

12. Januar 2017

Nr. 3/2017/ Seite 1 von 22

## Rückblick 2016 – Ausblick 2017 (Teil IV)

Der Schütze-Brief setzt zum Jahreswechsel 2016/2017 seine Tradition fort, Stellungnahmen führender Vertreter in der Gesundheits- und Pflegepolitik zu veröffentlichen, die aus ihrem Verantwortungsbereich heraus die Vergangenheit und die Zukunft bewerten. Der diesjährige „Rückblick und Ausblick“ steht schon im Zeichen des politischen Endspruchs dieser Legislaturperiode und des heraufziehenden Bundestagswahlkampfes.

Das ausklingende Jahr 2016 wie das beginnende Jahr 2017 führen in grundlegenden Bereichen der Gesundheits- und Pflegepolitik an entscheidende Kristallisationspunkte. Einige Aspekte: Manche Regelung aus den gesundheits- und pflegepolitischen Gesetzgebungen der letzten drei Jahre wird erst ab 2017 Realität. Um manch wichtige Gesetzgebungen wird noch gerungen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erlebt seine Geburtsstunde. Die große Krankenhausgesetzgebung hat grundlegende Probleme nicht gelöst. Für die gesetzlichen Krankenkassen könnte eine Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ins Haus stehen – der Bundesgesundheitsminister hat schon eine Gesamtevaluation beauftragt. Die Arzneimittelgesetzgebung wie auch die zur Heil- und Hilfsmittelversorgung befinden sich noch „auf hoher See“. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe antwortet mit einem Referentenentwurf für ein Versandhandelsverbot auf einen Vorabentscheid des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Die Selbstverwaltung befindet sich in einem tiefgreifenden Neubestimmungsprozess, den die Politik auch jenseits aktueller Gesetzesvorhaben vorantreibt. Das „Wahljahr 2016“ der Kassenärztlichen Vereinigungen mündet in die KBV-Vorstandswahlen im Frühjahr 2017.

Die gesundheitspolitischen Akteure ziehen Bilanz und formulieren Positionierungen im Vorfeld der nahenden Bundestagswahl. Die Parteien ziehen Bilanz und ringen um Standortbestimmungen, auch im Gesundheits- und Pflegebereich. Damit stehen im Jahr 2017 wieder Systemfragen auf der Tagesordnung.

Vor diesem Hintergrund gilt es für die Entscheidungsträger in der Gesundheits- und Pflegepolitik grundlegende Fragestellungen zu reflektieren, die unter anderem lauten: Welche der verabschiedeten Gesetze werden sich im Versorgungsalltag bewähren?

**Jürgen Hohl**, Geschäftsführer des IKK e.V.

**Rosige Aussichten – nicht für Versicherte der GKV**



*Jürgen Hohl (Foto: IKK e.V.)*

Gute Zeiten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – so titelten Anfang Dezember 2016 die Medien. Hintergrund der positiven Berichterstattung: Mit 1,55 Milliarden Euro haben die Krankenkassen ihren Überschuss von rund 600 Millionen Euro zum Ende des ersten Halbjahres im dritten Quartal 2016 mehr als verdoppelt. Der Grund liegt auf der Hand: Die Konjunktur läuft derzeit außerordentlich gut. Vor allem aber zeigen die von der Regierungskoalition in großer Eintracht beschlossenen teuren Gesetze erst nach und nach ihre finanzielle Wirkung. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe war dennoch voll des Lobes. „Die guten Kassenzahlen zeigen, dass wir bei den notwendigen Verbesserungen, die wir in dieser Wahlperiode für die Patienten auf den Weg gebracht haben, mit Augenmaß vorgegangen sind.“ Der CDU-Mann ist davon überzeugt, dass „mit Strukturverbesserungen, etwa bei den Krankenhäusern und durch das Präventionsgesetz“ dazu beigetragen werde, dass das Gesundheitswesen „morgen noch nachhaltig finanzierbar bleibt“.

Angesichts dieser Zahlen haben es die Krankenkassen schwer, mit ihren kritischen Argumenten Gehör zu finden. Dabei zeigen sich bei näherem Hinsehen durchaus Ris-

---

12. Januar 2017

Nr. 3/2017/ Seite 6 von 22

se in der vom Minister so rosig beschriebenen Situation. Beispielsweise sind die finanziellen Überschüsse derzeit recht ungleich verteilt. So weist das AOK-System ein Plus von insgesamt 559 Millionen Euro aus, die Innungskrankenkassen hingegen haben ein leichtes Defizit. Die Überschüsse bei den Ersatzkassen von 91 Millionen Euro wirken angesichts der vergleichsweise hohen Zusatzbeitragssätze – durchschnittlich von 1,2 Prozent bzw. 1,1 Prozent gegenüber 0,9 Prozent bei den AOKen – zudem teuer erkaufte.

Noch dramatischer wird die Schieflage der Finanzen beim Betrachten der Über- sowie Unterdeckung für berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben. Die AOKen haben allein 2015 aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) über eine Milliarde Euro mehr erhalten, als zur Deckung ihrer Leistungsausgaben nötig gewesen wäre. Die Ersatzkassen verbuchten demgegenüber eine Unterdeckung von 730 Millionen Euro. Außer der Knappschafft mussten auch die anderen Kassenarten ein Minus in Kauf nehmen. Eine breite Allianz von Kassenarten wird deshalb nicht müde, auf eine dringend notwendige Neujustierung des Finanzausgleichs, des Morbi-RSA, hinzuweisen.

Und die Einsicht wächst: In seiner jetzigen Ausgestaltung ist der Morbi-RSA in großem Maße wettbewerbsverzerrend. Doch nicht nur das – er ist manipulationsanfällig und dazu noch präventionsfeindlich. Letzteres hat ein für die Innungskrankenkassen erarbeitetes Gutachten nachgewiesen. Wissenschaftler am Leipziger WIG2-Institut untersuchten Präventionsanreize im Morbi-RSA. Hierzu führten sie eine retrospektive sekundärdatenbasierte, nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie durch. Insgesamt standen hierzu Daten von mehr als sechs Millionen Versicherten zur Verfügung.

Das Ergebnis in Kurzfassung: Sowohl medizinisch als auch bezogen auf die Entwicklung der Leistungsausgaben zeigen Präventionsmaßnahmen eindeutig positive Effekte. Prävention lohnt sich. Doch der Morbi-RSA konterkariert die Bemühungen der Krankenkassen um zielgerichtete Prävention. Denn die positiven Effekte bei der Entwicklung der Leistungsausgaben werden durch das Finanzausgleichssystem in das Gegenteil verkehrt.

So ist es außerordentlich begrüßenswert, dass sich das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Dezember dazu durchgerungen hat, noch in dieser Legislaturperiode ein Sondergutachten zur Wirkung des Morbi-RSA erarbeiten zu lassen. Abgabetermin: 30. September 2017. Einziger Wermutstropfen: Der „Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA“ beim Bundesversicherungsamt soll das Gutachten erstellen. Damit wird das Gremium beauftragt, das maßgeblich für die jetzige Ausgestaltung des Finanzausgleichssystems die Verantwortung getragen hat. Entscheidend für die Akzeptanz und den Erfolg der Arbeit wird es sein, dass sich der Beirat

---

**12. Januar 2017**

Nr. 3/2017/ Seite 7 von 22

neben der bislang verfolgten Linie der Betrachtung der Zuweisungsgenauigkeit auch mit Aspekten wie Manipulationsresistenz und Präventionsanreizen beschäftigt. Dass der Morbi-RSA Risikoselektion verringert, wie es im Gesetz gefordert ist, darüber besteht kein Zweifel. Ob er aber auch versorgungsneutral ist, wie es gefordert wird, ist fraglich. Und auch die wettbewerblichen Auswirkungen müssen Beachtung finden. Hierfür haben die Innungskrankenkassen gemeinsam mit Knappschaft, Ersatz-, und Betriebskrankenkassen gemeinsame Vorschläge erarbeitet und in einem Schreiben an das BMG gerichtet.

Doch nicht nur ein überholungsbedürftiges Finanzierungssystem treibt die Kassen um. Für Unruhe und Verärgerung sorgt auch das im November vom Bundeskabinett beschlossene GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz. Im Februar soll das Gesetz durch den Bundesrat, so die Planung. Sollte das Gesetz so verabschiedet werden, verliert die Selbstverwaltung an Glaubwürdigkeit und damit auch an Bedeutung, so unsere Befürchtung.

Dabei ist die Kritik an der Selbstverwaltung so alt wie die Selbstverwaltung selbst. Gerade in jüngster Vergangenheit wird aber nicht immer sauber unterschieden zwischen sozialer Selbstverwaltung, wie sie sich bei den Krankenkassen entwickelt hat, und der gemeinsamen Selbstverwaltung, für die der Gemeinsame Bundesausschuss oder die gematik stehen. Der Vorwurf geht an alle: Die Selbstverwaltung arbeitet zu langsam und ineffizient.

Jetzt hat die Bundesregierung mit Blick auf das offensichtliche Versagen interner und externer Kontrollmechanismen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit einem vorliegenden Gesetzentwurf entsprechende Härte gezeigt. Dabei schießt die Politik jedoch weit über das Ziel hinaus, denn eine Ausweitung der Kontrollmöglichkeiten über allen Selbstverwaltungskörperschaften des Gesundheitssystems auf der Bundesebene hinweg zu schaffen, kommt einer Generalbestrafung gleich.

Zwar hat die Politik ihren Gesetzentwurf noch einmal gründlich nachgebessert und im Vergleich mit der ersten Fassung viele Kritikpunkte aufgegriffen und die Regelungen differenziert. Aber die Kritik bleibt. Bewährte Strukturen werden mit der deutlichen Ausweitung der Aufsichtsbefugnisse des BMG auf die Institutionen der Selbstverwaltung grundlegend in Frage gestellt. Das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist am Ende ein Kontrollgesetz. Eigentlich für die KBV gedacht, doch alle Selbstverwaltungen werden gleichermaßen in Haftung genommen. Das Bekenntnis zur Selbstverwaltung – es fehlt. Und es steht zu befürchten, dass sich dies auch auf die nicht-bundesunmittelbaren Körperschaften auswirkt. Sozialversicherungen, die an Beteiligung, Bedarf und Effizienz orientiert sind, brauchen auch beteiligungsorientierte Legitimations-, Kontroll- und Gestaltungsakteure: eine demokratisch legitimierte soziale

---

12. Januar 2017

Nr. 3/2017/ Seite 8 von 22

Selbstverwaltung also. Sie ist ein hohes Gut. Die Bundesregierung hat sich mit diesem Gesetz auch mit Blick auf die in 2017 anstehenden Sozialwahlen keinen Gefallen getan.

Im Aufgabenbuch der Großen Koalition steht ein weiteres, kritisches Gesetzgebungsverfahren zurzeit in der Diskussion: Das GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, kurz AMVSG. Der Gesetzentwurf liegt auf dem Tisch, die erste Anhörung dazu hat bereits stattgefunden. Anfang März 2017 soll es den Bundesrat passieren. Auch hier sind aus Sicht der GKV dringend Nachbesserungen notwendig. Der vorliegende Gesetzentwurf ist ein Ergebnis des so genannten Pharma-Dialoges der Bundesregierung mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie, bei dem die gesetzliche Krankenversicherung nur am Rande einbezogen war. Ziel des daraus hervorgegangenen Entwurfes ist es, den Standort Deutschland für Forschung und Produktion im Arzneimittelsektor zu stärken, die Arzneimittelversorgung auf hohem Niveau sicherzustellen und die finanzielle Stabilität der GKV zu erhalten. Aus Sicht der Innungskassen gelingt das sorgsame Austarieren dieser divergierenden Ziele nur teilweise. Auch wenn sich an einigen Stellen das Bestreben des BMG erkennen lässt, einen Interessenausgleich zwischen den Forderungen der pharmazeutischen Industrie und den Anliegen der GKV herbeizuführen, bleibt doch bemerkbar, dass die Dialogsitzungen leider weitestgehend unter Ausschluss der gesetzlichen Krankenversicherung stattgefunden haben.

In der aktuellen Form ist der Gesetzentwurf kein Instrument zur auch weiterhin notwendigen Ausgabendämpfung. Gleichzeitig ist trotz absehbarer erheblicher Mehrausgaben kaum ein Mehrwert für die Versicherten zu erkennen. Vor diesem Hintergrund drängt der IKK e.V. auf Änderungen der vorgesehenen Regelungen, um ungerechtfertigte Ausgaben- und Beitragssatzsteigerungen im Interesse der Versicherten zu vermeiden.

Nachdrücklich abgelehnt wird das Vorhaben, den ausgehandelten Erstattungsbetrag künftig nicht mehr öffentlich zugänglich zu machen. Die vorgeschlagene Regelung wird den Abrechnungsprozess dauerhaft verkomplizieren, unnötigen Verwaltungsaufwand erzeugen und die Entwicklung der Preisgestaltung im Arzneimittelsektor langfristig wieder intransparent werden lassen. Ein wirtschaftliches Ordnungsverhalten, insbesondere der Vertragsärzte, wird dadurch erschwert. Für die gesetzliche Krankenversicherung sind zudem langfristig höhere Preise auf Grund fehlender Vergleichbarkeit mit europäischen Referenzmärkten zu erwarten. Insgesamt wird sich die vorgesehene Regelung für eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung als schädlich erweisen. Sie ist daher im Interesse des Gesetzgebungsziels und der finanziellen Stabilität der GKV zu streichen.

---

**12. Januar 2017**

**Nr. 3/2017/ Seite 9 von 22**

Aber es gibt auch gute Ansätze im AMVSG: Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen zur Anpassung der Nutzenbewertung im Hinblick auf Antibiotika und deren Resistenzsituation sowie zur Bestandaufnahme der Antibiotikadiagnostik sind ausdrücklich positiv zu bewerten. Doch diese Regelungen sind nicht ausreichend, denn auch in der Veterinärmedizin sowie in der Landwirtschaft sollten Antibiotika nur maßvoll zum Einsatz kommen. Hier muss die Politik weitere Regelungen schaffen.

Obwohl im kommenden Jahr der Bundestagswahlkampf das politische Wirken bestimmen wird und die bislang eher verdeckt gebliebenen inhaltlichen Differenzen zwischen den Koalitionsparteien wieder stärker offenbar werden, gäbe es dennoch noch genug zu tun, um die Strukturen im Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen. Es bleibt zu hoffen, dass sich hiervon einiges in den Wahlprogrammen wiederfinden wird, und zwar jenseits von teuren Wahlgeschenken.