

Morbi RSA und eGK sind Machtinstrumente

Der ab 2007 einzuführende Morbi RSA ist **DAS** allheilende Instrument nach der Theorie Ahrens/Schmidt/Lauterbach, um auch die privaten Krankenkassen in das RSA Gefüge einzugliedern, mit der geplanten Nebenwirkung, daß damit auch das Vermögen und die Ertragskraft der PKVen egalisiert werden.

Sich im Ausland zu versichern geht natürlich. Allerdings ist nach der strategischen Planung der Gesundheitsbürokraten vorgesehen, daß alle Bundesbürger sozusagen in einen "Sockel" als Pflicht-Krankenversicherung einbezahlen müssen um die GKV und damit die Gesundheitsbürokratie zu finanzieren.

Darüber hinaus gehende Zusatzversicherungen können natürlich im Ausland abgeschlossen werden.

Das gesamte Thema um den Morbi RSA ist der maßgebliche Hauptgrund für die mit höchstem Druck geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, weil nur über das e-Rezept die bundesweiten Patientendaten für die Anwendung des Morbi RSA gesammelt und verwertet werden können.

Deswegen ist wie gesagt die eGK für die Gesundheitsbürokratie so wichtig und das hauptsächlichste Instrument machtkonservierender Aktionen.

Dahinter liegt ein Mega-Thema: Unser Gesundheitswesen ist wegen der asymmetrischen demographischen Entwicklung und der hohen Arbeitslosigkeit nicht mehr nach den alten sozialstaatlichen Prinzipien der Solidarkassen finanzierbar. Das betrifft im übrigen auch, oder fast noch mehr, die Rentenversicherung.

Den Gesundheitsbürokraten ist dies seit langem bekannt. Vernünftige Änderungen und Anpassungen der Sozialsysteme würden aber der Hauptmotivation der Funktionärskaste zuwider laufen, nämlich der Besitzstandswahrung und der Machterhaltung.

Deswegen wird seitens der Gesundheitsbürokratie mit immer neuen Quasi-Problemlösungen an der Thematik „herumhantiert“, um auf diese Weise dem notwendigen „Totalschnitt“ zu entgehen, der zuallererst den Besitzstand und die Macht der Funktionäre beenden würde.

Die Nicht-Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zeigt sich jetzt exemplarisch am Protest der deutschen Ärzte, die nicht mehr bereit sind auf ihrem Rücken die sich ständig vermehrenden Panik-Symptome des nicht mehr funktionierenden Systems austragen zu lassen. Beispiel Bonus-Malus-System!

Der Protest der Ärzte muß unter allen Umständen extrem verstärkt, andauernd und viel massiver werden, unbeeindruckt von Drohgebärden der Gesundheitsbürokratie.

Nur so hat diese Gesellschaft die Chance, neue Strukturen der Organisation des Gesundheitswesens zu entwickeln.

Das Ärztesyndikat ist zur Zeit dabei, diese Thematik an die Politiker heranzutragen.

Zur Hintergrundbeleuchtung der gesellschaftlichen Entwicklung und der großen Bedeutung der eGK für die Gesundheitsbürokraten empfehle ich das Studium eines Aufsatzes, den ich für die österreichische Fachzeitung „Universum Innere Medizin“ geschrieben habe, zu finden auf der Webseite des Ärztesyndikats

Christian Nehammer

Im Vorstand des Ärztesyndikats zuständig für die eGK

und die Analyse der Wandlung der eGK in ein gesellschaftspolitisches Machtinstrument

e-Card Horror? Viel schlimmer!

von Christian Nehammer

Die Strategen im sozial-bürokratischen Verwaltungsmoloch haben mit der eGK etwas ganz anderes im Sinn als die Implementierung von IT Systemen für das Gesundheitswesen. Dort geht es schon lange nicht mehr um die Bereitstellung von medizinischen Daten der Patienten, so wie dies ursprünglich angedacht war. Allerdings war dieses Ziel mit der Technologie der Chipkarten ohnehin nie erreichbar.

Hauptsächlicher Hintergrund ist das e-Rezept, das mit allen Mitteln durchgepeitscht wird und mit verharmlosenden vorsätzlich falschen Werbesprüchen nicht nur der Öffentlichkeit sondern auch den Mitgliedern von Bundestag und Bundesrat "verkauft" wurde, damit dieses Steuerungsinstrument als landesweit obligatorischer Leistungsteil legalisiert wurde.

Aus dem e-Rezept, verbunden mit den neuen Personenkennziffern, die natürlich beide unverschlüsselt an die diversen Datensammelstellen weiter gegeben werden, lassen sich ganz einfach patientenbezogene Krankheitsbilder ableiten.

Zum systemverändernden Instrument wird die eGK über das e-Rezept im Zusammenhang mit der Datenerfassung aller Patienten zwecks Auswertung und Einbeziehung in die Morbi RSA Systeme. Als Nebenprodukt erhält damit jeder Patient seinen "Morbi-Stempel" zwecks weiterer Verwendung der Daten durch Krankenkassen, Behörden oder andere "befreundete und interessierte" Gruppierungen, wie die Lebensversicherungen und die Banken.

Diese Auswüchse Orwell'scher "Datenverarbeitung", stehen neben den direkten aber immer strikt verheimlichten Absichten der eGK Strategen. Über den Morbi RSA sollen ganz nebenbei zwecks "Vermögensverteilung" die privaten Krankenkassen "kassiert" werden, aber vor allem auch das ganze Gesundheitswesen endgültig in ein staatlich planwirtschaftlich gesteuertes Monstrum aus DMP - QMS - DRG - ICD-10 normierten MVZs und Klinikaggregationen gewandelt werden.

Zwischenergebnis: Ohne E-Rezept mangels aktueller Daten keine Morbi RSA Systeme. Und ohne eGK gibt es kein E-Rezept.

Also ist die eGK der Beginn und das Instrument allen Übels!

Deswegen ist die eGK für die Strategen überaus wichtig, so daß sie ohne Rücksicht auf Verluste durchgepeitscht wird. Nachdem die Offenlegung der wahren Hintergründe ein Desaster auslösen würde, hat man sich äußerst geschickt mit den Marketingstrategen der Goldgräberfirmen verbündet, die nun die eGK der Öffentlichkeit und dem Parlament unter dem Deckmantel der enormen Vorteile der (freiwilligen) eGK Leistungen "verkaufen".

Dies ist ein riesiges Gebilde aus vorsätzlicher arglistiger Täuschung und Falschaussagen.

Verhindert werden kann diese Entwicklung nur von der Ärzteschaft.

Dabei wäre es ein Trugschluss auf einer angeblichen Rationalität von CDU/CSU zu vertrauen. Herr Seehofer und seine Anhänger würden die Strategie der Morbi RSA Systematik wohl sofort übernehmen und durchsetzen. Dass sie dabei von Bundestagsabgeordneten in den relevanten Abstimmungen gebremst würden ist nicht zu erwarten, weil davon auszugehen ist, daß den wenigsten Abgeordneten diese komplexen Zusammenhänge bekannt sind und insbesondere daß diese verstanden werden..

Also bleibt wie gesagt nur die Ärzteschaft übrig, um unseren Land diese grauenhafte Entwicklung zu ersparen.

Übrigens das Arztgeheimnis blieb bei dem ganzen Szenario schon lange auf der Strecke.

Fazit: Die eGK ist ein Instrument zum Umbau unserer Gesellschaft in ein planwirtschaftlich kontrolliertes Bürokratiemonstrum, in dem die herrschende Kaste der Sozialbürokraten a la AOK/KV/BMG Befehlsgewalt hat, völlig unkontrolliert vom Parlament.

Brave New World --- Schöne neue Welt

RSA, eCard und pauschalierte Vergütungen

Von

Tilman KappeHNO-Arzt in Dortmund
tilman.kappe@t-online.de

Hallo Herr Dr.Solga,

das oben geschilderte Szenario trifft nicht meine Ansicht von Medizin, sondern war aus der Sicht unserer Gesundheitsökonomien und damit wahrscheinlich auch aus der von Ulla geschildert.

Ich versuche dies nun ausführlicher zu erklären:

Im Sommer 2004 legte das Gutachterteam IGES-Institut / Lauterbach /Wasem dem BMG eine Studie (1) zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten RSA vor. Die Merkmale sollen sein:

- ** Alter
- ** Geschlecht
- ** Erwerbsminderungsrentner-Status

(diese drei sind die bisherigen RSA-Merkmale, zusätzlich kommen nun hinzu:)

** sämtliche ambulant verordneten Arzneimittelwirkstoffe des Patienten

** sämtliche dokumentierten Krankenhaus-Diagnosen des Patienten

In der Studie werden Verfahren vorgestellt, die es durch o.g. Merkmale ermöglichen, die Versicherten entsprechend ihrer Krankheiten unter Berücksichtigung des Behandlungsaufwandes zu homogenen Risikogruppen zusammenzufassen. Diese wurden in teilweise 15-jähriger Entwicklungszeit meist in den USA, aber auch in den Niederlanden erstellt. Empfohlen wurde das Klassifikationssystem RxGroups+IPHCC.

Die eigentliche und wichtigste Leistung der Klassifikationsverfahren bzw. der Klassifikationssoftware ist die Verdichtung der vielfältigen Ausprägungen eines Morbiditätsindikators, beispielsweise von gut 14.000 ICD10-Positionen

Ziel bei der Verwendung solcher morbiditätsorientierter Klassifikationsverfahren ist eine zuverlässige und stabile Quantifizierung eines erwarteten (aktuellen oder zukünftigen) Ressourcenverbrauchs. Vergütungsformen, die in Bezug auf den Ressourceneinsatz „pauschaliert“ sind, wie z.B. die DRGs für den Krankenhausbereich, „belohnen“ Leistungserbringer für einen effizienten Ressourceneinsatz. (2)

Das Ganze wurde von mehreren Studiengruppen mit 2 Mio Versichertendaten überprüft. Dabei ergab sich bis auf geringe Korrekturen der Medikamentenzuordnung (teilweise andere Med. in USA, Preise, Verordnungsverhalten) gute prinzipielle Machbarkeit für Deutschland. Hervorgehoben wurde, daß es keinen Anreiz mehr zur Risikoselektion geben würde.

Problem war jedoch, zeitnah und vollständig an die Medikamentendaten zu kommen. Dazu wurde dann die **eCard** ins Spiel gebracht.

Ich habe mich schon immer gefragt, warum

1.) alle Menschen in Deutschland so eine Karte haben müssen (und nicht nur die High-Risk- oder DMP-Patienten)

2.) eine zentrale Serverlösung mit Vehemenz verfochten wird

3.) auch die Privatpatienten mit ins Boot genommen wurden (komme gleich darauf zurück)

4.) bei Mrd.-Investitionen und hohen Betriebskosten die eCard unter enormen Zeitdruck (Ersatzvornahme) durchgepeitscht wird, obwohl beim eRezept höchstens 200 Mio €/Jahr eingespart werden.

Die Antwort ist einfach: **es geht vor allem um die Kenntnis der Arzneimitteldaten, ohne die der morbi-RSA nicht funktionieren würde.** Und er ist um so genauer, je zeitnaher die Daten erhoben werden können (weil dieses Versichertenklassifikationssystem keine klinische, sondern eine kostenorientierte Klassifikation ist und die prospektive Kostenvorausberechnung (=Kostenbudget für die Krankenkassen) präziser ist, wenn der Bewertungsstichtag erst kurz zurückliegt.)

Wir haben bisher von der GKV gesprochen. Warum soll die PKV mit in die eCard eingebunden werden? Auch hier gibt die AOK eine Antwort: *Selbst die private Krankenversicherung (PKV) könnte bald so etwas wie einen RSA erhalten. In diesem Jahr [2004] hat eine vom Bundesjustizministerium eingesetzte Kommission empfohlen, drei Elemente in die PKV einzuführen, um den PKV-Bestandsversicherten einen bis heute verwehrt Wechsel ihrer Kasse zu ermöglichen: neben der Einführung von Kontrahierungszwang und einheitlichem Leistungskatalog ein „unternehmensübergreifendes Schadensausgleichssystem“.*(3)

Dazu passen die Anmerkungen von Kailuweit (4,5), Lauterbach und Ulla: die privat Versicherten müssen auch ihren Beitrag leisten! Wenn man schon einen neuen Risikostrukturausgleich einführt, warum dann nicht nur für die GKV, sondern auch für die PKV (schließlich will man mehr Wettbewerb auch für die privaten KV). Dann ist nur noch ein Schritt zu einem allumfassenden RSA für beide Krankenversicherungssysteme und über diese Hintertür mit Zugriff auf die Geldreserven der PKV ist man bei der Bürgerversicherung.

Ich glaube, die PKV hat dies auch bemerkt und muckt nun ganz gewaltig gegen die eCard auf, um diese Art von RSA nicht einführen zu müssen. (6)

Der morbi-RSA betrifft den Finanzausgleich der Kassen untereinander. Warum - zum Teufel - kauft dann die KBV eine Lizenz dieses Klassifizierungssystems? ==> weil sie auf gleicher Grundlage (morbi-RSA) morbiditätsabhängige Punktzahlgrenzvolumina einführen will /muß.

Aus diesem Grund und wegen der zunehmenden IV-Verträge (gar Einzelverträge) lohnt es sich mit dem morbi-RSA auseinander zu setzen, da *"solche modernen Instrumente in vielerlei Hinsicht eine Schlüsseltechnologie auch für das gesetzliche Krankenversicherungssystem darstellen."* (2) [ja, ja, auf die Novellierung der GOÄ komme ich unten noch]

Hängt die von einer Krankenkasse an eine Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Gesamtvergütung künftig (neben weiteren Faktoren) von der Morbidität jedes einzelnen Versicherten ab, verbleibt dann zukünftig das Morbiditätsrisiko in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung – wie in allen anderen Leistungsbereichen auch – bei der Krankenkasse (während es derzeit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt). (2) Dann hängt aber auch die Höhe der Gesamtvergütung von der Krankheitsanfälligkeit einer bestimmten Population ab.

Entscheidend ist Folgendes: **Der Krankenkassenmanager kennt genau die relativen Krankheitsrisiken seiner Versicherten und den genauen Betrag (Grundprämie + morbi-Zuschläge) seinen Einnahmen. Um Gewinn zu machen, muß er versuchen, auf dem Gesundheitsmarkt die Behandlung seiner Versicherten preiswerter einzukaufen als die durchschnittlichen prognostizierten Kosten.** Daher wird er versuchen, Gesamtpakete zu schnüren. In dieser Situation sind die MVZ im Vorteil, Einzelärzte können wegen fehlender räumliche Nähe schlechter komplexe Krankheitsproblem lösen. Dies meinte ich mit: "Die Ärzte werden in Zukunft weniger einzelleistungsbezogen bezahlt, sondern lösungsorientiert."

Diese Tendenz ist bereits im EBM2000 zu sehen. Wenn jetzt die PKV nach einer GOÄ-Novellierung ruft (6) und ulla gleich ein Vergütungssystem ohne Ärzte entwickeln möchte (7) (Anmerkg: am besten beim IGES-Institut!), wird diese m.E. in möglichst umfassenden Pauschalen analog dem Katalog der Morbi-Kriterien bestehen.

Und wenn wir nun 1 und 1 zusammenzählen (morbi-RSA für GKV und PKV, gleiche Bezahlung für gleiche Leistungen, Tod der Einzelpraxis, Bürgerversicherung), dann wird es am Ende **nur eine pauschalierte Gebührenordnung für Ärzte** geben. Man verspricht sich durch die Pauschalierung einen effizienten Ressourceneinsatz (das dürfte auch die PKV überzeugen: dann lohnt es sich z.B. nicht mehr, nach jeder Cerumenentfernung obligatorisch eine Audiogramm anfertigen, wie das manche meiner Kollegen praktizieren).

Haben Sie sich das CAPITAL-Heft 3/06 mit dem Titel "Insolvenzfall Arzt" gekauft? Dann lesen Sie auch den Artikel "Ende der Nadelstreifen" (ist leider online nicht verfügbar): *"Größere Einheiten schaffen, Durchschnittskosten senken und noch mehr sparen" müsse die*

Bank. Das liegt ganz im Branchentrend: Banken und Versicherungen bereiten sich auf einen großen Umbruch vor - die Industrialisierung des Gewerbes. Die Institute zerlegen Prozesse, standardisieren, optimieren, lagern aus. Die Qualität soll steigen, die Kosten sollen sinken. Ersetzen Sie Bank/Versicherung durch Arzt/Krankenhaus und sie wissen, wie sich die McKinsey-gestählten Krankenkassenfürsten und der Harvard-angehauchte Lauterbach die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems vorstellen.

Nach meinem Gefühl entspricht dies der angedachten Zukunft im deutschen Gesundheitssystem. Ich habe so ausführlich zur Diskussion gestellt, weil ich denke, man muß sich in die Gedanken seiner Gegner hinein versetzen, um adäquat reagieren zu können. Das oben ist nicht meine Vorstellung von Medizin.

- (1) http://www.iges.de/e1788/e1818/e2683/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf
- (2) http://www.iges.de/e1788/e1818/e2692/MorbidittsadjustierungGesundheits-undSozialpolitik1_2_2005_ger.pdf
- (3) http://www.morbi-rsa.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/gug_spezial_1004_morbirsa.pdf
- (4) <http://www.facharzt.de/content/red.otx/188,41560,0.html>
- (5) <http://www.facharzt.de/content/red.otx/188,38123,0.html>
- (6) <http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,42490,0.html>
- (6) <http://www.facharzt.de/content/red.otx/188,36708,0.html>
- (7) <http://www.facharzt.de/content/red.otx/188,40443,0.html>