

ZUKUNFT GESUNDHEIT

Guten Tag,



in die Gesundheitspolitik ist Bewegung gekommen, dank eines sehr umtriebigen Gesundheitsministers. Doch Bewegung an sich ist kein Wert. Die Frage ist: Gehen die Änderungen der Politik in die richtige Richtung? Und handelt es sich um einen transparenten und soliden Prozess? Hier konnten wir in den vergangenen Monaten zwei Beobachtungen machen: Endlich liegt der Entwurf eines „Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der GKV (GKV-FKG)“ vor. Damit sollen bestehende Wettbewerbsverzerrungen dauerhaft beseitigt werden, indem die wettbewerblichen Rahmenbedingungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sowie im Organisationsrecht modernisiert und an die Erfordernisse einer solidarischen und fairen Wettbewerbsordnung angepasst werden. Dieser geht aus Sicht der pronova BKK bei vielen Punkten in die richtige Richtung und darf jetzt nicht durch Partikularinteressen verwässert werden.

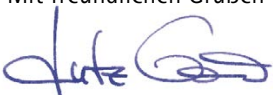
Die pronova BKK begrüßt den Wettbewerb, der sich aber nicht alleine auf den Preis fokussieren darf. Vielmehr muss aus unserer Sicht eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer Versicherten im Vordergrund stehen. Notwendige Bedingung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung ist dabei ein einheitliches Aufsichtshandeln für alle Krankenkassen. Hierbei darf keine Kassenart ausgenommen werden. Den aktuellen Referentenentwurf zum GKV-FKG sehen wir als ein gelungenes Gesamtpaket an, das geeignet ist, die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zu verringern, Risikoselektion zu vermeiden und die Zielgenauigkeit der RSA-Zuweisungen zu verbessern.

Wo Licht ist, ist auch Schatten. So ist die Entstehung und Verabschiedung des „Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)“ kein Ruhmesblatt der Gesetzgebung. Insgesamt 54 Änderungen wurden eingebracht und teilweise im Gesetz verankert. Unter anderem Regelungen, die nichts mit dem Thema Terminservice und Versorgung zu tun haben. Die Bundestagsabgeordneten hatten zwischen der Einbringung des Gesetzes im Ausschuss und der Verabschiedung im Plenum gerade einmal einen Tag Zeit, um sich eine Meinung zu bilden. Das ist kein gutes gesetzgeberisches Handwerk.

Wir als pronova BKK arbeiten jeden Tag hart dafür, die besten Leistungen für unsere Versicherten zu einem fairen Tarif anzubieten. Wenn man dann sieht, wie bestimmte Kassenarten geschützt und Gesetze im Hauruck-Verfahren durch den Bundestag gebracht werden, dann wünscht man sich Leistungsgerechtigkeit und besseres Handwerk umso mehr.

Ich freue mich, wenn Sie auf den folgenden Seiten interessante Einsichten für sich gewinnen können.

Mit freundlichen Grüßen



Lutz Kaiser, Vorstand pronova BKK

P.S.: Wenn Sie mit mir Kontakt aufnehmen möchten, freue ich mich über eine E-Mail an lutz.kaiser@pronovabkk.de.

INHALT

Symptome

Für einen gerechten Wettbewerb zwischen Krankenkassen

→ [SEITE 2](#)

Diagnose

Interview mit Vorstand Lutz Kaiser

→ [SEITE 3](#)

Einblicke

Staatliche Eingriffe statt Wettbewerb um Qualität

→ [SEITE 4](#)

Visite

Ein echter Mehrwert für die Versicherten und effiziente Verwaltung

→ [SEITE 5](#)

Auf Herz und Nieren

Auswirkungen der Ausgestaltung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG)

→ [SEITE 6](#)

pronovaBKK

Partner für Ihre Gesundheit

SYMPTOME

Gesetzentwurf

FÜR EINEN GERECHTEN WETTBEWERB ZWISCHEN KRANKENKASSEN

Der mit Spannung erwartete Gesetzentwurf, der wesentliche Elemente zur Anpassung des Morbi-RSA enthalten sollte, wurde vom Gesundheitsministerium ins Kabinett eingebracht. Das „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der GKV“ sieht umfangreiche Änderungen sowohl im Morbi-RSA als auch im Organisationsrecht der Krankenkassen vor und soll Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen beseitigen. Es ist geplant, den Entwurf noch vor der Sommerpause vom Kabinett verabschieden zu lassen, sodass er bis Ende des Jahres in Kraft treten kann.

Im Ergebnis sollen die Mittel mit Hilfe der Veränderungen am Morbi-RSA zielgenauer an die Krankenkassen verteilt und Wettbewerbsverzerrungen beseitigt werden. Der Entwurf nimmt viele Elemente für eine gerechte Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfond auf und sieht zudem organisationsrechtliche Veränderungen wie die bundesweite Öffnung regional begrenzter Krankenkassen vor.* Dadurch wird die vollständige Wahlfreiheit für alle Mitglieder der GKV geschaffen. Jetzt kommt es darauf an, dass die wichtigen Themen nicht den Partikularinteressen Einzelner geopfert werden.

Unterdeckung: 160 Euro je Versicherten

So sieht der Entwurf zum Beispiel die Einführung einer Regionalkomponente vor, die bei richtiger Ausgestaltung ein wichtiges Instrument wäre, um ungerechte Verteilungswirkungen abzubauen. Dies ist zwischen den Kassenarten ein heiß diskutiertes Thema: In großstädtischen Ballungsräumen führt die derzeitige Praxis zu Unterdeckungen von über 160 Euro je Versicherten. In eher länd-

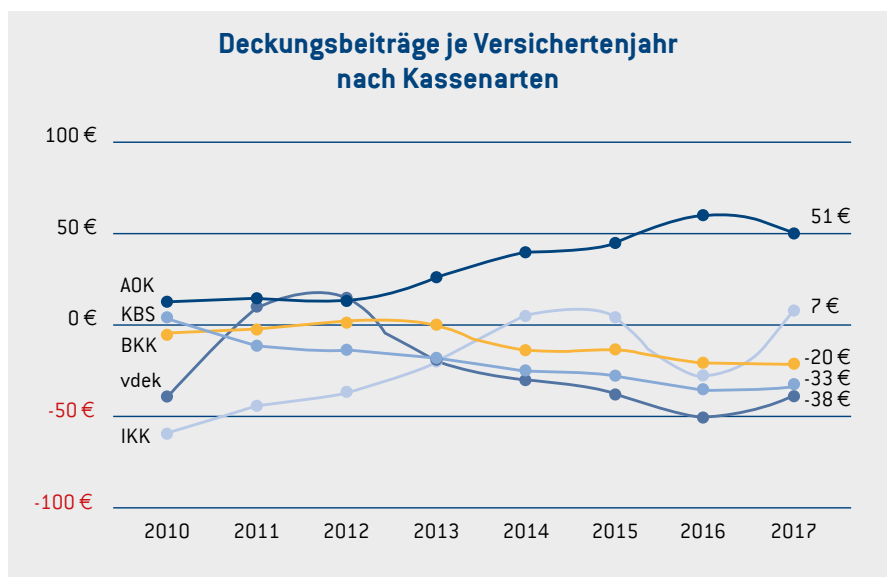
lichen Kreisen kommt es dagegen zur Überdeckung von bis zu 160 Euro. Kassen mit einem Großteil der Versicherten in Ballungsräumen – wie der pronova BKK – entstehen dadurch Ausgaben, die nicht gedeckt sind. Denn ausgeglichen werden lediglich die durchschnittlichen Leistungsausgaben. Für Kassen mit einem Großteil der Versicherten in ländlichen Kreisen ist es dagegen ohne Anstrengungen möglich, ihre Versicherten gut zu versorgen und noch erhebliche Rücklagen zu bilden.

Weitere wesentliche Inhalte wie die Streichung von Erwerbsminderungsgruppen und der DMP-Programmkostenpauschale (Disease-Management-Programme), die Einführung eines Risikopools für Hochkostenfälle sowie Maßnahmen zur Stärkung der Manipulationsresistenz und von Präventionsanreizen sind auf jeden Fall sachgerecht und zu begrüßen.

Notwendige Bedingung eines fairen Wettbewerbs um die beste Versorgung ist ein einheitliches Aufsichtshandeln. Durch die vorgesehene bundesweite Öffnung der Krankenkassen würde das Bundesversicherungsamt diese Rolle übernehmen können.

Insgesamt kann der Referentenentwurf grundsätzlich positiv bewertet werden und ist ein wichtiger Schritt in Richtung eines fairen Wettbewerbs. Er darf allerdings im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens nicht aufgeweicht werden.

*Ausnahme betriebsbezogene BKKen



pronovaBKK

Partner für Ihre Gesundheit

DIAGNOSE

Interview mit Vorstand Lutz Kaiser

„DIE GESUNDHEITSPOLITIK BRAUCHT MEHR HANDWERKLICHE QUALITÄT UND EINEN NEUEN KOMPASS.“



Die Gesundheitspolitik bestraft hart wirtschaftende Kassen wie die pronova BKK und deren Versicherte. Denn die pronova BKK ist eine Muster-Krankenkasse, wie die Politik sie sich in Sonntagsreden wünscht, sagt Lutz Kaiser, Vorstand der pronova BKK.

Herr Kaiser, sind Sie gerne „Musterschüler“?

Teils, teils. Wir versuchen, durch größte Anstrengung Jahr für Jahr möglichst effizient zu wirtschaften. So wie es für Krankenkassen das Ziel sein muss: Mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Kosten zu decken – und nicht mehr einzunehmen als nötig. Andere bekommen viel mehr, als sie benötigen, und bauen ungerechtfertigte Finanzreserven auf. Immerhin ist mit dem Ende März vorgelegten Referentenentwurf ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gemacht worden. Wir hoffen, dass die wichtigsten Punkte wie die Regionalkomponente und die einheitliche Rechtsaufsicht nicht verwässert werden.

Wie wirkt sich das auf die pronova BKK aus?

Wir werden für unsere jährliche „schwarze Null“ – und das sollte eigentlich das Ziel jeder gesetzlichen Krankenkasse sein – von der Politik bestraft. Insbesondere AOKen können aufgrund ihrer viel zu hohen Zuweisungen aus dem Morbi-RSA die Zusatzbeiträge gering halten oder senken. Das verschlechtert unsere Wettbewerbssituation insbesondere im Neukundengeschäft nachhaltig.

Was läuft politisch falsch?

Gesundheitspolitiker reden immer davon, dass Krankenkassen keine Sparkassen sind. Stimmt! Sie machen daraus aber einen Generalverdacht, unterschlagen dabei, dass nicht generell alle Kassen von den fehlerhaften Zuweisungen profitieren. Die Entwicklung zeigt, dass einige AOKen in einigen Bundesländern schon so mächtig sind, dass die Landespolitik sich nur noch auf den Vorteil dieser Kassenart fokussiert. Wenn Landesminister eindeutig für die Machtposition der regionalen AOKen Stellung beziehen, dann muss man einmal deutlich sagen: Die Ortskrankenkassen sind grundsätzlich kein schützenswerteres Gut der Gesundheitspolitik als andere Krankenkassen. Auch sie müssen sich einem fairen Wettbewerb stellen.

Was ist zu tun?

Die zur Verfügung stehenden Gelder müssen gerecht verteilt und für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten eingesetzt werden. Wer mit den zugewiesenen Mitteln die Versorgung bestens sicherstellt, sollte zum Muster für alle werden. Ansonsten nimmt das Gesundheitssystem den Bürgern schlicht zu viel Geld weg und finanziert damit falsche Anreize für den Markt.

Auch wenn wir das schon häufiger gefragt haben – welche konkreten Veränderungen sind notwendig?

Ich wiederhole mich da gerne: Es muss ganz schnell gerechter zugehen bei der Ausgestaltung der Geldströme im Morbi-RSA. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen häufen Vermögen an und fahren damit einen Preiswettbewerb, den die anderen Kassen nur verlieren können. Die Finanzierung wird dann gerechter, wenn zum Beispiel der Einkommensausgleich beim Zusatzbeitrag wegfällt und berücksichtigt wird, dass die pronova BKK viel höhere Krankengelder bezahlt als der Durchschnitt. Das System muss einmal auf Null gestellt und neu berechnet werden.

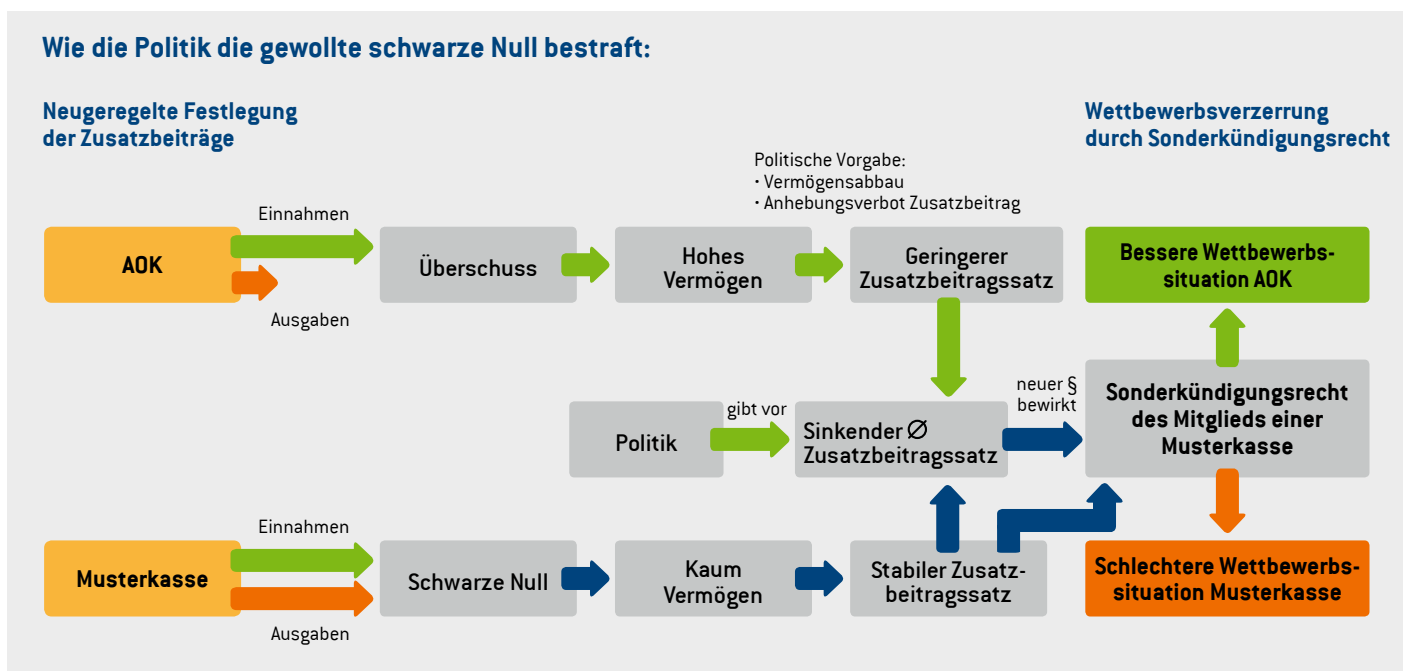
STAATLICHE EINGRIFFE STATT WETTBEWERB UM QUALITÄT

Wie das geplante Betriebsrentenentlastungs-Gesetz den Wettbewerb und die Vielfalt in der Krankenversicherung gefährdet.

Ein Referentenentwurf des BMG sieht vor, dass die Bezieher von Betriebsrenten ab dem 01.01.2020 entlastet werden, indem die Beiträge zur GKV aus Leistungen betrieblicher Altersvorsorge nur noch nach dem halben Beitragssatz erhoben werden sollen. Dies bewirkt, dass die Betriebsrentner jährlich netto 3 Milliarden Euro weniger an die Krankenkassen zahlen. Zur Finanzierung der wegfallenden Beiträge soll im Gegenzug der Steuerzuschuss aus dem Bundeshaushalt von 14,5 Milliarden auf 17 Milliarden Euro jährlich angehoben werden.

Aber auch in diesem Gesetz wird wieder ein sachfremder Anhang eingeplant. Den Mitgliedern soll ein Sonderkündigungsrecht eingeräumt werden, wenn der Gesetzgeber den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz senkt, aber der kassenindividuelle Satz nicht entsprechend verändert wird. Wenn die Krankenkasse ihren Zusatzbeitragssatz also nicht in gleichem Maße senkt, muss sie ihre Mitglieder aktiv über günstigere Kassen und die Möglichkeit zu kündigen informieren.

Die Kombination dieser Maßnahmen ist äußerst problematisch, da sie die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen weiter verschärfen würde (siehe erläuternde Grafik unten). Der Entwurf bestraft die Musterkassen mit ausgeglichenem Haushalt im Wettbewerb dafür, dass sie im Gegensatz zu ihren Wettbewerbern mit unverhältnismäßig hohen Rücklagen, ihre Kalkulation auf eine „schwarze Null“ ausrichten. Krankenkassen, die entgegen der eigentlichen politischen Vorgabe des Gesetzgebers (und durch die mangelhafte Ausgestaltung des Morbi-RSA) hingegen besonders hohes Vermögen aufgebaut haben, können ihren Zusatzbeitrag senken, wodurch auch der durchschnittliche Zusatzbeitrag sinkt, während der Zusatzbeitrag von benachteiligten Krankenkassen stagniert. Bei der Einführung eines Sonderkündigungsrechtes würden somit die durch die Ausgestaltung des Morbi-RSA benachteiligten Krankenkassen doppelt bestraft, da sich ihre Wettbewerbssituation gegenüber zu Unrecht bevorteilten Kassen weiter verschlechtern würde. Ein klassischer Teufelskreis unter den bestehenden Rahmenbedingungen.



VISITE

Digitalisierung bei der pronova BKK

EIN ECHTER MEHRWERT FÜR DIE VERSICHERTEN UND EFFIZIENTE VERWALTUNG



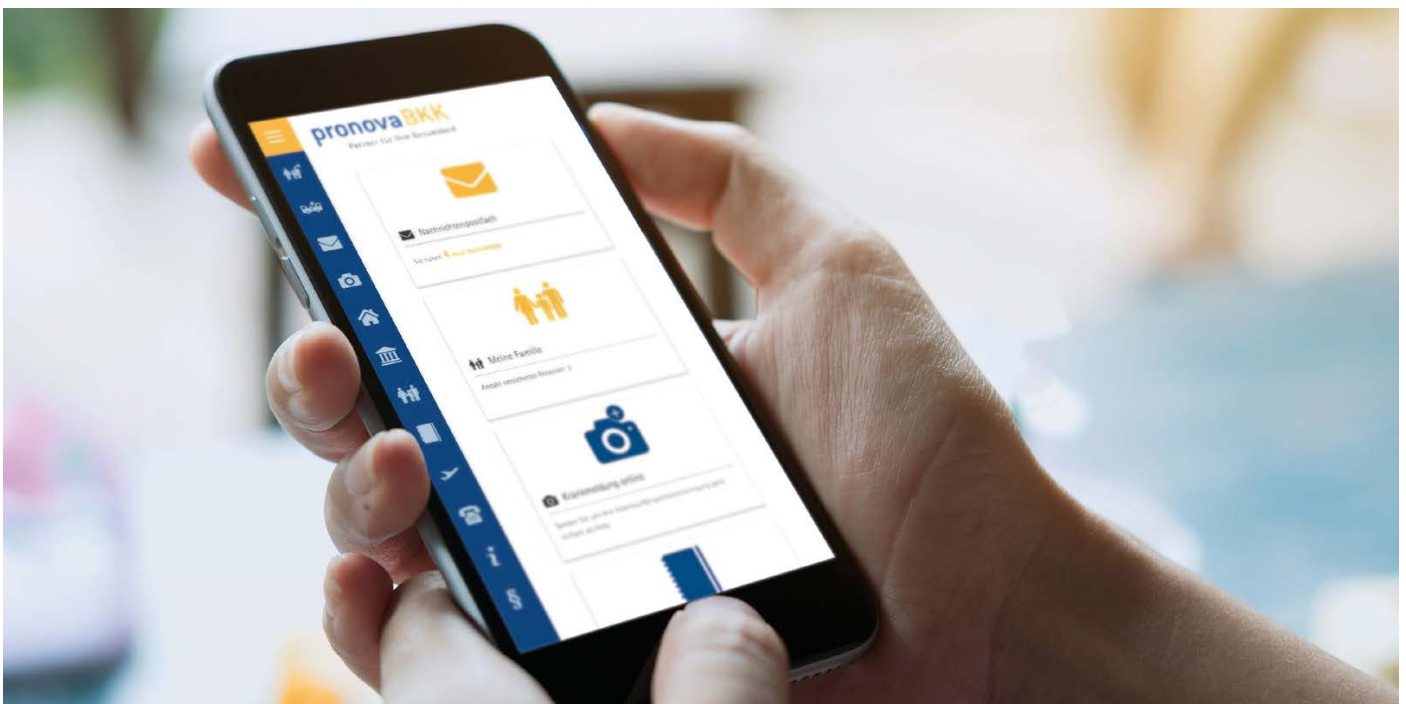
Was für viele noch Zukunftsmusik ist, wird bei der pronova BKK schon gelebt: Wir treiben die Digitalisierung der Gesundheitsberatung und Verwaltung mit großen Schritten voran. So können unsere Kundinnen und Kunden viele ihrer Versicherungsanliegen online im Self-Service erledigen – auch von unterwegs und ganz einfach per Smartphone oder Tablet. Für unsere Versicherten heißt dies maximale Flexibilität, für uns ist es wiederum eine Selbstverständlichkeit in puncto Kundenzentrierung.

APPSolut praktisch: die Online-Services der pronova BKK

Stetig steigende Nutzerzahlen verzeichnen wir besonders bei unserer App „meine pronova BKK“, unserer jederzeit erreichbaren Online-Geschäftsstelle. Eine der meist genutzten Optionen ist die Online-Krankmeldung, mit der die Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung in wenigen Schritten an uns übersendet werden kann. Im Krankheitsfall bedeutet dies eine deutliche Erleichterung für unsere Versicherten: Die Krankmeldung kann nämlich noch in der Arztpraxis digital und sicher an uns übermittelt werden. Da so der Gang zum Briefkasten entfällt, spart die App nicht nur Porto, sondern auch Zeit. Doch wir stellen unseren Kunden noch weitere praktische digitale Angebote zur Verfügung:

- **Digitales Bonusheft:** Bonuspunkte lassen sich per Smartphone papierlos sammeln. Gesundheitsaktivitäten einfach abfotografieren, in die pronova BKK-App hochladen und Prämie sichern.
- **Online-Beratung:** Versicherungsfragen können bei uns direkt und persönlich im Chat mit unseren Service-Mitarbeitenden geklärt werden. Die jüngste Erweiterung in diesem Bereich ist der Chatbot, der unsere Online-Beratung rund um die Uhr unterstützt.
- **Ärzte-Videochat:** Außerhalb der Sprechstunde können unsere Versicherten ärztliche Beratung zu Gesundheitsfragen via Videochat in Anspruch nehmen.
- **Alexa:** Wer wissen möchte, was es Neues bei uns gibt, kann per Sprachbefehl „Alexa, öffne pronova BKK!“ schnell und bequem Informationen rund um die Krankenkasse aufrufen.

Unser digitales Portfolio umfasst eine Vielzahl an Annehmlichkeiten für unsere Kunden. Wir arbeiten täglich weiter daran, unseren Service durch digitale Lösungen zu optimieren. Für unsere Versicherten bieten sie einen echten Mehrwert. Auf Administrations-ebene ermöglicht uns die Digitalisierung wiederum eine effiziente und kostensparende Verwaltung. Hier ebnen wir insbesondere der automatisierten Verarbeitung den Weg.



AUF HERZ UND NIEREN

Patientenversorgung auf dem Prüfstand

AUSWIRKUNGEN DER AUSGESTALTUNG DES TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZES (TSVG)

Der Deutsche Bundestag hat am 14.03.2019 das TSVG beschlossen. Zwar war der Wille da, die Versorgungssituation der gesetzlichen Versicherten zu verbessern. Doch letztendlich wurden im Gesundheitsausschuss insgesamt 54 Änderungsanträge zum Gesetzesentwurf eingebracht, was den gesetzgeberischen Prozess im Bundestag sicherlich nicht vereinfachte.

Ein ordnungspolitisch besonders problematischer Teil der Reform betrifft die Änderung der Struktur der gematik GmbH. Diese hat den gesetzlichen Auftrag, die Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in Deutschland voranzutreiben.

Die bisherigen Gesellschafter sind je zu 50% der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV-SV) und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer. Finanziert wird die GmbH zu 100% durch die GKV. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) passt diesen Betrag entsprechend dem Finanzbedarf und unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit an.

Durch das TSVG wird das BMG mit 51% Mehrheitsgesellschafter der gematik, während der Anteil der bisherigen Gesellschafter von 50% auf je 24,5% sinkt. Die Steuerungshoheit wird de facto auf das BMG übertragen, mit der Begründung, Entscheidungsprozesse sollten „effektiver als bisher gestaltet werden“. Der Sprecher des GKV-SV Florian Lanz sieht diese Entwicklung kritisch: „Die gematik wird faktisch eine nachgeordnete Behörde, für die aber die GKV-Beitragszahler aufkommen sollen.“ Die pronova BKK teilt diese Einschätzung, da die neue Gesellschafter- und Entscheidungsstruktur auf eine Enteignung und Entmündigung der Selbstverwaltung der GKV hinausläuft.

Zudem sieht das TSVG für Fachärzte bei Behandlungen von Neupatienten Zusatzhonorare außerhalb der Honorarbudgets vor.

Aus der GKV-Perspektive sind wir skeptisch, ob diese Regelung tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungssituation der Versicherten ermöglicht. Zusätzliche Vergütungsanreize steigern letztlich die Behandlungskosten, ohne zeitgleich das Versorgungsangebot der Versicherten insgesamt zu verbessern, da sich die Anzahl der Termine nicht erhöht.

Darüber hinaus unternimmt die Bundesregierung mit dem TSVG einen neuen Anlauf für die Einführung einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Ziel ist eine Entlastung des Gesundheitssystems durch die Einsparung unnötiger Facharztbehandlungen. Diese Gewinne sollen zum Teil in Form von Bonuszahlungen verpflichtend an die Versicherten mit HzV-Vertrag ausgeschüttet werden. Der Hausarzt ist ein wichtiger Lotse im Gesundheitssystem und bietet Patienten zahlreiche gesundheitliche Vorteile. Die HzV wird schon heute sehr gut von den Versicherten angenommen. Eine zusätzliche Motivierung über einen Bonus macht keinen Sinn, da dadurch die Versorgung weder inhaltlich noch fachlich verbessert wird.

Die Bonifizierung könnte stattdessen ein weiteres Wettbewerbsinstrument unter den Kassen werden – welches ebenfalls regionale Bedingungen vollkommen ausblendet. Vielmehr würde es mehr Sinn machen, darüber nachzudenken, weitere Anreize bei den Ärzten für das Vorantreiben und die Umsetzung des Themas digitale Versorgungsangebote im Gesundheitswesen zu setzen.

Das TSVG – Gesundheits-Gesetzgebung im High-Speed-Verfahren

