



MANAGERKREIS DER FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Empfehlung an die große Koalition:

**Eine Gesundheitsreform
auf dem größten gemeinsamen Nenner !**

März 2006

Inhalt

1. Gesundheitspolitik im Konsens - welchen Spielraum besitzt die Koalition?
2. Die großen Ziele der Gesundheitsreform: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung
3. Kostenlast oder Wachstumsfaktor? Gutes und schlechtes Wachstum des Gesundheitssystems
4. Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems
5. Empfehlungen des Managerkreises
 - 5.1 Strukturreformen auf der Leistungsseite
 - 5.2 Finanzierung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität

1. Gesundheitspolitik im Konsens - welchen Spielraum besitzt die Koalition?

Neben der Steuer- und Arbeitsmarktpolitik dürfte die Gesundheitsreform eines der Themen gewesen sein, die den Wahlausgang im September 2005 geprägt haben. Dabei haben die damaligen Wahlkampfgegner und jetzigen Koalitionäre konträre Modelle für die Reform des Gesundheitssystems propagiert. Die Koalitionsregierung ist daher mit der Herausforderung konfrontiert, für die wichtigste Reform der kommenden Jahre Handlungsfähigkeit zu beweisen und dafür im Konsens ein Konzept zu entwickeln, das zumindest Elemente der im Wahlkampf vorgetragenen Modelle aufnimmt.

Neben der Sicherung der finanziellen Basis der gesetzlichen Krankenversicherung geht es bei den Reformen auch, wie von Regierungsmitgliedern wiederholt betont, um die Entlastung der Lohnnebenkosten. Eine partielle Umschichtung zulasten des Bundeshaushalts stößt jedoch zur Zeit auf den Widerstand der Haushaltspolitiker. Dieses Dilemma lässt neben wesentlichen verteilungspolitischen Fragen derzeit nicht zu, dass eines der beiden sich gegenüberstehenden Modelle – Bürgerversicherung und Prämienmodell – in Reinform umgesetzt wird. **Der Managerkreis ist der Auffassung, dass über die im Koalitionsvertrag festgehaltenen Vereinbarungen hinaus Spielraum für Reformen existiert, ohne bereits eine Vorentscheidung für eines der Modelle zu implizieren.** Auch wenn nicht zu erwarten war, dass der Koalitionsvertrag eine „Systementscheidung“ in der Finanzierung der GKV enthält, könnte die Regierung den Spielraum diesseits eines Systemwechsels ausnutzen, wie vom Managerkreis schon im vergangenen Jahr empfohlen. So würde verhindert, dass der Abgabenkeil nur geringfügig und möglicherweise auch nur vorübergehend unter 40 % sinken wird.

In den folgenden Kapiteln werden die Analysen und Empfehlungen des Managerkreises, die in den Papieren zur Gesundheitspolitik in den Jahren 2003 und 2005 vorgestellt wurden, zusammen gefasst¹. Der Managerkreis beabsichtigt damit, einen Beitrag zur momentanen Diskussion um eine Gesundheitsreform im Konsens der Koalitionspartner zu leisten. Er ist der Auffassung, dass der Konsenszwang den Spielraum für pragmatische Schritte nicht vollständig einengt. **Insbesondere auf der Leistungsseite sind Maßnahmen zur Effizienzsteigerung möglich, die von einer großen Koalition effektiver gegen partielle Interessen durchgesetzt werden können.**

Dabei darf die Perspektive eines qualitativ hochwertigen, effizienten und bedarfsorientierten Gesundheitssystems, dessen überdurchschnittliche Wachstumsdynamik von zunehmender gesamtwirtschaftlicher Bedeutung ist, nicht außer Acht gelassen werden. **Der medizinisch-technische Fortschritt und hohe Nachfragepräferenzen lassen eine überdurchschnittliche Ausweitung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen erwarten.** Kostendämpfung auf dem Wege der Leistungseinschränkung und Regulation ist unter diesem Aspekt der Kostenkontrolle durch Wettbewerb und Effizienzsteigerung eindeutig unterlegen.

2. Die großen Ziele der Gesundheitsreform: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung

Vier gleich gewichtige Oberziele müssen gesundheitspolitisches Handeln anleiten: **Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung.** All diesen Maßstäben muss das Gesundheitswesen gerecht werden, keines dieser Ziele kann und darf auf Kosten eines anderen optimiert werden.

¹ Wachstumsfeld Gesundheit – 12 Forderungen an eine nachhaltige Gesundheitspolitik, Juni 2003; Wachstumsfeld Gesundheit. Reformen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Eigenverantwortung, Juni 2005.

Qualität: „Gesundheit ist für die meisten Menschen ein absolut prioritäres Gut“ (Managerkreis 2003). Bei allen Klagen über Defizite des deutschen Gesundheitswesens gilt: „Insgesamt sind die Menschen während ihres längeren Lebens heute sehr viel gesünder als früher“. Dennoch wird die „gefühlte Qualität“ der Leistungen von vielen Patienten eher negativ beurteilt.

Wirtschaftlichkeit: Hohe Ausgaben für Gesundheit sind nicht per se gerechtfertigt. Ein optimales Verhältnis von Aufwand und Ertrag ist auch für die existenzielle Frage der gesundheitlichen Versorgung zwingender Maßstab. Wettbewerb ist ein wichtiges Instrument, um Effizienz zu verbessern. Dem Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen muss durch Systemveränderungen weitestgehend Geltung verschafft werden.

Solidarität: Bei aller Notwendigkeit zur Systemveränderung bleibt das existenzielle Schutzbedürfnis des Einzelnen Maßstab für das garantierte Niveau gesundheitlicher Versorgung im Sozialstaat. Dies gilt heute für den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung oder morgen im Rahmen einer allgemeinen Grundversicherungspflicht mit Kontrahierungszwang der Anbieter. Keiner darf aus finanziellen Gründen den grundlegenden Versicherungsschutz verlieren.

Eigenverantwortung: Aus einer Vielzahl von psychologischen, ökonomischen und auch medizinischen Gründen sollen die Menschen ein größeres Maß an Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Das setzt voraus, dass sie die nötigen Informationen über die Angebote und die medizinischen Wirkungen erhalten (können). Sonst sind keine rationalen Entscheidungen möglich. Das Internet und ein wachsendes Angebot an Gesundheitsmedien können gute Voraussetzungen schaffen und die Verbrauchersouveränität stärken.

3. Kostenlast oder Wachstumsfaktor? Gutes und schlechtes Wachstum des Gesundheitssystems

Im internationalen Effizienzvergleich schneidet das Gesundheitssystem in Deutschland auffallend schlecht ab. Wenn die Gesundheitsausgaben kräftig steigen, weil die Effizienz im Gesundheitssektor unbefriedigend ist, ist diese Art von Wachstum schlecht. **Deutschland** hat nach den USA und der Schweiz mit 11 % den **dritthöchsten Anteil der Ausgaben für Gesundheit am Bruttosozialprodukt**. Die immer noch überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauer in deutschen Krankenhäusern und die übermäßige Zahl an Krankenhausbetten sind ein Indikator für beachtliche Produktivitätsreserven. Im Jahr 2001 lagen die Ausgaben für medizinische Waren, darunter mehr als 50% Ausgaben für Arzneimittel, zum ersten Mal über den Ausgaben für ärztliche Leistungen. Diese **Ausgabenverschiebung zu Lasten personengebundener Leistungen** ist ein langfristiger Prozess. Im letzten Jahr wurde er durch hohe Ausgabenzuwächse (ca. 17%) für Arzneimittel unterstützt. Eine Expansion auf dieser Basis bedeutete die Vergeudung knapper Ressourcen und eine Belastung der Gesamtwirtschaft. An die Reform des Gesundheitssystems muss der Anspruch gestellt werden, die Spielräume für derartiges „schlechtes Wachstum“ drastisch zu reduzieren.

„**Gutes Wachstum**“ zeichnet sich hingegen z.B. dadurch aus, dass angesichts der zahlreichen alten Menschen in diesem Lande und dank eines anhaltenden medizinischen Fortschritts die Gesundheit der Menschen besser wird und sie mehr gesunde Lebensjahre genießen können. Dann wäre es ein **Zeichen zunehmenden Wohlstandes, wenn Wertschöpfung und Beschäftigung im Gesundheitssektor kräftig weiter wachsen** würden. Nichts spräche dagegen, wenn dieser Sektor künftig seinen Anteil am Bruttosozialprodukt steigern würde. Entscheidend ist alleine die Frage der Effizienz und der Ergebnisse – und die Frage, wie möglichst jeder an den Fortschritten der Gesundheitsdienste teilhaben kann.

Der **Gesundheitsmarkt** wäre ein **besonders geeignetes Wachstumsfeld**:

- Bei freier Entscheidung hätten Öffentliche Hände und vor allem Private eine Präferenz für zusätzliche – sinnvolle – Investitionen und Ausgaben;

- die Wertschöpfung und mit ihr die Schaffung von Arbeitsplätzen finden überwiegend in Deutschland statt;
- der Sektor ist durch eine hohe Beschäftigungsintensität gekennzeichnet und deshalb geeignet für die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze;
- bestimmte Segmente der Gesundheitsproduktion haben überdurchschnittliche Exportchancen: Arzneimittel, medizinisch-technische Produkte, Aus- und Weiterbildungsangebote und „Patientenimporte“.²

Der Managerkreis plädiert für eine Gesundheitsreform, die neben den oben beschriebenen gesundheitspolitischen Zielen auch dem wachstumspolitischen Ziel Rechnung trägt. **Für die Entwicklung einer modernen Dienstleistungswirtschaft in Deutschland besitzt der Gesundheitssektor ein hohes Potenzial, das nicht durch ungünstige Rahmenbedingungen beschnitten werden darf.**

4. Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems

Das deutsche Gesundheitssystem hat im internationalen Vergleich Stärken und Schwächen. Ein positives Merkmal ist, dass **nahezu die gesamte Bevölkerung Krankenversicherungsschutz genießt**. Rund 90% sind heute in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und rund 9% in der Privaten Krankenversicherung (PKV) versichert. Die eher marginale Zahl von Bürgerinnen und Bürgern ohne Versicherungsschutz scheint sich als Folge der Arbeitsmarktreformen und zurückgehender Realeinkommen in letzter Zeit zu erhöhen; ein Tatbestand, der für eine allgemeine Versicherungspflicht spricht.

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch **eine umfassende und gute Versorgung im ambulanten und stationären Sektor** aus. Die medizinische Behandlung erfolgt zeitnah. Lange Wartezeiten auf Operationen, wie in Großbritannien, gibt es in Deutschland nicht. Die Patienten können davon ausgehen, dass sie mehrheitlich die Therapie erhalten, die zum Behandlungszeitpunkt als die beste angesehen wird. Neue Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden finden relativ schnell Eingang in die medizinische Praxis.

Das deutsche Gesundheitswesen hat auf der anderen Seite eine Reihe von **Schwächen**. Als Indikator hierfür wird der **starke Anstieg der Ausgaben für Gesundheitsleistungen** angesehen. Sie sind von rund 163 Mrd. Euro 1992 auf fast 240 Mrd. Euro im Jahr 2003 gestiegen. Dieser Ausgabenanstieg ist allerdings differenziert zu bewerten. Er kann auf eine **Verbesserung des Gesundheitszustands** der Bevölkerung hindeuten, aber auch auf **Ineffizienzen** zurückzuführen sein, die u.a. durch folgende Mängel verursacht werden:

- **Falsche Anreize für die Versicherten:** Mit der Beitragszahlung entsteht ein Anspruch auf weitgehend unentgeltliche ärztliche und medizinische Versorgung (Sachleistungsprinzip). Damit wird auf jede Nachfragesteuerung über den Preis verzichtet. Niemand soll von den Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Dadurch wird eine „Null-Kosten-Mentalität“ gefördert, die zu übermäßiger Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt. Dieses Verhalten wird durch fehlende Transparenz hinsichtlich Höhe und Verteilung der entstandenen Kosten noch verstärkt. Die Versicherten führen tendenziell ein weniger gesundheitsbewusstes Leben, weil die Risiken sie finanziell nicht belasten.
- **Falsche Anreize im Arzt-Patienten-Verhältnis:** Die Ärzte bestimmen nicht nur das Leistungsangebot, sondern weitgehend auch die Nachfrage. Der Patient muss dem

² Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Wachstumsperspektiven der Gesundheitswirtschaft liefert Stefan Sell in „Die Zukunft der Gesundheitswirtschaft Märkte, Technologien und Finanzierungssysteme“, Gutachten der Friedrich-Ebert-Stiftung, 2005.

behandelnden Arzt hinsichtlich Diagnoseverfahren und Therapie vertrauen. Es fehlen Regeln, die Ärzte zum Kostensparen zwingen. Das persönliche Einkommen der Ärzte ist von ihren eigenen Entscheidungen hinsichtlich Diagnose und Therapie abhängig. So werden Ärzte dazu verleitet, Untersuchungen durchzuführen, die nicht unbedingt notwendig sind, und auf Therapien zurückzugreifen, die besonders teuer sind. Es kommt vor, dass Ärzte aufgrund wirtschaftlicher Aspekte Patienten trotz mangelnder Kompetenz weiterbehandeln.

- Die Ausgaben der GKV für **Arzneimittel** machten im Jahr 2004 mit € 23,5 Mrd. 17,5% der Gesamtausgaben aus. Der Wettbewerb auf diesem Markt wirkt aufgrund von Marktunvollkommenheiten und oligopolistischen Marktstrukturen wenig preisregulierend.
- Der Pharmaindustrie wird vorgeworfen, durch „**Scheininnovationen**“ ihren Gewinn und dadurch die Ausgaben der Krankenkassen in die Höhe zu treiben. Als Scheininnovationen werden Arzneimittel bezeichnet, die als Neuerung vermarktet werden, aber keinen neuen Wirkstoff beinhalten. Auch um diesem Problem entgegenzuwirken, hat das im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründete „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ seine Arbeit aufgenommen.
- Mit der Gesundheitsreform 2000 ist ein **leistungsorientiertes, pauschalisiertes Vergütungssystem** in Form der Diagnosis Related Groups (DRG-Fallpauschalensystem) im stationären Sektor an die Stelle der alten Pflegesatzregelung getreten. Der bisher bestehende Anreiz, Patienten länger als notwendig im Krankenhaus zu versorgen, wird damit beseitigt. Gleichzeitig ist aber ein neuer Kosten verursachender Anreiz entstanden. Das neue Vergütungssystem verleitet Krankenhäuser dazu, Patienten häufiger und früher in die Rehabilitation zu verlegen. Damit kommt es zu einer Verschiebung der Kosten vom stationären Sektor in die Rehabilitation.
- Der **akutstationäre Sektor** des deutschen Gesundheitswesens ist durch seine **duale Finanzierung** gekennzeichnet. Die Krankenkassen tragen die Betriebskosten, während die Länder für die Investitionsausgaben zuständig sind. Dadurch wird keine Seite mit den tatsächlichen Kosten der Krankenhausunterbringung belastet und die Anreize, Maßnahmen zur Kostenreduktion einzuleiten, bleiben gering.
- Ein besonderes Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens ist die strikte **Trennung der ambulanten und stationären Versorgung**. Ursprung dieser „Sektoralisierung“ ist die Annahme, dass niedergelassene Ärzte die ambulante Versorgung kostengünstiger erbringen als dies in Krankenhäusern möglich ist. Eine unzureichende Zusammenarbeit der beiden Sektoren führt jedoch zu unnötigen Doppeluntersuchungen, Therapieabbrüchen oder vermeidbaren Behandlungsfehlern.

5 Empfehlungen des Managerkreises

Qualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer sind in der Sicht des Managerkreises von überragender Bedeutung. Sie stellen die Voraussetzung „guten Wachstums“ dar und erleichtern die Realisierung aller anderen Ziele. Daher sollte der **Schwerpunkt kurz- und mittelfristiger Reformmaßnahmen auf der Leistungsseite** liegen. Die letzte Gesundheitsreform (GMG 2004) hat hier bereits positive Effekte bewirkt. Doch sind die strukturellen Defizite des deutschen Gesundheitswesens, deren Behebung mehr Wettbewerb erfordert, nicht beseitigt worden. Die effiziente Bereitstellung hochwertiger Gesundheitsleistungen ist nicht durch eine detaillierte Regulierungspolitik zu erreichen, sondern durch mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern.

Auch aus diesem Grund ist das Problem der Finanzierung der Krankenkassen nicht nachhaltig gelöst worden. **Die im Wahljahr 2005 in den Vordergrund gespielten konträren Finanzierungsmodelle werden allein nicht in der Lage sein, die Finanzierung der Krankenkassen auf eine sichere Grundlage zu stellen.** Daher hat der Managerkreis bereits im Jahr 2003 auf die vorrangige Notwendigkeit struktureller Reformen hingewiesen. Allerdings hat die Wahl des Finanzierungsmodells Konsequenzen für den Arbeitsmarkt. Eine deutliche Entlastung der Lohnnebenkosten ist explizites Ziel der Koalitionsregierung. Alternative Finanzierungskonzepte müssen sich daher auch daran messen lassen, wie weit ihnen – bei Gewährleistung einer nachhaltigen Gesundheitsfinanzierung - die Abkopplung von den Lohnnebenkosten gelingt.

5.1 Strukturreformen auf der Leistungsseite

a) Mehr Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Die kartellähnlichen Strukturen mit den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern auf der einen Seite **sowie den Gesetzlichen Krankenkassen** und ihrem Kontrahierungszwang auf der anderen müssen zu Gunsten einer marktwirtschaftlichen Ordnung aufgelöst werden. Davon werden neben leistungsfähigen Anbietern vor allem die Versicherten und Patienten profitieren. Direkte Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern stärken den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgungsangebote. Die Krankenkassen müssen vom Zwang befreit werden, mit allen legitimen Anbietern Verträge abschließen zu müssen. Ebenso muss das Beitrittsrecht von unbeteiligten Krankenkassen und von kassenärztlichen Vereinigungen zu Einzelverträgen gemäß Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung abgeschafft werden. **Die öffentliche Hand muss sich auf die Gewährleistung von Versorgungsstandards konzentrieren.** Die Versichertenautonomie muss durch die freie Krankenkassen- und Arztwahl erhalten und ausgebaut werden. Die Teilnahme an Versorgungsnetzwerken ist keine Einschränkung der freien Arztwahl, denn die Versicherten können unter Wahrung der Kündigungsfrist umsteigen.

Die **Systemgrenze zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen** sollte aufgelöst werden. Der Wechsel von privat Versicherten sollte durch die Mitnahme von Rückstellungen erleichtert werden. Alle Krankenkassen – GKV wie PKV – können privatwirtschaftlich organisiert und müssen den gleichen Wettbewerbsbedingungen unterworfen werden. Diese Neuordnung ist unabhängig von der Einführung einer Bürgerversicherung oder eines prämiensorientierten Modells.

Dem Wettbewerb unter den Krankenkassen dient auch eine konsequente **Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs.** Das derzeitige System behindert eher Wettbewerb und wirtschaftliches Verhalten. Auch bietet die Verknüpfung der **Disease-Management-Programme** mit dem Risikostrukturausgleich eher Fehlanreize zur Einschreibung möglichst vieler Chroniker und soll deshalb aufgegeben werden.

Das System der **Festbeträge** insbesondere **für patentgeschützte Arzneimittel** stellt eine dirigistische Maßnahme dar. In einem integrierten Versorgungssystem kann es zu unterschiedlichen Preisen für verschreibungspflichtige Medikamente kommen, denn Krankenkassen verhandeln dann mit den Pharmaherstellern über Einkaufskonditionen.

Ogleich mit dem GMG Ansätze zur integrierten Versorgung eingeführt wurden, sieht der Managerkreis im Zusammenwirken von Krankenkassen und Leistungserbringern den größten Reformbedarf zu wirklichen Strukturveränderungen.

b) Behandlungs- und Kopfpauschalen in der ambulanten Versorgung

Durch die Einführung der Praxisgebühr und Stärkung des Hausarztes gingen die Behandlungsfälle bei niedergelassenen Ärzten in 2004 um rund 9 Prozent zurück. Zweistellige

Fallzahlenrückgänge hatten Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden und Urologen zu verzeichnen.

Für die **Stärkung von Ärztenetzen** fehlen immer noch positive und negative Anreize. Auch muss die Vergütung durch die Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor weiter entwickelt werden.

c) Paradigmenwechsel durch Fallpauschalensystem in Krankenhäusern

In den Krankenhäusern gingen die Liegezeiten von Patienten weiter zurück. Durch die Einführung von Fallpauschalen, neuen Operationstechniken wie minimalinvasive Methoden und den Ausbau der häuslichen Krankenpflege wird mit einem weiteren Rückgang gerechnet. Als **Zielgrößen** gelten hier Werte **von 5 Tagen**, die in Skandinavien und den USA bereits heute erreicht werden. Voraussetzung hierfür ist der Ausbau eines professionellen Home-Care-Systems, worüber auch weitere Arbeitsplätze geschaffen werden.

Die Reduzierung der Liegezeiten muss ihren Niederschlag in einer entsprechenden Rahmenplanung der Bundesländer finden, die sich auf Mindeststandards vor allem für ländliche Regionen beschränkt. Mittelfristig soll sich die öffentliche Hand aus der Investitionsfinanzierung zurückziehen. Privates Kapital stünde hierzu zur Verfügung und sollte ggf. eingesetzt werden. Die Finanzierungskosten sind dann beispielsweise als Mieten oder über Abschreibungen in die Fallpauschalen einzurechnen. Dies wäre der Übergang zu einer monistischen Finanzierung der Krankenhäuser.

d) Menschenwürde durch häusliche Krankenpflege

In der häuslichen Krankenpflege entsprechen die Preise für Leistungen nicht mehr den zeitlichen und fachlichen Anforderungen. Allein zwischen 2002 und 2003 hat sich die Zahl der Dienste um etwa zehn Prozent reduziert. Die verbliebenen Anbieter sehen sich in ihrer Existenz gefährdet. Ziel muss sein, eine menschenwürdige Pflege auch durch eine angemessene Entlohnung der Pflegeleistung sicherzustellen.

e) Aufhebung des Mehrfachbesitzverbots von Apotheken

Auch bei den Apotheken besteht weiterhin Reformbedarf. Mit der Zulassung von Internet-Apotheken und der Auflockerung des Mehrfachbesitzverbots bei Apotheken ist ein Einstieg zu mehr Wettbewerb geschaffen worden. Wenn in einer Kleinstadt mit fünfzehntausend Einwohnern fünf Apotheken in 15 Minuten zu Fuß zu erreichen sind oder wenn die Pharmahändler eine Apotheke bis zu vier mal pro Tag anfahren, sind noch umfangreiche Effizienzreserven vorhanden. Die Befürchtung, durch Kettenbildung würde die Qualität der Versorgungsleistung sinken, teilt der Managerkreis nicht. Vielmehr haben diese einen Zwang zur inneren Qualitätssicherung.

f) Nutzung vorhandener Effizienzreserven

Weitere Effizienzgewinne lassen sich durch technisch-organisatorische Maßnahmen wie die Aufhebung der Trennung des stationären und ambulanten Sektors, verbesserte Abläufe in den Krankenhäusern, die Einführung der elektronischen Patientenakte, telematische Innovationen und eine bessere Abrechnungspraxis bei den Kostenträgern erzielen. Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems wurden wichtige Schritte zur Strukturreform eingeleitet. Allein vom elektronischen Rezept, das durch die Gesundheitskarte ab 2006 eingeführt wird, werden jährliche Einsparungen in Höhe von € 200 Millionen erwartet. Das Thesenpapier des Managerkreises von 2005 stellt eine umfangreiche **Liste von weiteren Vorschlägen für Effizienzverbesserungen** in einzelnen Bereichen vor, von denen hier nur einige beispielhaft aufgeführt werden:

- **Hausärzte** bekommen eine zentrale Koordinierungs- und Lotsenfunktion. Dazu benötigen sie evidenzbasierte Behandlungsleitlinien.

- Die doppelte Vorhaltung von Fachärzten im ambulanten und stationären Sektor führt zu erhöhten Kosten vor allem in der Diagnostik. Sie lassen sich durch den Aufbau und die Anbindung **medizinischer Versorgungszentren** an stationäre Einrichtungen reduzieren.
- Krankenhäuser müssen auch intern besser vernetzt sein. Noch immer müssen Patienten bei Wechsel der behandelnden Einrichtung immer wieder die gleichen Angaben machen. Das führt zu Mehrfachuntersuchungen, Mehrfacherfassungen und Mehrfachdokumentationen. Eine **elektronische Patientenakte** macht diesen Aufwand überflüssig und schont die Patienten.
- **Shared Services und Outsourcing:** Service- und Verwaltungsdienstleistungen sind im stationären Sektor noch stark zergliedert und werden – obwohl nicht Kernkompetenz – meist im Hause erbracht. Die Schaffung hausübergreifender Serviceorganisationen ermöglicht Skaleneffekte und Kostenreduktion.
- Die **Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten und innovativer mobiler Technologien** kann Einsatzzeiten in Notfällen drastisch verkürzen (etwa Ferndiagnosen zu Infarkten), verringert damit Risiken und optimiert den Einsatz von Spezialisten und Notfall-Krankentransporten.
- Die sektorübergreifende **elektronische Patientenakte** erleichtert die Beschaffung von vorhandenen Gesundheitsdaten. Sie kann Fehlentscheidungen verhindern und Behandlungsprozesse beschleunigen.
- Der flächendeckende Einsatz von **eArztbriefen** verkürzt die Laufzeiten erheblich. Auch dadurch werden Mehrfachuntersuchungen unnötig und Behandlungszeiten verkürzt.
- Erhebliche Effizienzsteigerungspotenziale sieht der Managerkreis bei der **Reduzierung von Komplexitätskosten**, die sich aus der Praxisgebühr oder aus Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ergeben. Die mit der Gesundheitsreform eingeführte Zuzahlungsregelung führt für viele Leistungsanbieter zu einer Verpflichtung zur Mahnung von Kleinstbeträgen. Hier muss an Lösungen gearbeitet werden, die einfacher zu handhaben sind. Als Orientierung kann die **Abrechnungspraxis der privat Versicherten dienen**.
- Die Möglichkeiten zur **Kostenkontrolle** durch Krankenkassen und Patienten sind derzeit mangelhaft. Es verspricht Effizienzgewinne, wenn Abrechnungsdaten sektorübergreifend und zeitnah anonym konsolidiert werden.

5.2 Finanzierung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität

Das Motto der Eigenverantwortung ist nicht nur ein Appell an Bürgerschaftlichkeit, sondern bezeichnet zugleich eine wesentliche Voraussetzung eines bedarfsgerechten, leistungsorientierten Gesundheitssystems. Die relativ hohe Zahlungsbereitschaft der privaten Haushalte, die ihre Bedürfnisse am besten kennen und in das Gut Gesundheit zu investieren bereit sind, stärkt die Aussichten der Gesundheitswirtschaft auf „**gutes Wachstum**“. Nicht weniger bedeutend ist die **Frage des sozialen Ausgleichs** bzw. des möglichst breiten Zugangs zu den Leistungen der Gesundheitswirtschaft. Hier stehen sich die Modelle der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie gegenüber, die den Ausgleich innerhalb des Umlagesystems bzw. durch Transfers aus Steuermitteln herstellen wollen. Ferner sind die **Beschäftigungs- und Wachstumseffekte** der Mittelaufbringung für Gesundheitsausgaben zu berücksichtigen. Ein solides Finanzierungskonzept muss diesen drei Aspekten Rechnung tragen.

Der Managerkreis hat bereits in seiner ersten Stellungnahme im Jahr 2003 für die Einführung eines Prämienmodells plädiert. Für die Gegenfinanzierung soll vor allem auf die Einnahmen aus der Versteuerung der Arbeitgeberbeiträge, die an die Arbeitnehmer ausgezahlt werden, zurück gegriffen werden. Über eine solche Inanspruchnahme des Bundeshaushalts wird in der laufenden Legislaturperiode kaum ein Konsens erzielt werden können, zumal die Regierung im Gegenteil bestrebt ist, den Zuschuss des Bundes zur gesetzlichen Krankenversicherung abzubauen. **Das fiskalische Risiko eines auf Transfers basierenden Ausgleichs wird gegenwärtig**

offensichtlich als zu hoch eingeschätzt. Für die Einführung eines Solidarbeitrags zur Einkommensteuer, wie sie der Sachverständigenrat vorschlägt, wird sich kurzfristig kein Konsens finden lassen. Allerdings ist das „niederländische Modell“, das eine duale Finanzierung vorsieht, als mögliches Kompromisskonzept in die Diskussion gelangt.

Aus dieser Situation lässt sich aber keineswegs der Schluss ziehen, dass dem Konzept der Bürgerversicherung der Vorzug zu geben ist. Das gesamtwirtschaftlich gravierendste Problem ist die Finanzierung der GKV-Leistungen über an die Arbeitseinkommen gebundene Beiträge. Hierdurch entsteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsentwicklung und der Finanzsituation der GKV. Hohe Arbeitslosigkeit erschwert somit die Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Die lohnzentrierte Finanzierung beeinträchtigt wiederum die Beschäftigungsentwicklung. Die Summe der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern geleisteten Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung steigt stärker als das Arbeitnehmerentgelt. Der daraus entstehende Abgabenteil stellt eine doppelte Beschäftigungs- und Wachstumsbremse dar: für die Gesamtwirtschaft und für die Entwicklung der Gesundheitsbranchen. **Eine Ausweitung des Versichertenkreises, wie von der Bürgerversicherung vorgesehen, würde nichts an der Wachstums- und Beschäftigungsfreundlichkeit einkommensabhängiger Beiträge ändern. Auch die Einbeziehung von Nichtarbeitseinkommen würde diesen Zusammenhang nicht wesentlich lockern.** Ob die Verteilungswirkungen damit „gerechter“ und zielgenauer wären, ist eine offene Frage. Das Nebeneinander von unterschiedlichen Umverteilungssystemen für dieselben Personen und Haushalte erhöht die Wahrscheinlichkeit verteilungspolitischer Widersprüche.

Der Managerkreis spricht sich in kurz- und mittelfristiger Perspektive für systemkonforme Reformmaßnahmen aus, die einen möglichen Systemwechsel nicht voraussetzen, aber auch in der Zukunft nicht verhindern:

- a) die steuerbasierte Umfinanzierung der über Beitragsmittel finanzierten versicherungsfremden Leistungen im Rahmen der **Einführung einer „Familienkasse“** und des Neuzuschnitts des Kreises der beitragsfrei mitversicherten Personen;
- b) das **Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags** zur dauerhaften Deckelung der Lohnnebenkostenbelastung.

a) Versicherungsfremde Leistungen in der GKV systemgerecht finanzieren

Mit dem § 221 SGB V hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 einen ersten Einstieg in die **Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen** gebracht. Die Höhe des Bundeszuschusses lag bei 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2005 und wird für das Jahr 2006 auf 4,2 Mrd. Euro veranschlagt. Er soll im Jahr 2007 auf 1,5 Mrd. Euro reduziert werden. Versicherungsfremde Leistungen, die das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von der Allgemeinheit finanzieren lässt, werden dann wieder zunehmend von der Gemeinschaft der GKV-Versicherten getragen – in der Auffassung des Managerkreises ein Schritt in die falsche Richtung.

Während im ursprünglichen Entwurf von SPD und Grünen die einzelnen versicherungsfremden Leistungen noch ausdrücklich benannt worden sind, spricht das verabschiedete Gesetz nur noch von einer pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen über einen Bundeszuschuss und einer Verknüpfung mit der Erhöhung der Tabaksteuer. Der systematische Ansatz einer (zumindest finanziellen) Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen aus der beitragsfinanzierten GKV war richtig und notwendig. Eine **institutionelle Ausgliederung in Form einer Gesamtübertragung in den Bundeshaushalt** wäre gerechter gewesen und hätte die Möglichkeit eröffnet, den Leistungsumfang durch Konzentration auf bedürftige Personen zu reduzieren. Die über den Bundeszuschuss erfassten versicherungsfremden Leistungen sind eine Minimalvariante, da sie den größten Block innerhalb des GKV-Systems nicht abbilden: die **beitragsfreie Familienversicherung**.

Obwohl alle familienbezogenen Subventionen innerhalb der GKV versicherungsfremde Leistungen sind und zur Entlastung des Arbeitsmarktes und der Arbeitnehmer-Haushalte über das

Steuer-Transfer-System zu finanzieren sind, **muss in einer kurzfristigen Reform die beitragsfreie Familienmitversicherung von Ehepartnern, die nicht mit der Erziehung und Betreuung von Kindern befasst sind, abgeschafft werden.** Im Zuge dieser neuen Beitragspflicht für Erwachsene ohne Einkommen kann die Beitragsbemessungsgrenze für Ehepaare verdoppelt werden.

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern bis zum 20. Lebensjahr und Ehegatten macht ein Gesamtvolumen von rund 36 Mrd. Euro aus. Ihre Umfinanzierung wäre eine erhebliche Entlastung der GKV und des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit. Die Ausgliederung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Ehegatten ermöglicht in einem zweiten Schritt die Neufestlegung, wie weit der Solidarausgleich reichen soll. Die große Chance liegt in einem Neuzuschnitt der beitragsfreien Mitversicherung.

Der Managerkreis plädiert dafür, die Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV mit der **Einführung einer „Familienkasse“** zu verbinden, in der alle familienpolitischen Leistungen zusammengefasst und systemgerecht über das Steuer-Transfer-System finanziert werden sollen. **Da die gegenwärtige Haushaltslage ein solches Vorhaben zur Zeit nicht zulässt, sollten die kurzfristigen Reformen so angelegt werden, dass sie den Weg in diese Richtung ebnen, zumindest nicht verbauen.**

Erneute „Verschiebepbahnhöfe“ vom Steuer- zum Beitragszahler, wie sie im Rahmen der Hartz IV-Gesetze vorgenommen worden sind, müssen vermieden werden. Relativ unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der Gesetzgeber für die Arbeitslosengeld II-Empfänger bereits ein Prämien-Modell der Finanzierung eingeführt. So zahlt die Bundesagentur für Arbeit (BA) derzeit einen Betrag in Höhe von 126 Euro für die Kranken- und Pflegeversicherung, also 1.512 Euro im Jahr. Ausweislich der Angaben der GKV liegen die Ausgaben aber bei über 3.000 Euro im Jahr.

b) Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags – eine akzeptable Übergangslösung

Der wesentliche Vorteil eines Wechsels zu einem prämiensorientierten Modell liegt in der Entlastung des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit aufgrund der Entkoppelung der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes vom Arbeitsverhältnis. Ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags hätte eine – wenn auch deutlich abgeschwächte – vergleichbare Wirkung. Es wäre ein **Einstieg in die Abkoppelung der Finanzierung vom Arbeitsverhältnis** und als Übergangslösung vertretbar. Dies wäre eine klare und unmissverständliche Festschreibung der Belastungsverschiebung auf den einzelnen Haushalt, der alle weiteren Beitragssatzanstiege alleine zu tragen hätte. Verbunden mit einer Absenkung des Beitragssatzes aufgrund der Steuerfinanzierung ausgegliederter versicherungsfremder Leistungen wird im Prinzip der gleiche Entwicklungspfad beschritten wie bei einer Prämienfinanzierung.