

# Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen





## Verlässliche Finanzierung und mehr Wettbewerb

Die gesetzliche Krankenversicherung hat ihr Gesicht in den letzten Jahren verändert: Gesundheitsfonds, bundeseinheitlicher Beitragsatz, Krankenkassendachverband. Die staatliche Einflussnahme hat deutlich zugenommen. Durch die Wirtschaftskrise gehen die Einnahmen zurück. Die großzügigen Geldgeschenke an Ärzte und Krankenhäuser haben bisher nicht zu einer spürbaren Verbesserung der Versorgung beigetragen. Die Rechnung zahlen die Versicherten; spätestens, wenn die Gelder des Gesundheitsfonds nicht mehr ausreichen, um die Folgen der Wirtschaftskrise und steigende Ausgaben zu finanzieren, und Zusatzbeiträge erhoben werden müssen.

Der auf Solidarität basierende umfassende Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein entscheidender Standortfaktor und Garant für die Stabilität der Gesellschaft. Um auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten zu können, bieten die Ersatzkassen im Vorfeld der Bundestagswahl 2009 Lösungen an: Lösungen für eine gerechte und nachhaltige Finanzierung, für mehr Wettbewerb und eine bessere Versorgung zur Vermeidung von Leistungskürzungen. Denn wir wollen, dass auch künftig mit Fug und Recht behauptet werden darf: Deutschland hat eines der besten Gesundheitswesen der Welt!

Christian Zahn  
Vorsitzender des vdek

Thomas Ballast  
Vorstandsvorsitzender des vdek



## Inhalt

1.	Stabilitätsfaktor gesetzliche Krankenversicherung .....	3
2.	Zunehmender Finanzdruck .....	4
3.	Gerechtere und effizientere Finanzierung .....	4
4.	Ressourcensteuerung statt Rationierung von Leistungen.....	5
5.	Mehr Wettbewerb in der Versorgung.....	6
6.	Effektivere Preissteuerung und reduzierte Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln .....	7
7.	Forcierung der Versorgungsforschung und Versorgungs- angebote für eine älter werdende Gesellschaft.....	8
8.	Sofortmaßnahmen .....	8



## 1. Stabilitätsfaktor gesetzliche Krankenversicherung

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung sichert allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, muss das System gesellschaftliche Veränderungen antizipieren. So bewirkt beispielsweise der demographische Wandel der Bevölkerung eine Veränderung der Versorgungsnotwendigkeiten. Dies muss bei den Veränderungsprozessen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden.

Die soziale Krankenversicherung in Deutschland bietet 90 Prozent der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Dieser auf Solidarität basierende Schutz ist ein entscheidender Standortfaktor und hat maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beigetragen. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist ein Garant für die Stabilität unserer Gesellschaft. Kapitalgedeckte Schutzsysteme, das zeigt die derzeitige Finanzkrise, unterliegen dagegen den Risiken der Finanz- und Kapitalmärkte. Insbesondere die Stabilität und der hohe Versorgungsgrad unseres umlagefinanzierten Gesundheitssystems haben die neue US-Regierung veranlasst, ihr Gesundheitswesen entsprechend reformieren zu wollen. Insgesamt zeigt sich: Das deutsche Gesundheitssystem hat sich bewährt und dient anderen Ländern als Vorbild. Es gilt die Strukturen evolutionär weiterzuentwickeln. Ein Systemwechsel wäre schädlich.

Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren rund 24 Millionen Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Versicherten gerecht zu werden und ihnen individuelle Versorgungsangebote zu unterbreiten, setzen sich die Ersatzkassen für ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitswesen ein. Wettbewerb fördert Innovationen in der Versorgung und unterstützt eine verbesserte Ressourcensteuerung.



## 2. Zunehmender Finanzdruck

Die jüngsten Finanzschätzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen den zunehmenden Handlungsdruck der nächsten Bundesregierung. Der Schätzerkreis der GKV geht in seinen Berechnungen vom April 2009 aufgrund der aktuellen Konjunkturlage für das laufende Jahr auf der Einnahmeseite von einer Unterdeckung von 2,9 Mrd. Euro aus. Von Seiten der Bundesregierung ist sogar zwischenzeitlich der Rahmen für mögliche Liquiditätsdarlehen bis zu vier Milliarden Euro ausgeweitet und im Nachtragshaushalt berücksichtigt worden. Hinzu kommen aus Sicht der GKV Ausgaben von über einer Milliarde Euro in 2009, die bisher nicht bei der Kalkulation des allgemeinen Beitragssatzes berücksichtigt worden sind. Angesichts der prognostizierten, nur langsamen wirtschaftlichen Erholung ist auch 2010 beim Gesundheitsfonds mit hohen Einnahmeausfällen zu rechnen. Daher fordern die Ersatzkassen: Um die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise für die GKV zu dämpfen, soll das Liquiditätsdarlehen 2009 in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden; sollten 2010 ebenfalls Darlehen des Bundes notwendig sein, sind diese ebenfalls in einen Zuschuss umzuwandeln.



## 3. Gerechtere und effizientere Finanzierung

Die Finanzierung der GKV erfolgt auch nach Einführung des Gesundheitsfonds primär prozentual und einkommensbezogen. Die unterschiedlichen „Finanzierungssäulen“ sind: Der bundeseinheitliche, staatlich festgelegte Beitragssatz in Höhe von 14,9 %, davon sind 14,0 % paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern finanziert. Die Versicherten tragen somit den „Sonderbeitrag“ in Höhe von 0,9 % weiterhin allein. Hinzu kommen – in der Systematik des Fonds – kassenindividuelle Zusatzbeiträge der Versicherten. Eine weitere bedeutende Finanzierungssäule sind anwachsende Steuerzuschüsse.

Bereits in den letzten Jahren hat sich die Finanzierungsarchitektur des Gesundheitswesens zu Lasten der Versicherten und Patienten verschoben. Heute sollen die Versicherten neben erhöhten Zuzahlungen und dem „Sonderbeitrag“ nun auch noch Zusatzbeiträge leisten. Der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber ist entsprechend rückläufig. Damit schwindet auch die Verantwortung der Arbeitgeber für ein effizientes Versorgungssystem. Langfristig stellt diese Entwicklung eine Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Zukunft der Sozialpartnerschaft dar. Daher plädieren die Ersatzkassen für eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der

paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Versicherte und Arbeitgeber.

Bis dahin sollten aus Sicht der Ersatzkassen zumindest die negativen Wirkungen der Zusatzbeiträge reduziert werden. Pauschale Zusatzbeiträge sind sozial ungerecht, da sie insbesondere die Versicherten mit geringen Einkommen belasten. Sie verursachen zudem einen hohen bürokratischen Aufwand. Es müssen 50 Millionen neue Versichertenkonten geschaffen und gepflegt werden, was nach GKV-Berechnungen Kosten in Höhe von 0,5 bis einer Mrd. Euro verursachen wird. Diese Mittel stehen dann für die Versorgung der Versicherten nicht mehr zur Verfügung.

Zur Vermeidung der negativen Wirkungen sollte der Zusatzbeitrag verpflichtend für alle Kassen prozentual erhoben werden. Der Zusatzbeitrag wird auf den „Sonderbeitrag“ der Versicherten aufgeschlagen. Das heißt, eine Krankenkasse, die künftig mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, wird von ihren Versicherten einen entsprechend erhöhten „Sonderbeitrag“ erheben. Der gesamte Krankenversicherungsbeitrag, inklusive des allein von den Versicherten zu tragenden prozentualen „Sonderbeitrags“, wird in bewährter Form im Quellenabzugsverfahren von den Arbeitgebern und den anderen Beitrag zahlenden Stellen (insbesondere Rentenversicherung und Bundesagentur) eingezogen. Weiterhin sind die Beiträge aus dem allgemeinen einheitlichen Beitragssatz (14,9 %) vollständig an den Gesundheitsfonds abzuführen. Darüber hinausgehende kassenindividuelle Zusatzbeiträge verbleiben bei den Krankenkassen.

Damit kann auf die teure Einführung von gesonderten Versichertenkonten verzichtet und sichergestellt werden, dass die Beiträge auch tatsächlich in vollem Umfang eingehen. Ein prozentualer Zusatzbeitrag hat den Vorteil, dass er die Leistungsfähigkeit der Versicherten berücksichtigt.



#### **4. Ressourcensteuerung statt Rationierung von Leistungen**

Die Rationierung von Leistungen als Lösung für die Finanzprobleme, wie es jüngst von einigen Ärztesfunktionären vorgeschlagen wurde, lässt die nach wie vor vorhandenen Möglichkeiten der besseren Koordinierung, der effizienteren Verwendung der vorhandenen Ressourcen sowie das Problem der medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung in der GKV völlig außer Acht. Hierzu gehören insbesondere eine bessere Verzahnung durch sektorübergreifende Versorgungspfade, der indikationsgerechte Einsatz von modernen Behandlungsmethoden, mehr Qualität und Transparenz sowie mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

Die Diskussion über die Rationierung von Leistungen schürt unnötige Ängste bei den Versicherten. Das Vertrauen in unser Gesundheitssystem wird erschüttert. Dies, obwohl ausreichend Mittel im System vorhanden sind. Die finanzielle Absicherung der Risiken im Krankheitsfall muss auch in Zukunft für die Versicherten bezahlbar bleiben. Weiterhin muss gelten „Rationalisierung vor Rationierung“, damit die unbestreitbaren Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden können. Nur wenn die Politik für ausreichende und funktionierende Instrumente zur Ressourcensteuerung der medizinischen Versorgung sorgt, kann auch eine nachhaltige Finanzierung gewährleistet werden.



## 5. Mehr Wettbewerb in der Versorgung

Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem ist eine wesentliche Strategie der verbesserten Ressourcensteuerung. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erweiterten Vertragsmöglichkeiten sind Instrumente für einen Wettbewerb um eine verbesserte Versorgung im Interesse der Versicherten. Dabei bilden die Kollektivverträge die Grundlage einer flächendeckenden Versorgung. Der Suchprozess um bessere Versorgungslösungen erfolgt für die Zukunft durch ergänzende Selektivverträge. Perspektivisch ist eine Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten erforderlich, um besondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern. Voraussetzung dafür sind flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen (Budgetbereinigung etc.), die die Anreize für die Wettbewerbsteilnehmer setzen.

Dagegen wird mit dem derzeitig verpflichtenden Abschluss von Verträgen zur hausärztlichen Versorgung nach § 73 b SGB V ein neues Monopol auf Seiten der Leistungsanbieter gebildet. Das zentrale Ziel einer qualitativen Verbesserung der Versorgung wird verfehlt. Durch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V werden eher Finanzmittel verschwendet, statt die Qualität zu verbessern. Die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V muss in der nächsten Legislaturperiode entfallen.

Mit der Honorarreform der Ärzte zum 1.1.2009 wurden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen beseitigt und der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“ umgesetzt. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds sind gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen unabdingbar. Daher müssen auch für den vertragszahnärztlichen Bereich die historisch bedingten Honorarunterschiede zwischen den Kassenarten beseitigt werden. Die derzeitige Schieflage steht

einem funktionalen Wettbewerb entgegen. Für den zahnärztlichen Bereich muss unverzüglich – durch Punktwertangleichung – eine Harmonisierung der Preise erfolgen.

Darüber hinaus erfordert der Wettbewerb um neue Versorgungsformen auch, dass die Krankenkassen einem vergleichbaren Wettbewerbsrahmen unterliegen. Bereits in der Vergangenheit hat die unterschiedliche Zuständigkeit der Länderaufsichten für landesunmittelbare Kassen und des Bundesversicherungsamtes für bundesunmittelbare Kassen zu divergierenden Entscheidungen geführt. Mit Blick auf einen zunehmenden Vertragswettbewerb kann dies vor Ort zukünftig vermehrt dazu führen, dass Verträge, die zum Teil von Kassengemeinschaften abgeschlossen werden, unterschiedlich durch die jeweils für die Kasse zuständige Aufsicht ausgelegt und genehmigt werden. Die Ersatzkassen fordern daher eine bundesweit einheitliche Aufsichtspraxis für alle Krankenkassen.



## **6. Effektivere Preissteuerung und reduzierte Mehrwertsteuer bei Arzneimitteln**

Während sich im Generikabereich durch Festbeträge und Rabattverträge die Ausgabedynamik in Grenzen hält, ist die Kostenentwicklung bei patentgeschützten Arzneimitteln nach wie vor besorgniserregend. Insgesamt belastend wirken die medizinisch nicht nachvollziehbare Entwicklung der Verordnungsmenge und der Trend zur Versorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln.

Die Ersatzkassen begrüßen die 2007 eingeführte Möglichkeit zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Kosten-Nutzen-Bewertungen sind ein erster wichtiger Schritt zur Eindämmung der Kostenentwicklung in einem Teilsegment des patentgeschützten Arzneimittelmarktes. Sie zielt auf die Bewertung neuer Arzneimittel mit belegtem zusätzlichem therapeutischen Nutzen und muss weiter forciert werden.

Nicht einbezogen in die Bewertungen des IQWiG sind therapeutische Solisten, also Arzneimittel ohne Vergleichsmöglichkeiten und so genannte Me-too-Präparate (Scheininnovationen). Insbesondere für diese beiden genannten Arzneimittelgruppen fordern die Ersatzkassen eine strikte gesetzliche Kostenbegrenzung (4. Hürde). Deutschland ist neben Dänemark das einzige EU-Mitgliedsland, das auf Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz erhebt. Würde, ähnlich wie im vergangenen Jahr in Österreich beschlossen, nur noch der reduzierte Mehrwertsteuersatz angewendet, ließen sich für die GKV in 2009 rund 3,7 Mrd. Euro Arzneimittelausgaben einsparen.



## 7. Forcierung der Versorgungsforschung und Versorgungsangebote für eine älter werdende Gesellschaft

Im Gesundheitswesen fehlen vielfach Erkenntnisse über den Nutzen medizinischer Leistungen. Daher sollte künftig mit Unterstützung praxisnaher und methodisch hochwertiger Versorgungsforschung evaluiert werden, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung nachhaltig verbessern. Es muss allerdings sichergestellt sein, dass Versorgungsforschung unabhängig von den Interessen der Leistungserbringer erfolgt. Die bisher zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel reichen nicht aus.

Die demographische Entwicklung wird häufig als eine der Hauptursachen für den Anstieg der Gesundheitsausgaben gesehen. Die kurz- und mittelfristige Kostenentwicklung wird dabei deutlich überschätzt. Eine „alternde“ Gesellschaft benötigt allerdings eine Veränderung des Versorgungsspektrums, da mehr altersassoziierte Erkrankungen (wie etwa Hypertonie und Diabetes) sowie mehr chronisch-degenerative Erkrankungen (wie etwa Demenz und Parkinson) eine stärkere geriatrisch ausgerichtete Versorgung erfordern. Daher müssen rechtzeitig neue Versorgungskonzepte entwickelt und die Versorgungsstrukturen angepasst werden. Hierzu sind seitens der Versorgungsforschung ebenfalls Erkenntnisse und Vorschläge zu erarbeiten. Dies gilt auch bei der Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegepersonal. Hier sollte eine Schwerpunktsetzung für eine altersgerechte medizinische Versorgung erfolgen.



## 8. Sofortmaßnahmen

Neben den Forderungen zu einer effizienteren Finanzierung (Pkt. 3) müssen als Sofortmaßnahmen die Steuerzuschüsse für die GKV vorgezogen werden, um den im Jahre 2010 entstehenden Finanzdruck abzubauen. Nicht erst im Jahr 2012 sollte daher die Zielmarke von 14 Mrd. Euro an Steuerzuschüssen realisiert werden, sondern dies muss bereits in 2010 geschehen.

Um die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise für die GKV zu dämpfen, soll das Liquiditätsdarlehen 2009 in einen Bundeszuschuss umgewandelt werden. Sollten 2010 ebenfalls Darlehen des Bundes notwendig sein, sind diese ebenfalls in einen Zuschuss umzuwandeln.

Außerdem sollte die Bundesagentur für Arbeit für Arbeitslose (ALG II-Empfänger) künftig kostendeckende Beiträge an die GKV zahlen, die zumindest annähernd die Durchschnittsausgaben decken.

## **Impressum**

Herausgeber: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin  
Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 0  
E-Mail: [info@vdek.com](mailto:info@vdek.com)  
[www.vdek.com](http://www.vdek.com)

Verantwortlich: Abteilung Politik / Selbstverwaltung  
Gestaltung: Abteilung Kommunikation,  
Michaela Gottfried (verantwortlich)

Druck: Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee

Stand: 9. Juli 2009