

Gesundheit

Wettbewerb statt Staatsmedizin

Position
Stand: Juni 2019

Die bayerische Wirtschaft

vbw



Hinweis

Zitate aus dieser Publikation sind unter Angabe der Quelle zulässig.

Vorwort

Unser Gesundheitssystem leistungsfähig und bezahlbar gestalten

Gesundheit wird in unserer Gesellschaft immer bedeutender – sowohl auf individueller als auch auf volkswirtschaftlicher Ebene. Das zeigt sich sehr konkret in einem gestiegenen Gesundheitsbewusstsein, das sich etwa in einem Anstieg der privaten Gesundheitsausgaben im zweiten Gesundheitsmarkt ausdrückt. Zudem kommt dem technisch-medizinischen Fortschritt eine große Bedeutung zu. Die daraus entstehenden Chancen hat auch der Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft eindrücklich aufgezeigt.

Die Gesetzliche Krankenversicherung muss den sich wandelnden gesellschaftlichen und demografischen Gegebenheiten ebenso Rechnung tragen wie die Strukturen, in die unser Gesundheitssystem eingebettet ist. Nur durch strukturelle Reformen und einen Wandel hin zu einem gesundheitswirtschaftlichen Denken lässt sich unser Gesundheitssystem auf einem bezahlbaren Niveau und auf dem hochqualitativen Stand halten, den wir alle kennen und schätzen. Dabei ist klar: Wettbewerb dient Patienten und Versicherten mehr als eine Staatsmedizin.

Bertram Brossardt
11. Juni 2019

Inhalt

Position auf einen Blick	1
1 Ausgangslage	3
2 Finanzierung	4
2.1 Analyse	4
2.1.1 Fehlgesteuerte Regionalverteilung	6
2.1.2 Lohnzentrierung auf Kosten der Wettbewerbsfähigkeit	7
2.1.3 Unehrlische Diskussion um eine „paritätische Finanzierung“	9
2.1.4 Fehlgesteuerter Wettbewerb zwischen den Kassen	9
2.1.5 Gesundheitsreformen in der 19. Legislaturperiode	10
2.2 Planwirtschaft in der GKV überwinden	11
2.3 Finanzierung auf eine nachhaltige Basis stellen	11
2.4 Die Bürgerversicherung: Eine verkappte Lohnsteuer	13
2.5 Nachhaltigkeit sichern durch weitsichtigen Umgang mit Beitragsgeldern	13
3 Stationäre Versorgung	15
4 Ambulante Versorgung	17
5 Arzneimittel	19
6 Ausblick	20
6.1 Gesundheitswirtschaft	20
6.2 Prävention	22
6.3 Rehabilitation	23
Ansprechpartner / Impressum	24

Position auf einen Blick

Das Gesundheitswesen sozial ausgewogen und dauerhaft finanzierbar gestalten

Um unser Gesundheitswesen nachhaltig, qualitativ hochwertig und für alle bezahlbar zu halten, können wir die bewährten marktwirtschaftlichen Ordnungsprinzipien nicht ausblenden. Die zehn Hauptforderungen der vbw lauten deshalb:

1. Die Finanzierung in der GKV muss in ein selbstregulierendes System überführt werden. Das bedeutet, wieder eine Beitragsautonomie der Kassen zuzulassen und planwirtschaftliche Elemente abzuschaffen. Der Regionale-Gesundheitskombi liefert dazu ein durchdachtes Modell.
2. Der Missbrauch der Sozialversicherung als Umverteilungsinstrument muss beendet werden. Dazu gehört auch, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zielgenauer zu gestalten und zu regionalisieren. Es kann nicht sein, dass Bayern neben dem Länderfinanzausgleich über die Sozialversicherungen Milliardenbeträge für andere Regionen erwirtschaften muss oder Kassen aufgrund bestimmter Merkmale bevorzugt werden.
3. Die Finanzierung der GKV muss zukunftsfest ausgestaltet werden. Dazu ist die einseitige Fixierung auf den Lohn aufzugeben. Nur so ist das System den demografischen Herausforderungen gewachsen und sind die deutschen Arbeitsplätze international konkurrenzfähig zu halten. Dazu ist das Umlageverfahren zugunsten eines Rücklagenmodells abzuschaffen.
4. Die Eigenverantwortung der Beteiligten muss gestärkt werden. Dazu gehören sozial abgedeckte prozentuale Eigenbeteiligungen bei Inanspruchnahme von Leistungen, um ein Kosten-Leistungs-Denken zu etablieren.
5. Krankenhäuser und Kliniken müssen bei der Gestaltung ihrer Häuser eigenverantwortlich planen können. Der bestimmende Einfluss der Politik auf staatliche Häuser muss reduziert werden, etwa durch die Aufnahme von Experten in die Aufsichtsgremien. Auch bei den Kassen ist anzustreben, dass sie zur Stärkung der unternehmerischen Handlungsspielräume privatrechtlich organisiert werden und dem Wettbewerbsrecht unterliegen.
6. Die Vertragsfreiheit im ambulant-ärztlichen Bereich muss gestärkt werden.
7. Auf der Ebene der Arzneimittelhersteller und des Arzneimittelhandels muss echter Wettbewerb ermöglicht werden. Dazu müssen staatliche Preisregulierungen abgebaut und die Versicherten in den Preis-Leistungs-Mechanismus besser eingebunden werden.
8. Die Synergien der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen müssen gestärkt und innovative Ansätze wie die Telemedizin unterstützt werden. Die Chancen der Digitalisierung sind zu nutzen. Bestehende technische und rechtliche Hürden sind zu beseitigen. Eine digitale Plattform zum Austausch der Daten ist einzurichten.
9. Der Präventionsgedanke ist von allen Beteiligten weiterzuentwickeln. Die Eigenverantwortung der Versicherten gehört hier ebenso dazu wie Präventionsmaßnahmen aller Beteiligten.

[Position auf einen Blick](#)

10. Über die Veröffentlichung von Preisen und der erbrachten Qualität ist mehr Transparenz zu schaffen, um den Versicherten den Zusammenhang zwischen ihren Beiträgen und den beanspruchten Leistungen zu verdeutlichen.

1 Ausgangslage

Antworten auf Demografie und medizinisch-technischen Fortschritt

Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der Innovationen fördert und wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Dabei stehen die großen demografischen Entwicklungslinien für die kommenden Jahrzehnte fest. So wird die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter deutlich abnehmen. Die Zahl der Älteren wird dagegen ebenso steigen wie deren Anteil an der Gesamtbevölkerung. Zudem steigt die Lebenserwartung der Menschen. Da die Gesundheitskosten mit dem Alter ansteigen, wird sich das Finanzvolumen drastisch erhöhen.

Diese Entwicklung wird durch den medizinisch-technischen Fortschritt beschleunigt. Allerdings stehen hier den Kosten auch Effektivitätsgewinne gegenüber. Fest steht jedoch, dass der Gesundheitssektor und damit die Gesundheitswirtschaft insgesamt an Bedeutung gewinnen werden. Dies hat auch der Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft in seiner Studie *Gesundheit und Medizin – Herausforderungen und Chancen* herausgearbeitet.

In Reaktion auf die bestehenden Ineffizienzen und die feststehenden Herausforderungen gilt es Antworten auf folgende Kernfragen zu finden:

- Die Schrumpfung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter stellt die Zukunft des Umlagesystems in Frage.
- Der Trend zur Gesundheitswirtschaft fordert marktwirtschaftliche Lösungen statt staatlicher Planung und Zuteilung.
- Die noch kommenden Kostensteigerungen erfordern eine intelligente und praktikable Lösung für eine Finanzierung, die nicht einseitig den Faktor Arbeit belastet.
- Für Monopolbildungen und kartellähnliche Strukturen sind wettbewerbliche Lösungen zu finden.
- Eine hochqualitative Gesundheitsversorgung muss für die Zukunft auch in ländlichen Gebieten sichergestellt werden.
- Es müssen Wege gefunden werden, um eine Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung der Patienten und Versicherten zu etablieren, ohne Einzelne über Gebühr zu belasten.
- Die Kostentransparenz für Patienten, Versicherte sowie Leistungserbringer und Kassen ist sicherzustellen.
- Ein Kosten senkender und Qualität sichernder Wettbewerb ist zu etablieren.
- Die Antworten auf diese Herausforderungen soll dieses Positionspapier zusammenfassen.

2 Finanzierung

Nachhaltigkeit und Wettbewerbsfähigkeit als Richtschnur

Eine hochwertige Gesundheitsversorgung ist nicht nur ein elementarer Teil unseres Wohlstandes. Auch unsere Unternehmen profitieren davon. Nur gesunde Mitarbeiter können Leistung bringen. In einer Zeit, da wegen des demografischen Wandels die betrieblichen Belegschaften im Durchschnitt älter werden, spielen eine hochwertige Gesundheitsversorgung und vor allem Gesundheitsprävention eine besonders wichtige Rolle für die Wettbewerbsfähigkeit unseres Wirtschaftsstandortes.

Durch den demografischen Wandel und den medizinischen Fortschritt ist das Risiko einer Kostenexplosion jedoch ständig präsent. Der demografische Wandel wird zwar Studien zufolge nur für rund ein Viertel der zu erwartenden Kostensteigerungen verantwortlich gemacht. Die drastische Verschiebung des Gewichtes von Beitragszahlern und Leistungsempfängern macht sich aber umso mehr bemerkbar.

Im Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung bedeuten höhere Gesundheitsbeiträge für unsere Unternehmen automatisch höhere Arbeitskosten und damit einen Verlust an internationaler Wettbewerbsfähigkeit. Für die Beschäftigten bedeutet das weniger Netto vom Brutto oder sogar Arbeitslosigkeit. Wollen wir die Kosten unseres Gesundheitssystems in den Griff bekommen, ohne dass die Qualität unserer medizinischen Versorgung und die medizinische Innovationsfähigkeit leiden, müssen wir uns mit der Frage befassen, wie wir unser Gesundheitssystem auf ein wirklich solides Fundament stellen.

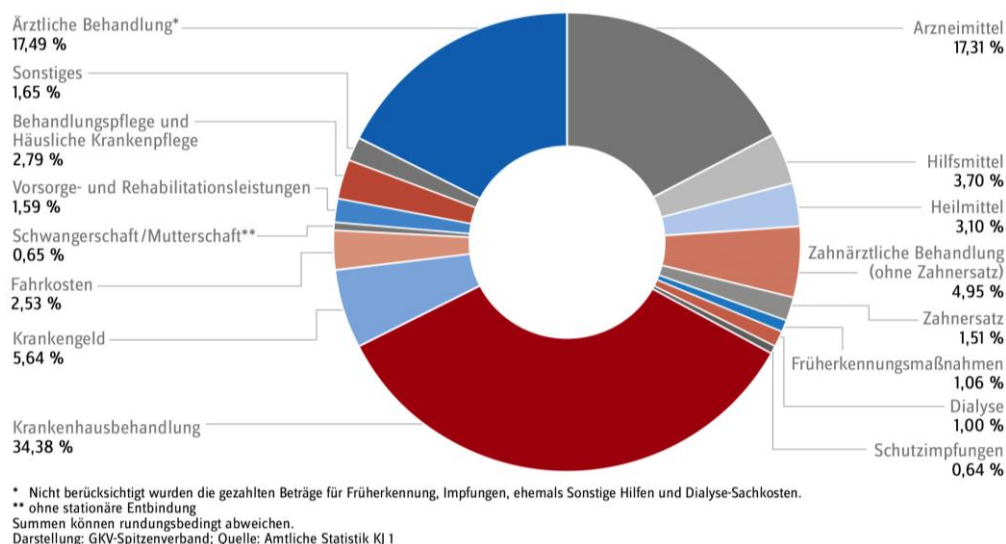
2.1 Analyse

Unser derzeitiges Gesundheitssystem ist nicht sozial ausgewogen, denn derzeit werden fast nur Arbeitseinkommen verbeitragt: rund 75 Prozent der Einnahmen in der GKV stammen daraus. Nicht arbeitende Ehegatten oder Immobilien- und Kapitaleinkünfte tragen dazu so gut wie nichts bei. Die Basis derer, die die über 240 Milliarden GKV-Ausgaben in vergangenen Jahr bezahlen mussten, ist – gemessen an der deutschen Gesamtbevölkerung von 82 Millionen – mit knapp rund 57 Millionen zahlenden Versicherten (insgesamt sind es knapp 73 Millionen Versicherte) in der GKV also klein, umso höher dafür der staatlich diktierte Beitragssatz. Zudem hat die Politik mit der Koppelung des Zusatzbeitrages an den Lohn einen Schritt zurück gemacht, der angesichts der demografischen Fakten nicht zu rechtfertigen ist.

Abbildung 1

Größte Ausgabenblöcke in der GKV 2017 in Prozent

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017 in Prozent



Quelle: GKV-Spitzenverband

Wie ungerecht das derzeitige System ist, zeigen folgende Beispiele:

- Ein Angestellter, dessen Einkommen knapp über der GKV-Beitragsbemessungsgrenze liegt, zahlt genauso viel Beitrag wie ein Gutverdiener, der deutlich über dieser Grenze liegt und zusätzlich über hohe Kapitaleinkünfte verfügt.
- Eine verheiratete Arzthelferin, deren gesamtes Einkommen verbeitragt wird, bezahlt indirekt die gesetzliche Krankenversicherung der nicht arbeitenden Frau und der Kinder ihres deutlich höher bezahlten, gesetzlich versicherten Chefs mit.

Die Debatte über die Finanzierung unseres Gesundheitssystems muss deswegen ehrlicher geführt werden. Mechanismen im System als gerecht oder sozial zu verbrämen, die es in der Realität nicht sind, führt in die Irre.

Unser derzeitiges Gesundheitssystem ist zudem nicht nachhaltig. Dies zeigt die Ausgabenentwicklung:

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gab 2017 etwa 35 Milliarden Euro mehr aus als im Jahr 2013. Dies entspricht einer Steigerung um fast 20 Prozent in wenigen Jahren. Hinzu kommen noch die Eigenbeteiligungen der Patienten. Der Verbraucherpreisindex für Deutschland stieg dagegen im Vergleich nur um einen Bruchteil dessen. Die Reaktion der Politik auf diese Ausgabensteigerungen waren immer Versuche, innerhalb des Systems die

Finanzierung

entstehenden Lücken notdürftig zu schließen, meist mit planwirtschaftlichen Methoden. Nach dem von der Politik zu hoch angesetzten zentralen Beitragssatz wurden in den vergangenen Jahren Rücklagen aufgebaut, die die Politik wiederum zu Mehrausgaben anregten. Ein weiterer Ausfluss war die Abschaffung der Praxisgebühr. Diese Stellschraube in Richtung Eigenverantwortung ist damit komplett entfallen.

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Einnahmensituation in der GKV aus: Der Anteil der älteren Personen über 65 Jahre steigt überproportional, während die für den Arbeitsmarkt relevante Altersgruppe der 20- bis 65-Jährigen zurückgehen wird. Diese muss aber den wachsenden Anteil Älterer mitfinanzieren. Damit ist in dem jetzigen Umlagesystem ein nachhaltiges Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben programmiert, das allein aus Gründen der Generationengerechtigkeit nicht hinnehmbar ist.

2.1.1 Fehlgesteuerte Regionalverteilung

Die geltenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen benachteiligen Bayern besonders. Grund ist die regionale Entkopplung von Beiträgen und Leistung durch den Gesundheitsfonds. Die bayerischen Beitragszahler zahlen aufgrund der hier existenten höheren Grundlohnsumme deutlich mehr in den Gesundheitsfonds ein als andere Regionen Deutschlands. Die Rückflüsse der Fondszuweisungen werden jedoch bundesweit über einen Kamm geschert, was zu einem jährlichen Nettoabfluss aus dem Freistaat von knapp zwei Milliarden Euro pro Jahr führt.

Ein Krankenhausaufenthalt, die Miete für eine Arztpraxis, ein Hausbesuch oder ein Kernspintogramm kosten jedoch beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern weniger als in Bayern. Diese systemische Schieflage bildet also eine Art zweiten Länder-finanzausgleich im Gewande der Sozialversicherung.

Dieser Mittelabfluss hat unmittelbare Folgen für Bayerns Unternehmen wie Versicherte gleichermaßen. Mittel, die in Bayern erwirtschaftet werden, und in die Entwicklung des Gesundheitsstandortes Bayern fließen sollten, werden anderswo verbraucht oder gehortet. Bayern subventioniert andere Gesundheitsregionen und Krankenkassen in Deutschland und hat damit einen systembedingten Wettbewerbsnachteil. Die vbw drängt deshalb auf eine Neuordnung des Regionalausgleichs.

Die Politik will Verwerfungen im Morbi-RSA nun mit dem Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) angehen, das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) im März 2019 vorgelegt wurde. Dabei ist zwar das Ziel, den Morbi-RSA zielgenauer auszugestalten nachvollziehbar und richtig. Es bleibt aber abzuwarten, wie sich die angedachten Änderungen letztlich auswirken werden. Das Gesetz insgesamt ist aber aus Gründen der Subsidiarität abzulehnen.

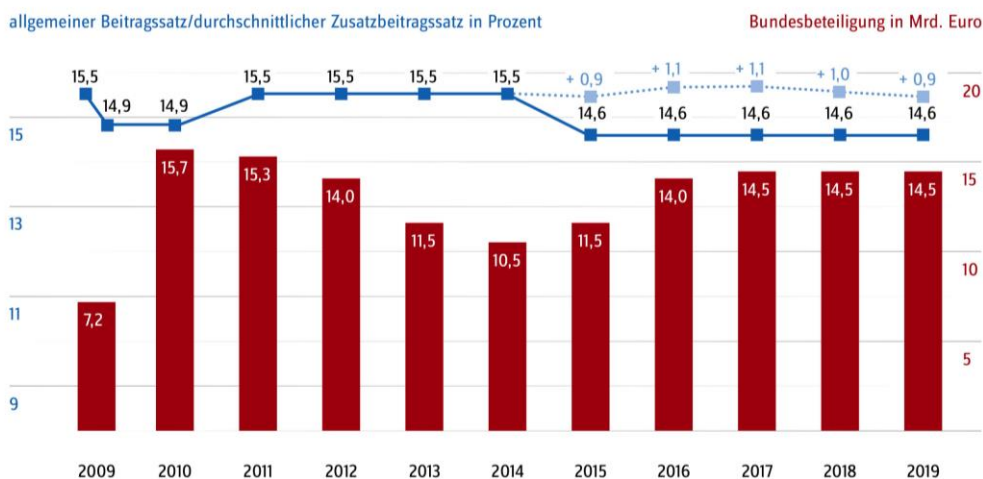
2.1.2 Lohnzentrierung auf Kosten der Wettbewerbsfähigkeit

Wie zuvor geschildert belastet das derzeitige System einseitig den Faktor Arbeit. Die Umlagefinanzierung verteuert die Lohnstückkosten und schwächt die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft. Der Zusammenhang und die Konjunkturanfälligkeit des Systems zeigt sich sehr deutlich in Phasen der Rezession: Abnehmende Beschäftigung führt zu abnehmenden Beiträgen und dadurch immer wieder zu Defiziten in der GKV. Der robuste deutsche Arbeitsmarkt der letzten Jahre hat diese Aspekte verschleiert.

Zudem werden in der GKV die falschen Anreize gesetzt. Weil die Höhe des Krankenkassenbeitrags sich nicht danach bemisst, welche und wie viele Leistungen ein Versicherter bezieht, sondern allein von seinem Arbeitseinkommen abhängig ist, besteht kein sachlich begründeter Zusammenhang zwischen Leistungsbezug und zu zahlendem Versicherungsbeitrag. Egal wie der Versicherte sich verhält – auf seinen Geldbeutel schlägt es nicht durch. Wirksame Anregungen zu kosten- und gesundheitsbewusstem Verhalten werden auf diese Weise nicht gesetzt.

Abbildung 2
GKV-Beitragssatz 2009 – 2019

Entwicklung des GKV-Beitragssatzes und der Bundesbeteiligung



- Seit 2009 gilt mit Einführung des Gesundheitsfonds ein einheitlicher, vom Gesetzgeber festgelegter Beitragssatz.
- Die allgemeinen Beitragssätze von 2009–2014 enthalten einen von den Mitgliedern allein zu tragenden Anteil von 0,9 Prozentpunkten.
- Seit 2015 erheben die Krankenkassen ergänzend zum gesetzlich festgelegten allgemeinen Beitragssatz von 14,6 Prozent einen kassenindividuellen, ebenfalls einkommensabhängigen Zusatzbeitrag.
- Seit 2014 legt das Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Herbst für das Folgejahr den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz fest. Dieser dient erstens als Orientierungswert für die Krankenkassen, zweitens ist er Rechengröße für die vorläufige Beitragsberechnung für bestimmte Mitgliedergruppen, z. B. für ALG-II-Beziehende, deren Beiträge vom Bund getragen werden. Der tatsächliche durchschnittliche Zusatzbeitragssatz kann von dem im Voraus geschätzten Durchschnittssatz abweichen:

Jahr	durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz BMG in %	tatsächlicher durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz in %
2015	0,9	0,83
2016	1,1	1,08
2017	1,1	1,11
2018	1,0	1,08
2019	0,9	-

- Die Höhe der jährlichen Bundesbeteiligung ergibt sich aus der jeweils geltenden Fassung des § 221 Absatz 1 SGB V, zuletzt geändert zum 16. August 2014 durch Haushaltsbegleitgesetz 2014 vom 11. August 2014.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KM 1

Quelle: GKV Spitzenverband

Dies alles hat Auswirkungen. Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV lag 1970 bei rund acht Prozent, heute beträgt er 15,5 Prozent. Experten erwarten, dass der Beitragssatz weiter überproportional klettert, wenn die gegenwärtigen Systemstrukturen aufrechterhalten werden. Diese Kosten allein den nachwachsenden Generationen aufzubürden, ist nicht vertretbar. So zeigt eine Prognos-Studie für die vbw und die Bundesvereinigung deutscher Arbeitgeberverbände (BDA), wie ein stärkeres Anwachsen der Beitragssätze die Lohnzusatzkosten steigen lassen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen

Wirtschaft schwächen würde. Gleichzeitig würde der private Konsum gedämpft, während der Staatskonsum – insbesondere durch die steigenden Ausgaben im Gesundheits- und Sozialwesen – nur geringfügig anwachsen würde.

2.1.3 Unehrlische Diskussion um eine „paritätische Finanzierung“

Immer wieder wurde und wird den Arbeitgebern vorgeworfen, dass sie sich nicht an der Finanzierung der Kostensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beteiligen und die Kosten alleine die Arbeitnehmer tragen müssten. Mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) wird seit dem 1. Januar 2019 der Zusatzbeitrag zur GKV von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu gleichen Teilen bezahlt. Dabei wird übersehen, dass die Arbeitgeber ohnehin wesentlich mehr zur Krankheitskostenfinanzierung beitragen und auch zu Zeiten des „alten“ Zusatzbeitrages schulterten als die Gruppe der Arbeitnehmer: So etwa die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, die in den ersten sechs Wochen der Krankheit zum Ruhen des Krankengeldanspruchs der Arbeitnehmer gegen ihre Krankenkasse führt, mit weit über 50 Milliarden Euro. Hinzu kommt, dass die Arbeitgeber für Minijobber die Krankenversicherungsbeiträge allein entrichten. Auch bei Midi-Jobbern zahlen die Arbeitgeber höhere Beiträge als die Beschäftigten. Für Versicherte, die zu ihrer Berufsausbildung beschäftigt sind und wenig verdienen, und für Versicherte, die ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr leisten, trägt der Arbeitgeber sogar den Gesamtsozialversicherungsbeitrag alleine – auch den Zusatzbeitrag für den Versicherten.

Abgesehen davon finanzieren die Arbeitgeber andere Sozialleistungen für ihre Arbeitnehmer vollständig mit ihren Beiträgen:

- Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung
- Beiträge für die Umlage zum Ausgleich von Aufwendungen für Mutterschaftszuschüsse
- Beiträge für die Insolvenzgeldumlage

2.1.4 Fehlgesteuerter Wettbewerb zwischen den Kassen

Die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre haben den Wettbewerb zwischen den Kassen geschwächt und auf eine schiefe Ebene verlagert. Die Beitragsautonomie war bis zur Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) das Hauptinstrument, das einen transparenten Wettbewerb ermöglicht und den Kassen Luft zum Atmen gegeben hat. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds und eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes wurde dieser Wettbewerb geschwächt statt gestärkt. Der Gesundheitsfonds brachte darüber hinaus neue Probleme und erhebliche regionale Ungleichgewichte mit sich. Auch das im Jahr 2010 verabschiedete GKV-Finanzierungsgesetz hat hier keine strukturelle Wende gebracht, da der staatlich diktierte Einheitsbeitragssatz zu hoch angesetzt war und die gute Konjunktur für üppige Einnahmen sorgte, so dass das Instrument des Zusatzbeitrages praktisch wirkungslos blieb. Der Wettbewerb verengte sich damit darauf, ob eine Kasse diesen Zusatzbeitrag eingeführt hat oder nicht.

Die Fehlsteuerungen im Morbi-RSA bewirken nicht nur regionale Verwerfungen, sondern aufgrund der Ungenauigkeit auch solche zwischen den Kassenarten. Deshalb ist ein zielgenaueres Verfahren notwendig. Mit dem GKV-FKG (s.a. 2.1.1.) versucht das BMG nun, diese Punkte anzugehen. Diesbezüglich sieht der Gesetzesentwurf folgende Maßnahmen vor:

- Einführung eines Krankheits-Vollmodells (Berücksichtigung des gesamten Krankheitsspektrums)
- Altersinteraktionsterme (Anpassung der bisherigen Morbiditätszuschläge mit dem Ziel, Über- und Unterdeckungen in Abhängigkeit vom Alter und dem Grad der Multimorbidität der Versicherten zu reduzieren)
- Streichung der Erwerbsminderungsgruppen
- Streichung der DMP(Disease-Management-Programm)-Kostenpauschale
- Versichertenindividuelle Berücksichtigung von Arzneimittelrabatten im RSA
- Einführung einer Regionalkomponente in den RSA
- ein den RSA ergänzender Risikopool (Ausgleich für Hochkostenfälle)
- Einbau von Mechanismen, um Manipulationen durch Kodierung zu vermeiden
- Einführung einer Hausarzt-HMG (unterschiedliche Zuschläge in Abhängigkeit davon, ob eine Diagnose vom Haus- oder Facharzt kodiert wurde)
- Vorsorge-Pauschale in den RSA

Inwiefern sich diese Änderungen bei einer Umsetzung auswirken und eine zielgenauere Verteilung der Gelder bewirken, bleibt abzuwarten. Selbst die Kassen selbst werden wohl erst in der Praxis feststellen können, wie sich diese Punkte wirklich voll auswirken werden.

Der Morbi-RSA ist als lernendes System zu begreifen. Deshalb wird eine Evaluierung zeigen müssen, ob hier nochmal nachjustiert werden muss.

2.1.5 Gesundheitsreformen in der 19. Legislaturperiode

Die Gesundheitspolitik ist eines der Hauptbetätigungsfelder der Großen Koalition. Mit einer Fülle von Gesetzen und vorliegenden Gesetzesentwürfen zeigt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) unter Bundesminister Spahn eindrücklich, wie reformbedürftig das Gesundheitswesen ist – trotz der Rekordgesundheitsreformen durch den Vorgänger Hermann Gröhe. Leider orientiert sich das BMG in den vorliegenden Entwürfen stark an den Leitlinien Leistungsausweitungen sowie Zentralisierung. Dies wird langfristig zu mehr Staatsmedizin nach Kassenlage führen.

Exemplarisch seien hier nur zwei der wichtigsten Gesetze genannt:

- *GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)*
 Das Gesetz hat u. a. festgelegt, dass ab 1. Januar 2019 GKV-Beiträge „paritätisch“ von Arbeitgebern und Beschäftigten getragen werden. Die Arbeitgeber beteiligen sich somit hälftig an der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags. Zudem wird die Mindestbemessungsgrundlage für Selbstständige halbiert sowie die Beitragsschulden bei den Krankenkassen bereinigt. Als weiteren Punkt sieht das Gesetz vor, die Finanzreserven

Finanzierung

der Krankenkassen abzuschmelzen. Die angebliche Beitragssatzparität belastet den Faktor Arbeit weiter. Pro Jahr müssen die Beitragszahler so ca. fünf Milliarden Euro mehr erwirtschaften. Wenn tatsächlich alle Krankheitskosten paritätisch finanziert würden, müssten sich konsequenterweise die Arbeitgeber künftig die Kosten der Entgeltfortzahlung von der Krankenkasse erstatten lassen können. Darüber hinaus wird auch die Rentenversicherung belastet (1,4 Milliarden Euro pro Jahr), da sie anstelle des Arbeitgebers während des Rentenbezugs Beiträge zur Krankenversicherung der Versicherten leistet.

- Referentenentwurf zum „Gesetz für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Faire-Kassenwahl-Gesetz – GKV-FKG)
Der Referentenentwurf beinhaltet nicht nur die Weiterentwicklung des Finanzausgleichs zwischen den Kassen, sondern auch eine tiefgreifende Reform des Organisationsrechts. Neben einigen nachvollziehbaren Korrekturen würden die Pläne eine Schwächung der Selbstverwaltung durch Entfernung der Beitragszahler, der Arbeitgeber und Versicherten, bedeuten. Diese Demontage der Selbstverwaltung ist nicht hinnehmbar. Auch die vorgesehene bundesweite Öffnung aller bisher landesunmittelbaren Krankenkassen setzt einen funktionierenden Wettbewerb voraus. Kritisch zu sehen ist auch die gewollte Zentralisierung der Kassenaufsicht beim Bundesversicherungsamt (BVA). Dies ist aus Subsidiaritätsgesichtspunkten abzulehnen.

2.2 Planwirtschaft in der GKV überwinden

Wie oben geschildert verheddert sich die Gesundheitspolitik immer mehr in eine planwirtschaftliche Regelungswut. An die Stelle des einengenden Dschungels an Vorschriften sollten bedarfsgerechte, qualitätssichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote treten, die am besten durch wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer erreicht werden können. Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist deshalb eines der wirksamsten Mittel zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung, insbesondere zur Vermeidung von Ineffizienz im Leistungsgeschehen und in den Organisationsstrukturen sowie von Fehlanreizen für Versicherte und Leistungsanbieter. Erforderlich sind darum vorrangig mehr Vertragsfreiheiten für die Krankenkassen bei der Aushandlung von Preisen, Mengen und Qualitäten mit den Leistungsanbietern – unter Beachtung kartell- und wettbewerbsrechtlicher Vorschriften – sowie größere Gestaltungsspielräume für die Krankenkassen beim Angebot unterschiedlicher Versorgungsformen an die Versicherten.

2.3 Finanzierung auf eine nachhaltige Basis stellen

Um die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf nachhaltige Beine zu stellen, haben die Arbeitgeberverbände verschiedene Modelle entwickelt. So legt die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) Vorschläge für eine künftige GKV-Finanzstruktur vor, die seit langem Gültigkeit haben: Ziel sollte es laut BDA sein, dass grundsätzlich nur noch solche Leistungen finanziert werden, die notwendig und evidenzbasiert sind und wirtschaftlich erbracht werden. Selbstbeteiligung setzt zudem Anreize für

Finanzierung

ein gesundheits- sowie kostenbewusstes Verhalten der Versicherten und trägt dem Grundsatz Rechnung, dass eine Sozialversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip ausschließlich Leistungen erbringen sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Belastungsobergrenzen verhindern dabei individuelle Überforderungen.

Zentraler Reformschritt der BDA ist jedoch die vollständige Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis. Der beste Weg hierfür ist die Umstellung der Finanzierung auf einkommensunabhängige Gesundheitsprämien mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und steuerfinanziertem Sozialausgleich für Einkommensschwache. In einem solchen Gesundheitsprämienmodell können weder Lohn- und Gehaltserhöhungen noch Prämienanhebungen zu höheren Personalzusatzkosten führen. Der soziale Ausgleich kann über das Steuer- und Transfersystem zielgenauer und transparenter organisiert werden als über die gesetzliche Krankenversicherung. Das notwendige Umverteilungsvolumen kann dadurch reduziert werden.

Ein weiterer denkbarer Weg wäre die vollständige Steuerfinanzierung der GKV, verbunden mit der privaten Finanzierung von individuell erwünschten zusätzlichen Leistungen.

Mit der BDA gemeinsam hat das vbw-Modell die Abkopplung der Beiträge vom Lohn: Das Modell des *Regionalen Gesundheits-Kombi*, den die vbw zusammen mit dem IfG – Institut für Gesundheitsökonomik entwickelt hat, besteht im Kern aus zwei Säulen:

- Die erste Säule besteht aus einem weiterentwickelten Gesundheitsfonds. Der Arbeitgeberanteil wird auf der Grundlage des heutigen, bundesweit einheitlichen Beitragssatzes – bezogen auf die sozialversicherungspflichtigen Einkommen – eingefroren und direkt an den Gesundheitsfonds abgeführt. Die Arbeitgeber bleiben damit Teil des Finanzierungssystems in der GKV. Gleichzeitig wird der Faktor Arbeit langfristig entlastet. In den Gesundheitsfonds fließen zudem Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen wie z. B. die beitragsfreie Versicherung von Kindern.
- Die zweite Säule bildet ein Versichertenbeitrag, der von jeder Krankenkasse als Preis in Euro und Cent individuell festgesetzt wird.

Jeder erwachsene Versicherte ist beitragspflichtig und zahlt den kassenspezifischen Versichertenbeitrag direkt an seine Krankenkasse. Versicherte, die ihren Beitrag nicht aus eigener Kraft aufbringen können, werden im Rahmen eines Sozialausgleichs entsprechende Einkommenshilfen gewährt. Diese erfolgen aus Steuermitteln und fließen den Versicherten unmittelbar aus dem Gesundheitsfonds zu.

In beide Säulen des Modells werden regionale Differenzierungsfaktoren eingebaut: Der Regionalisierungsfaktor in der Säule Gesundheitsfonds erfolgt explizit als eigenständige Komponente in einem weiterentwickelten Risikostrukturausgleich. Durch entsprechende Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird den unterschiedlichen regionalen Kostenniveaus und Lebensverhältnissen Rechnung getragen. Über die kassenspezifischen Versichertenbeiträge werden regionale Vergütungs-, Versorgungs- und Qualitätsunterschiede unmittelbar berücksichtigt.

Der Preiswettbewerb unter den Krankenkassen wird durch unterschiedliche, vom Arbeits-einkommen abgekoppelte Beiträge der Versicherten wieder hergestellt. Die Eigenverant-wortung der Versicherten wird gleichzeitig durch ein Mehr an Wahlfreiheit erhöht.

2.4 Die Bürgerversicherung: Eine verkappte Lohnsteuer

Die immer wieder geäußerten Pläne verschiedener Parteien zu einer als Bürgerversiche-rung bezeichneten Lohnzusatzsteuer sind extrem beschäftigungsfeindlich. In der Bürger-versicherung soll auch die Beitragsbemessungsgrenze für den Arbeitgeber abgeschafft werden, was nichts anderes als eine Sondersteuer für qualifizierte Jobs darstellt.

Negativ anzumerken ist zudem, dass die Pläne zu einer Bürgerversicherung die Private Krankenversicherung faktisch vernichten würden. Dabei sind auch noch verfassungsrechtli-chen Bedenken bezüglich der Eingliederung der privat Krankenversicherten in die Bürger-versicherung relevant. Für jeden PKV-Kunden besteht ein auf privatrechtlicher Basis abge-schlossener Vertrag. Die darin erworbenen Ansprüche auf Leistungen und Altersrückstel-lungen würden entfallen. Dies käme faktisch einer Enteignung gleich.

Falsch ist auch die oft verwendete Aussage, die Beitragszahler der Privaten Krankenversi-cherung (PKV) würden nichts zur Finanzierung des Systems beitragen. Zum einen sind viele Ärzte auf die Zusatzeinnahmen der PKV angewiesen. Zum anderen zahlen die PKV-Versi-cherten über den Bundeszuschuss mittelbar ebenfalls ins GKV-System ein.

Erst kürzlich hat der erstmals erstellte PKV-Regionalatlas deutlich gezeigt, dass Privatversi-cherte auch stark zum Einkommen und damit zum Fortbestand der Praxen beitragen. Er entkräftet damit die These, dass sich Ärzte wegen weniger Privatversicherten angeblich seltener in ländlichen Regionen niederlassen. So profitieren Landärzte in Bayern von Mehrumsätzen stärker als Ärzte in Ballungszentren. Diese zusätzlichen Einnahmen entste-hen durch viele Leistungen, für die Privatpatienten im Vergleich zu Kassenpatienten mehr entrichten müssen. So ist die Zahl der niedergelassenen Hausärzte im ländlichen Raum ein wichtiger Baustein, um die Attraktivität der Regionen für Fachkräfte zu steigern.

2.5 Nachhaltigkeit sichern durch weitsichtigen Umgang mit Beitragsgel- dern

Gesundheitsökonomien gehen für die kommenden Jahre von einer jährlichen Kostensteige-rung von durchschnittlich 4,5 Prozent aus. Da sind – dies zeichnet sich immer deutlicher ab – die Rücklagen in Kassen und Fonds schnell wieder verbraucht.

Aktuell ist die Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen und des Gesundheitsfonds gut. Die Rücklagen liegen und lagen jedoch immer unter dem rechnerischen Maximalvolumen gesetzlich vorgesehener Reserven aus Betriebsmitteln und Rücklagen.

Finanzierung

Angesichts der Rahmenbedingungen sind Leistungsausweitungen, wie sie immer wieder diskutiert und auch beschlossen werden, das völlig falsche Signal. Die Ausgaben der GKV werden damit weiter angeheizt und sind so langfristig den demografischen Herausforderungen noch weniger gewachsen. In diesem Zusammenhang muss auch eine Praxisgebühr wieder auf den Prüfstand. Ihre Abschaffung war nicht angezeigt. Sie hätte stattdessen im Sinne der Eigenverantwortung der Patienten fortentwickelt werden müssen. Bei den Arztbesuchen pro Kopf liegt Deutschland nach wie vor mit an der Spitze in Europa. Die Abschaffung bedeutet den kompletten Wegfall einer Stellschraube, die wir für die Steuerung der Ausgaben dringend brauchen. Ein ähnliches Instrument dürfte aber in absehbarer Zeit politisch kaum durchzusetzen sein.

In grundsätzlich allen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen heute Regelungen, die diejenigen, die Leistungen in Anspruch nehmen, an den Kosten beteiligen. Dies gilt neben der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung z. B. auch für den Bereich der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Rehabilitation, häuslichen Krankenpflege und der Fahrkosten. Insofern war es willkürlich, die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung von Eigenbeteiligungen auszunehmen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Patient für ein von ihm dringend benötigtes preiswertes Medikament fünf Euro Zuzahlung leisten muss, während ein verzichtbarer, sehr viel teurerer Arztbesuch keine Zuzahlung erfordert.

Ein wichtiger Punkt ist auch eine wesentlich bessere Transparenz der Geldströme. Ohne eine wirksame und sichtbare Offenlegung wird eine Flatrate-Mentalität mit den entsprechenden Folgen nicht vermeidbar sein. Deshalb muss der einzelne Patient eine persönliche und effektivere Einsicht in die von ihm verursachten Kosten bekommen.

3 Stationäre Versorgung

Krankenhaussektor von Fesseln befreien

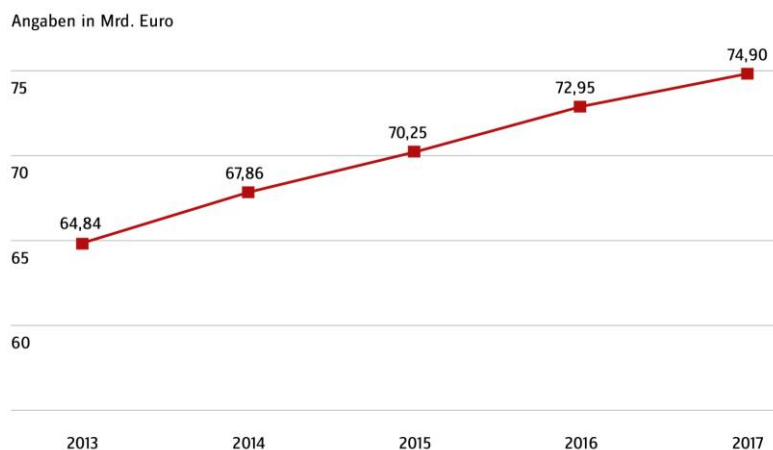
Der deutlich größte Anteil der deutschen Gesundheitskosten fällt im Bereich der Krankenhausbehandlung an. Ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung fließen in diesen Bereich – deutlich mehr als in jedes andere Feld medizinischer Versorgung. Es ist notwendig, hier im Sinne der Beitragszahler Effizienzpotenziale zu heben, um mehr Versorgungsqualität bei gleichzeitig stabilen oder sogar niedrigeren Beiträgen zu schaffen.

Im bisherigen System liegt der Fokus auf der flächendeckenden Versorgungssicherheit, die durch staatliche Kapazitätsplanung und Investitionslenkung und den Kontrahierungszwang, dem die Krankenkassen unterliegen, erreicht werden soll. Dass dieses System ineffizient ist, belegen zum einen die deutlichen Überkapazitäten an Standorten und Betten: Im Jahr 2015 kamen in Deutschland 8,13 Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner. Der EU-Durchschnitt liegt bei nur 5,14 Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner. Damit ist Deutschland im europäischen Vergleich Spitzenreiter – und das seit langem. Auch die Tendenz zur Privatisierung von Krankenhäusern belegt die Einschätzung, dass die Regulierung der Versorgung im derzeitigen System nicht funktioniert. Gerade kleine öffentliche Häuser tun sich zunehmend schwer, kostendeckend zu wirtschaften.

Abbildung 4

Entwicklung der GKV-Krankenhauskosten insgesamt in Milliarden Euro

Ausgaben für Krankenhausbehandlung (insgesamt)



Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Quelle: GKV Spitzenverband

Stationäre Versorgung

Wie im gesamten Gesundheitssektor fehlt auch im Krankenhausbereich die konsequente Ausrichtung auf ein wettbewerbliches System, durch das vorhandene Effizienzpotenziale gehoben werden. Dafür brauchen wir einen echten Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern: Statt staatlich regulierter Einheitspreise und Kollektivvereinbarungen benötigen wir eine flexible Preissteuerung, die sich an Angebot und Nachfrage vor Ort orientiert. Statt staatlicher Investitionslenkung müssen anstehende Investitionsentscheidungen allein von den Krankenhäusern getragen werden.

Statt Kontrahierungszwang brauchen wir Vertragsfreiheit zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen – das hieße natürlich auch, dass Krankenkassen den Abschluss von Versorgungsverträgen mit unwirtschaftlichen Krankenhäusern verweigern können. Krankenhäuser sollten sich auf freiwilliger Basis in Verbänden organisieren können, um auf diesem Wege ihre Interessen vertreten zu können. Auch bei den Patienten muss Vertragsfreiheit herrschen. Statt der Einweisung über Vertragsärzte sollten Patienten prinzipiell ihre Verträge frei mit den Krankenhäusern gestalten können. Mehrkosten, die jenseits der Erstattungen der Kassen liegen, müssten dann von den Patienten selbst getragen werden.

Außerdem ist mehr Markttransparenz für die Versicherten nötig, um neben dem Preis- einen Rahmen für einen echten Qualitätswettbewerb zu schaffen: Die Qualitätsberichte, wie sie seit 2005 alle zwei Jahre von den Krankenhäusern angefordert werden, müssen Informationen zu allen DRGs, nicht nur zu den 20 häufigsten enthalten.

Genau in den Fokus genommen werden müssen deshalb

- die Verteilung und die Auslastung der Betten
- die Zuweisungssystematiken
- die Spezialversorgung
- die Regionalverteilung und die
- Möglichkeiten für Selektivverträge.

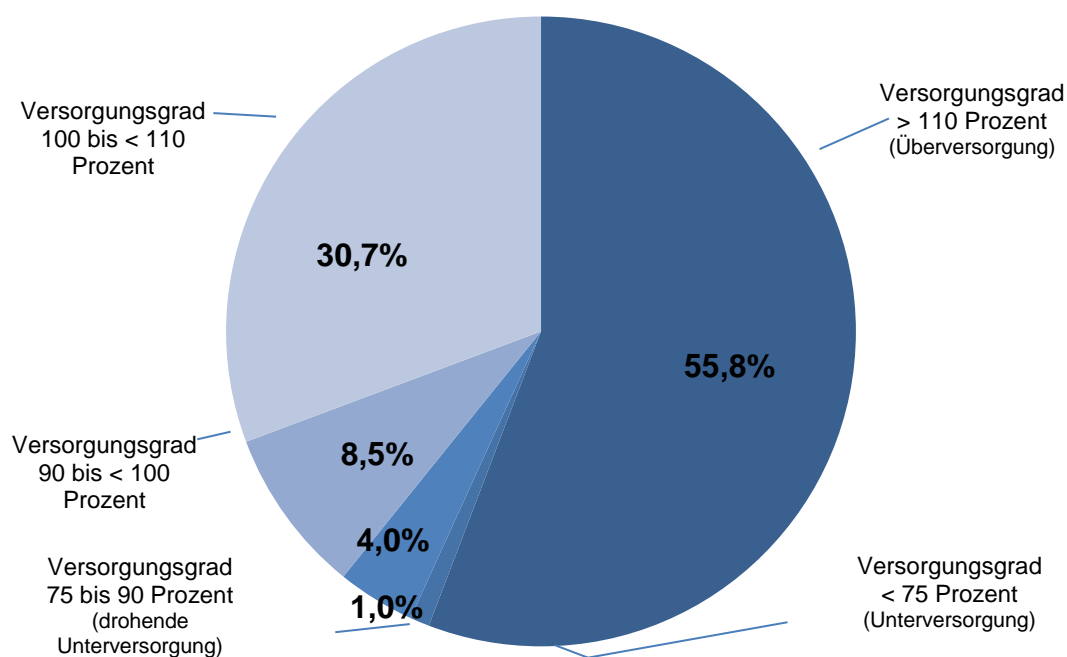
4 Ambulante Versorgung

Vertragsfreiheit und privatrechtliche Unternehmensformen zulassen

Die Ärztedichte in Deutschland ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hoch. Doch es gibt regionale Unterschiede und ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. In manchen ländlichen Gegenden fehlen Hausärzte. Für einen Behandlungstermin beim Facharzt müssen Patienten oft lange Wartezeiten in Kauf nehmen. In zahlreichen Städten herrscht hingegen eine Überversorgung. Das Angebot an medizinischen Leistungen und die Nachfrage befinden sich nicht im Gleichgewicht. Die Marktmechanismen funktionieren nicht, weil sie gar nicht erst zum Tragen kommen.

Abbildung 5

Bayern mit Hausärzten überwiegend gut versorgt Versorgungsgrad in Prozent



Quelle: WiDO – Ärzteatlas 2017, eigene Darstellung

Ambulante Versorgung

Was kassenärztliche Praxen anbelangt, regieren hierzulande weitgehend planwirtschaftliche Strukturen. Wie viele Ärzte welcher Fachrichtung in einem bestimmten Gebiet eine vertragsärztliche Praxis eröffnen dürfen, unterliegt einer von oben vorgegebenen, detaillierten Bedarfsplanung. Diese sowie die Vergabe der Vertragsarztsitze ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ihnen obliegt es, die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu garantieren. Sie entscheiden damit grundsätzlich, welcher Arzt sich wo niederlassen darf. An den Kassenärztlichen Vereinigungen führt derzeit diesbezüglich kein Weg vorbei.

Diese im heutigen System geübte Praxis steht marktwirtschaftlichen Prinzipien und unserer freiheitlichen Grundordnung entgegen. Versorgungssicherheit lässt sich auch auf andere Weise organisieren. Zudem sind Ärzte als Freiberufler auch Unternehmer, denen entsprechend weit gefasste Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume eröffnet werden müssen. Die ambulante ärztliche Versorgung ist deswegen wettbewerbsorientiert auszugestalten. Die Vertragsgestaltung nach § 73b SGB V war dazu ein Schritt in die richtige Richtung. Marktzugangsbeschränkungen für Ärzte darf es nicht geben. Die medizinische Versorgung wird sich dadurch nicht verschlechtern. Im Gegenteil: Wettbewerb wirkt sich positiv auf die Qualität der medizinischen Leistungen aus und stärkt effiziente Kostenstrukturen.

Unsere fünf Kernforderungen für die ambulante Versorgung in Stadt und Land

- Jede Arztpraxis ist auch ein Wirtschaftsbetrieb. Aus diesem Grund sind für alle Formen ärztlicher Praxisführung privatrechtliche Betriebsformen zuzulassen.
- Ärzten ist uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit zu gewähren. Zugleich mit der Einführung der Niederlassungsfreiheit wird das Kauf- und Verkaufsrecht für Vertragsarztsitze liberalisiert.
- Zur Herstellung einer umfassenden Wettbewerbsordnung müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen miteinander in Konkurrenz gesetzt werden. Hierzu werden sie in privatrechtliche Organisationsformen überführt. Kassenärzte können auf dieser Grundlage ihren kassenärztlichen Verband künftig frei wählen.
- Der Kontrahierungszwang wird aufgehoben. Ärzte erhalten – einzeln oder in Gruppen – das Recht zum direkten Vertragsabschluss mit den Krankenkassen. Diese Praxis hat sich bei der Integrierten Versorgung bewährt: Krankenkassen, Vertragsärzte, Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren schließen hierbei bedarfsorientierte Versorgungsverträge, ohne Vorgabe oder Einbindung der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Privatärzte ohne Kassenzulassung erhalten die Möglichkeit, auch gesetzlich Versicherte zu behandeln. Eventuell anfallende Mehrkosten, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden, tragen die Patienten selbst.

5 Arzneimittel

Vertragsfreiheit als Steuerungsinstrument für effiziente Versorgung

Die Ausgaben für Arzneimittel stellen nach dem Krankenhaussektor und dem ambulanzärztlichen Sektor den drittgrößten Kostenblock im Gesundheitswesen dar. Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) sind Pharmaunternehmen verpflichtet, den Nutzen neuer Arzneimittel nachzuweisen und mit den Kassen über den Preis zu verhandeln. Das Ziel: Kurzfristig wirksame Kostendämpfungen im Bereich innovativer Arzneimittel, die in den vergangenen Jahren maßgeblich zum überproportionalen Ausgabenanstieg bei Medikamenten beigetragen haben.

Die Neuregelung zur Preisfindung bei patentgeschützten Arzneimitteln ist zwar richtig. Insgesamt bleibt es aber dabei, dass von einer wettbewerblichen Ausrichtung des Arzneimittelsektors hierzulande nicht die Rede sein kann. Echte Preisbildungsmechanismen sind nach wie vor weitgehend ausgeschaltet. Auf allen Ebenen und über die gesamte Versorgungskette hinweg (Industrie, Großhandel, Apotheken) dominiert staatliche Regulierung. Das über viele Jahre gewachsene System ist hochkomplex, das Dickicht an Gesetzen und Verordnungen nur schwer durchschaubar: Arzneimittelhersteller, Arzneimittel-Großhändler, Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und Apotheken müssen eine Vielzahl von Vorgaben einhalten; da gibt es Festbeträge, Fest- und Höchstzuschläge, Zwangsabschläge, Zwangsrabatte, das Verbot von Naturalrabatten und vieles mehr.

Das Gebot heißt Deregulierung: Auf der Ebene der Arzneimittelhersteller und des Arzneimittelhandels muss echter Wettbewerb ermöglicht werden. Dazu bedarf es umfassender Vertragsfreiheit als Steuerungsinstrument für effiziente Versorgungsstrukturen.

Unsere Kernforderungen

- Die Innovationsfähigkeit der deutschen Pharmaindustrie muss erhalten werden.
- Die Preisbindung für Arzneimittel muss fallen, bestehende Großhandelsspannen und regulierte Apothekenabgabepreise sind freizugeben.
- Die Verhandlungsposition der Krankenkassen bei Preisverhandlungen ist zu stärken. Nur dann sind diese in der Lage, faire Ergebnisse für ihre Versicherten zu erzielen. Die 2007 geschaffene Möglichkeit zum Abschluss von Einzel- und Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern war ein Schritt in die richtige Richtung.
- Bei der Preisgestaltung für neu entwickelte Medikamente muss der eingeschlagene Weg über eine Kosten-Nutzen-Bewertung fortgesetzt werden.

6 Ausblick

Neue Wege für das Gesundheitssystem der Zukunft.

In einer alternden Gesellschaft wird das Thema Gesundheit eine immer größere Rolle spielen. Dies gilt für den sogenannten ersten Gesundheitsmarkt, also den von den Kostenträgern übernommenen Leistungen. Auch der zweite Gesundheitsmarkt, also die vom Kunden selbst bezahlten Güter und Dienstleistungen rund um die Gesundheit, die nicht von den Krankenkassen bezahlt werden, wächst mit einem steigenden Gesundheitsbewusstsein. Immer mehr Menschen sind deswegen bereit, in Produkte und Dienstleistungen zu investieren, die der eigenen Gesundheit dienen.

Dieses steigende Gesundheitsbewusstsein fördert die Eigenverantwortung des Einzelnen. Das Individuum wird künftig immer mehr zu seinem eigenen Gesundheitsmanager. Diese Trends werden auch von der Zukunftsforschung gestützt. Diese sich abzeichnenden Veränderungen sowohl im Gesamtgefüge als auch in der Mentalität der Menschen haben Konsequenzen für verschiedene Ebenen des Gesundheitssystems. Dies gilt für die Gesundheitswirtschaft als Ganzes als auch für die Bereiche Prävention und Rehabilitation.

6.1 Gesundheitswirtschaft

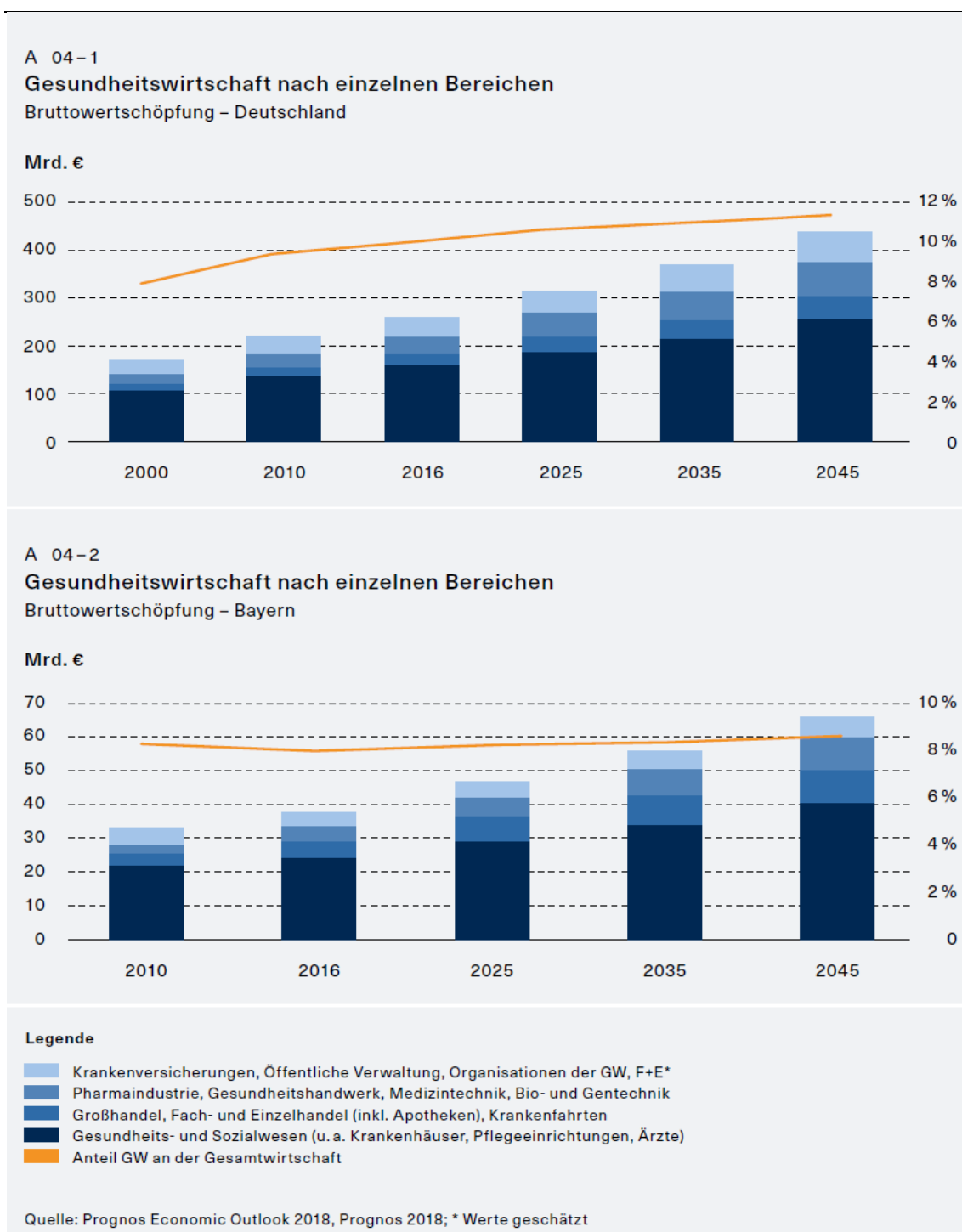
Die Gesundheitswirtschaft ist bereits heute ein elementarer Baustein des Wirtschaftsstandorts Deutschland, dessen Bedeutung künftig weiter wachsen wird. Der Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft stuft etwa die Medizin- und Gesundheitstechnologien als eine von zehn Schlüsseltechnologien ein. Die Gesundheitswirtschaft könnte demnach ein noch bedeutenderer Faktor der deutschen und bayerischen Volkswirtschaft sein und bleibt auch in schwierigen Zeiten Job- und Wachstumsmotor. Das Alter wird dabei zum bestimmenden Kosten- und Wirtschaftsfaktor. Privatisierungen, Konzentrationen und Netzwerkbildungen werden zunehmen. Als wichtiger Treiber wird dabei die Digitalisierung fungieren.

Diese Phänomene genauer unter die Lupe genommen hat der Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft in seiner Studie *Gesundheit und Medizin – Herausforderungen und Chancen*. So ist die Zahl der Erwerbstätigen zwischen 2000 und 2016 in Deutschland von 4,7 auf knapp 5,9 Millionen Personen angestiegen. In Bayern beträgt die Zahl der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft 2016 knapp 900.000. Dies entspricht einem Anteil an der bayerischen Gesamterwerbstätigenzahl von 12,1 Prozent. In Deutschland liegt der Anteil bei 13,5 Prozent. Bis 2045 ist laut Zukunftsrat mit einem weiteren Anstieg auf 15,2 Prozent zu rechnen, in Bayern steigt der Wert auf 13,1 Prozent.

Insgesamt – so das Papier – ist das prognostizierte Wachstum der Gesundheitswirtschaft jedoch kein Selbstläufer. Besonders der Teilbereich der Industriellen Gesundheitswirtschaft wird nur dann national wie international Erfolg haben, wenn die Unternehmen

attraktive Produkte und passende Lösungen anbieten, die künftig verstärkt nachgefragt werden.

Abbildung 6
Gesundheitswirtschaft in Deutschland und Bayern



Quelle: Zukunftsrat der Bayerischen Wirtschaft 2018

Auch dem sogenannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ prognostiziert der Zukunftsrat großes Potenzial. Er schätzt, dass rund ein Viertel der gesundheitsbezogenen Konsumausgaben auf den zweiten Gesundheitsmarkt entfallen. Das entspricht einem Wert von ca. 110 Milliarden Euro. Die sich abzeichnenden Trends belegen die Notwendigkeit, mehr marktwirtschaftliches Denken in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems zu etablieren und auch die Digitalisierung als Chance zu begreifen.

6.2 Prävention

Prävention umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen gestärkt werden. Darunter fallen Maßnahmen

- zur Verhütung von Krankheiten durch die Beseitigung der Krankheitsursachen,
- zur Vermeidung von Krankheiten bei bereits bestehenden krankhaften Befunden und
- gegen die Verschlimmerung bei bestehenden Krankheiten.

Die zuvor skizzierten Veränderungen bewirken, dass dem Bereich künftig eine größere Bedeutung zukommt. Unternehmen profitieren durch geringere Krankenstände und indirekt auch durch niedrigere Ausgaben in der Krankenversicherung. Die vbw unterstützt deshalb das Ziel, vorausschauende Gesundheitsförderung zu stärken und die Voraussetzungen für eine verbesserte Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteure im Bereich der Prävention zu schaffen. Prävention und Gesundheitsförderung können einen wirksamen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung leisten und damit zu größerer Effizienz im Gesundheitswesen, zur Steigerung der Produktivität der Unternehmen sowie zu einem Rückgang von Behandlungskosten und Frühverrentungen führen. Vorbeugung oder Früherkennung von Krankheit sind dabei ebenso wichtig wie eine gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung. Dabei ist Prävention in jedem Alter sinnvoll und deshalb vom Kindes- bis zum Seniorenalter ein Thema, also sowohl für den Einzelnen als auch für Schulen und Kindertagesstätten relevant.

Der Ansatz, dass die gesundheitliche Versorgung zukünftig stärker vom Gedanken der Prävention geleitet werden muss, ist deshalb grundsätzlich richtig. Dabei gilt es, die Menschen in ihrer betrieblichen und privaten Umgebung zu sehen. Eine zielgerichtete Abstimmung dieser Welten und der beteiligten Akteure, etwa Versicherte, Schulen, Unternehmen oder Kassen, ist ebenso zu beachten wie der Subsidiaritätsgedanke. Die Unternehmen dürfen dabei nicht für gesamtgesellschaftliche Aufgaben in Haftung genommen werden, wie dies das Präventionsgesetz macht.

Die vbw engagiert sich als Pilotorganisation in den Koordinierungsstellen, die die gesetzlichen Krankenkassen betreiben und als Ansprechpartner für Unternehmen dienen. Hier können sich die Firmen Rat holen und Leistungen der Kassen vermitteln lassen. Über das Webportal www.bgf-koordinierungsstelle.de ist die Beratung zu erreichen.

6.3 Rehabilitation

Neben dem sich wandelnden Gesundheitsbewusstsein und der Stärkung der Prävention kommt auch dem Rehabereich in einer alternden Bevölkerung eine immer größere Rolle zu. Denn mit steigendem Alter wird Rehabilitation immer häufiger in Anspruch genommen.

Die Gesetzliche Rentenversicherung ist in der Regel zuständig, wenn durch eine Rehabilitation Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden können, etwa zur Vermeidung von Frühverrentung (Reha vor Rente). Die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, um Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 11 Abs. 2 SGB V). Hier gilt das Schlagwort Reha vor Pflege. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen (§ 5 und § 6 SGB IX).

Für Unternehmen ist vor allem die von der Rentenversicherung finanzierte Rehabilitation relevant, da sie in Zukunft Belegschaften mit höherem Durchschnittsalter haben. Rehabilitationsmaßnahmen, welche in effizienter Weise die Erwerbstätigkeit ihrer Beschäftigten wiederherstellen, sind in diesem Szenario von wachsender Bedeutung, da sie voraussichtlich einen höheren Teil der Belegschaft betreffen.

Um das Reha-System diesem sich wandelnden Bedarf anzupassen, müssen konsequent Einsparpotentiale gehoben werden bei der gleichzeitigen Sicherung einer hohen Versorgungsqualität. Dies gilt sowohl für die GKV-finanzierte als auch für die von der Rentenversicherung getragene Rehabilitation. Dazu müssen

- die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen weiter optimiert,
- innovative Rehabilitationsmaßnahmen gefördert,
- ein bedarfsgerechtes Angebot vorgehalten und
- die Schnittstellen zwischen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen verbessert werden.

Ansprechpartner / Impressum

Franz Niedermaier

Abteilung Sozial- und Gesellschaftspolitik

Telefon 089-551 78-224

Telefax 089-551 78-213

franz.niedermaier@vbw-bayern.de

Impressum

Alle Angaben dieser Publikation beziehen sich grundsätzlich auf alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und ohne jede Diskriminierungsabsicht wurde an einigen Stellen auf eine Bezeichnung mit dem Genderstern * verzichtet.

Herausgeber

vbw

Vereinigung der Bayerischen
Wirtschaft e. V.

Max-Joseph-Straße 5
80333 München

www.vbw-bayern.de

© vbw Juni 2019