

Meilensteine für die nächste Gesundheitsreform

von Dr. Thomas Drabinski

GESUNDHEITSPOLITISCHER SCHERBENHAUFEN (OHNE RANGORDNUNG)

- ▶ **Gesundheitsfonds+Zusatzbeiträge:** bisherige Struktur behindert Wettbewerb
- ▶ **morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA):** verzerrende Verteilungswirkungen durch Vorgaben des Gesetzgebers zum BVA-Versichertenklassifikationsmodell (z.B. 80 Krankheiten, keine Regionalisierung)
- ▶ **Konvergenzklausel nach § 272 SGB V:** regionale Verluste führen zur Einschränkung der Versorgung in mehreren Bundesländern
- ▶ **Honorarreform im vertragsärztlichen Bereich:** wegen der Zentralisierungstendenz auf Grundlage des GKV-WSG als gescheitert zu bewerten
- ▶ **Möglichkeiten einer Regionalisierung der Versorgungsangebote:** nur noch marginale Gestaltungsspielräume aufgrund zentralstaatlicher Vorgaben
- ▶ **Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung:** gefährdet
- ▶ **Anreizwirkungen der Praxisgebühr:** gescheitert
- ▶ **Transparenz für Patienten und Versicherte (z.B. durch Kostenerstattung):** von Gesetzgeber und gesetzlichen Krankenkassen behindert
- ▶ **Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen:** aufgehoben
- ▶ **Krankenhauswettbewerb, -investitionen und -finanzierung:** kein schlüssiges Gesamtkonzept vorhanden
- ▶ **Selektivverträge und Versorgungsmanagement:** nur Vorüberlegungen
- ▶ **Arzneimittel:** unabgestimmtes Nebeneinander zahlreicher Preis-, Mengen- und Innovationszugangs-Regulierungen
- ▶ **Planungssicherheit des Gesetzgebers durch gesicherte Gesundheitsdaten:** nicht vorhanden
- ▶ **methodisch-empirisches Daten-Know-how (z.B. für Finanzierungsfragen) auf Seiten des Gesetzgebers:** nicht vorhanden
- ▶ **Masterplan für Gesundheitssystem als wichtigstem Sektor der deutschen Wirtschaft:** kein marktwirtschaftliches Konzept vorhanden
- ▶ **Leistungskatalog:** hilflose Diskussion um Rationierung und Regelversorgung
- ▶ **Ausweitung bewährter Vergütungssysteme (z.B. Festzuschüsse) auf andere Sektoren:** nicht umgesetzt
- ▶ **Ausweitung ordnungs- und industriepolitisch nicht bewährter Vergütungssysteme (z.B. Ausschreibungen):** intensiviert
- ▶ **Wettbewerb zwischen GKV und PKV:** blockiert
- ▶ **Wettbewerb in der PKV (Stichwort „Portabilität der Altersrückstellung“):** Unbeweglichkeit
- ▶ **Honorarreformen im privatärztlichen Bereich (GOZ, GOÄ):** bisher gescheitert bzw. zu langsam umgesetzt
- ▶ **Schaffung asymmetrischer Informations- und Verhandlungssituationen durch Marktkonzentration (Krankenkassen, Krankenhäuser):** verstärkt
- ▶ **Etablierung eines nachhaltigen und generationengerechten Finanzierungs- und Versorgungssystems:** Fehlanzeige
- ▶ **Qualität in der Versorgung:** intransparent und unschlüssig
- ▶ **elektronische Gesundheitskarte und Telematik-Infrastruktur:** Chaos

CDU, CSU UND FDP stehen vor einem gesundheitspolitischen Scherbenhaufen, der in der nebenstehenden Liste detailliert beschrieben wird. Diese ließe sich mühe-los fortsetzen. Zur Systematisierung der Inhalte bietet es sich an, das Gesundheitssystem (GKV und PKV) in vier Untersysteme einzuteilen:

- ▶ Finanzierungssysteme
- ▶ Anreizsysteme
- ▶ Vergütungssysteme
- ▶ Versorgungssysteme

ORDNUNGSPOLITISCHE ZIELKOORDINATEN

Um den Reformprozess in Gang zu setzen, sind die einzelnen Untersysteme zunächst mit den Status quo-Inhalten und -Problembereichen zu füllen und zu bewerten. Nach der Identifikation sind den Problembereichen mögliche Lösungsansätze gegenüberzustellen, Machbarkeitsstudien zu erstellen und um einen zeitlichen Fahrplan zu erweitern.

Um nicht ordnungs-, gesundheits- und versorgungspolitisch in die Irre zu laufen, werden die folgenden vier Zielkoordinaten für die ordnungspolitische Neujustierung von GKV und PKV vorgeschlagen:

- ▶ Intensivierung des Wettbewerbs
- ▶ Verbesserung der Nachhaltigkeit
- ▶ Stärkung der Anreizstrukturen
- ▶ Sicherung einer effizienten Allokation

Wichtigster Reformpunkt der gesundheitspolitischen Agenda ist die Überarbeitung des Gesundheitsfonds, der mit den Finanzierungselementen bundesweit einheitlicher Beitragssatz, Zuweisungssystem des BVA (Morbi-RSA) und Zusatzbeiträge der Krankenkassen eng verknüpft ist. Im Fol-

Das Gesundheitswesen braucht intensiveren Wettbewerb, mehr Nachhaltigkeit, verbesserte Anreizstrukturen und eine effizientere Ressourcenallokation.

genden soll ein Reformvorschlag zur Intensivierung des Wettbewerbs im GKV-Finanzierungssystem vorgestellt werden, in dessen Zentrum die Neujustierung des Zusatzbeitrags als wettbewerblicher, pauschaler Zusatzbeitrag steht.

REDUKTION DES GESUNDHEITSFONDS AUF SEINE KERNFUNKTIONEN

Es wird vorgeschlagen, den bundesweit einheitlichen Beitragssatz von heute 14,9 Prozent auf 7 Prozent zu senken. Dieser Beitragssatz gilt für Arbeitgeber und sonstige Träger der Sozialversicherung. Über den Beitragssatz von 7 Prozent werden Beiträge in Höhe von ca. 77,7 Mrd. Euro generiert (alle Werte bereits für 2010).



Finanzierungsvorschlag: Die Versicherten zahlen einen pauschalen Beitrag, begrenzt auf bis zu 9 % des Familieneinkommens. FOTO: BILDERBOX - FOTOLIA.COM

Zusammen mit Steuern und anderen Finanzmitteln (15,7 Mrd. Euro) verfügt der neue Gesundheitsfonds dann über ein Volumen von 93,4 Mrd. Euro.

Die Verwendung der Gelder im Gesundheitsfonds ist an sozialen Anforderungen ausgerichtet: Es wird vorgeschlagen, 2/3 der Finanzmittel (62,3 Mrd. Euro) für den sozialen Ausgleich (Einkommensschwache und Kinder) einzusetzen. Weitere 20,7 Mrd. Euro sollten für den RSA und weitere 10,4 Mrd. Euro für einen erweiterten

Sozialausgleich bereitgestellt werden.

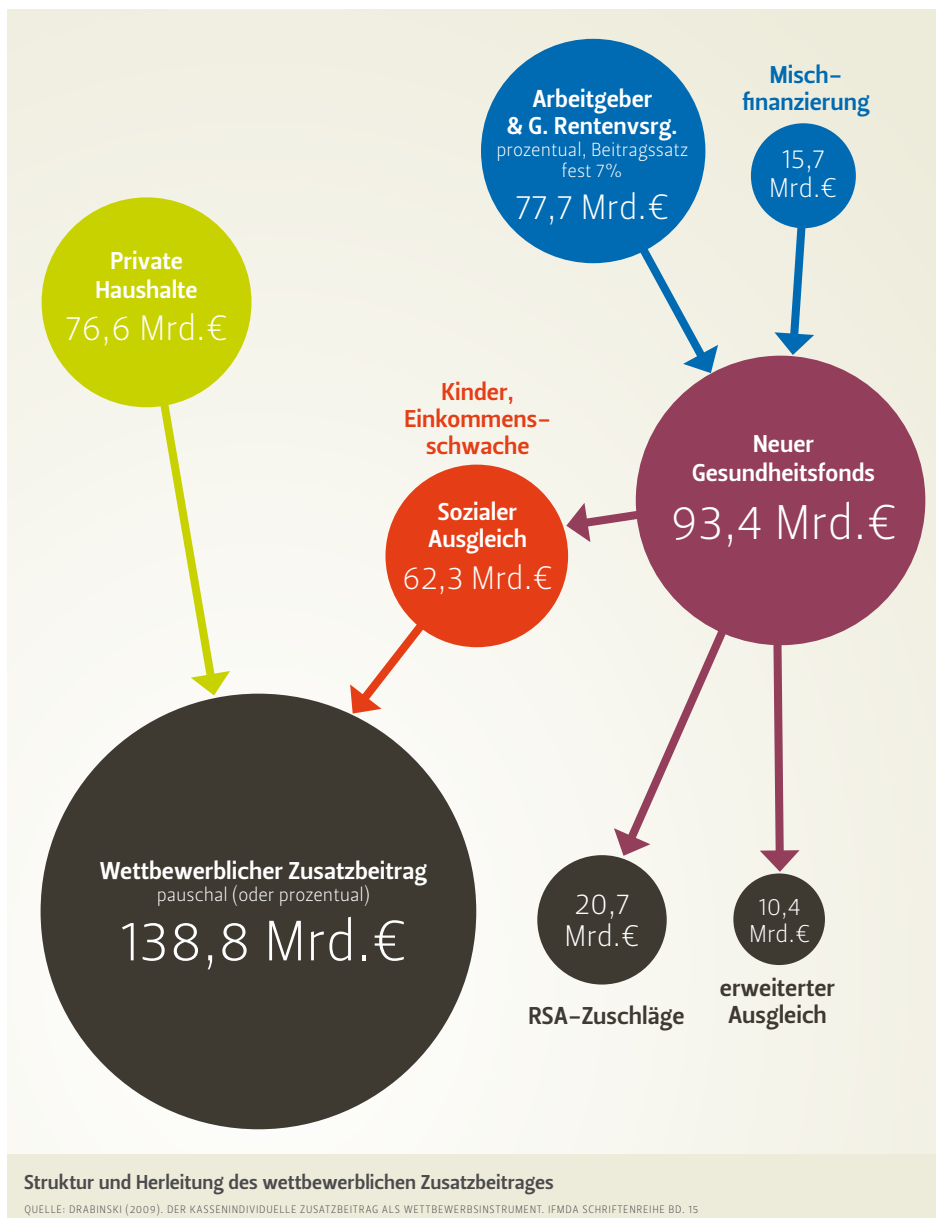
PAUSCHALER ZUSATZBEITRAG

Auf dieser Basis wird dann der pauschale Zusatzbeitrag umgesetzt. Derzeit finanzieren Arbeitnehmer und andere Personen in privaten Haushalten GKV-Beiträge in Höhe von 76,6 Mrd. Euro. Werden hierzu die 62,3 Mrd. Euro des sozialen Ausgleichs hinzurechnet, verfügt der pauschale Zusatzbeitrag über ein Budget von 138,9 Mrd. Euro. Das sind monatlich 167 Euro je

Versicherten, die im pauschalen Zusatzbeitrag im Durchschnitt von jedem bzw. für jeden Versicherten gezahlt werden müssen.

Die pauschalen Zusatzbeiträge von Kindern und Einkommensschwachen werden vollständig über den sozialen Ausgleich sowie über den erweiterten Sozialausgleich des Gesundheitsfonds finanziert. Einen Überblick gibt die folgende Abbildung.

Für alle anderen Personen und Familien wird eine prozentuale Belastungsgrenze umgesetzt: Kein privater Haushalt wird mit mehr als 9 Prozent seines Familieneinkommens mit Beiträgen zur GKV belastet. Einkommensstarke Personen und Familien





Verhandlungspartner Ursula von der Leyen (Leiterin der Verhandlungsgruppe Gesundheit), Dr. Philipp Rösler (Verhandlungsführer der FDP und designierter Bundesgesundheitsminister), Annette Widmann-Mauz (CDU), Markus Söder (CSU): Wichtigster Reformpunkt der gesundheitspolitischen Agenda ist die Überarbeitung des Gesundheitsfonds. FOTOS (V.L.N.R.): DIRK VORDERSTRASSE (CC), DR. PHILIPP RÖSLER, MARCO URBAN, CHRISTIAN HORVAT (CC)

zahlen dann monatlich einen Beitrag in Höhe von durchschnittlich 167 Euro je Erwachsenen. Die Beiträge von einkommensschwachen Personen und Familien werden durch die 9 Prozent-Belastungsgrenze gekappt. Insgesamt verfügt dann jeder GKV-Versicherte über ein „Guthaben“ von 167 Euro.

KOPPLUNG MIT DEM RSA

Der pauschale Zusatzbeitrag muss mit einem RSA verknüpft werden, damit Krankenkassen mit einer überdurch-

Die risikoadjustierte Grundpauschale ist dabei eine modellhafte Annäherung an die tatsächlichen Ausgaben einer Krankenkasse. Das BVA-Modell funktioniert im pauschalen Zusatzbeitrag als Wettbewerbs-Filter:

Es setzt eine Ausgleichsgrenze in den Zu- und Abschläge um, durch die den Krankenkassen der Anreiz genommen wird, ihre Ausgaben zur Optimierung der RSA-Zuschläge zu steigern. Ist der durchschnittliche pauschale Zusatzbeitrag 167 Euro, die risikoadjustierte Grundpauschale einer Krankenkasse zum Beispiel aber 200 Euro, so erhält die Krankenkasse einen RSA-Zuschlag von 33 Euro je Versicherten. Über alle Krankenkassen und Versicherten summiert belaufen sich die Zuschläge dann auf voraussichtlich 20,7 Mrd. Euro.

Finanzierungsvorschlag für die gesetzliche Krankenversicherung: Der Arbeitgeberanteil wird auf 7 Prozent festgeschrieben, die Versicherten zahlen einen pauschalen Zusatzbeitrag von 167 Euro, für Kinder und Einkommensschwache gibt es einen sozialen Ausgleich.

ZUSAMMENFASSUNG

Mehr Wettbewerb und ein ordnungs- und versorgungspolitisch effizient organisiertes Gesundheitssystem stehen auf der Agenda von CDU, CSU und FDP. Dennoch ist absehbar, dass es nur dann zu einer Intensivierung des Wettbewerbs, zu mehr Nachhaltigkeit, einer Verbesserung der Anreizstrukturen und letztendlich zu einer effizienten Allokation der Gelder kommen kann, wenn sich die Reformbemühungen nicht im parteipolitischen Hin und Her zerreiben. ■

MEHR INFORMATIONEN

Schriftenreihe Band 15, Drabinski, Thomas (2009): Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument. Kiel, Oktober 2009, 72 Seiten, 13 Tabellen, 4 Abbildungen, ISBN 978-388-312-372-1, Verkaufspreis € 15,50 zzgl. Versandkosten

Zu bestellen beim Institut für Mikrodatenanalyse
Fax: 0431-385 9135 oder per E-Mail:
institut@ifmda.de



schnittlichen, d.h. teureren Versicherungsstruktur ihre Ausgaben finanzieren können. Es wird vorgeschlagen, einen RSA-Zuschlag (oder Abschlag) je Versicherten über die sogenannte risikoadjustierte Grundpauschale zu ermitteln, die auf Grundlage des BVA-Versichertenklassifikationsmodells/Morbi-RSA berechnet wird.



Dr. Thomas Drabinski
ist Leiter des INSTITUTS FÜR MIKRODATEN-ANALYSE (IFMDA) in Kiel.

www.aerztepost.net/autoren