

Statement

von

Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**„Finanz- und Marktsituation der GKV und der Ersatzkassen
Chancen und Risiken der gesundheitspolitischen Gesetzgebung
in 2015“**

am 28. Januar 2015

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesregierung hat sich für 2015 einiges vorgenommen, acht Gesetze stehen auf der politischen Agenda beziehungsweise durchlaufen die parlamentarischen Verfahren. Wir begrüßen diese Reformen, erwarten aber auch, dass sie einen Nutzen für die Patienten bringen und die Versorgung qualitativ verbessern. Doch dazu ist es auch notwendig, die neuen Versorgungsangebote vom Bedarf und der Perspektive der Versicherten aus zu betrachten. Denn wenn die Versorgung teurer wird, wird sie noch lange nicht besser! Wir erwarten daher von der Politik auch, dass die anstehenden Reformen noch einmal auf ihre Finanzwirkungen und ihren Bedarf für die Versorgung der Versicherten hin überprüft werden. Eine umsichtige Ausgabenpolitik ist dabei ebenso gefragt, denn die Versicherten sind auch Beitragszahler!

Am Beispiel des Versorgungsstärkungsgesetzes, kurz GKV-VSG, und der Krankenhausreform möchte ich dies noch einmal deutlich machen.

Durch das geplante Versorgungsstärkungsgesetz werden allein im Jahr 2017 Mehrausgaben von mindestens 700 Millionen Euro plus X auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zukommen. Plus X deshalb, weil die finanziellen Folgen einer Reihe von Regelungen dieses Gesetzes heute noch nicht quantifizierbar sind. Dazu zählt etwa die Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Arzneimittelverordnung, aber auch, dass die Krankenkassen die Haftpflichtkosten freiberuflicher Hebammen tragen sollen.

Wir wissen jedoch mit großer Sicherheit bereits jetzt, dass eine völlig unsinnige Konvergenzregelung die Krankenkassen bis zu 500 Millionen Euro kosten kann. Diese Regelung wird dazu führen, dass die Versicherten mehr Beitragsmittel aufbringen müssen, damit Ärzte – vornehmlich in den KV-Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe – eine höhere Vergütung bekommen. Einen Mehrwert für die Versicherten bringen diese Millionenausgaben nicht. Wenn Ärzte mehr Geld bekommen, dann muss sich aus unserer Sicht auch die Versorgung verbessern. Und das nicht nur in Nordrhein und Westfalen-Lippe, sondern überall.

Der vorliegende Entwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz sieht einen Innovationsfonds vor, der mit zusätzlichen 300 Millionen Euro im Jahr ausgestattet werden soll. Der Ansatz, Versorgungsinnovationen – also zum

Beispiel Strukturverträge, Verträge zur Integrierten Versorgung und Modellvorhaben – gezielt zu fördern, ist aus unserer Sicht zwar grundsätzlich richtig. Doch vor dem Hintergrund, dass die Gelder für Leistungen zusätzlich zur Regelversorgung ausgegeben werden sollen, ist der Fonds mit 300 Millionen Euro pro Jahr überdimensioniert. Hier sollte die Politik noch einmal nachjustieren. Und es muss sichergestellt werden, dass bei jedem Projekt, das über den Innovationsfonds gefördert wird, mindestens eine Krankenkasse beteiligt ist; denn die Krankenkassen tragen dafür Sorge, dass die Neuerungen auch beim Patienten ankommen.

Aber auch die geplanten Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen und zum Abbau von Überversorgung in Ballungsgebieten bedürfen der Überarbeitung. Beispiel: Strukturfonds.

Strukturfonds sind bekanntlich für Planungsgebiete vorgesehen, die von Unterversorgung bedroht sind oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf aufweisen. Mit den Fondsmitteln sollen zum Beispiel Neuniederlassungen von Ärzten durch Zuschüsse gefördert oder Gelder für Stipendien bereitgestellt werden. Aktuell gibt es solche Fonds in neun der 17 KV-Bezirke. Doch nun will sie der Gesetzgeber flächendeckend ausrollen. Das ist nicht nachvollziehbar. Denn wenn zusätzliche Gelder da fließen, wo gar keine Versorgungsprobleme bestehen, bedeutet das letztlich nichts anderes, als dass Überversorgung weiter gefördert wird. Mit dem Ergebnis, dass sich in den strukturschwachen Regionen die Suche nach ärztlichem Personal noch schwieriger gestalten wird als ohnehin schon.

Mit der Regelung zum Praxisaufkauf möchte der Gesetzgeber auf der anderen Seite Überversorgung abbauen. Allerdings bezweifle ich, dass das wirklich funktioniert. Solange es dabei bleibt, dass bei Nachbesetzungsverfahren von Arztpraxen andere Abstimmungsmodalitäten gelten, als bei allen anderen Entscheidungen der Zulassungsausschüsse ist die Regelung rein kosmetischer Natur. Unsere Zweifel verstärken sich auch dadurch, dass künftig bei der Feststellung einer Überversorgung, diejenigen Ärzte nicht mehr mitgezählt werden sollen, die durch eine Ermächtigung seitens der Zulassungsausschüsse an der Versorgung teilnehmen. Damit werden reale Überversorgungssituationen künstlich kaschiert – Gegenmaßnahmen können nicht ergriffen werden.

Meine Damen und Herren,

ich komme zur Krankenhausreform. Wir begrüßen, dass die Politik mit der Gesetzesinitiative wichtige Strukturreformen im Krankenhausbereich angehen will, und wie Sie wissen, hat die Bund-Länder-AG hierzu ja bereits eine Umsetzungsvorlage geliefert. Doch bei den bisher bekannt gewordenen Vorhaben besteht ebenfalls noch Nachbesserungsbedarf. Zumal diese Reform allein in den kommenden drei Jahren 3,8 Milliarden Euro kosten wird und es in dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG geradezu von finanziellen Zuschlägen wimmelt: Sicherstellungszuschläge soll es geben, Zentrumszuschläge, Zuschläge für Qualität oder Zuschläge für die Notfallversorgung. Doch wenn so viel Geld in die Hand genommen werden soll, muss sich auch die Versorgung für die Versicherten spürbar verbessern.

Eine Krankenhausreform sollte aus meiner Sicht vier wesentliche Punkte zum Ziel haben:

1. Sie muss das Mengenproblem gezielt angehen: Unnötige, rein wirtschaftlich motivierte Operationen und Behandlungen schaden den Patienten und kosten die Beitragszahler viel Geld. Laut einem OECD-Bericht aus dem Jahr 2013 werden in Deutschland doppelt so viele Hüft- und Knie-Endoprothesen (TEP) und viermal so viele Herzkatheteruntersuchungen erbracht wie im internationalen Durchschnitt. Es werden in Deutschland auch mehr als doppelt so viele Gallenblasen entfernt wie in den Achtziger Jahren. Und innerhalb von fünf Jahren (2007 bis 2012) ist die Zahl der Herzoperationen von 330.000 auf fast 390.000 gestiegen – ein Zuwachs von 18 Prozent.

Um solchen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken, will die Bund-Länder-AG unter anderem ein Zweitmeinungsverfahren einführen und die Rechtsunsicherheiten bei der Mindestmengenregelung beseitigen. Das ist gut, denn die bestehende Anzahl an Leistungsbereichen mit Mindestmengenregelungen – derzeit nur sieben – reicht nicht aus, um die Leistungserbringung auf kompetente und erfahrene Häuser zu konzentrieren. Deshalb muss anhand medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien geprüft werden, in welchen Leistungsbereichen ein Zusammenhang zwischen Menge und Qualität festzustellen ist, um neue Anwendungsbereiche für Mindestmengenregelungen zu erschließen.

2. Wir brauchen geeignete Kriterien zu der Beurteilung von Qualität im Krankenhausbereich. Dabei reicht es jedoch nicht, wenn wir damit nur prüfen, ob zum Beispiel die notwendigen Apparate vorhanden sind, das Personal ausreichend qualifiziert ist, die richtigen Medikamente gegeben wurden – und schließlich, ob das Ergebnis das erwünschte ist. Mit anderen Worten, ob die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stimmt. Wir brauchen auch Indikatoren zur Messung von sogenannter Indikationsqualität, also die Frage, ob die Behandlung überhaupt indiziert ist. Denn medizinisch nicht indizierte Leistungen sind ethisch und ökonomisch nicht tragbar.

Übrigens: Es passt nicht zusammen, einerseits Qualität als Kriterium bei der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen und Qualitätsindikatoren in Auftrag zu geben, es andererseits aber den Ländern zu überlassen, ob sie diese bei der Planung berücksichtigen wollen oder nicht. Hierzu sollten sich die Länder verpflichten.

3. Durch die Krankenhausreform muss sich die Pflegesituation in den Krankenhäusern verbessern. Es ist unstrittig, dass der Personalabbau und die Arbeitsverdichtung in der Krankenhauspflege stark zugenommen haben. Während die Anzahl der Vollzeitstellen im ärztlichen Dienst von 1991 bis 2013 um über 50 Prozent zugenommen hat, sind es im nichtärztlichen Dienst zehn Prozent weniger. Deshalb beabsichtigen Bund und Länder richtigerweise, ein weiteres Pflegestellenförderprogramm über drei Jahre aufzulegen. Doch dabei dürfen die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholt werden. Das letzte Pflegesonderprogramm der Jahre 2009 bis 2011 hatte dazu geführt, dass Personalaufstockungen in einigen Kliniken mit dem Personalabbau in anderen kompensiert wurde. Das darf nicht wieder passieren. Eine nachhaltige Verbesserung der Pflegesituation kann nur erreicht werden, wenn der Medizinische Dienst den sachgerechten Einsatz der Mittel konsequent prüft. Daneben braucht es klare Strukturvorgaben wie beispielsweise Personalschlüssel. Werden diese nicht erfüllt, sollten Abschlüsse drohen.

4. Wir müssen die Krankenhausreform nutzen, um die Grenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durchlässiger zu machen. Dabei könnte der geplante Umstrukturierungsfonds hilfreich sein. Jedoch sollten wir mit diesem Fonds – der immerhin aus dem Gesundheitsfonds mit einer halben Milliarde Euro gespeist wird – nicht nur die Schließung von Krankenhäusern vorantreiben. Das Geld sollte zum einen auch für die Neustrukturierung von Grundversorgungskrankenhäusern insbesondere im

ländlichen Raum genutzt werden – und zum anderen für die Umwidmung von Krankenhäusern in Gesundheits- oder Pflegezentren. In Regionen, in denen sich Probleme bei der Versorgungssicherstellung abzeichnen, sollten Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die fachärztliche Versorgung von stationären und ambulanten Patienten zu übernehmen. Dies könnte in „Integrierten Versorgungszentren“ geschehen, wo neben den Krankenhausärzten auch Belegärzte tätig würden. In Ballungsgebieten könnten so langfristig Überkapazitäten reduziert werden.

Meine Damen, meine Herren,

wie Sie wissen, sind noch weitere Gesetze in der gesundheitspolitischen Warteschlange. Eine Übersicht finden Sie in der Pressemappe. Angesichts dieser Fülle an gesetzgeberischen Aktivitäten droht ein Bereich etwas aus dem Blickfeld zu geraten: der Arzneimittelbereich. Die Senkung des Herstellerrabatts von 16 auf sieben Prozent zu Beginn des Jahres 2014 hat uns einen erheblichen Kostenschub in Höhe von 1,1 Milliarden Euro beschert. Hinzu kommen besorgniserregende Entwicklungen bei neu auf den Markt zugelassenen Medikamenten.

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, kurz AMNOG, das zum 1.1.2011 in Kraft getreten ist, wurde die sogenannte frühe Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln initiiert. Die bisherige Erfahrung zeigt: Das Verfahren funktioniert. Grundsätzlich funktioniert auch das Erstattungspreisverfahren zwischen der GKV und den pharmazeutischen Herstellern, das sich der Nutzenbewertung anschließt. Das Beispiel Sovaldi zur Therapie der Hepatitis C zeigt uns aber auch, dass die Verfahrensstrategie anfällig ist. Sie lässt zu, dass Hersteller mit astronomischen Preisen an den Markt gehen und die einjährige Phase nutzen, in der – wegen der Regelungen des AMNOG – keine Preisbindung erfolgt. So schöpfen die Hersteller enorme Renditen ab. Und Sovaldi ist leider kein Einzelfall. Deshalb appellieren wir mit allem Nachdruck an den Gesetzgeber, das Erstattungspreisverfahren nachzubessern und die ausgehandelten GKV-Preise rückwirkend zum Markteintritt gelten zu lassen. Damit Medikamente in Deutschland bezahlbar bleiben.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich über weitergehende Fragen!