, darin sind sich alle Seiten einig, dürfte die Hamburger Techniker Krankenkasse (TK) sein. Zwar kann sie ihren Anteil in Höhe eines dreistelligen Millionen-€-Betrages locker aus der Portokasse bezahlen, schlummert doch in der Bramfelder Straße ein begehrtlich machender Juliesturm von mehr als 2,5 Mrd. €. Doch, wenn mittels des liberalen Gegenzuges die Praxisgebühr abgeschafft wird, reißt diese Maßnahme zusätzlich ein großes Loch in die Rücklagen. Ähnlich dürfte es so mancher anderen Ersatzkasse gehen. Doch wer geglaubt hatte, der Marktführer BARMER GEK würde vom TK-Geldsegen heftig etwas abkriegen, der sieht sich getäuscht. Spätestens seit der Fusion mit der Schwäbisch Gmünder GEK verschoben sich in Wuppertal auch die Morbiditätsparameter. Ähnlich sieht es bei der DAK Gesundheit aus. Die sicherlich gern entgegen genommenen Zusatzleistungen aus dem Gesundheitsfonds werden 2013 nicht so hoch ausfallen, daß die von der Alster nachhaltig saniert würden. Dort ist man eifrig am Rechnen, wie hoch denn der Geldsegen ausfallen könnte. Ähnliche Arbeiten dürften sicherlich auch in Bochum bei der Knappschaft (KBS) vorgenommen werden.

Regelrechte Krisensitzungen scheint man jedoch bei der überaus liquiden IKK-Familie angesetzt zu haben – und auch in großen Teilen der BKK-Familie ging das große Rechnen los. Diese ist insofern gespalten, weil man weiß, daß bei einer „Annualisierung“ nicht nur die Deutsche BKK, sondern sich auch andere, traditionelle BKKen über zusätzliche Geldmittel gefreut hätten. Insgesamt jedoch, davon gehen RSA-Experten in Einzel-BKKen aus, belastet die Gaßner-Entscheidung die BKK-Familie um knapp 190 Mill. €. Das dürfte bei so manchem Kassensfürsten zum Nachdenken über die Zukunft Anlaß gegeben haben.

Die AOK-Familie hielt den Ball nach ihrem Lobbyerfolg auffallend flach. Lauthals gejubelt wurde nicht, sondern gerechnet. Glaubte man den Branchengerüchten, so sollen es in der Hauptsache nur drei Schwestern sein, die überproportional aus der Umverteilung ihren finanziellen Vorteil ziehen. Es könnten die beiden Ortskrankenkassen sein, die sich vornehmlich um Versicherte in Metropolen kümmern müssen. Also die AOK Rheinland/Hamburg und die AOK Nordost. Denn aus München, aus der AOK Bayern, kommen €-Erwartungen, die relativ niedrig angesetzt sind. Es könnten 20 Mill. werden, unter Umständen auch 40 Mill. €, grummelte man dort gegenüber der dfg-Redaktion. Aber nicht mehr! Fragt sich nur, für wen die AOK-Familie dann so vehement gekämpft hat, wer der Hauptnutznießer der Gaßnerschen Unterstützungsaktion wird? Doch der sitzt in seiner Kassenzentrale und genießt still und dürfte sich wohl ins Fäustchen lachen. Man darf aus Transparenzgründen davon träumen, daß der GKV-SV oder gar das BVA eine Liste veröffentlicht, aus der auf Heller und Pfennig hervorgeht, welche Kasse zu den Gewinnern und welche zu den Zahlern gehört. Aber nicht alle Träume werden bekanntlich wahr.

33 – 12

Inhaltsverzeichnis

16. August 2012

Gesetzliche Krankenversicherung:

„Shitstorm“: BVA sorgt für tiefen Riß innerhalb der Kassenlandschaft Seite 2

GKV-Mitgliederentwicklung: Nicht überall herrscht eitel Sonnenschein Seite 4

Krankenhäuser:

Zertifikatehandel: AOK Rheinland/Hamburg weitgehend isoliert Seite 6

Dokumentation:

18. dfg-GKV-Versicherten-Ranking: Der „Markt“ lebt! Seite 8

Verlagsmitteilung:

Dieser dfg-Ausgabe liegt als Supplement die Ausgabe Nr. 4 - 12 der „BzG – Beiträge zur Gesellschaftspolitik“ mit dem „dfg-GKV-Ranking – Liste der deutschen Krankenkassen“ nach Mitgliederzahlen zum Stichtag 1. Juli 2012 bei.

dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik · gegründet 1962 von Albert Schiefer (+) · ISSN 1615-4436 · A 53191 · Chefredakteur: Wolfgang G. Lange
Anschrift von Verlag und Redaktion: MC.B Verlag GmbH · Hannoversche Str. 22 · 10115 Berlin-Mitte

Vertrieb: Telefon 0 30/275 965 90 · Telefax 0 30/275 965 92 · E-mail: vertrieb@mcb-verlag.de
Redaktion: Telefon 0 30/275 965 91 · Mobil: 01 72/25 00 324 · E-mail: Lange@mcb-verlag.de · www.dfg-online.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) Konto-Nr. 000 344 56 58

Der „dfg“ ist nur im Jahresabonnement (p.a. € 420,00; jeweils inkl. Versand, zzgl. Mwst.) erhältlich. Im Laufe des Jahres eingegangene Abonnements werden pro rata temporis abgerechnet.
Der „dfg“ ist urheberrechtlich geschützt, jede Art des Kopierens, des Ab- und Nachdruckes, der Vervielfältigung, Speicherung auf elektronischem oder anderem Wege bzw. Weiterverbreitung bedarf der schriftlichen Genehmigung durch den Verlag. Es gelten die AGB-Bestimmungen des Verlages in der jeweils gültigen Fassung.

Gesetzliche Krankenversicherung:

„Shitstorm“: BVA sorgt für tiefen Riß innerhalb der Kassenlandschaft

(dfg 33 – 12) Weitgehend unbemerkt von einer breiten Öffentlichkeit tobt innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Verteilungskampf ohnegleichen. Ausgelöst wurde der aktuelle „Krieg“ um über 400 Mill. € am 24. Juli 2012 bekanntlich durch die einsame Entscheidung des amtierenden Präsidenten des Bundesversicherungsamtes (BVA), Dr. iur. Maximilian Gaßner (63). Der Bayer kündigte an diesem Tag bei einer Sitzung des Wissenschaftlichen Beirates beim BVA zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) an, daß er gedenke, im Verordnungswege die wichtigste „Baustelle“ für die Zuweisungswege der Gelder des Gesundheitsfonds neu zu regeln. Er wolle statt der „Annualisierung“ der GKV-Toten eine „Pro-Tag-Werte“-Regelung einführen. FDP-Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr MdB (35) zeigte sich „not amused“ und holte seinen politischen Gegen-Trumpf „Abschaffung der Praxisgebühr“ wieder aus der Kiste seiner politischen Ideen, um den nächsten Koalitionsausschuß darüber entscheiden zu lassen (vgl. dfg 31 – 12, S. 2ff.). Seither braust ein „Shitstorm“ ohnegleichen über die Entscheidungsträger hinweg, der es in sich hat. Denn jede Seite bombardiert sie mit schriftlichen Stellungnahmen oder verbalen Vorstößen.

Der durch Gaßner ausgelöste Krieg spaltet aktuell die GKV. Das beweist ein der dfg-Redaktion vorliegendes Schreiben vom 8. August 2012 an die Chefin des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Dr. rer. pol. Doris Pfeiffer (52). Unterzeichnet haben es die Vorstandsvorsitzenden von fünf der sechs Ersatzkassen (alle außer der DAK Gesundheit) und die Geschäftsführer der BKK Bundesverband GbR sowie des Interessenverbandes der Innungskrankenkassen, des IKK e.V.. Die sieben Männer repräsentieren über die Hälfte der GKV-Versicherten und sie forderten, „daß jetzt keine mathematisch anmutenden, aber fiskalisch weitreichenden Veränderungen (am Morbi-RSA) getroffen werden sollten“. Sprich: In ihrem Schreiben forderten sie eine grundlegende Reform des Morbi-RSA, nicht nur das Durchziehen der Änderung bei der „Totenregelung“, wie sie das BVA vorhat. Die sieben GKV-Fürsten nannten denn auch die diversen „Baustellen“ beim Namen, da diese nicht weniger „dringlich“ oder „unwichtiger“ seien als das „jetzt vom BVA aus der Evaluation anscheinend wahllos herausgegriffene Element“:

- die Berechnungen der Zuweisungen für Krankengeld
- die Berücksichtigung von Auslandsversicherten
- die Berücksichtigung von Kostenerstattern gem. § 13 Abs. 2 SGB V

Nicht nur der GKV-SV steckt angesichts des Alleinganges von Gaßner in einem gewissen Dilemma. In der Berliner Mittelstraße dürften sich die unterschiedlichen Lager nicht nur im paritätisch besetzten Verwaltungsrat weiter verbal „an die Gurgel“ gehen. Man kann davon ausgehen, daß z.B. die AOK-Familie eine Reform beim HLB 3 „Krankenhäuser“ anmahnt. Schließlich weist die Kassenart dort ein Minusvolumen von 245 Mill. € aus. In der fachöffentlichen Debatte hält sich die Familie weitgehend bedeckt, sie setzt auf verbale Interessenvertretung, um ihre Position zu erläutern. Schließlich gehören auch unter den AOK-Schwestern einige zu den Gewinnern und andere zu den Verlierern des künftigen Umverteilungsvorganges. Noch halten allerdings die Ortskrankenkassen

ihre Speere solidarisch nach außen gerichtet und hoffen, daß ihre Bundesgenossen aus den anderen Kassenarten wie DAK Gesundheit, die Deutsche BKK oder die Bochumer Knappschaft (KBS) dem Druck von anderer Seite Stand halten und weiterhin solidarisch sind.

Ob man bei den kommenden Beratungen den Vorschlag aus BKK-Kreisen wie z.B. der Siemens BKK (SBK) aufgreift und sich mit der Idee der Wiedereinführung eines Hochrisikopools beschäftigt, darf man auch abwarten. Immerhin schloß sich schon die Nr. 2 der Kassenart, die Hamburger BKK Mobil Oil den Vorstellungen aus München an. Neu ist der Risikopool-Vorschlag nicht. Bereits am 25. Juli 2011 begründete die BKK Bundesverband GbR in einem achtseitigen Papier zur Reform des Morbi-RSA, warum mit dieser Rückkehr zu alten Seehofer-RSA-Zeiten das Problem der Hochrisikofälle abgemildert werden könne. Ginge es nach den Essener Autoren, würden die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ab einem bestimmten Schwellenwert „gekappt“. Ausgaben über dem Schwellenwert könnten dann den Kassen als „Vollkostenausgleich“ (mit und ohne Selbstbehalt) erstattet werden. „Damit würde das Geld dorthin fließen, wo es benötigt wird – unabhängig davon, ob eine Erkrankung zum berücksichtigungsfähigen Krankheitspektrum gehört oder nicht“. Sogar teure Bluterfälle könnten über den Pool „unkompliziert ausgeglichen werden“, meinte man damals an der Ruhr. Beim Wissenschaftlichen Beirat sowie der BVA-Leitung scheint man mit diesem Vorstoß aber genauso wenig durchgedrungen zu sein wie mit der Forderung nach einer Anpassung der Krankengeldausgaben.

Denn Gaßner kann – basierend auf den Vorschlägen des vom Essener Ordinarius Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem (52) geleiteten Beirates – auf Grund der gesetzlichen Vorschriften tun und lassen, was er alleine für richtig hält. Dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) wie allen politisch Verantwortlichen im Bund wie in den Ländern sind buchstäblich die Hände gebunden. Die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) sieht es so vor. Kein Wunder, wenn sich so mancher Kassengrande vor allem in den südlichen Bundesländern regelrecht hilflos fühlt und nach einer Rechtsverordnung ruft, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Schließlich hätten, wie es z.B. der BKK LV Baden-Württemberg in einem Schreiben vom 9. August 2012 an die Stuttgarter Sozialministerin Katrin Altpeter MdL (49) formulierte, die Kassen im Ländle wie in Bayern „einen wesentlichen Anteil der Umverteilung“ zu tragen. In dem der dfg-Redaktion vorliegenden Brandbrief faßt man die Wut in einem Satz zusammen: „Wenn das Zustimmungserfordernis nun aber vom BVA durch einfaches Verwaltungshandeln ausgehöhlt werden kann und soll, darf das nicht unwidersprochen bleiben“.

Aber nicht nur in Kornwestheim dürfte man relativ ratlos sein. Auch in der Berliner Mittelstraße wird man seit der BVA-Mail vom 27. Juli 2012 in eine intensive Nachdenk- und Diskussionsphase eingetreten sein. Bis zum 27. August 2012 muß der GKV-SV nämlich eine Stellungnahme zum Gaßner-Entwurf „zimmern“ und in Bonn beim BVA abliefern, die alle Seiten befriedigt. Das dürfte angesichts des tiefen Risses, der quer durch die Kassenlandschaft geht und auch den Verwaltungsrat spaltet, schwer fallen. Also in einem Spagat ausarten. Mal schauen, wie sich die Mannen um Frau Dr. Pfeiffer aus dieser argumentativen Bedrouille herauswinden.