

Transparenz ja, aber zu wessen Nutzen?

Jürgen Hohnl, Geschäftsführer IKK e.V.

Wenn es ein Wort gibt, das in der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahren Hochkonjunktur hatte und noch immer hat, dann ist es Transparenz. „Die CDU unterstützt ein Höchstmaß an Transparenz“, äußerte sich bereits im Januar 2010 der damalige CDU-Ge-

neralsekretär und derzeitige Gesundheitsminister Hermann Gröhe, nachdem einige Krankenkassen Zusatzbeiträge angekündigt hatten. „Versichertenfreundliche Transparenz“ forderte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, Hilde Mattheis, als es um die Diskussion des aktuellen Koalitionsvertrages ging. Auch die Grünen im Deutschen Bundestag haben in einem aktuellen Antrag „größtmögliche Transparenz“ verlangt. Und zu guter Letzt bilden „Transparenz und Offenheit“ für die Linken die „notwendige Grundlage für ein solidarisches Gesundheitssystem“, wie die Gesundheitspolitikerin Kathrin Vogler während der Organspende-Debatte betonte.

Transparenz als Schlagwort – bezogen auf die gesetzliche Krankenversicherung – ist aus Reden, Gesetzestexten, Anfragen und öffentlichen



Verlautbarungen nicht mehr wegzudenken. Bei der Begründung dieser einhelligen Forderung wird immer wieder auf das Interesse der Versicherten verwiesen. Seit 2002 ist die Höhe der Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Leistungsausgaben in den Mitgliederzeitschriften zu veröffentlichen. Dies wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2014 verschärft. Jetzt sind die Kassen verpflichtet, ihre Jahresabschlüsse mit Mitgliederentwicklung, Einnahmen und Ausgaben, Vermögenssituation, Verwaltungsausgaben sowie die Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung publik zu machen. Seit 2004 müssen auch die Gehälter der Vorstände der Krankenkassen veröffentlicht werden.

Aus Sicht der Versicherten sind das durchaus nachvollziehbare Entscheidungen. Dass der Versicherte, wie vom Bundesgesundheitsministerium vermutet, damit ein „klareres Bild von der finanziellen Situation seiner Kasse“ hat, ist unbestreitbar. Aber reicht das aus, um die Leistungen einer Kasse besser einschätzen zu können?

Mit dem gerade verabschiedeten Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Krankenversicherung (GKV-FQWG) hat die Politik den Kassen in Sachen Transparenz eine weitere Informationspflicht auferlegt. Wer Zusatzbeiträge nimmt, muss sein Mitglied nicht nur in einem gesonderten Brief über diesen Schritt informieren, sondern hat – im Falle, dass der Zusatzbeitrag über dem Durchschnitt liegt – zusätzlich darauf hinzuweisen, dass es Kassen mit günstigeren Beiträgen gibt. Dazu muss der GKV-Spitzenverband eine Liste mit allen Krankenkassen und den von ihnen erhobenen Zusatzbeiträgen veröffentlichen. In anderen Branchen wäre diese Vorgehensweise undenkbar. Oder möchte der Gesetzgeber, dass der PKV-Verband demnächst bei Tarifierungen auf günstigere Mitwettbewerber aufmerksam machen muss? Die Krankenkassen fühlen sich verständlicherweise gegängelt.

Diese Reglementierung geht zu weit und kann nicht im Interesse eines mündigen Versicherten sein. Denn können Krankenkassen mit ruhigem Gewissen auf „preiswertere“ Anbieter verweisen, wenn gar nicht klar ist, welche Leistungen und Betreuungsangebote tatsächlich für den Versicherten bereitgehalten werden? Durchaus kann eine Krankenkasse effizient und hervorragend arbeiten und dennoch mehr Geld benötigen – beispielsweise für einen überdurchschnittlichen Service oder weiterführende Satzungsleistungen, die nur sie auszeichnet. Das Monetäre wird so weiterhin Qualitäts- und Versorgungsaspekte überstrahlen. Will das die Bundesregierung?

Schaut man sich die Begründung des geplanten Vorhabens näher an, so sollte eben dies nicht Sinn und Zweck der Neuregelung sein. Viel mehr noch, die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, den bestehenden Zusatzbeitragsvermeidung-Wettbewerb abzuschaffen. Ob ihr das auf diesem Weg gelingt, halten die Innungskrankenkassen auf jeden Fall für

fraglich. Kritisch sehen die Innungskrankenkassen darüber hinaus, dass die Versicherten bei künftigen Kostensteigerungen weiterhin einseitig belastet werden. So werden die Versicherten im Zeitverlauf eine zunehmende Nettolohnminderung hinzunehmen haben. Da tröstet es wenig, wenn Bundesgesundheitsminister Gröhe öffentlich verkündet, dass die Beiträge „nicht ins Uferlose“ steigen dürfen. Das verpflichtete ihn zur Sparsamkeit. Seine Prognose, dass 20 Millionen Versicherte im kommenden Jahr mit einem niedrigeren Beitrag als bisher „auskommen“, muss erst der Realität standhalten. Zweifel an dieser Aussage sind nicht erst mit Blick auf die Rechnungsergebnisse des ersten Quartals 2014 (KV-45-Zahlen) angebracht.

Die Finanzierung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt aber nicht allein den Beitragszahlern, also den Versicherten und Arbeitgebern. Umso wichtiger ist es, die Steuerfinanzierung für versicherungsfremde Leistungen, wie Mutter-Kind-Kuren oder auch Betriebs- und Haushaltshilfen, verlässlich beizubehalten. Die im Gesetz festgelegten 14 Milliarden Euro sind da eine absolute Untergrenze.

Den großen Wurf in Sachen Qualität verspricht sich die Große Koalition mit einem neu geschaffenen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz. Die Innungskrankenkassen begrüßen sehr, dass Qualität einen großen Raum in der ambulanten und stationären Versorgung einnehmen soll. Die Gründung einer neuen Einrichtung ist nachvollziehbar. Jedoch muss nach unserer Ansicht sehr genau darauf geachtet werden, welche Daten bereits heute an welcher Stelle erhoben und zur Qualitätssicherung herangezogen werden können. Das Rad muss nicht neu erfunden werden: Unproduktive Doppelungen kosten mehr Geld und bringen nicht den gewünschten Erfolg.

Mit dem GKV-FQWG hat die Koalition auch Änderungen am Morbi-RSA vorgenommen. Im Koalitionsvertrag waren „zeitgleiche“ Veränderungen der Berücksichtigung von Leistungsausgaben Verstorbener wie für die Erstattung von Kosten der Auslandsversicherten und beim Krankengeld vorgesehen. Hier hat die große Koalition das erstinstanzliche Urteil zur sogenannten Verstorbenenproblematik zum Anlass genommen, um für die Bereiche Auslandsversicherte und Krankengeld zeitlich befristete Veränderungen vorzunehmen.

Die Regelungen für den Bereich Auslandsversicherte sind aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht zielführend. Beschlossen wurde, dass die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die tatsächlich gemeldeten Ausgaben für Auslandsversicherte begrenzt werden. Diese Ausgaben sollen alle Kosten umfassen, für die die GKV im Rahmen von Auslandsleistungen aufkommt. Ein struktureller Fehlanlass. Denn die Auslandsversicherten verursachen auch Kosten in Deutschland. Es ist keine Ausnahme, dass Versicherte, die im Ausland wohnen, medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen. Bei einigen Kassen

betragen die Ausgaben für Auslandsversicherte in Deutschland bereits die Hälfte der Zuweisungen für Auslandsversicherte.

Die gefundene Regelung zum Ausgleich des Krankengeldes wird von den Innungskrankenkassen mitgetragen. Die diskutierten Vorschläge, welche eine stärkere Betonung der Grundlohnkomponente vorsahen, hätten aus Sicht der Innungskrankenkassen die Zielgenauigkeit nicht verbessert. Die Befürworter verkennen, dass neben dem Grundlohn auch die Art der Krankheit und das Umfeld Einfluss auf das Krankengeld haben.

Die Würze bekam das Gesetz erst kurz vor Abschluss des parlamentarischen Verfahrens in Form von 25 Änderungsanträgen, zu denen nicht nur die eben erwähnte gesonderte Hinweispflicht für Zusatzbeiträge zählte. Im Sinne eines Omnibusverfahrens wurden u.a. der an Qualitätsvorgaben gekoppelte Vergütungsausgleich für Hebammen, die Aufstockung der Fördermittel für die Unabhängige Patientenberatung, die Verlängerung der Optionsphase für PEPP und mit der Verpflichtung der Kassen zur Übermittlung der Regionalkennzeichen ihrer Versicherten an das BVA ein erster Schritt zur Einführung der von der CSU geforderten Regionalkomponente im RSA durch die Hintertür zum Bestandteil des GKV-FQWG.

Ärgerlich aber sind vor allem die eingebrachten Regelungen zu den Landesschiedsstellen. Hier gilt: Gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht! Es ließe sich sogar von „verschlimmbessern“ sprechen. Entgegen der einhelligen Forderung seitens des GKV-Spitzenverbands, der DKG sowie des Bundesrats, den mit dem Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung im vergangenen Jahr geänderten § 17 c KHG wieder abzuschaffen, will die Bundesregierung mit ihrem Änderungsantrag die Besetzung der Landeslichtungsstellen förmlich erzwingen. Dies trägt aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht dazu bei, das Problem zu beheben.

Trotz kleinerer und größerer Kritikpunkte, die auch die Innungskrankenkassen an der Ausgestaltung des GKV-FQWG und vor allem einzelner Änderungsanträge haben, wird das Gesetz den Bundesrat voraussichtlich unbeschadet, da nicht zustimmungspflichtig, passieren. Alle Akteure haben dann den Auftrag, das Gesetz mit Leben zu erfüllen. Ob all das alltagstauglich ist, wird die Zeit zeigen. Vor Nachbesserungen sollte und darf sich die Politik nicht scheuen – im Interesse einer hochwertigen Versorgung der Versicherten und der Transparenz, die diese überhaupt erst möglich macht.