

report bayern

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Aug. 2010

ersatzkassen

Schleichender Systemwechsel

Es ist noch keine Reform, nur ihre Ankündigung. Die vom Bundesgesundheitsminister am 6.7.2010 verkündeten Inhalte, auf die sich die Partei- und Fraktionsspitzen der Regierungskoalition geeinigt hatten, sind noch nicht in Gesetzesform gegossen. Die groben Konturen zeichnen sich jedoch ab. Das Paket gliedert sich in drei Teile: Sparmaßnahmen, Beitragsschöpfung und Sozialausgleich. Während die Festlegungen in den letzten zwei Teilen vermutlich das Gesetzgebungsverfahren unverändert überstehen, wird um die Sparbeiträge von einzelnen Beteiligten im Gesundheitswesen noch gerungen, wie das Beispiel der Hausärzte zeigt. Daher bleiben die kommenden Monate spannend.

In dieser Ausgabe:

- **Gesundheitsforum**
„Perspektiven der Gesundheitspolitik – Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung zu bezahlbaren Preisen“
- **Thomas Ballast:**
Gesetzliche Krankenversicherung vor großen Herausforderungen
- **Michael Höhenberger:**
Gesundheitspolitik mit bayerischer Handschrift
- **Eberhard Wille:**
Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen steigern

Ungerechte Lastenverteilung

Die gesundheitspolitische Einigung innerhalb der Koalition entstand unter dem Druck des prognostizierten Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Höhe von elf Milliarden Euro für das kommende Jahr. Die angekündigten Sparmaßnahmen würden das Defizit um etwa 3,5 Milliarden Euro reduzieren. Diese Summe liegt im Übrigen weit hinter dem realisierbaren Einsparpotenzial im Gesundheitswesen. Rund sechs Milliarden Euro bringt die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte. Es verbleibt der Defizitrest von anderthalb Milliarden Euro, der über die Zusatzbeiträge zu finanzieren wäre. Die Lastenverteilung bei der Bekämpfung des GKV-Defizits sieht danach so aus: 4,5 Milliarden Euro tragen die Versicherten, 3,5 Milliarden Euro werden bei den Leistungserbringern und Krankenkassen eingespart, drei Milliarden übernehmen die Arbeitgeber. Diese Lastenverteilung deutet an, wohin die Reise gehen soll.

Der Anteil der Arbeitgeber an der GKV-Finanzierung wird auf der Höhe von 7,3 Beitragspunkten eingefroren. Unklar ist, ob das Einfrieren endgültig ist, oder der Arbeitgeberbeitrag zukünftig doch dynamisiert wird. Aus der Logik der angekündigten Reform lässt sich aber die Vermutung ableiten, dass das Erstere der Fall sein wird. Die Arbeitnehmer zahlen neben den 7,3 Prozentpunkten des allgemeinen Beitragssatzes weiterhin den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Punkten allein. Und der zukünftige Mehrbedarf an Finanzmittel im Gesund-

heitssystem soll über die Zusatzbeiträge, das heißt allein durch die Versicherten, akkumuliert werden.

„Weiterentwickelter“ Zusatzbeitrag als Minikopfpauschale

Der bisherige Zusatzbeitrag wird insofern „weiterentwickelt“, als der Sozialausgleich erst dann greift, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag, der GKV-weit ermittelt wird, die Höhe von zwei Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Die kassenindividuellen Zusatzbeiträge sollen künftig nur in Pauschalform und dabei ohne Begrenzung nach oben erhoben werden. Der „weiterentwickelte“ Zusatzbeitrag ist somit nichts anderes als eine Minikopfpauschale. Diese politische Entscheidung bringt den Krankenkassen gut 400 Millionen Euro an zusätzlichen Verwaltungsausgaben. Zugleich will aber die Bundesregierung in den Jahren 2011 und 2012 jährlich 300 Millionen Euro bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen einsparen.

Eines der im Koalitionsvertrag formulierten gesundheitspolitischen Ziele – die Festschreibung des Arbeitgeberanteils – scheint erreicht. Bei der Einführung der einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, sprich der Kopfpauschalen, ist man noch nicht am Ziel, aber mit dem „weiterentwickelten“ Zusatzbeitrag, sprich der Minikopfpauschale, auf dem besten Weg dorthin. Hiermit verabschiedet sich die Regierungskoalition von der solidarisch und paritätisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung und betreibt einen schleichenden Systemwechsel.



Dr. Ralf Langejürgen,
Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

DER KOMMENTAR

Gerecht sieht anders aus

Die Weichen sind gestellt. Ob jedoch die Richtung stimmt, ist alles andere als sicher. Bei der Lektüre des Reformpapiers aus dem Bundesgesundheitsministerium „Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“ wird eines sofort deutlich: Der Inhalt weicht vom Titel ab und es ist bei weitem nicht alles drin, was drauf steht. Die Lastenverteilung bei der Bekämpfung des GKV-Defizits ist nicht gerecht. Die Leistungserbringer werden weitgehend geschont. Die Arbeitgeber werden zwar durch die Beitragssatzerhöhung belastet, gleichzeitig aber durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags für die weitere Zukunft entlastet.

Und der Arbeitnehmer? Er zahlt seinen erhöhten Anteil am allgemeinen Beitrag, den Sonderbeitrag und leistet darüber hinaus auch noch die Zuzahlungen in der medizinischen Versorgung, die mittlerweile bei rund 4,8 Milliarden im Jahr liegen und geflissentlich bei den Finanzreformdebatten außer Acht gelassen werden. Und in der Zukunft? Er wird, ob er will oder nicht, auch noch den Zusatzbeitrag zahlen müssen und damit die künftigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen alleine finanzieren. Da bleibt nicht nur das viel zitierte Motto „Mehr Netto vom Brutto“ auf der Strecke. Da fällt auch der Startschuss zum Systemwechsel auf Kosten der Versicherten.

Perspektiven der Gesundheitspolitik

Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung zu bezahlbaren Preisen

Die Frage nach den zentralen Reformperspektiven für das deutsche Gesundheitswesen stand im Mittelpunkt eines Gesundheitsforums des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) und der Hanns-Seidel-Stiftung am 2.7.2010 in München.

Während Dr. Ralf Langejürgen, der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern, in seiner Begrüßungsrede auf den Spannungsbogen zwischen patientengerechter Versorgung und begrenzten finanziellen Ressourcen einging, betonte der Hauptgeschäftsführer der Hanns-Seidel-Stiftung, Dr. Peter Witterauf in seiner Begrüßung, die wachsende Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention als Bausteine einer effizienten Gesundheitspolitik und die Notwendigkeit von vernetztem Denken und Handeln im Gesundheitswesen.

Obwohl aufgrund der Aktualität der Ereignisse und der Tatsache, dass kurzfristig für den Tag der Veran-

staltung zu einem Spitzengespräch ins Kanzleramt geladen wurde, nicht alle Referenten anwesend sein konnten, brachten die Beiträge der anwesenden Experten – unter der geschickten Moderation von Christina Teuthorn vom Bayerischen Rundfunk – dennoch die Komplexität und Vielschichtigkeit der Themenstellung auf den Punkt.



Ralf Langejürgen: Spannungsbogen zwischen patientengerechter Versorgung und knappen Finanzressourcen

Im Folgenden finden Sie eine Zusammenfassung der Kernaussagen der Referenten.

Gesetzliche Krankenversicherung vor großen Herausforderungen

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Die gesetzliche Krankenversicherung wird derzeit mit großen Herausforderungen und großen Unsicherheiten konfrontiert. Es droht im kommenden Jahr ein Defizit von elf Milliarden Euro. Das sind umgerechnet 1,1 Beitragssatzpunkte. Dies ist das größte Defizit, das jemals für die Krankenkassen vorhergesagt wurde. Dieses Defizit ist nicht konjunkturell bedingt, sondern vor allem auf politische Entscheidungen der letzten Legislaturperiode zurückzuführen.

Alle Akteure im Gesundheitswesen müssen sparen

Mit den Maßnahmen auf der Einnahmenseite der GKV allein wird man vermutlich diese Finanzierungslücke nicht schließen können, denn die zusätzliche finanzielle Belastung der Beitragszahler wäre enorm. Das heißt, um nachhaltige Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen geht kein Weg vorbei. Beim Sparen ist nach fester Überzeugung der Ersatzkassen eine breite Solidarität aller Beteiligten notwendig. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind aufgefordert, sich an den Sparbemühungen zu beteiligen.

Das betrifft nicht nur die Arzneimittelversorgung, sondern auch die beiden anderen großen Leistungsberei-

che, nämlich die ärztliche und die stationäre Versorgung. Die Honorarreform für Ärzte hat einem schon vorher insgesamt überdurchschnittlich gut verdienenden Berufsstand eine weitere kräftige Erhöhung der Vergütung beschert. Im Jahr 2009 betrug die Ausgabensteigerung hier 3,5 Milliarden Euro. Die Krankenhausfinanzierungsreform hat die Investitionsdefizite der Länder nicht behoben und Überkapazitäten konserviert. So betrug die Ausgabensteigerung im Krankenhaussektor 2009 rund 3,4 Milliarden Euro. Auch in diesem Jahr steigen die Ausgaben der Krankenkassen in diesen beiden Bereichen weiter. Daher muss das Jahr 2011 ein Jahr des Atemholens, ein Jahr der Nullrunde sein.

Auch das Thema Hausarztzentrierte Versorgung muss im Sparkonzept Berücksichtigung finden. Die Neuregelung in Paragraph 73 b SGB V belastet die Etats der Krankenkassen erheblich, bringt aber für die Versicherten keine spürbare Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung. Im kommenden Jahr werden schätzungsweise zusätzliche Kosten in Höhe von anderthalb Milliarden Euro bei den Krankenkassen entstehen, vorausgesetzt ein Viertel der Versicherten nimmt die HzV-Versorgung in Anspruch. Wenn es der Politik darum ginge, die Hausärzte finanziell zu stärken, dann wäre es wahrscheinlich ein besserer Weg

gewesen, den Kassenärztlichen Vereinigungen wie bereits Mitte der 90er-Jahre zusätzlich Geld für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen. Der Paragraph 73 b in seiner jetzigen Form ist auch ordnungspolitisch ein Problem. Er entwertet die Grundidee der freiwilligen Selektivverträge, in dem er die HzV-Verträge zu Zwangsverträgen macht.

Ermäßigter Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel überfällig

Weitere Einsparungen könnten im steuerlichen Bereich erzielt werden. In Deutschland gibt es sowohl volle als auch ermäßigte Mehrwertsteuersätze. Keinem Bürger kann mehr erklärt werden, warum Schnittblumen zu Zierzwecken mit sieben Prozent, lebensnotwendige Arzneimittel aber mit 19 Prozent besteuert werden. Eine entsprechende Anpassung würde die Ausgaben für Arzneimittel der GKV um etwa drei Milliarden Euro senken – daneben auch die Belastungen der Versicherten für Arzneimittel im Bereich der Selbstmedikation. Nachdem Österreich im vergangenen Jahr entschieden hat, die volle Umsatzbesteuerung auf Arzneimittel abzuschaffen, sollte Deutschland neben Bulgarien und Dänemark nicht das einzige Land in der Europäischen Union sein, das hier das Schlusslicht bildet.

Schon jetzt ist absehbar, dass die von der Koalition geplanten Einsparungen nicht reichen werden, um die Finanzierungslücke zu schließen. Das prognostizierte Defizit von elf Milliarden Euro würde sich durch den einmaligen Steuerzuschuss um zwei Milliarden Euro auf neun Milliarden Euro verringern. Weitere vier Milliarden Euro könnten über die geplanten Einzelmaßnahmen eingespart werden, wovon der Arzneimittelbereich mit erhofften zwei Milliarden Euro (1,5 Milliarden Euro Herstellerabschlag, Erhöhung des Apothekenabschlages auf 2,10 Euro ergibt 100 Millionen Euro sowie Absenkung der Großhandelsmarge 400 Millionen Euro) den größten Teil besteuern soll. Bleibt noch ein Defizit von fünf Milliarden Euro, welches durch Zusatzbeiträge – die nichts anderes sind als die vom Bundesgesundheitsminister geforderte kleine Kopfpauschale – von den Versicherten alleine zu tragen ist. Denn fünf Milliarden Euro bedeuten durchschnittlich rund acht Euro Zusatzbeitrag für jedes Mitglied.

„Weiterentwickelte“ Zusatzbeiträge als Minikopfpauschale

Dadurch gewinnt die Diskussion über das künftige Finanzierungsmodell der GKV eine zusätzliche Brisanz. Da der Vorschlag, die einkommensunabhängige Prämie mit „automatischem“ Sozialausgleich einzuführen, vom Tisch zu sein scheint, zeichnet sich unter den Regierungsparteien in Berlin ein Kompromiss zur Finanzreform der GKV ab. Danach sollen die pauschalen

Zusatzbeiträge „weiterentwickelt“ werden – was in der Praxis nichts anderes bedeutet, als dass die einprozentige Belastungsgrenze nach oben geöffnet wird. Darüber hinaus soll der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben werden.



Thomas Ballast: Dringender Reformbedarf in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Dem Einfrieren des Arbeitgeberanteils stehen die Ersatzkassen kritisch gegenüber. Denn damit wird die Verantwortung der Arbeitgeber für ein effizientes Versorgungssystem schwinden. Darüber hinaus bedeutet das Einfrieren des Arbeitgeberanteils nichts anderes als einen weiteren Schritt zu einem Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung und einem Nachgeben der alten Arbeitgeberforderung nach Auszahlung der Sozialbeiträge an den Arbeitnehmer. Langfristig stellt dies aber eine Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt dar. Deshalb fordern die Ersatzkassen nachdrücklich, dass die paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung möglichst weitgehend wiederhergestellt werden muss. Die Ersatzkassen bevorzugen ein einkommensbezogenes System, bei dem auch gewährleistet sein muss, dass der Arbeitgeberanteil nicht ein für allemal auf seinen jetzigen Niveau festgeschrieben wird. Es muss einen Anpassungsmechanismus geben, damit bei entsprechender wirtschaftlicher Entwicklung und Kostensteigerungen nicht ausschließlich der Versicherte derjenige ist, der die Kosten trägt.

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Leider hat die Auseinandersetzung über die Deckung des GKV-Defizits 2011 alle weiteren Themen von der gesundheitspolitischen Agenda verdrängt. Relevante Strukturprobleme der medizinischen Versorgung warten auf mittel- und langfristige Lösungen. Vor allem das Thema Wettbewerb bleibt weitgehend außer Acht. Momentan weist das Wettbewerbinstrumentarium große Lücken auf. Neben den Rabattverträgen im Arzneimittelbereich gibt es noch die integrierte Versorgung. Die Erwartungen und Forderungen der Ersatzkassen in Bezug auf den Kassenwettbewerb sind klar.

Die mit dem GKV-WSG erweiterten Vertragsmöglichkeiten enthalten bereits viele Instrumente für einen Wettbewerb um verbesserte Versorgung im Interesse der Versicherten. Dabei bilden die Kollektivverträge die Grundlage und Basis der flächendeckenden Versorgung. Perspektivisch ist eine weitere Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten, insbesondere in den stationären Sektor hinein erforderlich, um besondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern. Vorausset-

zung dafür sind flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen (Budgetbereinigung etc.), die die Anreize für die Wettbewerbsteilnehmer setzen. Dabei darf es aber nicht – wie in der hausarztzentrierten Versorgung – dazu kommen, dass ein Monopol gegen ein anderes ausgetauscht wird. Mit Monopolisten lassen sich keine Qualitätsverbesserungen erzielen – weder regional noch überregional.

Wettbewerb braucht auch gleichlange Spieße. 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 Schiefelage steht einem funktionierenden Wettbewerb entgegen und muss ausgeglichen werden. Hierzu haben die Ersatzkassen gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einen zukunftstauglichen Vorschlag gemacht.

Die gleichlangen Spieße braucht es aber auch im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. Dazu bedarf es einer Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), der in seiner jetzigen Ausgestaltung zu unverhältnismäßigen Verwerfungen geführt hat. Durch die Prävalenzgewichtung des Bundesversicherungsamts wurden weit verbreitete Volkskrankheiten in den Vordergrund gerückt. Eng abgrenzbare, schwere und teure Krankheiten wurden hingegen vernachlässigt. Die Erfahrungen aus dem ersten Jahr des morbiditätsorientierten RSA haben gezeigt, dass hierdurch finanzielle Verwerfungen entstehen können, die allein schon die Notwendigkeit der Erhebung von Zusatzbeiträgen nach sich ziehen können.

Reform des Morbi-RSA notwendig

Die Ersatzkassen schlagen daher eine Reform des Morbi-RSA mit dem Ziel vor, diesen auf das notwendige Maß zu reduzieren, ihn zu vereinfachen und manipulationsunanfälliger zu gestalten. Dazu ist es notwendig, die Krankheitsauswahl für den Morbi-RSA auf die 50 teuersten Krankheiten, gemessen an den mittleren Leistungsausgaben je betroffenen Versicherten, zu begrenzen. Zur besseren Abdeckung der Kosten von Hochrisikofällen ist ein flankierender Hochrisikopool mit einem Schwellenwert von 50 Tausend Euro und einem Selbstbehalt von 20 Prozent einzuführen. Der RSA kann mit diesem Vorschlag auf das notwendige Maß reduziert werden. Gleichzeitig kann damit ein Bei-

trag zur Verringerung der Komplexität des Verfahrens geleistet werden.

Neue Versorgungsformen und -strukturen schaffen

Langfristig braucht unsere Gesellschaft ein verändertes Versorgungsspektrum im Gesundheitswesen. Schon heute spricht man von „einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Heute werden demografische Fragen häufig unter Kostengesichtspunkten diskutiert. Da werden Ausgabensteigerungen in der GKV unkritisch mit dem demografischen Wandel begründet, um ein im Ergebnis dramatisches Zukunftsbild zu entwerfen. Ein Bild, das im Zweifel dazu dienen soll, monetäre oder berufsständische Gegenwartsinteressen durchzusetzen.

Richtig ist: Seit den 70er-Jahren übersteigt die Sterberate in Deutschland die Geburtenrate. Seit Beginn der 90er-Jahre steigt zudem die Lebenserwartung kontinuierlich an. Zurzeit sind in Deutschland 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. 2030 werden es 22 Millionen sein; bei insgesamt schrumpfender Bevölkerung. Häufig werden die Menschen gleichzeitig mehrere Erkrankungen haben. Das erfordert eine stärker geriatrisch ausgerichtete Versorgung. Deshalb gilt es, rechtzeitig geeignete Versorgungskonzepte zu entwickeln, die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen und auch Prävention im Alter neu zu denken.

Alte Menschen brauchen daneben aber auch eine andere Ansprache. Demenzerkrankungen, eingeschränkte Beweglichkeit und verlängerte Reaktionszeiten der Patienten müssen von Ärzten wie Pflegekräften berücksichtigt werden und stellen insofern neue Herausforderungen an das medizinisch-pflegerische Personal. Auf Seiten der Pflegeversicherung bedeutet dies aber auch eine entsprechende Anpassung des Pflegebegriffes. Bereits bei einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und nicht erst beim Erreichen einer somatisch bedingten Einschränkung muss den Pflegebedürftigen geholfen werden. Man muss heute die Weichen stellen, um den Herausforderungen von morgen Rechnung tragen zu können. Dieser Verantwortung können wir uns nicht entziehen.



Interessiert und gespannt – Teilnehmer des Gesundheitsforums erwarten Antworten auf brennende Fragen

Gesundheitspolitik mit bayerischer Handschrift

Michael Höhenberger, Ministerialdirektor im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit

Ministerialdirektor Michael Höhenberger, der dankenswerterweise kurzfristig für den Bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder einsprang, wies in seinem Beitrag darauf hin, dass die Diskussion der letzten vier Monate über die Finanzierung des Gesundheitswesens bei den Menschen, die dieses Gesundheitssystem gerne in Anspruch nehmen, auch Unsicherheit ausgelöst habe. Man sollte nicht nur die Probleme, sondern auch die Stärken des Gesundheitswesens hervorheben. Michael Höhenberger unterstrich, dass das deutsche Gesundheitswesen ein Teil des sozialen Friedens in unserem Land sei, und da spiele auch die Frage der Menschlichkeit eine entscheidende Rolle. Das Solidaritätsprinzip sei der Grundpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung und stehe nicht zur Disposition, betonte Michael Höhenberger.

Mehr Regionalität in der Gesundheitsversorgung

Seine Kernforderung war die nach mehr Regionalität in der Gesundheitsversorgung. Man brauche wieder mehr regionale Verantwortung, damit auf die Bedürfnisse der Menschen vor Ort besser eingegangen werden könne. In diesem Zusammenhang verwies Michael Höhenberger auf die Unterschiede in der Kostenstruktur der Bundesländer. Daher könne die Forderung gleicher Lohn für gleiche Arbeit nicht uneingeschränkt gelten. Man habe in Bayern höhere Einkommen und eine höhere Beschäftigungsquote, dadurch werden auch deutlich höhere Beitragsmittel von den Bürgerinnen und Bürgern Bayerns in die Sozialsicherungssysteme einbezahlt. Der Freistaat leiste einen immensen Beitrag zur innerdeutschen Solidarität. Laut Michael Höhenberger belief sich der Mittelabfluss aus Bayern 2008 auf 1,5 Milliarden Euro und 2009 auf 1,66 Milliarden Euro. Daher gebe es keinen Grund, sich über die mangelnde Solidarität Bayerns zu beklagen.

Michael Höhenberger kritisierte die hohen Verwaltungskosten, die durch die Erhebung des pauschalen Zusatzbeitrages entstehen. Sie liegen nach seiner Aussage bei 25 Prozent, da ein Viertel derjenigen, die die Zusatzbeiträge zu zahlen hätten, sie nicht zahlen. Deshalb kam der Vorschlag aus Bayern, die Zusatzbeiträge zukünftig prozentual zu erheben. Es sei schneller, unbürokratischer und gerechter. Dadurch würden die Versicherten nicht zu Bittstellern, da in der prozentualen Erhebung des Zusatzbeitrages bereits die solidarische Komponente enthalten sei. Und die Krankenkassen wären dann nicht auf ein kompliziertes und teures Mahn- und Einzugsverfahren angewiesen.

Eckpfeiler der bayerischen Gesundheitspolitik

Abschließend zählte Michael Höhenberger die wesentlichen Eckpfeiler der Gesundheitspolitik mit bayerischer Handschrift auf.



Michael Höhenberger:
Mehr Regionalität

1. Wichtig ist, die Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung anzugehen. Mit den Einsparungen im Arzneimittelbereich habe man begonnen. Ein weiterer Schritt soll der Abbau der Bürokratie sein. Das Bundesministerium für Gesundheit beziffert die Bürokratiekosten im gesamten System auf 20 Milliarden Euro. Diese müssen kritisch unter die Lupe genommen werden.
2. Die GKV-Finanzierung muss nachhaltig gesichert und solidarisch ausgestaltet werden.
3. Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige medizinische Versorgung im Freistaat muss gesichert werden.
4. Ein zentrales Thema bleibt die Regionalisierung der medizinischen Versorgung. Im Zusammenhang mit der Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs fordert Bayern einen regionalen Faktor als Zuschlag für Hochlohnländer.
5. Die Bedarfsplanung muss überarbeitet und zielorientierter werden.
6. Es muss Ärzten mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung stehen. Reglementierung und Dokumentationspflichten müssen auf das notwendige Maß zurückgeführt werden, damit sich der Arzt auf das Therapiegespräch konzentrieren kann.
7. Die Honorarordnung muss kritisch hinterfragt werden. Die regionalen Faktoren müssen stärker berücksichtigt werden. Man braucht ein einfaches verständliches Vergütungssystem.
8. Bayern braucht leistungsfähige Krankenhäuser. Das Krankenhausvergütungssystem muss fortentwickelt werden. Geriatrische Versorgung und Palliativ-Medizin müssen ausgebaut werden.
9. Die Prävention muss stärker gefördert werden. Denn wer Prävention fördert, spart dauerhaft Behandlungskosten.
10. Um die Versorgung der Patienten auch dauerhaft zu sichern, plädiert der Freistaat für einen weiteren Ausbau der Versorgungsforschung.

Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen steigern

Prof. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Der Hauptgrund für die Entstehung der Defizite in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Tatsache, dass sich die beitragspflichtigen Einnahmen seit Jahren wesentlich schwächer als das Bruttoinlandsprodukt entwickeln. Auch wenn die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung genauso stark wachsen würden wie das Bruttoinlandsprodukt, selbst dann müssten die Beiträge im alten System steigen, weil die Finanzierungsbasis implodiert. Parallel dazu kommt es zu laufenden Ausgabensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung.

Es ist zwar bislang gelungen, die Steigerung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung mit vielen Reformen und Kostendämpfungsmaßnahmen unter die Wachstumsrate des Bruttoinlandsproduktes (BIP) zu drücken. Dennoch besteht ein Dilemma weiter: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung steigen nicht stärker als das BIP, jedoch stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen. Das heißt, wir brauchen eine andere Finanzierungsbasis, sonst werden die Beitragssätze künftig zwangsläufig ständig steigen.

Auf der Ausgabenseite gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten, Effizienz- und Effektivitätsreserven zu heben. Zum einen innerhalb der einzelnen Leistungsarten (im Arzneimittelbereich, im Krankenhauswesen, in der ambulant niedergelassenen Medizin) und zum anderen an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Wirrwarr durch die Reglementierung im Arzneimittelsektor

Im Arzneimittelbereich gibt es beispielsweise eine große Zahl von Ineffizienzen und Ineffektivitäten. Der Arzneimittelbereich wird inzwischen mit über 25 Regulierungsinstrumenten reglementiert. Die Lage ist fast nicht mehr überschaubar. Allein bei den Ärzten setzt man elf Regulierungsinstrumente an, während international die Regulierung eher beim Hersteller ansetzt. Man sollte die Ärzte von der Aufgabe, auch noch die Arzneimittelausgaben zu regulieren, befreien, dann hätten sie mehr Zeit für das, was sie ureigentlich gelernt haben.

Es ist höchste Zeit, das Dickicht der Regulierungsinstrumente im Arzneimittelsektor zu lichten. So gibt es eine Zuzahlungsbefreiungsgrenze von einem bzw.

zwei Prozent des Einkommens. Zugleich gibt es noch eine Zuzahlungsbefreiungsgrenze, wenn sich ein Patient ein Arzneimittel

verschreiben lässt, dessen Preis ein Drittel unter dem Festbetrag liegt. In den Wahlтарifen gelten andere Zuzahlungsregeln. Und dann gibt es noch Rabattverträge und weitere Regulierungsinstrumente, die eine Vielzahl von gegenläufigen Auswirkungen nach sich ziehen. Die gesetzten Ziele ließen sich mit wesentlich weniger Regulierungsinstrumenten besser erreichen.

Zukünftige Entwicklung an der Sektorenschnittstelle

Die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärzte wird zukünftig weiter zunehmen. Einerseits durch Hausärzte vor dem Hintergrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft. Andererseits dadurch, dass man künftig immer mehr Leistungen ambulant erbringen kann. Der medizinisch-technische Fortschritt und die Tatsache, dass die Menschen im Alter immer rüstiger werden, machen es möglich. Heutzutage können bei 70-Jährigen Operationen ambulant durchgeführt werden, die vor 30 oder 40 Jahren technisch nicht möglich waren. Folglich wird der klassische stationäre Sektor künftig relativ zurückgehen.

Selektivverträge sind freiwillige Verträge

Eine zentrale Frage an der Schnittstelle ambulant-stationär wird sein, in welchen Konstellationen die niedergelassenen Fachärzte mit den Krankenhäusern in Bezug auf die ambulante Behandlung in Wettbewerb oder in Kooperation treten können.

Der Wettbewerb zwischen den selektiven und kollektiven Vertragsmodellen soll offen gestaltet werden. Die Einführung selektiver Verträge hat die Kollektivverträge und die Kollektivvertragspartner schon flexibler gemacht und manche verkrustete Strukturen aufgebrochen. An dieser Stelle soll ein ordnungspolitischer Aspekt der Verträge über die Hausarztzentrierte Versorgung betont werden: sie sollen freiwillig geschlossen werden. Die Vertragsfreiheit bedeutet auch die Option, keine Verträge zu schließen. Es widerspricht der Idee der selektiven Verträge, bestimmte Partner zu Vertragsabschlüssen zu zwingen. Und noch obsku-



Eberhard Wille: Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen steigern

rer wird es, wenn die sich nicht einigen und Dritte dann den Vertragsinhalt für sie festlegen.

Eine wichtige Rolle bei der Gestaltung der medizinischen Versorgung bekommen Selektivverträge. Ihr grundlegendes Ziel ist einmal die Schaffung von Wettbewerb, der effizienz- und effektivitätsfördernd ist. Das zweite Ziel ist die integrierte Versorgung. Das heißt, man versucht, an der Schnittstelle ambulant-stationär die Abschottung beider Bereiche zu verhindern.

Außer den Selektivverträgen gibt es Modellvorhaben, die integrierten Versorgungsformen, die hausarztzentrierte Versorgung, die strukturierten Behandlungsprogramme, die sogenannten DMP-Programme und zuletzt die besondere ambulante Behandlung im Krankenhaus. Das heißt, es gibt inzwischen eine Fülle von Möglichkeiten vom Kollektivvertrag abzuweichen. Auch Krankenhäuser haben in den letzten Jahren schrittweise mehr Möglichkeiten bekommen, die Leistungen an der Schnittstelle ambulant-stationär anzubieten. Ein jüngeres Beispiel sind die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Der Anteil der MVZ in der Trägerschaft der Krankenhäuser stieg 2009 auf 40 Prozent.

Unterschiedliche Rahmenbedingungen schaffen Probleme

Der Grund, warum es eine Menge Ineffizienz und Ineffektivitäten an der Schnittstelle ambulant-stationär gibt, liegt nicht daran, dass die notwendigen Gestaltungsmöglichkeiten und -instrumente fehlen, sondern daran, dass die Rahmenbedingungen nicht stimmen. Im ambulanten und im stationären Bereich herrschen völlig unterschiedliche Rahmenbedingungen, die einen effizienz- und effektivitätsfördernden Wettbewerb an der Schnittstelle verhindern.

Eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an den Sektorenschnittstellen ist dringend geboten. Man braucht gleiche Leistungsdefinition sowie gleiche Qualitätsstandards, die von gleichen Institutionen kontrolliert werden. Es gibt eine unterschiedliche Vergütung, einmal nach DRG und einmal nach dem EBM. Die Investitionen der Krankenhäuser werden von den Län-

dern finanziert, wenn auch mehr schlecht als recht. Die ambulanten Ärzte müssen dagegen ihre Infrastruktur selbst finanzieren. Und es gibt schließlich noch unterschiedliche Genehmigungsverfahren bei neuen Behandlungsmethoden. Im Krankenhaus gilt das Verbots-Prinzip, das heißt, da darf alles gemacht werden, was nicht verboten ist, und im ambulanten Sektor gilt das Genehmigungsprinzip. Das führt zu der paradoxen Situation, dass die Einführung eines neuen Verfahrens im ambulanten Sektor im Grunde genommen verhindert werden kann, wenn dieses Verfahren in keinem Krankenhaus evaluiert wurde.

GKV-Finanzreform unumgänglich

Eine Finanzierungsreform der GKV ist unumgänglich. Auch wenn es der Bundesregierung gelingt, von elf Milliarden Euro Defizit etwa die Hälfte durch Sparmaßnahmen zu decken, bleiben nach dem Abzug des Steuerzuschusses von zwei Milliarden Euro immer noch drei bis vier Milliarden Euro Defizit im Jahr 2011 übrig. Im Jahr 2010 werden bereits viele Krankenkassen ihre Rücklagen benötigen, um keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Das Jahr 2012 wird in vieler Hinsicht noch kritischer als 2011, denn dann läuft der Steuerzuschuss aus.

Selbst wenn die Wirtschaft besser anspringt, wird die GKV-Finanzierung auf Dauer ein Problem bleiben. Wir werden nicht umhinkommen, zu einem anderen Finanzierungssystem überzugehen. Hüten sollten wir uns dabei vor negativ besetzten Begriffen wie „Kopfpauschale“. Die Dinge sollten nicht nach ihrem Namen, sondern nach ihrer Funktion beurteilt werden. Deshalb sollte hier eher von einem pauschalierten Solidarbeitrag gesprochen werden. Der Charme der pauschalierten Solidarbeiträge liegt in der Finanzierung des Sozialausgleichs durch die Einkommenssteuer, dadurch wird die Lastenverteilung gerechter als im jetzigen System. Er ist auch nachhaltiger als die heutige Finanzierung, wenn man es richtig macht. Sollte aber die Koppelung mit der Einkommenssteuer aufgegeben werden, dann sollte lieber gleich auf die Einführung der Kopfpauschale verzichtet und alles beim Alten gelassen werden.

Fazit

Die Veranstaltung machte deutlich, dass mit der Erhöhung der Beitragssätze und der punktuellen Reduzierung von Ineffizienzen in den medizinischen Versorgungsstrukturen keine Weichen für eine nachhaltige Gesundheitspolitik gestellt werden können. Allenfalls wird etwas Zeit gewonnen. Die großen Aufgaben zur Reform des Gesundheitswesens liegen weiterhin vor uns. Es bedarf, wie Thomas Ballast ausführte, eine permanente

Bereitschaft zur schnellen Veränderung und den Willen, alte Strukturen abzubauen ohne den Grundgedanken der Solidarität zu gefährden.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Bayern des vdek
 Arnulfstr. 201 a · 80634 München
 E-Mail: LV_Bayern@vdek.com
 Telefon: 0 89 / 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 / 55 25 51-14
 Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen