

Perspektive GKV

Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH Kaufmännische Krankenkasse
Ausgabe 19 - Mai 2013

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

in fast genau vier Monaten wählen die Bundesbürger einen neuen Bundestag. Zwar hat die heiße Wahlkampfphase noch nicht begonnen, gleichwohl positionieren sich die Parteien bereits im Hinblick auf die neue Legislaturperiode. Die Bundesregierung versucht zudem, auf den letzten Metern noch liegengebliebene Dinge umzusetzen. Seit einigen Jahren ist zum Beispiel das Problem hoher Beitragsschulden vieler Krankenversicherter bekannt. Kurz vor Toresschluss versucht man nun endlich, diese politisch verursachte Problematik zu beheben. Weiterhin will man auf den letzten Metern wählerfreundlich ein Gesetz zur Stärkung der Prävention verabschieden. Aus unserer Sicht aber ist das Thema Prävention viel zu wichtig, um diesen Entwurf in der verbleibenden kurzen Zeit noch im Eiltempo und ohne ausreichenden politischen Diskurs durch die parlamentarischen Instanzen zu bringen. Hier wäre ein Vorhaben wünschenswert, das bereits am Anfang einer Legislatur initiiert werden müsste und mit einem ausgiebigen Meinungsaustausch aller maßgeblichen Akteure verbunden sein sollte.

In der nächsten Legislatur sollten vor allem zwei Themen in den Fokus gerückt werden: Erstens die dringend notwendige Strukturreform des Krankenhausbereichs und zweitens ein Kurswechsel bei der GKV-Finanzierung. Derzeit ist deutlich zu erkennen, dass die aktuelle Finanzierungslogik die Kassenwelt unberechtigterweise in Profiteure und Verlierer trennt. Die im System zu erkennenden unterschiedlichen Deckungsquoten auf Einzelkassenebene sind dabei weniger auf unterschiedliche Unternehmensstrategien zurückzuführen als auf grundlegende Unzulänglichkeiten im sogenannten "Morbi-RSA". Die zweifelhafte Ausgleichslogik hat sich mittlerweile zu einer echten Bedrohung für das gesamte Krankenversicherungssystem in Deutschland entwickelt. Die KKH wird sich daher mit konkreten Vorschlägen für einen gerechteren Ausgleich in den politischen Diskurs einbringen.



Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender



Stand der Dinge

GWB-Novelle

Der Entwurf eines Achten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle) hängt seit geraumer Zeit im Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag. Damit droht der GWB-Novelle das Schicksal der Diskontinuität. Der Gesetzentwurf sieht u.a. vor, das Absprachenverbot und die Missbrauchsaufsicht des GWB auch auf das Verhältnis der Krankenkassen untereinander entsprechend anzuwenden und für die Durchsetzung dieses Vorhabens das Bundeskartellamt als zuständig zu erklären. Mit dieser Regelung stünde jedoch das Kooperationsgebot des SGB V im Widerspruch zum Kooperationsverbot des GWB. Damit könnten letztendlich abgestimmte Verhaltensweisen, zu denen die Kassen in verschiedenen Bereichen gesetzlich aufgefordert sind, unter den Generalverdacht unzulässiger Absprachen laut GWB fallen. Zudem bestehen große europarechtliche Bedenken gegen das Vorhaben, denn niemand kann verlässlich vorhersagen, ob die Europäischen Institutionen aus einer möglichen neuen Gesetzeslage nicht zu einer neuen Einschätzung des Status deutscher Krankenkassen gelangen und künftig diese als Unternehmen im Sinne des Europarechtes ansehen. Es bleibt zu hoffen, dass SPD und Grüne ihre harte Haltung im Vermittlungsausschuss aufrechterhalten.



Schwerpunkt

Wettbewerb in der GKV

Wie ist der Wettbewerb in der GKV zu gestalten?

Unter Wettbewerb wird in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren nach einem Ziel verstanden, wobei der höhere Zielerreichungsgrad eines Akteurs einen niedrigeren des anderen bedingt. In vielen politischen Sonntagsreden wird diese Wettbewerbsidee wie ein Lösungsmantra für so gut wie jedes Problem vor sich hergetragen. Dies trifft auch auf die Gesundheitspolitik zu.

In nahezu allen Bereichen soll es Wettbewerb zwischen den auf dem Markt befindlichen Akteuren geben. Grundsätzlich spricht nichts gegen diese Intention, wenn denn die Faktoren, an denen der Wettbewerb ausgerichtet wird, die richtigen sind. Und hier ist aktuell ein politischer Webfehler in der Wettbewerbslogik für die Krankenkassen erkennbar. Der Wettbewerb um die Gunst der Versicherten wird derzeit ausschließlich über den besten Preis und nicht über das beste Versorgungsangebot geführt!

Als Grundlage des Kassenwettbewerbs dienen derzeit der rein ökonomische Faktor Zusatzbeitrag oder die Prämie. Die Folgen dieses Wettbewerbs sind für die einzelne Kasse teilweise dramatisch. Die ersten Erfahrungen mit dem derzeit nicht mehr in der GKV vorhandenen Zusatzbeitrag zeigen, dass auch ein geringer Betrag von 8 Euro einen sehr starken Wechselimpuls in der Versichertengemeinschaft einer Kasse auslöst. Die Zusatzbeitragskassen verzeichneten innerhalb kürzester Zeit Versichertenverluste von mehr als 10 Prozent.

Dies erzeugt aktuell einen Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb unter den Kassen, der in letzter Konsequenz auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen wird. Für die Kassen besteht nach dieser Wettbewerbslogik kein Anreiz, in die Fortentwicklung des eigenen Versorgungsangebots zu investieren, um über ein besonders gutes Angebot neue Versicherte für sich zu gewinnen. Die Kasse, die durch den Zusatzbeitrag dringend notwendige Finanzmittel erhebt, um vor allem die Leistungsausgaben für die Versicherten zu decken, wird doppelt bestraft: zum einen durch den Verlust insbesondere gesunder Versicherter und damit im zweiten Schritt durch eine deutlich verschlechterte Risikostruktur, die zudem die bestehenden Finanzprobleme verschärft. Diese werden noch durch den Morbi-RSA verstärkt, der nachweislich zu sehr unterschiedlichen Deckungsquoten bei den Kassen führt. Das Geld, welches zur Deckung der krankheitsbezogenen Ausgaben benötigt wird, wird zu ungenau und damit höchst ungerecht verteilt. Zwei Beispiele seien genannt:

1. **Krankengeld:** Das Krankengeld wird nicht nach Morbidität, sondern nach GKV-Durchschnittswerten verteilt. Kassen mit besonders hohen Krankenquoten werden folglich finanziell massiv benachteiligt. Die Zusatzbeitragslogik verschärft dieses Problem. Z.B. musste die KKH in ihrer eigenen Zusatzbeitragsperiode hohe Mitgliederverluste hinnehmen, wobei jedoch die Krankengeldbezieher weitgehend

in der Kasse verblieben. Da sich die Zuweisungen aber an den Durchschnittswerten der GKV orientieren, sank die Zuweisungshöhe durch den Fonds entsprechend der Mitgliederverluste, während die tatsächlichen Krankengeldaufwendungen weitgehend gleich blieben.

2. **Regionale Ungleichheiten:** In seiner aktuellen Ausgestaltung bildet der Morbi-RSA regionale Ausgabenunterschiede, die vor allem auf Differenzen in der regionalen Angebotsstruktur beruhen, nur sehr unvollständig ab. Weiterhin können sich verstärkende Effekte durch die Morbidität einer Region einstellen. Weist eine Region etwa eine erhöhte Morbidität auf, dann werden die in dieser Region vorrangig vertretenen Kassen zusätzlich belastet. Ist diese Region überdies durch ein besonders großes Leistungsangebot geprägt, so müssen die Kassen entsprechend mehr Leistungen vergüten (Angebot schafft Nachfrage). Gleiches gilt für unterschiedlich hohe Landesfallwerte im Krankenhausbereich. Letztlich werden mit Blick auf diese Problematik bei den Kassen Anreize dazu gesetzt, sich gerade aus den kostenintensiven Regionen mit ihren Angeboten, wie Serviceniederlassungen, zurückzuziehen. Dies konterkariert den eigentlichen Versorgungsauftrag!

Es zeigt sich insgesamt, dass die Wettbewerbsparameter in der GKV falsch ausgerichtet sind. Es geht zu allererst darum, einen Zusatzbeitrag auf Dauer zu vermeiden. Die konkrete Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Leistungsangebotes treten dem gegenüber völlig in den Hintergrund. Das führt letztendlich zu einem Wettbewerb der zu Lasten der Versorgungsqualität auf dem Rücken kranker Versicherter ausgetragen werden muss. Hier sollte die Politik in der nächsten Legislaturperiode die Chance wahrnehmen und umsteuern. Eine erste sinnvolle Maßnahme wäre die Wiedereinführung der individuellen Beitragsatzautonomie, die keine so starken Preissignale bei den Versicherten setzt und damit den Fokus der miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen wieder stärker auf den richtigen Bereich lenken würde: auf ein wettbewerbsfähiges Versorgungsangebot! Zudem sollte im Morbi-RSA über Korrekturen nachgedacht werden, die die extremen Ausschläge zwischen den Kassen deutlich entschärfen. Dann hätten wir wichtige Schritte hin zu einem wirklichen Versorgungswettbewerb getan.

Standpunkt Krankenhaus

Strukturreformen sind notwendig

Die Krankenhäuser haben erfolgreich über eine zunehmende Unterfinanzierung geklagt. Die Lage der Krankenhäuser spitze sich zunehmend zu einem Problem von nationaler Tragweite zu, hieß es u.a. drohend beim letzten Krankenhausgipfel. Die Politik hat darauf reagiert und eilig ein Unterstützungspaket von ca. 1,1 Mrd. Euro geschnürt.

Alle Akteure, bis auf die Beitragszahler, dürften sich nun freuen: die Krankenhäuser über die üppigen Zuschüsse, die Tarifpartner über die Finanzierungen ihrer Tarifierhöhungen und die Politik über positive Schlagzeilen im Wahlkampf.

Nur leider ist das Grundproblem der Krankenhausfinanzierung damit in keiner Weise behoben! Trotz Rekord-einnahmen, allein von der GKV haben die Krankenhäuser 2012 über 60 Mrd. Euro erhalten, scheint das der-

zeitige System nicht dauerhaft finanzierungsfähig. Das System krankt insbesondere an Mengenausweitungen und mangelnder Qualität; jährlich 17.000 Tote durch Behandlungsfehler und 30.000 Todesfälle durch Krankenhaus-Infektionen sprechen eine deutliche Sprache. Hinzu kommt das bestehende Betten-Überangebot. Diese Über- und Fehlversorgung führt letztlich zu einer dauerhaften finanziellen Systembelastung, die weder notwendig noch sinnvoll ist!

Der politisch nun gewählte Ansatz, den Großteil der zusätzlichen finanziellen Mittel praktisch mit der Gießkanne über alle Krankenhäuser auszuschütten, hilft da nicht weiter, im Gegenteil: ineffiziente Strukturen werden weiter zementiert.

Die Politik muss in der kommenden Legislatur über strukturelle Veränderungen nachdenken. Nicht jedes

Krankenhaus muss teure Ressourcen für die Behandlung jeglicher Krankheitsbilder vorhalten. Es ist nicht vermittelbar, warum auch an Häusern in strukturschwächeren Gebieten Spezialisten für einzelne Fachgebiete beschäftigt werden. Die Zahl solch überdimensionierter Einrichtungen muss ebenso wie die Zahl der Krankenhausbetten erheblich verringert werden. Dazu muss die Spezialisierung einzelner Krankenhäuser auf bestimmte Kernbereiche gefördert werden, um so neben dem effizienteren Finanzeinsatz auch eine Qualitätssteigerung in der Versorgung des Patienten zu bewirken. Zudem sollten die Kassen mehr vertragliche Möglichkeiten bei elektiven Eingriffen erhalten, um die Patienten bei der Wahl qualitativ hochwertiger Häuser unterstützen zu können. Letztlich wird nur ein Mix aus verschiedenen Maßnahmen die Versorgung verbessern und gleichzeitig die Kostenentwicklung in den Griff bekommen.

Standpunkt Korruption

Wie ernst meint es die Bundesregierung?

Betrug und Korruption sind im deutschen Gesundheitswesen weiter verbreitet als man gemeinhin annimmt. Allein die KKH hat im vergangenen Jahr in 629 neuen Fällen gegen Betrüger im Gesundheitswesen ermittelt. Insgesamt hat die Ermittlungsgruppe der Kasse zum Jahresende 2012 rund 1.400 Betrugsfälle in Bearbeitung. Die Schadensersatzforderungen summierten sich dabei auf 1,6 Mio. Euro. Weder die derzeitigen berufsrechtlichen noch die vertraglichen Regelungen sind dazu geeignet, korruptes Verhalten in ausreichendem Maße zu ahnden. Insbesondere der Beschluss des Großen Senats für Strafsachen beim BGH vom 29.03.2012 hat die bestehende Regelungslücke hinsichtlich der Korruptionsstrafbarkeit von niedergelassenen Vertragsärzten klar offen gelegt. Diese ist zu schließen!

Noch vor einigen Monaten schien es bei diesem Thema kaum politische Bewegung zu geben, obwohl die

Oppositionsparteien bereits mit einem eigenen Gesetzentwurf aktiv geworden waren. Mittlerweile liegt aber ein Vorschlag der Bundesregierung vor, welcher die Einführung einer Strafvorschrift im SGB V vorsieht. Die Gesetzesänderung soll nicht nur für Ärzte, sondern für alle Leistungserbringer gelten, die an der Untersuchung und Behandlung von Kassenpatienten mitwirken. Unabhängig von der Art der Berufsausübung (freiberuflich, angestellt oder gewerblich) soll ihnen die unzulässige Vorteilsnahme und -gewährung verboten werden.

Leider springt die Bundesregierung an dieser Stelle zu kurz. Sinnvoller wäre die Verankerung eines Straftatbestands im Strafgesetzbuch als im Sozialgesetzbuch. Zudem scheint der Umsetzungswille der Bundesregierung begrenzt, will man die Regelungen doch an das ziemlich aussichtslose Präventionsgesetz anhängen. Dies ist der falsche Weg!

KKH intern

10 Jahre KKH-Lauf

In diesem Jahr feiert der KKH-Lauf sein zehnjähriges Jubiläum. Zwischen dem 13. April und dem 23. Juni schnüren Bambini, Schüler, Jugendliche und Erwachsene wieder ihre Laufschuhe, um gemeinsam etwas für die körperliche Fitness und damit für ihre Gesundheit zu tun – in lockerer Atmosphäre und ohne Erfolgsdruck. Zu den Austragungsorten zählen Plätze und Parkanlagen im Herzen von zwölf deutschen Städte zwischen Schwerin und München. Gerade erst vor einigen Wochen brachten die Gesundheitspolitiker der Bundesregierung einen Gesetzentwurf zur Förderung der Prävention auf den Weg. Der KKH-Lauf passt schon heute zum formulierten Ziel des Entwurfs: die Stärkung der gesundheitlichen Eigenverantwortung.



Impressum:

Perspektive GKV – Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH
Herausgeber: Berliner Büro der KKH Kaufmännische Krankenkasse
Redaktion: Hogne-Holm Heyder (v.i.S.d.P.), Schumannstraße 2, 10117 Berlin
Falls Sie den Newsletter abbestellen möchten, senden Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff "Abbestellen; Newsletter - Berliner Büro der KKH" an politik@kkh.de