



FORUM

Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



3 • 2018

**GKV-VEG –
GROSSER WURF ODER
KLEINE LÖSUNG?**



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepfer und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepfer ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepfer haben wir eine Bühnen- und filmereifere Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

GKV-VEG – großer Wurf oder kleine Lösung?



6 Editorial
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



8 Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz: Chance für fairen Wettbewerb und Finanzstabilität in der GKV
Ulrike Elsner
Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.



12 Das Versichertenentlastungsgesetz: Kurzfristige Wohltaten ohne Nachhaltigkeit?
Jürgen Hohnl
Geschäftsführer des IKK e.V.



17 GKV-Versichertenentlastungsgesetz sendet falsche Signale: Statt Anheizen des Preiswettbewerbs Stärkung des Wettbewerbs um beste Versorgung notwendig!
Dr. Christopher Hermann **Dr. Holger Pressel**
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg Stellv. Leiter Stabstelle Unternehmenskommunikation/Politik der AOK Baden-Württemberg



22 Reform des Morbi-RSA: Wie viel hilft viel? Oder: Weg frei für einen fairen Wettbewerb!
Dr. Hans Unterhuber **Dr. Gertrud Demmler** **Christian Keutel**
Vorstandsvorsitzender der SBK Mitglied des Vorstandes der SBK Leiter Risikostrukturausgleich und Finanzplanung der SBK



28 Die Zitronenpresse
Roland Engehausen **Florian Renker**
Vorstand IKK Südwest Referent Einnahmemanagement IKK Südwest



34 Die Wiedereinführung der Parität – Vorschlag für einen alternativen arbeitnehmer- und arbeitgeberfreundlichen Ansatz
Dr. Wolfgang Matz
Vorsitzender des Vorstandes der Kaufmännische Krankenkasse

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mit dem „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) hat Jens Spahn seinen ersten Gesetzentwurf als Gesundheitsminister vorgelegt.

Die mediale Flankierung durch die „Bild“-Zeitung lässt vermuten, dass sich der öffentlichkeitsaffine Minister mit diesem „ersten Aufschlag“ eher „beim Volk“ zu Wort melden wollte als beim gesundheitspolitischen Fachpublikum. Verständlich, denn „im Volk“ kann er mehr Wählerinnen und Wähler erwarten.

Folglich ist die erste Fassung des GKV-VEG kaum von den komplizierten Mechanismen, Anreizen und Fehlanreizen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) beschwert. Besucher der BMG-Webseite werden unter dem Stichwort „GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG“ übrigens bis heute nicht mit solchen „Feinheiten“ belastet, wenn sie sich über das GKV-VEG informieren wollen.

Für Fachleute steht aber außer Frage, dass Jens Spahns Pläne, Rücklagen der Krankenkassen den Versicherten wieder zugänglich zu machen, nur zu verantworten sind, wenn die Einnahmesituation der Kassen *zuvor* neu justiert wurde. Derzeit können die Rücklagen der *einen* Krankenkasse zu weiten Teilen von den Beiträgen *anderer* Krankenkassen finanziert werden, was die Bürgerinnen und Bürger in der Regel nicht wissen. Ein „Versichertenentlastungsgesetz“ ohne die Berücksichtigung dieser systeminternen Finanzflüsse würde eine weitere Umverteilung der Geldströme *zwischen* den Kassen und damit *zwischen* den Versicherten organisieren.

Der Gesundheitsexperte Prof. Dr. Jürgen Wasem (u.a. Vorsitzender des „Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ beim Bundesversicherungsamt) hat unmittelbar nach dem ersten Referententwurf des Gesetzes von einer „Todesspirale für Kranken-

kassen“ gesprochen, wenn die *richtige* Schrittfolge zur Sortierung der Kassenfinanzen im Gesetz nicht berücksichtigt werde.

Der Kabinettsentwurf des Gesetzes, Grundlage der Diskussion im vorliegenden Heft des iX-Forums, schreibt dann auch die schlüssige Reihenfolge vor: *Erst* die Regelung des internen Finanzausgleichs der Kassenkassen und *dann* eventuell eine Rückführung der Überschüsse an die Versicherten. Ein Pferdefuß mag sein, dass im Gesetz nicht geregelt wird, wie der interne Kassenfinanzausgleich künftig aussehen soll. Vor allem eine entsprechende Regional-Komponente und deren Ausgestaltung wird weitere Diskussionen nach sich ziehen – die wir in einer weiteren Ausgabe des iX-Forums dokumentieren wollen.

Unstrittig ist, dass die heutige Gestaltung und Regulierung der *Kassenfinanzen* ein fatales Signal setzt, denn im Fokus steht immer noch der Beitrag, den eine Krankenkasse erhebt, als primäres Wettbewerbsmerkmal. Qualitätsmerkmale wie Leistung und Betreuung spielen keine Rolle, deren Gestaltung zugegebenermaßen auch höchst kompliziert ist. Aber wie sollen Versicherte am Preis eine gut wirtschaftende Kasse von einer schlecht wirtschaftenden unterscheiden können?

An diesem, mit der Reform Ulla Schmidts von Anfang an falschen, auch nach zehn Jahren nicht richtiger werdenden Primat des Geldes, ändert leider auch das GKV-VEG nichts. Ob wir mit einem Gesundheitsminister Jens Spahn eine Gesetzgebung erleben dürfen, die Qualität und Leistungstransparenz von Krankenkassen in den Fokus rückt, bleibt abzuwarten.

Bei aller Schwerpunktsetzung auf die finanziellen Aspekte der GKV wird der Umstand vergleichsweise wenig thematisiert, dass das GKV-VEG die Versicherten weniger durch die Rückführung von Krankenkassen-Überschüssen finanziell entlastet, sondern vor allem durch die Wiederherstel-

lung einer weitgehend paritätischen GKV-Finanzierung durch Arbeitgeber und Versicherte. Mit rund 6,9 Mrd. Euro schlägt diese Maßnahme im Portemonnaie der Versicherten positiv und bei den Kosten der Arbeitgeber folglich negativ zu Buche. Dieser Umschichtung hat sich angesichts ihrer finanziellen Dimension vergleichsweise geräuschlos vollzogen - jedenfalls bislang, denn die parlamentarische Diskussion um das GKV-VEG hat noch nicht begonnen.

Ob und wie heftig sich die Arbeitgeberverbände öffentlich zu Wort melden, wird von vielen Faktoren und der Qualität der Kompensationsgeschäfte abhängen.

Ein Aspekt ist dabei noch nicht hinlänglich in der Öffentlichkeit angekommen, denn es besteht die Gefahr, dass Arbeitgeber bei einer paritätischen Finanzierung der kassenindividuellen Zusatzbeiträge ein Interesse verspüren könnten, ihre Mitarbeiter zum Eintritt in eine Krankenversicherung mit niedrigem Zusatzbeitrag zu drängen.

Der Vorschlag, den die KKH in diesem Heft zur Diskussion stellt, vermeidet nicht nur diesen Fehlanreiz, er hat darüber hinaus gute Argumente auf seiner Seite. Würde die paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrags auf Arbeitgeberseite nicht kassenindividuell ausgestaltet, sondern über alle

Kassen hinweg am durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach BMG-Festsetzung orientiert, würde eine höchst problematische Folge des Preiswettbewerbs im GKV-Markt eliminiert. Außerdem würden Arbeitgeber von Bürokratie entlastet, weil ihre Lohnbuchhaltung nicht für über 100 Krankenkassen die jeweiligen Zusatzbeiträge und deren eventuelle unterjährigen Änderungen berücksichtigen müsste.

Überlegenswert ist auch der Hinweis des IKK e.V., dass durch die Halbierung der Mindestbeiträge für Selbständige Anreize zur Scheinselbständigkeit und zur Selbstausscheidung gesetzt würden, denn die Beitragsbemessung liegt dann unterhalb der Grenze des gesetzlich geltenden Mindestlohns.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren, dass sie uns mit ihren fundierten Überlegungen Einblicke in ihre jeweiligen Detail-Analysen zum GEK-VEG gewähren.

„Großer Wurf oder kleine Lösung?“ Die parlamentarische und außerparlamentarische Diskussion ist eröffnet.

Wir wollen mit dem vorliegenden Heft das Unsere dazu beitragen und wünschen unseren Leserinnen und Lesern bei der Lektüre viel Vergnügen und viele neue Erkenntnisse!

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz: Chance für fairen Wettbewerb und Finanzstabilität in der GKV



Ulrike Elsner

Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

Um es gleich vorweg zu nehmen: Das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ist ein großer Wurf. Im Zentrum steht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung. Dafür hat sich der Verband der Ersatzkassen (vdek) seit Jahren eingesetzt. Dass sich die Arbeitgeber ab dem nächsten Jahr wieder an der Kostenentwicklung des Gesundheitswesens beteiligen und damit auch ein Interesse an einer wirtschaftlichen Entwicklung der Versorgungskosten haben, ist ein Stück gelebte Sozialpartnerschaft. Für die Versicherten heißt die paritätische Finanzierung, dass sie um 0,5 Beitragssatzpunkte entlastet werden.

Mit seinem ersten Gesetz als verantwortlicher Bundesgesundheitsminister will Jens Spahn Beitragsentlastungen auf breiter Front herbeiführen. Das wird ihm – wenn überhaupt – nur teilweise gelingen. Denn die soziale Pflegeversicherung (SPV) befindet sich in einer schwierigen finanziellen Lage. Zusätzliche Leistungsempfänger, wachsende Pflegebedarfe und eine Dynamik bei den ergänzenden ambulanten Leistungen führen dazu, dass sich der zusätzliche Finanzbedarf bis zum Jahre 2022 auf 10,5 Milliarden Euro beläuft. Dieser macht rechnerisch eine Beitragserhöhung in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten notwendig. Diese Beitragserhöhung kann nur durch die Einführung eines Steuerzuschusses begrenzt werden. Dieser rechtfertigt sich schon allein durch die versicherungsfremden Leistungen, die wie die GKV auch die SPV schultern muss, allen voran die beitragsfreie Familienmitversicherung. Zudem wäre unverantwortlich, wenn finanzielle Spielräume an anderer Stelle – ich meine hier zuvorderst die Arbeitslosenversicherung – ungenutzt blieben.

Mit dem GKV-VEG sollen weitere Beitragsentlastungen herbeigeführt werden. Krankenkassen, die über hohe Rücklagen verfügen, sollen diese systematisch abzuschmelzen. Künftig soll die Finanzreserve einer Krankenkasse das Einfache einer Monatsausgabe nicht mehr übersteigen. Überschießende Beträge sind innerhalb von drei Jahren abzubauen. Andernfalls sollen die Mittel an den Gesundheitsfonds fließen, dessen Liquiditätsreserve ebenfalls mit einer Obergrenze versehen wird. Während die Obergrenze der Liquiditätsreserve ausdrücklich zu befürworten ist, sind die Zwangsvorgaben zum Abbau

von Rücklagen deutlich kritischer zu sehen. Wo Augenmaß erforderlich wäre, wird mit der Heckenschere operiert. Eine höchst ungleiche Vermögensverteilung hat dazu geführt, dass sich die Spielräume für Zusatzbeitragsenkungen bei den einzelnen Kassen stark unterscheiden. Die AOK-Sachsen-Anhalt verfügte im Jahr 2016 über Rücklagen in Höhe von 1.052 Euro je Versicherten. Bei einigen Ersatzkassen oder Betriebskrankenkassen bewegen sich die Rücklagen im mittleren zweistelligen Bereich. Folgt man der Logik des Gesetzentwurfs, würden reiche Kassen ihre Wettbewerbsvorteile gegenüber schlechter gestellten Krankenkassen ausbauen können. Insbesondere kleinere Krankenkassen könnten ein Marktinteresse auf sich ziehen, das für ein gesundes Wachstum unter unternehmerischen Gesichtspunkten kontraproduktiv wäre. Bestehende Wettbewerbsverzerrungen würden sich verstärken.

Deshalb ist es gut, dass der Minister den dringenden Appell u. a. der Ersatzkassen aufgegriffen hat und zeitgleich eine Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) auf den Weg bringen will. Das ist vor dem Hintergrund eines forcierten Kassenwettbewerbs unerlässlich. Denn es sind insbesondere auch die durch den Morbi-RSA bewirkten finanziellen Unwuchten, die die wettbewerbliche Position der Kassen bestimmen. Der Kabinettsentwurf des GKV-VEG sieht in § 268 Absatz 5 SGB V (neu) vor: „Der Risikostrukturausgleich ist unter Berücksichtigung der Gutachten des wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs bis zum 31. Dezember 2019 gesetzlich fortzuentwickeln.“

Das ist nicht viel Zeit für eine Reform des Finanzausgleichs. Trotzdem muss es gelingen:

- Die dringende Notwendigkeit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA ist mittlerweile „Common Sense“. Wer für den Wettbewerb in der Krankenversicherung ist, muss dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen stimmen.
- Ebenso deutlich ist, dass es bei einer Reform des Morbi-RSA nicht nur um Methodenschärfe gehen kann. Die Optimierung der sogenannten Zielgenauigkeit des Verfahrens darf kein Selbstzweck sein. Es ist gelungen, diese Sichtweise wieder zu erweitern: der Morbi-RSA hat ebenso die Aufgabe, Chancengleichheit im Kassenwettbewerb sicherzustellen. Die Bausteine für die Weiterentwicklung des RSA müssen so ausgewählt werden, dass die Unterschiede in den Deckungsbeträgen abgebaut und Risikoselektion vermieden werden. Aktuell betragen diese Unterschiede zwischen den AOKen und den Ersatzkassen 2,5 Milliarden Euro. Das ist zusatzbeitrags- und damit wettbewerbsrelevant.
- Zuletzt ist deutlich geworden, dass es exogene Faktoren gibt, die die Ausgaben der Krankenkassen stark mitbestimmen, von diesen aber nicht beeinflussbar sind. Preise und Strukturen wirken dort am stärksten, wo eine Krankenkasse die meisten ihrer Versicherten hat. Das wirkt im Positiven wie im Negativen. Auch hier bin ich dankbar, dass vom BMG ein Auftrag für ein entsprechendes Gutachten an den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt ergangen ist.

Mittlerweile liegen zwei Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt (BVA) vor, die sich mit den Optionen zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA befassen und Lösungsvorschläge unterbreiten.

Im Lichte dieser gutachterlichen Expertise fordern die Ersatzkassen die Weiterentwicklung des Morbi-RSA mit folgenden Reformelementen:

Wir halten die Einführung einer Regionalkomponente für überfällig, die an den Ausgabenstrukturen ansetzt und die die solchermaßen bestehenden Unterschiede kleinräumig und damit fair ausgleicht. Der Wissenschaftliche Beirat bestätigt in seinem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des Morbi-RSA vom Juli 2018 eindringlich den Handlungsbedarf zur kurzfristigen Erweiterung des Morbi-RSA um eine Regionalkomponente. Das vorgeschlagene „regionalstatistische Direktmodell“ des Wissenschaftlichen Beirats ist in der Ausgestaltung einer zeitgleichen Kombination mit dem 100-prozentigen Deckungsbeitrags-Cluster-Ansatz geeignet, die vom Beirat festgestellten regionalen RSA-Verzerrungen zu beseitigen.

Wir fordern, dass bei der Krankheitsauswahl auf den Schweregrad abzustellen ist. Durch die derzeit angewandte Rechenmethode legt der Morbi-RSA einen deutlichen Schwerpunkt auf Zuschläge für Volkskrankheiten. Seltenerer Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten werden vernachlässigt. Die Ersatzkassen treten dafür ein, die Rechenmethode bei der Krankheitsauswahl zu verändern – hin zur logarithmischen Prävalenzgewichtung. Die Ersatzkassen halten die Einführung eines Krankheitsvollmodells dagegen nicht für zielführend, weil damit die Gefahr besteht, dass die Einnahmoptimierung durch Diagnosebeeinflussung sogar noch ausgeweitet wird.

Für die Ersatzkassen ist die Streichung des Merkmals Erwerbsminderungsrentner (EMR) nach wie vor zielführend. Das Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats sieht ebenfalls das Problem der entstehenden Unterdeckung bei einem Teil der Erwerbsminderungsrentner und schlägt eine Optimierung durch die differenzierte Berücksichtigung von Altersgruppen und Krankheiten als Schweregradindikator vor. Damit würden die existierenden Fehldeckungen bei den Krankenkassen abgeschmolzen werden.

Die DMP-Programmkostenpauschale muss gestrichen werden. Derzeit erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale aus dem Gesundheitsfonds für jeden in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschriebenen Versicherten. In einem versorgungsneutral ausgestalteten Morbi-RSA haben derart gestaltete Zuweisungen grundsätzlich keinen Platz.

Ein Hochrisikopool muss wieder eingeführt werden. Die Zuweisungen, die Krankenkassen für extrem teure Krankheiten erhalten, decken die entstehenden Ausgaben bei weitem nicht ab. Um dem Ziel des Morbi-RSA – dem Ausgleich finanzieller Belastungen zwischen Krankenkassen, die durch die Versichertenstruktur verursacht werden – gerecht zu werden, sollten Hochkostenfälle solidarisch durch einen Hochrisikopool ausgeglichen werden. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Hochrisikopool Fallkosten ab einer Schwelle von 100.000 Euro ausgleichen. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Durch den Schwellenwert und den Selbstbehalt wird dafür gesorgt, dass für die Krankenkassen weiterhin ein Anreiz für wirtschaftliches Verhalten besteht.

Der Wissenschaftliche Beirat schlägt die Berücksichtigung von Altersinteraktionstermen vor, die die Zielgenauigkeit des Klassifikationsmodells steigern und Risikoselektionsanreize gegen bestimmte Versichertengruppen (Unterdeckungen insbesondere bei jungen Versicherten mit RSA-relevanten Erkrankungen und Überdeckungen bei multimorbiden älteren Versicherten) senken. Die vorgeschlagenen Altersinteraktionsterme für Kinder genauso wie für ältere Menschen sind aus Sicht der Ersatzkassen methodisch sinnvoll und beseitigen Schief lagen bei der Deckung von Versichertengruppen, die z. T. auch durch Kodierbeeinflussung verstärkt werden.

Gleichzeitig sind Kodierrichtlinien verbindlich einzuführen. Das reicht allerdings nicht aus. Denn auch das Aufsichtshandeln muss einheitlich werden. Die Aufsichtsführung über die Krankenkassen ist auf Bundes- und Landesebene immer wieder uneinheitlich. Monopolkommission und Wissenschaftlicher Beirat stellen fest, dass dieses uneinheitliche Aufsichtshandeln zu Wettbewerbsverzerrung führt. Eine Zentralisierung der Aufsichtszuständigkeit beim BVA wäre hinsichtlich Wettbewerbsneutralität und Verwaltungseffizienz optimal. Mindestens aber muss bei einer Neuordnung die Aufsichtszuständigkeit für die einnahmeseitigen Belange der Krankenversicherung beim BVA liegen, damit wenigstens sichergestellt werden kann, dass die Generierung von Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht durch unterschiedliches Aufsichtshandeln verzerrt wird.

Der Politik muss es gelingen, den Morbi-RSA so weiterzuentwickeln, dass die wettbewerbsverzerrenden Deckungsunterschiede spürbar abbaut werden. Schafft sie dies, wäre ihr ein weiterer großer Wurf gelungen. Gelingt es ihr nicht, ginge dies zu Lasten der Stabilität des gesamten Krankenversicherungssystems.

Das Versichertenentlastungsgesetz: Kurzfristige Wohltaten ohne Nachhaltigkeit?



Jürgen Hohnl

Geschäftsführer des IKK e.V.

Als einen „guten Tag für die Beitragszahler in Deutschland“ lobte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn den 6. Juni 2018. Mit der Verabschiedung des Entwurfs des GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) im Kabinett sei „eine der größten Entlastungen in der Geschichte der Sozialversicherung“ für die 56 Millionen beitragszahlenden Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg gebracht worden, schwärmte Spahn in der Pressekonferenz.

Auch wenn man bei der Größe des bemühten Bildes reflexartig misstrauisch wird und genauer hinschauen möchte, ist unbestreitbar, dass das GKV-VEG durch die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung für die Versicherten eine spürbare Entlastung bringt. Diese war von der SPD als Bedingung für den Einstieg in die Große Koalition gefordert worden. Aber Spahn wäre nicht Spahn, wenn er nicht auch noch den Versuch unternommen würde, den Koalitionspartner hier zu überholen. So sollen gemäß dem Wunsch des Ministers nun auch noch vorhandene Überschüsse bei den Krankenkassen an die Versicherten ausgeschüttet werden. Ein genauer Blick auf die Bausteine des GKV-VEG zeigt: Es ist ein janusköpfiges Gesetz, das aus Sicht der Innungskrankenkassen wichtige strukturelle Weichenstellungen, die langfristig zu einer echten Entlastung der Arbeitgeber und Versicherten führen könnten, außen vor lässt. Dabei haben wir vor allem drei Hauptkritikpunkte:

Einführung der Abschmelzungsregelung

Trotz großer Widerstände aus zahlreichen Richtungen des Gesundheitswesens und der Politik – so auch von Seiten des Koalitionspartners SPD – hat sich Jens Spahn mit der Verankerung der sogenannten Abschmelzungsregelung im GKV-VEG durchgesetzt. Die Abschmelzungsregelung sieht ab 2020 die verpflichtende Absenkung des Zusatzbeitrags einer Kasse bei Überschreiten der Höhe der Rücklagen um mehr als eine Monatsausgabe vor. Gleichzeitig wird damit gedroht, dass nach einer gewissen Frist die Überschüsse in den Gesundheitsfonds überführt und somit sozialisiert werden. Als dieser Vorschlag

im Vorfeld bekannt wurde, sprach TK-Chef Jens Baas schlicht vom Versuch einer Enteignung. In der Tat kann der Vorstoß nicht überzeugen.

Es ist zu befürchten, dass die Vorgaben zur Vermögensabschmelzung bereits im kommenden Jahr in zweierlei Hinsicht drastisch wirksam werden: Zum einen wird ein Preiskampf unter den gesetzlichen Krankenkassen ausgelöst. Dies wird in der Folge bestehende Wettbewerbsverzerrungen sowie Marktkonzentrationen, etwa in Sachsen und Thüringen, noch weiter verstärken.

Das Ziel zukunftsorientierter Gesundheitspolitik darf aber nicht der Preiskampf sein. Es bedarf vielmehr eines Wettbewerbs um die beste Versorgung, um das Gesundheitswesen weiter zu stärken. Auch führende Wirtschaftsökonomen teilen unsere Auffassung, so beispielsweise Eberhard Wille, stellvertretender Vorsitzender des von der Regierung berufenen Sachverständigenrates für Gesundheitsfragen. Er hält eine Senkung der Zusatzbeiträge bei Kassen mit sehr hohen Rücklagen für sich genommen zwar für gut begründet - Krankenkassen seien schließlich keine Sparkassen. Doch könne eine erzwungene Senkung unerwünschte und womöglich auch fatale Nebenwirkungen auf andere Kassen nach sich ziehen.

Vermögende Kassen werden im Vorgriff auf die geplante Abschmelzung per Gießkannenprinzip bemüht sein, ihre Überschüsse „klein zu rechnen“. Dies wird dann kurzfristig über Wohltaten im Bereich der Leistungs- und Verwaltungsausgaben geschehen. Langfristig wird das dem System schaden und schlussendlich auf dem Rücken der Versicherten und Arbeitgeber ausgetragen werden. Dies kann nicht Ziel eines Versicherten-Entlastungsgesetzes sein!

Ungeachtet dessen kritisieren wir die Abschmelzungsregelung schließlich auch als eine Intervention in die Finanzhoheit der Kassen und somit als einen massiven Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung. Die erst kürzlich wieder errungene Beitragsatzautonomie wird durch diese Regelung faktisch erneut außer Kraft gesetzt! Die Innungskrankenkassen lehnen sie deshalb ab.

Reform des Morbi-RSA ohne Übergangsregelung

Die Diskussion um die Abschmelzungsregelung hat allerdings auch einmal mehr gezeigt, dass die Finanzreserven zwischen den gesetzlichen Krankenkassen äußerst unterschiedlich verteilt sind. Die Ursache hierfür liegt in den bestehenden Unwuchten im morbiditätsorientierten Risikostruktur-Ausgleich (Morbi-RSA). Der Finanzausgleich ist nicht fair. Einige Krankenkassen erhalten über den Morbi-RSA höhere Zuweisungen, als sie zur Ausgabendeckung für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Diese Krankenkassen können bei gleichzeitig niedrigen Zusatzbeitragssätzen noch hohe Rücklagen kumulieren. Andere Krankenkassen erhalten über den Risikostruktur-Ausgleich demgegenüber zu geringe Zuweisungen, wodurch sie gezwungen sind, höhere Zusatzbeitragssätze zu erheben – und das obwohl ihre Leistungsausgaben und Verwaltungskosten unterdurchschnittlich sind. Das ist paradox.

Die Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass eine Reform des Morbi-RSA mit dem GKV-VEG verbindlich festgelegt wird. Der Morbi-RSA steht seit Jahren in der Kritik. Inzwischen gibt es einen breiten Konsens, dass er transparenter, unbürokratischer und manipulationssicher ausgestaltet werden muss. Die Innungskrankenkassen fordern eine tiefgreifende Reform des Morbi-RSA, die einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten ohne Manipulationsmöglichkeiten und unter Bewahrung von Präventionsanreizen sicherstellt.

Erfreulicherweise hat die Politik den Handlungsdruck erkannt und im Gesetzesentwurf eine Reform des Morbi-RSA festgeschrieben. Der Gesetzgeber stellt deren Abschluss Ende 2019 in Aussicht. Doch noch ist die Freude auf Seiten der Innungskrankenkassen hier verhalten: Uns ist nicht klar, wie eine tiefgreifende, nachhaltige Erneuerung des bestehenden Finanzsystems in dieser vergleichsweise kurzen Zeit überhaupt gelingen kann. Seine Komplexität hat sich in der Vergangenheit wiederholt gezeigt, was Zweifel aus unserer Sicht mehr als berechtigt erscheinen lässt. Zwei mögliche Szenarien drohen hier: Entweder wird die Reform halbherzig durchgeführt oder sie wird sich weiter zeitlich nach hinten verschieben. Beides hat dieselbe Konsequenz: Die Schere aus Über- und Unterdeckungen durch den Morbi-RSA auf Ebene der Kassenarten wird weiter aufgehen.

Um kurzfristig den Druck aus dem System zu nehmen, hilft nur ein Ventil: Es muss jetzt eine Übergangsregelung für den RSA festgelegt werden, um die Unwuchten im bisherigen Finanzausgleich rasch zu mindern. Die Innungskrankenkassen schlagen bis zum Inkrafttreten einer umfassenden Morbi-RSA-Reform eine Halbierung der Über- und Unterdeckungen im Morbi-RSA nach dem Vorbild der Zuweisungen für Krankengeldausgaben vor. Dadurch würde sich die Situation nicht weiter verschärfen. Das wäre im Interesse aller Beteiligten.

Beitragsbemessungsgrenze für Selbstständige unter dem Mindestlohn

Das GKV-VEG nimmt sich schließlich auch des Themas der Beitragsbemessung für Selbstständige an. Zweifels- ohne besteht hier ein Handlungsbedarf. Denn im Zuge der Entwicklung der Arbeitswelt und der Veränderung von Erwerbsbiografien zeichnet sich ein neuartiges Bild der Selbstständigkeit ab, für das neue Lösungen auch bei der sozialen Absicherung gefunden werden müssen. Insofern könnte unserer Ansicht nach etwa eine moderate

Absenkung der Mindestbemessungsgrundlage durchaus ein geeigneter Weg sein, neuen Arbeitsformen die Absicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen.

Doch die vorgesehene Halbierung des Mindestbemessungsbeitrags für Selbstständige auf 1.142 Euro ist unseres Ermessens nach nicht der richtige Weg. Im Gegenteil, wir sind sicher, dass die drastische Absenkung der Mindestbemessungsgrenze an anderer Stelle Probleme verstärken wird. Denn die Halbierung bedeutet, dass die für Selbstständige vorgesehene Mindestbeitragsbemessungsgrenze unter dem derzeitigen Mindestlohn liegt. Damit würden regelhaft prekäre Kleinselbstständigkeits am Rande des Existenzminimums durch „Discountbeiträge“ in der gesetzlichen Krankenversicherung gefördert! Darum kann es nicht gehen.

Werden Scheinselbstständigkeit und Selbstaussbeutung gefördert, so geht dies zu Lasten eines fairen Wettbewerbs. Betroffen davon sind Handwerk und Mittelstand. Aus diesem Grund lehnen die Innungskrankenkassen eine Absenkung der Mindestbeitragsbemessungsgrenze auf ein Niveau unter dem in der letzten Koalition mühsam errungenen Kompromiss zu einem Mindestlohn entschieden ab.

Ungeachtet dessen wäre eine solche Entwicklung auch sozialpolitisch problematisch: Zuvörderst für all jene Geringverdiener, für deren Schutz Instrumente wie der Mindestlohn eingeführt wurden und von dessen Sicherungsfunktion sie durch die Hintertür einer Kleinselbstständigkeit wieder ausgeschlossen wären. Und nicht zuletzt auch für das Fundament der Sozialversicherung, in der sich Versicherungspflicht und Solidarprinzip gegenseitig bedingen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen müsste eine zukunftsweisende Neuregelung der sozialen Absicherung von Selbstständigkeit größer gedacht werden. Denn im Grundsatz geht es um die Frage, wie eine dauerhaft trag-

bare und verlässliche Absicherung einer stetig größer werdenden Anzahl von Selbstständigen gelingen kann, ohne in die Falle einer absehbaren Ausweitung prekärer Beschäftigungsverhältnisse zu laufen und damit mittelbar den Solidarsystemen, von denen insbesondere die gering verdienenden Beitragszahler am meisten profitieren, über kurz oder lang ihr Fundament zu entziehen.

Die Innungskrankenkassen schlagen deshalb die Einsetzung einer Enquete-Kommission vor, die sich mit diesen Fragen beschäftigt. Bis dahin wäre eine Absenkung der Bemessungsgrundlage auf den 60. Teil der Bezugsgröße die richtige Maßgabe, um tragfähige Selbstständigkeits zu unterstützen. Darüber hinaus wäre es ein positives Zeichen, wenn mit dem Gesetzesentwurf auch die ebenfalls im Koalitionsvertrag verankerte Rentenversicherungspflicht für Selbstständige eingeführt worden wäre. So ist diese Reform nicht nur fragwürdig sondern auch noch unvollständig.

Das GKV-VEG – nun also „der große Wurf“?

Wie oben schon gesagt, ist das GKV-VEG aus Sicht der Innungskrankenkassen ein janusköpfiger Gesetzesentwurf. In den wesentlichen drei Themen Abschmelzregelung, Reform des Morbi-RSA sowie Beitragsbemessungsgrenze für Selbstständige werden zwar dringende Problemstellungen aufgegriffen – deren Lösung aber in falsche Richtungen gelenkt.

Auch an anderer Stelle bleibt der zwiespältige Eindruck: Die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der Mitgliedsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und die Beendigung der alleinigen Finanzierungsverantwortung für Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch die Arbeitnehmerbeiträge kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass den Beitragszahlern, also den Versicherten wie Arbeitgebern, nach wie vor Lasten auferlegt werden, die besser aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Da-

durch wird gerade der beschäftigungsintensive Mittelstand belastet. Zur Entlastung der Lohnkosten muss aber die Steuerfinanzierung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausgebaut und auf Dauer garantiert werden. Die versicherungsfremden Leistungen, die von der GKV getragen werden, betragen derzeit schätzungsweise 40 Mrd. Euro. Der Steuerzuschuss liegt dagegen nur bei 14,5 Mrd. Euro. Die Innungskrankenkassen fordern daher einen vollständigen Ausgleich der versicherungsfremden Leistungen der GKV durch Steuermittel.

Doch bei aller Kritik gibt es auch positiv zu bewertende Regelungen im Referentenentwurf des GKV-VEG, die sogar über die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag hinausgehen: Dazu zählen die rückwirkende Bereinigung von ungeklärten Mitgliedschaftsverhältnissen im Zusammenhang mit der obligatorischen Anschlussversicherung oder die Erhöhung des Aktienanteils für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen der Krankenkassen. Beides begrüßen die Innungskrankenkassen.

Jens Spahn fordert in öffentlichen Äußerungen immer eine intensivere Streitkultur. Wir gehen davon aus, dass er das nicht nur für sich in Anspruch nimmt, sondern auch uns die Chance gibt, für unsere Anliegen zu kämpfen. Es wäre kein schlechter Start für die neue Regierungskoalition, wenn es gelingen würde, im gemeinsamen Ringen mit den Beteiligten und Betroffenen die richtigen Antworten zu finden.

GKV-Versichertenentlastungsgesetz sendet falsche Signale: Statt Anheizen des Preiswettbewerbs Stärkung des Wettbewerbs um beste Versorgung notwendig!

Dr. Christopher Hermann

Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg

Dr. Holger Pressel,

Stellv. Leiter Stabstelle
Unternehmenskommunikation/Politik
der AOK Baden-Württemberg



Politikerinnen und Politiker wählen den Zeitpunkt ihrer Veröffentlichungen in aller Regel sehr bewusst: Wann welches Thema gespielt wird, ist im Normalfall nicht dem Zufall überlassen. So verwundert es nicht, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gleich mit seinem ersten Gesetzentwurf eine offensichtliche Botschaft senden möchte: Finanzielle Entlastung der GKV-Versicherten. Der Name seines ersten Gesetzentwurfs ist dabei Programm: „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG)“.

Mit diesem Vorhaben setzt der Minister eine zentrale Vereinbarung des Koalitionsvertrags um. Die Art und Weise der Bekanntmachung des Referentenentwurfs - unmittelbar im Anschluss an ein Gespräch des Ministers mit ausgewählten Journalistinnen und Journalisten offenkundig ohne vorherige Absprache mit der AG Gesundheit seiner eigenen Bundestagsfraktion und dem Koalitionspartner - macht deutlich, dass der Minister sich die angestrebte finanzielle Entlastung der Versicherten alleine auf seine Fahne schreiben wollte. Seine Botschaft ist klar: Mit mir als Bundesgesundheitsminister sinken die (Zusatz-) Beitragssätze der Krankenkassen.

Betrachtet man die sozialpolitische Dimension, ist die angestrebte paritätische Finanzierung des Zusatzbeitrages eine überfällige Maßnahme. Der allgemeine gesetzliche Beitragssatz und der individuell von den Krankenkassen erhobene Zusatzbeitrag sollen ab Januar 2019 wieder jeweils zu gleichen Teilen von Arbeitnehmern und -gebern getragen werden (Art. 2 Nr. 5 GKV-VEG-E). Das schafft eine reale Entlastung bei den Versicherten bei allerdings entsprechender Belastung der Unternehmen.

In diesem Kontext stringent und sinnvoll erscheint auch, dass die Beitragsbelastung von Selbständigen mit geringem Einkommen und Existenzgründern ebenfalls gesenkt wird (Art. 2 Nr. 3 des Entwurfs). Dadurch wird mehr Beitragsgerechtigkeit erreicht, denn solche Kleinunternehmer sind in nicht wenigen Fällen mit dem heutigen Mindestbeitrag (2018: durchschnittlich 342,56 Euro mtl.) finanziell einfach überfordert. Das GKV-VEG macht mit der Halbierung der bisherigen Beitragshöhe die Krankenversicherung für diesen Personenkreis finanziell tragbarer und senkt in der Folge Beitragsrückstände ab. Zudem hat dies auch ganz praktische Auswirkungen auf den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen: Er wird kleiner, da die seither aufwendig zu prüfende Härtefallregelung für

Existenzgründer entfällt. Bürokratieabbau, wie er zu selten vorkommt. Damit enthält das GKV-VEG an dieser Stelle deutliche Sympathiepunkte.

Bereinigung der Versichertenbestände eigentlich gut, aber ...

Ein weiterer zentraler Bestandteil des Gesetzentwurfs ist die Reduzierung der Beitragsschulden. Diese sollen auch durch die Bereinigung „ungeklärter passiver Mitgliedschaften“ abgebaut werden. Auf der Jagd nach den „Phantomversicherten“ setzt das BMG auf die richtigen Maßnahmen. Die vorgesehene Regelung verhindert die sinnlose Durchführung von Mitgliedschaften und entlastet den Verwaltungsaufwand in der Sachbearbeitung und dem Forderungseinzug im Bereich „Freiwillige Mitglieder“ (Art. 1 Nr. 4, 5 und 12 GKV-VEG-E). Die Maßnahme erfolgt vor dem Hintergrund eines rasanten Anstiegs der Beitragsschulden, die bei den Krankenkassen in den letzten Jahren vor allem durch nicht beendete Mitgliedschaften freiwillig Versicherter zumeist aus dem EU-Ausland auf nunmehr über 6,4 Mrd. Euro gestiegen sind.

Zu begrüßen ist diese Bestandsbereinigung auch deshalb, weil dadurch die Option des – wohlwollend und zurückhaltend formuliert – „Maximierens des Erhalts von Zuweisungen“ deutlich erschwert wird. Insofern knüpft diese Regelung konsequent an die Ende der vorausgegangenen Legislaturperiode beschlossene Änderung zur Kennzeichnung der Saisonarbeiter an (vgl. § 188 Abs. 4 S. 4 ff. SGB V) und führt diese weiter in die richtige Richtung.

Im Ergebnis wird also mit dieser Neuregelung zur freiwilligen Weiterversicherung/Obligatorischen Anschlussversicherung sowohl letztlich sinnloser Verwaltungsaufwand reduziert als auch gleichzeitig die Manipulationsresistenz des Morbi-RSA erhöht.

... Defizite bei der konkreten Ausgestaltung

Bei der vorgesehenen Umsetzung der Regelung fallen allerdings auch Defizite ins Auge. So ist nicht vorgesehen, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die „Phantomversicherten“ etwa im Rahmen der Gesamtvergütung für Ärzte und Zahnärzte im GKV-VSG berücksichtigt werden. Die Krankenkassen bleiben also auf diesen Ausgaben sitzen, weil sie die entsprechenden Vergütungen auch nicht zurückfordern dürfen. Hingegen müssen die Krankenkassen ab dem 1. August 2013 erhaltene Zuweisungen für die aufgehobenen Versichertenverhältnisse trotz des seit Jahren klar formulierten politischen Willens einer faktischen „Krankenversicherungspflicht für alle“ zurückführen.

Hinzu tritt systematisch ein grundsätzliches Problem: Bei einer Rückwirkung für einen Zeitraum von über fünf Jahren wird eine seriöse Haushaltsplanung für Krankenkassen zukünftig faktisch unmöglich gemacht, denn hier wird finanzwirksam in abschließend geregelte Zeiträume im Nachhinein eingegriffen. Eine adäquate Lösung wäre die zeitliche Limitierung der Zuweisungsbereinigung in Abhängigkeit eines noch risikosturkturausgleichsrelevanten Zeitpunktes (Korrektur der Schlussausgleiches liegt noch nicht vor). Dies wäre ein für alle fairer Mechanismus, um erhaltene Zuweisungen in angemessener und rechtssicherer Höhe zurückzuführen.

Vorgabe des Abschmelzens von Finanzreserven setzt falsche Signale

Betrachtet man das GKV-VEG aus ordnungspolitischer Perspektive des Kassenwettbewerbs, so sticht das Vorhaben zum Abschmelzen von Finanzreserven in Kombination mit einer vorausgehenden Reform des Morbi-RSA hervor (Art. 1 Nr. 8 GKV-VEG-E). Angesichts der anhaltend

positiven Entwicklung der Überschüsse und Finanzreserven einer Vielzahl von Krankenkassen sollen Entlastungen der Beitragszahler über die Absenkung der Zusatzbeiträge rechtlich erzwungen werden. Aus der Perspektive des Bundesgesundheitsministers sind Teile des Vorhabens durchaus plausibel: So soll für die Finanzreserven, also die Summe aus Betriebsmitteln und Rücklagen, zukünftig eine gesetzlich definierte Höchstgrenze von einer Monatsausgabe greifen. Eine – allerdings unverbindliche – Höchstgrenze kennt das SGB V schon lange; sie liegt bei Betriebsmitteln in Höhe von 1,5 Monatsausgaben und ist eben als „Soll“-Regelung formuliert (§ 260 Abs. 2 SGB V).

Allerdings gibt es Krankenkassen, die derzeit über deutlich höhere Finanzreserven verfügen. Insofern verwundert es nicht unbedingt, dass hier öffentlichkeitswirksam politisch die Stellschrauben angezogen werden sollen. Ob allerdings der Zwang zum Abbau von Betriebsmitteln und Rücklagen innerhalb von drei Jahren auf maximal noch eine Monatsausgabe systemisch das richtige Instrument darstellt, darf stark bezweifelt werden.

Die vorgesehene Maßnahme stellt ein weiteres Mal einen gravierenden Eingriff in die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen dar. Überdies werden Krankenkassen in einen (reinen) Preiswettbewerb getrieben. Man muss kein Prophet sein, um voraussehen zu können, dass die Vorgaben einseitig das Preissignal nochmals verstärkt in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit rücken werden. Eine Fixierung auf den Preiswettbewerb für die Gestaltung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung kann aber nicht zielführend sein. So stellt auch der im Frühjahr vom Bundesversicherungsamt (BVA) vorlegte „Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ unmissverständlich fest: „Insbesondere ist zu konstatieren, dass der Zusatzbeitragssatz eine stärkere Signalwirkung entfaltet als eigentlich gerechtfertigt“ (BVA, Sonderbericht S. 22).

Problematisch an der Vorgabe des Abschmelzens ist auch, dass Überschüsse und Finanzreserven unter den Krankenkassen selbstredend ungleich verteilt sind. Ein Zwang zur Beitragssatzsenkung führt zu einer Verschärfung der Situation für gerade solche Krankenkassen, die schon seit Jahren mit einer (teilweise massiven) Abwanderung von Versicherten und einer (auch daraus folgenden) Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes zu kämpfen haben. Wenn finanzstarke Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag reduzieren müssen, werden nochmals Versicherte in erheblichem Umfang zu ihnen wechseln, die bisher insbesondere Mitglieder von Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohen Zusatzbeiträgen waren. Resultat kann eine „Todesspirale“ aufgrund des gesetzgeberisch leichtfertig angeheizten Preiswettbewerbs sein. Der sinnhafte Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen fällt wieder einmal aus dem Blickfeld.

Ein Ei mit Namen »Abschmelzen nach RSA-Reform«

Da hilft es auch nichts, dass der Bundesgesundheitsminister das Abschmelzen der Finanzrücklagen bei den Krankenkassen und im Gesundheitsfonds in der GKV-VEG-Fassung des Kabinettentwurfs nunmehr an die Reform des Morbi-RSA knüpft. Problematisch hierbei sind vor allem zwei Aspekte:

Zum Einen suggeriert diese Kopplung irrigerweise, dass (vornehmlich oder gar ausschließlich) der Morbi-RSA ursächlich für die Höhe der differierenden Finanzreserven unter den Krankenkassen sei. Zum Anderen hat sich die Bundesregierung mit dieser Kopplung selbst ein „Ei ins Nest“ gelegt. Diese Kopplung impliziert schon das Ergebnis der anstehenden RSA-Reform: diese soll vermehrt Gelder aus dem Gesundheitsfonds zu bestimmten Krankenkassen lenken. Damit wird aber die Aufgabe des Risi-

kostrukturausgleichs vollkommen verkannt. Dessen Funktion und Sinnhaftigkeit besteht vielmehr darin, insbesondere Morbiditätsunterschiede zwischen Versicherten auszugleichen und somit Risikoselektion für Krankenkassen unattraktiv zu machen.

Unabhängig vom GKV-VEG weist das „lernende System“ Morbi-RSA als Risikoausgleichsmechanismus durchaus Änderungsbedarf aus. Die Vorschläge der Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats bieten hierbei eine wichtige Grundlage für die Diskussion zur seiner Weiterentwicklung. Die vertiefte Debatte dazu ist an anderer Stelle zu führen. Eines ist allerdings aus den Sondergutachten unschwer abzuleiten: Sie bieten keine Grundlage für – gewillkürte – Zuweisungserhöhungen zugunsten von Einzelkassen.

Fazit:

Im Gesamtblick setzt das Maßnahmenpaket des Entwurfs zum GKV-VEG die Krankenkassen unter Druck. Sie müssen versuchen, trotz steigender Ausgaben – Stichworte „Pflegepersonalstärkungsgesetz“ oder „Terminservice- und Versorgungsgesetz“ - die Zusatzbeiträge stabil zu halten. Das bedeutet für die Gesundheitsversorgung und dessen Qualität: hier erhöht sich der Druck ebenfalls, denn Investitionen von Krankenkassen in neue, innovative Versorgungspfade und den Aufbau effizienter Strukturen werden noch weiter ins Abseits gedrängt.

Der Bundesgesundheitsminister fokussiert mit dem GKV-VEG explizit einseitig den Preiswettbewerb der Krankenkassen und schwächt damit denjenigen um mehr Qualität. Für die AOK Baden-Württemberg kommt es aber auf eine sinnvolle, auf Dauer angelegte Kombination beider Wettbewerbselemente an. Wichtiger als die auf Kurzfristigkeit angelegte finanzielle Entlastung der Beitragszahler sind

eine nachhaltige Entwicklung und Bereitstellung qualitativ hochwertiger und effizienter Versorgungsstrukturen. Dies wird weder durch Anweisungen zum Abschmelzen von Finanzreserven noch durch die kurzatmige Umverteilung von Finanzmitteln erreicht.

Der Schlüssel zum Erfolg eines zukunftsorientierten Gesundheitssystems läge vielmehr in der Eröffnung von mehr Gestaltungsspielräumen für eine eigenverantwortliche und bewusste Versorgungssteuerung in den Regionen. Aber das ist eine – außerhalb des GKV-VEG – verortete Aufgabe.

Reform des Morbi-RSA: Wie viel hilft viel? Oder: Weg frei für einen fairen Wettbewerb!



Dr. Hans Unterhuber
Vorstandsvorsitzender der SBK

Dr. Gertrud Demmler
Mitglied des Vorstandes der SBK

Christian Keutel
Leiter Risikostrukturausgleich und Finanzplanung bei SBK Siemens-Betriebskrankenkasse



Glaubt man der Politik, könnte es der Gesetzlichen Krankenversicherung derzeit nicht bessergehen. Oder vielleicht doch? Wie steht es eigentlich um den Wettbewerb in der GKV? Profitieren Versicherte gleichermaßen von der guten Konjunktur und den gut gefüllten Sozialkassen – unabhängig von der gewählten Krankenkasse?

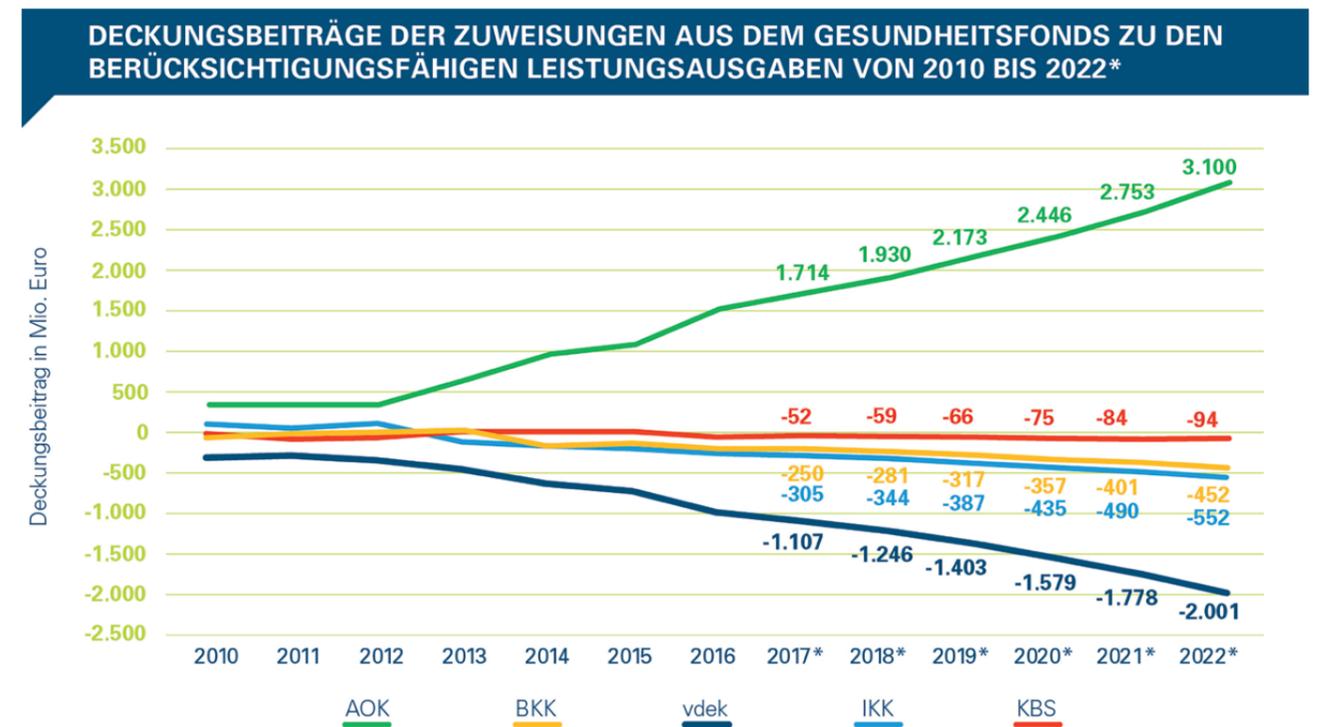
Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat in seiner Pressemitteilung vom 21.06.2018 erklärt, dass die GKV im 1. Quartal 2018 einen Überschuss von rund 416 Mio. Euro erzielt hat. Die ebenfalls vorliegenden endgültigen Jahresergebnisse 2017 (KJ1 2017) ergaben einen Überschuss von 3,5 Mrd. Euro. Insgesamt betragen die GKV-Finanzreserven bis Ende März 2018 ca. 19,9 Mrd. Euro. Im Durchschnitt entspricht dies mehr als einer Monatsausgabe und damit mehr als die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve.¹

Insgesamt steht die GKV also erfreulich positiv da. Aber die Kassen profitieren von der guten konjunkturellen Entwicklung und der unterdurchschnittlichen Ausgabensteigerung in der GKV nicht gleichermaßen. Ganz im Gegen-

teil: Es gibt deutliche Verwerfungen, die einen „gesunden“ Qualitätswettbewerb zunehmend erschweren. Abbildung 1 verdeutlicht die drastische Scherenbildung bei den Deckungsbeiträgen. Die (zunehmende) Spreizung ist gleichbedeutend damit, dass wenige Krankenkassen seit Jahren deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds erhalten, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Wird die Politik nicht umgehend aktiv und behebt die Unwuchten im Morbi-RSA, ist ein Kassensterben auf breiter Front vorprogrammiert.² Ob eine zunehmend ausgedünnte Anbieterlandschaft in der GKV im Sinne der Versicherten ist?!

1 BMG-Pressemitteilung Nr. 11 vom 21.06.2018.

2 Wasem et. al. (2017), S. 50-53.



Quelle: Zuweisungen bLA und Leistungsausgaben gemäß BVA-Schlussausgleich 2010 bis 2016 ohne Verwaltungskosten und Satzungs- und Ermessensleistungen, inkl. DMP, ohne mbV.
*Fortschreibung des BKK Dachverbandes von 2017 bis 2022.

Abb. 1: Trendbetrachtung der Deckungsbeiträge nach Krankenkassenarten (Quelle: BKK Dachverband e.V. auf Grundlage der KJ1 Ergebnisse 2017)

Aktuelle Reformoptionen durch das VEG

Einen ersten Ansatz zur ordnungspolitischen Richtigestellung bietet der Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VEG). Im Zentrum steht die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung zum 1.1.2019. Darüber hinaus werden folgende Punkte aufgegriffen:

- Abschmelzen von Finanzreserven zur Entlastung der Beitragszahler
- Absenken der Mindestbeiträge für Selbstständige
- Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden
- Altersrückstellungen der Krankenkassen

Neben der notwendigen und sachlogischen Reduzierung der Finanzreserven (von der Solidargemeinschaft insgesamt – und kassenunabhängig – aufgebaut) verdient insbesondere das Maßnahmenpaket zur Reduzierung von Beitragsschulden und der damit einhergehenden Rückabwicklung der „Phantomversicherten“ aus der obligatorischen Anschlussversicherung (§ 188 Abs. 4 SGB V a.F. = oAV) besondere Beachtung. Zur Klarstellung ist festzuhalten: Die Vielzahl der Versicherten, die in der oAV geführt werden, wurde dort zurecht aufgenommen. Allerdings gab es über eine längere Zeit und ausgelöst durch eine unterschiedliche Rechtsauffassung der Landes- und Bundesaufsichten eine uneinheitliche Auslegung der Versicherteneinstufung. Dies führte im Umkehrschluss mutmaßlich zum Anstieg der Beitragsrückstände in der freiwilligen Versicherung auf aktuell ca. 7,5 Mrd. Euro³, denn im Zuge der Ursachenanalyse rückten die oAV-Versicherten in den Fokus des BMG. Oftmals

handelt es sich bei dieser Personengruppe um Versicherte, die zeitlich befristet in Deutschland gearbeitet haben und danach unbekannt verzogen sind. Ob sich diese noch in Deutschland (und somit dem Erstreckungsgebiet der gesetzlichen Regelungen) aufhalten, lässt sich von den betroffenen Krankenkassen nicht immer klären. Dennoch werden die Versicherten in vielen Fällen als „Karteileichen“ weitergeführt – und aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen für diese Personen gezahlt (obwohl sie keine Leistungen in Anspruch genommen und keinen Beitrag gezahlt haben).⁴ Das VEG verpflichtet die Krankenkassen nun, diese Versichertenverhältnisse zu überprüfen und rückwirkend zum 01.08.2013 (Einführung der oAV-Regelung) zu korrigieren, wobei nicht nur die aktuell noch laufenden Versicherungsverhältnisse zu berücksichtigen sind, sondern eine rückwirkende Bereinigung aller entsprechenden Versichertenbestände inklusive bereits aus anderem Grund beendeter „passiver“ Mitgliedschaften erfolgt. Gleiches gilt für die familienversicherten Angehörigen.

Zu begrüßen ist ferner der im GKV-VEG formulierte Passus, dass eine Abschmelzung des Vermögens mit einer gleichzeitigen RSA-Reform einhergehen müsse. Diese Reform hatten die Regierungsparteien mit dem Ziel der Weiterentwicklung eines fairen und vor Manipulation geschützten Kassenwettbewerbs im Koalitionsvertrag verankert – unter Berücksichtigung der beiden Sondergutachten des Wissenschaftlichen Beirats des BVA aus den Jahren 2017 und 2018. Denn die Manipulationsanfälligkeit ist – neben der fehlenden Regionalkomponente (s.u.) nach wie vor einer der größten Schwachpunkte im bestehenden Ausgleichssystem: Es ist schlicht „zu einfach“ möglich, Diagnosen im ambulanten Bereich zu manipulieren. Auch der Wissenschaftliche Beirat bestätigt

in seinen beiden Sondergutachten die Manipulation ambulanter Diagnosen. Zwar hat das Bundesversicherungsamt hierauf reagiert und die sog. Betreuungsstrukturverträge in der bestehenden Form verboten sowie die hausärztlichen Versorgungsverträge anpassen lassen. Die Wirksamkeit der Umsetzung darf jedoch bezweifelt werden.

Eine einfache wenngleich radikale politische Lösung bestünde darin, die Bedeutung der Diagnosen deutlich zu reduzieren, das System auf „Null“ zu stellen und alle Kassen mit gleichen Voraussetzungen in den Wettbewerb zu schicken. Das vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlene sog. Vollmodell löst das (Manipulations-) Problem hingegen nicht. Im Gegenteil: Es könnte die Verwerfungen sogar potenzieren. Mit dem Vollmodell würden im RSA nicht mehr wie bisher 80, sondern das volle Morbiditätsspektrum von ca. 360 Krankheiten berücksichtigt. In aller Deutlichkeit: Waren bisher 80 Krankheiten für den „Kodierwettbewerb“ der Krankenkassen lukrativ, wären es künftig 360. Die Investitionskosten sind hierbei überschaubar, solange der „Gewinn“ für die entsprechenden Krankenkassen realisierbar ist. Das Vollmodell wirkt in der augenblicklichen RSA-Ausgestaltung also wie ein Turbo in der Wettbewerbsverzerrung, denn Krankenkassen hätten weiterhin den Anreiz, auf die Dokumentation der Ärzte Einfluss zu nehmen.⁵ Zudem beschränkt sich der Blick beim Thema Manipulation im RSA inzwischen nicht mehr allein auf den ambulanten Bereich. Aufsehen erregt aktuell ein Prüfbericht des Bundesrechnungshofs, in dem Krankenkassen für ihre unzureichende Kontrolle von Krankenhäusern massiv kritisiert werden.⁶ Demnach verzichten etliche Krankenkassen „freiwillig“ auf die Prüfung von Krankenhausrechnungen und profitieren im Gegenzug von einer

pauschalen Kürzung der Rechnungssumme. Für den Morbi-RSA heißt das: Die Vergütungssystematik ist verzerrt, Diagnosen werden nicht korrigiert (wie bei einer erfolgreichen Abrechnungsprüfung obligatorisch), die betreffenden Krankenkassen sparen Verwaltungskosten (weil sie nicht prüfen) und erhalten mehr Zuweisungen aus dem RSA!

Lösungsansätze für viele dieser Probleme liegen auf dem Tisch. Dazu gehört im ambulanten Bereich die Einführung von Kodierrichtlinien. Wichtig erscheint es aber vor allem, die Wertigkeit der ambulanten Diagnosen deutlich zu reduzieren und den neuen Auswüchsen der Manipulation angemessen zu begegnen (die logarithmische Prävalenzgewichtung wäre nach wie vor ein diskutabler Ansatz). Es ist jedoch kritisch zu betrachten, ob mehr Morbi-RSA in jedem Falle zielführend ist.

Regionalkomponente im Morbi-RSA

Werfen wir abschließend einen Blick auf das immense Handlungsfeld der Nichtberücksichtigung regionaler Merkmale im RSA. Der Wissenschaftliche Beirat widmete sich diesem Thema gesondert und legte im Sommer 2018 in einem über 300 Seiten umfassenden Sondergutachten das Ausmaß der Verwerfungen offen: Demnach benachteiligt die aktuelle Zuweisungssystematik insbesondere Versicherte in Großstadregionen. Sie weisen im Durchschnitt eine Unterdeckung von ca. 50 Euro auf, in einzelnen Regionen sind Unterdeckungen von bis zu 260 Euro je Versicherten zu beobachten. Im Gegensatz dazu entstehen in ländlichen Gebieten erhebliche Überdeckungen, die bis zu 342 Euro je Versicherten betragen können. Diese Stadt-Land-Unwucht trifft auf alle Bundesländer zu und führt zu Fehldeckung in den Zu-

³ vgl. BVA: Beitragsaufkommen und -rückstände Juni 2018

⁴ Die Korrektur bezieht sich primär auf den KM1-Schlüssel 10221 (freiwillige Mitglieder n. §188 (4) SGB V ohne Mitwirkung) mit 230.835

Mitgliedern. Die Verteilung der oAV-Versicherten lt. KM1 auf Kassenarten (Juni 2018): AOK 70,3%, BKK 3,4%, IKK 3,5%, VdEK 22,7%.

⁵ vgl. WIG² (2017)

⁶ vgl. Bundesrechnungshof (2018): 3.2.2, S. 11-12.

weisungen.⁷ Mit Blick auf Chancengleichheit im Wettbewerb und Vermeidung von Anreizen für regionale Risikoselektion ist die aktuelle Situation daher unbefriedigend. Die vom Wissenschaftlichen Beirat empfohlene Einführung einer Regionalkomponente transferiert daher kein Geld von Ost nach West oder von Nord nach Süd. Vielmehr geht es um die Verbesserung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Morbi-RSA und somit um die Vermeidung von Risikoselektion. Doch selbst nach Umsetzung des Gutachternvorschlags verbliebe noch ein relativ hoher Anteil regionaler Unter- und Überdeckungen. Daher werden auf mittlere Sicht ergänzende Regelungen in der regionalen GKV-Finanzarchitektur empfohlen. Insgesamt bietet das Gutachten gute Ansätze, allerdings auch Anlass für Diskussion. So sind beispielsweise die Ausprägungen der vom Wissenschaftlichen Beirat als ausschlaggebend erachteten Gütemaße für die abgelehnten Kreismodelle und für das von den Wissenschaftlern vorgeschlagene Direktmodell mit 10 Variablen (Abb. 7.9 und Abb. 8.3 des Gutachten) sehr ähnlich.⁸ Es stellt sich somit die Frage, ob dieser komplizierte Umweg notwendig ist, oder ob ein Kreismodell nicht einfacher umsetzbar, aber genauso zielführend wäre.

⁷ Drösler et. al. (2018), S. XXIV.

⁸ ebenda, S. 200 und S. 242

Fazit und Ausblick

Viele Reformoptionen liegen auf dem Tisch und bedürfen neben einer methodischen vor allem einer politischen Bewertung. Der Gesetzgeber darf sich in seiner Entscheidungsfindung unseres Erachtens nur an einer Frage orientieren: Welches Reformergebnis ist für die Versicherten – die Bürger und Wähler – am besten? Hier dürfen wir gespannt sein, wie entschieden wird. Bleibt es bei einem „Weiter so“, riskieren die politisch Verantwortlichen die Erosion der GKV. Oder zeigen sie Mut für wirklich durchgreifende Veränderungen des GKV-Finanzierungsmechanismus im Sinne des fairen Wettbewerbs und damit im Interesse ihrer Wähler? Eine Lösung, die alle (konträren) Interessenlagen unter einen Hut bringt, gibt es nicht.

Literaturverzeichnis

BMG (2018): Pressemitteilung Nr. 11 vom 21.06.2018 - Finanzreserven der Krankenkassen wachsen weiter auf fast 20 Milliarden Euro.

BMG (2018): KM1 Mitgliederstatistik Juni 2018 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_Juni_2018.pdf (abgerufen 10.08.2018)

BMG (2018): Entwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 06.06.2018

Bundesrechnungshof (2018): Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und GKV-Spitzenverband über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 4: Individuelle Vereinbarungen der Krankenkassen und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung. 12.07.2018 Potsdam

BVA (2018): Beitragsaufkommen und -rückstände <https://www.bundesversicherungsamt.de/gesundheitsfonds-strukturfonds/beitragsaufkommen-und-ruecks-taende.html> (abgerufen 10.08.2018)

Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.

Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J. und Wille E. (2018): Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode (07.02.2018): Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land.

Wasem J., Lux G., Weegen L., Walendzik A. (2017): Gutachten zu Insolvenzrisiken im Rahmen asymmetrischer Finanzausstattung von Krankenkassen und die Folgen für das GKV-System, Essen.

WIG2 Institut (Hrsg.). (2017). Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“: Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderung zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG. Gutachten für die Techniker Krankenkasse. Online verfügbar, URL: http://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/TK-Gutachten-zur-Einflussnahme-von-Krankenkassen.pdf (aufgerufen am 8. August 2018).

Die Zitronenpresse

Roland Engehausen

Vorstand IKK Südwest und

Florian Renker

Referent Einnahmemanagement
IKK Südwest



Der Risikostrukturausgleich (RSA) ist ein erforderliches Steuerungsinstrument in Rahmen der solidarischen Wettbewerbsordnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Über mögliche Fehlstellungen und Reformoptionen des Ausgleichssystems wurde in der Vergangenheit viel und kontrovers diskutiert (vgl. bspw. Plate/Demme 2016; Engehausen/Librizzi 2016; Baumann/Meyers-Middendorf 2017; Häckl et al. 2017; Jacobs 2018; Knieps 2018) – eine Reform lässt jedoch noch auf sich warten. Die folgende Betrachtung soll nicht die Reformbaustellen des RSA erörtern, sondern vielmehr auf die grundsätzlich negative Wirkung des derzeitigen RSA-Ausgleichsverfahrens auf die aktuellen Probleme im Gesundheitswesen hinweisen und dazu eine erstaunlich einfache Lösung anbieten.

Solidarische Wettbewerbsordnung in der GKV

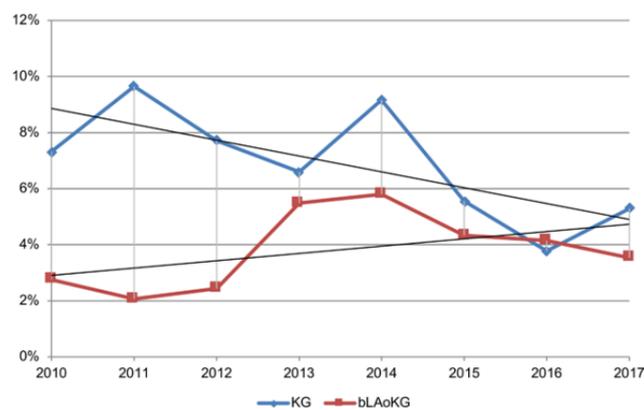
Als sich im Jahre 1992 die Vertreter von CDU/CSU, FDP und SPD im Kompromiss von Lahnstein auf die Eckpunkte des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) einigten, bestand in der GKV noch das berufsständische Zuweisungsprinzip aus Zeiten des Kaiserreiches. Das GSG vollzog eine erhebliche Reform und hat 1996 das freie Kassenwahlrecht für alle Versicherten bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang eingeführt. Damit wurde erstmalig zwischen den Krankenkassen ein Wettbewerb um Versicherte zugelassen. Dieser neuen, dem Solidaritätsprinzip verpflichteten Wettbewerbsordnung mangelte es jedoch einer vorherigen Einführung eines RSA, der die historisch gewachsenen Versichertenstrukturen der Krankenkassen ausgleicht und für faire Startchancen im Wettbewerb sorgt (vgl. BT-Drs. 14/5681, S. 3–5). Der seit 1994 stattfindende Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen ist mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) grundlegend reformiert worden. Hierdurch sollte die „Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und effizienteren, gesundheitlichen Versorgung gelegt“ werden (BT-Drs. 16/3100, S. 2). Seit dieser morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des RSA (Morbi-RSA) erhalten die Krankenkassen nach § 266 Abs. 1 SGB V aus dem Gesundheitsfonds in Abhängigkeit der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten risikoadjustierte Zuweisungen und Zuweisungen für sonstige Ausgaben. Durch den

prospektiven Ansatz (§ 31 Abs. 1 RSAV) sollen nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die durchschnittlich zu erwartenden – standardisierten (§ 266 Abs. 2 SGB V) – Folgekosten ausgeglichen werden. Aus Wirtschaftlichkeitsanreizen bleiben tatsächliche Leistungsausgaben also unberücksichtigt. Somit lassen sich durch ein Absenken der kassenindividuellen Leistungsausgaben unter den GKV-Durchschnitt positive Finanzeffekte realisieren. In umgekehrter Betrachtung ergeben sich bei überdurchschnittlichen Leistungsausgaben negative Finanzwirkungen. Hieraus resultierende Über- und Unterdeckungen und damit mögliche Unterschiede in den Zusatzbeitragsätzen sollen die Managementfähigkeit der einzelnen Krankenkassen abbilden (vgl. Drösler et al. 2017, S. 9f.).

Sonderregelung für das Krankengeld

Bei der Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld, werden im Rahmen einer Übergangslösung – bis ein verbessertes Modell zur Standardisierung vorliegt – seit 2013 die tatsächlichen Krankengeldausgaben der einzelnen Krankenkassen anteilig berücksichtigt. Dabei erhalten die Krankenkassen jeweils die Hälfte der Zuweisungen für das Krankengeld nach Standardisierungsverfahren und nach tatsächlichen Krankengeldausgaben (vgl. BT-Drs. 18/1307, S. 47f., 59f.; § 269 Abs. 1 SGB V; § 41 Abs. 1 Satz 3 RSAV). Durch den nur 50-prozentigen Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben bleiben genügend Wirtschaftlichkeitsanreize bestehen. Gleichzeitig ist die Lösung geeignet, um die Zielungenauigkeiten des Standardisierungsverfahrens ohne immer komplexere mathematisch-statistische Modelle zu reduzieren.

Wie die folgende Abbildung illustriert, ist die teilweise geäußerte Befürchtung, dass die Krankengeld-Sonderregelung Anreize zu unwirtschaftlichem Handeln setze und zu unkontrollierbaren finanziellen Auswirkungen führe (vgl. AOK-Bundesverband 2014, S. 31f.), unbegründet. In der Darstellung wird die jährliche prozentuale Entwicklung der Netto-Krankengeldausgaben mit der Entwicklung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben ohne Krankengeld innerhalb des Zeitraums von 2009 bis 2017 verglichen. Zwar liegen die jährlichen Ausgabensteigerungsraten beim Krankengeld grundsätzlich über denen der übrigen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, jedoch nähern sich die Steigerungsraten innerhalb der letzten Jahre erheblich an – im Jahr 2016 weisen die Krankengeldausgaben sogar eine niedrigere Steigerung auf. Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass die Krankenkassen trotz des seit 2013 durchgeführten 50-prozentigen Ausgleichs der tatsächlichen Krankengeldausgaben weiterhin ein zielgerichtetes Kostenmanagement in diesem Bereich betreiben. Anreize zum wirtschaftlichen Handeln gehen also nicht verloren; es setzen keine unkontrollierbaren pekuniären Auswirkungen ein.



Quelle: Eigene Auswertung; KJ1-Daten; GKV ohne LKK, bLA = berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben laut Konto 9995, KG = Netto-Krankengeldausgaben laut Konten 47 ohne 476 abzgl. Konten 3214–3219.

Fehlanreize aus dem aktuellen RSA-Verfahren

Die starke Preisfixierung des Morbi-RSA führt sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der einzelvertraglich verhandelten Ausgabenseite zu erheblichen Fehlanreizen. So kommt es zu einer ineffektiven Allokation knapper Ressourcen, indem Beitragseinnahmen – die eigentlich der Versichertenversorgung bestimmt sind – in einen rechtswidrigen Einnahmoptimierungs-Wettbewerb investiert werden. Systematische, kodierbeeinflussende Maßnahmen wie Arztberater, Arztsoftware, Versorgungsverträge mit einer Vergütung je kodierter Diagnose und pauschale Krankenhausrechnungskürzungen sind direkte Fehlanreize des auf die dokumentierte Morbidität fokussierten Ausgleichsverfahrens.

Jeder Wunsch nach mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen läuft ins Leere, solange für Krankenkassen nach der Morbi-RSA-Zuweisungslogik nur der billigste Versorgungspreis je kodierter Diagnose zählt.

Neben der Fehlallokation ergeben sich auch für die Versicherten negative Folgewirkungen, etwa wenn es um den Abschluss einer privaten Berufsunfähigkeitsversicherung geht. Auch die notwendigen, regulativen Eingriffe des Gesetzgebers Anfang 2017 durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) konnten die auf die Diagnosestellung einflussnehmenden Aktivitäten der Krankenkassen bisher nicht wirksam unterbinden (vgl. Weinhold et al. 2017).

Ausgabenseitig kommt es zu einem Preisdumping-Wettbewerb. Über das statthafte Kostenmanagement hinaus wird auf die Leistungserbringer ein enormer Preisdruck ausgeübt – hier sei auch auf die Gefahr der zunehmenden Marktkonzentration in einigen Regionen hingewiesen. Die Leistungserbringer werden sprichwörtlich wie eine Zitrone ausgepresst.

Die negativen, gesellschaftlichen Folgewirkungen liegen auf der Hand: Arbeitsverdichtung bei Beschäftigten im Gesundheitswesen, Anreize für Leistungserbringer die gekürzten Mittel anderweitig zu refinanzieren (IGEL), etc. Treten beispielsweise durch den Kostendruck auf Seiten der Leistungserbringer Fehler oder Engpässe auf, werden diese meist aus Patientensicht nicht zulasten der druckaufbauenden Krankenkassen zugeschrieben und verletzen in der Regel auch nicht das Krankenkassen-Image, sondern werden dem selbigen Leistungserbringer angelastet. Daher ist es für eine Krankenkasse durchaus aus Patienten- und Versichertensicht vergleichsweise risikolos, bei Verhandlungen mit Leistungsanbietern einseitig auf einen sehr günstigen Preis zu schauen. Darüber hinaus zahlen die Krankenkassen Millionenbeträge an Unternehmensberatungen, die Konzepte entwickeln, „wie sich die Zitrone noch besser auspressen lässt“. Zunehmende berufsständische Kampagnen beispielsweise von Hebammen, Heilmittel-Therapeuten, Psychotherapeuten und der Pflegeberufe zeigen, dass der Preisdruck durch die Krankenkassen sehr spürbar ist. Natürlich ist die professionelle Kostensteuerung durch die Krankenkassen wichtig, aber sie sollte sich auf nachhaltig sinnvolle und längerfristig wirkende Maßnahmen fokussieren. Den vom RSA ausgelösten Anreizen gelingt es aktuell jedoch nicht, einen Wettbewerb um die effizienteste Versorgung und Verbesserung der Versorgungsqualität zu schaffen. Stattdessen herrscht ein fast ausschließlicher Preiswettbewerb zur Minimierung der Zusatzbeiträge.

Lösungsansatz Übergangsregelung

Eine einfache und pragmatische Übergangslösung, die auch ohne ein universitäres Mathematikstudium verständlich ist, stellt die Ausweitung der Krankengeld-Sonderregelung auf alle berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben dar – wie etwa von der gesundheitspolitischen Sprecherin der Grünen-Fraktion im Bundestag Maria Klein-Schmeink Ende 2017 gefordert. Wie die Er-

fahrungen aus dem Krankengeld vermuten lassen, bleiben auch hier genügend Steuerungsanreize bestehen. Gleichzeitig könnte jedoch das Preisdumping zulasten der Leistungserbringer reduziert werden.

Hierzu ein simples Rechenbeispiel: Die Investition für eine kurzfristige Kostensteuerung verursacht bei der Krankenkasse 60 Cent Kosten; beispielsweise durch ständig wechselnde Umsteuerung der Patientenversorgung zum jeweils billigsten Anbieter. Aus dieser Umsteuerung ergibt sich eine Einsparung von 1 Euro bei den Leistungserbringern. Der Gewinn durch diese „Dumping-Maßnahme“ beträgt offensichtlich trotz hoher Steuerungskosten noch immer 40 Cent, da sich durch Hebel-Effekte nahezu jede Krankenkassen-Intervention auf die Kosten im Gesundheitswesen lohnt. Die Anwendung der Übergangsregelung würde in der einfachen Beispiel-Rechnung dagegen für die Krankenkasse zu einem Verlust-Geschäft von 10 Cent führen. Folglich hätten die Krankenkassen bei Anwendung der Übergangsregelung ein eigenes konkretes Kostenrisiko bei der Durchführung von Steuerungsmaßnahmen, die demnach auf die wirksamsten und insbesondere nachhaltigsten Aktivitäten fokussiert werden würden. Damit ist die Übergangsregelung in der Lage, sowohl die Ungerechtigkeit und Zufälligkeit des Morbi-RSA kurzfristig bis zur Umsetzung einer wahrscheinlich komplexeren RSA-Reform zu beseitigen, als auch den in Teilen zwischenzeitlich überzogenen Kostendruck im Gesundheitswesen wieder auf ein gesellschaftspolitisch vernünftiges Maß anzupassen. Gleichzeitig blieben, wie die Erfahrungen aus dem Krankengeld vermuten lassen, ausreichend Wirtschaftlichkeitsanreize für ein effektives und effizientes Kostenmanagement seitens der gesetzlichen Krankenkassen im gesamtgesellschaftlichen Interesse gewahrt. Der Zielkonflikt zwischen Kosteneinsparung auf der einen Seite und einer fairen Vergütung der Leistungserbringer auf der anderen Seite wird somit nicht einseitig gelöst.

Fazit

Um die Qualitätsziele im Gesundheitswesen nachhaltig zu verfolgen und die Krankenkassen nicht mehr länger nur auf schnelle Kosteneinsparungen auszurichten, erscheint es als Übergangslösung bei den vielen offenen Fragen zu einer fairen RSA-Ausgestaltung sinnvoll, die Regelungen aus dem Krankengeld auf die übrigen berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zu übertragen.

Literatur

AOK-Bundesverband (2014): Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur BMG-Anhörung am 24.2.2014 - Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG).

Baumann, M., Meyers-Middendorf, J. (2017): Morbi-RSA – Auf den Prüfstand, ersatzkassen magazin., 7–8/2016: 14–18.

Deutscher Bundestag (2001): Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bundestagsdrucksache 14/5681.

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Bundestagsdrucksache 16/3100.

Deutscher Bundestag (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Bundestagsdrucksache 18/1307.

Drösler S., Garbe E., Hasford J., Schubert I., Ulrich V., van de Ven W., Wambach A., Wasem J., Wille E. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn.

Engehausen R., Librizzi F. (2016): Für einen nachhaltigen und fairen GKV-Finanzausgleich!, Welt der Krankenversicherung, 10/2016: 244–246.

Häckl D., Kossack N., Schindler C., Weinhold I., Wende D. (2017): Sieben Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA, Welt der Krankenversicherung, 6/2017: 136–139.

Jacobs K. (2018): Risikostrukturausgleich und Wettbewerb: zwischen den Gutachten, G+G Wissenschaft, 18(1): 7–17.

Klein-Schmeink M. (2017): Risikostrukturausgleich zügig reformieren, existenzielle Schieflagen bei Kassen verhindern, Papier der Sprecherin für Gesundheitspolitik der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen in der 18. Legislaturperiode vom 20.12.2017.

Knieps, F. (2018): Wie fair ist der Kassenwettbewerb? Die zentrale Frage in der Debatte um den Risikostrukturausgleich, IMPLICONplus, 2/2018.

Plate F., Demme S. (2016) Reformoptionen zum Risikostrukturausgleich – Kühler Kopf und klarer Blick gefragt!, Welt der Krankenversicherung, 7–8/2016: 172–175.

Weinhold, I., Claus, F., Kossack, N., Häckl, D. (2017): Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“, Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG, WIG2, Leipzig.

Die Wiedereinführung der Parität – Vorschlag für einen alternativen arbeitnehmer- und arbeitgeberfreundlichen Ansatz



Dr. Wolfgang Matz

Vorsitzender des Vorstandes der Kaufmännische Krankenkasse

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge war über Jahrzehnte ein fester Bestandteil der GKV, der einen fairen Finanzausgleich zwischen den Interessen von Arbeitgebern und -nehmern sicherstellte, jedoch durch verschiedene gesetzgeberische Maßnahmen aufgeweicht wurde. Zu Recht hat die große Koalition nun mit dem GKV-VEG eine Rückkehr zur Parität beschlossen. Das im Gesetzentwurf gewählte Modell erzeugt jedoch einige vermeidbare Nachteile. Wie könnte ein Alternativmodell aussehen?

Parität als sinnvoller Ausgleich der Interessen

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge ist über Jahrzehnte ein fester Bestandteil der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gewesen. Dadurch sollten die Interessen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern ausgeglichen und Gesundheitskosten gerecht verteilt werden. Schließlich profitiert von einer guten Gesundheitsversorgung nicht nur der Versicherte selbst, sondern auch der Arbeitgeber, dessen Beschäftigte dadurch produktiver sind. Allerdings wurde die Gestaltung der Parität durch zahlreiche Reformen aufgeweicht. Insofern ist es zu begrüßen, dass nun CDU, CSU und SPD in ihrem Koalitionsvertrag Ende 2017 die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung zum 1.1.2019 beschlossen haben.

Zudem führte die schleichende Abkehr von der Parität in der jüngeren Vergangenheit zu einem überzogenen Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen, die darauf bedacht sind, den Zusatzbeitrag für ihre Kunden möglichst niedrig zu halten. Diese Strategie wiederum verhindert häufig einen ebenso notwendigen Wettbewerb um Versorgungsqualität. Zusätzlich erstickt die Festschreibung des Arbeitgeberbeitragsatzes das Interesse der Arbeitgeber an einer wirksamen Kostendämpfung der GKV, da Ausgabenzuwächse aktuell keinerlei Auswirkungen auf die Beitragshöhe der Arbeitgeberseite nach sich ziehen.

Der Ansatz des GKV-VEG

Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) will Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nun den Koalitionsvertrag u.a. in diesem Punkt umsetzen.

Hierbei kommt der konkreten Ausgestaltung des Beitragsmodells eine wichtige Rolle zu. Bedingung für die Wiedereinführung der Parität ist laut Koalitionsvertrag, dass das System aus allgemeinem Beitragssatz und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen erhalten bleibt. Das Bundeskabinett hat einen Gesetzentwurf beschlossen, nach dem Arbeitgeber künftig wieder exakt die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Das betrifft sowohl den allgemeinen Beitragssatz als auch den kassenindividuellen Zusatzbeitrag, welchen bisher Arbeitnehmer alleine tragen. Damit sind zwar die Bedingungen des Koalitionsvertrages erfüllt, gleichzeitig führt die Ausgestaltung der Parität im GKV-VEG aber zu einigen (vermeidbaren) Nachteilen:

- So kann das Modell dazu führen, dass das im Sozialgesetzbuch verankerte Prinzip des freien Kassenwahlrechts für Versicherte eingeschränkt wird: Die Arbeitgeber werden für ihre in unterschiedlichen Kassen versicherten Arbeitnehmer unterschiedliche Beiträge abführen und damit finanziell auch unterschiedlich stark belastet. Grundsätzlich besteht dadurch ein Anreiz, eigene Mitarbeiter aus vermeintlich teureren Kassen in preisgünstigere Kassen zu steuern. Für jeden Arbeitnehmer, der über der Beitragsbemessungsgrenze von 4425 € liegt, würde der betroffene Arbeitgeber, dessen Mitarbeiter von der teuersten in die günstigste Kasse wechselt, um rund 450 Euro pro Jahr¹ entlastet.
- Außerdem würde es für die Arbeitgeber unnötige Bürokratie bedeuten, wenn sie sich am jeweiligen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zur Hälfte beteiligen müssen. Schließlich gibt es bei derzeit 110 Kassen² eine Vielzahl unterschiedlicher kassenindividueller Beitragssätze.

¹ Als Berechnungsgrundlage dient der maximale kassenindividuelle Zusatzbeitragsunterschied von 1,7 Prozent. Stand 1.1.2018.

² Quelle: GKV-Spitzenverband, 21.8.2018.

- Ferner würden in der aktuellen Situation die Arbeitgeber stärker zur Kasse gebeten als notwendig, da die durchschnittlichen kassenindividuellen Zusatzbeiträge momentan über dem eigentlichen Bedarf liegen. Hintergrund ist der von einigen Kassen betriebene Rücklagenaufbau, der einen zusätzlichen Finanzierungsbedarf erzeugt. Für die Arbeitgeber wären das unnötige Mehrkosten allein für 2018 von immerhin rund 600 Mio. Euro³!
- Darüber hinaus ist für Arbeitgeber finanzielle Planbarkeit ein wichtiges Gut. Jedoch zeigt die jüngere Vergangenheit, dass es bei Kassen auch unterjährig zu einer teils deutlichen Anpassung des Zusatzbeitragssatzes kommen kann. Dies beeinflusst die finanzielle Planbarkeit von Unternehmen negativ.

Ein Alternativmodell

Um die genannten Nachteile aufzuheben und weiterhin den im Koalitionsvertrag genannten Bedingungen zu entsprechen, ist aus Sicht der KKH ein anderes Modell notwendig: Jeder Arbeitgeber zahlt nur die Hälfte des durchschnittlichen Zusatzbeitrages – egal, bei welchen Krankenkassen seine Beschäftigten versichert sind. Die Finanzierung würde aus folgenden Schritten bestehen: Der Gesetzgeber setzt wie bisher einen bundeseinheitlichen Beitragssatz fest, welcher die Kosten nicht zu einhundert Prozent deckt. Somit bleiben der Wettbewerb um den günstigsten Zusatzbeitrag und die damit verbundenen wettbewerbspolitischen Implikationen erhalten. Auf diese Weise ist ein umfangreicher Umbau des heutigen komplexen Finanzierungssystems nicht notwendig. Diese „Basis“-Kosten werden weiter paritätisch und damit fair unter Arbeitgebern und Arbeitnehmern geteilt.

Zusätzlich setzt die Bundesregierung weiterhin einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag fest, der die zu erwartenden Ausgaben des Gesundheitswesens rechnerisch deckt. Dieser Zusatzbeitrag – nicht der kassenindividuelle – ist vom Arbeitgeber je Versicherten paritätisch mit 50 Prozent zu tragen, unabhängig von der Kassenmitgliedschaft des jeweiligen Arbeitnehmers.

Aus Arbeitnehmersicht wird damit vermieden, dass Arbeitgeber aus finanziellen Interessen ihre Arbeitnehmer in der Wahl ihrer Krankenkasse beeinflussen, da nun für jeden Arbeitnehmer unabhängig von dessen Kassenmitgliedschaft beim Arbeitgeber die gleiche finanzielle Belastung entsteht.

Gleichzeitig würde der Qualitätswettbewerb der Kassen bei der Arbeitgeberbetreuung und beim betrieblichen Gesundheitsmanagement gestärkt, da eine Unterscheidung der Kassen nicht mehr über den Preis sondern über das Versorgungsangebot erfolgen würde.

Aus Arbeitgebersicht sind mit diesem Ansatz ebenfalls Vorteile verbunden. Bürokratie würde vermieden, da nur ein Zusatzbeitragssatz zu administrieren wäre. Außerdem hätten die Arbeitgeber frühzeitig finanzielle Planungssicherheit, da bereits im November des Vorjahres die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages festgelegt wird und damit die Belastung aus den Versichertenbeiträgen für das gesamte nächste Kalenderjahr transparent wird. Unterjährige Anpassungen kassenindividueller Zusatzbeiträge hätten keinerlei Auswirkungen auf die Finanzlage von Unternehmen. Zudem würden Arbeitgeber nur den wirklichen Bedarf der GKV paritätisch finanzieren und nicht auch noch strategische Rücklagenanpassungen einzelner Kassen.

Da die Arbeitgeber – unabhängig vom jeweiligen kassenindividuellen Zusatzbeitrag – immer 50 Prozent des

durchschnittlichen Zusatzbeitrages in der GKV für ihre Arbeitnehmer zu zahlen haben, wird es zu Über- und Unterzahlungen an den Gesundheitsfonds kommen: Arbeitgeber mit vielen Arbeitnehmern in Kassen mit unterdurchschnittlichem Zusatzbeitrag zahlen im Vergleich zur Regelung im GKV-VEG mehr und Arbeitgeber mit vielen Beschäftigten in Kassen mit hohem Zusatzbeitrag weniger an den Gesundheitsfonds. Diese Differenzen werden vom Gesundheitsfonds ausgeglichen. In Bezug auf alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber bleibt es bei der paritätischen Finanzierung auch der Zusatzbeiträge.

Krankenkassen erheben weiterhin individuelle Zusatzbeiträge zur Deckung ihrer Ausgaben. Diese werden künftig jedoch nur noch zur Hälfte von den Versicherten gezahlt, wie es auch der aktuelle Gesetzentwurf vorsieht. Dies gilt sowohl für die Versicherten von Kassen mit überdurchschnittlichen als auch unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssätzen. Somit kann der einzelne Arbeitnehmer weiterhin über seine Kassenwahl einen Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Kassen ausüben. Hierdurch bleiben der politisch gewünschte Wirtschaftlichkeitsanreiz und der Preiswettbewerb erhalten.

Bei der Verteilung der Beitragseinnahmen ändert sich nichts: Die Einnahmen aus dem paritätisch finanzierten bundeseinheitlichen Beitragssatz werden weiter nach den Regularien des Morbi-RSA vollständig an die Kassen ausgeschüttet. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge kommen weiter den jeweiligen Kassen zugute, wobei der vollständige Einkommensausgleich erhalten bleibt.

Fazit

Wie bereits erwähnt, ist die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung in der GKV der richtige Weg. Die Kritik dieses Textes zielt daher lediglich auf die Pläne zur Umsetzung gemäß GKV-VEG.

Das hier vorgeschlagene Modell stellt sicher, dass nicht die Lohnbüros der Arbeitgeber den Kassenwettbewerb zur Steigerung von Versorgungsqualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit beeinflussen. Maßgeblich ist hierfür, dass die Arbeitgeber für jeden Versicherten Beiträge auf der Basis eines einheitlichen Beitragssatzes an die GKV abführen müssen. Gleichzeitig bleibt der Anreiz für die Kassen zum wirtschaftlichen Handeln erhalten, da sie weiterhin mit unterschiedlichen Beitragssätzen im Wettbewerb punkten können.

³ Laut PM des Bundesgesundheitsministeriums vom 21.6.2018 liegt der aktuelle durchschnittlich von den Krankenkassen erhobene

Zusatzbeitragssatz lag bei 1,08 Prozent und damit 0,08 Prozent über dem vom GKV-Schätzerkreis benannten zusätzlichen GKV-Finanzierungsbedarf von 1,0 Prozent.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sophia V. M. Wagner

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.
Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten
(Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich
um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende
des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungs-
rechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche
Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung,
öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglich-
machung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung
der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 24. Jahrgang 2018, Ausgabe 3 · 2018,
Erscheinungsdatum: 05. September 2018

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Digitalisierung**
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
- **AIS**
- **Industrie als Versorgungspartner**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen? Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

Besuchen Sie
unsere Website:
www.ix-media.de

