

Vorschläge des vdek für Sofortmaßnahmen und Reformbausteine in der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Bundestagswahl 2009

Vorbemerkung

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. Um dieses auch in Zukunft zu gewähren müssen die zentralen Prinzipien der GKV beibehalten werden und eine nachhaltige Finanzierung sichergestellt werden. Die sich in diesem Jahr abzeichnende angespannte finanzielle Lage der GKV muss möglichst schnell mit geeigneten Mitteln abgefedert werden. Zu erwarten ist, dass die GKV im Jahre 2009 ein Defizit von 2,3 Mrd. Euro haben wird. Für das Jahr 2010 wird dieses Defizit auf voraussichtlich 7,4 Mrd. Euro anwachsen¹. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die neue Bundesregierung dem dadurch gestiegenen Handlungsdruck mit Sofortmaßnahmen entgegenwirken wird. Diese Sofortmaßnahmen werden in erster Linie auf Kostendämpfung ausgerichtet sein bzw. dazu dienen, die Einnahmerückgänge aufzufangen.

A Sofortmaßnahmen

1. Finanzierung

Die Krankenkassen erhalten bei der Festlegung des prozentualen Zusatzbeitragsanteils der Versicherten bei grundsätzlicher Beibehaltung des derzeitigen Einzugsverfahrens weitgehende Autonomie. Die 1%-Grenze entfällt.

- Abschaffung des pauschalen Zusatzbeitrages und nur noch Erhebung eines prozentualen Beitrages zur Vermeidung von Bürokratiekosten in Höhe von 500 Mio. Euro nach folgendem Verfahren: Der Beitrag wird für alle Kassen prozentual erhoben und auf den „Sonderbeitrag“ der Versicherten aufgeschlagen. D. h., eine Krankenkasse, die künftig mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt, wird von ihren Versicherten einen entsprechend erhöhten Sonderbeitrag erheben.

Der gesamte Krankenversicherungsbeitrag, inkl. des allein von den Versicherten zu tragenden prozentualen Sonderbeitrages, wird in bewährter Form

im Quellenabzugsverfahren von den Arbeitgebern und den anderen Beitrag zahlenden Stellen eingezogen. Die Beiträge aus dem allgemeinen einheitlichen Beitragssatz sind vollständig an den Gesundheitsfonds abzuführen. Darüber hinausgehende kassenindividuelle Zusatzbeiträge verbleiben bei den Krankenkassen.

- Abschaffung der 1%-Regelung beim Zusatzbeitrag, wonach dieser bisher auf 1 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt ist.

Die im Jahr 2009 dem Gesundheitsfonds gewährten Darlehen werden in einen Bundeszuschuss umgewandelt.

- Umwandlung des 2009 vorgesehenen Darlehens zum Ausgleich der Einnahmeausfälle in einen Bundeszuschuss. (Da die Mittel bereits im Haushalt 2009 verankert sind, müssen keine zusätzlichen Steuermittel aufgebracht werden; Rückzahlung in 2011 fällt weg)

2. ambulante Versorgung

- Neuausrichtung des § 73b SGB V als Kann-Bestimmung und damit kein verpflichtender Abschluss von Verträgen zur hausärztlichen Versorgung zur Vermeidung von neuen, den Wettbewerb aushebelnden Monopolen.

B Bausteine für eine Gesundheitsreform

1. Finanzierung

Ab dem Jahr 2010 fließt ein festgelegter, transparenter Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds.

- Statt 2012 wird bereits im Jahre 2010 der bisher festgelegte Höchstbetrag von 14 Mrd. Euro an Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds eingezahlt. (Bisher ist für 2010 ein Bundeszuschuss von 11,8 Mrd. Euro vorgesehen; dies würden im Jahre 2010 2,2 Mrd. Euro mehr an Steuermitteln für den Bundeszuschuss bedeuten.)

Für ALG II-Empfänger wird ein kostendeckender Beitrag von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt.

- Kostendeckender Beitrag für ALG-II-Empfänger (Derzeit werden 1 24,32 Euro gezahlt. Es müssten ca. 250 Euro sein; dies würde zu Mehreinnahmen von ca. 4,3 Mrd. Euro führen.)

Der Mehrwertsteuersatz bei Arzneimitteln wird auf den reduzierten Satz von 7 % festgelegt.

- Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln (geschätzte Minderausgaben von 3,2 Mrd. Euro).

2. Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA)

Die Weiterentwicklung des Morbi-RSA könnte unter folgenden Schwerpunkten (Überschriften) weiter diskutiert werden:

1. systematische Überarbeitung hin zu mehr Finanzierungsgerechtigkeit und ausgeglichenen Wettbewerbschancen
2. grundlegende Überprüfung der Krankheitsauswahl und der Aufgreifkriterien zur zielgenauen Ermittlung der morbiditätsorientierten Zuschläge
3. im Rahmen einer grundlegenden Refrom ist ein ergänzender Hochrisikopool zum Ausgleich besonders kostenintensiver Versicherter vorzusehen.

3. ambulante ärztliche/zahnärztliche Versorgung

Kollektivverträge bilden die Grundlage einer flächendeckenden Versorgung. Der dem Wettbewerb innewohnende Suchprozess um bessere Versorgungslösungen erfolgt durch ergänzende Selektivverträge. Die Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten ist erforderlich, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern.

- Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten durch flankierende gesetzliche Rahmenbedingungen (insbesondere Budgetbereinigung)
- Angleichung der Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen an das Vergütungsniveau der Primärkassen (außer Zahnersatz, weil bereits realisiert).

- Bei der Umsetzung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ist klarzustellen, dass die Bereitstellung der GKV-Finanzmittel anhand der Morbidität der Versicherten erfolgen muss und nicht anhand historischer allein durch Inanspruchnahme gebildeter Honorarmengen, die die unterschiedliche Morbidität der Versicherten nicht abbilden.

4. Arzneimittelbereich

- Kostenbegrenzung bei den therapeutischen Solisten und den me-too-Präparaten durch die sogenannte vierte Hürde.

5. Krankenhausbereich

Die Landesbasisfallwerte dürfen nicht ausschließlich kostenorientiert fortgeschrieben werden, da die steigende Produktivität dabei nicht berücksichtigt wird. Das mit dem KHRG eingeführte Warenkorbkonzept muss deshalb grundsätzlich überdacht werden.

- Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) ist vorgesehen, dass das Statistische Bundesamt aus einem Bündel für die Entwicklung der Kosten im Krankenhausbereich relevanter Größen ("Krankenhaus-Warenkorb") einen Orientierungswert ableiten soll, der im folgenden als Bezugsgröße zur Weiterentwicklung der Landesbasisfallwerte und damit der Krankenhausbudgets dient (§ 10 Abs. 6 KHEntgG). Eine an Kostengrößen angelehnte Fortschreibung der Landesbasisfallwerte negiert die sich im Krankenhausbereich vollziehenden Produktivitätsfortschritte und führt im Ergebnis das Selbstkostendeckungsprinzip wieder ein. Dies gefährdet die wettbewerblichen Ansätze der letzten Jahre für mehr Qualität und Effizienz in der stationären Versorgung. Anstelle der Entwicklung eines neuen Orientierungswerts für Krankenhäuser wird die grundsätzliche Bindung an die Grundlohnsummenrate nach § 71 SGB V wieder eingeführt.