

Impulsreferat

gehalten von Christian Zahn,

Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

anlässlich der

vdek-Veranstaltung „Gespräche am Fluss“

am 20. Mai 2016 in Bremen

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Große Koalition ist eine teure Koalition:

Gesetzgeberische Maßnahmen werden mit großer Mehrheit durchgesetzt und die Opposition hat es schwer, Akzente zu setzen.

Entscheidungen im Bundesrat können – wenn notwendig – durch den Bundestag mit Zwei-Drittel-Mehrheit überstimmt werden.

Die Große Koalition hat bislang 17 Gesetze von gesundheitspolitischer Relevanz erlassen.

Diese Gesetze haben eine erhebliche Finanzwirkung.

Mehr Geld im Gesundheitssystem ist meines Erachtens aber nur dann gerechtfertigt, wenn mehr für die Versicherten herauskommt.

Wenn die Versorgungsstrukturen verbessert werden, wenn die Qualität der Behandlung gesteigert wird oder wenn die Leistungen dauerhaft wirtschaftlicher erbracht werden können.

Das reklamieren viele Gesetze dieser Legislaturperiode von sich. Sie heißen Versorgungs STÄRKUNGS- oder Krankenhaus STRUKTURgesetz und sie geben vor, zum Wohle des Patienten aufgelegt worden zu sein.

Gerade die beiden genannten Gesetze bedingen, dass die GKV sehr viel Geld in die Hand nehmen muss.

Das Versorgungsstärkungsgesetz wird in den nächsten Jahren mit je fast einer zusätzlichen Milliarde Euro zu Buche schlagen.

Die Krankenhausreform ist ungleich teurer. Ursprünglich hätte sie bis einschließlich des Jahres 2020 5,3 Milliarden Euro gekostet.

Durch den sogenannten „Bund-Länder-Kompromiss“ vom 2. Oktober des letzten Jahres kommen nochmal 3,6 Milliarden Euro dazu!

Eigentlich sollte die Krankenhausreform treffender Krankenhausfinanzierungsgesetz heißen und nicht Krankenhausstrukturgesetz.

Lassen Sie mich aber zwei Punkte nennen, die ich grundsätzlich positiv sehe:

Erstens:

Das Gesetz setzt auf Qualität.

Und es macht Qualität zu einem Hauptkriterium in der Krankenhausplanung.

Der vdek hatte bereits vor dem Krankenhausgesetz beim IGES-Institut eine Studie in Auftrag gegeben, die zeigen sollte, wie man Qualität im Krankenhaus messen und verbessern kann.

Die Studie schlägt dafür verbindliche Mindeststandards für Qualitätsindikatoren vor, die nicht unterschritten werden dürfen.

Krankenhäusern unterhalb des Mindeststandards werden zwei Jahre Zeit gegeben, um den Mindeststandard zu erreichen.

Ich bin zufrieden, dass in die Krankenhausreform unsere Impulse für eine bessere Qualität eingeflossen sind.

Dazu zählen neben der Verwendung von Qualitätsindikatoren auch rechtssichere Mindestmengen, die Kündigung von Versorgungsverträgen bei unzureichender Qualität oder die MDK-Kontrollen zur Überprüfung von Qualitätsvorgaben.

Das zeigt, dass der Gesetzgeber es mit der Qualität im Krankenhaus ernst meint. Das ist gut für die Patienten.

Bei der Krankenhausplanung bleibt es den Ländern jedoch grundsätzlich freigestellt, inwieweit sie die neuen Qualitätsvorgaben aufgreifen und vor Ort umsetzen.

Das Qualitätsversprechen der Krankenhausreform lässt sich aber nur einlösen, wenn die Länder den Weg zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen mitgehen.

Und ich meine: Die Länder haben hier eine Verantwortung gegenüber den Beitragszahlern und den Patienten.

Schließlich müssen diese tief ins Portemonnaie greifen, um die Krankenhausreform zu finanzieren.

Deshalb appelliere ich an die Länder, die Qualitätsverpflichtungen der Strukturreform aktiv mitzutragen.

Damit aus dem Gesetz etwas Gutes für die Patienten erwächst.

Zweitens:

Mit dem Gesetz wird ein Strukturfonds aufgelegt.

Dieser soll den qualitätsorientierten Umbau der Krankenhauslandschaft vorantreiben.

Das Finanzvolumen in Höhe von einer Milliarde Euro wird hälftig aus dem Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die Länder finanziert.

Wir haben die Idee des Strukturfonds sehr begrüßt.

Und wir haben in der GKV darum gekämpft, klar zu formulieren, was die vorrangigen Ziele dieses Fonds sein müssen. Damit er tatsächlich einen Beitrag zum überfälligen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft leisten kann.

Unsere Vorschläge sind gut und geben dem Abbau von überflüssigen Kapazitäten und der Einleitung von Konzentrationsprozessen einen klaren Vorrang.

Mit der Vorlage der Durchführungsverordnung für den Strukturfonds mussten wir aber feststellen:

Diese Chance wird im Zweifel vertan!

Stattdessen wird einer „Türschildpolitik“ Vorschub geleistet.

Wissen Sie, eine Fachabteilung Innere Medizin lässt sich mit Fördergeldern leicht pro forma schließen, um anschließend in einer vermeintlich neuen geriatrischen Fachabteilung am gleichen Standort die gleichen Leistungen zu erbringen.

Wir wollten, dass solche Strategien ausgeschlossen werden.

Da das Geld des Strukturfonds nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel verteilt wird, kann Bremen fünf Millionen Euro aus dem Fonds abrufen.

Das ist – gemessen an der Aufgabe – nicht sehr viel.

Was dennoch nicht passieren darf ist, dass dieses Geld einfach in den Landes-Investitionstopf fließt.

Ich weiß, dass auch die Bremer Krankenhäuser einen nicht unbeträchtlichen Investitionsstau aufweisen.

Aber der Strukturfonds ist nicht dafür da, fehlende Investitionsmittel der Länder zu ersetzen.

Leider greift die Krankenhausreform das Problem der Investitionsfinanzierung nicht auf.

Deshalb von meiner Seite ein zweiter Appell an die Länder:

Nehmen Sie die Investitionsfinanzierung ernst. Und gehen Sie mit den Möglichkeiten, die der Strukturfonds bietet, verantwortungsvoll um.

Das zweite von mir heute angeführte Gesetz, das Versorgungsstärkungsgesetz, verdient eher den Namen „Strukturgesetz“.

Nur bleibt es – ähnlich wie sein Vorgänger aus der vorangegangenen Legislaturperiode – auf einem Auge blind.

Es wird viel gegen eine drohende Unterversorgung von Ärzten getan. Das ist wichtig und findet unsere volle Unterstützung.

Allerdings kommen viele Maßnahmen, die ursprünglich unterversorgten Gebieten vorbehalten waren, nun auch anderen, gut versorgten Regionen zugute. Zum Beispiel die Strukturfonds zur Förderung der ärztlichen Niederlassung.

Daneben wird auch die Bedarfsplanung überarbeitet, indem neue Verhältniszahlen für die ärztliche Versorgung entwickelt werden. Zudem soll eine kleinräumigere Planung möglich sein.

So hilfreich solche Maßnahmen im Einzelfall sein können - die vielfach vorhandene Überversorgung wird sich weiter verschärfen.

Die Versorgungsdisparitäten zwischen den Regionen werden so eher größer als kleiner.

Doch genauso wie die Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten müssen wir die Überversorgung in den Ballungsgebieten ins Visier nehmen. Das ist bislang nur unzureichend geschehen.

Weder das Versorgungsstrukturgesetz noch das Versorgungsstärkungsgesetz halten hierfür wirklich wirkungsvolle Instrumente bereit.

Der vielzitierte Praxisaufkauf jedenfalls überzeugt bisher nicht.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen hat bislang als einzige KV von dieser Regelung Gebrauch gemacht.

Gut ist aber, dass im Zuge dieser Regelung ein Anreiz geschaffen wird, Praxissitze innerhalb eines Planungsgebietes zu verlegen, um Versorgungsprobleme abzufangen.

Auch Bremen hat Stadtgebiete, in denen sich Ärzte nicht so gerne niederlassen.

Die Kassenärztliche Vereinigung sollte diese Chance nutzen und so für ein gleichmäßiges Versorgungsangebot sorgen. Die Ersatzkassen unterstützen dabei gern in den Zulassungsausschüssen.

Gut ist auch, dass mit dem Versorgungsstärkungsgesetz auch die Rahmenbedingungen für das Entlassmanagement verbessert worden sind.

Allen voran die Krankenhäuser haben klare Aufgaben in ihr „Pflichtenheft“ geschrieben bekommen.

Ziel ist, dass ein nahtloser Übergang von der Behandlung im Krankenhaus hin zur ambulanten Weiterbehandlung, Rehabilitation oder Pflege sichergestellt wird.

So dürfen nun auch Ärzte in den Krankenhäusern in einem vorgegebenen Rahmen Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ausstellen.

Sie dürfen auch den Patienten arbeitsunfähig schreiben und ihm so einen unnötigen weiteren Gang zum niedergelassenen Arzt ersparen.

Solche Regelungen kommen beim Patienten an.

Aus unserer Ersatzkassensicht haben wir uns insbesondere über die Flexibilisierung des Selektivvertragsrechts gefreut.

Dies ist insbesondere mit Blick auf den Innovationsfonds von Bedeutung, der dieses Jahr an den Start geht.

Der mit jährlich 300 Millionen Euro aus GKV-Mitteln ausgestattete Fonds soll zunächst vier Jahre laufen. Er ist dafür eingerichtet

worden, Ideen für sektorübergreifende und neue Versorgungsformen zu entwickeln und mit finanzieller Unterstützung ausprobieren zu können.

Von Aristoteles stammt der Spruch: *„Was man lernen muss, um es zu tun, das lernt man, indem man es tut.“*

Die Bundesregierung war so mutig, dieser Wahrheit Geltung zu verschaffen, in dem sie beim Bundesversicherungsamt den Innovationsfonds eingerichtet hat.

Wichtig ist, dass der Innovationsfonds Impulse liefert, wie das Gesundheitswesen sinnvoll weiterentwickelt werden kann.

Zurzeit läuft die Ausschreibung und die Themenfelder sind breit angelegt. Es werden Versorgungsmodelle für ländliche Gebiete genauso Platz finden wie Projekte zur Arzneimitteltherapie, zum Nutzen von E-Health und Telemedizin sowie für spezielle Patientengruppen.

Für die Ersatzkassen kann ich sagen: Wir haben die ein oder anderen guten Idee, die wir anbringen werden.

Im Oktober ist mit den ersten Förderbescheiden zu rechnen. Und ich würde mich freuen, wenn auch Förderbescheide nach Bremen gehen.

Meine Damen, meine Herren,

die Reformen der Großen Koalition verlangen der GKV finanziell viel ab. Dies sagte ich bereits eingangs.

Die Mehrausgaben resultieren auch aus Gesetzen, auf die ich heute nicht eingehen kann wie zum Beispiel dem

Präventionsgesetz oder dem Gesetz zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung.

Und weitere Gesetze sind noch in der Pipeline. So werden wir uns als Ergebnis des Pharma-Dialogs noch mit der ein oder anderen arzneimittelrechtlichen Regelung beschäftigen müssen.

Und die werden vermutlich nicht kostenlos sein.

Wir rechnen damit, dass die GKV in den nächsten fünf Jahren etwa 15 Milliarden Euro mehr aufbringen muss.

Rechnet man die allgemeine Ausgabenentwicklung hinzu, ist selbst unter optimistischen Annahmen mit einer Zusatzbeitragserhöhung in jedem Jahr von 0,2 Beitragssatzpunkten auszugehen.

Wir werden im Jahr 2020 also einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von mindestens 1,9 Prozent haben. Heute sind es noch 1,1 Prozent.

Diese sind nach der heutigen Finanzarchitektur allein von den Versicherten zu finanzieren.

Ich frage mich, ob wir eine so teure Krankenhausreform gehabt hätten, wenn die Arbeitgeber noch mit in unserem Boot sitzen würden.

Es würde ganz andere politische Kräfte freisetzen, wenn die finanziellen Folgen der Reform auch die Wirtschaft treffen würden.

Und machen wir uns nichts vor; es hat schon ein anderes Gewicht, wenn wir als Versichertenvertreter mit den Arbeitgebern politisch an einem Strang ziehen.

Wir werden uns als Ersatzkassen deshalb für eine Finanzierungsreform einsetzen.

Eine Finanzierungsreform, in der

Erstens – Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam für Weiterentwicklung und Finanzierung unseres Gesundheitssystems einstehen,

und zweitens – die heutigen Rücklagen im Gesundheitsfonds bis auf die Mindestreserve an die Krankenkassen zurückfließen und für die Versorgung der Versicherten eingesetzt werden bzw. deren Zusatzbeitragssatz stützen.

Die Zusatzbeitragssätze variieren derzeit zwischen Null bei einigen wenigen Kassen, die von günstigen Regionalbedingungen profitieren, bis hin zu 1,7 Prozent.

Diese Spreizung wird zunehmen.

Deshalb brauchen wir drittens auch eine Reform des Finanzausgleichs.

Denn die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen bekommen seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs weniger Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, als sie gemäß ihrer durchschnittlichen Versicherungsrisiken benötigen.

Die AOKen hingegen erzielen Jahr für Jahr eine Überdeckung.

Der Wettbewerbsnachteil zwischen AOKen und Ersatzkassen betrug im Jahr 2014 in Geld ausgedrückt fast 1,4 Milliarden Euro.

Ursächlich sind hier vor allem strukturelle Faktoren, die in der derzeitigen Konstruktion des Morbi-RSA begründet sind.

Zum Beispiel bekommen die Krankenkassen für Personen, die eine Erwerbsminderungsrente beziehen, Extra-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Diese Regelung stammt noch aus der Anfangszeit des RSA und ist durch die Krankheitsauswahl des Morbi-RSA überholt worden.

Auch bei der Krankheitsauswahl selbst gibt es Korrekturbedarf. Heute werden zu viele Volkskrankheiten berücksichtigt. Wir plädieren dafür, im RSA primär die Krankheiten zu berücksichtigen, die sehr hohe Kosten im einzelnen Krankheitsfall verursachen.

Dies sind nur zwei Beispiele – es gibt aber weitere.

Was daraus folgt, liegt auf der Hand:

Erstens ist ein fairer Wettbewerb der Krankenkassen zurzeit nicht gewährleistet. Bleiben die Mängel im Finanzausgleich bestehen, werden sich die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen vergrößern.

Zweitens: Wird der Morbi-RSA nicht korrigiert, werden Versicherte von Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen finanziell bestraft, weil ihre Zusatzbeitragssätze stärker steigen werden.

Aber der RSA ist nicht geschaffen worden, um einzelne Kassen im Wettbewerb zu benachteiligen.

Er ist erst Recht nicht geschaffen worden, um Versicherte in bestimmten Krankenkassen schlechter zu stellen als andere.

Nur weil der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen nicht richtig funktioniert.

Deshalb brauchen wir dringend Korrekturen beim Morbi-RSA.

Meine Damen, meine Herren,

Ich weiß, Fragen der Krankenkassenfinanzierung und des Morbi-RSA sind komplexe Themen.

Wir kommen aber nicht umhin, uns mit dieser schwierigen Materie ernsthaft zu befassen.

Denn der Preiswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung über die Zusatzbeiträge wird zunehmen.

Und die Zusatzbeiträge treffen jeden einzelnen Beitragszahler unmittelbar.

Die Finanzierungsfragen werden die gesundheitspolitische Diskussion in den nächsten Jahren maßgeblich bestimmen.

„Eine große Koalition ist eine teure Koalition.“

Die Rechnungen werden uns in den nächsten Jahren präsentiert.

Es ist unsere Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sie nicht höher ausfallen als unbedingt nötig.

Und es ist unsere Aufgabe, dafür zu sorgen, dass die Versicherten und Patienten etwas Vernünftiges für ihr Geld bekommen.

In diesem Sinne bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.