

29. Dezember 2014

Nr. 99/2014/ Seite 1 von 23

Rückblick 2014 – Ausblick 2015 (Teil II)

Gleich zu Beginn dieser Legislaturperiode hat die Große Koalition ihre gesundheitspolitische Arbeit mit viel Einsatz aufgenommen. Die beiden Koalitionsparteien arbeiten vornehmlich ihre vereinbarte detailreiche gesundheitspolitische Agenda ab. Die Arbeit der Opposition gestaltet sich angesichts der Mehrheitsverhältnisse nicht einfach. Aber es zeigt sich auch wieder einmal, dass es „die Jahrhundertreform“ nicht gibt. Das Gesundheitssystem gehört nach wie vor in die Kategorie „semper reformandum“. Dazu gehört in der Gesundheitspolitik auch, dass frühere Entscheidungen aus sachlichen Notwendigkeiten oder aber aufgrund politischer Machtverhältnisse revidiert werden.

Auch in diesem Jahr hat die Redaktion des Schütze-Briefs Entscheider in unserem Gesundheitswesen gebeten, zum Jahreswechsel eine Bilanz zu ziehen:

Was ist im letzten Jahr an Positivem vorangekommen, was ist liegengeblieben oder gab es gar Entwicklungen zum Schlechteren.

Zu einem solchen Rückblick gehört aber auch der Ausblick:

Was steht an, was hat Priorität, wo gibt es Konsens, wo gehen die Meinungen und Interessen auseinander?

Da die Urteile von unterschiedlichen Verantwortlichkeiten und Interessen beeinflusst sind, wird es sich auch diesmal um ein Kaleidoskop handeln, das die Unterschiede sichtbar macht und zugleich erkennen lässt, welche Breite an Themen unser Gesundheitswesen umfasst und welche Interdependenzen bei Entscheidungen eine Rolle spielen.

Stillstand scheint es nach Durchsicht der eingegangenen Beiträge wohl nicht zu geben.

29. Dezember 2014

Nr. 99/2014/ Seite 4 von 23

Jürgen Hohl, Geschäftsführer des IKK e.V.

Große Koalition: Von Aufbruch und ungedeckten Schecks

Die Große Koalition ist eine Koalition für große Aufgaben. Diese Aussage von Bundeskanzlerin Angela Merkel bei der Unterzeichnung des Koalitionsvertrages trifft auch für die anstehenden Vorhaben im Gesundheitssystem zu. Und die Regierung war bisher nicht untätig und hat geliefert. Mehr als zehn Gesetzesvorhaben wurden angepackt und zum Teil auch schon verabschiedet. Darunter das erste Pflegestärkungsgesetz, das GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) und das Präventionsgesetz, über die beiden letzteren wird derzeit diskutiert. Dafür gebührt ihr Anerkennung, auch wenn sich, wie immer, über den Inhalt der Gesetzgebung trefflich streiten lässt.

Auf den Punkt gebracht: Für die Versicherten werden die Leistungen zwar ausgeweitet und die Versorgung an vielen Stellen optimiert, aber letztlich sind es für sie teure Geschenke – beispielsweise an die Ärzte. Geld macht begehrt und so ist es nicht verwunderlich, wenn die Koalition, die auch in anderen Bereichen wie in der Rentenpolitik Wohltaten verteilt, sich auch an den Rücklagen der gesetzlichen Krankenversi-

29. Dezember 2014

Nr. 99/2014/ Seite 5 von 23

cherung (GKV) gütig tut. Selbstbedienungsladen Gesundheitsfonds – der Eindruck ist nicht ganz abwegig.

Doch der Reihe nach. Mit dem GKV-FQWG haben die Krankenkassen ihre Beitrags-satzautonomie zurückbekommen. Dies war auch eine Forderung der Innungskran-kenkassen: Denn wir stehen zum wettbewerblichen und gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach der unfreiwilligen Stagnation unter den Be-dingungen des Zusatzbeitrags-Vermeidungswettbewerbs sollte jetzt wieder Investi-tion in Versorgung und Service möglich sein. Doch die Regierung hat den Kassen eine Reglementierung auferlegt, die nicht zu akzeptieren ist. Wer Zusatzbeiträge nimmt, muss sein Mitglied nicht nur in einem gesonderten Brief über diesen Schritt informie-ren, sondern hat – im Falle, dass der Zusatzbeitrag über dem Durchschnitt liegt – zusätzlich darauf hinzuweisen, dass es Kassen mit günstigen Beiträgen gibt. Dazu muss der GKV-Spitzenverband eine Liste mit allen Krankenkassen und den von ihnen erhobenen Zusatzbeiträgen veröffentlichen. In anderen Branchen wäre diese Vorge-hensweise undenkbar. Oder kann man sich vorstellen, dass eine private Krankenver-sicherung demnächst bei Tarifierungen auf günstigere Mitbewerber aufmerksam machen muss? Mit dieser Regelung wird der Preiswettbewerb erneut befeuert. Es bleibt zu hoffen, dass die Versicherten mündiger sind und nicht im sensiblen Bereich der medizinischen Versorgung auf die „Geiz ist geil“-Botschaften hereinfliegen.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen auch, dass die Versicherten bei künftigen Kostensteigerungen weiterhin einseitig belastet werden. So werden sie im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinnehmen müssen. Die Prognose von Bun-desgesundheitsminister Hermann Gröhe, dass 20 Millionen Versicherte 2015 mit ei-nem niedrigeren Beitrag als bisher „rechnen können“, muss erst der Realität stand-halten. Auf alle Fälle wird es aber nicht von langer Dauer sein. Das dicke Ende wird kommen: Die Beiträge werden rasch und spürbar steigen. Und das liegt nicht nur an steigenden Leistungsausgaben. Denn die Große Koalition konnte Verlockungen gut gefüllter Kassen nicht widerstehen und hat schon neue Ausgaben beschlossen.

Ein Beispiel dafür ist der Bundeszuschuss, mit dem ursprünglich versicherungsfremde Leistungen – beispielsweise die beitragsfreie Familienversicherung von Kindern und Ehepartnern oder Leistungen für Mutterschaft und Schwangerschaft – gegenfinan-ziert werden sollen. Seit 2012 beträgt der Bundeszuschuss auf dem Papier jährlich 14 Milliarden Euro. Im Jahr 2013 wurde er zur Konsolidierung des Bundeshaushalts auf 11,5 Milliarden Euro abgesenkt. Für eine Finanzspritze des Bundeshaushalts schrumpfte er 2014 auf 10,5 Milliarden. Erst 2016 soll der Zuschuss wieder 14 Mil-liarden Euro betragen und ab 2017 auf jährlich 14,5 Milliarden Euro festgeschrieben

29. Dezember 2014

Nr. 99/2014/ Seite 6 von 23

sein, so verspricht es zumindest das Bundesgesundheitsministerium. Verlässlich ist dies aber nicht, denn es droht die Schuldenbremse.

Auch im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der GKV bedient sich der Gesetzgeber wieder am Geld der Versicherten. Die mit Abstand kostenintensivste Regelung – nämlich die pauschale Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für einige Regionen, die 2017 greifen soll – schlägt allein mit 500 Millionen Euro zu Buche. Davon wird der Versicherte nichts spüren, nur die Ärzte werden profitieren. Und neue Forderungen drohen zu kommen; dieses Mal dann unter dem Stichwort der Abstandsklausel.

Doch es gibt auch erhebliche Verbesserungen für die Versicherten mit den jetzt vorliegenden Gesetzen bzw. ihren Entwürfen. Positiv werten die Innungskrankenkassen, dass sich die Bundesregierung der demografischen Entwicklung stellt und die Versorgung der Bevölkerung nachhaltig verbessern will. Auch das Einholen einer Zweitmeinung vor planbaren Operationen stößt bei den Innungskrankenkassen auf großes Wohlwollen. Gut ist, dass hier mit dem Kabinettsentwurf bereits ein Manko des Referentenentwurfs behoben wurde: Es ist nun sichergestellt, dass die Krankenkassen hier ihre bestehenden Verträge weiterführen können.

Eine einseitige Belastung der GKV erkennen die Innungskrankenkassen auch beim Entwurf des Präventionsgesetzes. Die Vermeidung von Krankheiten durch Prävention und die Förderung der Gesundheit sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Alle Akteure, also auch Länder und Kommunen, müssen deshalb finanziell dafür herangezogen werden. Davon findet sich aber im Gesetzesentwurf wiederum nichts. Und warum müssen Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung seitens der Krankenkassen finanziert werden? Diese Institution ist eine nachgeordnete Behörde des Bundesgesundheitsministeriums. Ergo müssen dafür auch Mittel des Bundeshaushaltes zur Verfügung gestellt werden und nicht das Geld von Versicherten.

Die Innungskrankenkassen gehen davon aus, dass der vierte Anlauf zu einem Präventionsgesetz gelingen wird. Die Stärkung von Präventions- und Gesundheitsförderung ist zu wichtig, als dass sie erneut zwischen Bundes- und Landesebene zerrieben wird. Besonders hervorzuheben bei dem aktuellen Gesetzentwurf ist für die Innungskrankenkassen, dass erstmalig auch Pflegebedürftige im stationären Bereich zielgerichtete Präventionsmaßnahmen erhalten sollen. Auch die Bereitstellung von mehr Geld für Prävention in außerbetriebliche Lebenswelten und für die betriebliche Gesundheitsförderung ist zu begrüßen, wenn man hier auch die einzelnen Budgets besser zusammenlegen sollte, um den Handlungsspielraum der Kassen zu erweitern. Denn es gibt bereits jetzt Innungskrankenkassen, die das für betriebliche Gesundheitsförderung vorgesehene Budget überschreiten. Diese Investitionen sind zu wert-

29. Dezember 2014

Nr. 99/2014/ Seite 7 von 23

voll, als dass man sie mit Blick auf allgemeine Maßnahmen in außerbetrieblichen Lebenswelten opfern darf.

Wichtige Entscheidungen stehen auch im kommenden Jahr an. So wird Mitte Januar der Entwurf eines neuen E-Health-Gesetzes erwartet. Das ist dringend notwendig, um einen konkreten Zeitplan für die Online-Anbindung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit klaren Entscheidungsstrukturen festzulegen. Damit die Versicherten von der eGK endlich profitieren. Bisher ist der Nutzen mehr als gering, aber die Ausgaben laufen ins Uferlose. Gegenüber der alten Krankenversichertenkarte kann derzeit lediglich durch ein Lichtbild der Missbrauch von Leistungen besser verhindert werden. Zehn Jahre nach der gesetzlichen Verpflichtung, die Karte einzuführen, ist das ein Armutszeugnis.

Auf der Website des IKK e.V. – www.ikkev.de – kann übrigens jeder sehen, wie viel Geld schon geflossen ist, ohne dass den Versicherten ein Mehrwert der eGK zur Verfügung steht: mit der Kostenuhr, die sekundlich aktualisiert wird. Die Politik ist am Zuge.