

ANPACKEN!

EIN GESUNDHEITSPOLITISCHES AUFGABENHEFT
FÜR DIE LEGISLATUR 2017 – 2021

AUS GEGEBENEM ANLASS

Wie kann man chronisch Kranken besser helfen?

Wie erfahren Versicherte, was die beste medizinische Versorgung für sie ist?

Wie soll die Digitalisierung unsere Gesundheitsversorgung unterstützen?

Wie gesund ist unser Arbeitsplatz?

Wie wird mit den 230 Milliarden Euro des Gesundheitsfonds umgegangen, den Versicherte und ihre Arbeitgeber alljährlich mit ihren Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung füllen?

Darüber und über noch viel mehr in Sachen „Gesundheit“ entscheiden auch die Abgeordneten des Deutschen Bundestages. Im September wird das neue Parlament gewählt.

Danach braucht unser Gesundheitswesen endlich mutige Entscheidungen. Mit nachhaltigen Zielen.

Mit Respekt vor den fast 72 Millionen gesetzlich Versicherten.

STILLSTAND STOPPEN

Seit Jahrzehnten sind die Unzulänglichkeiten im deutschen Gesundheitswesen bekannt: Es ist zu stark an der Akutversorgung ausgerichtet, obwohl chronische und komplexe Krankheiten unaufhaltsam auf dem Vormarsch sind. Wo eine umfassende integrierte Versorgung notwendig wäre, wird weiterhin in den starren Grenzen der einzelnen medizinischen Sektoren geplant und behandelt. Das wird den veränderten Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht.

Parallel dazu werden Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens nie wirklich beendet.

Und die Probleme werden immer größer. Doch wann immer ernsthaft konsequente Korrekturen eingefordert werden, finden die Verteidiger des Bestehenden und die Blockierer von Veränderungen unverzüglich zusammen. Im Ergebnis werden nicht selten Kompromissformeln produziert, die versuchen, technokratisch der akuten Problemflut Herr zu werden.

Strukturen ändern und besinnen auf den Kern des Ganzen?
Nachhaltige Innovationen? Tragfähige Visionen? Fehlanzeige!

Wie lange wollen wir so noch weitermachen?

Die Bundestagswahl im September 2017 ist ein guter Anlass für eine Zäsur. Besser noch: für den Start einer politischen Debatte in Gesellschaft und Parlament mit dem Ziel wahrhaftiger Veränderungen und Korrekturen bei einer gleichzeitigen Rückbesinnung auf den Kern einer sozialen Krankenversicherung.

Besonders wichtig:

Oft geht es um Rettung in höchster Not. Meistens um ein gesundes und schmerzfreies Leben. Immer geht es um Lebensqualität in Beruf, Freizeit und dem privaten Umfeld. Die Akteure des Gesundheitswesens haben diesen Zielen zu dienen. Nicht umgekehrt.

FINANZIERUNG

FAIR GEHT ANDERS

Die Krankenkassen erhalten ihr Geld aus dem Gesundheitsfonds über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Dieser soll dafür sorgen, dass die Kassen keine Rosinenpickerei bei der Suche nach den gesündesten Versicherten betreiben. Zudem soll ihnen ausreichend Geld für eine gute Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung stehen.

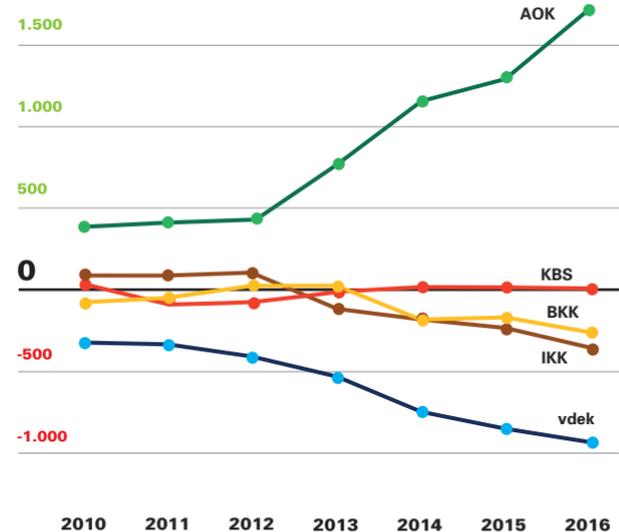
Der Morbi-RSA soll ein gerechtes Zuweisungssystem sein. Er ist die Basis für einen fairen Wettbewerb um eine gute Versorgung der Versicherten.

Faire Wettbewerbsbedingungen gibt es aber bis heute nicht. Auch die Manipulationsanreize sind nach wie vor zu groß. Die Folge: Die Zusatzbeiträge der Kassen, die die Versicherten alleine zahlen, driften immer weiter auseinander.

Der Grund: Der Morbi-RSA folgt nicht der tatsächlichen Versorgung. Eine Kassenart erhält seit Jahren deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds, als sie für die Versorgung benötigt – andere erhalten dafür zu wenig.

Die „Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleich“ war noch 2006 Ziel des so genannten „Wettbewerbsstärkungsgesetzes“. Ziel verfehlt. Auch von der damit gleichzeitig erhofften „Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb“ kann keine Rede mehr sein.

Spreizung nimmt zu



Deckungsbeiträge

Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben für die Leistungen, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden, in Mio. Euro;
Quelle: amtliche Ergebnisse.



GERECHTE VERHÄLTNISSJE JETZT!

Dieser morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich muss endlich renoviert werden.

Ohne mehr Wissen und Transparenz kann der Morbi-RSA allerdings nicht sinnvoll weiterentwickelt werden. Deshalb müssen auch Krankenkassen Zugang zu den entsprechenden Daten erhalten, um tragfähige Vorschläge zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA erarbeiten zu können.

Besonders wichtig:

Der Morbi-RSA muss jetzt renoviert werden. Er darf einzig und allein der tatsächlichen Versorgung folgen. Die dazu erforderlichen Regelungen müssen klar und eindeutig sein. Manipulationen müssen wirksam ausgeschlossen werden.

Zudem muss kurzfristig eine regelmäßige Evaluation des Morbi-RSA eingeführt werden. Sie befördert bei Bedarf schnelle Korrekturen und muss dazu ebenfalls die Wettbewerbsauswirkungen des Ausgleichs kritisch im Blick behalten. Die regelmäßige Evaluation ist zudem ein Mittel, Vertrauen in das Verfahren und dessen Ergebnisse zurück zu gewinnen.

PRÄVENTION

JEDE MENGE LUFT NACH OBEN

Nach zwölfjähriger Debatte wurden mit dem Präventionsgesetz im Sommer 2016 weitreichende Maßnahmen beschlossen. Um Krankheiten wirksam vorzubeugen, müssen die Menschen erstens überhaupt erreicht und zweitens motiviert werden, ihr Verhalten zu ändern. Genauso wichtig ist die Veränderung von Arbeits- und Lebensbedingungen, die die Gesundheit gefährden.

Ob Verhaltens- oder Verhältnisprävention: es kann und muss viel mehr getan werden. Von allen Beteiligten. Betriebe bilden da keine Ausnahme, denn die körperliche und psychische Beanspruchung der Beschäftigten nimmt weiter zu. Die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht jedoch lediglich 1,3 Millionen Arbeitnehmer*, das sind 4,6 Prozent aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den Betrieben.

Während große Unternehmen inzwischen mit Erfolg in gesunde Arbeitsverhältnisse und individuelle Angebote zur Gesundheitsvorsorge investieren, haben kleine und mittlere Betriebe (bis zu 499 Beschäftigte) nach wie vor große Schwierigkeiten sich zu engagieren. Das ist schlecht. Denn dort arbeiten 78 Prozent (22.147.124 Personen im Jahr 2014) aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten.

63%

KMU ohne betriebliches Gesundheitsmanagement



KMU: Betriebe bis 499 Mitarbeiter; Quelle: iga.report 20, 2011

* laut „Präventionsbericht 2016“; MDS, GKV-Spitzenverband



VORBEUGEN, WO ES WICHTIG IST

Kleine und mittlere Unternehmen können viel mehr tun, um die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Gesetzliche Rahmenbedingungen, die das verhindern oder erschweren, müssen verändert werden. Dringend werden neue Angebotsformen in betrieblicher Gesundheitsförderung und arbeitsmedizinischer Betreuung benötigt.

- Innovative Präventionsprojekte müssen gefördert und nicht durch zentrale Vorgaben eingegrenzt oder gar verhindert werden.
- Das Vergaberecht muss für Leistungen zur Gesundheitsförderung vereinfacht werden.
- Die Begrenzung der Lohnsteuerfreiheit für Unternehmen von 500 Euro pro Jahr und Mitarbeiter für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung muss abgeschafft werden.
- Gerade kleinere Unternehmen können keinen Betriebsarzt beschäftigen. Telemedizinische Anwendungen können die Reichweite betriebärztlicher Interventionen erhöhen. Dazu muss das Fernbehandlungsverbot gestrichen werden.

Besonders wichtig:

Die Genehmigungspraxis für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung muss für alle Kassen gleichermaßen erfolgen. Diese Vereinheitlichung ist überfällig.

BERATUNGSRECHTE

ÜBERFORDERT UND OFT ALLEIN

Patienten fühlen sich häufig überfordert, die für sie beste Versorgung zu finden, vor allem bei schweren akuten Erkrankungen, bei chronischen Leiden, im hohen Alter oder als junge Eltern mit kleinen Kindern. Sie vermissen oft schnelle und gezielte Unterstützung sowie kompetente Beratung.

Die Krankenkassen könnten gezielt beraten. Dürfen das aber nicht, obwohl der gesetzliche Auftrag anders lautet. Ihnen ist es verboten, den einzigartigen Schatz ihrer Versichertendaten für individuelle Beratung und Aufklärung zu nutzen. Nicht einmal auf konkrete Ärzte und Versorgungsangebote dürfen sie hinweisen.

In der Hospiz-, Palliativ- und Pflegeberatung ist die Datennutzung zur Beratung erlaubt. Für andere Leistungen der Krankenkassen gilt das nicht. Damit fehlt den Kassen ein elementares Werkzeug, ihre Beratungspflicht zu erfüllen.

» Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.«

§ 1 Sozialgesetzbuch V



HELFFEN STATT VERWALTEN

Gesetzliche Krankenkassen sind weit mehr als der Finanzier und Verwalter der Gesundheitsversorgung. Sie sind vor allem wichtige Partner in der Versorgung. So sehen das auch die Versicherten. Ein klares Bekenntnis der Politik aber fehlt.

Erst die Analyse kassenspezifischer Daten unter regionalen, demografischen und krankheitsbezogenen Aspekten – unter Vorgabe eines hohen Datenschutzes – schafft die Möglichkeit, passgenaue Versorgungsangebote vorzuschlagen. Von der Vorbeugung über die Behandlung bis hin zu Rehabilitation. Damit können Kassen die Versicherten auf ihrem Weg durch den Versorgungsdschungel mit dem vorhandenen Datenschatz bedarfsgerecht unterstützen. Gleichzeitig wird es möglich, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Das hilft allen, allen voran den Patienten.

Besonders wichtig:

Der Beratungsanspruch für Versicherte, inklusive eines Widerrufsrechts, muss gesetzlich gesichert werden. Auf Wunsch des Versicherten muss die Verarbeitung seiner Daten zur Beratung möglich sein.

DIGITALISIERUNG

GESUNDHEIT 0.0

Der digitale Versand einer Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung – gleichgültig ob als Scan, als MMS oder über eine App – darf von den Krankenkassen nicht anerkannt werden. Deutschland im Jahr 2017. Und auch das: Die persönliche Mail eines Versicherten an seine Krankenkasse zu einem Verwaltungsakt muss immer auf dem Postweg beantwortet werden.

Da ist es eigentlich nur konsequent, dass die Debatte um die elektronische Gesundheitskarte seit 15 Jahren kein Ergebnis gebracht, aber bereits weit über 1,5 Milliarden Euro gekostet hat. So behandeln noch immer mehrere Ärzte, ohne voneinander zu wissen, die Krankheit eines Patienten. Vorerkrankungen oder Medikamenten-Unverträglichkeiten bleiben ihnen ebenfalls oft unbekannt.

Die weiteren Aussichten: schlecht. Das Gesundheitswesen läuft Gefahr, große Chancen der Digitalisierung zur Verbesserung der Versorgung und zum Abbau der Bürokratie zu verpassen.

Parallel dazu werden Operationen in Deutschland von der anderen Seite des Atlantiks gesteuert. Und die Google-Doktoren erzielen Klicks ohne Ende.

» Wenn das das Tempo der Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung sein wird, werden wir ... in Kürze zu den Entwicklungsländern weltweit gehören.«

Bundeskanzlerin Angela Merkel mit Blick auf 15 Jahre erfolglose Debatte über die elektronische Gesundheitskarte am 9. Januar 2017 in Köln



DIGITALISIEREN, WAS SINN MACHT

Das Potential der Digitalisierung muss für eine bessere Gesundheitsversorgung genutzt werden. Die Einführung der elektronischen Patientenakte darf nicht weiter verzögert werden.

Datensicherheit und Datenschutz sichern dabei die notwendige Akzeptanz digitaler Prozesse. Versicherte müssen stets Souverän ihrer Daten bleiben.

Die notwendige Infrastruktur muss zügig ausgebaut werden. Die alleinige Finanzierung der Telematik-Infrastruktur durch die Versicherten ist ungerecht.

Außerdem gilt: Nicht jede App ist in Ordnung, geschweige denn zu finanzieren. Deshalb müssen Qualitätsstandards etabliert und deren Einhaltung von den Anbietern nachgewiesen werden.

Besonders wichtig:

Digitalisierung kann die Versorgung in strukturschwachen Gebieten unterstützen, dazu müssen die Kassen flächendeckend Online-Sprechstunden, inklusive eRezept, anbieten können. Damit verbunden ist die Abschaffung des Fernbehandlungsverbots, auch ein Versandhandelsverbot von verschreibungspflichtigen Medikamenten ist nicht zeitgemäß.

VERSORGUNGSGESTALTUNG

VERMEINTLICH GUT

Das gesetzliche Regelwerk der gesundheitlichen Versorgung ist komplex und an vielen Stellen inkonsistent. Kein Wunder, dass sich die Entscheider und Akteure im Gesundheitswesen lieber in ihren überschaubaren Sektoren betätigen und weniger das große Ganze im Sinne einer integrierenden Versorgung im Blick haben. Die Folge: Der Kollektivvertrag in den einzelnen Leistungsbereichen ist das dominierende Versorgungsangebot. Mit eigenem Planungs- und Honorierungssystem.

Eine am Bedarf der Versicherten ausgerichtete Versorgung?
Fehlanzeige.

Kollektivverträge werden regelmäßig im Hinblick auf Über-, Unter- und Fehlversorgung kritisiert. Zu Recht. Ihre Effizienz wurde nie gemessen und die großen Herausforderungen der Demografie, guter Pflege oder die Zunahme chronischer Erkrankungen und multimorbider Patienten konnten sie bisher nicht bewältigen. Gleichzeitig tun sie sich schwer mit neuen Chancen.

Die wirklichen Versorgungs-Innovationen bleiben aus. Es fehlt an Mut zur integrierenden Versorgungsgestaltung über Selektivverträge. Noch immer konzentriert sich alles auf die Akut-Versorgung.





WETTBEWERB UM DIE BESTE VERSORGUNG

Die Hürden für Krankenkassen, die die Versorgung ihrer Versicherten individuell – über Selektivverträge – gestalten wollen, sind zu hoch. Zu viel Bürokratie muss bewältigt werden, sobald neue Wege der integrierten Versorgung, der Vertragsgestaltung oder sektorübergreifender Budgets beschritten werden sollen.

Doch gerade bei chronischen und altersbedingten Erkrankungen oder auch in medizinisch unterversorgten Regionen sind neue innovative Versorgungsformen wie geschaffen dafür, die Probleme nachhaltig sowie gleichzeitig kreativ zu beseitigen.

Basis der Selektivverträge muss die jeweilige Kassen-Population in einer Region oder in einem Unternehmen sein. Die Orientierung an regionalen oder betrieblichen Notwendigkeiten wird unterschiedliche Versorgungsformen hervorbringen. Das ist gut so. Denn es ist eine wesentliche Voraussetzung für den Wettbewerb im Gesundheitssystem. Wettbewerb um die beste Versorgung.

Qualität muss der zentrale Parameter für Selektiv-Verträge sein: mit Blick auf die effiziente Versorgung und deren gerechte Vergütung. Das Ganze eingebettet in soziale Rahmenbedingungen, die die Finanzierung dort sichern, wo sie nachweislich gebraucht wird.

Besonders wichtig:

Die Planung von Versorgungsstrukturen muss über alle Versorgungsbereiche hinweg erfolgen. Auf dieser Basis müssen Krankenkassen Selektivverträge schließen können, um ihren Versicherten eine passgenaue Versorgung anzubieten.

ANPACKEN!

DIE MERKSÄTZE

1

Oft geht es um Rettung in höchster Not. Meistens um ein gesundes und schmerzfreies Leben. Immer geht es um Lebensqualität in Beruf, Freizeit und dem privaten Umfeld. **Die Akteure des Gesundheitswesens haben diesen Zielen zu dienen. Nicht umgekehrt.**

2

Der Morbi-RSA muss jetzt renoviert werden. Er darf einzig und allein der tatsächlichen Versorgung folgen. Die dazu erforderlichen Regelungen müssen klar und eindeutig sein. Manipulationen müssen wirksam ausgeschlossen werden.

3

Die Genehmigungspraxis für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung muss für alle Kassen gleichermaßen erfolgen. Diese Vereinheitlichung ist überfällig.

4

Der Beratungsanspruch für Versicherte, inklusive eines Widerrufsrechts, muss gesetzlich gesichert werden. Auf Wunsch des Versicherten muss die Verarbeitung seiner Daten zur Beratung möglich sein.

5

Digitalisierung kann die Versorgung in strukturschwachen Gebieten unterstützen, dazu müssen die Kassen flächendeckend Online-Sprechstunden, inklusive eRezept, anbieten können. Damit verbunden ist die Abschaffung des Fernbehandlungsverbots.

6

Die Planung von Versorgungsstrukturen muss über alle Versorgungsbereiche hinweg erfolgen. Auf dieser Basis müssen Krankenkassen Selektivverträge schließen können, um ihren Versicherten eine passgenaue Versorgung anzubieten.

Notfallversorgung, Rehabilitation, Arzneimittelversorgung,
Arzthonorare, Pflege, Krankenhaus, ...

Oder andere Themen.
Haben Sie dazu Fragen?
Wir beantworten Sie gerne.

Kontakt

Anne-Kathrin Klemm
Abteilungsleiterin Politik
Telefon: 030 27 00 406 200
E-Mail: politik@bkk-dv.de

Impressum

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin
Stand: April 2017



