

BLIKKWINKEL

Der gesundheitspolitische Check-Up des IKK e.V.

19. März 2019
1/2019



Editorial

Von *Hans-Jürgen Müller, Vorstandsvorsitzender IKK e.V.*
und *Hans Peter Wollseifer, Vorstandsvorsitzender IKK e.V.*

Liebe Leserin, lieber Leser,

was soll man sagen, die Zeit vergeht. So feierte die Regierung in der letzten Woche den ersten Geburtstag des Koalitionsvertrages. Während sich andere Ressorts vorwerfen lassen müssen „viel geschwätzt und nichts beschlossen“ zu haben, entwickelt sich der Gesundheitsminister zum Kabinettsprimus. GKV-Versichertenentlastungsgesetz, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, Terminservice- und Versorgungsgesetz, Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung usw.. Die im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD angelegten Gesetzesvorhaben ließen schon erahnen, dass es in den Bereichen Gesundheit sowie Arbeit und Soziales zu nicht unerheblichen Mehrbelastungen für die Beitrags- und Steuerzahler kommen wird. Nun, ein Jahr später, läuft die Ausgabenuhr bereits heiß. Allein für den Bereich der paritätisch finanzierten Kranken- und Pflegeversicherung belaufen sich die Mehrbelastungen bis 2021 aktuell auf rund 15 Mrd. Euro. Völlig unkalkulierbar sind dabei die Kosten, die über die Änderungsanträge entstehen, welche aktuell en masse an die Gesetzgebungen angehängt werden. Das zeigt auch der jüngste Schlagabtausch zwischen GKV-Spitzenverband und BMG. Unkalkulierbar heißt auch: Gefährlich für die Haushalte der GKV. Daher beobachten wir die mit den Gesetzesvorhaben einhergehenden Kosten kritisch, auch und gerade weil wir uns als IKK-System für Investitionen einsetzen, die den Beitragszahlern zu einem tatsächlichen Mehrwert verhelfen. Das ist zwar bei einem Gros der angestoßenen Neuregelungen der Fall, aber längst nicht

bei allen. In vielen Fällen wird das Geld der Versicherten und Arbeitgeber nach dem Gießkannenprinzip ausgeschüttet, um vor allem die Wünsche der Leistungserbringer zu befrieden. Selbstverständlich wollen die Innungskrankenkassen mehr Geld für eine bessere Versorgungsqualität in die Hand nehmen. Dieser Freiraum muss den Kassen aber auch gewährt werden. Die permanenten Eingriffe in die Selbstverwaltung sind vor allem im Zusammenhang mit der Ankurbelung eines Preiswettbewerbs nicht akzeptabel. Zudem kommt verschärfend hinzu, dass die Große Koalition ihre bereits in der letzten Legislaturperiode geübte Praxis fortsetzt, bestehende innerkoalitionäre Differenzen durch kostenintensive Entscheidungen zu befrieden.

Dank der guten konjunkturellen Lage und dem Zuwachs an GKV-Beitragszahlern in den vergangenen Jahren steht die GKV noch auf einem soliden finanziellen Fundament. Aber nicht nur die Finanzreserven der Kassen sind unterschiedlich verteilt. Auch der Spielraum für Ausgaben ist begrenzt, vor allem wenn die Sozialversicherungsbeiträge nicht über die für Versicherte und Arbeitgeber schmerzhaft 40 Prozent-Marke klettern sollen. Was im Gesetzesreigen des Ministers bitter fehlt, sind die bereits für Ende 2018 angekündigten Eckpunkte zur Morbi-RSA-Reform. Anstatt mit immer neuen Initiativen die Ausgaben zu erhöhen, die nächste Ausgabenwelle erwartet uns bereits mit der Apothekenreform im GSAV, sollte die Politik zügig die wichtige Morbi-RSA-Reform auf den Tisch legen!

Herzlichst

Inhalt:

Mehrbelastungen | Methodenbewertung | Schwerpunkt: Im Schatten der Betriebsrentner | 20. Plattform Gesundheit | Internetseite „Morbi-RSA“ | Was wir sagen | Impressum

Meine Sicht

Jürgen Hohnl
Geschäftsführer IKK e.V.

Man weiß inzwischen gar nicht mehr so recht, welches Bild man bemühen soll, um das Gezerre um die Methodenbewertung des G-BA zu beschreiben: Ist es Sisyphus mit seinem beständigen Versuch, den Stein auf den Gipfel zu bekommen? Oder ist es der Ansatz „steter Tropfen höhlt den Stein“? Auf jeden Fall hat uns das Gefühl des täglich grüßenden Murbeltiers beschlichen, als nun der inzwischen vierte (!) Änderungsantrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur „Beschleunigung und Neuordnung der Methodenbewertung“ - nunmehr im Zusammenhang mit dem

Implantateregister-Errichtungsgesetz (EDIR) - auftauchte.

Wir erinnern uns: Im Rahmen des TSVG wurden bereits drei Änderungsanträge vorgelegt, um Druck auf den Entscheidungsprozess beim G-BA auszuüben. Der nun vierte Entwurf innerhalb der letzten zwei Monate (!) sieht die Lösung – neben einer Frist-Verkürzung für den G-BA von drei auf zwei Jahre – in der Kombination aus Ersatzvornahme und autonomer Entscheidungsbefugnis des BMG. Wir lehnen das strikt ab, insbesondere, wenn der G-BA den Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt sieht! Damit ist der tagespolitischen Beliebigkeit Tür und Tor geöffnet. Hauptsache, die Hersteller oder Anbieter schaffen es, genug

öffentlichen Druck zu machen. Das kann auch nicht im Interesse des Ministeriums sein. Es ist nichts anderes als die Abkehr von den bewährten Konfliktregelungsmechanismen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Einstieg in die Staatsmedizin. Ein weiterer Punkt: Erstaunlich, dass sich das BMG offenbar deutlich weniger um die Frage sorgt, wie bei etwaiger Gesundheitsgefährdung Leistungen wieder aus dem Katalog herausgenommen werden können. Hier gilt weiterhin ein irrationales 9-Stimmen-Quorum anstelle der sonst üblichen einfachen Mehrheit. Mit Letzterem wäre zumindest gewährleistet, dass Entscheidungen im Konfliktfall auch gegen eine Bank (Kassen oder Leistungserbringer) getroffen werden können!

Im Schatten der Betriebsrentner

Die Entlastung der Betriebsrentner durch Halbierung der Beiträge zur Krankenversicherung wird aktuell vielseitig diskutiert. Ausgangspunkt ist dabei die Frage, ob die Entlastung grundsätzlich erforderlich bzw. gerecht ist und ob von der geplanten Umsetzung überhaupt der richtige Personenkreis profitiert. Fragen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind und zu denen sich die Sozialpartner verhalten müssen. Uns beschäftigt aber etwas anderes, und zwar versteckt sich, wie so oft in der jüngsten Vergangenheit, unter dem Deckmantel der eigentlichen Gesetzesänderung eine weitere Änderung. Eine Änderung, die massiv in die Finanzplanung der gesetzlichen Krankenversicherungen eingreift, wettbewerbsverzerrend wirken wird und auch inhaltlich verquer erscheint.



Noch bevor die im Rahmen des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) enthaltene Regelung zum Abschmelzen der Vermögen bei Krankenkassen mit Rücklagen über einer durchschnittlichen Monatsausgabe ab dem Jahr 2020 Wirkung entfaltet, legt das Ministerium schon nach. Und das, obwohl die im GKV-VEG enthaltene Verknüpfung, dass es bis zum Ende des Jahres zu einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) kommt, noch nicht erfüllt ist. Zum Stand 15. März 2019 liegt noch kein Gesetzentwurf vor.

Im nun vorliegenden Entwurf erhalten die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht, wenn ihre Kasse den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nicht im gleichen Maße reduziert, wie der durchschnittliche Zusatzbeitrag sinkt. In diesem Fall sollen die Kassen ihre Versicherten zum Kassenwechsel aufrufen. Zur Erinnerung: In den letzten beiden Jahren wurde der durchschnittliche Zusatzbeitrag jeweils um 0,1 Prozentpunkte abgesenkt.

Was für ein Verständnis von Wettbewerb steht denn hinter einer solchen Regelung? Hier wird einem ruinösen Preiswettbewerb der Boden bereitet. Wiederum wird in die Rechte der Selbstverwaltung eingegriffen.

Was sprachlos macht, ist, dass die durch Gesetzesdruck abzubauenen Reserven nun auch an einer ganz anderen Stelle der GKV-Finanzarchitektur Berücksichtigung finden sollen: Im Schätztableau. Dies hätte den Effekt, dass sich der durchschnittliche Zusatzbeitrag wie von Zauberhand reduzieren würde. Und das rein rechnerisch auf Grundlage des Vorhandenseins von Rücklagen, obwohl der Rücklagenabbau keinen einzigen zusätzlichen Euro in den Gesundheitsfonds fließen lässt. Das Ziel des

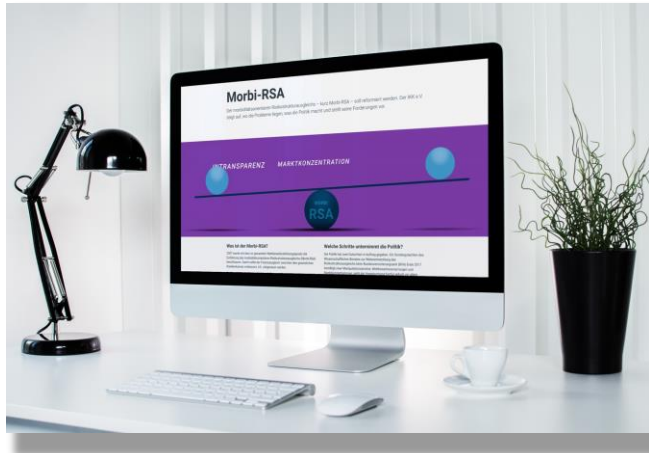
BMG ist dabei klar: Durch den erzwungenen Rücklagenabbau sollen die Zusatzbeiträge gesenkt werden. So würde der Gesundheitsminister als Beitragssenkter wahrgenommen werden und alle die Lügen gestraft, die eine zu laxen Ausgabenkontrolle durch das Ministerium beklagen.

Um die geplante Neuregelung besser zu verstehen, lässt sich die Situation durch folgendes, auch außerhalb der Tiefen der GKV-Finanzierungssystematik verständliches, Beispiel verdeutlichen: Man stelle sich eine Straße mit einigen Häusern vor. Aus den Mieten aller Häuser lässt sich leicht ein mittleres Mietniveau bestimmen. Nun kommt die Mieterin eines Hauses durch einen Lotteriegewinn unverhofft zu Geld, sie kauft die Wohnung und zahlt keine Miete mehr. Dadurch sinkt die durchschnittliche Miete in der Straße. Nach dem Vorgehensmodell des BMG hätte das nun zur Folge, dass alle anderen Hausbesitzer gezwungen wären, die Miete zu kürzen oder aber auf günstigeren Wohnraum hinweisen müssten.

Aber nun zurück zur GKV: Rücklagen kann man nur einmal abbauen. Sobald die Kostenwelle aus den Regelungen z. B. des TSVG, die zurzeit mit bis zu 1,2 Mrd. Euro jährlich veranschlagt werden, rollt, müssen die Beiträge wieder erhöht werden. Die beabsichtigte Einführung von Vermögensobergrenzen beseitigt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht die Problemursache. Ursächlich für die unterschiedlich verteilten Vermögen in der GKV und damit auch die sehr hohen Finanzreserven von einem Teil der Kassen ist die ungerechte Verteilung der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA. Hinzu kommt dabei eine weitere Schwierigkeit: Der Rücklagenabbau betrifft nicht alle Krankenkassen in gleichem Maße. Um eine verlässliche Größenordnung der abzubauenen Rücklagen treffen zu können, ist Kenntnis über die konkrete Finanzlage und Investitionsplanung einer jeden der über hundert Einzelkassen erforderlich. Da das Ziel des Schätzerkreises die Abgabe verlässlicher Prognosen ist, müssen auch die geplanten Ausgaben jeder einzelnen Kasse in die Schätzung einbezogen werden. All dies scheint dem Ministerium jedoch recht zu sein, solange man sich im Gegenzug für eine kurze Zeit als Beitragssenkter präsentieren kann. Aus unserer Sicht ist der Abbau von Rücklagen kein Wert an sich, die Reform der unfair verteilten Zuweisungen des Morbi-RSA hingegen schon.

Neue Internetrubrik

Schwerpunktseite „Morbi-RSA“



Der IKK e.V. hat in einer neuen Internetrubrik „Themen im Fokus“ nun eine spezielle Schwerpunktseite zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA, veröffentlicht. Die Seite bietet dem Nutzer umfangreiches Informationsmaterial und zeigt auf, warum eine Reform des Morbi-RSA dringend notwendig ist. Denn trotz wiederholter Korrekturen am Morbi-RSA zeigen sich massive Schwachstellen am Finanzsystem der GKV. Der jetzige Morbi-RSA ist intransparent, manipulationsanfällig sowie präventionsfeindlich und ist damit wettbewerbsverzerrend. Eine grundlegende Reform tut Not, um das Geld dahin zu steuern, wo es für die Versorgung gebraucht wird. Risikoselektion soll verringert und auch keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen gesetzt werden.

Die Forderungen der Innungskrankenkassen sowie weitere Informationen zum Morbi-RSA finden Sie [hier](#).

Was wir sagen...

IKK classic: Die Comicfiguren des Präventionsprogramms „DIE RAKUNS – das gesunde Klassenzimmer“ lernen sprechen - [PM vom 15. März 2019](#)

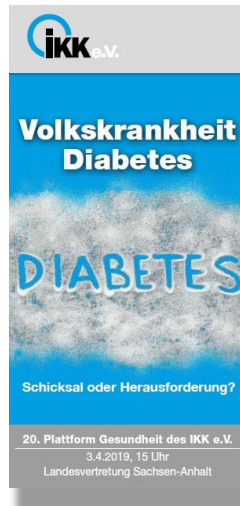
IKK BB bietet als Extra einmalige Darmspiegelung bereits ab 40 bzw. 45 an - [PM vom 13. März 2019](#)

IKK e.V.: Griff in das GKV-Portemonnaie sichert noch lange keine nachhaltige Versorgungsverbesserung - [PM vom 12. März 2019](#)

IKK e.V.: Änderungsanträge zum TSVG untergraben an vielen Stellen weiter die Selbstverwaltungskompetenzen - [PM vom 12. Februar 2019](#)

Veranstaltungshinweis

20. Plattform Gesundheit



Der IKK e.V. lädt am 3. April 2019 zur 20. Plattform Gesundheit zum Thema „Volkskrankheit Diabetes: Schicksal oder Herausforderung?“, in die Landesvertretung Sachsen-Anhalt, Berlin-Mitte, ein. Zuckerschwemme, Diabetes-Welle oder gar Diabetes-Tsunami – diese Schlagworte alarmieren die Öffentlichkeit. Diese Begriffe mögen in ihrer Drastik sicherlich den medialen Anforderungen geschuldet sein, doch weisen sie zurecht auf das Grundproblem hin: Die Zahl der Menschen, die an Diabetes erkrankt sind, steigt seit Jahren

kontinuierlich. In Deutschland sind es rund sechs Mio. Menschen, 90 Prozent davon an Typ 2-Diabetes. Zudem gehen Experten davon aus, dass zwei Millionen Deutsche von der Krankheit betroffen sind, ohne es zu wissen. Was können wir verbessern? Welche Hindernisse müssen aus dem Weg geräumt werden? Wir freuen uns auf die einführenden Referentinnen Dr. med. Christa Scheidt-Nave, Leiterin des Fachgebietes 25 - Körperliche Gesundheit, Robert Koch-Institut, und Nicole Mattig-Fabian, Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes-Hilfe (diabetesDE). Des Weiteren werden Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen, Handwerk und gesetzlicher Krankenversicherung die Veranstaltung bereichern.

Zur Einladung und Online-Anmeldung geht es [hier](#).

2172

Als probates Mittel im Kampf gegen verschiedenste Volkskrankheiten empfehlen Experten Sport. Ob E-Sport auch zählt? Jedenfalls anerkennen die Regierungsparteien in Zeile 2172 des Koalitionsvertrags die wachsende Bedeutung der E-Sport-Landschaft in Deutschland und sicher zu, E-Sport als olympische Disziplin zu unterstützen.

Wussten Sie es?

Mehr Zahlen zum Thema „Volkskrankheiten“ finden Sie in der Rubrik „GKV-Welt in Zahlen“ unter <https://www.ik-kev.de/politik/gkv-in-zahlen/volkskrankheiten-in-zahlen/>

Impressum

Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V., Hegelplatz 1, 10117 Berlin, info@ikkev.de. Der IKK e.V. ist die gemeinsame Interessenvertretung von BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord und IKK Südwest.

Redaktion: Iris Kampf (Pressesprecherin), Ann Hillig (Leitung Politik) | Verantwortlich: Jürgen Hohnl, Geschäftsführer

Sie können den BLIKKWINKEL jederzeit per Mail, Telefon oder Fax wieder abbestellen (Tel. 030 202491-0; Fax 030 202491-50)