

13 – 17

Inhaltsverzeichnis

30. März 2017

Gesundheits- und Sozialpolitik / Europa:

Wirtschaft fordert faktisch Einheitsversicherung: Das wagte in Deutschland noch niemand Seite 2

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Digitalisierung I: Nach Politik, BVA und Monopolkommission macht der bvitg Dampf Seite 4

Gesetzliche Krankenversicherung:

Digitalisierung II: Erfreuliche Kehrtwende beim BVA Seite 6

Drei Kassen erhöhen ihre Zusatzbeiträge Seite 7

Trotz Intransparenz: Innovationsausschuß erfüllt weitere Wünsche Seite 8

Ortskrankenkassen:

RSA-Milliarden: Ungelöste „Phänomene“ bringen AOK-Familie in die Bredouille Seite 9

Personalia / Berliner Szene:

Seite 11

Gesundheits- und Sozialpolitik / Europa:

Wirtschaft fordert faktisch Einheitsversicherung: Das wagte in Deutschland noch niemand

(dfg 13 – 17) Man stelle sich einmal vor, in Berlin treten führende Vertreter des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI), der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) oder eines anderen führenden Wirtschaftsverbandes vor die Medien und fordern den Gesetzgeber auf, unter Deutschlands Sozialversicherungsträgern Remedur zu machen, also per gesetzgeberisch vorgegebener Zwangsfusionen „aufzuräumen“. Zur Untermauerung legen sie ein Gutachten einer Unternehmensberatung aus dem Ausland vor. Die Essenz aus dem Vorgang würde bedeuten: Deutschlands Wirtschaft fordert quasi eine Einheitsversicherung für alle Zweige der Sozialversicherung – nur für die Beamten bliebe ein eigenständiger Träger übrig. Die offizielle Begründung für den Vorstoß: Hebung der „Effizienzpotentiale in der Sozialversicherung“. Was hierzulande aktuell noch undenkbar erscheint, das geschah am 17. März 2017 im Nachbarland Österreich.

Auch wenn Deutsche und Österreicher teilweise gemeinsame Wurzeln haben und die gleiche Sprache sprechen, nicht alle Strukturen sind identisch. Immerhin: Auch im Nachbarland kennt man das Rechtsinstitut von Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Zwangsmitgliedschaft. So gehören alle daher Gewerbetreibenden und Unternehmen als Pflichtmitglieder den regionalen Wirtschaftskammern an. Die zusammen auf Bundesebene als mächtige Interessenvertretung die Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ) bilden. Daneben existiert spiegelbildlich zum deutschen BDI auch noch die Industriellenvereinigung Österreichs (IV). Die WKÖ – auch als Vertreter der Arbeitgeber - ist damit einflußreich und redet in der Selbstverwaltung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger in Wien ein gewichtiges Wort mit. Da in Österreich seit Jahren über eine Neujustierung des Gesundheitswesens nachgedacht wird – auch im Nachbarland steigen die Leistungsausgaben und schlußendlich die paritätisch aufzubringenden Beiträge beträchtlich – denkt man in den Kreisen der Entscheidungsträger über Wege nach, wie die finanziellen Ressourcen besser genutzt werden können. Zwar faßte man alle Sozialversicherungszweige bereits vor Jahren unter dem Dach des Hauptverbandes zusammen, aber die Kosten gerade der Krankenkassen bekam auch dieser – neben allen Reformbemühungen des Gesetzgebers – nicht richtig in den Griff. Das rief schon den österreichischen Rechnungshof (ÖRH) auf den Plan.

Den Anstoß für alle aktuellen „revolutionären“ Ideen und Vorstellungen gab der amtierende SPÖ-Bundessozialminister Alois Stöger (56), der von 2008 bis 2014 zuvor als österreichischer Bundesgesundheitsminister gearbeitet hatte. Er hatte unlängst eine „Effizienzstudie“ in Auftrag gegeben, die unter anderem eine Vereinheitlichung der von den Trägern gewährten Leistungen empfehlen könnte. Denn u.a. bei den Behandlungsformen oder beim Krankengeld existieren im Nachbarland enorme Unterschiede. Je nachdem, in welcher Region ein Versicherter wohnt oder bei wem er beschäftigt ist. Schon zu seiner Zeit als Ressortchef im Gesundheitsministerium war Stöger bestrebt, die unterschiedlichen Finanzergebnisse der österreichischen Krankenkassen auf eine gemeinsame (positive) Linie zu trimmen. Denn neben einer kleinen Anzahl noch bestehender Betriebskrankenkassen (BKKen) existiert in Österreich für jedes der neun Bundesländer eine Gebietskrankenkasse (GKKen). Gewerbetreibende und Selbstständige (SVA), Bauern (SVB), die Eisenbah-

nen und den Bergbau sowie die öffentlichen Bediensteten (BVA) versorgen je ein zusätzlicher bundesweiter Einzel-Träger.

Diese auf insgesamt 21 Sozialversicherungsträger historisch gewachsene Trägerstruktur, die man in Österreich für „sehr fragmentiert“ hält, will nun die WKÖ „modernisieren“. Sie weiß in diesem Bestreben auch die IV hinter sich. Für beide gilt: Aus Gründen der Effizienz und zur Hebung von Sparpotentialen in der Verwaltung, sei dieses notwendig! Das von der Schweizer Beratungsunternehmen c-alm AG für die WKÖ entwickelte Modell sieht vor, daß die kleinen BKKen verschwinden, indem man sie in das neu entstehende System „integriert“. Das gleiche gelte für die Eisenbahn/Bergbau-Einrichtung. Die neun GKKen würden zu einer einzigsten Krankenkasse zusammengefaßt, aber die föderale Struktur dadurch erhalten, daß die neue „österreichische Krankenkasse“ jeweils Landesorganisationen erhalten würde. Das wäre ungefähr so, als würde man in Deutschland alle elf noch bestehenden Ortskrankenkassen zu einer AOK per gesetzlicher Zwangsfusion zusammen schmieden, ihnen aber ihre elf oder gar 16 regionale Zentralen und Organisationsstrukturen belassen. Nach dem Gutachten der St. Gallerer Berater würde es zudem nur noch einen Sozialversicherungsträger der Selbständigen geben – sprich, die SVA und die SVB zwangsfusioniert. Allein die BVA der öffentlich Bediensteten bliebe bestehen. Die Beamten und Beschäftigten im öffentlichen Dienst verfügten demnach auch im Nachbarland noch über ihre Sonderrechte. Zwar blieben die regionalen Strukturen und ein Teil der berufsständischen Besonderheiten durch das vorgeschlagene Modell erhalten, meinte man bei der mächtigen Kammer, aber man könne so besser die finanziellen Unterschiede ausgleichen. Sprich: Fünf Träger reichen auch – und flugs spare man 152 Mill. € per annum.

Was diese „Unterschiede“ in der Ausgabenstruktur der Krankenkassen angeht, über die die Österreicher sich so ihre aufgeregten Spar-Gedanken machen, können deutsche Kassenchefs nur milde lächeln. Wie auch in Deutschland gibt die für die Metropolregion Wien zuständige WGKK mit 2.653 € je Versicherten das meiste Geld aus. Die für das ländlich strukturierte Burgenland zuständige BGKK ist „nur“ mit 2.287 € dabei. Wer auf die deutschen „Unterschiede“ blickt, der erkennt sofort, die „Welten“ hierzulande waren z.B. 2015 mit 1.560 € der Debeka BKK als Kasse mit den geringsten Leistungsausgaben und 3.900 € für die Knappschaft ganz anders verteilt (vgl. dfg 4 – 17, S. 7ff.). Auch die Spreizung der Quote von versorgten Versicherten je Mitarbeiter der Kassen liegt in Deutschland wesentlich höher als im Nachbarland, wie es die von der WKÖ veröffentlichten Zahlen beweisen.

Dennoch denkt man in Österreich auch in Wirtschaftskreisen über eine vollständige Vereinheitlichung der Strukturen der Sozialversicherungsträger nach. Das gibt zu denken. Zwar reden in Deutschland nicht nur Sozialdemokraten, GRÜNE und LINKE über eine „Bürgerversicherung“ und damit auch über Wege zur Schaffung einer Einheitsversicherung. Aber Union und Liberale wie auch führende Ökonomen setzen auf mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen. Schließlich hat am 7. März 2017 die deutsche Monopolkommission in ihrem jüngsten, 75. Sondergutachten sogar angemahnt, den Wettbewerb durch Neugründungen, also Markteintritte, anzufachen (vgl. dfg 11 – 17). In beiden Staaten könnten also die Entwicklungen vollständig auseinander driften. Und über allen Bemühungen steht die gemeinsame Devise „Hebung der Effizienzpotentiale“.

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Digitalisierung I: Nach Politik, BVA und Monopolkommission macht der bvitg Dampf

(dfg 13 – 17) Die Auswirkungen der zunehmenden Digitalisierung spaltet das bundesdeutsche Gesundheitswesen. Während seit über eineinhalb Jahrzehnten gerade die Leistungserbringer und die Mitarbeiter, die „Gematokraten“, in der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte GmbH (gematik) alles daran setzen, die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu behindern und möglichst zu verhindern, preschen im stationären Sektor einzelne Kliniken vor. Zudem forcieren viele Krankenkassen (vgl. zuletzt dfg 9 – 17. S. 3f.) ihre Einzellösungen und setzen auf Eigenentwicklungen zumindest von elektronischen Patientenakten (ePA). Die Politik und Ökonomen fordern dagegen mehr Dampf und mahnen die Akteure. Zwischen allen Stühlen sitzen die Hersteller und Entwickler von IT-Lösungen. Am 17. März 2017 meldeten sie sich öffentlich und mahnten Fortschritte an.

Im Berliner Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) sind die führenden Anbieter von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen zusammengeschlossen. Es kann ihnen niemand verdenken, daß sie mit den bisherigen politischen und ökonomischen Entwicklungen nicht zufrieden sind. Vor allem aus dem vertragsärztlichen Lager erhalten sie erheblichen Gegenwind, da die Ärztefunktionäre lieber auf Eigenlösungen setzen, um weiterhin Herr der Daten zu bleiben. Dabei ist Deutschlands Gesundheitswesen erheblich „unterdigitalisiert“, wie es der Vorsitzende der Monopolkommission der Bundesregierung, Prof. Dr. rer. nat. Axel Wambach (49), am 22. März 2017 bei einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care (BMC) in Berlin ausdrückte. Sprich: Das deutsche Gesundheitswesen ist im Begriff alle technologischen Vorteile bzw. Vorreiter-Chancen auf diesem Sektor zu verspielen. Daß man im Bundesgesundheitsministerium (BMG) mittlerweile in eine ähnliche Richtung denkt, daran ist nach den letzten Wortspenden des CDU-Ministers Hermann Gröhe MdB (55) nicht mehr zu zweifeln. Und auch im Bonner Bundesversicherungsamt (BVA) scheinen sich die bürokratischen Uhren gedreht zu haben. Bisher verhinderten führende Beamte dort viele Digitalisierung-Bemühungen einzelner Kassen. In einem Schreiben an alle bundesunmittelbaren Kassen vom 21. März 2017 verkündete BVA-Präsident Frank Plate (56), daß die Behörde zur Förderung der Digitalisierung der Körperschaften einen eigenen „Digitalisierungsausschuß“ ins Leben gerufen habe. Dort sollen alle Anfragen und Projekte gebündelt und so schnell wie möglich positiv beschieden werden(vgl. Beitrag in dieser dfg-Ausgabe). Und auch die großen Krankenhaus-Konzerne setzen auf die Digitalisierung: Neben der RHÖN-Klinikum AG, wo wohl der stets vorausdenkende Konzerngründer und Aufsichtsratsvorsitzende Eugen Münch (72) intern gegen „Diplom-Bedenkenträger“ und Erbsenzähler die Oberhand behielt, zeichnet sich vor allem die SANA Kliniken AG mit zahlreichen Projekten und Kooperationen aus.

Das dürfte Wasser auf die Mühlen der Hersteller und Entwickler sein. Sie brauchen genauso wie die Anwender „Planungssicherheit und Klarheit über die anstehenden Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung“, wie es der bvitg formulierte. Die vielfach geforderte Interoperabilität lasse sich sonst nicht herstellen. In Berlin legte er daher ein 7-Punkte-Programm vor, in dem er seine „Positionen zur Gesundheitspolitik“ zusammengefaßt hatte. Dem Verband wäre z.B. eine staatliche

Einrichtung für die eHealth-Agenden lieber als eine der Gemeinsamen Selbstverwaltung wie die gematik. Wir dokumentieren das bvitg-Papier im vollen Wortlaut:

„bvitg-Positionen zur Gesundheitspolitik

Bundestagswahlen 2017

Die aktuelle Bundesregierung hat sich intensiv mit der Digitalisierung des Gesundheitssystems auseinandergesetzt und dahingehend wichtige und längst überfällige Impulse gesetzt. Allen Beteiligten ist bewusst, dass diese Maßnahmen lediglich der Ausgangspunkt für eine konsequente Digitalisierung sein können. Der Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. – als Vertreter der führenden Anbieter von digitalen Lösungen im Gesundheitswesen – hat die folgenden Handlungsfelder mit großer Bedeutung für die künftige Digitalisierung herausgearbeitet:

Ein nationales eHealth-Zielbild entwickeln

In einem strukturierten Prozess müssen unter Beteiligung der Industrie und der weiteren relevanten Stakeholder, die Potenziale der Digitalisierung für die Versorgung und für die industrielle Gesundheitswirtschaft aufgearbeitet werden.

Nur gemeinsam kann ein ganzheitliches und sektorenübergreifendes eHealth-Zielbild entwickelt werden, von dem sich konkrete und messbare strategische Ziele für die Versorgungslandschaft und für die Gesundheitswirtschaft ableiten lassen.

Eine zentrale Kommunikationsinfrastruktur etablieren

Eine zentrale Infrastruktur für die Kommunikation im Gesundheitswesen zwischen allen Beteiligten – also Leistungserbringern, Kostenträgern und Patientinnen und Patienten – muss fest verankert werden und mittelfristig auch die Kommunikation über europäische Grenzen hinweg ermöglichen. Dabei muss auch die Kommunikation mit Registern bedacht werden. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens kann am besten durch eine staatliche eHealth-Agentur unterstützt werden, die außerhalb der Selbstverwaltungsstrukturen die Digitalisierung zügig voranbringt.

Die persönliche elektronische Patientenakte als Infrastrukturmaßnahme umsetzen

Bürgerinnen und Bürger brauchen ein Recht auf ihre Gesundheitsdaten in elektronischer und strukturierter Form sowie damit einhergehend ein Recht auf den Zugang zu diesen Daten durch Nutzung einer frei wählbaren persönlichen elektronischen Patientenakte. Zugang und Refinanzierung müssen im politischen Prozess geklärt und verbindlich festgelegt werden.

Ein Zusammenführen der im Sozialgesetzbuch V verankerten elektronischen Patientenakte und des Patientenfalls zu einer einzigen elektronischen Patientenakte in Patientenhoheit ist diesbezüglich ebenfalls anzustreben und entspricht einer patientenzentrierten, digitalen medizinischen Versorgung.

Kommunikation zwischen informationstechnischen Systemen fördern

Das Interoperabilitätsverzeichnis muss gemäß der „Planungsstudie Interoperabilität“ aus dem Jahr 2014 weiterentwickelt werden und somit technische und semantische Interoperabilität informationstechnischer Systeme herbeiführen. Lösungen müssen dabei mit anderen Ländern der Europäischen Union abgestimmt und weiterentwickelt werden und nicht proprietäre nationale Standards stärken.

Deutschland ist in den internationalen Normungsgremien und Standardisierungs-Organisationen nur unzureichend vertreten, da Experten oft nicht die Ressourcen zur Verfügung haben, um sich dort einzubringen. Eine staatliche Unterstützung durch Schulungsangebote und finanzielle Maß-

nahmen würde zur Nutzung internationaler Standards in Deutschland sowie deren Anpassung an spezifische deutsche Bedürfnisse beitragen. Diese müssen nach der Anpassung auf deutsche Bedürfnisse verpflichtend Anwendung finden.

Voraussetzung für die Nutzung von Smart-Data-Anwendungen schaffen

Der von der aktuellen Bundesregierung angestoßene Prozess, die Mehrwerte und Nutzenszenarien von Smart Data-Anwendungen für die Versorgung herauszuarbeiten und somit zu deren Anwendung beizutragen, sollte fortgesetzt werden. Im Rahmen eines offenen Dialogs zwischen Bund und Ländern – unter Beteiligung der Stakeholder der Digitalisierung – sollten nutzenstiftende Smart Data-Anwendungen mit konkreten Versorgungszielen verknüpft werden und bestehende Hürden für die Einführung solcher Anwendungen systematisch aufgelöst werden.

Die Qualität von mobilen Anwendungen in der medizinischen Versorgung sicherstellen

Die Qualität von Apps hat viele Facetten, die je nach Anwendungsfall unterschiedliche Relevanz haben. Bei der Bewertung von Qualität sollten bestehende Qualitätskataloge und Bewertungsverfahren berücksichtigt werden. Bürgerinnen und Bürgern sowie professionellen Anwender sollten zielgruppenspezifische Informationen zu verschiedenen Aspekten der Qualität von mobilen Anwendungen zur Verfügung stehen. Anbieter von Apps müssen darüber hinaus zur Einhaltung bestehender Regeln verpflichtet und auf deren Gültigkeit hingewiesen werden (Datenschutz, Medizinproduktrecht, Interoperabilität).

Wettbewerb sicherstellen und Marktbedingungen erhalten

Die Gesundheitswirtschaft ist eine tragende Säule der deutschen Wirtschaft und die Gesundheits-IT eine Branche mit enormen Potenzialen. Die Hersteller von informationstechnischen Systemen und deren Kunden profitieren von einem fairen Wettbewerb, was sich auch an der zunehmenden Bedeutung der Branchemesse conhIT – Connecting Healthcare IT zeigt. Körperschaften des öffentlichen Rechts dürfen durch kartellrechtlich bedenkliche Angebote diesen Markt nicht zum Versagen bringen.

Patientinnen und Patienten sowie medizinische Einrichtungen – ob ambulant oder stationär – profitieren von verbesserten Prozessabläufen und einer modernen Kommunikation. Der Einsatz modernster Technologie unterstützt außerdem den Schutz vor Angriffen aus dem Internet. Die Finanzierung der Digitalisierung von medizinischen Einrichtungen muss sichergestellt sein und diese somit dazu befähigt werden, längst notwendige Investitionen zu tätigen.“

Gesetzliche Krankenversicherung:

Digitalisierung II: Erfreuliche Kehrtwende beim BVA

(dfg 13 – 17) Landauf, landab diskutieren Experten und Entscheidungsträger über die Notwendigkeit und die Anforderungen der Digitalisierung im Gesundheitswesen (vgl. Beitrag in dieser dfg-Ausgabe). Das setzt bei allen Beteiligten Innovationsfreude und Flexibilität voraus. Bei den zuständigen Aufsichtsbeamten des Bonner Bundesversicherungsamtes (BVA) konnten Krankenkassen in den letzten Jahren diese Eigenschaften nicht immer entdecken. So manchen guten Ansatz oder Ideen zum Outsourcing von IT-Leistungen von bundesunmittelbaren Körperschaften blockierte man mit „Bedenken“. Landesaufsichten sahen die Sachverhalte dagegen weit weniger enger, was Ortskrankenkassen erfreuen durfte (vgl. dfg 48 – 16, S. 6ff.). Diese restriktive Haltung am Rhein

soll wohl der Vergangenheit angehören. Denn nur so kann man ein Schreiben des BVA-Präsidenten Frank Plate (56) vom 21. März 2017 interpretieren, das der dfg-Redaktion vorliegt.

Es kommt nicht alle Tage vor, daß sich der Präsident der Bundesaufsichtsbehörde persönlich an alle seine bundesunmittelbaren „Schäfchen“ wendet, die seiner Aufsicht unterstehen. Plates Sendeschreiben muß man daher wohl als politische „Kehrtwende“ werten. Auf den zwei Seiten seines Briefes erinnerte er daran, daß sich die „Aufsicht nicht in dem Gebrauch der im Gesetz vorgesehenen Aufsichtsmittel erschöpft, sondern vor allem auch eine Beratung und gemeinsame Lösungsfindung umfaßt“. Diesen Grundsatz der Beratung „vor“ Drohmitteln oder Rechtsmaßnahmen hatte schon sein legendärer Vorgänger Dr. iur. Rainer Daubenbüchel (74) geprägt und gelebt. Und sein ehemaliger enger leitender Mitarbeiter dürfte sich nicht nur daran erinnert haben, sondern gewillt zu sein, diesen Grundsatz von Amts wegen auch wieder zu „leben“.

Plate interpretiert den Grundsatz so, daß er insbesondere für Innovationen der Körperschaften gelte, „für die es möglicherweise noch keinen geeigneten Rahmen“ gebe. Und dazu zähle in besonderem Maße nun einmal die „Digitalisierung in der Sozialversicherung“. Er dachte es, sprach es aus und stellte dann schriftlich ein „besonderes Beratungs- und Kooperationsangebot“ des Amtes vor. Bisher sei es immer in der „Vielzahl von Anfragen, Prüfungen und Beratungen“ im Kern um leistungs- und datenschutzrechtliche, technologische und verwaltungsökonomische Fragestellungen gegangen. Das bündele man nun, um die unterschiedlichen Perspektiven „besser zwischen den einzelnen Fachdisziplinen im BAV abstimmen zu können“. Was er nicht schrieb, aber man darf es vermutlich zwischen den Zeilen so lesen, war wohl die Tatsache, daß in der Bonner Friedrich-Ebert-Allee ab und an die eine bearbeitende Stelle nicht wußte, was die andere tat oder gerade dachte. Dafür gibt es nun am Rhein einen „eigenen, internen“ so genannten „Digitalausschuß“. Laut Plate soll er „nicht nur eine regelmäßige perspektivenübergreifende Abstimmung sicherstellen“, sondern darüber hinaus auch als „zentraler Anlaufpunkt“ (inkl. eigener Mailadresse) bei allen Fragen rund um die Digitalisierung in der Sozialversicherung „dienen“. Na, wenn das nichts ist. Man wird abwarten müssen, wie sich dieses spezielle Gremium in der täglichen Arbeit geriert und ob die Diplom-Bedenkenträger die Überhand über die Innovatoren gewinnen. Ein Anfang scheint zumindest gemacht.

Drei Kassen erhöhen ihre Zusatzbeiträge

(dfg 13 – 17) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt aktuell bei 1,1 Prozent. Was bedeutet, daß die Beitragszahler mit durchschnittlich 15,7 Prozent rechnen müssen. Wobei die Arbeitnehmer den jeweils geltenden kassenindividuellen Zusatzbeitrag alleine tragen müssen. Pessimistische Auguren sagten für das Jahr 2017 weitere Wellen von Erhöhungsmaßnahmen durch die Krankenkassen voraus. Vor allem, nachdem es zum Jahresanfang 2017 einen ersten Anpassungsschub gegeben hatte, der sogar eine ansonsten als finanziell gut ausgestattet geltende Ortskrankenkasse, nämlich die AOK PLUS, traf. Zum 1. April 2017 steht die nächste, wenn auch kleinere Welle ins Haus, wie die dfg-Redaktion in Erfahrung bringen konnte.

Nach den, der dfg-Redaktion vorliegenden Informationen werden zum 1. April 2017 mindestens drei bundesunmittelbare Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz erhöhen. Dabei handelt es sich nicht überwiegend um kleine Wettbewerber, die zu diesem „Richtbeil“ greifen müssen. Auf Platz 13 des letzten dfg-GKV-Mitglieder-Rankings fand man die KKH (vgl. BzG 1 – 17). Die Ersatzkasse aus Hannover legt nun von 1,2 Prozent auf 1,5 Prozent zu, ihr Allgemeiner Beitragssatz wird damit 16,1 Prozent betragen. Der liegt damit zwar über dem Durchschnitt, aber zählt noch lange nicht zu den absoluten Spitzenreitern, die man aktuell bei 16,4 Prozent findet. Die Schwenninger Krankenkasse (Platz 32) greift nicht ganz so tief in die Taschen ihrer Beitragszahler. Die BKK aus dem Südwesten der Republik erhöht ihren Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent auf 1,3 Prozent und steigert ihren Beitragssatz damit auf 15,9 Prozent. Die niedersächsische BKK Salzgitter (Platz 59 des dfg-Ranking) ist mit einer Steigerung um 0,2 Beitragssatzpunkten von 0,9 Prozent auf 1,1 Prozent dabei und reiht sich damit in die große Phalanx der so genannten „Durchschnittskassen“ ein.

Trotz Intransparenz: Innovationsausschuß erfüllt weitere Wünsche

(dfg 13 – 17) Wenn es viel Geld zu verteilen gibt, dann wachsen bekanntlich die Begehrlichkeiten. So auch bei Wissenschaftlern, Verbänden und Krankenkassen als es im vergangenen Jahr zum ersten Male um die jährlichen Fördersummen des Innovationsfonds ging (vgl. zuletzt dfg 44 – 16, S. 4ff.). Vor den endgültigen Entscheidungen des beim Gemeinsamen Bundesausschuß (G-BA) angesiedelten Innovationsausschusses wurde erheblicher Druck aufgebaut, um mit „seinem“ Projekt durchzudringen und zu punkten. So mancher Kassenfürst dürfte sich gewaltig geärgert haben, daß gerade er nicht berücksichtigt wurde. In der Wegelystraße in Berlin-Charlottenburg hat man aus den Vorgängen hinter den Kulissen gelernt – sich aber mit seinen neuesten Entscheidungen vom 17. März 2017 auch dem Druck aus dem Gesundheitswesen gebeugt.

Es ist schon verwunderlich, wenn sich Verbände der Kassenarten öffentlich darüber beschweren, daß sie mit ihren Projektideen und Modellen nicht ausreichend am Geldtopf des Fonds partizipieren konnten. Vom IKK e.V. kam daher der Vorschlag, daß man dann doch eben in der Förderrunde 2 bereits eingereichte Anträge zum Zuge kommen lassen sollte. Gesagt getan. Dann eben in Runde 2. Von den 225 Mill. €, die im Jahr 2017 für die zweite Welle für Anträge mit neuen Versorgungsformen zur Verfügung stehen, zweigten die Entscheidungsträger einen Teil der Gelder für Alt-Anträge ab. Wie bereits schon bei der ersten Welle 2016, verheimlichte die Geschäftsstelle des Ausschusses die Namen der Antragsteller und die Art der Projekte. Noch immer setzt man dort auf Geheimhaltung und hat mit Transparenz wenig am Hute.

Das sahen Geförderte anders. Mittels Aussendung vom 22. März 2017 bekannte sich die IKK Südwest in Saarbrücken, gemeinsam mit dem saarländischen Gesundheitsministerium Nutznießer der zweiten Förderwelle für ein Onkologie-Projekt geworden zu sein. Den konkreten Förderbescheid erwarte man in den nächsten Wochen, teilte die Kasse ehrlich mit. Und mit wem sie kooperiere: Als Kooperationspartner fungieren das saarländische Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, das Krebsregister Saarland, die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes, der Saarländische Hausärzteverband, die Landesvereinigung der Selbsthilfe e.V. sowie zehn Kliniken im Saarland. So sieht halt gelebte Transparenz aus. Die Fondsbürokraten sehen es halt anders.

Ortskrankenkassen:

RSA-Milliarden: Ungelöste „Phänomene“ bringen AOK-Familie in die Bredouille

(dfg 13 – 17) Eigentlich geht es der elfköpfigen AOK-Familie saugut. Nicht nur die Finanzen gelten mehr als stabil, die Ströme an Neumitgliedern reißen nicht ab und auch die Landesaufsichten dürften wohlwollend mehr wettbewerbliche Innovationen „durchwinken“ als das als restriktiv geltende Bonner Bundesversicherungsamt (BVA). Doch wer sich in der Sonne des Erfolges räkelt, der darf sich nicht wundern, wenn der eine oder andere neidisch gewordene Wettbewerber in der noch 113 Köpfe zählenden bundesdeutschen Kassenschar nach den Ursachen sucht und meint fündig zu werden. Daher steht das so genannte „grüne Lager“ aktuell isoliert da und muß nicht nur in Fragen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) die eine oder andere Schlappe einstecken. Denn es hat wohl für die Kritiker den Anschein, daß in der Vergangenheit bei einigen „Sachbearbeitungen“ in den Verwaltungen der AOKen nicht alles „mit rechten Dingen“ geschah bzw. nicht de lege artis vorgenommen wurde. Sie machten und machen auf gewisse „Phänomene“ aufmerksam. Das bringt nicht nur die Mitarbeiter der AOK Bundesverband GbR (AOK BV) in Erklärungsnot und in gemeinsamen Gremien beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) in die Bredouille, wie es Unterlagen dokumentieren, die der dfg-Redaktion vorliegen.

Aktuell widmet sich eine kassenartenübergreifend zusammengesetzte Expertenrunde zum Morbi-RSA intensiv mit einem „Analysekonzept“ für das Phänomen von „Versicherten ohne Leistungsausgaben“. Zum letzten Male hockten die Abgesandten der Körperschaften in der Berliner Zentrale des GKV-SV am 7. März 2017 zusammen. Danach diskutierten sie via e-Mails weiter. Denn die AOK-Repräsentanten gaben sich störrisch, verlangten absolute Diskretion und Vertraulichkeit. Dabei hatte das der Kassenverband schon vorher zugesichert. Aber vor dem Ergebnis des konsentierten Analyseinhaltes, der am 18. Mai 2017 vom GKV-SV präsentiert werden soll, scheint man irgendwie Bammel zu haben. Was man beim AOK BV befürchtet, das kann man dem Mailverkehr nicht entnehmen. Aber sicherlich geht es um viel Geld.

Nun, jeder einigermaßen mit den Stellschrauben des Morbi-RSA vertraute Experte weiß, mit Versicherten, die keine Ausgaben bewirken, kann man gutes Geld verdienen. Weil es ja gewisse Grundpauschalen gibt, die vom Bonner Bundesversicherungsamt (BVA) zugewiesen werden. Und wenn es sich, wie z.B. bei den „Saisonarbeitern“ aus dem Ausland handelt (vgl. dfg 46 – 16, S. 9ff.), dann wurden schon im vergangenen Jahr einige Entscheidungsträger hellhörig. So kochte das Phänomen von Saisonarbeitern mit und ohne obligatorische Anschlußversicherung (OAV) gem. § 188 Abs. 4 SGB V hoch. Die Kritik am Codier- und Verwaltungsverhalten von Ortskrankenkassen wurde nicht nur beim BVA vorgetragen, sondern auch an oberster Stelle im Bundesgesundheitsministerium (BMG). Und führte am 23. Februar 2017 zu einem Brief der Aufsichtsbehörde an den GKV-SV (Az.: 211-5301-.5-61/2014). Das Amt erinnerte darin nachdrücklich an die „Amtsermittlungspflichten der Krankenkassen“ in diesen Fällen. Diese nähmen die Kassen anscheinend, so die Behörde, „nicht ernst genug“. Weil sie ein Interesse daran hätten, für diesen Personenkreis – für den sie keine Leistungsausgaben hätten – „gleichwohl Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ erhielten. Sprich: Trotz fehlendem Beitragseingang von ausländischen Saisonarbeitern werden die Versicherungsverhältnisse per OAV fortgeführt und noch gutes Geld kassiert.

Denn die eingegangenen Beitragsgelder muß die Kasse an den Fonds abführen – die Zuweisungen stehen ihr vollumfänglich zu. Das Amt kritisierte daher heftig dieses mittlerweile aufgetauchte Phänomen und benannte es beim Namen: „Verschärft wird die Problematik dadurch, daß bei den im Wege der OAV geführten ehemaligen Saisonarbeitern vielfach unter Verstoß gegen § 76 SGB IV keinerlei Beitragseinzug betrieben wird“. Darauf habe man auch die BMG-Amtsleitung aufmerksam gemacht. Unabhängig von einer politischen Entscheidung aus Berlin entwickelte das BVA eine fünf Punkte umfassende „Handlungsanweisung“ zur Wahrnehmung einheitlicher „Amtsermittlungspflichten der Kassen. Und bestellte die Verantwortlichen beim GKV-SV für den 2. März 2017 nach Bonn zum Rapport ein. Denn: „Ähnliche Regelungen sollten für die anderen Personenkreise getroffen werden“. So die Anregung der Bonner Behörde. Das deutet darauf hin, daß eine noch größere Versichertenklientel betroffen ist als die der Saisonarbeiter. Und das die politisch aktuell hochkochende Debatte über einen nicht ausreichenden Beitragseinzug durch die Kassen irgendwie ihre Berechtigung hat. Doch dazu später mehr. Im BMG scheint man gesonnen zu sein – darauf deutet das Fach-Info „Mitgliedschaft und Beiträge“ des GKV-SV Nr. 22 vom 8. März 2017 hin – „angesichts der systemischen Brisanz“ diese Baustelle zu schließen und die daraus „resultierenden Verwerfungen“ im Morbi-RSA „jedenfalls für die Zukunft auszuschließen“. Aber das dürfte den AOK-Kritikern nicht ausreichen.

Denn der Bonner Expertenthing vom 2. März 2017 zog jetzt schon seine Kreise. Am 8. März 2017 trafen sich laut Fach-Info des GKV-SV die Spitzenverbände aller Sozialversicherungsträger, um über eine „Erweiterung des gemeinsamen Meldeverfahrens“ zu sinnieren. Es blieb nicht dabei, sondern man schuf gleich Fakten bzw. „Voraussetzungen für ein entsprechendes Genehmigungsverfahren“. Damit ist neben dem CDU-geführten BMG nun auch noch das SPD-geführte Ressort von Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles MdB (46) involviert. Allerdings, so scheint es, das neue, erweiterte Meldeverfahren wird angesichts der angeblich notwendigen IT-Vorlaufzeiten nicht vor dem 1. Januar 2018 starten. Das ist den AOK-Kritikern zu spät und zu wenig – sie wollen die „Fälle“ aus den letzten Jahren aufgearbeitet wissen. Denn sie rechnen mit einer „Umverteilung“ von Geldern aus dem Gesundheitsfonds. Je nach Rechenart dürften dabei zwischen 600 Mill. € bis zu zwei Mrd. € zur Debatte stehen. Wobei wir wieder bei den „anderen Personenkreisen“ gelandet wären, die auch das BVA berücksichtigt haben möchte. Es scheint zuzutreffen, daß die elf AOKen in den letzten Jahren die höchste Zahl an Versicherten ohne Leistungsausgaben gemeldet haben. Die Auswertungen der Datenmeldungen der Kassenarten kann jedermann auf den Internetseiten des BVA einsehen. Dort finden sich auf dem Tabellenblatt „Info 700 2015 2015“ (für die Vorjahre ist die Bezeichnung entsprechend) unter Spalte B die Zahl der Pseudonyme ohne Leistungsausgaben nach Kassenarten gegliedert. Für das Jahr 2015 (neuere Daten liegen nicht vor) ergeben sich folgende Zahlen:

AOK	1.774.960
BKK	525.771
IKK	291.805
Kn	63.936
vdeK	1.238.808
GKV	3.895.280

Wer die Marktverhältnisse im Jahr 2015 in Erinnerung hat (vgl. zuletzt dfg 6 – 16, S. 4ff.), der erkennt sogleich, das „grüne Lager“ vereinigte in diesem Jahr überproportional mehr „Versicherte ohne Leistungsausgaben“ in ihren Statistiken als die Wettbewerber. Bei über 500.000 Versicherten, die die AOK-Kritiker ausgerechnet haben, wären das bei monatlichen Zuweisungen in Höhe von 242,91 € in 2016 ein Volumen von rund 1,5 Mrd. €. Im Jahr 2014 sollen es, wenn die Berechnungen stimmen, glatte 341.552 Versicherte gewesen. Es kämen also noch einmal kritisch zu betrachtende 900 Mill. € bis knapp 1 Mrd. € hinzu. Allein die letzteren Ziffern entsprächen in etwa der Summe, die die elf AOKen zusammen im Jahr 2016 als Plus in den KV45-Bilanzen ausgewiesen hatten (vgl. dfg 10 – 17, S. 9ff.).

Hinter den offiziellen BVA-Versicherten-Zahlen verbergen sich laut Auskunft von Experten Auslandsversicherte ebenso wie Neuzugänge wie Versicherte ohne KVNR, die vermutlich überdurchschnittlich häufig keine Leistungsausgaben aufweisen. Ein Schluß auf die „Unrechtmäßigkeit von Mitgliedschaften“ könne anhand dieser Zahlen eigentlich nicht gezogen werden. Wenn sich Anhaltspunkte für Unrechtmäßigkeiten bei Krankenkassen ergäben, würde das Amt sicherlich diesen nachgehen. Nun, entsprechende Ausarbeitungen aus Kassenkreisen liegen der dfg-Redaktion vor. Und die haben es in sich. So weisen sie z.B. nach, daß die AOK-Klientel überproportional bei den „Versicherten ohne bundeseinheitliche KVNR“ gestiegen sei. Allein auf Grund der ersten Halbjahresmeldungen 2016 wären 81,32 Prozent aller GKV-Versicherten aus diesem Segment bei einer AOK gemeldet gewesen – der AOK-Marktanteil lag bekanntlich weit unter diesem Level. Und anscheinend liegt der Sachverhalt bei Versicherten ohne Morbiditätszuschläge (HMG) ähnlich. Die elf AOK-Schwestern, so die Kritiker resignierend, verwiesen zwar immer darauf, daß ihre „Verwaltungspraxis“ mit den jeweiligen Landesaufsichten „abgestimmt“ sei. Also sei eine mögliche Beanstandung schwer nachzuweisen. Nur: Bei aller gezeigten Hektik der Experten und führenden Akteure in den vergangenen Wochen wird irgendwie ein Quentchen Wahrheit dabei sein. Sonst wären die AOK-Abgesandten in der Expertenrunde beim GKV-SV nicht so nervös gewesen. Richten müssen es nun die Oberen – mal schauen, was dabei herauskommt.

Personalia / Berliner Szene:

ÄK Berlin: Alter berufspolitischer Haudegen verläßt das Kammerschiff

(dfg 13 – 17) Einer der erfahrensten ärztlichen Berufspolitiker geht von Bord. Am 22. März 2017 wußte die „Ärzte Zeitung“ (ÄZ) zu berichten, daß der langjährige Vizepräsident der Berliner Ärztekammer, Dr. med. Elmar Wille (68), sein Amt freiwillig aus Altersgründen niedergelegt habe. Der bis vor drei Jahren niedergelassene Augenarzt hatte 18 Jahre diese Position innegehabt. Scheinbar steht schon eine Kandidatin für die Nachfolge fest. Sie soll bereits am 5. April 2017 von der nächsten Kammerversammlung gewählt werden, war der „ÄZ“ zu entnehmen.

LAV Hessen: Hauen und Stechen im Vorstand führt zu Neuwahlen

(dfg 13 – 17) Im Vorstand des Hessischen Landesapothekerverbandes (HLAV) dürfte seit längerem der Hausseggen schiefgehangen haben. Vier von sieben Mitgliedern des Gremiums legten ihre

Mandate nieder. Als Grund gaben sie an, es gebe „keine Basis mehr für eine vertrauensvolle und zukunftsgerichtete Zusammenarbeit“ mit dem erst am 22. Januar 2015 gewählten neuen Vorsitzenden Dr. rer. nat. Detlef Weidemann. Der Wiesbadener Apothekenbesitzer hatte damals die Nachfolge seines legendären Vorgängers Dr. rer. nat. Peter Homann (68) angetreten. Wenn ein Vorstand mehr als die Hälfte seiner Mitglieder verliert, dann erscheint er nicht mehr arbeitsfähig und Neuwahlen müssen her. So sieht es auch die HLAV-Satzung vor. Am 23. März 2017 veröffentlichte daher der Verband der hessischen Apothekenbesitzer einen entsprechenden Wahlaufruf zur Neuwahl des gesamten Vorstandes. Dieses aus Regionallisten zusammengesetztes Gremium kürt dann aus der eigenen Mitte den alten oder neuen Vorsitzenden.

Österreich: Ein Deutscher als politisches Bauernopfer

(dfg 13 – 17) „Ärzte bejubeln die Trennung“ titelte am 21. März 2017 die österreichische Tageszeitung „DER STANDARD“. Am Vortage hatte die erst im Januar 2017 neu installierte amtsführende Wiener SPÖ-Gesundheitsstadträtin Sandra Frauenberger (50) „mit sofortiger Wirkung“ den Generaldirektor von Österreichs größtem Krankenhaus-Konzern, Prof. Dr. med. Udo Janßen (49), in die Wüste geschickt. Der Aufhebungsvertrag soll bereits „ausverhandelt“ sein. Janßen, der ehemalige Geschäftsführer des Deutschen Krankenhaus-Institutes (DKI) der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) hatte als Deutscher seit 2014 an der Spitze des defizitären städtischen Krankenanstalten-Verbundes (KAV) in Wien gestanden. Und sich für seine Dienste als Sanierer viel öffentlich vorgetragene Kritik eingehandelt. Deutsche sind im Nachbarland als durchgreifende Manager nicht so begehrt. Er geriet zwischen die Fronten und wurde so zum Spielball diverser politischer Ränke. So nahm z.B. die Wiener Ärztekammer die Entscheidung aus dem Rathaus „mit Genugtuung“ zur Kenntnis, eine recht ungewöhnliche öffentliche Reaktion einer Körperschaft. Über Janßens Ablösung war im Nachbarland schon seit längerem spekuliert worden (vgl. dfg 49 – 16, S. 9). Er galt laut „DER STANDARD“ vor allem in SPÖ-Kreisen „nicht als Sympathieträger“. Gewisse Umstände dürften seinen Rausschmiß beflügelt haben. Ende Januar 2017 schmiß die bisher zuständige SPÖ-Stadträtin, Sonja Wehsely (47), angesichts innerparteilicher Streitigkeiten die Brocken hin und kündigte ihren Wechsel in die Industrie an – ausgerechnet zum Siemens-Konzern nach Deutschland. Wehsely hatte die Strategien von Janßen bisher unterstützt und gedeckt. Ihre Nachfolgerin Frauenberger dürfte nun dem Druck aus der Partei und dem Gesundheitswesen sofort per Holzhammermethode nachgegeben haben. Einen direkten Sukzessor für den Stuhl des KAV-Chefs hatte sie nämlich nicht zur Hand. Jetzt soll der KAV neu aufgestellt und „strukturiert“ werden. Die Entscheidungen dazu fallen in der Stadtverwaltung und vermutlich in der SPÖ-Rathausfraktion. Ob es dem KAV auf die Beine hilft, das muß abgewartet werden.

Zeb stärkt sein Beratungssegment Health Care

(dfg 13 – 17) Die international ausgerichtete Strategie- und Managementberatungsagentur zeb GmbH in Münster will ihr Segment Health Care ausbauen. Dafür schuf man in Westfalen eine neue Funktion, die des Chief Medical Officers (CMO). Erster Funktionsträger ist Dr. med. Oliver Wagner (54). Der promovierte Chirurg verfügt über einen bunten Lebensweg, der ihn durch verschiedene Bereiche des bundesdeutschen stationären Sektors führte. Er war als Unternehmensberater ebenso tätig wie als Geschäftsführer spezialisierter Dienstleistungszentren und privaten Klinikketten.