

Oberste Priorität: gerechter Wettbewerb und nachhaltige Finanzierung

Jürgen Hohl, Geschäftsführer des IKK e.V.

Das deutsche Gesundheitssystem genießt nicht nur international einen guten Ruf. Auch die Deutschen geben ein positives Votum ab. 82 Prozent der Bevölkerung und 93 Prozent der Ärzte sind mit dem Gesundheitswesen zufrieden, so eine Umfrage des MLP Gesundheitsreportes im Jahr 2016.

Reformbedarf sehen 41 Prozent der Bürger und 66 Prozent der Ärzte. Die Mängelliste ist dabei nicht überraschend: Lange Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt, zu wenig Ärzte auf dem Land, zu wenig Pflegepersonal in den Krankenhäusern, fehlende Digitalisierung. Das sind Baustellen für die künftige Regierung, die angegangen werden müssen.

Das wichtigste Thema ist jedoch die Finanzierung der GKV. Derzeit steht das deutsche Gesundheitssystem finanziell stabil da – zumindest auf den ersten Blick. 2,8 Milliarden Euro Überschuss konnten die mehr als 100 gesetzlichen Krankenkassen Ende 2016 verbuchen. Im ersten Halbjahr 2017 betrug das Plus 1,41 Milliarden Euro. Tendenz steigend nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums. Hinzu kommt noch eine Reserve von rund 16 Milliarden Euro aus den Vorjahren. Fakten genug für den derzeit amtierenden Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), sich für eine Senkung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages der gesetzlichen Krankenkassen um 0,1 Beitragssatzpunkte zu entscheiden. Gröhe ist damit einer Empfehlung des GKV-Schätzerkreises gefolgt. Er besteht aus Experten des GKV-Spitzenverbandes, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und des



Bundesversicherungsamtes. Zwar hat der GKV-Spitzenverband gegen die Absenkung votiert, doch Bundesversicherungsamt und BMG waren dagegen und konnten sich durchsetzen.

Kontinuität statt falsche Signalwirkung gefragt

Die Absenkung des durchschnittlichen Zusatz-beitragssatzes ist nicht nur aus Sicht der Innungskrankenkassen ein falsches Signal. Statt Kontinuität und Versorgungswettbewerb zu fördern, wird weiterhin der Preiswettbewerb befeuert. Das ist sowohl für die Kassen als auch für die Beitragszahler ärgerlich, da der durchschnittliche Beitragssatz nur eine statistische Größe ist, nicht aber ein Maßstab für die reale wirtschaftliche Lage der Krankenkassen.

Das Dilemma ist sichtbar. Trotz hervorragender finanzieller Situation der GKV gesamt, fallen die Ergebnisse der einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich aus. Die AOKen sind die großen Gewinner, weil der Finanzausgleich, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), zwischen den einzelnen Krankenkassen eine deutliche Schieflage hat. Im ersten Halbjahr 2017 verzeichneten die Ortskrankenkassen einen Überschuss von rund 650 Millionen Euro. Die Ersatzkassen lagen bei einem positiven Ergebnis von 456 Millionen Euro, die Innungskrankenkassen bei 93 Millionen Euro. Ein Ergebnis, das weniger mit erfolgreichem Kostenmanagement zu tun hat, wie es die Ortskrankenkassen zu verkaufen versuchen, sondern damit, dass der Morbi-RSA besonders seit der Einführung der sogenannten Verstorbenenregelung in höchstem Maße wettbewerbsverzerrend ist. Darüber hinaus ist er aber auch manipulationsanfällig und präventionsfeindlich. Letzteres hat ein für die Innungskrankenkassen erstelltes Gutachten klar nachgewiesen. Wissenschaftler des Leipziger WIG2-Institutes untersuchten Präventionsanreize im Morbi-RSA. Dazu führten sie eine retrospektive sekundärdatenbasierte, nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie durch. Insgesamt standen 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. Umso mehr erstaunt es, dass dieser Zusammenhang in der jüngst veröffentlichten Kurzfassung des Sondergutachtens zur Wirkung des Morbi-RSA negiert wird. Wir warten mit Spannung darauf, die empirische Basis für diese Aussagen nachvollziehen zu können.

Halbherziges Gutachten zum Morbi-RSA

Die Innungskrankenkassen hatten große Erwartungen in das vom BMG in Auftrag gegebene Gutachten gesetzt. Auch wenn vieles erst nachvollziehbar ist, wenn das gesamte Gutachten und das Zahlenwerk zugänglich sein werden, gilt schon jetzt: Augenscheinlich waren die Gutachter nicht mutig (oder selbstkritisch) genug, von ihrem Fokus auf die Zielgenauigkeit abzugehen. Probleme werden zwar gesehen und bestätigt, Lösungen aber vor allem außerhalb des Regulierungssystems verortet. Es gibt keine Antworten darauf, wie die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen kurzfristig behoben werden können. Im Gegenteil: Die Empfehlungen der Gutachter zur Einführung eines „Vollmodells“, bei dem alle – statt bisher 80 – Krankheiten berücksichtigt werden, befeuern in der Praxis noch die finanzielle Schieflage. Die AOKen könnten ihre Monopolstellung in den Bundesländern weiter ausbauen. Neue, leichte Erkrankungen böten zudem einen größeren Spielraum für Upcoding-Strategien.

Ergänzend zu einer Reform des Finanzausgleichs gehört auch die grundsätzliche Konsolidierung der Einnahmen der Sozialversicherung auf die Agenda einer vorausschauenden Gesundheitspolitik. Es bedarf einer Antwort auf die Frage der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die jetzt nur von der GKV finanziert werden, müssen künftig von allen Bürgern über Steuern getragen werden. Das ist das Mindeste! Die Steuereinnahmen sprudeln und trotzdem werden den Beitragszahlern Leistungen auferlegt, die eigentlich über Steuern zu finanzieren wären. Allein im Jahr 2016 hat die GKV rund 34,3 Milliarden Euro für Leistungen oder Finanzierungsübernahmen ausgegeben, die eigentlich in die Verantwortung der öffentlichen Hand gehören, wie Mutterschaftsgeld oder die Finanzierung der Telematik-Infrastruktur. Mit gravierenden Folgen für die Beitragszahler. Denn während der Fiskus Milliardenüberschüsse verzeichnet, sind seit 2010 die durchschnittlichen Beitragssätze um 0,8 Prozentpunkte gestiegen. Zur weiteren Entlastung der Lohnkosten muss die Steuerfinanzierung ausgebaut werden, so die Forderung der Innungskrankenkassen. Die Höhe dieser Finanzierung muss dauerhaft und verlässlich sein. „Verschiebebahnhöfe“ darf es nicht mehr geben. Sowohl die Überprüfung des Morbi-RSA als auch die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen stehen auf der Agenda der möglichen Jamaika-Koalition. Es wäre wichtig, dass sie auch angepackt werden.

Mondpreise weiter vorhanden

Hoffnung haben die Innungskrankenkassen, dass auch weitere Themen angegangen werden, wie die Arzneimittelpreisbildung. Seit Mai ist das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz

(GKV-AMVSG) in Kraft. Die gute Nachricht ist, dass die ausgehandelten Preise für neue, patentgeschützte Arzneimittel wie bisher öffentlich zugänglich sind. Begrüßenswert ist zudem auch die Verlängerung des Preismoratoriums. Teil des Kompromisses ist es aber auch, dass die Umsatzschwelle, mit der bereits im ersten Jahr nach dem Inverkehrbringen unangemessene Preise verhindert werden sollten, gestrichen wurde. Damit bleibt das Problem überzogener Preise im ersten Jahr weiterhin virulent. Den sogenannten Mondpreisen sind weiterhin Tür und Tor geöffnet.

Unklar ist nach wie vor, ob die künftige Bundesregierung am Versandhandel festhalten will. Die Innungskrankenkassen setzen sich dafür ein. In der gesetzlichen Krankenversicherung waren es nicht einmal ein Prozent (0,95 Prozent) von verschreibungspflichtigen Medikamenten, die über den Versandhandel vertrieben wurden. Dass damit eine Gefährdung der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung mit Arzneimitteln vorliegt, wie vom BMG immer wieder verkündet, ist bei diesen Größenordnungen völlig abwegig. Und ganz im Gegenteil: Nur durch den Versandhandel können die sich aufgrund der immer stärker werdenden Konzentration von Apotheken entstehenden Lücken in der Fläche versichertenfreundlich geschlossen werden.

Beratungsrecht verankern – Datenhoheit garantieren

Die Bundesregierung hat in den vergangenen zwei Legislaturperioden die Patienten und ihre (Selbstbestimmungs-)Rechte immer wieder in den Mittelpunkt ihrer Politik gestellt. Doch es gibt auch hier noch Defizite. Die Versicherten müssen sich auf den Schutz ihrer gesundheitsbezogenen Daten verlassen können und selbstbestimmt über ihre Daten und deren Verwendung entscheiden. Zur effektiven Gestaltung der Versorgung kann aber auch ein Austausch von Daten zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern sinnvoll und notwendig sein. So zum Beispiel im Bereich Entlass- oder Krankengeldmanagement. Zu beiden Themen hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz in der 18. Legislaturperiode Änderungen vorgenommen. Beide Regelungen greifen allerdings aus Sicht der Innungskrankenkassen in ihrer Ausgestaltung zu kurz. Zur Erfüllung ihrer Beraterrolle müssen die Krankenkassen daher offiziell legitimiert werden, eine aktive, individuelle Kommunikation zu ihren Versicherten bezogen auf die im SGB V definierten Leistungen aufzunehmen. Das Beratungsangebot der Krankenkassen für die Versicherten sollte dabei freiwillig ausgestaltet sein und den entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechen.

Selbstverwaltungsthema muss auf Agenda

Auch das Thema Selbstverwaltung darf die neue Bundesregierung nicht unter den Tisch fallen lassen. Hier geht es um Stärkung, nicht um weitere Schwächung. Denn die Selbstverwaltung trägt entscheidend mit dazu bei, dass wir in Deutschland einen hohen Standard in der sozialen Absicherung im Allgemeinen und in der Gesundheitsversorgung im Speziellen haben. Trotzdem stoßen die Selbstverwalter im Alltag vielfach auf Widerstände und auf Kritik und vermissen oft Wertschätzung für ihre Arbeit. Kritisiert werden zum Beispiel die Effizienz und Effektivität der Strukturen. Darüber hinaus werden Defizite hinsichtlich der Aufgabenerfüllung bemängelt. Infrage gestellt wird aber auch die Legitimation der Akteure. Dass dabei nicht zwischen der sozialen Selbstverwaltung, wie sie z.B. bei den Krankenkassen gelebt wird, und der gemeinsamen Selbstverwaltung, wie in der gematik oder im GBA, unterschieden wird, ist ärgerlich. Dies gilt insbesondere dann, wenn seitens der Politik der Versuch unternommen wird, Verfehlungen in der ärztlichen Selbstverwaltung zum Anlass zu nehmen, um die Selbstverwaltung insgesamt an die Leine zu legen.

Fakt ist: Die Arbeit der Selbstverwaltung wurde in der letzten Legislaturperiode zunehmend erschwert. Höhepunkt war das mittlerweile in Kraft getretene GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz.

Selbstverwaltung lebt von der Möglichkeit, die unterschiedlichen Interessen frei auszugleichen. Sei es zwischen Versicherten und Arbeitgebern in der sozialen Selbstverwaltung oder zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Das Ringen um eine Entscheidung dauert mitunter seine Zeit. Dieser Prozess führt aber in der Regel dazu, dass die Ergebnisse dann auch gemeinsam getragen werden. Der Abstimmungsprozess innerhalb der Selbstverwaltung wird übrigens nicht einfacher, wenn weitere Gruppen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, beispielsweise Patientenvertreter. Ohne die wichtigen Impulse und berechtigten Anliegen hier klein reden zu wollen: Die Innungskrankenkassen sind gegen ein Stimmrecht in den Selbstverwaltungsstrukturen, aber für einen Dialog. Dass dies der richtige Ansatz ist, hat jüngst noch einmal die Plattform Gesundheit des IKK e.V. zum Thema "Selbstverwaltung auf Abruf – Legitimation oder Beschneidung" gezeigt.

Weitere Probleme müssen gelöst werden: Wann fließt das bisher fehlende Geld für Krankenhausinvestitionen seitens der Länder? Wie geht es weiter mit der Digitalisierung?

Die Bürger haben ein Recht auf Antworten – für ein bezahlbares deutsches Gesundheitssystem, das zu den stärksten weltweit gehört. So soll es auch bleiben.