

Reformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Gesundheitsversorgung kein Wahlkampfthema?

Das gesellschaftliche Leben in Deutschland wird maßgeblich auch durch die Gesetzgebung der demokratisch legitimierten Regierung geprägt – meist gebildet aus Koalitionsparteien.

Vorstellungen darüber, was zum Wohle der gesetzlich Versicherten an der Gesundheitsversorgung geändert werden könnte, finden sich jedoch selten unter den Wahlkampfthemen der Parteien.

Gesundheit ein Wahlkampfthema!

Das höchste Gut des Menschen, die Gesundheit und ihre Erhaltung, war in den letzten Wahlkämpfen nie wirklich ein politisches Thema. Parteien sind offenbar nach wie vor von dem (Vor-)Urteil geprägt, dass mit Gesundheitsthemen Wahlen eher verloren als gewonnen werden. Und weil sich die Parteien im Wahlkampf vor dem Thema Gesundheit scheuen, bleibt auch jede Auseinandersetzung mit diesem (unwichtigen?) Thema aus. Es findet höchstens punktuell Eingang in das „Klein-Klein“ von Koalitionsvereinbarungen – oder es läuft sogar ganz ohne vorherige Absprachen, Festlegungen und Leitlinien nebenher mit im politischen Alltagsgeschäft der Legislaturperiode.

Morbus Reform

Gesundheitspolitik wird mehr oder weniger spontan gemacht. Ist das verwunderlich? Nein. Worauf sollte man sich in Koalitionsverhandlungen auch festlegen können, wenn man sich mangels Relevanz im Wahlkampf kaum mit dem Thema Gesundheit auseinandergesetzt hat. Dass Gesundheitsthemen in Wahlkampfzeiten so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, hindert die politischen Verantwortlichen jedoch nicht daran, im Laufe der Legislaturperiode auch in der

Gesundheitspolitik fleißig zu reformieren. Gesetzliche Veränderungen sind in der sprachlichen Darstellung politisch Verantwortlicher immer Reformen – auch im Gesundheitswesen. Und so gab es in der Vergangenheit viele, sehr viele Reformen in der gesundheitlichen Versorgung gesetzlich Versicherter. Bei so vielen Reformen sollte man meinen, dass unser Gesundheitssystem so langsam,

Gesellschaftspolitische Verantwortung?

Man muss kein Sigmund Freud sein, um zu wissen: Politische Entscheidungen sind mitunter Interpretation tiefsitzender Triebe und Motive, mit denen sich offen zu befassen der Verstand entweder zu konventionell erzogen oder zu feige ist. ■

Jacques Schuster

aber sicher perfekt – quasi ausreformiert – sein müsste. Reformen zielen ja schließlich immer auf eine Verbesserung des Status quo ab. Wenn es nun aber immer und immer wieder etwas am Gesundheitssystem zu reformieren gibt, was bedeutet das dann für das System? Ist das Gesundheitssystem vielleicht doch noch sehr weit vom Ideal entfernt? Gibt es vielleicht grundsätzliche Konstruktionsfehler im System? Sind deshalb immer wieder neue Reformen erforderlich? Wie oft müssen Reformen reformiert werden, weil Systemfehler nicht behoben werden? Was

belegen die kurzen zeitlichen Abstände? ...Fragen über Fragen, mit denen sich die Parteien offenbar nicht auseinandersetzen wollen, weil sich damit vermeintlich schlecht die Macht erringen lässt?

Zehn Veränderungen pro Jahr

Manchmal hilft Statistik, sich ein formales Bild zu machen. Gesetzliche Eingriffe in das Gesundheitsversorgungssystem erfolgten in den letzten beiden Legislaturperioden im Schnitt mindestens zehn Mal pro Jahr. Diese Mindestmarke wird auch in der noch laufenden Legislaturperiode gehalten. Aktenkundig sind bereits 43 gesetzliche Eingriffe in das Sozialgesetzbuch V (SGB V). Sechs weitere „Reformgesetze“ sind bereits in Arbeit. Ist es reiner Zufall, dass 52 Paragraphen (§§1 bis 52a SGB V) den Anspruch und die Verhältnisse für die gesetzlich Versicherten regeln, aber inzwischen für die Systemsteuerung rund fünf Mal so viele Paragraphen notwendig sind (§§ 53 bis 322 SGB V)?

Eingriffe belegen Systemschwäche

Es ist eine Binsenweisheit, dass die Notwendigkeit, in kurzen zeitlichen Abständen eine Vielzahl von Eingriffen in ein System vornehmen zu müssen, klar offenbart, dass das System nicht gut funktioniert. Zumindest jeder Student der Betriebs- oder Volkswirtschaftslehre verfügt über dieses Wissen. Gesundheitspolitiker in Regierungsverantwortung hingegen verfügen über eine Gabe, die ausufernden Eingriffe in das Gesundheitssystem umzudeuten in einen Beweis nicht nur für die Funktionsfähigkeit des Systems, sondern auch für ihr eigenes gutes Regieren. Erfolgreiche Politik nach Anzahl von Gesetzen – Quantität vor Qualität?

Gutes Regieren?

Die inzwischen wieder abgeschaffte Praxisgebühr könnte man noch als politisch-zeitgeistlichen Flop verharmlosen, der inzwischen durch die Einführung der krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge finanziell kompensiert wurde – wo-

Gesetzliche Eingriffe

Anzahl der gesetzlichen Eingriffe mit Auswirkungen auf das Sozialgesetzbuch V (SGB V) zur Sicherung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Zeit von 2005 bis 2017:

- Sechzehnter Bundestag (2005-2009)
81 Eingriffe – Regierungskoalition von CDU und SPD
- Siebzehnter Bundestag (2009-2013)
54 Eingriffe – Regierungskoalition von CDU und FDP
- Achtzehnter Bundestag (2013 bis September 2017) bisher 43 Eingriffe – Regierungskoalition von CDU und SPD

Bereits geplante/angekündigte gesetzliche Eingriffe mit Auswirkungen auf das Sozialgesetzbuch V (SGB V):

Artikel 3 6. SGB IV-Änderungsgesetz (6. SGB IV-ÄndG)

Artikel 3 Neuntes Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Rechtsvereinfachung – sowie zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht

Artikel 2a Arbeitslosenversicherungsschutz- und Weiterbildungsstärkungsgesetz (AWStG)

Artikel 4 Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)

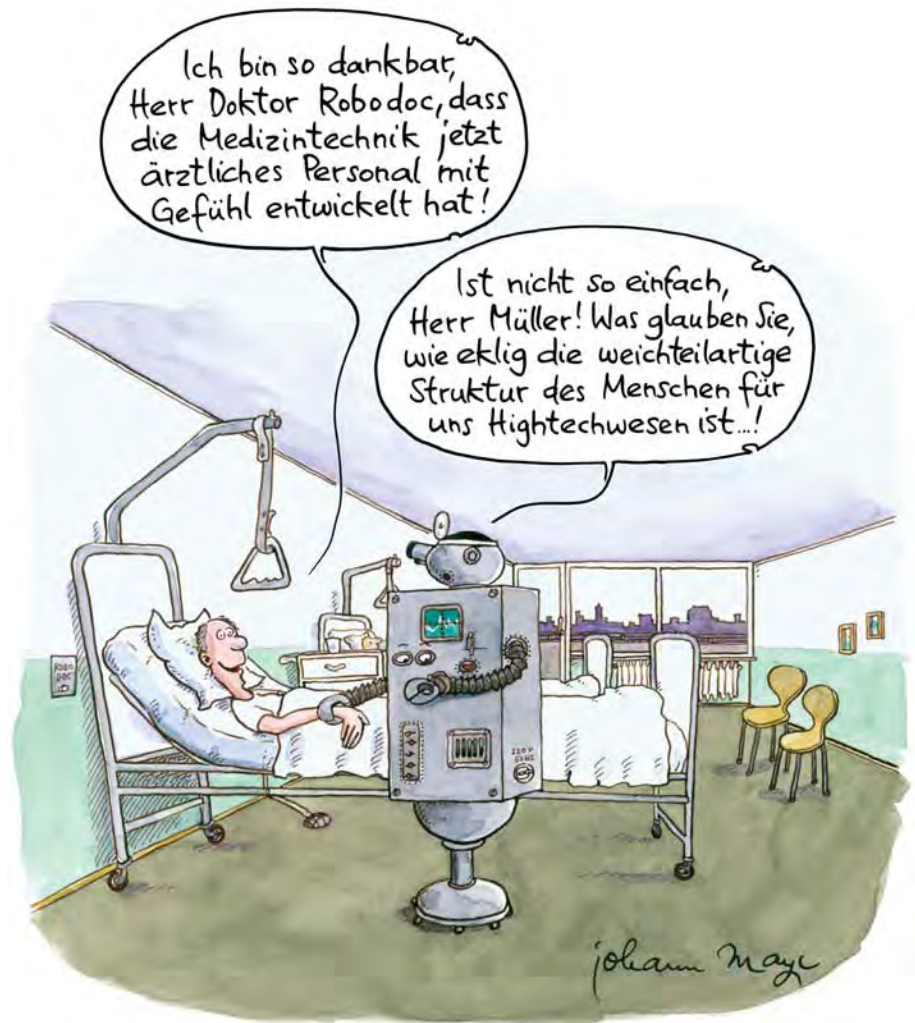
Artikel 1a Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze

Artikel 2 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

Buzer.de



Zur Regelung der Ansprüche der Versicherten benötigt das SGB V die §§ 1 bis 52a; zur Steuerung des Systems die §§ 53 bis 322.



mit allerdings die jahrzehntelange paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber gänzlich begraben wurde. Individuelle Zusatzbeiträge sollen die gesetzlichen Krankenkassen vor finanzieller Schieflage bewahren. Damit aber genau diese gesetzliche Regelung im Wahljahr nicht zur finanziellen Belastung von gesetzlich Versicherten wird, schüttet Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe kurzerhand zusätzliche Mittel aus dem Gesundheitsfonds in das System der Krankenkassen und verkündet stolz, dass der gesetzlich festgeschriebene Sockelbeitrag im Jahr 2017 nicht steigen werde. Warum schafft der Gesetzgeber gesetzliche Regelungen, die er selbst aushebelt? Weil Wahlkampf ist? Hilft das Menschen mit Psoriasis zu einer besseren Versorgung?

Die neu eingerichteten Terminservicestellen, mit denen gesetzlich Versicherte ähnlich schnell in den Genuss eines Facharzttermins kommen sollen wie Privatver-

sicherte, belegen hingegen eindrucksvoll eine Schwäche des Versorgungssystems, dessen Zwei-Klassen-Charakter ohnehin fragwürdig anmutet.

Die jüngst als Upcoding (siehe PSO Magazin 6/16) bekannt gewordenen Tricksereien – um nicht den Begriff Betrügereien zu gebrauchen – der Krankenkassen beim Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wiederum offenbaren einen weiteren Reformbedarf, der einzig und allein aus dem Umstand erwächst, dass die Krankenkassen miteinander im gesetzlich verordneten Preiswettbewerb um geringste Versicherungskosten stehen. Im Übrigen: Die Notwendigkeit der Einführung des Morbi-RSA selbst ist schon ein plakatives Beispiel dafür, dass ein Gesundheitssystem, in dem die Krankenkassen miteinander im Wettbewerb stehen, vielleicht nicht die beste Idee ist – zumindest nicht für Patienten, die in „billig“ und „teuer“ gruppiert werden.

Qualität durch Kostenvermeidung?

Ohnehin stellt sich die Frage, was eigentlich genau der Wettbewerbsgegenstand sein soll? Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ist gesetzlich festgelegt, darum kann es keinen Wettbewerb geben. Was bleibt? Es kann den Krankenkassen nur darum gehen, ihre Kosten pro Versicherten zu drücken. Die Lösung für Krankenkassen ist Kostenvermeidung, wo immer es geht. Die Folgen merken Versicherte, wenn sie krank werden. Die gesetzlichen Krankenkassen stehen nur noch in einem Kostenvermeidungs- und Trickereien-Wettbewerb miteinander, um am „Markt geringer Beiträge“ zu bestehen. Und der Gesetzgeber muss immer neue Schlupflöcher stopfen.

Versicherungsfremde Leistungen

Es ist eine offene Frage, ob jährliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen von über 30 Milliarden Euro für versicherungsfremde Leistungen (Angabe des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen) nicht eine verfassungswidrige Sondersteuer für gesetzlich Versicherte ist. Welchen Einfluss haben gesetzlich Versicherte, was mit ihren Mitteln finanziert wird? Demokratische Strukturen

gibt es dafür nicht. Die Verwaltungsräte der Krankenkassen, die als Alibi genannt werden, dienen letztendlich auch nur der jeweiligen Kasse und deren Kostenvermeidung, aber nicht dem solidarischen System.

Auch der Frage, warum in Deutschland 19 Prozent Mehrwertsteuer auf verordnungspflichtige Arzneimittel erhoben werden, während in den meisten Ländern gar keine oder nur eine ermäßigte Umsatzsteuer anfällt, sollten Parteien im Wahlkampf den Bürgern erklären. Warum werden auf Lebensmittel und Bücher weniger Umsatzsteuer erhoben? Mit solchen grundsätzlichen Überlegungen befassen Parteien sich nicht – es interessiert den Wähler ja vermeintlich nicht. Gesundheitspolitik bleibt Spontanpolitik mit wiederkehrenden Reformen der Reform, die meist nur darauf abzielen, neueste Fehlentwicklungen zu unterbinden, abzumildern oder auszugleichen.

Natürlich ist das Gesundheitssystem dynamisch. Es muss nachjustiert werden, wenn elektronische Verfahren (z.B. Telemedizin) in der Versorgung zum Einsatz kommen sollen. Die „Dosis“ allerdings macht Unbehagen. ■

Hans-Detlev Kunz
Hamburg

Streikverbot für Vertragsärzte

Ärzte dürfen nicht streiken. Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel hat das Streikverbot bekräftigt. Ein Streikrecht stehe so genannten Vertragsärzten nicht zu (Az: B 6 KA 38/15 R). Es sei „mit der gesetzlichen Konzeption des Vertragsarztrechts“ nicht vereinbar. Vertragsärzte sind demnach nicht berechtigt, ihre Praxis während der Sprechstundenzeiten für einen Warnstreik zu schließen. Die vertragsarztrechtlichen Bestimmungen dazu seien verfassungsgemäß. Ein Allgemeinmediziner aus Stuttgart hatte an zwei Tagen im Jahr 2012 seine Praxis geschlossen und eine ausreichende Notfallversorgung und Vertretung sichergestellt, um an einem Warnstreik von Vertragsärzten teilzunehmen. Daraufhin erteilte ihm seine Kassenärztliche Vereinigung einen Verweis. ■

Bundessozialgericht

Kostendämpfung im Gesundheitswesen

Zuzahlungsverzicht bei medizinischen Hilfsmitteln

Die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen dienen der Kostendämpfung im Gesundheitswesen und nicht dem Schutz von wirtschaftlichen Interessen.

Der Zuzahlungsverzicht ist auch keine verbotene Heilmittelwerbung. Rabatte sind für nicht preisgebundene Arzneimittel, Medizinprodukte und andere Heilmittel erlaubt. Die gesetzlichen Regelungen zur Zuzahlung stehen solchen Rabatten bei Hilfsmitteln nicht entgegen. Der Ver-

gütungsanspruch eines Hilfsmittellieferanten gegen die Krankenkasse verringert sich automatisch um die gesetzliche Zuzahlung. Verkäufer von Hilfsmitteln können über die Zuzahlungsforderung frei verfügen, also darauf auch verzichten (OLG Stuttgart - 2 U 83/14).

Regelung der Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abge-

gebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. (...) Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf (§ 33 Abs. 8 SGB V). Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen (§ 43c Abs. 1 SGB V). Zahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels (§ 61 Satz 1 SGB V). ■

Bundesgerichtshof