

Betriebs
Kranken
Kassen

Magazin für Politik, Recht und
Gesundheit im Unternehmen

MASKEN TESTEN IMPFFEN

Ein Jahr Pandemie

■ WAS FÜR EIN JAHR!

Ein Blick zurück auf das Corona-Jahr 2020 und ein Ausblick auf das Jahr der Bundestagswahl

■ BKK QUALITÄTSINITIATIVE

Wie erleben Versicherte ihre Krankenkasse? Was unterscheidet eine gute Kasse von einer exzellenten?



WAS FÜR EIN JAHR!

Von Anne-Kathrin Klemm, Leiterin Politik und Kommunikation

Dieser Stoßseufzer ist meist symptomatisch für die 19. Legislaturperiode. Mit ihm ist im Dezember 2020 sicherlich so mancher Akteur des Gesundheitswesens in die Weihnachtsferien gegangen. Gleiches haben außerdem bestimmt ebenso viele mit Blick auf das Jahr 2021 und die anstehenden Themen und Herausforderungen gedacht. Ein guter Zeitpunkt also für einen Blick zurück auf die bisherige Legislaturperiode, das Corona-Jahr 2020 und für einen Ausblick auf das Jahr 2021 inkl. der Themen einer neuen Regierungskoalition.



© Cris Cantón / Moment / Getty Images

„Jede Woche ein Gesetz“ scheint es einem. Fast entspricht das seit dem Einsetzen der politischen Aktivitäten zur Bekämpfung der Corona-Pandemie der Realität. Eine ausführliche Darstellung aller Gesetze und Verordnungen der aktuellen Legislaturperiode würde somit den Rahmen dieses Artikels sprengen. Daher werden folgend thematische und nicht chronologische Schwerpunkte beim Blick zurück und nach vorne gesetzt, auch wenn diese sich gesetzgeberisch häufig vermischen. Es handelt sich hierbei um die Themen Finanzierung der GKV, Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und –prozesse in der GKV und Pflege sowie die Digitalisierung. Eng damit verknüpft sind die Rollen und Aufgaben der Akteure auf Bundes- und Landesebene – gerade unter dem Brennglas der Corona-Pandemie.

FINANZIERUNG

Gleich im April 2018 wurden mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) etliche Koalitionsvorhaben mit Blick auf die Finanzierung der GKV umgesetzt. Erleichterungen für kleine Selbstständige, die Wiedereinführung der vollständigen paritätischen Finanzierung des GKV-Beitragssatzes durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie Regelungen zu Höchstgrenzen von Finanzreserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds klingen banal, stehen aber für große ordnungspolitische Eingriffe. Trotz noch sprudelnder Beitragseinnahmen wurde damit vor allem auch eine Ära der niedrigen Beitragssätze und eines verschärften Kassenwettbewerbes eingeläutet. Abgeschmolzenes Vermögen sollte insbesondere in die von der Vorgängerregierung sowie von der neuen Regierung beschlossenen ausgeweiteten Versorgungsleistungen oder in die erhöhten Vergütungsanpassungen von Leistungserbringern fließen. Dies gelang, und daher freute sich das Gesundheitsministerium mit Blick auf das Finanzergebnis der GKV für das Jahr 2019, dass noch über 95 Prozent der Versicherten gleichbleibende sowie z.T. niedrigere Zusatzbeitragssätze zahlten, obwohl gleichzeitig Kassendefizite und Ausgabensteigerungen von 5,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr festzustellen waren. Auch deswegen war es richtig und wichtig, dass der Gesundheitsminister nicht lange mit der Reform des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und damit der Korrektur von massiven Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zögerte. Immerhin ist dieser Mechanismus zentral dafür, dass die Beitragsgelder der Krankenkassen dahin fließen, wo Versorgung stattfindet. Und es kann durchaus die These vertreten werden, dass heute ohne diese Reform gerade in Zeiten der Pandemie deutlichere Unterschiede und Sprünge der Zusatzbeiträge der Krankenkassen auf dem Tisch lägen. Kaum verwunderlich ist es daher, dass dieses Gesetz für hitzige Diskussionen unter den Kassenarten aber auch der Bundesländer führte. Erstere, weil insbesondere einer Kassenart Wettbewerbsvorteile genommen wurden und letztere, da ihnen mit einer bundesweiten Öffnung aller Krankenkassen auch die Aufsicht weggenommen werden sollte. Kaum verwunderlich wurde letzteres nicht umgesetzt.

Die Corona-Pandemie Anfang 2020 machte dann zahlreiche Gesetze und nahezu unzählige Verordnungen erforderlich, die richtigerweise den Erhalt der medizinischen und gesundheitlichen Infrastruktur sicherstellen. Hierunter fallen Umsatzgarantien für Ärzte, Zahnärzte, Heilmittelerbringer, Prämien für leerstehende Betten in den Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, die Finanzierung Intensivmedizinischer Betten, Schutzausrüstungen, (symptomunabhängige) Antikörpertests, Schutzmasken für vulnerable Versichertengruppen, Prämien für Pflegekräfte und vieles, vieles mehr.

Zu Beginn der Pandemie fast noch verzeihbar, aber leider auch ein Jahr später noch zu beobachten ist: In der Hektik der Pandemie-Aktivitäten wird nur zögerlich hinterfragt, ob nicht auch Strukturen finanziert werden, die ohne Pandemie eigentlich schon dem Untergang geweiht waren, ob ohne Not manche Akteure mit Geldern geflutet und andere durch gewieftes Agieren zu Krisengewinnlern werden. So erhielten beispielsweise Krankenhäuser, die 2020 vom Netz gehen sollten, noch Gelder aus dem Corona-Topf. Andere nahmen die Corona-Leerstandsprämien und beantragten gleichzeitig für ihre Belegschaft Kurzarbeitergeld. Apotheken erhielten zu Beginn der Pandemie 5 Euro für den Botendienst – eine Leistung, die sie zuvor als Serviceleistung erbracht haben und für die sie nun dauerhaft 2,50 Euro erhalten. Sechs Euro Vergütung von FFP2-Masken für die Apotheken, denen ein deutlich niedrigerer Einkaufspreis zugrunde liegt, die rd. 7.000 gemeldeten und mit 50.000 Euro pro Stück vergüteten „Geister-Intensiv-Betten“, die wegen „Bürokratieentlastung“ reduzierten Anforderungen bei den Prüfungen der Krankenhausabrechnungen mit dem Resultat hoher Falschabrechnungen – die Liste ist lang mit den Dingen, deren Fehlanreize allen bewusst waren und dennoch umgesetzt wurden. Daher ist gerade jetzt Vorsicht geboten, wenn Standesorganisationen, die sonst ihre Selbständigkeit oder ihren Sicherstellungsauftrag wie eine Monstranz vor sich hertragen, die schlichte Fortsetzung von Corona-Sonderregelungen fordern. All das Proklamieren des alternativ drohenden Untergangs des Abendlandes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass großzügige Corona-Hilfen im Vergleich zum Vorjahr bei einigen sogar Einnahmesteigerungen generiert haben. Beispielhaft seien

ENTWICKLUNG DER FALLZAHL AUSGEWÄHLTER KRANKHEITSBILDER VON BKK-VERSICHERTEN IN KRANKENHÄUSERN 2020/2019, 100% = 2019 SAISONBEREINIGT



Abbildung 1

die Krankenhäuser genannt, die im 1. – 3. Quartal des Jahres 2019 rund 59,5 Mrd. und im Jahr 2020 60,4 Mrd. Euro erhielten – zuzüglich weiterer 9,7 Mrd. Euro an Ausgleichzahlungen für Einnahmeausfälle und Mittel für zusätzliche Intensivbetten. Gleichzeitig gingen die Fallzahlen um 11,5 Prozent zurück. Also, mehr Geld bei weniger Fällen, wobei seit Sommer 2020 viele im Frühjahr verschobene Leistungen nachgeholt und in der zweiten Welle kaum noch verschoben werden. (siehe Abbildung 1).

Seit dem Start der Corona-Pandemie überblicken meist nur noch die Haushaltsexperten, welche Schutzschirm-Maßnahmen von den gesetzlichen Krankenkassen mal aus dem Gesundheitsfonds, mal aus der Liquiditätsreserve der GKV und mal mit, mal ohne Bundeszuschuss finanziert werden. Das ist sicher einer der Gründe, warum insbesondere auch die Bundesländer, die sonst so vehement auf ihre Zuständigkeiten pochen, das vermeintliche Füllhorn der GKV und des Bundes entdeckt haben. So werden die eigenen Ausgabedefizite der vergangenen Jahre im Bereich der Daseinsvorsorge bzw. hinsichtlich der Versorgungsstrukturen subventioniert. Der personell, finanziell und digital ausgehungerte öffentliche Gesundheitsdienst, Krankenhaus- sowie stationäre Pflegebereich sollten hier als Beispiele genügen. Doch statt diese Versäumnisse anzugehen und Konzepte zu erstellen und Maßnahmen für die Sicherstellung der Daseins- und Versorgungsaufgaben zu ergreifen, steht von Bundesländern und Kommunen die Forderung nach mehr Macht und weiteren finanziellen Mitteln „aus dem Fonds“ im Vordergrund. Ein „Fonds“, dessen Mittel

nicht wie Manna vom Himmel fällt, sondern sich aus Beitragsgeldern der Versicherten und Arbeitgeber speist. Das scheint bei all den Forderungen oftmals vergessen. Und es muss unbedingt in diesen besonderen Zeiten betont werden, dass gerade das Grundprinzip der solidarischen Finanzierung der GKV nach wie vor hoch modern ist. Zum einen muss kein Versicherter sich in Abhängigkeit von Berufstätigkeit oder Alter fürchten, keinen Zugang zu medizinischen Leistungen zu erhalten. Zum anderen funktionieren die Finanzstrukturen und Prozesse so, dass sie verlässlich und stabil den Sozialstaat stützen. Trotz einbrechender Einnahmehasis gelingt es, die üblichen finanziellen Herausforderungen und die weiteren der Pandemie solide zu meistern. Gerade auch die Finanzreserven der Kassen, in den vergangenen Jahren hoher Einnahmen für schlechte Zeiten zurückgelegt, federn nun die Krise ab. Die als „Sparkassen“ Bescholtenen ermöglichen es, 8 Milliarden Euro zur Teilfinanzierung der Ausgabensteigerungen aus den Gesetzgebungen der vergangenen Jahre und der Corona-Pandemie beizusteuern. Hierdurch sicherte der Gesundheitsminister für das Jahr 2021 überwiegend stabile Beitragssätze. Außerdem konnte so der Bundeszuschuss aus Steuermitteln in Höhe von 5 Milliarden deutlich geringer ausfallen, als zunächst geplant. Explizit wird in Kauf genommen, dass die Finanzreserven der Kassen für außerordentliche Belastungen im Jahr 2021 und für die Zeit nach der Bundestagswahl im Jahr 2022 überwiegend aufgebraucht sein werden.

Es ist bereits heute abzusehen, dass die Konjunktur nicht kurzfristig und mit großem Nachholeffekt anspringen wird. Gleichzeitig wird die GKV im Rahmen der Pandemie weiterhin als Vor- oder Hauptfinanzier u. a. auch von „versicherungsfremden“ Leistungen genutzt. Zum Start der neuen Regierungskoalition werden daher voraussichtlich drastische Sparmaßnahmen notwendig. Und so hört man vereinzelt bereits heute die Forderung nach einer dauerhaften Erhöhung des Bundeszuschusses an die GKV. Statt eines Steuerzuschusses, der je nach Haushaltslage angepasst wird, sollte jedoch mit Blick auf die Finanzierung

»Neben dem Gesetzgeber haben gerade auch die Partner der Gemeinsamen und Sozialen Selbstverwaltung gezeigt, dass sie in der Pandemie schnell und flexibel handeln können.«

der Versorgung, eine Rückbesinnung auf die oder Neudefinition der jeweiligen Aufgaben der Krankenkassen und der der Akteure auf Bundes- und Landesebene erfolgen. Sollen z. B. die Krankenkassen dauerhaft mehr Verantwortung mit Blick auf gesundheitsrelevante, gesamtgesellschaftliche Aufgaben – also weitere „versicherungsfremde Leistungen“ – übernehmen, müssen sie hierfür gesetzlich mandatiert und finanziell ausgestattet werden. Über die Finanzierung dieser Leistungen sollte dann auch Transparenz hergestellt werden. Nicht, um die solidarische Finanzierung in Frage zu stellen, sondern um deutlich zu machen, wer wofür finanziell „gerade steht“, und wer nicht. Damit einher geht, ordnungspolitisch den Kassen stärker als bisher die Rolle des Gestalters, Lotsen und Begleiters der Versicherten zuzugestehen, statt sie nur als Zahler zu betrachten. Hierzu weiter unten mehr.

VERSORGUNG UND STRUKTUREN

Ganz im Rhythmus der Vorgängerregierung, wurden insbesondere in den ersten beiden Jahren der 19. Legislaturperiode die sprudelnden Beiträge der GKV für Leistungsausweitungen für Versicherte, für weitere Zugeständnisse und/oder erweiterte Handlungsspielräume der Leistungserbringer, zum finanziellen Bedienen von Interessensgruppen, in Ansätzen für Strukturweiterentwicklungen und schließlich zur Reduktion der Selbstverwaltungszuständigkeiten genutzt. Alle diese Merkmale finden sich beispielsweise im Terminservice- und Versorgungsgesetz, das zunächst die Unabhängigkeit einer zügigen Terminvergabe vom gesetzlichen oder privaten Versicherungsstatus zum Ziel hatte. Mit einem Paukenschlag wurde außerdem der Selbstverwaltung die Gesellschaft für Telematik, gematik, aus der Hand genommen, indem der Bund die Mehrheit der Anteile übernahm.

Einem ähnlichen Paukenschlag kam auch die Abkopplung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen von eben jenen gleich. Mit dem Argument, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes (MD) und damit Patienteninteressen zu stärken, wurden im MDK-Reformgesetz eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts gebildet. Die Liste weiterer Gesetze mit ähnlichen Merkmalen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, lässt sich länglich fortsetzen. Der mutige Anlauf zur Reform der Notfallversorgung auf Basis eines Diskussionsentwurfes fiel hingegen dem großen Widerstand der Bundesländer und der Krankenhäuser zum Opfer. Das in den Bundesländern verankerte und heterogen gewachsene Rettungswesen im Interesse der Notfallpatientinnen und -patienten einheitlich, durchgängig und integriert zu organisieren, widersprach dem föderalen Selbstverständnis diametral. Die Krankenhäuser fürchteten ferner einen Machtverlust. Erschwerend kam Anfang 2020 die Corona-Pandemie hinzu, die weitere Debatten vollends erstickte. Und so bleibt es u. a. bei unterschiedlichen Notrufnummern und evtl. einer weiterhin fehlenden (digitalen) Ersteinschätzung im Krankenwagen inkl. gezielter Weiterleitung einer Leitstelle an das für die jeweilige Versorgungssituation bestmögliche Krankenhaus. Doch die Notwendigkeit für Veränderungen ist groß, so dass die nächste Regierungskoalition diesen Faden aufnehmen muss. Zu wünschen wäre dies im Zusammenhang mit einer Diskussion um eine sinnvolle Neuorganisation nicht nur der stationären sondern grundsätzlich von vernetzten Versorgungsstrukturen (hierzu später mehr).

Die hohe Schlagzahl an Gesetzen wurde mit Start der Corona-Pandemie nach Grundlagengesetzen mit entsprechender Ermächtigung in Verordnungen am Fließband umgemünzt. Die Maßnahmen und Regelungen wurden bereits in der Thematik der Finanzierung benannt, weshalb an dieser Stelle auf eine Wiederholung verzichtet wird. Festzuhalten bleibt aber, dass neben dem Gesetzgeber gerade auch die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung gezeigt haben, dass sie in der Not tatsächlich schnell und flexibel handeln können. Bereits Mitte März starteten die Gespräche zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Ausgestaltung der Rettungsschirme für Krankenhäuser und Ärzte. Schnell folgten zahlreiche Vereinbarungen, um die Versorgungsstrukturen trotz wegbleibender Patienten und dem damit verbundenen massiven Umsatzeinbruch zu stabilisieren. Plötzlich waren auch pragmatische Sonderregelungen für die digitale Versorgung von Patienten (z. B. via Telefonsprechstunden) inkl. Verschreibung von Arznei- bzw. Heil- und Hilfsmitteln, Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und auch hier vielem anderen mehr möglich, die ohne Pandemie nicht denkbar gewesen wären. Die Nutzung digitaler Kommunikationsmedien erlebte einen wahren Boom, wobei gerade im ambulanten Bereich noch immer nur eine Minderheit von diesen überzeugt sind. Etlliches von dem, was sich in der Pandemie bereits bewährt hat, soll auch künftig beibehalten werden. Einiges gehört sicher auf den Prüfstand bzw. bedarf einer Weiterentwicklung.

Die soziale Selbstverwaltung und Kassenmanager bewiesen ebenfalls, dass sie ihrer Rolle als solide, pragmatisch anpackende Akteure in der Organisation bzw. Finanzierung der Versorgung nicht nur gerecht werden. Sie haben über die herausfordernde Umsetzung vieler Gesetze der vergangenen Jahre hinaus in der Pandemie ad hoc viele Aufgaben angepackt, organisiert und finanziert – selbst, wenn diese nicht in ihr originäres Aufgabenspektrum gehören. Und dies tun sie ohne mediales Tamtam, Aufschrei, Murren oder der Erwartung, beklatscht zu werden. Trotzdem sind sie derzeit kaum gefragt als Ratgeber beim Gesetz- bzw. Verordnungsgeber. Stellungnahme-Fristen von 1–3 Stunden setzen das Zeichen, dass man die teils deutlichen und kritischen Rückmeldungen der Praktiker weitgehend ignorieren will. Wozu das führt, das wird z. B. beim Wirrwar um die Verteilung der FFP2-Masken deutlich. Es war quasi mit Ansage, dass die Verteilung teuer, von der Bundesdruckerei produzierter, fälschungssicherer Voucher auf Basis einer stichtagsbezogenen aber aufgrund der Meldestrukturen veralteten Datenerhebung bei allen Beteiligten nur zu Frust führen kann. Doch es sind gerade die Krankenkassen, die diesen Frust der Versicherten abbekommen. Auch die aktuelle Empörung über die überbewertete Bezahlung der Masken an die Apotheker war absehbar und daher vermeidbar.

Ob mit oder ohne Pandemie, eine echte Diskussion darüber, wie die Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen sowie digitalen Entwicklungen zukunftsfest gemacht werden können, stand in dieser Legislaturperiode nur in Ansätzen auf der Agenda. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe kam enttäuschender Weise letztlich nur zum Schluss, dass Krankenhäuser im ambulanten Bereich gestärkt werden müssten und dies dann zu einer besseren Sektoren übergreifenden Versorgung führe. Das Scheitern einer Neuorganisation der Notfallversorgung wurde bereits beschrieben. Doch gerade durch die Pandemie wurden schonungslos die großen Defizite gerade auch der Länder mit Blick auf jahrelang vernachlässigte Planung und Finanzierung offengelegt. Dies gehört daher nach den Wahlen dringend auf die Agenda.

Sicherlich gibt es gute Gründe, einerseits am bisherigen Weg der inkrementellen Reformschritte festzuhalten. Andererseits ist schon länger nicht mehr ersichtlich, wohin die Schritte führen sollen – und das nicht erst seit dem reaktiven Agieren im Rahmen der

Pandemie. Dies resultiert in einer immer kleinteiligeren Gesetzgebung mit widersprüchlichen Regelungen. Der Gesetzgeber spannt schon lange nicht mehr nur den ordnungspolitischen Rahmen und überlässt die Ausgestaltung den Selbstverwaltungspartnern, er greift selbst, zentral und tief in das Versorgungsgeschehen ein. Dabei fehlt jedoch das konkrete Ziel, und so scheint jeder Weg aber auch das Verharren im Hier und Jetzt das Richtige. Neue Impulse sind jedoch notwendig und daher sollte nach der Bundestagswahl ein attraktives Zukunftsbild der Versorgung entwickelt werden. Das wäre eines, das vor allem den Patienten bzw. den Versicherten in den Fokus stellt. Aber auch eines, das die Rolle der Akteure und den konkreten Weg zur Erreichung des Ziels skizziert. Schließlich ist die Defizitbeschreibung des deutschen Gesundheitssystems seit Jahren ausführlich und bekannt. Sie hat bislang aber nicht ausgereicht, um das Beharrungsvermögen und damit Über-, Unter- und Fehlversorgung und die Versorgungs-Silos zu überwinden. Gleichzeitig entwickelt sich dank digitaler Innovationen und Disruptionen eine vernetzte Welt, die den Gesundheitsbereich wie einen Dinosaurier erscheinen lässt. Längst sind Smart Home-Anwendungen, digitale Plattformen, online-shopping und Lieferung nach Hause gang und gäbe. Sie verändern das Konsumentenverhalten und bedienen den Wunsch nach Service und Bequemlichkeit und das zu jeder Zeit. Pontius und Pilates kommen zum Kunden, statt dass letzterer von einem zum anderen laufen muss. Davon sind wir im Gesundheitsbereich kulturell heute zwar noch weit entfernt. Doch es liegt auf der Hand, dass eine alle Akteure digital vernetzende Versorgung entstehen muss, die weit über die Bemühungen vieler Jahre zur Etablierung einer integrierten Versorgung hinausgeht. Die Versicherten bzw. Patienten stünden erstmals wirklich im Zentrum. Und egal, ob diese gesund, akut oder chronisch krank sind, in solch einem Netzwerk würden sie individuell, bedarfsgerecht und für alle am Prozess Beteiligten transparent beraten, begleitet und versorgt werden. Auch in dieser Form der Zusammenarbeit würden sich die meisten Akteure von heute wiederfinden. Etliche neue kämen hinzu, andere, wie zum Beispiel Pflegekräfte oder Heilmittlerbringer, müssten mit mehr Verantwortung ausgestattet sein als heute. Sie alle würden mit und um den Patienten bzw. Versicherten herum eng zusammenarbeiten und die Expertise des jeweils anderen nutzen, statt kritisch zu beäugen. Die gesetzlichen Krankenkassen wären hier ein wichtiger Akteur, der unterstützt, begleitet, berät und orchestriert. Qualität

und Outcome sowie Krisenfestigkeit stünden im Fokus der Finanzierung und Versorgungsgestaltung. Die Vergütung müsste diese neue Form der Zusammenarbeit z.B. mit Netzprämien, Vergütungen für Fallkonferenzen, etc. abbilden. Personelle und finanzielle Zuständigkeiten sowie die Planung und Organisation der Versorgungsstrukturen müssten daraus abgeleitet geklärt und ggf. neu definiert werden. Ein erster Schritt könnte z. B. die Sektoren und Bundesländer übergreifende Bedarfsplanung sein, da Versorgungsbedarf an Ländergrenzen oder Versorgungsstrukturen keinen Halt macht. Vieles mehr könnte, nein müsste schon heute, konsequent vom Versicherten bzw. Patienten gedacht, und auf den Weg gebracht werden. Klingt ein solches Ziel und Vorgehen naiv und das Zukunftsbild nach Traumtänzeri? Für manche Ohren vielleicht. Doch Wettbewerb unter Krankenkassen und Wahlfreiheit klang vor etlichen Jahren sicher ebenso verrückt. Warum also nicht ein neues Bild der Versorgung zu Ende denken und daraus die Schritte für heute und die nächsten 5–10 Jahre ableiten, die zu dessen Erreichung notwendig sind? Vor etlichen Jahren hatte die Enquete-Kommission Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung (1987–1992) genau diese Aufgabe, und viele ihrer Ideen sehen wir heute umgesetzt. Die digitale Transformation und die gesellschaftlichen Veränderungen, wie wir z.B. leben und arbeiten, machen neue Ideen notwendig. Künftig die Kommunen oder Bundesländer als zentrale Akteure der Versorgungsplanung und –gestaltung zu benennen und Krankenkassen als bloße Zahler von evtl. neu zu schaffenden Managementgesellschaften zu etablieren, ist hingegen kein geeignetes Zukunftsbild. Zumindest ist es das dann nicht, wenn die föderalen Strukturen hinsichtlich der Versorgungsgestaltung bleiben, wie sie sind. Das dürfte in Anbetracht der vielen Defizite, die die Pandemie nochmal deutlicher gemacht hat, klar geworden sein. Und dass der Bund es besser wüsste und Versorgung alleine gestalten könnte, das wurde sicherlich im Rahmen der Pandemie ebenfalls ausreichend widerlegt.



© Westend61 / Getty Images

PFLEGE

Grundsätzliche Überlegungen sind auch mit Blick auf die Pflege in der neuen Legislaturperiode notwendig. Zwar war diese gleich im Jahr 2018 auf der politischen Agenda. Viele Maßnahmen wurden ergriffen mit dem Ziel, den Fachkräftemangel anzugehen. Zum einen sollte dafür gesorgt werden, dass in Krankenhäusern endlich keine Einsparungen mehr zu Lasten des Pflegepersonals geschehen und die Ausbildung attraktiver wird. Hierzu gehören u. a. die Übernahme der Ausbildungsvergütung, die Finanzierung jeder zusätzlichen Pflegekraft sowie die volle Erstattung von Tarifsteigerungen für Pflegekräfte über die Kostenträger sowie die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs. Mit weiteren Finanzmitteln der GKV sollten ferner 13.000 zusätzliche Pflegekräfte für stationäre Pflegeeinrichtungen generiert werden. Dies blieb eine Utopie, da Pflegekräfte schließlich nicht einfach „gebacken“ werden können. Was jedoch stattdessen mit den GKV-Geldern geschah, ist aktuell unklar. Die Konzentrierte Aktion Pflege erarbeitete in fünf interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppen konkrete Handlungsfelder, die z.B. unmittelbar in der „Ausbildungsoffensive Pflege“ und entsprechende gesetzliche Regelungen resultierten. Unter Qualitätsgesichtspunkten wurden schließlich noch im Jahr 2019 die – in Corona-Zeiten

schändlicher Weise als Bürokratie abgetan - Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Krankenhausbereiche definiert. Sie sollen dafür sorgen, dass Pflegepersonal in den definierten Bereichen ausreichend vorhanden ist und nicht anderweitig eingesetzt wird. Sie gelten inzwischen für 11 Bereiche, darunter z.B. die (Pädiatrische) Intensivmedizin, die Geriatrie, die Kardiologie, die Unfall-, allgemeine und Herzchirurgie sowie die Neurologische Schlaganfallereinheit. Seit Start der Pandemie sind diese ausgesetzt und daher ohne Sanktionsmechanismus. Gegen ein Wiedereinsetzen wehren sich die Krankenhäuser mit Verweis auf sonst unterbesetzte Abteilungen. Ob eine Versorgung in personell unterbesetzten Abteilungen allerdings die notwendige Qualität der Leistung garantiert oder eher für den Patienten eine Gefahr darstellt, wird nicht hinterfragt.

Die Pandemie machte es Anfang 2020 dann erforderlich, sich gesetzgeberisch auch für die soziale Pflegeversicherung auf Maßnahmen wie Schutzausrüstungen, Pflegeprämien, Infrastruktur-Erhalt und finanzielle Stabilität zu konzentrieren. Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) aber auch der Bund via Steuermittel tragen ihren Anteil. Schon werden erste Rufe nach einem dauerhaften Bundeszuschuss laut, um massive Beitragssteigerungen im kommenden Jahr zu kompensieren. Doch es ist fraglich, ob damit die Probleme nachhaltig zu lösen sind. Stattdessen müsste auch hier grundlegend hinterfragt werden, wer künftig was finanzieren muss. Hierunter fallen z.B. die von der SPV getragenen „versicherungsfremden Leistungen“ (Finanzierung zusätzlicher Rentenansprüche pflegender Angehöriger) oder die Investitionskostenfinanzierungen der Bundesländer. Da letztere seit Jahren unzureichend sind, steigen die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen mit Blick auf ihre Eigenanteile. Im Schnitt müssen Heimbewohner derzeit 2.068 Euro aus der eigenen Tasche dazu zahlen. In dem seit März 2021 vorliegenden, informellen Arbeitsentwurf des BMGs für eine Reform ist zu ihrer Entlastung bei den pflegebedingten Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen ein „Stufenmodell“ vorgesehen sowie eine Verpflichtung der Länder zur Zahlung ihrer Investitionskosten vorgesehen. Gleichzeitig wird auf eine private Absicherung des Pflegerisikos und viele „Teillösungen“ gesetzt. Dies wäre „eine kleine Finanzreform“, deren Nachhaltigkeit fraglich ist. Die Finanzierung und auch strukturelle Überlegungen gehören grundsätzlich auf die Agenda. Statt auch organisatorische Fehlentwicklungen mit teuren Stapellösungsangeboten kurieren zu müssen,

» Die Probleme der Pflege sind nicht einfach mit einem Bundeszuschuss zu lösen. Nicht weniger als die Erarbeitung einer neuen Leistungs-, Finanzierungs- und Versorgungssystematik gehört auf die politische Agenda.«

sollte die grundlegende settingspezifische Ausrichtung des Pflegeversicherungssystems überdacht werden. Settingunabhängige Budgetsysteme oder Modullösungen zur Behebung des Fachkräftemangels, eine höhere oder tarifliche Vergütung sowie erweiterte pflegerische Tätigkeiten durch über das aktuelle Reformvorhaben hinaus entsprechende Qualifizierung sind ferner gesetzlich zu adressieren. Auch hier sollte also nach den Bundestagswahlen ein attraktives und nachhaltiges Zukunftsbild erarbeitet und die Schritte zu dessen Erreichung konkretisiert werden. Dies wird insbesondere auch der Dreh- und Angelpunkt dafür sein, den sich verschärfenden Fachkräftemangel anzugehen. Ansonsten werden auch in Zukunft Stilblüten gedeihen, wie wir sie in Zeiten der Pandemie gerade sehen: Vermittler von freiberuflichen Pflegekräften nutzen die Notlage der Pflegeeinrichtungen vor Ort für wucherähnliche Angebote für die Vermittlung und den Einsatz von Pflegekräften verbunden mit der Aussage, dass die überhöht entstehenden Kosten in voller Höhe über das Kostenerstattungsverfahren finanziert würden. Ein einzurichtender Expertenbeirat müsste also eine neue „Leistungs-, Finanzierungs- und Versorgungssystematik der Sozialen Pflegeversicherung“ erarbeiten und damit die Grundlagen für eine umfassende Systemreform auf Basis eines breiten Konsens schaffen.

DIGITALISIERUNG

Eine der großen Errungenschaften dieser Legislaturperiode ist, dass die GKV endlich aus dem digitalen Dornröschenschlaf geweckt und die diesbezügliche Verhinderungspolitik einzelner durchbrochen wurde. Das erste große Digitalisierungsgesetz enthielt revolutionäre Themen wie Apps auf Rezept, die sich inzwischen bereits im Versorgungsalltag wiederfinden. Auch der verordnete Anschluss von Apotheken, Krankenhäusern, Hebammen, Physiotherapeuten, Pflege- und Reha-Einrichtungen und anderer Akteure an die Telematik-Infrastruktur waren wichtige Regelungen, um alle zu mobilisieren. Darüber hinaus wurde der Weg gebahnt, dass verordnete Leistungen auf elektronischem Weg verordnet werden können. Mit dem Gesetz wurde auch endlich eine kleine Tür geöffnet, dass Kassen ihren Versicherten passgenaue Versorgungslösungen anbieten und hierzu beraten können. Zu Recht ist die Erwartungshaltung der Politik hoch, dass dieses Instrument mit Augenmaß und für die Versicherten nutzenstiftend eingesetzt wird.

Mit einem Mix aus finanziellen Anreizen oder Sanktionen wurden alle Akteure geschubst oder getrieben mit dem ehrgeizigen Ziel, im internationalen Vergleich die digitale rote Laterne los zu werden. Daher wurden in vielen folgenden Gesetzen immer wieder Konkretisierungen und Ausweitungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wenig hilfreich war der politisch ungelöste und damit auf die Kassen übertragene Streit mit Bundes- und den Landesdatenschutzbeauftragten wegen der erst ab 2022 möglichen fein-granularen Zugriffsverwaltung durch den Versicherten auf Befunde in der ePA. Dieser Streit, verbunden mit einem hochaufwändigen datenschutzkonformen Authentifizierungsverfahren und der Tatsache, dass die ePA erst ab Sommer 2021 mit medizinischen Daten der Ärzte befüllt wird, hat das Jahr 2021 für die ePA zu einem Jahr des Modellversuchs werden lassen.

Doch nicht nur im ambulanten Bereich fand der Digitalisierungs-Impuls statt. Auch im stationären Bereich wurden die nicht erst durch die Corona-Pandemie mit Blick auf die Digitalisierung noch offensichtlicher werdenden, bestehenden Defizite in den Krankenhäusern angegangen. Schließlich weisen viele Krankenhäuser einen im internationalen Vergleich unterdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad der Behandlungs- und Verwaltungsprozesse auf. Insbesondere in kleineren Häusern (weniger als 300 Betten) fehlen grundlegende infrastrukturelle Komponenten wie ein Data Warehouse, die Voraussetzungen für den Aufbau komplexer, integrierter IT-Systeme und-Leistungen darstellen. Im Rahmen des „Konjunktur- und Krisenbewältigungspakets“ wurde daher auch ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ aufgelegt. Mit Bundesmitteln sollen endlich die Digital-Investitionen gestartet werden, die jahrelang nicht von den Bundesländern vorgenommen wurden. Insgesamt wird den Krankenhäusern ein Fördervolumen von bis zu 4,3 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Auf der Digital-Agenda muss nun insbesondere auch der Pflegebereich stehen.

Gerade seit der Pandemie wird die Notwendigkeit zur Nutzung der digitalen Möglichkeiten von immer weniger Akteuren bestritten. Doch trotz aller Erleichterungen scheint insbesondere im ambulanten ärztlichen Bereich noch erheblicher Widerstand bzw. die größte Skepsis zu herrschen. Beispielhaft ist hier der jüngste Aufschrei der Ärzte- und Zahnärztervertreter auf das „Whitepaper Telematikinfrastruktur 2.0 für ein föderalistisch vernetztes Gesundheitssystem“ der gematik genannt. Das Vorgehen bei der Erstellung und Kommunikation des Papiers in der Gesellschafterversammlung, soll nicht kommentiert werden. Richtig ist aber, dass die gematik kritisch hinterfragt, ob die derzeitige Architektur und bestehende Konzepte bezüglich der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur noch auf dem neuesten Stand sind. Da mutet es merkwürdig an, wenn u. a. zuvor und über Jahre hinweg hart bekämpfte Konnektoren plötzlich verteidigt werden. Gerade auch weil die

- » Der Kassensturz nach der Bundestagswahl in der GKV und SPV bietet die Chance, unter Nutzung der Digitalisierung qualitätsgetriebene Strukturveränderungen vorzunehmen, die Vernetzung statt „System“ und damit den Versicherten ins Zentrum stellt. «

Begründung lautet, dass sie nach vielen Jahren langsam Akzeptanz im ärztlichen System erhalten. Im übertragenen Sinne entspricht dies dem noch im Jahre 1806 öffentlichkeitswirksamen „Hinrichten“ eines elektrischen Jacquard-Webstuhles, weil manuelle Webstühle inzwischen gängig waren und die Zunft sicherten. Es bleibt zu hoffen, dass bei allen Akteuren einsickert, dass die digitale Transformation mindestens eine ähnliche Dimension der Veränderung hat und disruptiv wirkt. Wer nicht mitgehen will, sollte sich genauer mit der Geschichte des Tuchgewerbes befassen. Schließlich wird die Schlagzahl notwendiger Investition in technische Innovationen alles andere als langsamer werden.

Es wird also die Aufgabe der nächsten Legislaturperiode sein, den eingeschlagenen Weg der Digitalisierung des Gesundheitssystems fortzusetzen und für die Umsetzung einer vernetzten Versorgung zu nutzen. Zugriffsmöglichkeiten auf Daten bzw. Datenpools, Forschung und Versorgungsangebote auf Basis von Big Data, die Definition und Verankerung von international gültigen Vernetzungs- und Kommunikationsstandards, die verpflichtende Anbindung aller relevanten Akteure, drakonische Sanktionsmechanismen bei Verstößen gegen Datenschutzbestimmungen – all das sind wichtige Bausteine – gerade auch für ein, die Digitalisierung nutzendes Zukunftsbild „Versorgungs-Netzwerk“

AUSBLICK / ZUSAMMENFASSUNG

Mit Lockdown-Maßnahmen, Tests und Impfungen jagt die Regierung auf Bundes- und Länderebene derzeit der Pandemie hinterher. Die Wirtschaft, Bürger und auch Leistungserbringer in der GKV werden weiter mit hohen Milliardenbeträgen finanziell gestützt. Mal kommen sie vom Bund, mal aus dem Topf der GKV oder SPV. Selbst wenn die Zahl der verimpften Corona-Impfdosen im Jahr 2021 signifikant gesteigert werden kann, ist klar, dass die Pandemie auch nach der Bundestagswahl nicht im Keim erstickt ist. Die oder der künftige Gesundheitsminister/-in wird also zunächst mit einem Kassensturz feststellen müssen, dass die Finanzreserven der GKV und auch der SPV auf Grund gesunkener Beitragseinnahmen und höherer Ausgaben erschöpft sind. Es ist ferner zu befürchten, dass diese Situation dazu verleiten wird, publikumswirksame, schnelle Entscheidungen bezüglich einer Kosteneinsparung zu treffen. Vielleicht werden die Rezepte von Vorgängerministern wieder en vogue, die in Zeiten knapper Kassen agieren mussten.

Hoher Kostendruck birgt aber auch die Chance, qualitätsgetriebene Entscheidungen für Strukturveränderungen zu treffen, die die Digitalisierung nutzen und gleichzeitig den Versicherten bzw. Patienten ins Zentrum aller (Netzwerk-)Bemühungen stellen. Also nichts weniger, als ein Zukunftsbild für alle Vorsorge- und Versorgungsbereiche. Deutlich dürfte geworden sein, dass auch dringend die Klärung und ggf. Neudefinition von Rollen und Zuständigkeiten der Versorgungsgestaltung und Finanzierung auf die Agenda gehört. Dazu gehören auch nachhaltige Maßnahmen einer ausreichenden Daseinsvorsorge, um künftig statt ad hoc in der Krise zu agieren, strukturiert und geplant vorgehen zu können. Zentral hierfür ist wiederum auch die überfällige Schaffung einer Übersicht über die konkrete Ausstattung an Geräten und Personal in den Krankenhäusern, Praxen der niedergelassenen (Zahn-)Ärzte und in Alten- und Pflegeheimen – also einer Transparenz, wie sie weder Bund noch Länder bis heute haben. All dies zusammen ist eine Herkulesaufgabe für eine neue Regierungskoalition. Ein attraktives Zukunftsbild, wie ansatzweise skizziert, könnte helfen, die Richtung und die notwendigen Schritte für alle nachvollziehbar zu machen. Gelänge dieser Kraftakt und dessen Erledigung in kalkulierten Stufen, bliebe auch weiterhin ausreichend Gelegenheit für die Aussage: „Was für ein Jahr!“ ■

IMPRESSUM I BETRIEBSKRANKENKASSEN 1 I 2021

Betriebskrankenkassen
Magazin des BKK Dachverbandes

Herausgeber/Verlag:
BKK Dachverband e.V.
Franz Knieps | Vorstand

Mauerstraße 85 | 10117 Berlin

Redaktion: Stefan B. Lummer

TEL 030 2700 406 303 | redaktion@bkk-dv.de

Redaktionsschluss: 5. März 2021
Erscheinungsweise: 6 Ausgaben jährlich
Auflage: 3.000 Exemplare

Gestaltung/Satz:
THE BRETTINGHAMS GmbH | 10707 Berlin
www.brettingham.de

Druck:
KÖNIGSDRUCK, Printmedien und digitale Dienste GmbH | 13407 Berlin
www.koenigsdruck.de

Bildnachweis:
Titelbild: © Emanuele Cremaschi / Kontributor / Getty Images,
S. 6, 17, 25, 28, 33, 49, 57, 65, 71: Getty Images (www.gettyimages.com),
S. 44–47: vivida bkk, Novitas BKK, pronova BKK, Salus BKK, Daimler BKK, VIACTIV, BKK der Deutschen Bank AG

