

Mehr Ausgaben, weniger Einnahmen

Gesetzliche Krankenkassen appellieren an die Politik, die Versicherten nicht auf den Reformkosten sitzen zu lassen

Silvia Ottow



Intensivstation einer Klinik. Für die stationäre Gesundheitsversorgung geben die Krankenkassen das meiste Geld aus. Hier steigen auch die Kosten in den nächsten Jahren erheblich.

Foto: bvmed

Die Krankenkassen erhöhen ihre Zusatzbeiträge und Zuzahlungen steigen. Was sind die Gründe?
Zunächst möchte ich die positiven Gründe nennen: den medizinischen Fortschritt und neue Behandlungsmethoden, die den Menschen helfen. Das kostet Geld. Aber die Politik hat auch teure Reformen verabschiedet, die Krankenkassen und Versicherte stärker belasten. Und wir haben nach wie vor große Steigerungen bei den Arzneimittelausgaben, die auch dazu beitragen, dass die Zusatzbeiträge erhöht werden müssen.

Zur Person



GKV-Spitzenverband

Seit 2008 vertritt ein Spitzenverband die Interessen von 118 Krankenkassen mit 70 Millionen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Vorstandsvorsitzende ist die promovierte Volkswirtin **Doris Pfeiffer** (56), seit über 25 Jahren in der Branche tätig. Der Verband verhandelt über Ärzteonorare, Arzneimittelpreise und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der Solidargemeinschaft erstattet werden, vertritt die Interessen der Versicherten gegenüber der Politik und hat die Aufgabe, die Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln.

Sie schieben den Schwarzen Peter der Politik zu, denn die hat teure Gesetze gemacht, die ja noch nicht alle ihre Wirkung

entfaltet haben?

Ich finde, man muss Ross und Reiter benennen. Krankenhausreform, Präventionsgesetz, Hospiz- und Palliativgesetz sind zum Teil auch positiv zu bewerten, kosten aber zusätzliches Geld.

Nach Berechnungen der Apotheker sind die Arzneimittelkosten im letzten Jahr wiederum gestiegen - um 1,3 Milliarden Euro. Warum gelingt auf diesem Gebiet keine Reform?

Die vor fünf Jahren in Kraft getretenen Neuregelungen im Arzneimittelbereich sind durchaus positiv. Wir haben erstmals in Deutschland eine Nutzenbewertung. Es wird zuerst geprüft, ob ein neues Arzneimittel tatsächlich einen Zusatznutzen hat. Auf dieser Basis führen wir dann die Preisverhandlungen über neue Arzneimittel. Leider wirkt das noch nicht wirklich durchschlagend, weil sehr viele neue Arzneimittel auf den Markt kommen und weil für das erste Jahr immer noch die Hersteller selbst Preise festsetzen können. So entstehen Fantasiepreise. Selbst wenn ein Medikament keinen Zusatznutzen hat, kann ein Jahr lang jeder Preis verlangt werden. Erst danach wirkt der Verhandlungspreis.

Ist das nicht katastrophal?

Das ist sicherlich ein Punkt, den man angehen muss. Wir fordern von der Politik, diese Preisverhandlungen rückwirkend gelten zu lassen. Es kann nicht sein, dass die Beitragszahler höhere Preise für neue Produkte zahlen müssen, obwohl diese gar keinen Zusatznutzen gegenüber bewährten Therapien haben. Das ist wirklich nicht gerechtfertigt.

Die Versicherten müssen schon genug Einbußen bei den Leistungen hinnehmen. Ein Beispiel ist das Streichen der Kniearthroskopie. Beim Leistungskatalog geht so etwas schnell, bei Medikamenten mahlen die Mühlen langsamer.

Dieser Eindruck ist nicht richtig. Es gab seit vielen Jahren keine Streichung von medizinisch sinnvollen Leistungen. Bei der Kniearthroskopie, die aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen wurde, gibt es eine erdrückende Studienlage. Der Eingriff bringt überhaupt keinen Nutzen für die Patienten. Alle Beteiligten stimmten dem Ausschluss zu.

Wie viele Leistungen sind in den letzten Jahren gestrichen worden?

Wir haben in letzter Zeit keine Streichungen vorgenommen, eigentlich nur zusätzliche Leistungen integriert - beispielsweise in der Sozialtherapie, in der Palliativ- und Hospizversorgung oder der häuslichen Krankenpflege. Es gibt jetzt z. B. eine neue Leistung beim Übergang vom Krankenhaus in das private Umfeld, die Prävention wird ausgeweitet. Leider sind wir noch nicht so weit, Leistungen auszuschließen, die nachgewiesenermaßen keinen Nutzen bringen. Da haben wir mit der Kniearthroskopie einen Anfang gemacht. Die ist häufig durchgeführt worden - ohne Nutzen für die Patienten. Im Gemeinsamen Bundesausschuss, der aus fünf Kassenvertretern, fünf Leistungserbringern und drei Unparteiischen besteht, brauchen wir neun von dreizehn Stimmen für einen Beschluss. Das heißt, es ist ganz schwierig, überhaupt irgendetwas auszuschließen. Bei der Arthroskopie war die Datenlage so eindeutig, dass auch Vertreter der Ärzte und der Kliniken dem Ausschluss zugestimmt haben.

Gewerkschaften, Oppositionsparteien und einige Krankenkassen fordern die Rückkehr zur hälftigen Bezahlung der Kosten durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Ist das realistisch?

Der Druck auf die Politik wird vermutlich größer werden, weil wir im nächsten Jahr erneut mit Erhöhungen der Zusatzbeiträge rechnen müssen. Wir haben seit Jahren ein so genanntes strukturelles Defizit: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen steigen stärker als die Einnahmen. Außerdem bringen die Reformen des letzten Jahres weitere Belastungen, auch für 2017. Ich vermute, dass das ein wichtiges Wahlkampfthema für 2017 werden wird. Ob dann die paritätische Finanzierung wieder eingeführt wird, ist eine Frage von politischen Mehrheiten und eine Entscheidung des Gesetzgebers.

Die Erhöhung der Zusatzbeiträge wird mit der Aufforderung an die Versicherten verknüpft, einen Kassenwechsel zu prüfen. Ist das nicht zynisch?

Kostensteigerungen und Beitragserhöhungen sind nicht das Problem einer einzelnen Kasse oder einiger weniger Kassen. Ich finde es schade, wenn nur auf den Zusatzbeitragssatz hingewiesen wird. Zum Wettbewerb gehören neben dem Preis auch der Service, besondere Angebote für Chroniker und vieles andere mehr. Aber der Gesetzgeber muss vor allem die Ausgaben im Blick haben, denn ein Teil der jetzt verursachten Beitragssatzsteigerung ist tatsächlich durch die aktuellen Reformen bedingt.

Auch die Krankenkassen verursachen Kostensteigerungen, Stichwort elektronische Gesundheitskarte. Welche Summe ist bisher in diesem »Milliardengrab« versickert?

Hier sind die Krankenkassen die treibende Kraft für die Modernisierung des Gesundheitswesens. Doch viele andere haben in der Vergangenheit eher blockiert als mitgemacht. Auch so erklärt sich die gewaltige Summe von rund 1,2 Milliarden Euro, die bisher dafür ausgegeben wurde.

Wie geht es weiter?

Im Moment produzieren die Firmen, die eine Erprobung vorbereiten, die dafür nötigen Komponenten. Ich gehe davon aus, dass die elektronische Karte 2016 online geht und wir dann die Infrastruktur aufbauen können, also ein sicheres elektronisches Kommunikationsnetz. Steht das einmal, kann man viele Anwendungen relativ leicht zusätzlich aufbringen. Aber dieser erste Schritt ist angesichts berechtigterweise hoher Sicherheitsanforderungen schwierig.

Worin besteht denn das Problem?

Die Firmen haben derzeit noch Probleme, einen Konnektor - so nennt sich das Sicherheitsmodul - herzustellen, der den hohen Anforderungen genügt. Unsere Verträge mit ihnen enthalten natürlich auch Vertragsstrafen und entsprechende Schadenersatzklauseln, aber Vertragsstrafen sind rechtlich begrenzt. Sie sollen nicht dazu führen, dass eine Firma in den Ruin getrieben wird, deswegen gibt es Höchstgrenzen. Jedenfalls wird der Konnektor dadurch nicht schneller fertig.

2016 ist lang. Denken Sie an den Monat Januar oder an Dezember?

Im Moment habe ich keine Informationen über einen Zeitpunkt. Ich bin vorsichtig, aber auch zuversichtlich, dass wir es in diesem Jahr schaffen.

Wieso führt wissenschaftlich-technischer Fortschritt im Gesundheitsbereich immer zu höheren Kosten, wieso sinken sie nicht mal angesichts von Heilungserfolgen, toller Arzneien und Behandlung?

Das Phänomen ist nicht nur für Deutschland charakteristisch, sondern für alle Länder. Ich denke, wir können stolz sein, dass wir in Deutschland ein System haben, das 90 Prozent der Bevölkerung in die Gesetzliche Krankenversicherung integriert, wo man eine gute medizinische Versorgung bekommt. Was fehlt: Wir müssen uns verstärkt ansehen, welche medizinischen Behandlungsmethoden und welche Arzneimittel tatsächlich einen Nutzen stiften und den Menschen helfen und wo Behandlungen, z. B. an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung oder Rehabilitation, effizienter gemacht werden können. Wo schlechte Qualität herrscht oder man nicht wirtschaftlich arbeitet, wird unnötig Geld ausgegeben. Deswegen stellt sich immer die Frage, wo haben wir bessere Möglichkeiten in Therapie und Organisation, um die Versorgung der Menschen zu verbessern.

Es bringen ja viele Anbieter Leistungen und Mittelchen an Frau und Mann, die nutzlos sind. Wie kann man das verhindern?

Bei neuen Medikamenten wird seit einigen Jahren bewertet, ob diese überhaupt einen Nutzen für die Versicherten haben. Diesen Weg müssen wir auch in anderen Bereichen gehen. Und tatsächlich tut sich auch etwas: Wir bekommen eine neue Regelung zur Prüfung von Hochrisiko-Medizinprodukten. Künftig werden zum Beispiel neuartige Herzschrittmacher unter diese Regelung fallen. Leider wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens der Anwendungsbereich immer kleiner, aber immerhin ist ein Anfang gemacht. In der Politik muss das Bewusstsein wachsen, dass wir neben Medikamenten auch Medizinprodukte und neue Behandlungsmethoden zuerst prüfen müssen, weil mit ihnen Risiken für Patienten verbunden sind. Wir werden uns dafür einsetzen, dass das in Zukunft ausgeweitet wird. Ein Nutzen- und Qualitätscheck muss von der Ausnahme zur Regel werden.

Haben Sie mal ausgerechnet, was der Lobbyismus der Leistungserbringer die Kassen kostet?

Nein, das ist ja auch schwierig. Wir versuchen eher, den Einfluss der Hersteller zurückzudrängen, indem wir uns dafür einsetzen, dass für Arzneimittel auch im ersten Jahr der Verhandlungspreis gilt oder eben alle Medizinprodukte geprüft werden.

Quelle: <http://www.neues-deutschland.de/artikel/997618.mehr-ausgaben-weniger-einnahmen.html>