

Statement

von

Uwe Klemens

Ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der vdek-Neujahrs-Pressekonferenz

Ersatzkassen zur Gesundheitspolitik 2023

am 24. Januar 2023

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Meine Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich und wünsche Ihnen noch ein gutes und vor allem gesundes neues Jahr. Zunächst möchte ich einen Blick auf die Marktlage der Ersatzkassen und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werfen.

Die Ersatzkassen bleiben die beliebteste Kassenart in der GKV. Im Vergleich zum Vorjahr konnten wir sowohl bei den Mitglieds- als auch den Versichertenzahlen noch zulegen. Insgesamt sind nach der jüngsten Erhebung vom Dezember 2022 28,5 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert, rund 250.000 mehr als im Dezember 2021. Mit bundesweit 38,3 Prozent Marktanteil sind wir nach wie vor Marktführer in der GKV – und das seit nunmehr 14 Jahren in Folge. Ein Blick auf die Bundesländer zeigt auch, dass die Ersatzkassen in elf Bundesländern die Marktführerschaft innehaben. In Berlin, Brandenburg, Hamburg und Schleswig-Holstein versichern sie sogar mehr als 50 Prozent der gesetzlich Versicherten.

Die Menschen vertrauen den bundesweit tätigen Ersatzkassen – das spornt uns an, weiterhin eine gute Versorgung für sie zu organisieren.

Dazu brauchen wir eine verlässliche und nachhaltige Finanzierung der GKV. Mit dem im vergangenen Jahr verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sind die Finanzen 2023 gesichert. Das gesetzliche Maßnahmenpaket aus Bundeszuschuss, Darlehen, Abbau der Rücklagen der Krankenkassen sowie des Gesundheitsfonds, Effizienzreserven der Leistungserbringenden sowie der Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes kann die GKV kurzfristig stabilisiert werden.

Doch die Ausgabenspirale geht weiter nach oben. 2023 erwarten wir einen Anstieg der Leistungsausgaben um rund 5 Prozent durch Mengen- und Preissteigerungen in allen Leistungsbereichen. Und 2024 werden die Ausgaben der GKV nach unserer Schätzung weiter um rund 4 Prozent steigen. Gleichzeitig werden sich die Einnahmen verringern, weil einmalige Maßnahmen aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz in 2023 in Höhe von zusammen 9 Milliarden Euro entfallen wie zum Beispiel der Bundeszuschuss oder der Vermögensabbau der Krankenkassen.

Eine nachhaltige Finanzreform der GKV muss deshalb weiter ganz oben auf der politischen Agenda stehen. Sonst werden die Zusatzbeitragssätze 2024 weiter steigen. Unsere Forderungen sind nach wie vor die gleichen: die kostendeckende Finanzierung der Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld (Einsparungen: rund zehn Milliarden Euro), die Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel von

19 auf sieben Prozent (Einsparungen: sechs bis sieben Milliarden Euro) und eine Dynamisierung des Steuerzuschusses, wie im Koalitionsvertrag vereinbart. Mit diesen Maßnahmen könnte die GKV deutlich entlastet werden.

Was dagegen nicht mehr geht, ist, die Finanzlöcher aus den Rücklagen der Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Das hindert die Politik aber nicht daran, auf die noch vorhandenen minimalen Reserven des Gesundheitsfonds zuzugreifen, um damit kurzfristige politische Projekte umzusetzen. Jüngstes Beispiel sind die durchaus berechtigten Vorhaltekosten im Krankenhaus für die Bereiche Kinder- und Jugendheilkunde und Geburtshilfe. Hier werden ohne Beteiligung der Selbstverwaltung den Bundesländern 2023 und 2024 jeweils 378 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Das Geld wird politisch verteilt nach dem sogenannten Königssteiner Schlüssel – einem Verteilungsschlüssel, der aus Versorgungssicht unsinnig ist und nicht die tatsächlichen Bedarfe berücksichtigt.

Ein weiteres Beispiel ist der Kabinettsentwurf zur Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). Die Krankenkassen sollen 15 Millionen Euro jährlich zahlen, ohne dass sie über die Selbstverwaltung an der Entscheidung über die Verwendung der Gelder beteiligt werden. Das sind aber Gelder der Beitragszahlenden und kein Nebenetat oder Sondervermögen des Bundesgesundheitsministeriums.

Hier zeigt sich auch ein problematischer Umgang der Politik mit der Selbstverwaltung. Äußerungen aus der Gesundheitspolitik zeigen deutlich, dass die Rechte und die Handlungskompetenz der Selbstverwaltung eingeschränkt werden sollen. Die Selbstverwaltung wird als intransparente Lobbygruppe bezeichnet. Ihr wird ein Mitgestaltungsrecht, zum Beispiel bei der Krankenhausreform, verweigert. Ob der Staat es besser kann als die Selbstverwaltung, daran habe ich meine Zweifel. Die ausgabenintensive Gesundheitspolitik der letzten Regierungen noch vor Corona hat dazu geführt, dass wir aktuell von Jahr zu Jahr die Finanzierungslöcher in der GKV stopfen müssen. Und wir stellen nicht fest, dass dadurch die Versorgung zwangsläufig qualitativ besser geworden ist.

Wir – die gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten – sind dafür da, die Beitragszahlenden vor Überforderung zu schützen und für eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sorgen. In den kommenden Jahren wird das enorm wichtig sein, denn es geht darum, das Versorgungsniveau bei steigenden Anforderungen zu wahren und dies auch finanziell stemmen zu können. Wir stehen zu unserer Verantwortung! Wir haben ein Interesse daran, die Versorgung nachhaltig und qualitativ im Sinne der Versicherten zu verbessern.

Meine Damen und Herren,

in diesem Jahr steht wieder die Sozialwahl an. Das ist ein zutiefst demokratischer Wahlakt. Das Handeln der ehrenamtlich tätigen Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter erhält damit seine Legitimation. Wir arbeiten daran, die Sozialwahl auch als Online-Wahl stattfinden zu lassen. Dies stellt uns vor große technische Herausforderungen. Zudem müssen die Wahllisten künftig mindestens zu 40 Prozent weiblich besetzt sein. Das ist ein Meilenstein und trägt zur Modernisierung und Repräsentativität der Selbstverwaltung bei. Wir Ersatzkassen bieten unseren Versicherten eine echte Wahl und haben uns bewusst gegen eine sogenannte Friedenswahl entschieden. Bei den Ersatzkassen sind rund 22 Millionen Versicherte wahlberechtigt, mit der Deutschen Rentenversicherung zusammen sind es rund 52 Millionen Menschen. Bezogen auf die Zahl der Wahlberechtigten ist die Sozialwahl damit nach der Europa- und der Bundestagswahl die drittgrößte Wahl in Deutschland.

Den Versicherten werden ab dem 20. bis zum 28. April die Wahlunterlagen zugeschickt. Dann heißt es: wählen und die Demokratie in den Sozialversicherungssystemen stärken.

Meine Damen und Herren,

als Vertreter der Versicherten liegt es mir besonders am Herzen, dass die GKV einen einfachen Zugang zu einer modernen Gesundheitsversorgung ermöglicht. Deshalb brauchen wir im Jahr 2023 dringend Fortschritte im Bereich der Digitalisierung. Ich möchte zunächst zwei positive Beispiele ansprechen, die zeigen, wie digitale Prozesse zu guten Lösungen führen:

- Seit Jahresbeginn wird auch die zweite Stufe der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgreich umgesetzt. Damit entfällt für Millionen Versicherte der Versand des „gelben Scheins“ an ihre Arbeitgeber – immerhin jährlich etwa 77 Millionen Dokumente. Die Krankenkassen erhalten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bereits seit Mitte 2022 auf digitalem Weg.
- Ebenfalls zum Jahresbeginn wurde das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren im Zahnarztbereich eingeführt, zum Beispiel bei Zahnersatz oder kieferorthopädischen Behandlungen. Dadurch wird der Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten erheblich reduziert und die Versicherten können schneller behandelt werden.

Versichertenfreundliche Lösungen brauchen wir in diesem Jahr auch bei der elektronischen Patientenakte, kurz ePA. Ihre Potenziale für die Versorgung sind seit Jahren bekannt – gerade deshalb kann uns die Zahl von knapp 600.000 angelegten ePA nicht zufriedenstellen. Das sind weniger als ein Prozent aller GKV-Versicherten.

Es ist daher gut und richtig, dass die Bundesregierung in den nächsten Monaten die Rahmenbedingungen für das sogenannte Opt-Out-Verfahren schafft. Auf diese Weise erhalten alle Versicherten eine ePA – es sei denn, sie widersprechen. Doch mit 74 Millionen leeren ePA erreichen wir noch keine Versorgungsverbesserung.

Erst mit einer strukturierten und regelmäßig befüllten ePA kommen wir wirklich voran. Dafür müssen wir die Balance zwischen Datenschutz und Nutzen für Versicherte und Versorgung neu austarieren: Die Befüllung der ePA und der Zugriff darauf muss für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Regelfall sein – ohne dass es ein kompliziertes Freigabeverfahren gibt. Das Opt-Out-Verfahren muss also nicht nur für die Einrichtung der ePA gelten, sondern auch für das Lesen und Einstellen von Informationen. Hier erwarten wir von der Politik ein stimmiges Gesamtpaket und bringen uns gerne mit unseren Überlegungen ein.

Gleichzeitig müssen wir auch die Nutzung der ePA in den Arztpraxen vereinfachen. Konkret bedeutet das aus unserer Sicht:

- Leistungserbringende müssen verpflichtet werden, bestimmte Inhalte in die ePA aufzunehmen wie Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Impfdaten und Medikationsinformationen sowie Entlassbriefe nach einer Krankenhausbehandlung.
- Ärztinnen und Ärzte müssen auf Daten aus der ePA im Praxisalltag einfach und schnell zugreifen können. Statt einer reinen Dokumentenablage müssen die Informationen dort in strukturierter Form vorliegen, damit sie schnell ausgewertet und genutzt werden können.
- Nicht zuletzt müssen wir auch die Anbieter von Softwaresystemen für Arztpraxen und Krankenhäuser stärker in die Pflicht nehmen. Es sollten nur noch Anwendungen zum Einsatz kommen dürfen, die eine nutzerfreundliche Verwendung der ePA und der anderen Telematik-Anwendungen ermöglichen. Hierfür brauchen wir ein erweitertes Zertifizierungsverfahren.

Wir hoffen außerdem, dass im Laufe des Jahres auch das elektronische Rezept flächendeckend eingeführt und dann einfach mit Einstecken der Gesundheitskarte in der Apotheke eingelöst werden kann. Auch hier fordern wir – gerade von den Datenschutzbehörden – einen stärkeren Fokus auf konstruktive und versichertenfreundliche Lösungen. Wir wollen eine vernünftige Versorgung für

unsere Versicherten. Dazu gehört in diesen Zeiten vor allem eine funktionierende Digitalisierung im Gesundheitswesen.