

Augurzky, Boris; Felder, Stefan; Krolop, Sebastian; Schmidt, Christoph M.; Wasem, Jürgen

Research Report

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

RWI Positionen, No. 38

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Felder, Stefan; Krolop, Sebastian; Schmidt, Christoph M.; Wasem, Jürgen (2010) : Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm, RWI Positionen, No. 38, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/52553>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Positionen

Boris Augurzky
Stefan Felder
Sebastian Krolop
Christoph M. Schmidt
Jürgen Wasem

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm



#38 vom 24. September 2010

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius;
Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll;
Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Reinhard Schulz;
Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. David Card, Ph.D.; Prof. Dr. Clemens Fuest;
Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Walter Krämer; Prof. Dr. Michael Lechner;
Prof. Dr. Till Requate; Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Positionen

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2010

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion:

Nils aus dem Moore,

Tel.: 030-2021598-15, nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

Die RWI Positionen im Internet: www.rwi-essen.de/positionen

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm



Positionen

Boris Augurzky, Stefan Felder, Sebastian Krolop,
Christoph M. Schmidt, Jürgen Wasem

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

#38 vom 24. September 2010

ISBN 978-3-86788-231-6

Position #38 vom 24. September 2010



Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit im RWI, Leiter des Ausschusses „Stationäre Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und Geschäftsführer der Institute for Health Care Business (HCB) GmbH

Stefan Felder

Professor für Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomik an der Universität Duisburg-Essen und Vorsitzender des Gesundheitsökonomischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik (VfS)



Sebastian Krolop

Geschäftsführender Gesellschafter der Health Care Unternehmensberatung ADMED GmbH in Pulheim und Lehrbeauftragter der Hochschule Fresenius

Christoph M. Schmidt

Präsident des RWI in Essen, Professor für Wirtschaftspolitik und angewandte Ökonometrie an der Ruhr-Universität Bochum, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Research Fellow des Centre for Economic Policy Research (CEPR) in London und des Forschungsinstituts zur Zukunft der Arbeit (IZA) in Bonn



Jürgen Wasem

Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs; Unparteiischer Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses in der vertragsärztlichen Versorgung

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

Zusammenfassung¹

Das Gesundheitswesen ist eine der bedeutendsten Branchen der deutschen Wirtschaft. Die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und ein gestiegener Wohlstand haben dazu geführt, dass die Ausgaben für Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten überproportional gestiegen sind. Es spricht vieles dafür, dass diese Entwicklung sich fortsetzt. Die Gesundheitswirtschaft könnte daher zu einem wichtigen Wachstumsmotor der deutschen Volkswirtschaft werden. Dafür müsste es der Politik jedoch gelingen, einerseits die absehbaren Engpässe der Finanzierung durch Reformen der Kranken- und Pflegeversicherung zu verhindern und andererseits die Effizienz der Leistungserbringung durch mehr Transparenz und die verstärkte Nutzung des Wettbewerbs zu steigern. Andernfalls würden wachsende Defizite auf der Finanzierungsseite und ineffizienter Ressourceneinsatz bei den Leistungserbringern ein produktives Wachstum des Gesundheitswesens und die damit verbundenen Wohlfahrtsgewinne eher früher als später beenden.

In dieser rwi-Position wird ein umfassendes gesundheitspolitisches Reformprogramm vorgeschlagen, das sich an den Zielen der sozialen Gerechtigkeit und der ökonomischen Effizienz orientiert. Es nimmt dabei beide Seiten des Marktes in den Blick – sowohl die von der Finanzierung bestimmte Nachfrage, als auch das durch die einzelnen Leistungserbringer geprägte Angebot. Auf Seiten der Finanzierung plädieren wir langfristig für ein vereinheitlichtes System, in eine solidarisch finanzierte Grundsicherung mit einem klar definierten Leistungskatalog verpflichtend ist und darüber hinaus Zusatzversicherungen für Wahlleistungen abgeschlossen werden können. Wir präsentieren in einer modularen Konzeption konkrete Schritte für die kurze und mittlere Frist, die für sich genommen bereits eine Verbesserung gegenüber dem Status quo darstellen und zugleich eine Annäherung an dieses Ideal bewirken. Auf Seiten der Leistungserbringung sind die Stärkung des Wettbewerbs, die Verankerung von Kosten-Nutzen-Bewertungen sowie die Überwindung von Sektorengrenzen von besonderer Bedeutung.

¹ Die Autoren danken Nils aus dem Moore für wertvolle Hinweise und Anregungen. – Eine ausführlichere Darstellung des gesundheitspolitischen Reformprogrammes der Autoren ist in der Reihe „RWI Materialien“ erschienen.

Position #38 vom 24. September 2010

Übersicht 1:

Reformen für die Finanzierung des Gesundheitswesens

1. Gesetzliche und Private Krankenversicherungen (2008 GKV 15, PKV 25 Mrd. €)

kurzfristig	<p>Anpassung der 1%-Überforderungsklausel bei Zusatzbeiträgen: Sozialausgleich über Gesundheitsfonds statt über Krankenkasse</p> <p>Regionale Differenzierung der Zusatzprämien und damit Rücknahme der Preiskonvergenz stationärer und ambulanter Leistungen</p> <p>Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten, z.B. durch intensivere Aufklärung und entsprechend ausgestaltete Konsumsteuern</p>
mittelfristig	<p>Sozialausgleich der Zusatzprämien über das Steuersystem</p> <p>Etablierung hochwertiger und unabhängiger Versorgungsfor- schung und damit Stärkung der Kosten-Nutzen-Analyse medizini- scher Leistungen</p> <p>Intensivierung des Wettbewerb um PKV-Bestandskunden durch Portabilität der Altersrückstellungen</p>
langfristig	<p>Explizite Definition des Leistungskatalogs der solidarisch finanzierten Grundsicherung unter Berücksichtigung von Kosten- Nutzen-Analysen</p> <p>Umstellung der GKV-Finanzierung auf Gesundheitsprämien mit Sozialausgleich;</p> <p>Überwindung der Dualität von GKV und PKV in einem neuen Sys- tem aus gesetzlichen Grund- und privaten Zusatzversicherungen</p>

2. Soziale Pflegeversicherung (2008 SPV: 19 Mrd. €)

kurzfristig	<p>Freigabe der Preise für Pflegeleistungen mit einer Regulierung für Preissteigerungen vergleichbar dem Markt für Mietwohnungen</p> <p>Höhere Beiträge für ältere Versicherte zur Erhöhung der Generati- onengerechtigkeit</p> <p>Beseitigung der Verschiebebahnhöfe zwischen SPV und anderen Kostenträgern (v.a. GKV), u.a. Stärkung des Prinzips „Reha vor Pflege“</p>
mittelfristig	<p>Zusätzliche private kapitalgedeckte, aber staatlich geförderte Pflegeversicherung</p>
langfristig	<p>Verschmelzung von GKV und SPV</p>

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

Übersicht 2:

Reformen für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen

1. Stationäre und ambulante Akutversorgung (2008: 124 Mrd. €)

kurzfristig	Selektives Kontrahieren zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern statt Kontrahierungszwang mit Prinzip „gemeinsam und einheitlich“ Umstellung der Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern auf Investitionspauschalen im Rahmen des DRG-Systems
mittelfristig	Förderung größerer betrieblicher Einheiten im ambulanten Bereich Abbau der Sektorengrenze ambulant/stationär durch Wettbewerb von ambulanten und stationären Anbietern um beste Versorgung Implementierung von „Pay for Performance“ Anwendung des Kartellrechts auf Leistungserbringer und Kostenträger Beschränkung der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung mit Kontrollfunktion
langfristig	Etablierung alternativer Versorgungskonzepte für Regionen mit geringer und schrumpfender Bevölkerungsdichte

2. Stationäre und ambulante Pflege (2008: 28 Mrd. €)

kurzfristig	Regelmäßige Überprüfung der Pflegenoten für Pflegeheime Diskussion über Einrichtung einer unabhängigen Instanz für Pflegenoten Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen durch Stopp der selektiven Förderung von Pflegeanbietern
mittelfristig	Angleichung der Pflegesätze der SPV für ambulante und stationäre Leistungen Abbau von bürokratischen Hemmnissen, insbesondere durch Reduktion und Vereinheitlichung der Heimgesetze in den Bundesländern

3. Rehabilitation und Vorsorge (2008: 8 Mrd. €)

mittelfristig	Ausbau der Evaluationsforschung für Rehabilitation und Vorsorge als Ausdruck der Betrachtung von Reha und Vorsorge als Investition in Humankapital Stärkere Eigenbeteiligung der Patienten Abbau von Schnittstellen-Problemen zwischen Kostenträgern
----------------------	--

4. Arzneimittel und Apotheken (2008: 39 Mrd. €)

kurzfristig	Neue Zulassungspraxis für Medikamente: Zulassung neuer Arzneimittel zunächst beschränkt auf ein Jahr, danach Festlegung eines GKV-Erstattungspreis auf Basis einer Kosten-Nutzen-Bewertung
mittelfristig	Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbots bei Apotheken

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

Das Gesundheitswesen ist eine der bedeutendsten Branchen der deutschen Wirtschaft. Im Jahr 2008 erreichte es ein Marktvolumen von über 260 Mrd. € und mehr als 4 Mill. Beschäftigte. Die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und ein gestiegener Wohlstand haben dazu geführt, dass die Ausgaben für Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten überproportional gewachsen sind. Vieles spricht dafür, dass diese Entwicklung weitergeht und sich die Gesundheitswirtschaft immer mehr zu einem Wachstumsmotor der deutschen Volkswirtschaft entwickelt. Allerdings nimmt die Zahl derer ab, die das Gesundheitswesen finanzieren – sei es über Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV), über Zuzahlungen der Patienten oder über die Einkommenssteuer. Ohne eine Erhöhung der Beiträge ist bereits 2011 mit einem erheblichen Defizit bei den Krankenversicherungen zu rechnen. Es stellt sich die Frage, wie die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im kommenden Jahrzehnt und darüber hinaus finanziert werden kann.

Für ausgewählte Bereiche des Gesundheitswesens stellen wir in dieser rwi-Position Maßnahmen vor, die zu einem effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen beitragen können. Dafür müssen beide Seiten des Marktes in den Blick genommen werden – sowohl die von der Finanzierung bestimmte Nachfrage, als auch das durch die Leistungserbringer geprägte Angebot. Unser Reformprogramm unterscheidet dabei auf Seiten der Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen den Krankenversicherungen (GKV und PKV) sowie der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Auf Seiten der Leistungserbringung berücksichtigt es Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, stationäre und ambulante Pflege sowie Apotheken und Arzneimittelhersteller.

Um die einzelnen Schritte auf dem Weg zu einem effizienteren Gesundheitswesen aufzuzeigen, haben wir die Reformvorschläge auf der Zeitachse in kurz-, mittel- und langfristig anzustrebende Verbesserungen strukturiert. Dabei bedeutet „kurzfristig“, dass die empfohlenen Verbesserungen noch in der laufenden Legislaturperiode des Bundestages umgesetzt werden sollten. Als „mittelfristig“ werden jene Maßnahmen eingestuft, die bereits in dieser Legislaturperiode vorbereitet werden sollten aber erst in der kommenden realisiert werden können. Dementsprechend sind jene Verbesserungen als „langfristig“ qualifiziert, mit deren Planung erst in der kommenden Legislaturperiode begonnen werden sollte. Die Tabellen „Übersicht 1: Reformen für die Finanzierung des Gesundheitswesens“ (Seite 4) und „Übersicht 2: Reformen für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen“ (Seite 5) fassen das Reformprogramm in komprimierter Form zusammen.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

Finanzierung

1. Finanzierung der Krankenversicherung

Im Jahr 2008 finanzierten die GKV mit rund 151 Mrd. € und die PKV mit 25 Mrd. €. zwei Drittel aller Gesundheitsausgaben. Zum 1. Januar 2009 erfolgte mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine grundlegende Umstellung der Finanzierung der GKV. Diese Umstellung war grundsätzlich richtig. Die soziale Umverteilung über lohneinkommensabhängigen Beiträge wurde dem Fonds übertragen und gleichzeitig für Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, über unterschiedliche Zusatzbeiträge intensiver um die Gunst der Versicherten zu konkurrieren. Da der Zusatzbeitrag einkommensunabhängig sein kann und obendrein nicht mit dem Arbeitgeber geteilt wird, verschärft er den Preiswettbewerb unter den Krankenkassen. Ohne Zusatzbeitrag hätten dagegen viele Versicherte weiterhin einen zu geringen Anreiz, sich bei günstigen Kassen zu versichern. Der Zusatzbeitrag ist das zentrale Instrument, um den aus Effizienzgründen wünschenswerten Kassenwettbewerb zu intensivieren.

Derzeit weist der Gesundheitsfonds mit der so genannten Überforderungsklausel allerdings einen Geburtsfehler auf, der durch die derzeit diskutierte Gesundheitsreform (GKV-Finanzierungsgesetz) ab dem Jahr 2011 beseitigt werden soll. Diese Klausel beschränkt bislang den maximalen Zusatzbeitrag auf 1% des beitragspflichtigen Einkommens eines Versicherten. Durch diese Beschränkung der Zusatzbeiträge findet der Sozialausgleich zwischen den Versicherten nur innerhalb der einzelnen Kassen statt. Dies widerspricht aber dem richtigen Kerngedanken des Fonds, Wettbewerb und Umverteilung zu trennen. Darüber hinaus benachteiligt die Überforderungsklausel gerade Kassen mit geringverdienenden Mitgliedern. Denn diese Kassen müssen Einnahmeausfälle, die aus der Überforderungsklausel bei Versicherten mit geringen Einkommen resultieren, durch höhere Pauschalbeiträge kompensieren. Dadurch werden einkommensstärkere Versicherte jedoch abgeschreckt. Der Gesetzgeber nimmt mit der bisherigen Beschränkung der Zusatzbeiträge letztlich in Kauf, dass Kassen unverschuldet in die Insolvenz geraten. Dass der Sozialausgleich ab dem Jahr 2011 über den Gesundheitsfonds laufen soll, stellt daher kurzfristig eine wichtige Verbesserung dar.

Möglichst schnell sollten die Krankenkassen zusätzlich das Recht erhalten, die geforderten Zusatzprämien regional zu differenzieren um auf diese Weise unterschiedlichen Präferenzen der Bevölkerung besser gerecht zu werden. Dann könnten die Versicherten einer Region darüber entscheiden, ob sie ihren regionalen Leistungsanbietern eine höhere Vergütung zahlen wollen oder nicht. Darüber hinaus würde damit die Wettbewerbsverzerrung zwischen regional und bundesweit

Position #38 vom 24. September 2010

tätigen Krankenkassen überwunden. Parallel dazu sollte die bereits in die Wege geleitete Konvergenz der Preise für Gesundheitsleistungen hin zu bundesweiten Einheitspreisen stationärer und ambulanter Leistungen zurückgenommen werden. Preise spiegeln regionale Unterschiede in den Kosten der Produktionsfaktoren wider, insbesondere der Arbeit. Das bundesweite Fix-Preissystem ist eine Sackgasse. Um mehr Einfluss auf das Leistungsgeschehen zu erhalten, sollten die Versicherer mit den Leistungserbringern über Preise und Qualität selektiv verhandeln können (siehe Abschnitt 2.1).

Um die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wirksam zu begrenzen, sollten kurzfristig auch Maßnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung ergriffen werden. Trotz eines deutlich besseren Kenntnisstands über gesundheitsbewusstes Verhalten, ausgedrückt zum Beispiel durch zahlreiche Produkte zur gesunden Ernährung, ökologisch geprüfte Produkte, rauchfreie Zonen, Fitness- und Wellness-Angebote, nehmen verhaltensbedingte Zivilisationskrankheiten wie Übergewicht unter der Bevölkerung weiter zu. Daher muss die Aufklärungsarbeit durch Bonus- und Malus-Regelungen oder durch eine höhere Besteuerung von gesundheits-schädlichen Konsumgütern ergänzt werden. Durch einheitliche gesetzliche Selbstbehalte² und Kostenmitteilungen an die Patienten würden darüber hinaus das Kostenbewusstsein der Patienten gestärkt und Abrechnungen von Ärzten durch den Patienten stärker kontrolliert. Als Vorbild könnte das Schweizer System dienen, das einen absoluten Selbstbehalt von 200 Euro pro Jahr mit einem 10%igen Selbstbehalt kombiniert und die Zuzahlung auf maximal 500 Euro beschränkt.

Trotz der Effizienzreserven, die durch diese kurzfristig sinnvollen Maßnahmen gehoben werden können, wird mittelfristig eine gesellschaftliche Entscheidung darüber notwendig sein, in welchem Umfang der zusätzliche Nutzen neuer medizinischer Verfahren von der Solidargemeinschaft getragen werden soll. Als Entscheidungsgrundlage ist eine verbesserte Beurteilung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen zwingend notwendig. Dazu muss eine praxisnahe und methodisch hochwertige Versorgungsforschung etabliert werden und sichergestellt sein, dass die Kosten-Nutzen-Analysen unabhängig von den Eigeninteressen einzelner Akteure erfolgen.

Als Zwischenschritt zu einer langfristig wünschenswerten Vereinheitlichung des Versicherungsmarktes (siehe unten) sollten in der mittleren Frist die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass sich in der PKV ein funktionierender Wettbewerb um Bestandskunden entwickeln kann. Derzeit ist es für Bestandskunden nicht interessant, ihren Versicherer zu wechseln, da sie dabei ihre Altersrückstel-

² *Kassenindividuelle Selbstbehalte könnten zur Risikoselektion missbraucht werden.*

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

lungen verlieren würden. Um einen Wettbewerb um Bestandskunden zu ermöglichen, müssen daher die in der PKV gebildeten Rückstellungen individualisiert und auf diese Weise portabel gemacht werden. Die Gesundheitsreform 2007 hat hier nur unzureichende Änderungen gebracht.

Schließlich sollte mittelfristig auch der soziale Ausgleich in der GKV neu geregelt werden. Derzeit findet er über lohnabhängige Beiträge innerhalb des Gesundheitsfonds entsprechend der Höhe des beitragspflichtigen Einkommens statt. Besser geeignet, also sozialer, wäre jedoch ein Ausgleich über das Steuersystem, weil darüber neben dem Lohneinkommen auch alle anderen Einkommensarten herangezogen würden.

Angesichts künftiger medizinischer Möglichkeiten, deren Finanzierung die gesetzliche Krankenversicherung überfordern würde, wird es langfristig notwendig sein, dass der Staat den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen explizit definiert. Viel stärker als bisher wird dabei der Nutzen medizinischer Leistungen mit den Kosten zur Bereitstellung dieser Leistungen verglichen werden müssen. Insbesondere die Partizipation an allen Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts wird stärker als bislang auf den Prüfstand gestellt werden müssen. Die GKV mit klar definiertem Leistungskatalog würde auf diesem Wege in eine solidarisch finanzierte Grundversicherung überführt.

Parallel dazu muss die bisherige Dualität des Krankenversicherungsmarktes überwunden werden. Sie ist ökonomisch nicht begründbar und nur historisch erklärbar. Die Demarkationslinie zwischen GKV und PKV, definiert über die Versicherungspflichtgrenze und die Art der Beschäftigung, führt zu Verwerfungen. Vor allem findet eine Entmischung der Versicherten zwischen PKV und GKV nach dem Gesundheitsrisiko und nach der Familienzusammensetzung statt: „niedrige Risiken“ und Singles wählen die PKV, „hohe Risiken“ und kinderreiche Familien sammeln sich in der GKV. Diese Entmischung sowie eine Versicherungspflichtgrenze, die sich allein nach dem Lohneinkommen richtet, widersprechen dem Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit.

Das Nebeneinander der beiden Versicherungssysteme führt darüber hinaus zu negativen allokativen Effekten. Dies wird insbesondere in der PKV besonders deutlich: Weil junge Neukunden besonders attraktiv sind, im Gegensatz zu älteren Bestandskunden, bestehen hier starke ökonomische Anreize, die Prämiengestaltung und das Gesundheitsmanagement vor allem auf die Gruppe der Neukunden zu konzentrieren.

Position #38 vom 24. September 2010

Allokative Verzerrungen resultieren aufgrund unterschiedlicher Vergütungsstrukturen von GKV und PKV auch im Bereich der Leistungserbringung. Die höheren Vergütungssätze im Bereich der PKV sowie die dort fehlende Mengengrenzung setzen vor allem im ambulanten Bereich finanzielle Anreize, Privatversicherte bei der Allokation medizinischer Leistungen zu bevorzugen. Folge können eine Fehl- und Überversorgung Privatversicherter und eine entsprechende Unterversorgung gesetzlich Versicherter sein. Tatsächlich ist der Ausgabenanstieg der PKV im Vergleich zur GKV bei den ambulanten Arztkosten besonders ausgeprägt. Langfristig sollte der Krankenversicherungsmarkt daher vereinheitlicht werden. Idealerweise gibt es für alle Bürger eine solidarisch finanzierte Grundversicherung und darüber hinaus einen freien Markt für private Zusatzversicherungen. Hierzu muss ein Übergangsmodell erarbeitet werden, sodass derzeitige PKV-Bestandskunden nicht benachteiligt oder bevortelt werden. In diesem Zusammenhang muss eine Lösung für die in der PKV aufgebauten Altersrückstellungen, deren Eigentümer die PKV-Bestandskunden sind, erarbeitet werden.³

Dafür hilfreich wäre eine veränderte Art der Finanzierung der GKV, zum Beispiel über eine Gesundheitsprämie mit Sozialausgleich. Sie würde erleichtern, die kostenlose Mitversicherung von Ehepartnern abzuschaffen, was aufgrund der damit verbundenen Anreizwirkung am Arbeitsmarkt wünschenswert ist. Die Einführung der Gesundheitsprämie stößt jedoch auf erhebliche politische Widerstände. Alternativ wäre daher das holländische Modell in Betracht zu ziehen. Dabei würde der derzeitige Arbeitgeberbeitrag eingefroren und in den Gesundheitsfonds eingezahlt. Der Arbeitnehmeranteil zur GKV würde in eine Pauschalprämie mit sozialem Ausgleich umgewandelt. Die durchschnittliche monatliche Prämie würde dann rund 120 € betragen, wenn man annimmt, dass die Ehegattenmitversicherung abgeschafft wird und für Kinder die halbe Prämie gezahlt wird. Die konkrete Prämienhöhe kann von Kasse zu Kasse natürlich variieren. Der soziale Ausgleich würde über das Finanzamt erfolgen.

Ein Umstieg sowohl auf die volle Gesundheitsprämie als auch auf das holländische Modell kann stets so gestaltet werden, dass keine zusätzlichen Steuermittel für den sozialen Ausgleich nötig sind. Entscheidend ist, dass gleichzeitig die potenziellen „Gewinner“ der Reform, in der Regel Versicherte mit mittlerem Einkommen, derart zusätzlich belastet werden, dass kaum „Gewinne“ entstehen.

³ Eine Auszahlung derjenigen Altersrückstellungen an die PKV-Versicherten, die sich auf den GKV-Leistungskatalog beziehen, wäre im ersten Schritt denkbar. Die restlichen Altersrückstellungen würden für die verbleibende Zusatz-PKV verwendet. Im zweiten Schritt müssten sich die PKV-Versicherten bei einer GKV einkaufen. Gerade bei älteren PKV-Versicherten mit höherem Krankheitsrisiko wäre ein kostenloser Übergang in die GKV für die GKV sonst ein Verlustgeschäft. Die Einkaufssumme müsste errechnet werden.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

Dies wäre im ersten Schritt über eine Gesundheitssteuer möglich, die den lohnabhängigen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds ersetzt. Langfristig könnte diese Gesundheitssteuer im offiziellen Steuertarif aufgehen oder wie die Kirchensteuer im Auftrag eines Dritten, hier dem Gesundheitsfonds, eingezogen werden. Zur Erhöhung der Akzeptanz dieser Reform sollten starke Verteilungseffekte möglichst vermieden werden. Der alternativ denkbare Übergang in das „holländische Modell“ könnte aus diesem Grund auch in einzelnen Schritten, über einen Zeitraum von mehreren Jahren, vollzogen werden.

2. Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) finanzierte im Jahr 2008 Leistungen im Volumen von rund 19 Mrd. €. Davon wurden 13 Mrd. € für stationäre und ambulante Angebote aufgebracht, 5 Mrd. € flossen an private Haushalte zur Finanzierung der Pflege durch Familienangehörige, 1 Mrd. € fielen für das Gesundheitshandwerk und für Verwaltungsaufwendungen an. Damit finanzierte die SPV rund 45% der Ausgaben für Pflegeheime und ambulante Dienste. Dass die Pflegekosten nur zum Teil von der SPV finanziert werden, ist aus ökonomischer Sicht sinnvoll. Dadurch tragen der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen eine Eigenverantwortung, insbesondere finanzieren sie die Kostenunterschiede verschiedener Pflegeangebote selbst.

Aufgrund der auf diese Weise geförderten Preissensitivität der Nachfrage und des zunehmenden Wettbewerbs zwischen Pflegeanbietern sind Pflegesatzverhandlungen zwischen Pflegeheimen und Kostenträgern nicht länger notwendig. Die Preise für Pflegeleistungen sollten daher kurzfristig freigegeben werden und die Pflegeanbieter somit selbst über die Höhe der Pflegesätze auf den einzelnen Pflegestufen entscheiden können. Um Preissteigerungen für bereits in einem Pflegeheim untergebrachte Pflegebedürftige zu beschränken bedarf es lediglich ähnlicher Regulierungen wie sie auf dem Markt für Mietwohnungen verwirklicht sind.

Zur Verbesserung der Effizienz sollten auch die „Verschiebepfahnhöfe“ zwischen der GKV und der SPV möglichst schnell beseitigt werden. Unterschiedliche Interessen von GKV und SPV führen beispielsweise dazu, dass die Regel „Reha vor Pflege“ bisher zu wenig berücksichtigt wird. Um diesem Prinzip die nötige Geltung zu verschaffen, sind kurzfristig zwei Maßnahmen denkbar: Entweder die SPV wird zu einem weiteren Rehabilitationsträger gemacht, oder es werden finanzielle Ausgleichszahlungen zwischen GKV und SPV definiert, um die Anreize zu Gunsten des Prinzips „Reha vor Pflege“ zu erhöhen.

Position #38 vom 24. September 2010

Um die Generationengerechtigkeit der SPV zu verbessern, sollte kurzfristig der Beitrag für derzeit ältere Versicherte erhöht werden, ähnlich wie dies bei kinderlosen Versicherten bereits der Fall ist. Da von der Einführung der SPV im Jahr 1996 die damals ältere Generation profitierte, ohne in der Vergangenheit eine eigene Leistungen hierfür erbracht zu haben, kann das Problem der fehlenden Generationengerechtigkeit der SPV dadurch zumindest gemildert werden.

Aufgrund der demografischen Entwicklung dürften die Ausgaben der SPV auch in den kommenden Jahrzehnten deutlich stärker wachsen als die gesamten Gesundheitsausgaben. Um die Beiträge zur SPV nicht in regelmäßigen Abständen erhöhen zu müssen, wird daher der Eigenanteil der Pflegebedürftigen weiter steigen. Um nicht vermehrt im Pflegefall auf Sozialhilfeleistungen oder auf Angehörige zurückgreifen zu müssen, sollte mittelfristig jeder Bürger zusätzlich eine staatlich geförderte private Pflegeversicherung abschließen. Diese würde die zusätzlichen Kosten eines wachsenden Eigenanteils absichern.

Um Schnittstellenprobleme und Verschiebepahnhöfe besser und konsequenter zu beseitigen, als es durch Ausgleichszahlungen möglich ist, sollten GKV und SPV langfristig zusammengeführt werden. Gleichzeitig würde durch eine Zusammenlegung ein Wettbewerb in der Pflegefinanzierung geschaffen, den es bislang auf Grund des Versicherungsmonopols der SPV nicht gibt.

Leistungserbringer

1. Stationäre und ambulante Akutversorgung

Die stationäre und ambulante Akutversorgung umfasste im Jahr 2008 ein Marktvolumen von 124 Mrd. €, das entspricht etwa der Hälfte des gesamten Gesundheitswesens. Fehlender Wettbewerb im Bereich der Leistungserbringer führt daher zu weitreichenden und kostspieligen Ineffizienzen.

Der durch den Gesundheitsfonds intensivierte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen entfaltet bisher nicht hinreichend Wirkung auf der Angebotsseite. Denn er kann sich derzeit im Wesentlichen nur über Unterschiede bei den Verwaltungsausgaben, dem Service und den freiwilligen Leistungen der Krankenkassen äußern. Damit ist der Wettbewerb auf einen kleinen Teil der GKV-Ausgaben beschränkt, mit entsprechend geringeren Auswirkungen auf die Leistungserbringer. Eine kurzfristige Ausweitung des Wettbewerbs wäre möglich, wenn Kassen selektiv mit einzelnen Leistungserbringern über Preise und Qualität verhandeln könn-

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

ten. Erst dadurch könnten sich die Kassen substanziell von ihren Wettbewerbern unterscheiden und gleichzeitig eine intensivere Konkurrenz auf der Angebotsseite auslösen.

Der gesetzlich vorgeschriebene Leistungskatalog inklusive der Vorgaben an die Qualität darf dabei natürlich nicht zur Verhandlung stehen. Würde auch der Umfang des Leistungskatalogs zwischen Kassen variieren, dann bestünde ein zu großer Anreiz zur Risikoselektion. Gesunde Versicherte würden tendenziell eine günstige Kasse mit kleinem, kranke Versicherte eher eine teurere Kasse mit umfangreichem Leistungskatalog wählen. Um Verwerfungen zu vermeiden, empfiehlt sich keine rasche Umstellung des Verhandlungsmodus, sondern eine schrittweise Vorgehensweise mit Testphasen und Testleistungspaketen in der Anlaufzeit.⁴

Sollte sich das selektive Kontrahieren in der Testphase bewährt haben, dann sollte es mittelfristig in den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an die Stelle des bisherigen Prinzips „gemeinsam und einheitlich“ treten. Eine detaillierte Krankenhausplanung wäre auch vor dem Hintergrund einer weiten Verbreitung selektiver Verträge nicht erforderlich. Die Krankenhausplanung sollte sich vielmehr auf die Überwachung der Versorgung innerhalb von Versorgungsregionen konzentrieren. Im Fall selektiver Verträge müsste sie sich darum kümmern, dass Krankenkassen in jeder Versorgungsregion, die zum Beispiel über Fahrtzeitdistanzen definiert sind, tatsächlich den gesamten Leistungskatalog kontrahieren. Dabei muss auch das ambulante Angebot vor Ort Berücksichtigung finden.

Ineffizienzen in der ambulanten medizinischen Versorgung resultieren auch aus einer zu geringen Arbeitsteilung. In Einzelpraxen leiden darunter die Wirtschaftlichkeit, aber auch der Service für Patienten, was sich zum Beispiel in langen Wartezeiten in Praxen widerspiegelt. Durch eine kurzfristig realisierbare Verbesserung der Rahmenbedingungen sollten daher größere betriebliche Einheiten wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Ärztehäuser gefördert werden. Diese können komparative Vorteile von Mitarbeitern besser nutzen, indem beispielsweise der Arzt die Managementaufgaben an eine Geschäftsführung abgibt und

4. Ferner muss für alle Kassen, z.B. durch konkretisierende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, vorgegeben werden, dass ihre Versicherten in einer vorgegebenen Zeit alle Leistungen des gesetzlichen Leistungskatalogs erreichen können. Ferner würde sich die Debatte um die Notwendigkeit einer DRG-Bundeskonvergenz erübrigen. Für Patienten kann weiterhin freie Krankenhauswahl gelten, allerdings mit der Auflage bei Wahl eines Krankenhauses, das keinen Vertrag mit der eigenen Krankenkasse besitzt, die dadurch entstehenden Zusatzkosten selbst zu tragen.

Position #38 vom 24. September 2010

dadurch auch von Verwaltungsarbeiten entlastet wird. Dies sollte nicht dadurch eingeschränkt werden, dass die Geschäftsführung nur durch einen Arzt ausgeübt werden darf.

Darüber hinaus erlauben größere Einheiten die Absicherung von Unternehmensrisiken. Der einzelne Arzt kann damit sein unternehmerisches Risiko erstens generell reduzieren und zweitens auf Wunsch an den Eigentümer des MVZ abgeben. Kapitalgesellschaften müssen auch in Zukunft Mehrheitsgesellschafter von MVZ sein können. Gewinnausschüttungen an private Investoren sind nicht schädlich für das Gesundheitswesen. Sie schaffen möglicherweise überhaupt erst den nötigen Anreiz, um dringend nötiges privates Kapital im Gesundheitswesen zu investieren. Es wäre kontraproduktiv, privates Kapital für MVZ oder generell für das Gesundheitswesen zu verbieten.⁵

Eine weitere, kurzfristig sinnvolle Maßnahme im Bereich der Akutversorgung ist der effizientere Einsatz von öffentlichen Mitteln zur Förderung von Krankenhausinvestitionen. Im Jahr 2009 haben die Bundesländer Krankenhausinvestitionen mit insgesamt 2,8 Mrd. € gefördert, 60% davon sind ausgewählten Krankenhäusern zugeflossen (so genannte Einzelfördermaßnahmen), 40% wurden pauschal an alle Krankenhäuser nach Größe und Leistungsvolumen der Krankenhäuser verteilt. Einzelfördermaßnahmen führen jedoch zu Wettbewerbsverzerrungen, schränken in erheblichem Maße die unternehmerische Freiheit des Krankenhauses ein und führen zu einer Fehlallokation von öffentlichem Kapital. Sinnvoller wäre die Verteilung der Fördermittel zu 100% in Form von Investitionspauschalen, gleichmäßig an alle Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihrem Leistungsvolumen. Ab 2012 besteht für die einzelnen Bundesländer die Option zu einem solchen Umstieg. Schon aus Eigeninteresse ist den Ländern anzuraten, diesen Weg zu wählen.

In der mittleren Frist könnten die größten Effizienzreserven durch einen Abbau der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gehoben werden. Bisher gehen die beiden Versorgungsformen meist getrennte Wege, mit jeweils eigenen Regeln und Vergütungen. Jeder Leistungserbringer sollte jedoch selbst entscheiden können, welche Leistungen er in welcher Form anbietet. Falls Krankenhäuser ambulante Leistungen bei gleicher Qualität günstiger als niedergelassene Ärzte anbieten können, wäre es unverantwortlich, dem Beitragszahler diesen Vorteil vorzuenthalten. Gleiches gilt umgekehrt, wenn ambulante Anbieter

⁵ Es muss auch für ein MVZ im Eigentum eines Krankenhauses gelten, dass Einweisungen in dasjenige Krankenhaus erfolgen, das eine ausreichend hohe Qualität bieten kann. Um dies zu gewährleisten sollte dem Patienten erstens die Eigentümerstruktur des MVZ transparent gemacht, mindestens zwei Krankenhäuser empfohlen und vor allem die Qualität der Krankenhausbehandlung transparent gemacht werden.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

bislang stationäre Leistungen bei gleicher Qualität günstiger anbieten können. Ob dies jeweils der Fall ist, kann nur über den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern entschieden werden, die mit den Krankenversicherungen frei über Leistungsangebote verhandeln.

Die aus höherem Wettbewerbsdruck resultierende Spezialisierung sowie die Bildung von Zentren und Krankenhausketten sind unter medizinischen und ökonomischen Aspekten sinnvoll. Sie sollten weiter vorangetrieben werden. Gleichzeitig muss allerdings darauf geachtet werden, dass sich in den Versorgungsregionen keine Anbietermonopole bilden, die sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken können. Das Kartellrecht muss daher bei Krankenhäusern weiter Anwendung finden und zusätzlich auch auf vernetzte Strukturen wie hausärztliche Vertragsgemeinschaften angewandt werden. Sollte selektives Kontrahieren an Bedeutung gewinnen, müssten auch die Krankenkassen dem Kartellrecht unterworfen werden.⁶

Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um die Patienten ist zwar gerade in Ballungsgebieten schon heute Realität. Mangels ausreichender Transparenz über die Behandlungsqualität spielt dabei die medizinische Qualität eher eine untergeordnete Rolle. Zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern ist daher mehr Transparenz über die Behandlungsqualität nötig, die in standardisierter Form, bundesweit einheitlich, dem Patienten und dem einweisenden Arzt zugänglich sein muss. International haben in der jüngsten Zeit Verträge besondere Beachtung gefunden, bei denen die Vergütung an Erfolgsparametern der Struktur-, insbesondere aber der Prozess- und Ergebnisqualität festgemacht wird. Solche „Pay for Performance“-Verträge (P4P) können mittelfristig auch im deutschen Gesundheitswesen einen sinnvollen Beitrag leisten. Sie sollten dezentral im Vertragswettbewerb erprobt und nicht verbindlich für alle Krankenkassen dekretiert werden. Eine sorgfältige Evaluation ist anzuraten, da auch unerwünschte Effekte von P4P berichtet werden. So besteht die Gefahr, dass Patienten vernachlässigt werden, wenn ihre Behandlung die Chance auf einen Bonus im Rahmen von P4P verschlechtert.

6 Die aktuellen Regelungen zur hausärztlichen Versorgung in § 73b SGB V sind dagegen ein Verstoß gegen die Grundsätze des Vertragswettbewerbs. Zur Beseitigung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen und des Angebotsmonopols der Hausarztverbände sollten die Regelungen geändert werden. Im Wettbewerb der Kassen als Such- und Entdeckungsverfahren wird sich zeigen, ob eine hausarztzentrierte Versorgung unter den spezifischen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung führt.

Position #38 vom 24. September 2010

Langfristig wird die Effizienz der Leistungserbringung in der Akutversorgung maßgeblich davon abhängen, dass alternative Versorgungskonzepte für Regionen mit geringer und schrumpfender Bevölkerungsdichte etabliert werden. Das Argument der notwendigen Daseinsvorsorge kann nicht pauschal dazu dienen, an ineffizienten Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum festzuhalten. Patentrezepte gibt es nicht, es dürfte sich aber lohnen, von Ländern mit geringer Bevölkerungsdichte und trotzdem guter Gesundheitsversorgung zu lernen. Beispiele dafür sind die skandinavischen Länder, die USA oder Australien. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass es für die ländliche Bevölkerung sogar vorteilhaft sein kann, auf spezialisierte Zentren in größerer Distanz zurückgreifen zu können als auf ein gering ausgelastetes, wenig spezialisiertes kleines Krankenhaus in unmittelbarer Umgebung, das nicht unbedingt die höchste Qualität bieten kann. Insofern reduziert sich das Versorgungsproblem im ländlichen Raum auf die Gestaltung der Not- und Erstversorgung.⁷

2. Stationäre und ambulante Pflege

Die stationäre und ambulante Pflege umfasste im Jahr 2008 ein Marktvolumen von 28 Mrd. €. In den vergangenen zehn Jahren ist dieser Bereich deutlich stärker gewachsen als der übrige Gesundheitsmarkt. Auf Grund der demografischen Entwicklung ist auch in Zukunft von einem überproportionalen Wachstum auszugehen. Die SPV finanziert derzeit über so genannte Pflegesätze rund 45% der Leistungen. Die Pflegesätze orientieren sich am Schweregrad der Pflege und fallen für ambulante Leistungserbringung niedriger aus als für stationäre.

Auf Grund einer in der Vergangenheit geringen Qualitätstransparenz fällt der Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeheimen noch gering aus. Die Veröffentlichung von Pflegenoten für Pflegeheime seit 2009 ist daher ein richtiger Schritt. Wie bei allen Neuerungen gibt es zunächst Anfangsschwierigkeiten und Anpassungsbedarf. Diese sind jedoch kein Argument gegen die Einführung von Pflegenoten. Vielmehr sollten die dahinter liegenden Konzepte regelmäßig kritisch überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Eine wachsende Qualitätstransparenz kann dazu führen, dass sich das Preis-Leistungsverhältnis von Anbietern über den Wettbewerb verbessert. Allerdings ist kurzfristig zu prüfen, ob Pflegenoten nicht

7 Im niedergelassenen Bereich gibt es über- und unterversorgte Gebiete. Gerade in ländlichen und ostdeutschen Regionen tut sich künftig eine Versorgungslücke auf, während in anderen Regionen auf absehbare Zeit eine hohe Ärztedichte herrscht. Der geeignete Parameter zur Steuerung von Über- und Unterangeboten im niedergelassenen Bereich ist das ärztliche Honorar. Es sollte stärker zu Steuerungszwecken genutzt werden.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

besser von einer unabhängigen Stelle statt, wie derzeit, vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen vergeben werden sollten, der konstruktionsbedingt nicht unvoreingenommen an das Thema herangehen kann.

Schließlich sollten Wettbewerbsverzerrungen durch staatliche Eingriffe vermieden werden. In der Vergangenheit wurden seitens einiger Bundesländer durch eine selektive Investitionsförderpolitik erhebliche Fehler gemacht. Geförderte Heime können ihre Leistungen günstiger anbieten als nicht geförderte Heime. Diese Wettbewerbsverzerrungen sind offenkundig und sollten möglichst schnell durch die Einstellung der öffentlichen Förderung aufgehoben werden. Um auch eine Wettbewerbsverzerrung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung aufzuheben, sollten die Pflegesätze mittelfristig unabhängig von der Art der Inanspruchnahme ausgestaltet werden. Entscheidend für ihre Differenzierung sollte nur der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit sein.⁸

Ferner ist die Pflege bisher durch eine erhebliche staatliche Bevormundung und durch zahlreiche bürokratische Hemmnisse gekennzeichnet, die sich auf Länderebene noch durch unterschiedliche Heimgesetze potenzieren. Beispielsweise stellt sich der Staat über den Willen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, indem er in Nordrhein-Westfalen die Heimgröße auf 80 Plätze beschränkt oder in Baden-Württemberg künftig Einbettzimmer für alle Pflegebedürftigen vorschreibt. Möglicherweise würden sich aber manche Pflegebedürftige über günstigere Angebote freuen und dafür ein Doppelzimmer in Kauf nehmen oder in ein Heim mit mehr als 80 Betten einziehen. Da der Pflegebedürftige, dessen Angehörige oder die Sozialhilfe die Kostendifferenzen zwischen Pflegeheimen tragen, sollten sie auch die Wahl zwischen unterschiedlichen Pflegeangeboten haben. Die gesetzlichen Vorgaben an Pflegeheime sollten daher mittelfristig auf ein Mindestmaß beschränkt werden, darunter Vorgaben an die Qualität, und vor allem bundesweit einheitlich gelten.

3. Rehabilitation und Vorsorge

Rehabilitation und Vorsorgemaßnahmen finden überwiegend in stationären Einrichtungen statt. Das Marktvolumen der stationären Rehabilitation und Vorsorge umfasste im Jahr 2008 rund 8 Mrd. €. Die Rehabilitation dient unter anderem der Wiederherstellung oder dem Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit nach einer akutmedizinischen Behandlung. Aufgrund der Schrumpfung der Zahl jüngerer

8 Dass die Gesamtkosten für den Pflegebedürftigen bei der Unterbringung in einem Pflegeheim höher ausfallen als die Kosten bei einem ambulanten Dienst, ist dadurch gerechtfertigt, dass im Pflegeheim zusätzlich Kosten für die Verpflegung sowie Mietkosten entstehen.

Position #38 vom 24. September 2010

Menschen dürften in den kommenden Jahren qualifizierte Fachkräfte zunehmend knapp werden und ältere Fachkräfte deutlich stärker als in der Vergangenheit am Arbeitsmarkt nachgefragt sein. Daher dürfte auch die Rehabilitation einen größeren Stellenwert bekommen. Die Gesundheitspolitik sollte vor diesem Hintergrund darauf hinwirken, dass Vorsorge und Rehabilitation als grundsätzlich sinnvolle Investitionen in das Humankapital gesehen werden, also in die Kapazität jedes Einzelnen, seine Prosperität langfristig zu sichern.

Bislang liegen jedoch nur wenige Erkenntnisse über Kosten und Nutzen spezifischer Reha-Leistungen vor, insbesondere kaum über kausale Zusammenhänge zwischen der Durchführung einer Reha-Maßnahme und ihrer Wirkung. Vor dem Hintergrund der erwarteten Verknappung der Ressourcen müssen Kosten-Nutzen-Analysen mittelfristig auch in der Reha zunehmende Bedeutung gewinnen. Auch höhere Zuzahlungen oder Eigenleistungen der Patienten würden dazu führen, dass der Patient stärker auf die Qualität und den Nutzen der in Anspruch genommenen Leistung achtet. Die Höhe der Eigenbeteiligung sollte sich an der Art des Nutzens beziehungsweise der Kosten-Nutzen-Relation der Leistungen orientieren. Je mehr „Erholungselemente“ die Leistung beinhaltet, desto höher muss der Eigenanteil ausfallen, je mehr „Medizin“, desto geringer. Bei medizinisch notwendigen Leistungen sind Härtefallregelungen für einkommensschwache Versicherte unverzichtbar.

Durch die Existenz unterschiedlicher Kostenträger kommt es auch im Bereich von Reha und Vorsorge zu effizienzmindernden Schnittstellenproblemen. Sektorenübergreifend integrierte Angebote sind daher noch die Ausnahme. Die Rahmenbedingungen sollten so gestaltet werden, dass sich integrierte Angebote für alle Beteiligten lohnen. Beispielsweise bestehen für die GKV bisher keine Anreize, Pflegebedürftigkeit durch Reha-Maßnahmen präventiv zu verhindern, weil die einzelne Krankenkasse für die Kosten der Pflege nicht aufkommt, jedoch die Kosten der Reha tragen muss. Ausgleichszahlungen zwischen den beteiligten Kostenträgern können für beide Seiten vorteilhafte Konstellationen schaffen, langfristig erscheint eine Zusammenführung von GKV und SPV sinnvoll (siehe 1.2). Um mittelfristig eine integrierte Versorgung zu ermöglichen, sollten durch sektorenübergreifenden Komplexpauschalen die Voraussetzungen für eine sinnvolle Zusammenarbeit von Akut- und Reha-Bereich geschaffen werden.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm

4. Arzneimittel und Apotheken

Die Ausgaben für Apotheken (inkl. Arzneimittel) betragen im Jahr 2008 insgesamt 39 Mrd. €, was rund 15% der gesamten Gesundheitsausgaben entspricht. Erhebliche Potenziale zur Kostensenkung bleiben bisher in beiden Bereichen ungenutzt. Dieses Manko resultiert im Bereich der Arzneimittel aus der im internationalen Vergleich privilegierten Behandlung patentgeschützter Medikamente, im Bereich der Apotheken aus dem Fremdbesitzverbot und einem stark beschränkten Mehrbesitzrecht.

Die Hersteller patentgeschützter neuer Arzneimittel können die Preise bei der Markteinführung in Deutschland frei festsetzen. Die Medikamente sind zugleich sofort Bestandteil des Leistungskataloges der Krankenkassen, welche die vom Hersteller festgelegten Preise bezahlen müssen. In den meisten anderen europäischen Ländern findet vor Einräumung eines Erstattungsanspruchs in den sozialen Sicherungssystemen zunächst eine Bewertung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit statt. Auch muss sich der Hersteller zumeist mit den Kostenträgern auf einen Preis verständigen oder der Staat legt den Erstattungspreis einseitig fest. Die deutsche Regelung lädt die Pharmaunternehmen daher geradezu ein, in Deutschland eher hohe Preise festzusetzen. So trägt Deutschland überproportional zu den Forschungsaufwendungen, aber auch zu den Gewinnen der pharmazeutischen Industrie bei. Auf der anderen Seite stehen die neuen Medikamente auch etwas schneller als in den Nachbarländern für die Patienten zur Verfügung.

Um Kosten und Nutzen kurzfristig in eine bessere Balance zu bringen, sollten neue Arzneimittel zunächst nur befristet für ein Jahr zur Kostenerstattung zugelassen werden. In dieser Zeit wäre der Hersteller wie bisher frei in der Preisgestaltung. Während dieser Frist würde eine Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erfolgen, auf deren Basis der Gemeinsame Bundesausschuss entweder den vom Hersteller gesetzten Preis akzeptiert oder einen niedrigeren Erstattungshöchstbetrag festsetzen könnte. Die Krankenkassen könnten allerdings im Rahmen einer Satzungsleistung auch einen höheren Erstattungsbetrag festlegen und diesen über Rabattverträge mit den pharmazeutischen Herstellern ganz oder teilweise refinanzieren. Der aktuelle Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes geht in die richtige Richtung. Es soll allerdings nur eine Nutzen-, anstelle einer Kosten-Nutzen-Bewertung vorgeschrieben werden. Damit würden jedoch wichtige Grundlagen für die angemessene Bestimmung des GKV-Erstattungspreises fehlen.

Position #38 vom 24. September 2010

Die deutsche Apothekenlandschaft ist bisher eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone. Durch die Kombination von Fremdbesitzverbot und die Beschränkung des Mehrbesitzes werden hier erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven verschenkt. Mit der Beseitigung dieser Barrieren könnte die Effizienz wirksam gesteigert werden bei, wie internationale Erfahrungen zeigen, mindestens gleichbleibender Servicequalität. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 19. Mai 2009, demzufolge das Fremdbesitzverbot für Apotheken mit Europarecht vereinbar ist, entbindet die Politik nicht ihrer Gestaltungsaufgabe, die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung zu verbessern. Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes steht der aus ökonomischer Sicht mittelfristig angezeigten Aufhebung des Fremdbesitzverbotes durch den deutschen Gesetzgeber nicht entgegen.

Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm



rheinisch-westfälisches institut
für wirtschaftsforschung

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.

Hohenzollernstraße 1-3

45128 Essen

Büro Berlin

Hessische Straße 10

10115 Berlin

Das RWI ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft.

Zuletzt erschienene Positionen des RWI

- #37 Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- #36 Erneuerbare Energien – Kosteneffizienz muss über weiteren Ausbau entscheiden
- #35 AKW-Laufzeiten: Versteigern statt Verschenken!
- #34 Keine Steuererhöhungen!
- #33 Wohlstand durch Leistung
- #32 Eine Reformagenda für Deutschland
- #31 Du sollst nicht zocken
- #30 Quo vadis, Ökonomik?
- #29 Einkommensteuer senken, Pendlerpauschale abschaffen
- #28 Senkt die Einkommensteuer jetzt!
- #27 Ursachen der Finanzmarktkrise: Wer hat versagt?
- #26 CO₂-Emissionshandel: Auswirkungen auf Strompreise und energieintensive Industrien

Die RWI Positionen im Internet: www.rwi-essen.de/positionen