

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

ONLINE
AUSZUG

Innovationsfonds

■ HALBZEIT

Wie geht es weiter mit dem
Innovationsfonds? Zwischenfazit
nach 600 Mio. Euro.

■ UNTERNEHMEN

Eine BKK Neugründung in den
USA verändert den Horizont
des Gesundheitssystems.



ANLAUF ZUR VIERTEN GROKO

PRAGMATISCHE ZIELE, VISIONEN FEHLANZEIGE!

Von Franz Knieps, Vorstand BKK Dachverband

Nach quälend langen Sondierungen und zügigen Verhandlungen sowie dem überraschend deutlichen Votum der SPD-Basis wissen wir jetzt, dass es zum vierten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland zu einer "Großen Koalition" aus Unionsparteien und Sozialdemokratie kommen wird. Der folgende Beitrag ist keine Inhaltsangabe und ersetzt nicht die Lektüre des Koalitionsvertrags. Er ordnet vielmehr die Vereinbarungen und deren Konsequenzen aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein und versucht, Chancen und Risiken für die politische Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens auszuloten.



Das vierte Kabinett von Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel kann die Arbeit aufnehmen

NEUAUFLAGE DER NICHT MEHR GANZ SO GROSSEN KOALITION

Seit dem Morgen des 4. März wissen wir, dass es zu einer Neuaufgabe der Koalition zwischen CDU/CSU und SPD kommen wird, auch wenn diese nach den herben Verlusten aller Partner kaum noch als "groß" bezeichnet werden kann. Die Eckpunkte für das gemeinsame Regierungshandeln und die wichtigsten Gesetzgebungsvorhaben sind ausgehandelt. Das Gesundheitsressort bleibt in den Händen der CDU; allerdings erhält es mit Jens Spahn einen neuen Ressortchef. Der ist in

der Gesundheitspolitik alles andere als ein Unbekannter. Jens Spahn ist kenntnisreich, ehrgeizig, zukunftsorientiert, durchsetzungsfähig. Er spricht auch unangenehme Wahrheiten aus und scheut keinen Konflikt, auch nicht mit ehrwürdigen Institutionen. Es steht zu erwarten, dass Jens Spahn im neuen Amt mehr gestalten als verwalten will.

Das soll nicht heißen, dass der bisherige Amtsinhaber Herrmann Gröhe in seiner Amtszeit untätig gewesen ist. Kaum ein Minister hat in vier Jahren mehr und umfassendere Gesetzesvorhaben durchs Parlament geschleust. Allerdings hat

sich Größe geschickt im System Merkel (Ruhe ist die erste Bürgerpflicht!) bewegt und Konflikte schon im Keim mit Geld erstickt. Mehr Geld für Ärzte, mehr Geld für Krankenhäuser, mehr Geld für Pflegekräfte, mehr Geld für Prävention usw. – alles finanziert aus Beitragsmitteln. Die sprudelnden Einnahmen der Kranken- und Pflegekassen gaben es ja her. Doch wehe, wenn der Konjunkturreinbruch – beispielsweise durch einen transatlantischen Handelskrieg – kommt. Dann wird es ernst, dann besteht aber auch die Chance, Strukturen und Prozesse des Gesundheitswesens zu reformieren. Denn wir wissen, ein voller Bauch reformiert nicht gern. Aber selbst bei vollem Bauch bietet der Koalitionsvertrag die Chance zur Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung, zur digitalen Erneuerung des deutschen Gesundheitswesens einschließlich der europäischen Vernetzung sowie zur Belebung eines fairen Wettbewerbs nicht nur zwischen den Krankenkassen.

KONTINUITÄT UND WANDEL – ALLGEMEINE TRENDS IM KOALITIONSVERTRAG

Im Vergleich zum Vertrag von vor vier Jahren, dessen wesentliche gesundheitspolitische Inhalte von Jens Spahn und Karl Lauterbach ausgehandelt wurden, spielten in diesen Verhandlungen die Bundesländer eine herausgehobene Rolle

und enthält der neue Text mehr generell abstrakte politische Leitlinien als fachliche Festlegungen auf klare, konkrete Ziele und spezifische Instrumente. Dies gilt nicht nur für die programmatische Einleitung in das Gesundheitskapitel. In vielen Punkten steht der Vertrag in der Tradition früherer Vereinbarungen und demonstriert Kontinuität zur Gesundheitspolitik der letzten Legislaturperiode. Auffällig ist aber, dass der Staat einen Vertrauensvorschuss vor Lösungen durch Selbstverwaltung oder gar Markt und Wettbewerb erhält. Speziell die Bundesländer, die ja nicht gerade eine überragende Performance bei der Erfüllung ihrer ureigenen Aufgaben – Paradebeispiel ist die ungenügende Erfüllung der Krankenhausfinanzierung – vorweisen können, sind die eigentlich Gewinner der Koalitionsverhandlungen und sollen erweiterte Befugnisse, beispielsweise durch Mitwirkung in Zulassungsausschüssen für die ambulante ärztliche Versorgung, erhalten. Aber auch der Bund setzt die in der letzten Legislaturperiode begangenen Tabubrüche (Beitragsgelder für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Stimmrechte im Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss) fort und soll jetzt eigene Projekte aus dem Innovationsfonds finanzieren können. Die chaotischen Zustände bei der Mittelverausgabung in der BZgA waren den Verhandlern entweder nicht bekannt oder sie wurden bewusst ignoriert. Auch die skandalösen Eingriffe der Politik in die Besetzung der Unparteiischen beim GBA

scheinen keine reflexiven Wirkungen erzeugt, sondern zur Ermunterung zu weiteren Eingriffen beigetragen zu haben.

Den Krankenkassen und ihren Institutionen (Verbände, Arbeitsgemeinschaften, Ausschüsse, Medizinische Dienste) sollte dieser Vertrag eine Warnung sein. Ein Minister Spahn wird Verzögerungen und Nichterfüllung von Aufgaben ebenso wenig hinnehmen wie Blockaden in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, beispielsweise beim Aufbau einer funktionsfähigen Telematikinfrastruktur. Auch interessen geleitete Beschönigungen, etwa bei der Hinnahme der Entwicklungen in der Alten- und Krankenpflege oder bei Zugangsbarrieren zur (fachärztlichen) Versorgung, dürften schneller Konsequenzen nach sich ziehen. Es wäre an der Zeit, dass sich die Gemeinsame Selbstverwaltung und die GKV auf ein zeitgemäßes und realistisches Ordnungsmodell für die Erfüllung ihrer Aufgaben und Funktionen besinnt, ihr Wettbewerbsverständnis klärt und ihre Binnenstrukturen und ihre Verwaltungsprozesse modernisiert. Sonst wird ihr das aufgezwungen oder im Extremfall sogar entzogen. Der Koalitionsvertrag erwähnt Krankenkassen nur in der Funktion als Zahler (Payer), Gestaltungsoptionen (Player) gehen an andere.

In diesen Kontext passt auch die Übertragung komplexer und/oder strittiger Fragen an Kommissionen und Arbeitsgruppen

– ein Phänomen, das fast alle Politikbereiche betrifft. So soll eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung vorantreiben. Eine wissenschaftliche Kommission soll prüfen, ob die ärztlichen Honorarsysteme für GKV- und PKV-Versicherte harmonisiert oder gar zu einer einheitlichen Gebührenordnung zusammengezogen werden können. Das wars im Übrigen mit dem von der SPD gehypten Thema Bürgerversicherung. Keine Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf andere Einkommensarten, keine Veränderung bei der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze, kein Wahlrecht für Beamte nach dem Vorbild des Hamburger Modells, das bis 1988 weitgehend geltende Rechtslage in der Reichsversicherungsordnung war und für das die Unionsparteien unter Norbert Blüm damals heftig gegen FDP und die Versicherungswirtschaft gestritten hatten. Äußerungen des stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion lassen sowieso Zweifel aufkommen, ob die SPD ihre eigenen Forderungen wirklich ernst gemeint hatten. Seine Beschwörung der "Zweiklassenmedizin" entlang der Grenze GKV-PKV betreffen allenfalls die Unterschiede bei den Wartezeiten – ein zugegeben anschauliches Zugangsproblem, diskreditiert andererseits ein soziales Sicherungssystem, das immerhin fast 90% der Bevölkerung absichert. Diese Erkenntnis ist auch bei weiten Teilen der Ärzteschaft noch nicht angekommen, in deren Funktionärskaste nur die Dollarzeichen in

den Augen derjenigen Ärzte blinken, die über einen nennenswerten Anteil an Privatversicherten unter ihrem Patientenstamm verfügen. Erst recht wird kaum thematisiert, welchen Beitrag die unterschiedliche Honorierung je nach Versichererstatus zur gefährlichen Über-, Unter- und Fehlversorgung leistet. Hier könnte eine wissenschaftliche Aufbereitung der Fakten durchaus hilfreich sein.

FOKUS AUF DIE INHALTE – SCHWERPUNKT PFLEGE

Bei der Aufbereitung von Problemen und Herausforderungen ist die Faktenlage weitgehend unbestritten, nur die Priorisierung der Lösungsansätze scheint diesen Erkenntnissen nicht immer gerecht zu werden. So bedurfte es erst eines couragierten Auszubildenden für den Pflegeberuf, um der Pflege beim politischen Spitzenpersonal im Wahlkampf Aufmerksamkeit zu verschaffen. Selbst drei Pflegestärkungsgesetze in der letzten Legislaturperiode haben es bisher nicht vermocht, der Bevölkerung zu vermitteln, die Politik habe die vielfältigen Probleme bei der Kranken- und Altenpflege erkannt und sei auf dem besten Weg der Abhilfe. Von einer Lösung dieser Probleme in überschaubarer Zeit wagt eh niemand zu reden. Folglich ist es nur konsequent, Verbesserungen in der Pflege an den Anfang der Aussagen zur künftigen Gesundheitspolitik

zu stellen. Dies gilt nicht nur für den weiteren Ausbau der Leistungen für Pflegebedürftige in der Teilkaskoversicherung Pflege, sondern endlich auch für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Bezahlung von Pflegekräften in der Kranken- und Altenpflege einschließlich der Pflege in den Krankenhäusern. Hier sollen verbindliche Personaluntergrenzen und Personalbemessungsgrundlagen sowie eigenständige Vergütungsanteile in der Krankenhausfinanzierung und gesicherte Refinanzierungsgrundlagen die Rahmenbedingungen für die Pflege verbessern. Ein Sofortprogramm soll der Schaffung von 8000 neuen Stellen für die Behandlungspflege in Einrichtungen und die Finanzierung aus der Kranken- statt der Pflegeversicherung dienen. Dagegen ließe sich ordnungspolitisch manches einwenden. Speziell die Rückkehr des Selbstkostendeckungsprinzips bezüglich der Tariflohnsteigerungen könnte das leistungsbezogene Honorierungssystem in der stationären Versorgung aus den Angeln heben. Die größte Gefahr liegt jedoch darin, dass diese neuen Stellen nicht besetzt werden können, weil es an geeigneten Fachkräften fehlt. Von daher ist die sofort einsetzende Debatte um die konkrete Zahl neu zu schaffender Pflegestellen eine Scheindiskussion. Real geht es um schwieriger zu lösende Probleme. Fehlende Anerkennung und Respekt lassen sich nicht politisch erzwingen, sondern müssen durch einen kulturellen Wandel speziell im Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegekräften befördert werden. Eine gezieltere

professionelle Autonomie, mehr Mitbestimmung und Eigenverantwortung beispielsweise bei der Arbeitsplanung, mehr Aufstiegsmöglichkeiten, ein besserer Schutz vor Überforderung, der Abbau überflüssiger Anforderungen an die Dokumentation und viele weitere kleine Schritte sind überfällig. Dies gilt im Übrigen auch für andere Heilberufe, die sich aus der Umklammerung durch die Ärzte lösen sollten. Hier könnte die GKV ein Zeichen setzen und ihre ablehnende Grundhaltung gegen autonomes Handeln zunehmend akademisierter Gesundheitsberufe zugunsten einer professionsgerechten Leistungsbeschreibung und adäquaten Honorierung verändern.

NEUE UND ALTE PFADE – ANREIZE ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNG

Der Koalitionsvertrag enthält – wie schon sein Vorgänger – viele weitere Anreize zur Verbesserung der Versorgung. Wie bereits erwähnt soll die sektorübergreifende Versorgung hinsichtlich der Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung und Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung einen neuen Schub erhalten. Im Mittelpunkt der Passagen zur ambulanten Versorgung stehen vielfältige Anreize zur Sicherung einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung, etwa über erweiterte Ter-

minservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Vorgaben für ein Mindestsprechstundenangebot von Vertragsärzten, eine bessere Vergütung der hausärztlichen Versorgung und der sprechenden Medizin sowie Erleichterungen für die Zulassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten im Rahmen einer kleinräumigen Bedarfsplanung. Innovationen – hoffentlich nur die, die einen gesteigerten Nutzen versprechen – sollen künftig schneller ihren Weg in die Regelversorgung finden. Hospiz- und Palliativversorgung sollen gestärkt werden.

Ob das angestrebte Verbot des Arzneimittelversandhandels wirklich dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung vor Ort dienen wird, darf mit Fug und Recht bezweifelt werden. Vielmehr scheint dies ein Beispiel für den Erfolg ständischer Lobbypolitik zu sein, der sich mit der generellen E-Health-Strategie der Bundesregierung nicht vereinbaren lässt. Hoffnung macht lediglich die konkrete Formulierung, dass man sich für ein entsprechendes Verbot "einsetzen" wolle. Da sind die Vorbehalte bereits im Wortlaut eingebaut.

Für die stationäre Versorgung wird der eingeschlagene Weg der letzten Legislatur weiter ausgebaut. Das gilt für die Fortführung des Strukturfonds ebenso wie für die Qualitätsoffensive unter anderem über die Bildung von Zentren für

schwerwiegende, komplexe oder seltene Erkrankungen. Ein Schwerpunkt der neuen Bundesregierung dürfte die Neuordnung der Notfallversorgung in gemeinsamer Verantwortung und gemeinsamer Finanzierung von Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen mit Notfallleitstellen und Notfallzentren sein. Leider fehlt ein Satz zu Portalpraxen an Krankenhäusern und zur Verknüpfung mit der ambulanten Weiterbehandlung, etwa über die Terminservicestellen. Unklar ist, ob hier eine weitere eigenständige Säule der Versorgung mit eigenen Leistungen und Budgets geschaffen werden soll. Auch die Rolle der Krankenkassen bleibt im Dunkeln. Sollen sie einfach alles zahlen oder werden sie in der Gestaltungsverantwortung einbezogen?

UNINSPIRIERT UND OBERFLÄCHLICH – E-HEALTH UND GESUNDHEITSWIRTSCHAFT

Wenn die Digitalisierung "eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens der nächsten Jahre" ist, woran kaum zu zweifeln ist, dann sind die entsprechenden Passagen der Koalitionsvereinbarung seltsam uninspiriert und wenig ambitioniert. Zwar wäre es erfreulich, wenn die Telematikinfrastruktur endlich funktionsfähig würde und eine elektronische Patientenakte endlich für alle BürgerInnen nutzbar würde, doch

erscheinen mir ohne grundlegende Änderungen der Strukturen und Prozesse diese Ziele nicht erreichbar. Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass das Fernbehandlungsverbot aufgehoben und telemedizinische Leistungen abrechenbar werden. Beruhigend ist die Klarstellung, dass Gesundheitsdaten im Eigentum der PatientInnen stehen und streng geschützt sind. Bleibt zu hoffen, dass die Festlegungen im Kapitel zur Digitalisierung – etwa zur elektronischen Dokumentation von Impfpass, Mutterpass und Untersuchungsheft oder zur elektronischen Rezeptübergabe ohne physischen Arztbesuch – dem dort verankerten Ziel, bis zum Jahr 2025 an die Weltspitze der digitalen Transformation zu rücken, dienen können. Der neue Bundesgesundheitsminister hat wiederholt deutlich gemacht, dass er weitergehende Ambitionen hat und die schnellere, konsequentere Anpassung an die digitale Transformation befördern will. Hoffentlich tun es ihm die Akteure des Gesundheitswesens gleich.

Abzuwarten bleibt, ob die angekündigten Initiativen, Dialogformate, Master- und Aktionspläne mehr werden als eine Ergotherapie für Vorstände oder Endlosrunden in organisierter Nichtverantwortlichkeit. Auch hier ist die Führungs- und Moderationsfähigkeit von Jens Spahn gefragt.

» Es wird anerkannt: Der heutige Kassenwettbewerb ist nicht fair und wird von einzelnen Akteuren missbraucht. «

ENDLICH – DER EINSTIEG IN DIE REFORM DES FINANZIERUNGSSYSTEMS UND DES RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Bis zuletzt umstritten und ganz am Schluss des Gesundheitskapitels platziert ist in den Koalitionsvereinbarungen das Thema Finanzierung. Zwar bestand schnell Einigkeit, dass die GKV-Beiträge einschließlich des Zusatzbeitrags wieder paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern geleistet werden sollen. In der konkreten Formulierung bleibt undeutlich, ob die Arbeitgeber ab 2019 den kassenindividuellen oder den durchschnittlichen Beitragssatzanteil zahlen müssen. Sportlich dürfte das Vorhaben werden, schrittweise kostendeckende Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II aus Steuermitteln zu finanzieren. Hier ist der gewohnte Widerstand aus dem Bundesfinanzministerium zu erwarten. Für die GKV belastend, aber sozialpolitisch geboten ist die Halbierung der Mindestbeiträge für kleine Selbständige.

Doch noch in die Vereinbarungen geschafft hat es endlich die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Diese soll unter Berücksichtigung der Gutachten des

wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamts erfolgen und auf faire Wettbewerbsbedingungen und Manipulationsicherheit ausgerichtet sein. Der Morbi-RSA soll regelmäßig evaluiert werden – dann hoffentlich nicht von denen, die die konkrete Ausgestaltung zu verantworten haben. Außerdem sollte mehr Transparenz, beispielsweise durch eine öffentlich zugängliche Stichprobe mit Daten aller Kassenarten, hergestellt werden.

Aber generell ist die angekündigte Finanzierungsreform aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine erfreuliche Nachricht in mehreren Dimensionen. Damit ist eine Reform angesagt, die in dieser Legislaturperiode und nicht am Sanktimmerleinstag wirkt. Auch wird anerkannt, dass der heutige Kassenwettbewerb nicht fair ist und von einzelnen Akteuren missbraucht wird. Mit einer weiteren technokratischen Verfeinerung des existierenden Morbi-RSA werden diese Ziele mit Sicherheit nicht erreicht werden. Die Betriebskrankenkassen werden schon bald an den neuen Bundesgesundheitsminister, die neu gewählten ParlamentarierInnen und die Regierungen der Bundesländer herantreten, eine schnelle Reform mit sofort und einfach umsetzbaren Übergangsregelungen in Gang zu setzen.

FAZIT: KEIN GROSSER WURF, ABER CHANCEN FÜR ANLIEGEN DER BETRIEBSKRANKENKASSEN

Insgesamt darf man wohl bilanzieren, dass der gesundheitspolitische Teil des Koalitionsvertrags nicht den großen Wurf darstellt, den Menschen mit Illusionen erwartet haben. Er bringt insbesondere keinen Systemwechsel hin zur Bürgerversicherung. Ob ein solcher Wechsel für die BKK gewinnbringend gewesen wäre, kann dahinstehen. Er bietet durchaus Chancen für die Pflege und die sektorübergreifende Versorgung. Vor allem könnte er die Weichen stellen für die digitale Erneuerung des Gesundheitswesens und für eine Revitalisierung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Die Betriebskrankenkassen tun gut daran, die Chancen des Vertrags zu nutzen und alle Handlungsspielräume, die sich ihnen nach geltendem und künftigem Recht bieten, auszufüllen. Beispielhaft seien hier die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement genannt, die nicht nur für Pflegekräfte, sondern auch in der digitalen Arbeitswelt

entlastende Lösungen anbieten. Der neue Gesundheitsminister Jens Spahn hat sich schon früher auf die Seite derjenigen gestellt, die handeln und nicht jammern. Daraus sollte die BKK die Lehre ziehen, dass Eigenanstrengungen zur Verbesserung von Effektivität, Effizienz und Qualität der eigenen Dienstleistungen und der Versorgung gefragt sind. Dann werden die Anliegen für eine Reform der Finanzbeziehungen in der GKV glaubwürdiger und die Aussichten auf eine positive RSA-Reform konkreter. ■



Der Leitartikel ersetzt nicht die Lektüre des Koalitionsvertrags, schreibt der Herausgeber Franz Knieps.

Hier finden Sie die Eckpunkte für das gemeinsame Regierungshandeln im vierten Kabinett Merkel.

www.bkk-dv.de/180214



© Sean Gallup/Getty Images News/Getty Images

BETRIEBSKRANKENKASSEN

SIE HABEN INTERESSE AN DIESEM MAGAZIN?

Alle zwei Monate erscheint unser Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen in gedruckter Form. Auf unserer Online Plattform www.bkk-dachverband.de finden Sie ausgewählte Artikel der einzelnen Ausgaben.

Sollten Sie Interesse an der vollständigen Printausgabe haben, können Sie diese kostenlos bei uns anfordern.



VOLLSTÄNDIGE AUSGABE KOSTENLOS ANFORDERN:

www.bkk-dachverband.de/bkkmagazinkontakt

Stefan Lummer

stefan.lummer@bkk-dv.de

+49 30 2700 406 303
