

# ***Für eine wirtschaftliche, leistungsfähige und einkommensunabhängige Gesundheitsversorgung***

## **BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung**

Februar 2015

### ***Zusammenfassung***

Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der Innovationen fördert und wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Die überdurchschnittlich guten Wachstumsperspektiven des Gesundheitssektors gründen auf dem demographiebedingt zu erwartenden Anstieg des Behandlungsbedarfs, neuen Behandlungsmöglichkeiten und den steigenden Exportchancen in Entwicklungs- und Schwellenländern.

Soweit das Wachstum in diesem Bereich über eine lohnbezogene Finanzierung zu steigenden Personalzusatzkosten bzw. Arbeitskosten führt, entsteht daraus jedoch gesamtwirtschaftlich ein schwerwiegendes Beschäftigungshemmnis sowie eine Bremse für das Wirtschaftswachstum insgesamt. Genau das ist der Fall bei der gesetzlichen Krankenversicherung: Trotz zahlreicher Gesundheitsreformen ist der durchschnittliche Beitragssatz in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Diese Entwicklung hat maßgeblich zum Wachstum der Personalzusatzkosten beigetragen.

Ohne durchgreifende Reformen werden die demografischen Herausforderungen den Anstieg der Sozialbeiträge weiter beschleunigen. Erforderlich sind daher Maßnahmen, die sowohl den Versorgungswünschen Rechnung tragen als auch ausufernde Finanzierungslasten vermeiden, ohne dabei

die dynamische Entwicklung der Gesundheitswirtschaft zu bremsen.

Zur Effizienzsteigerung und Ausgabenbegrenzung sind insbesondere folgende Maßnahmen unverzichtbar:

- Der Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auf allen Ebenen intensiviert werden. Vertragsfreiheit für die Krankenkassen – unter Beachtung kartellrechtlicher Vorschriften – ist eine zentrale Voraussetzung für einen kosten senkenden und Qualität sichernden Wettbewerb. Die freie Preisbildung verstärkt den Wettbewerb als Steuerungsinstrument zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung.
- Die Eigenverantwortung der Versicherten ist auszubauen. Hierzu bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist. Dazu zählt auch die Praxisgebühr, die wieder eingeführt, aber bei jedem Arztbesuch erhoben werden sollte, um eine bessere Steuerungswirkung entfalten zu können.
- Der Leistungskatalog muss auf eine Basisversicherung konzentriert werden. Hierzu muss insbesondere sichergestellt werden, dass künftig grundsätzlich nur noch solche Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden, deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Darüber

hinaus sollten für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Versorgungsleitlinien entwickelt werden.

Das beste Finanzierungskonzept für die gesetzliche Krankenversicherung ist das Gesundheitsprämienmodell. Mit ihm wird der Automatismus durchbrochen, dass sich steigende Finanzierungserfordernisse negativ auf die Entwicklung der Arbeitskosten auswirken und damit Wachstum und Beschäftigung gefährden. Zudem kann der gebotene Sozialausgleich für Einkommensschwache im Gesundheitsprämienmodell treffsicherer organisiert werden als im lohnbezogenen System des Status quo. Als erster Schritt zu seiner Einführung sollte der gesetzlich festgeschriebene Arbeitgeberbeitrag steuerfrei in den Bruttolohn ausbezahlt werden.

In Deutschland existiert ein bewährtes duales Gesundheitssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung, das erhalten werden muss. Der Systemwettbewerb trägt mit bei zu einer hohen Qualität des gesamten Versorgungsniveaus, erhöht die Handlungsspielräume der Bürger und wirkt zudem auch als Kostenbremse im Gesundheitswesen.

## **Im Einzelnen**

### **1. Reformbedarf auf der Leistungsseite**

Zur Begrenzung der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen kann die Gesundheitspolitik auf zwei Arten reagieren:

- Entweder müssen bei zunehmend knappen Mitteln die Ressourcen für die Versorgung rationiert werden. Dieser Weg führt zwangsläufig in eine Warteschlangenmedizin und/oder zu Leistungsausgrenzungen.
- Oder aber es werden verstärkt Instrumente eingesetzt, die zu einer effizienteren Versorgung führen, also mit den vorhandenen Ressourcen ein Mehr an gleichwertiger Versorgung ermöglichen.

Die zweite Variante ist in jedem Fall die Vorzugswürdigere und sollte als Orientierung für eine vernünftige Gesundheitspolitik dienen.

### **1. Wettbewerb auf allen Ebenen verstärken**

Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel zur Sicherung einer kostengünstigen flächendeckenden Versorgung mit hoher Qualität. Bedarfsgerechte, qualitätssichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote im Gesundheitswesen setzen allerdings wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer voraus.

#### **a. Vertragsfreiheit ausbauen**

Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten das Recht erhalten, eigenständig – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztgruppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Der Gesetzgeber sollte daher die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten soweit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen und die sektorale Budgetierung überwinden. Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. integrierte Versorgung, kassenarten-spezifische Vertragsarzt-Modelle, medizinische Versorgungszentren, Hausarztssystem, Kostenerstattung oder Sachleistung, stationäre Versorgung) gestartet werden. Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten, sollte es dagegen nicht geben.

Ein solcher Wettbewerb würde nicht zu einem abweichenden Versicherungsumfang führen, wohl aber zu verschiedenen Versorgungsangeboten und damit die Wahlmög-



lichkeiten der Versicherten stärken. Die Krankenkassen hätten deutlich bessere Möglichkeiten, sich durch eigene Angebote von anderen Krankenkassen abzuheben.

Es ist auch nicht zu befürchten, dass der verstärkte Wettbewerb auf Kosten der Qualität geht. Denn im Wettbewerb wird sich nur eine Versorgung durchsetzen, bei der die Qualität der medizinischen Versorgung auf einem hohen Niveau bleibt.

Die erweiterten Handlungsspielräume der Krankenkassen erfordern allerdings die Beachtung von kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen. Es ist längst überfällig, für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen untereinander einen Ordnungsrahmen zu schaffen. Dieser muss Regelungen zur Vereinigungskontrolle bei Fusionen, zur Verhaltenskontrolle von marktbeherrschenden bzw. marktstarken Krankenkassen sowie zur Verhinderung unlauteren Wettbewerbs umfassen. Für die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern wurde die Anwendbarkeit des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) bereits mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) mit Wirkung zum 1. Januar 2011 geregelt. Es bleibt aber – auch mit Blick auf kleine und mittlere Betriebe der Gesundheitshandwerke – wichtig, dass marktwirtschaftliche Anbietervielfalt gewährleistet bleibt. Eine Bündelung der Interessenvertretung kleinerer Leistungserbringer ist deshalb ebenso sinnvoll wie etwa die Anerkennung kleinerer Interessengemeinschaften neben einer bislang obligatorischen zentralen Vertretung (z. B. bei der Ärzteschaft).

### ***b. Regionalen Gegebenheiten Rechnung tragen***

Bundesweit agierende Krankenkassen sollten mit den Leistungsanbietern regionale Versorgungsverträge abschließen können, um unterschiedliche regionale Kostenstrukturen ausgleichen zu können. Dies bietet sich insbesondere für den Bereich der integrierten Versorgung an. Der Zugang der Versicherten zu den möglicherweise regional ab-

weichenden Leistungsangeboten muss jedoch für alle Versicherten aus dem gesamten Bundesgebiet möglich bleiben.

Im Gegenzug müssen die gesetzlichen Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag mit übernehmen, um eine Unter- oder Überversorgung in einzelnen Leistungsbereichen zu vermeiden und eine flächendeckende Versorgung (z. B. Ärzte, Arzneimittel) zu gewährleisten. Über die Versicherungsaufsicht ist sicherzustellen, dass einzelne Kassen oder Verbünde mehrerer Kassen nicht mit ihrem Tarifangebot die gesetzliche Mindestversorgung unterschreiten.

Die Steuerung der Über- und Unterversorgung über regional unterschiedliche Preise, Zuschläge und Selektivverträge sowie die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Kostenstrukturen in den Verträgen muss mit den vorhandenen Mitteln der Krankenkassen erfolgen. Diese Mittel sind über einen entsprechend anzupassenden Risikostrukturausgleich sachgerecht an die Kassen zu verteilen.

### ***c. Wettbewerbselemente in den einzelnen Versorgungsbereichen stärken***

Konkret bedarf es in den einzelnen Versorgungsbereichen folgender Änderungen:

#### ***Stationäre Versorgung***

Der heute im stationären Bereich bestehende Zwang zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verhindert den notwendigen Vertragswettbewerb und die damit mögliche Ausschöpfung von Effizienzreserven. An die Stelle kollektiver und einheitlicher Verträge müssen schrittweise individuell ausgehandelte Verträge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müs-



sen, abgeschafft, zumindest aber gelockert werden. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

Der Wegfall der Krankenhausplanung durch die Länder erfordert im Gegenzug die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie außerdem die mit dem Krankenhausplanungsrecht verbundene, heute von den Ländern übernommene Finanzierung der Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser. Damit der Übergang kostenneutral für Länder und Krankenkassen erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden. Dieser Zuschuss muss von Bund und Ländern – nicht vom Beitragszahler – in einen zentralen Fonds bzw. den Gesundheitsfonds gezahlt werden.

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, können Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Auch dadurch würde der Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gefördert.

### **Ambulante Versorgung**

Einen umfassenden Vertrags- und Versorgungswettbewerb im ambulanten Bereich gibt es nach wie vor nicht. Zwar wurde im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) 2007 in den Bereichen der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten Versorgung eine Selektivvertragsoption eingeführt, detaillierte Strukturvorgaben des Gesetzgebers jedoch beschränken die Handlungsspielräume der Vertragspartner beträchtlich.

So besteht im Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Angebotspflicht der Kran-

kenkassen zu hausarztzentrierter Versorgung, die zudem mit der Vorgabe der Flächendeckung verbunden ist. Darüber hinaus werden die Kassen verpflichtet, Selektivverträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. Eine in dieser Art geregelte Selektivvertragsoption verdient ihren Namen nicht und stellt kaum eine Veränderung gegenüber der alten kollektivvertraglichen Regelung dar. Auch das Fehlen einer konkreten Bereinigungsregelung behindert den Abschluss von Einzelverträgen sowohl im Bereich der hausarztzentrierten als auch der besonderen ambulanten Versorgung. Solange die Kassen die kollektivvertraglichen Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen (vertragsärztliche Gesamtvergütung) nicht um die von ihnen im Rahmen der Selektivverträge geleisteten Zahlungen bereinigen können, werden sie aufgrund dieser Doppelfinanzierung kaum Anreize haben, Selektivverträge abzuschließen.

Vielmehr ist auch im ambulanten Bereich unter Beachtung des Wettbewerbs- und Kartellrechts vollständige Vertragsfreiheit zwischen Ärzten, Arztnetzwerken sowie ihren Verbänden auf der einen Seite und den Krankenkassen und ihren Verbänden auf der anderen Seite zu gewährleisten. Damit ein Wettbewerb um effiziente Angebote in der ambulanten Versorgung entsteht, müssen Ärzte auch exklusiv mit den Kassen bestimmte Tarife und Konditionen separat verhandeln dürfen.

Um die Fehlverteilung der Kapazitäten abzubauen, sind finanzielle Anreize erforderlich. Zuschläge für Ärzte in unterversorgten Gebieten oder in Fachbereichen mit personellen Engpässen müssen dabei aber zu Lasten der Ärzte in überversorgten Gebieten oder überdurchschnittlich besetzten Fachbereichen finanziert werden, um die Steuerung der Versorgung kostenneutral für die Beitrags- und Steuerzahler zu gestalten. Dies muss kassenindividuell und unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Region erfolgen.



Der Gesetzesentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält hierzu erste richtige Schritte, jedoch werden danach Zuschüsse für Ärzte in unterversorgten Gebieten nicht kostenneutral finanziert, sondern zur Hälfte zu Lasten der Beitragszahler. Dies bedarf einer Korrektur.

Wenn die marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumente nicht greifen oder politisch nicht umgesetzt werden, dann bliebe nur, den Wegfall der Kassenzulassung von frei werdenden Arztsitzen in eklatant übertersorgten Gebieten gesetzlich verpflichtend zu regeln.

### **Arzneimittelversorgung**

Die Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs muss fortgeführt werden. Durch die weiterhin vorgeschriebenen einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Medikamente wird ein Preiswettbewerb zwischen den Apotheken weitgehend verhindert. Die Preisbindung durch die Arzneimittelpreisverordnung muss daher beseitigt werden.

Stattdessen muss den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht werden, neben den Rabattverträgen mit Pharmaherstellern auch mit den Apotheken und ihren Verbänden Versorgungsverträge auf selektivvertraglicher Basis zu schließen.

Auch das Mehr- und Fremdbesitzverbot für Apotheken ist im Interesse einer höheren Wettbewerbsintensität in der Arzneimittelversorgung vollständig aufzuheben. Es bedeutet eine Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapothek und verhindert Apothekenketten und den Betrieb von Apotheken durch Kapitalgesellschaften. Im Ergebnis stellt dies eine Einschränkung des Wettbewerbs dar, weil z. B. Apothekenketten gar nicht erst zugelassen werden. Bedenken, dass Apothekenketten zu monopolartigen Strukturen und damit zu einer Einschränkung des Wettbewerbs führen könnten, sind unbegründet und erscheinen schon angesichts der großen Anzahl von 20.700 Apotheken und der hohen Apothekendichte (weniger als 4.000 Einwohner pro Apotheke) konstruiert. Dies gilt auch deshalb, weil das Entstehen

monopolartiger Strukturen bereits durch das geltende Kartellrecht ausgeschlossen werden kann. Auch das Ziel der sorgfältigen Arzneimittelabgabe und somit des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung wird durch die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots nicht gefährdet. Schließlich dürfen Apotheken ausschließlich durch qualifizierte Berufsträger (Apotheker) geführt werden (§ 2 ApoG).

## **2. Eigenverantwortung ausbauen**

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist durch mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz auszuweiten. Das ist als Steuerungselement unverzichtbar und stellt auch keine Überforderung des Einzelnen dar. Nach wie vor weist Deutschland ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Niveau bei Eigenbeteiligungen auf (OECD, Health at a glance, 2013).

- Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren. Eine höhere Selbstbeteiligung schafft Anreize, Leistungen dort nicht in Anspruch zu nehmen, wo sie nicht erforderlich sind, bzw. Leistungen kostenbewusst nachzufragen. Damit die Versicherten ihrer Kostenverantwortung gerecht werden können, müssen jedoch unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Hierbei sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen.
- Mehr Selbstbeteiligung setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Großteil der Krankheitskosten ist verhaltensbedingt (z. B. durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Genussmittelmissbrauch) und lässt sich daher durch entsprechende Verhaltensänderungen vermeiden.
- Durch eine angemessene Selbstbeteiligung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die Solidarversicherung



entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann.

- Die Übernahme kleiner Risiken durch den Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch abgedeckt werden können.

Konkret sollte die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligung von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.

Bei den einzelnen Leistungsarten ist Selbstbeteiligung vor allem dort auszubauen, wo sie Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, haben kann. Insbesondere sollte daher die Praxisgebühr wieder eingeführt werden und grundsätzlich bei jedem Arztbesuch anfallen. Die Abschaffung der bis Ende 2012 erhobenen Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal zu zahlen war, ist ein Fehler gewesen. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahler mit rund 2 Mrd. € zusätzlich belastet. Die Summe der Zuzahlungen ist dadurch von 5 Mrd. € auf 3 Mrd. € gesunken.

Stattdessen hätte die Praxisgebühr weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer Praxisgebühr in Höhe von 5 € je Arztbesuch ließe sich hingegen sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine verbesserte Kostensteuerung erreichen. Bei Arztbesuchen besteht ein hohes Entlastungspotenzial durch Zuzahlungen schon deshalb, weil dadurch auch Verschreibungen gemindert und damit Leistungsausgaben in anderen Bereichen gesenkt werden können. Eine durchgängige Praxisgebühr trägt zudem dazu bei, unnötige Arztbesuche – wie zum Beispiel bei Bagatellerkrankungen – zu

vermeiden. Bei der Zahl der Arztkontakte belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz. Versicherte konsultieren in Deutschland nahezu doppelt so häufig einen Arzt wie zum Beispiel Niederländer, Portugiesen, Norweger oder Dänen (OECD Health Statistics 2012). In Belgien beträgt dabei die maximale Zuzahlung 25 % beim Hausarzt, beim Spezialisten sogar 40 %. In Frankreich werden die Versicherten bis zu 30 % an den Kosten des Arztbesuches (Hausarzt und Spezialist) beteiligt. Auch in Skandinavien sind Zuzahlungen üblich: Schweden zahlen beim Hausarzt- oder Facharztbesuch 15 bis 32 € zu, die Finnen bis zu 27,50 €. Turnusmäßig vorgesehene Früherkennungsuntersuchungen sollten weiterhin zuzahlungsfrei bleiben.

Die durch diese Maßnahmen bewirkte Erhöhung der Selbstbeteiligung beläuft sich auf rund 3 Mrd. €. Dies entspricht rund 7 % der von den privaten Haushalten bislang bereits selbst finanzierten Gesundheitsgüter und -leistungen (2012: 40,6 Mrd. €) bzw. knapp 1,5 % des heutigen GKV-Leistungsvolumens (ca. 200 Mrd. €).

### **3. Leistungen auf Basissicherung konzentrieren**

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf eine Basissicherung konzentriert werden, die einerseits die medizinisch notwendige Versorgung sichert, aber andererseits verzichtbare Leistungen ausschließt. Ohne eine solche Konzentration ist die gesetzliche Krankenversicherung künftig nicht mehr finanzierbar: Berechnungen des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (igsf) zeigen, dass auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs bis 2050 der Beitragssatz auf 27 bis 43 % steigen müsste. Eine Beitragsbelastung in diesem Ausmaß ist jedoch allenfalls rechnerisch denkbar, ökonomisch ist sie wegen der damit verbundenen negativen Auswirkungen ausgeschlossen. Die Definition einer Basissicherung ist damit notwendige Voraussetzung, um in anderen Ländern schon heute praktizierte Formen der Rationierung von Gesundheitsleistungen (z. B. altersbezogene



Leistungsausschlüsse, Ausschluss Einzelner vom medizinischen Fortschritt) auch künftig vermeiden zu können.

Basissicherung bedeutet, dass grundsätzlich nur noch solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden. Zur Definition einer solchen Basissicherung sollten bestehende Strukturen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie das voraussichtlich 2015 zu gründende Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen genutzt werden. Sowohl das IQWiG, das mit Nutzenbewertungen von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden befasst ist, als auch das neue Institut werden durch den G-BA beauftragt. Da der G-BA paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer besetzt ist, ist ein ausgewogener Abstimmungsprozess gewährleistet. Insbesondere kann der G-BA Leistungen „einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“ (§ 92 SGB V). Dies gilt allerdings im Wesentlichen nur für den ambulanten Sektor. Die Regelungen zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), nach denen diese so lange zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, bis der G-BA sie von der Versorgung ausschließt (Verbotsvorbehalt), sowie die nahezu uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit von Medikamenten in den ersten 12 Monaten direkt nach Zulassung (z. B. Sovaldi) führen dazu, dass im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich die gewollten Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen weitgehend nicht greifen. Deshalb ist der gesetzliche Auftrag bislang noch nicht ausreichend und muss wie folgt erweitert werden:

- Alle von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen zur Krankenbehandlung – sowohl neue als auch bereits im Leistungskatalog enthaltene – müssen in einem vergleichenden

Verfahren laufend auf ihren Nutzen überprüft werden. Leistungen, für die kein (Zusatz-)Nutzen nachweisbar ist, sind aus dem Leistungskatalog zu streichen bzw. nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Medizinische Leistungen, deren Nutzen (noch) nicht ausreichend nachgewiesen ist, sollen ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien erbracht werden dürfen. Damit wird zum einen sichergestellt, dass die Einführung und Prüfung von Innovationen nicht behindert wird. Zum anderen wird zusätzlich der Anreiz erhöht, entsprechende Studien durchzuführen und vorzulegen und die Datenlage für Entscheidungen des G-BA verbessert. Darüber hinaus wird so ein größtmöglicher Patientenschutz garantiert und das Gefühl der Patienten, bei Ausschluss einer Leistung durch den G-BA „etwas weggenommen zu bekommen“, entfällt. Dies erhöht – auch für die Politik – die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA.

- Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung müssen die medizinischen Leistungen durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen überprüft werden. Nur Leistungen, die einen (Zusatz-) Nutzen aufweisen, der in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht, dürfen in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben. Andere Leistungen, z. B. solche, die im Vergleich zu einer kostengünstigeren Alternative keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen bieten, sind dagegen zu streichen. Im Einzelnen müssen zur Beurteilung, wann ein Kosten-Nutzen-Verhältnis angemessen ist, konsistente, ethisch vertretbare Kriterien entwickelt werden, zu denen insbesondere auch der Schweregrad der Erkrankung gehören sollte. Hierzu ist ein breit anerkanntes Verfahren zu entwickeln, das internationalen Standards und dem neuesten Stand der Wissenschaft genügt.
- In Ergänzung zur durchgehenden Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sind schrittweise für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, wie sie heute schon im Be-

reich der Disease-Management-Programme (z. B. zu Asthma, Diabetes und koronaren Herzkrankheiten) bestehen. Dadurch wird die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen (z. B. überflüssige Untersuchungen, unnötige Verordnungen, nicht sachgerechte Behandlungen) unterbunden und auch die Angleichung der regionalen Basisversorgung, soweit wie möglich und sachgerecht, sichergestellt. Eine Erprobung könnte im Rahmen von entsprechenden Wahlтарifen erfolgen.

- Zur Messung der Zielerreichung und des Erfolges einer Konzentration des Leistungskataloges auf eine Basissicherung ist zudem eine Evaluation der Wirkung und der Kosteneinsparungen in regelmäßigen Abständen erforderlich. Ein geeigneter Evaluationsprozess ist zu entwickeln und einzuführen. Die Evaluation könnte ebenfalls durch den G-BA erfolgen.

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts kann die Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung und die Hinterlegung mit evidenzbasierten Leitlinien niemals vollständig und umfassend erfolgen. Ziel muss aber sein, die oben genannten Schritte auf möglichst viele Leistungen zur Krankenbehandlung anzuwenden. Zudem muss mit der Umsetzung der oben genannten Maßnahmen umgehend begonnen werden, da sie – wie Erfahrungen in anderen Ländern zeigen – einige Jahre in Anspruch nehmen kann und eine Wirkung erst mittel- bis langfristig eintritt.

Darüber hinaus sollten zur Konzentration der Leistungen auf eine Basissicherung aus dem gesetzlichen Leistungskatalog einzelne, insbesondere medizinisch nicht notwendige Leistungen herausgenommen und in die Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden (z. B. Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfen). Andere gesetzlich vorgesehene Leistungen können zumindest dem Umfang nach beschränkt werden. Dies gilt zum Beispiel für das Krankengeld, dessen maximale Bezugsdauer von bis zu 78 Wochen auf maximal 52 Wochen begrenzt werden sollte. Die Leis-

tungsdauer in Deutschland ist deutlich länger als in den übrigen europäischen Nachbarländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall überwiegend 52 Wochen oder weniger. Diese Befristung ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente).

## **II. Reformbedarf auf der Finanzierungsseite**

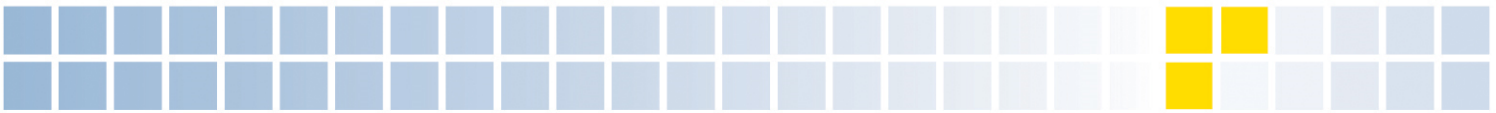
Auch wenn mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die bisher einzige einkommensunabhängige Beitragskomponente – der pauschale Zusatzbeitrag – rückgängig gemacht wurde, und die Finanzierung der GKV, abgesehen vom Bundeszuschuss, wieder vollständig einkommensabhängig erfolgt, bleibt die einkommensunabhängige Gesundheitsprämie etwa im Vergleich zu dem Vorschlag einer einkommensabhängig finanzierten Bürgerversicherung unverändert das nachhaltigere und zukunftsorientiertere Finanzierungskonzept für die GKV. Im Gegensatz dazu zielt die Bürgerversicherung vorrangig auf zusätzliche Einkommensquellen und damit auf eine weitere Umverteilung ab.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem Jahresgutachten 2014/15 noch einmal ausdrücklich hervorgehoben, dass eine einkommensunabhängige Finanzierung die am besten geeignete Finanzierungsform für die GKV ist.

### **1. Das Gesundheitsprämienmodell**

Zentraler Reformschritt muss die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein.





- Dazu ist die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn umzustellen. Entsprechend erfolgt die Auszahlung des Zuschusses der gesetzlichen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner als zusätzliche Rentenleistung.
  - Der versicherte Personenkreis entspricht dem heutigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich müssen alle Erwachsenen eine kassenindividuelle Gesundheitsprämie zahlen. Die beitragsfreie Mitversicherung der angehörigen Kinder bleibt erhalten.
  - Mitglieder, die durch die Zahlung einer vollen Prämie finanziell überfordert würden, erhalten einen sozialen Ausgleich. Er wird dadurch gewährleistet, dass die Krankenkassen bei ihnen die Prämie nur bis zu der Höhe einfordern, die sie nicht überfordert. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich erstattet.
- gegenüber Alleinverdienerhaushalten findet nicht mehr statt.
  - Der Umfang des Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sinkt erheblich, weil der Einkommensausgleich aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen wird.
  - Die Abhängigkeit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der konjunkturellen Entwicklung wird weitgehend beseitigt.
  - Negative einnahmeseitige Effekte des demografischen Wandels werden verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führt. Bis zu ein Drittel der fiskalischen Effekte der demografischen Struktur können hierdurch aufgefangen werden.

Die Vorteile eines solchen Gesundheitsprämienmodells sind insbesondere:

- Arbeitskosten und Krankheitskostenfinanzierung werden entkoppelt: Lohn- und Gehaltserhöhungen und höhere Beitragssätze führen nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen wird verkleinert, mittel- und langfristig sind nachhaltig positive Beschäftigungswirkungen zu erwarten.
- Der soziale Ausgleich erfolgt deutlich zielgenauer und transparenter als heute. Das Umverteilungsvolumen kann dadurch begrenzt werden.
- Die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Beitragsbelastung haben ein Ende: Die Finanzierung erfolgt aus dem gesamten Einkommen und Vermögen, eine Diskriminierung von Doppelverdienerhaushalten

## 2. Schritte in die richtige Richtung

Da für die politische Realisierung des Gesundheitsprämienmodells, welches unzweifelhaft das Idealmodell abbildet, noch Hürden zu überwinden sind, sollten zunächst erste Elemente hin zu einer nachhaltigeren Finanzierung im aktuellen System umgesetzt werden.

Die Beibehaltung des Status quo ist hingegen keine Alternative. Der steigende Finanzierungsbedarf in der GKV bei einer im Vergleich rückläufigen Beitragsbasis erzwingt immer höhere Beitragssätze, gefährdet damit Arbeitsplätze und dadurch zugleich die wesentliche Finanzierungsgrundlage der GKV.

Keine Alternative ist auch die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage wie bei der Bürgerversicherung. Sie würde im Kern nichts an der stark lohnbezogenen Finanzierung der GKV ändern und sie z. T. sogar noch ausweiten (vor allem durch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze).

Ein erster richtiger Schritt hin zu einer nachhaltigen Finanzierung war die seit 1. Januar 2011 geltende gesetzliche Festschreibung



des Arbeitgeberanteils auf 7,3 %, wie sie jetzt noch einmal der Gesetzgeber durch das zum 1. Januar 2015 in Kraft getretene GKV-FQWG bestätigt hat. Das Festhalten an der Festschreibung des Arbeitgeberanteils am Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung bei 7,3 % ist weiter dringend geboten, damit überproportional steigende Gesundheitsausgaben sich nicht negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Die Arbeitgeber bleiben dennoch weiter an den Kostensteigerungen bei den Krankenkassen beteiligt, soweit die Gesundheitsausgaben nicht stärker zunehmen als Löhne und Gehälter. Durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags werden die Lohnzusatzkosten weder gesenkt noch stabilisiert, sondern lediglich zusätzliche Mehrbelastungen durch überproportional steigende Gesundheitskosten vermieden.

#### **a. Auszahlung des Arbeitgeberanteils**

Als nächster Schritt sollte der Arbeitgeberbeitrag in seiner derzeit festgeschriebenen Höhe steuerfrei in den Bruttolohn ausgezahlt werden. Ohnehin ist der Arbeitgeberanteil nur eine buchhalterische Erscheinung, denn tatsächlich müssen die Arbeitnehmer sowohl ihren Bruttolohn als auch die darauf entfallenden Lohnzusatzkosten erwirtschaften, damit ihr Arbeitsplatz dauerhaft rentabel ist. Daher ist es nur folgerichtig, den festgeschriebenen Arbeitgeberanteil zu einem Stichtag einmalig dem Bruttolohn zuzurechnen. Die Auszahlung würde steuerfrei erfolgen, weil der zusätzliche Bruttolohn als Vorsorgeaufwendung vom steuerpflichtigen Einkommen abgesetzt werden kann. Mit der Auszahlung des Arbeitgeberanteils würde zugleich eine nachhaltige Loslösung der GKV-Finanzierung von den Arbeitskosten erreicht.

Entsprechend könnte auch der Krankenzusatz der gesetzlichen Rentenversicherung an die Rentner rentenerhöhend ausgezahlt werden.

#### **b. Bundeszuschuss verstetigen**

Zu einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört auch, dass der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung zur Finanzierung versicherungsfremder Aufgaben verlässlich ist und nicht vom Gesetzgeber nach Belieben gekürzt wird. Ziel muss sein, dass versicherungsfremde Leistungen nicht vom Beitragszahler finanziert werden. Die ab 2017 vorgesehenen Festschreibung des Bundeszuschusses bei 14,5 Mrd. € darf daher nicht unterschritten werden. Im Gegenteil sollte der Bundeszuschuss – entsprechend dem Anstieg der Aufwendung für versicherungsfremde Leistungen – regelmäßig angehoben werden, auch damit die Versicherten nicht unbegrenzt durch höhere Zusatzbeiträge belastet werden.

Außerdem sollte der Bundeszuschuss um die Mittel für Investitionen für die Krankenhausinfrastruktur aufgestockt werden, weil die bisherige Verpflichtung der Länder im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung entfallen soll.

#### **Ansprechpartner: BDA | DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

#### **Soziale Sicherung**

T +49 30 2033-1600

[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto:soziale.sicherung@arbeitgeber.de)