



Franz Knieps,
Vorstand BKK Dachverband



Christine Richter,
Leiterin Unternehmenskommunikation
BKK Dachverband

Verkrustete Strukturen aufbrechen – regionale, individuelle und innovative Versorgung durch faire Verteilung aus dem Fonds ermöglichen

Bei einem schnellen Blick auf die gerade auf den Weg gebrachten Gesetzgebungsvorhaben sieht der „kundige Thebaner“ sehr gut, wie eine lobenswerte gesetzgeberische Absicht auf dem langen Weg vom Entwurf zum Eingang ins Bundesgesetzblatt getreu der ehernen Regel „Es geht kein Gesetz aus dem Bundestag so raus wie es reingekommen ist“ sich in ihr Gegenteil verkehrt hat. Beispielhaft sei hier das Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) genannt. Nicht nur, weil die Wand-

lung von der Strukturreform zum Rationalisierungsschutz für Krankenhäuser sich ins Gegenteil verkehrt hat und für die Gläubigen reinen Reformwillens zum Wohle des Patienten besonders enttäuschend war, sondern weil nach wie vor die Ausgabenanteile für Krankenhäuser mit rund 69 Milliarden Euro* den größten Batzen der rund 205 Milliarden* Euro ausmachen. Das sind exakt 33 Prozent* aller Ausgaben der GKV – Tendenz: steigend. (*Quelle: BMG, KV 45 1.-4. Quartal 2014)

Krankenhausstrukturgesetz: Als Tiger gestartet...

Mit Blick auf die Stärkung der Qualität und die dringend notwendige Strukturbereinigung, vor allem in Ballungsgebieten, gab es durchaus vielversprechende Ansätze im KHSG. Ergebnis des lobbyistischen Sommertheaters: Einmal mehr erhalten die Krankenhäuser pauschale Subventionen – ohne Reform der Strukturen, ohne verpflichtende Beteiligung der Bundesländer, ohne Einbeziehung der PKV. Eine Krankenhaus-Strukturreform, die diesen Namen verdient hätte, wird auf den St.-Nimmerleins-Tag verschoben. Dringend notwendiger Abbau von Überkapazitäten – Fehlanzeige. Dabei würde sich dies positiv auf Qualität, Wirtschaftlichkeit, Personalausstattung und die im internationalen Vergleich viel zu hohen Operationszahlen in deutschen Kliniken auswirken. Eine verbindliche Verpflichtung der Krankenhäuser, ihre Budgets für eine angemessene Vergütung ihrer Pflegebereiche transparent und somit verbindlich und verpflichtend zu machen – Fehlanzeige.

Erstarrte Strukturen aufbrechen: Interessenvertreter der Patienten oder ständisch Denkende

So geht das deutsche Gesundheitssystem ins nächste, ins übernächste Jahr, in die nächste Legislaturperiode mit der Gewissheit: Es wird zwar um Milliarden teurer, aber wird es für die Patienten auch besser? In den nächsten Jahren, mit ziemlicher Sicherheit 2016 und 2017, fließen aus dem Gesundheitsfonds, der – nächste Baustelle! – mit unfairen und

wettbewerbsverzerrenden Zuweisungsparametern versehen ist, Gelder via Krankenkassen an nicht reformierte und ökonomisch schlecht aufgestellte Strukturen.

Ein 10-bis 15-Jahres-Blick in die Zukunft über den derzeitigen gesundheitspolitischen Tellerrand hinaus sei erlaubt: Wer nach wie vor die Einzelniederlassung des Arztes, das lebenswerte, aber ineffiziente Krankenhaus am Rande der Kleinstadt, die an mittelalterliche Zunftrollen in Hansestädten erinnernden Apothekenregelungen weiter päppelt und subventioniert und den – oft am lautesten schreienden – Interessengruppen das Feld überlässt, „den bestraft das Leben“.

Weiter auf tradierte Hierarchien und Privilegien zu pochen, bringt die Interessenvertreter im deutschen Gesundheitswesen eher früher als später in die Bredouille. Gerade die junge Medizinergeneration, die gut ausgebildeten jungen Pflegefachkräfte und weitere zukunftsorientierte Akteure aus dem Gesundheitswesen werden mit Dynamik und Beharrlichkeit erstarrte Strukturen kritisch hinterfragen. Schließlich drängt eine Generation von hochmotivierten, vernetzt denkenden und handelnden jungen Frauen und Männern auf den Gesundheitsmarkt. Fühlen diese Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten sich noch von ihren ständischen Organisationen vertreten, die auf eine Prolongierung des Status Quo setzen? Wohl kaum. Die Querelen in der verfassten Ärzteschaft dürften da nur das Vorspiel für heftige Auseinandersetzungen sein.

Masterplan „Chronische und Langzeiterkrankungen“ bitter nötig

Dabei liegen die zentralen Probleme in diesem konfliktären Politikfeld noch tiefer. Das deutsche Gesundheitswesen ist nicht am Krankheitsverlauf eines Patienten orientiert, was gerade bei multimorbiden und bei Langzeit-Patienten bitter nötig wäre, sondern agiert in Zeiten globaler Informationsvernetzung noch mit Abgrenzung und Abschottung. Auch wenn es (wie einige freundliche Stimmen nach unserer Veröffentlichung der Initiative am 25. November erwartungsgemäß kommentierten) verrückt klingt, weil sie die dicksten Bretter im System bohren will: Ein Wechsel im Denken und Agieren ist aber dringlich und möglich.

Auslöser für die Forderung nach einem Masterplan war nicht nur das jahrelange und chronische Leiden am vielzitierten „Schnittstellenproblem“ des deutschen Gesundheitswesens. Der aktuelle BKK Gesundheitsreport „Langzeiterkrankungen“ zeigt, dass fast die Hälfte aller Fehltage bei den beschäftigten BKK Mitgliedern auf das Konto von Langzeiterkrankungen mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen geht. Vor zehn Jahren lag dieser Anteil noch fünf Prozentpunkte niedriger. Ändert sich grundsätzlich nichts bei der Versorgung dieser Patienten, ist zu erwarten, dass mit fortschreitendem demographischen Wandel lang andauernde und meist auch chronische Krankheiten immer weiter zunehmen. Zu konstatieren ist: Das gesamte Krankheitsspektrum hat sich verschoben. Es sind nicht die akuten Fälle wie Verletzungen oder Infektionen, die Patienten und Gesundheitssystem mehrheitlich belasten, sondern (zu-

meist mehrere) chronische Erkrankungen mit degenerativem Verlauf.

Die Folgen für Arbeitnehmer, die krankheitsbedingt lange ausfallen, die Betriebe und die sozialen Sicherungssysteme sind gravierend. Eine große Belastung für den Kranken und seine Familie ist die Unsicherheit, ob und wie lange er trotz oder mit seiner Krankheit seinen Beruf weiter ausüben kann. Zwar ist der Patient in der Gesetzlichen Krankenversicherung abgesichert, weil ihm diese (nach den meist sechs Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber) Krankengeld zahlt. Der maximale Krankengeld-Zeitraum beträgt 78 Wochen. Gesundet ein Langzeitpatient in dieser Zeit nicht, wird er in der Regel verrentet.

Steigende Krankengeldzahlungen, immer eher verrentete Beschäftigte – besonders dramatisch bei psychisch Kranken – sind kein unabänderliches Schicksal, weder für die Kranken noch die deutschen Sozialsysteme. Die Analyse-Daten des BKK Gesundheitsreports machen zudem deutlich, wie erschreckend oft viele Langzeitkranke und/oder Chroniker zu ihrer „Grunderkrankung“ häufig noch Zweit- und Dritt Diagnosen aufweisen.

Hier setzt die Idee des **Masterplanes „Chronische und Langzeiterkrankungen“** an. Das „Muster“ für diesen könnte gut der Nationale Krebsplan von 2008 sein, der seither kontinuierlich fortgeschrieben wird. Hier zeigte sich in der Analyse der Versorgung aus Sicht der Betroffenen die vordringliche Problematik einer fehlenden oder mangelhaften psychosozialen Betreuung der Patienten. Viel zu oft wurden Patienten mit einer plötzlich über

sie und ihre Nächsten hereinbrechenden Krebsdiagnose allein gelassen. Heute hat sich die Situation deutlich verbessert, auch wenn der Nationale Krebsplan vielleicht noch nicht perfekt und vielleicht auch noch nicht komplett flächendeckend umgesetzt ist. Aber er hat unverkennbar Früchte bei einer ganzheitlicheren Behandlung von Krebskranken getragen.

Auch bei Langzeiterkrankungen könnte die Installierungs-Logik und Logistik des Nationalen Krebsplans ein gutes Vorbild sein. Bei Langzeitdiagnosen sollten in der Konzeptphase des Masterplans nicht nur die „üblichen Verdächtigen“ – soll heißen die Interessengruppen im Gesundheitswesen wie KBV, DKG, GKV-SV etc. – das Ganze aushandeln. An einen Tisch gehören gemeinsam mit den Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen speziell die medizinischen Fachgesellschaften sowie kritische Akteure aus Wissenschaft und Praxis. In problembezogenen Arbeitsgruppen sollten Schwachstellen und Mängel bei der Patientenversorgung und erfolgreiche Beispiele von „best practice“ aus Deutschland und Erfahrungen aus anderen Ländern zusammengeführt und diskutiert werden. Darauf fußend könnten – step by step – Empfehlungen für leitliniengerechte Behandlungspfade erarbeitet werden.

Den Impulsgebern des Masterplans ist klar, dass gerade Chroniker und Langzeitkranke nicht wegen eines „Nationalen Masterplans“ wundersam genesen. Aber es geht um einen Startschuss und den Beginn einer Initiative, denn: Nicht nur Patienten, auch viele Arztgruppen leiden unter der starren Abgrenzung der Sektoren. Ärzte versus nichtärztliche

Berufsgruppen, PKV versus GKV, Hausärzte versus Fachärzte; stationär versus ambulant und so weiter. Die „Schnittstellenproblematik“ wird seit Jahrzehnten in gesundheitspolitischen Sonntagsreden beklagt und trotzdem: Wie schnell ist nichts passiert? Im Gegenteil: Steigende Zahlen der Langzeitfälle zeigen, dass knallhart sektoral und hoch egoistisch geführten Kämpfe um die Verteilung des 200-Milliarden-Euro-Kuchens namens Finanzbudget der GKV gingen – nicht unbedingt um die Interessen Langzeitkranker. Die Mittel dafür bringen vor allem die rund 52 Millionen Beitragszahler auf, im Vertrauen darauf, dass sie selbst und ihre Familien im Gegenzug dafür bestens medizinisch betreut werden.

Schließlich muss ein Langzeitkranker, weil er seinen Anspruch auf 78 Wochen Krankengeld „ausgereizt“ hat, in Frührente gehen. So etwas ist für die Betroffenen und ihre Familien oft ein Desaster: Die Frühverrentung ist oft der Start in einen sozialen Abstieg. Menschen, die im arbeitsfähigen Alter keine Erwerbsarbeit (mehr) haben, damit oft am unteren Ende der Einkommensskala stehen und die von der Gesellschaft nicht (mehr) gebraucht werden, sind diejenigen, die weiter an ihren Krankheiten leiden – noch stärker und langwieriger als zu den Zeiten, als sie noch „in Lohn und Brot“ waren.

Keine andere Branche kann es sich leisten, für Mängel am Gesamtprodukt nicht zu haften. Sieht man eine lange und oft chronisch kranken Patienten als DIE Herausforderung des deutschen Gesundheitswesens an, ist die Gesamtbilanz nicht rosig. Es muss zeitnah mit einer Umstrukturierung begonnen werden.

Die „Dienstleistungsbranche“ Gesundheitswesen muss sich endlich am Kunden/Patienten/Versicherten ausrichten und nicht weiter versuchen, das „Patientengut“ irgendwie in die Strukturen der Gesundheitsmaschinerie einzupassen. Das klappt nachweislich nicht – die Maschinerie muss effizienter werden, die Behandlungskette muss dem Patienten angepasst werden. Ändert sich hier auf Dauer nichts, produzieren wir weiter immer mehr Langzeitpatienten, immer höhere Kosten und steigende (Zusatz-) Beitragssätze.

Bessere Versorgung der Patienten erfordert faire Verteilung der Mittel

Die Medien sind in diesen Wochen sehr interessiert daran, wieder vorab zu melden, welche gesetzliche Krankenkasse wohl welchen Zusatzbeitrag verlangen wird, wie daraufhin wohl die Versicherten ihre Kasse wechseln und wohin. Wir rechnen damit, dass in den nächsten Wochen wieder „kundige“ Gesundheitspolitiker oder -experten kommentieren, dass es ja schließlich bei gutem Kassenmanagement nicht so schwer sein kann, mit den vom Schätzerkreis geschätzten bzw. festgesetzten 1,1 Prozent als Zusatzbeitrag oder weniger auszukommen. Dabei wird suggeriert, dass der Zusatzbeitrag an die Kasse fließt, die ihn erheben muss. Das ist eben nicht der Fall. Auch diese Beitragsmittel gehen in den großen Topf Finanzausgleich und fließen auch dorthin, wo sie gar nicht gebraucht werden. Die Wirkung der Verteilungskriterien der Gelder aus dem großen Topf ist immer absurder. Wenn hier die Politik nicht – je eher, desto besser – gegensteuert, haben wir in der GKV bald kafkaeske Ver-

hältnisse. Momentan subventionieren gerade kleinere Kassen einige „Großtanker“, die als einzige in der GKV noch Rücklagen beachtlicher Höhe haben und so mit einem durch andere Kassen finanzierten „Kampfbeitrag“ ins nächste Jahr gehen können!

Nachbesserungsbedarf am Morbi-RSA: jetzt!

Weder Morbi-RSA noch Gesundheitsfonds haben sich in dieser konkreten Ausgestaltung bewährt, wir sehen erheblichen Nachbesserungsbedarf. Die im Koalitionsvertrag vereinbarten Gesetzesvorhaben der 18. Legislaturperiode sind abgearbeitet, dabei wurden Stellschrauben mit großer Finanz- und Wettbewerbswirkung gedreht: kassenindividuelle Zusatzbeiträge bei vollständigem Einkommensausgleich, Annualisierung der Ausgaben Verstorbener im Morbi-RSA, Übergangsregelungen für Krankengeldausgaben, Berücksichtigung der Kosten von Auslandsversicherten. Gleichzeitig wurden Gesetze mit erheblicher Ausgabenwirkung auf den Weg gebracht, die (Zusatz)Beitragssätze steigen lassen, allein für 2016 um durchschnittlich 0,2 Beitragssatzpunkte.

In der Konsequenz nimmt der Wettbewerb zwischen den Kassen groteske Züge an. Kassen mit hohen Verwaltungskosten und gleichzeitig unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben profitieren von überhöhten Zuweisungen aus dem Morbi-RSA – und dann auch noch von Geldern aus dem vollständigen Einkommensausgleich bei Zusatzbeiträgen.

Kassen mit Versicherten in teuren Regionen und damit überdurchschnittlichen Ausgaben, aber dennoch unterdurchschnittlichen Verwaltungskosten haben dagegen einen klaren Wettbewerbsnachteil, denn sie müssen einen überdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben.

Wir sehen deshalb *kurzfristigen und dringenden Handlungsbedarf* zur Überbrückung des Zeitraums bis zu einer Generalüberholung des Morbi-RSA. Unsere Morbi-RSA-Reform Forderungen an die Politik spiegeln nicht die „Privatmeinung“ eines Akteurs der Gesundheitspolitik, sondern sind ernst zu nehmende und vom BKK System vehement geforderte Änderungsnotwendigkeiten. Die BKK sind gleichwohl Realisten geblieben. Wir wissen, dass diejenigen, die mit dem derzeitigen Umverteilungssystem ziemlich gut leben, nicht zu unterschätzen sind. Dieses Beharrungsvermögen zeigt auch Politik immer dann, wenn Kombattanten sich nicht einig sind, ob es nun gut ist oder schlecht, etwas zu ändern. Der „Homo Politicus“ tut in diesem Fall – geradezu gesetzmäßig – lieber erst mal nichts.

Deshalb fordert der BKK Dachverband im Auftrag und im Namen seiner Mitglieder im ersten Schritt *kurzfristig* „machbare“ *Anpassungen*.

Die Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrente als Morbi-RSA-Faktor ist nicht mehr nötig. Diese Sondergruppe ist ein Relikt, denn dieses Merkmal wird pauschal (als Surrogat) für Morbidität verwendet. Sowohl Alter, Einkommen als auch Morbidität sind ohnehin schon in anderen Zuweisungskriterien erfasst, und die Diagnosen, die zu Erwerbsminderungs-

renten führen, werden vollständig im Morbi-RSA abgebildet und können gestrichen werden (so genannter „Surrogatvorschlag“).

Eine weitere, technisch schnell umsetzbare Übergangslösung könnte an dem kassenindividuell erhobenen Zusatzbeitrag anknüpfen. Damit würde verhindert, dass eine Krankenkasse einen deutlich höheren Zusatzbeitrag erheben muss als ohne vollständigen Einkommensausgleich.

Mehr Vorlauf braucht es für eine fundierte Berücksichtigung von *Regionalfaktoren* im Morbi-RSA und für die Lösung der Krankengeldproblematik. Aber wir möchten bereits jetzt darauf aufmerksam machen – schließlich sind viele Betriebskrankenkassen in überversorgten Ballungsräumen angesiedelt: im Ruhrgebiet, in und um München, in und um Stuttgart – um nur drei zu nennen.

Gerechtere Verteilung aus dem Fonds allein reicht nicht – mehr Spielraum auch nötig

Sollte der Gesetzgeber sich flexibel bei der Reform des Morbi-RSA zeigen, würde dies nicht nur der Kassenart BKK nutzen. Darüber hinaus brauchen die Akteure vor Ort mehr Spielraum vom Gesetzgeber für individuelle Versorgungslösungen – das kostet nicht einmal unbedingt zusätzliche Mittel. Um Versorgung vor Ort besser zu verzahnen, z.B. durch digitale Vernetzung von ambulant und stationär oder Versorgungsmodelle für dünn besiedelte Regionen braucht man vor allem administrative Flexibilität. Dort geht es aber auch um mehr Kompetenz für pflegerische

Berufe oder Vorfahrt für den Arztbus (mobile Hausarztpraxis), der die Dörfer der Uckermark, die kleinen Flecken im bayerischen Wald oder die Lüneburger Heidedörfer besucht.

Zum Schluss ein typisches Beispiel für zu viel Administration im Gesundheitswesen und für ideologische Scheuklappen:

Die BKK VBU in Berlin darf qua Gerichtsentcheid ihre (Satzungs)-Leistungen zur künstlichen Befruchtung nicht-ehelichen Gemeinschaften nicht gewähren. Das untersagte ihr das BVA (wohl nicht ohne Druck aus dem BMG?). Es kam zur Klage durch mehrere Instanzen. Obwohl nicht-eheliche Gemeinschaften bei anderen Leistungen des SGB V wie Paare mit Trauschein behandelt werden (Kinderpflegekrankengeld, kostenfreie Mitversicherung der Kinder in gemeinsamen Haushalten etc.), wollten die Entscheider bei künstlichen Befruchtungen unbedingt den Trauschein sehen. Junge Versicherte einer Kasse, die ihren Sitz mitten in Berlin hat, können das nicht nachvollziehen.

Es wäre eigentlich einfach: Politik sollte mehr Vertrauen in das know-how und Engagement vor Ort haben – und zwar sollte dieser „Vertrauensvorschuss“ ausdrücklich nicht allein für die Kassen, sondern auch für engagierte Ärzte, innovative Kliniken und nicht-ärztliche Berufe in den Regionen gewährt werden. Denn die guten Lösungen entstehen da, wo die Probleme bei der Versorgung akut sichtbar werden und wo engagierte Menschen diese Probleme anpacken. Innovationen kommen aus Garagen und Werkstätten und entstehen nicht am „grünen Tisch“. Das sollte sich Politik zu Herzen nehmen und nicht nur Gedankenfreiheit, sondern auch Handlungsfreiheit gewähren.

