

BMG-Argumentationspapier zur Finanzreform für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem

Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler hat den Mitgliedern der die Regierung tragenden Bundestagsfraktionen am 9. Juli 2010 ein Argumentationspapier zu den Eckpunkten einer GKV-Finanzreform übersandt, auf die sich die Koalitionspartner am 6. Juli 2010 geeinigt hatten. Dieses Argumentationspapier war bis Ende Juli das aktuellste offizielle Dokument der Koalition über die Inhalte der geplanten Finanzreform. Es wird nachfolgend im Wortlaut wiedergegeben.

Die Reform setzt den Koalitionsvertrag um

Wir schaffen die Voraussetzungen dafür, dass alle Menschen auch in Zukunft die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Der Wettbewerb der Krankenkassen wird gestärkt und damit der Weg zu mehr Effizienz, mehr Qualität und mehr kreativen Lösungen geebnet. Krankenkassen erhalten Spielraum, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können. Die Finanzierung wird auch langfristig gewährleistet.

Durch die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Die Gesundheitskosten werden von den Lohnzusatzkosten entkoppelt. Der Arbeitgeberbeitrag bleibt fest. So ist es im Koalitionsvertrag vereinbart. Das wird mit dieser Reform umgesetzt.

Wir schaffen eine zukunftsfähige Finanzierung, ohne dabei Leistungen einzuschränken, und gleichen das aktuelle Defizit aus. Mit der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge als einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge können auch Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts finanziert werden und die Krankenkassen erhalten die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Ein einfach handhabbarer Sozialausgleich sorgt für Gerechtigkeit.

Die Reform ist unumgänglich

Unser qualitativ hochwertiges und weltweit anerkanntes Gesundheitssystem steht vor den Herausforderungen, die durch den demografischen Wandel und durch den medizinisch-technischen Fortschritt entstehen. Es ist erfreulich, dass die Menschen immer länger leben und dass es immer bessere Behand-

lungsmöglichkeiten gerade auch für schwere Krankheitsbilder gibt. Eine bessere, an den medizinischen Innovationen ausgerichtete Gesundheitsversorgung bedeutet aber auch steigende Gesundheitsausgaben. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch deshalb in den letzten 15 Jahren trotz umfassender Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung deutlich dynamischer gewachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen.

Der unmittelbare Handlungsbedarf für eine Reform der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich bereits kurzfristig. Für das Jahr 2011 wäre ohne die nun verabredeten Maßnahmen mit einem Defizit von ca. 11 Mrd. € zu rechnen. Dieses Defizit würde das heutige System der Zusatzbeiträge mit einem kasseninternen Sozialausgleich bei der Anwendung der Überforderungsklausel vor große Schwierigkeiten stellen. Zahlreiche Krankenkassen könnten die Gesundheitsausgaben für ihre Versicherten nicht mehr bezahlen, da die Möglichkeit zur Erhebung von Zusatzbeiträgen beschränkt ist. Diese Schieflage würde Kassen in letzter Konsequenz in die Insolvenz treiben. Die damit einhergehenden Verluste müssten durch andere Krankenkassen getragen werden, die dadurch selbst in Gefahr gerieten. Damit wäre letztlich das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet.

Handlungsbedarf ist also gegeben. Die Finanzierung der Krankenversicherung muss zukunftsfähig und unabhängiger von konjunkturellen Entwicklungen ausgestaltet und die Voraussetzungen für mehr Wettbewerb und für mehr Transparenz geschaffen werden. Mit der vereinbarten Finanzreform werden eine Stabilisierung der Ausgaben, eine Stärkung der Finanzierungsgrundlage und eine gerechte Gestaltung des Sozialausgleichs erreicht.

Die Koalition beseitigt das Defizit mit einer gerechten Verteilung der Lasten

Das aktuell zu erwartende Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung kann nur durch eine gemeinsame Kraftanstrengung gemeistert werden. Das Ausgabenwachstum muss dort verringert werden, wo die Qualität der Versorgung keinen Schaden nimmt, und auch auf der Einnahmeseite müssen alle Beteiligten ihren Teil zur Beseitigung des Defizits beitragen. Ausgabensteigerungen bei Leistungserbringern und Krankenkassen werden dort begrenzt, wo dies ohne Leistungseinschränkungen verantwortbar ist. Dies betrifft neben den bereits beschlossenen

Maßnahmen im Arzneimittelbereich die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen. Bei den Arzneimitteln wird die verabschiedete Erhöhung der Herstellerrabatte bereits ab August finanziellen Spielraum schaffen. Mit dem von den Fraktionen eingebrachten AMNOG (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz) werden zudem strukturelle Veränderungen vorgenommen für die Zukunft hin zu einer Preisbildung über Verhandlungen und eine Nutzenbewertung, ohne dass der Zugang zu innovativen Arzneimitteln beschränkt wird. Damit werden die Hersteller nicht mehr die Preise für Arzneimittel eigenständig festsetzen können.

Im stationären Bereich werden die Preise in den beiden kommenden Jahren nur halb so stark steigen wie die Grundlohnrate. Außerdem werden Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich erbringen (Mehrleistungen), geringer vergütet. Dies bremst den Ausgabenanstieg bei den Krankenhäusern.

Im ambulanten Bereich werden Regelungen getroffen, die die Mehrkosten der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der „normalen“ hausärztlichen Vergütung begrenzen. Auch im zahnärztlichen Bereich steigt die Vergütung nur halb so stark wie die Grundlohnrate. Zudem soll über die Vergütung ärztlicher Leistungen, die ohne jegliche Mengenbegrenzung zum festen Preis vergütet werden (extrabudgetär), noch einmal verhandelt werden.

Schließlich müssen auch die Krankenkassen selbst ihren Beitrag zur Ausgabenbegrenzung leisten. Ihre Verwaltungskosten werden hierfür in den nächsten beiden Jahren auf dem Niveau von 2010 eingefroren.

Insgesamt erreichen die Ausgabenbegrenzungen ca. 3,5 Mrd. € im Jahr 2011 und 4 Mrd. € im Jahr 2012.

Die im Juli 2009 vorgenommene vorübergehende Beitragssatzabsenkung um 0,6 Prozentpunkte im Rahmen des Konjunkturpaketes II läuft zum Jahresende 2010 aus, da sie angesichts der nach der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise wieder anspringenden Konjunktur nicht mehr zu rechtfertigen ist. Damit beträgt der paritätisch finanzierte Beitragssatz wieder 14,6 Prozent zuzüglich des Versichertenanteils von 0,9 Prozent.

Die Lasten zur Deckung des Defizits im Jahr 2011 werden so gerecht verteilt. Je 3 Mrd. € tragen Arbeitgeber und Versicherte über den Beitragssatz, über 3 Mrd. € die Leistungserbringer wie Arzneimittelhersteller, Ärzte und Krankenhäuser und die Krankenkassen über die Ausgabenbegrenzungen. Flankiert wird der Reformprozess durch einen zusätzlichen Steuerzuschuss von 2 Mrd. € für das Jahr 2011.

Die Koalition schafft eine zukunftsfähige Finanzierung

Die Koalition erreicht das im Koalitionsvertrag vereinbarte Ziel, die Entwicklung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten zu entkoppeln. Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Zudem wird der gesetzliche Anpassungszwang für die einkommensabhängigen Beitragssätze bei einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds aufgehoben. Damit werden langfristig Wachstum und Beschäftigung gefördert. Eine zukünftige Belastung des Faktors Arbeit

mit der Folge des Abbaus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung wird vermieden.

Unvermeidbare Ausgabensteigerungen werden zukünftig über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert. Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge schafft die Voraussetzung, langfristig die Finanzierung des Gesundheitssystems zu sichern. Da die Zusatzbeiträge von den Mitgliedern unabhängig von deren Einkommen an die Krankenkassen gezahlt werden und nicht mehr durch die derzeitige Überforderungsklausel gedeckelt werden, muss keine Kasse mehr befürchten, notwendige Finanzmittel nicht über Zusatzbeiträge erheben zu können. Alle Kassen – egal ob ihre Mitglieder eher einkommensschwach oder einkommensstark sind – haben nun wieder die gleichen Startbedingungen. Das ist eine Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb.

Mit den Zusatzbeiträgen erhalten die Krankenkassen Beitragsautonomie

Die Zusatzbeiträge stärken die Finanzautonomie und damit den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Jede Krankenkasse entscheidet selbst, in welcher Höhe sie von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge als festen Euro-Betrag erhebt. Er ist von allen Mitgliedern in gleicher Höhe unabhängig von Gesundheitszustand, Alter und Geschlecht direkt an die jeweilige Krankenkasse zu zahlen. Die derzeit noch bestehende Option prozentualer Zusatzbeiträge entfällt.

Die Zusatzbeiträge werden zunächst gering ausfallen, da mit den vereinbarten Maßnahmen auf der Ausgabenseite und mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent eine stabile Finanzierungsbasis für 2011 gegeben ist. Voraussichtlich werden viele Krankenkassen 2011 noch keine Zusatzbeiträge erheben. In den Folgejahren werden die Zusatzbeiträge langsam anwachsen. Der Wettbewerb unter den Kassen wird aber dafür sorgen, dass sie alles tun werden, um die Zusatzbeiträge so niedrig wie möglich zu halten.

Ein einfach handhabbarer Sozialausgleich sorgt für Gerechtigkeit

Der Zusatzbeitrag wird mit einem einfachen und unbürokratischen Sozialausgleich verbunden. Die Versicherten werden durch eine gesetzlich festgelegte Überforderungsgrenze davor geschützt, über Gebühr belastet zu werden. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag (nicht der tatsächlich je nach Krankenkasse zu bezahlende) eine Belastungsgrenze von zwei Prozent des individuellen Einkommens, greift der Sozialausgleich. Der Sozialausgleich orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Damit haben alle Mitglieder einen Anreiz, zu einer günstigen Krankenkasse oder auch zu einer teureren Krankenkasse mit zum Beispiel besseren Serviceleistungen zu wechseln. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird dabei künftig in jedem Herbst für das Folgejahr neu festgelegt. Auf der Basis der wirtschaftlichen Entwicklung und der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird geschätzt, wie hoch der Finanzbedarf der Kran-

kenkassen sein wird, der nicht durch Beitragszahlungen und Steuerzuschüsse gedeckt ist. Aus dieser Deckungslücke wird abgeleitet, wie hoch die Zusatzbeiträge des Folgejahres im Durchschnitt sein müssen.

Der Sozialausgleich wird für Arbeitnehmer und Rentner direkt über die Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger umgesetzt, indem der einkommensabhängige Beitrag um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag reduziert wird. Dies ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten handhabbar. Der Ausgleich erfolgt damit automatisch. Der Ausgleich wirkt sich bei den Versicherten als höheres Netto-Entgelt aus. Folgende Beispielrechnungen mit fiktiven Zusatzbeiträgen zeigen den Mechanismus:

Beispiel 1: bei einem Bruttoeinkommen von 500 € und einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 15 €

Bruttoeinkommen:	500 €
fiktiver Versichertenbeitrag (8,2 %):	41 €
Belastungsgrenze (2 %):	10 €
durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	15 €
Sozialausgleich:	5 €
abgeführter Versichertenbeitrag:	41 € – 5 € = 36 €

Das aufgrund der Absenkung des abgeführten Versichertenbeitrages um 5 € höhere ausgezahlte Netto-Entgelt gleicht die Überlastung durch den Zusatzbeitrag aus.

Beispiel 2: bei einem Bruttoeinkommen von 500 € und einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 5 €

Bruttoeinkommen:	500 €
fiktiver Versichertenbeitrag (8,2 %):	41 €
Belastungsgrenze (2 %):	10 €
durchschnittlicher Zusatzbeitrag:	5 €
Sozialausgleich:	0 €
abgeführter Versichertenbeitrag:	41 €

Da die Belastungsgrenze durch den niedrigen durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht überschritten wird, ist kein Sozialausgleich erforderlich.

Aus der entsprechenden Absenkung der prozentualen Versichertenbeiträge ergibt sich im niedrigen Einkommensbereich ein gleitender Anstieg der einkommensabhängigen Beiträge. Sprungstellen werden damit vermieden. Zusammen mit den einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen resultiert eine gleichbleibende Belastungswirkung. Zudem wird die Gerechtigkeitslücke durch den bisher nicht erfolgten Ausgleich für die pauschalen Zusatzbeiträge von 8 € geschlossen.

Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert. Diese fließen an den Gesundheitsfonds und gleichen so Einnahmeausfälle durch den Sozialausgleich aus. Dies bedeutet den Einstieg in einen gerechteren Ausgleich zwischen Arm und Reich, denn ein steuerfinanzierter Sozialausgleich berücksichtigt die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürger. Steuererhöhungen sind für den steuerfinanzierten So-

zialausgleich nicht erforderlich. Da die Zusatzbeiträge vorerst nur langsam anwachsen, wird auch das Finanzvolumen für den Sozialausgleich nur langsam ansteigen.

Die Patienten und Versicherten sind die Gewinner

Die Versicherten können zukünftig Preise und Leistungen zwischen den Krankenkassen besser vergleichen. Dies wird den Wettbewerb zwischen den Kassen um eine gute und kostengünstige Versorgung erhöhen. Sie werden zukünftig ein noch größeres Interesse daran haben, gute Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen und innovative Versorgungsangebote zu machen.

Durch einen Ausbau wettbewerblicher Strukturen werden sich Krankenkassen und Leistungserbringer zukünftig intensiver um ihre Patienten und Versicherten bemühen. Krankenkassen können den Patienten innovative Therapieangebote anbieten, indem sie diese mit neuen Vergütungsformen bei Verträgen mit den Leistungserbringern verbinden. Damit entstehen mehr Anreize für innovative Versorgungsangebote. So können wir ein qualitativ besseres und effizienteres Gesundheitssystem erreichen.

Wie geht es weiter?

Das Bundesministerium für Gesundheit wird zusammen mit den Koalitionsfraktionen bis nach der Sommerpause auf der Grundlage der Vereinbarungen einen entsprechenden Gesetzentwurf erarbeiten.

Zusätzlich sind im Laufe der Legislaturperiode weitere strukturelle Reformen zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem geplant. Dazu zählt die Ausweitung von Möglichkeiten zur Kostenerstattung. Eine Reform der Selbstverwaltungsorgane sowie eine konsequente Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts sollen dafür sorgen, dass zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Verträge auf gleicher Augenhöhe geschlossen werden können.

Bei den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung soll die Abgrenzung zwischen GKV und PKV klarer ausgestaltet werden und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitert werden. Ein Wechsel in die private Krankenversicherung soll zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.

Mit einer Korrektur der Honorarreform soll ein einfaches und verständliches Vergütungssystem für die ärztliche Versorgung erreicht werden, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt. Weitere Maßnahmen im ambulanten Bereich sollen der Sicherung der flächendeckenden Versorgung dienen. Dazu zählen neben der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auch Anreize bei Vergütung und Ausbildung.

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung sollen zudem eine zielgerichtete Präventionsstrategie mit einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung sowie ein Ausbau der Gesundheits- und Versorgungsforschung beitragen. ■