

# Politik und Gesundheit

Newsletter der DAK-Gesundheit



Ausgabe  
März 2017

**Andreas Storm**  
Vorsitzender des Vorstandes  
der DAK-Gesundheit

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mit unserem neuen Newsletter wollen wir Sie regelmäßig über gesundheitspolitische Themen informieren. In dieser ersten Ausgabe widmen wir uns der Digitalisierung, der Selbstverwaltung sowie dem Wettbewerb der Krankenkassen, also zentralen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern der kommenden Legislaturperiode.

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt wurde beauftragt, die Wirkungen verschiedener Vorschläge zur Reform des Risikostrukturausgleichs zu evaluieren. Damit legt das Haus von Minister Gröhe einen wichtigen Grundstein für politische Entscheidungen der nächsten Legislatur.

Die DAK-Gesundheit hat gemeinsam mit den anderen Ersatzkassen sechs Maßnahmen zur Korrektur der Schieflage im Kassenwettbewerb vorgelegt. Eine davon ist die Einführung einer Versorgungsstrukturkomponente auf regionaler Ebene. Um diesen Vorschlag in die Evaluation des Wissenschaftlichen Beirates aufnehmen zu können, ist die Erhebung eines Regionalkennzeichens erforderlich. Erfreulicherweise hat der Gesetzgeber dafür gesorgt, dass dem Beirat zum 1. Juli 2017 die notwendigen regionalen Daten zur Verfügung stehen.

Da die Evaluationsergebnisse bereits Ende September dieses Jahres vorliegen sollen, bleibt wenig Zeit. Doch selbst wenn sich die Abgabe um zwei bis drei Monate verzögern würde, wäre das kein Problem. Auch so könnte bis 2019 – zehn Jahre nach der letzten großen Reform des RSA – ein weiterer Meilenstein für fairen Wettbewerb im Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt werden.

## Wettbewerb

# Fairer Wettbewerb durch einheitliche Aufsicht



Mit dem kürzlich beschlossenen Verbot der Kodierberatung von Ärzten durch die Krankenkassen hat der Gesetzgeber auf Manipulationsvorwürfe bei der Diagnoseerfassung reagiert. Danach sind künftig u. a. nicht nur Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für die nachträgliche Überprüfung von kodierten Diagnosen im Rahmen von Betreuungsstrukturverträgen untersagt, sondern auch bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Zudem wird der Einsatz von Praxissoftware mit Kodiervorschlägen, die von Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, verboten. Entscheidend ist jetzt, dass Landes- und Bundesaufsicht diese neuen Vorschriften einheitlich umsetzen. Denn allzu oft – das zeigt auch die Vergangenheit – handeln sie unterschiedlich, was zu wettbewerbsverzerrenden Wirkungen zwischen regional tätigen Krankenkassen einerseits und bundesweit organisierten andererseits führt. Eine Neuordnung der Zuständigkeiten könnte dies künftig verhindern. Danach würden die Landesaufsichten das Vertragsgeschäft aller Kassen überwachen, während das Bundesversicherungsamt die Finanzaufsicht ausübt.

## RSA

# Reform des Risikostrukturausgleichs

Grundlegende Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist ein fair justierter Risikostrukturausgleich (RSA). Derzeit kann davon nicht die Rede sein: Manche Krankenkassen werden ungerechtfertigt besser gestellt, andere systematisch benachteiligt. Die kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze sind heute im Wesentlichen Ergebnis der jeweiligen kassenspezifischen RSA-Wirkungen.

Die DAK-Gesundheit hat gemeinsam mit den anderen Ersatzkassen sechs Vorschläge unterbreitet, um Wettbewerbsverzerrungen abzubauen:

- Der Morbi-RSA ist um eine Versorgungsstrukturkomponente auf Kreisebene zu erweitern, um strukturbedingte regionale Ausgabenunterschiede auszugleichen.
- Da die Zuweisungen für extrem teure Krankheiten bei weitem nicht die tatsächlichen Ausgaben abbilden, ist ein Hochrisikopool zu installieren.
- Bei der Krankheitsauswahl ist eine andere Rechenmethode anzuwenden, nämlich die logarithmische Prävalenzgewichtung, damit künftig die Krankheiten ausgeglichen werden, die besonders hohe Behandlungskosten je Fall aufweisen.
- Die noch im RSA enthaltenen gesonderten Zuschläge für Erwerbsminderungsrentner sind hinfällig geworden, da die krankheitsbedingte Ausgabenbelastung inzwischen über die Morbidität erfasst wird.
- Auch die DMP-Verwaltungskostenpauschale ist abzuschaffen, da die Zuweisungen für die relevanten Erkrankungen bereits ausreichen.
- Bei den Auslandsversicherten sollten die tatsächlichen Behandlungskosten im jeweiligen Land besser berücksichtigt werden.



## Demokratie

## Selbstverwaltung stärken

Die soziale Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie. Sie macht Betroffene zu Beteiligten und sichert den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Leider wurde immer wieder in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung eingegriffen und damit riskiert, ihre Akzeptanz in der Öffentlichkeit zu schwächen. Zuletzt geschehen mit dem „Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung“, das das Gegenteil seines Namens bewirkt. Daher fordert der Verwaltungsrat der DAK-Gesundheit die kommende Bundesregierung und die sie vertretenden Parteien auf umzukehren und die Rechte der sozialen Selbstverwaltung zu stärken. Es sollte ein konstruktiver Dialog mit der sozialen Selbstverwaltung der GKV aufgenommen und die vollständige Finanzautonomie wiederhergestellt werden, sprich paritätische Finanzierung der Beiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie Festlegung des Gesamtbeitragsatzes der Krankenkassen.



Darüber hinaus fordert die DAK-Gesundheit, in der neuen Legislaturperiode eine Wahlrechtsreform anzugehen. Sie sollte das Ziel verfolgen, Urwahlen bei den Sozialversicherungen zu forcieren. Zudem sollten Online-Wahlen bereits bei den kommenden Sozialwahlen 2023 durchgeführt werden.

## Entwicklung

## Digitalisierung nutzen



Die Digitalisierung wird das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren deutlich verändern. Es sind alle Beteiligten betroffen, ganze Wertschöpfungs- und Versorgungsketten werden sich neu bilden. Für die DAK-Gesundheit hat das informationelle Selbstbestimmungsrecht oberste Priorität. Es gilt die Maxime, dass die Versicherten Eigner ihrer Daten bleiben.

Mit der Telematikinfrastruktur, in deren Zentrum die elektronische Gesundheitskarte steht, sollen fast 200.000 Ärzte und Zahnärzte, 2.000 Krankenhäuser, 26.000 Pflegeeinrichtungen, 20.000 Apotheken, 1.150 Rehabilitationseinrichtungen und 2,3 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie 70 Millionen gesetzlich Versicherte miteinander vernetzt werden. Die neue Regierung sollte diesen Prozess mit Hilfe eines Masterplans und Fortschrittsberichten beschleunigen.

Beinahe täglich kommen neue kommerzielle digitale Gesundheitsanwendungen auf den Markt. Hier gilt es, die Spreu vom Weizen zu trennen. Die Anwendungen dürfen nicht der Kommerzialisierung dienen, sondern müssen den Patienten nutzen. Um derartige Innovationen, die diese Kriterien erfüllen, verfügbar zu machen, sollte das Regelwerk des SGB V um Erprobungsräume erweitert werden. So könnte z. B. das Fernbehandlungsverbot zugunsten telemedizinischer Angebote aufgehoben werden.

**DAK-Gesundheit**

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands  
Nagelsweg 27 – 31, 20097 Hamburg

**www.dak.de**

Druck: DAK-Gesundheit, 03/17.



Servicequalität

www.tuv.com  
ID 9105037967

