Gesundheitsreform: Echte Strukturreform oder weiter „Durchwursteln“?

ECONWATCH, Gesellschaft für Politikanalyse e.V.

4. Juli 2011

Lehrstuhl für Öffentliche Finanzen und
Gesundheitsökonomie

Agenda

I Ausgangslage (3-10)

II Reformen: Anzahl, Inhalte, Aufnahme in den Medien (11 - 33)

III Gibt es eine rationale Gesundheitspolitik? (34 - 41)

IV Zur Gesundheitsreform der Großen Koalition (42 -45)

V Mein persönliches Zwischenfazit zum GKV- WSG (46-47)

VI Wege aus der Kompromissfalle (48 -60)

VII Mein eigener langfristiger Weg aus der Kompromissfalle (61-63)

VIII Anhang (64-70)

Ziele zukünftiger Gesundheitsreformen

Reformbausteine

Finanzierungswege i.w.S.

Erster und zweiter Markt in der Gesundheitswirtschaft

Periodizität von Innovationszyklen: Theorie der langen Wellen

Offene Fragen

I Versorgungslage in Deutschland

weit überdurchschnittlich

Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen sind europaweit am stärksten ausgeprägt

Ineffizienzen finden sich in allen vergleichbaren Ländern und Systemen (in England, Frankreich, Holland)

Deutsche Wiedervereinigung als Reformleistung bewältigt

Infrastrukturelle Qualität der Gesundheitsversorgung sehr gut

Mehr als 95% der Weltbevölkerung beneiden uns um die Versorgungslage in den europäischen Wohlfahrtsstaaten

Arbeitsmarkt in der Gesundheitswirtschaft

positiv

5,3 Millionen Erwerbstätige im Gesundheitswesen (4x soviel wie in der Automobilindustrie)

Jobchancen/Gesundheitsberufe in:

Gesundheits- und Krankenpflege, Labor und Technik, Sport und Physiotherapie, Pflege und Soziales, Medizin und Arzneimittel, Management und Information, Psycho- und Verhaltenstherapie, Ernährung und Haushaltswirtschaft, Forschung und Entwicklung, Fitness/Wellness

Im Gesundheitswesen entstanden in den letzten 20 Jahren die meisten neuen Berufe

„Erster“ und „zweiter Markt“ in der Gesundheitswirtschaft

Eckwerte des GSK für die BRD in Mrd. €, 2007

	Makroökonomische Kennziffern	Gesamt-wirtschaft	GW	KGW	EGW
Entstehung	**Bruttowertschöpfung**	**2.176,6**	**213,3**	**164,7**	**48,6**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	**100%**	**9,8%**	**7,6%**	**2,2%**
	+ Vorleistungen	**2.318,3**	**136,2**	**100,7**	**35,5**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	100 %	**5,9%**	**4,4%**	**1,5%**
	= Produktion zu Herstellpreisen	**4.494,8**	**349,5**	**265,4**	**84,1**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	100 %	**7,8%**	**5,9%**	**1,9%**
	+ Importe	**912,1**	**59,2**	**39,8**	**19,4**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	100 %	**6,5%**	**4,4%**	**2,1%**
	= Güteraufkommen zu Herstellpreisen	**5.406,9**	**408,7**	**305,2**	**103,5**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	100 %	**7,6%**	**5,7%**	**1,9%**

Quelle: Henke, K.-D., Neumann, K., Ostwald, D.A. et al. (2011).

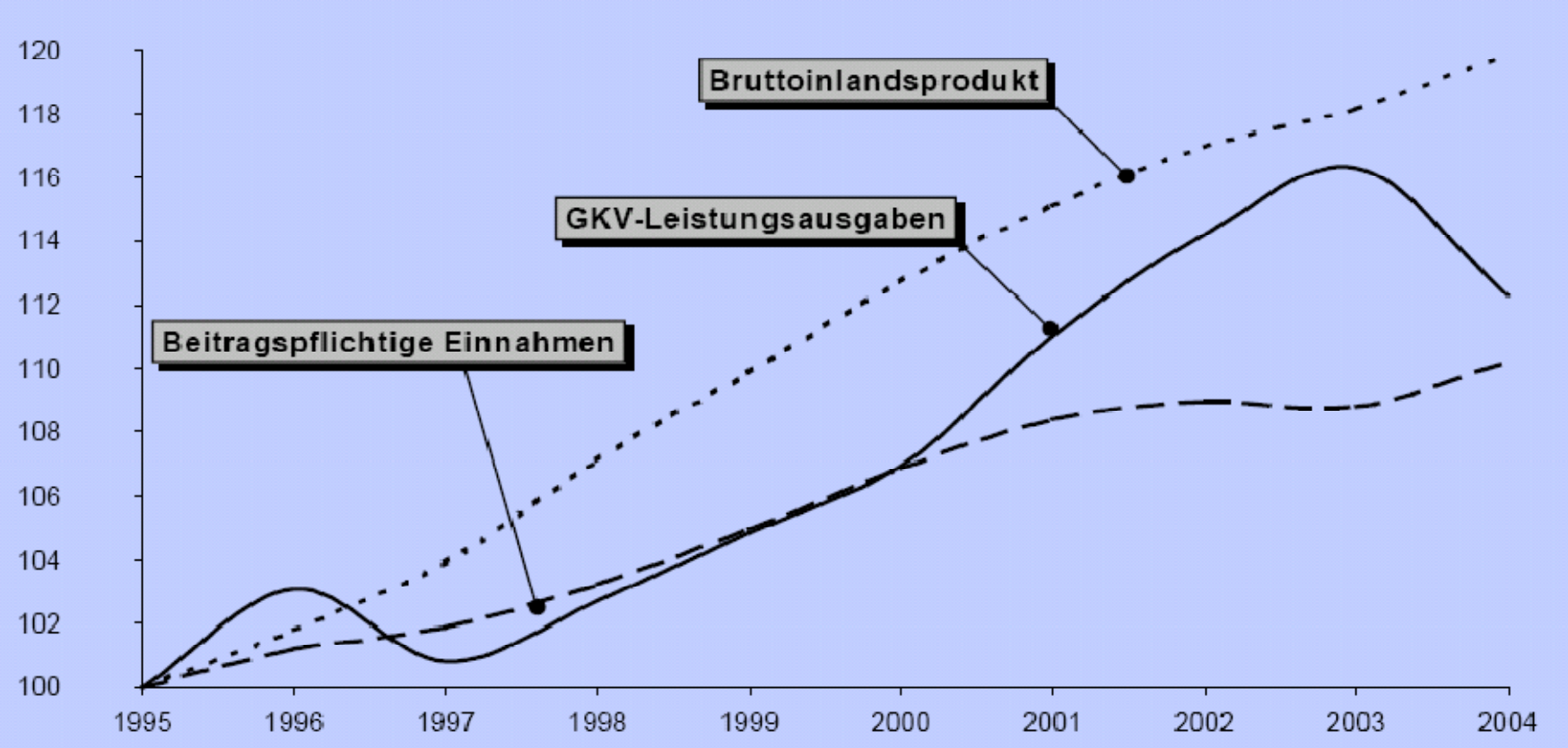
Eckwerte des GSK für die BRD in Mrd. €, 2007

	Makroökonomische Kennziffern	Gesamt-wirtschaft	GW	KGW	EGW
Verwendung	**Konsumausgaben zu Marktpreisen 2005**	**1.628,2**	**289,2**	**227,3**	**61,9**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	**100 %**	**17,8 %**	**14,0 %**	**3,8 %**
	+ Exporte	**1.116,3**	**69,8**	**54,9**	**14,9**
	Anteil an der Gesamtwirtschaft	**100 %**	**6,3 %**	**4,9 %**	**1,3 %**
	+ Anlageinvestitionen u. Vorratsveränderungen	**409,6**	**2,1**	**1,3**	**0,8**
	+ Intermediäre Verwendung	**2.252,8**	**47,6**	**21,7**	**25,9**
	= Güteraufkommen zu Herstellpreisen	**5.406,9**	**408,7**	**305,2**	**103,5**

Quelle: Henke, K.-D., Neumann, K., Ostwald, D. A. et al. (2011).

Bruttoinlandsprodukt, GKV-Leistungsausgaben und beitragspflichtige Einnahmen, 1994 - 2004

Keine „Kostenexplosion“



Index: 1995=100

Quellen: VDAK/AEV, Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Gesundheit.

Institutionelle und politische Ausgangslage

schwierig

16 autonome Bundesländer und Dauerwahlkampf im bundesdeutschen Föderalismus (Landtagswahlen als Stimmungsbarometer)

Korporatistische Verbandsstruktur: Zuviel Verbändestaat, zu starkes Lobbying

Entscheidender Standortnachteil: politische Willensbildung komplizierter als in anderen OECD-Ländern (z.B. in England)

Zusätzlich:

Verfassungsgerichts- und Sozialgerichtsurteile

Einfluss des Europäischen Binnenmarktes und der Rechtsprechung des EuGH nehmen zu

Gesundheitspolitische Ausgangslage

Unverminderter Reformdruck

Älter werdende und rückläufige Gesamtbevölkerung

Zunahme chronischer Krankheiten

Steigende Anzahl von Menschen mit mehreren Krankheiten

Wünschenswerter medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt

Zunehmende Nachfrage nach hochwertiger Versorgung, insbesondere im Pflegebereich, und steigende Ansprüche der Bevölkerung

Reformpolitische Ausgangslage

Große Anzahl an Gutachten mit einer Vielfalt von Reformvorschlägen

I Reformvorschläge

- Kommissionsberichte (Rürup-, Herzogkommission)
- Sachverständigenratsgutachten (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen, Wissenschaftliche Beiräte im BMF und im BMWi), Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

II Ein unglücklicher Reformstart zur Frage einer nachhaltigen Finanzierung: Bürgerversicherung versus Kopfprämie (Wie wichtig ist die Wortwahl, Etikettenschwindel?)

III Konsensbildung in einer Großen Koalition als Herausforderung und als Umsetzungsproblem angesichts des breiten Spektrums an Reformvorschlägen

II Reformen: Anzahl, Inhalte, Aufnahme in den Medien

Seit Gründung der Bundesrepublik: Mehr als 80 Gesetze, bei denen das BMG die Federführung hatte

Zwischen 1977 und 2000 gab es mehr als 46 Gesetze mit über 6.800 Einzelbestimmungen und Verordnungen

Mittlerweile 13. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung seit der Einführung des Risikostrukturausgleichs im Jahr 1994

Interventionsspirale

a) als berechtigter Vorwurf aus ordnungspolitischer Sicht oder
b) als Preis für die parlamentarische Demokratie?

Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetze (1)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
1972	Krankenhaus-finanzierungsgesetz, KHG	• Duale Krankenhausfinanzierung eingeführt • Selbstkostendeckungsprinzip
1973	Bundespflegesatz-verordnung (BPflV)	• Regelung der Details der pflegesatzfähigen Kosten der Krankenhausvergütung (voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen)
1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)	• Regelmäßige Zusammenkünfte maßgeblicher gesundheits-politischer Akteure (77 Mitglieder und teilnehmende Regierungsinstanzen sowie später der SVR KAiG) • Grundsatz der Beitragssatzstabilität als politische Zielgröße
1984	Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung	• Investitionsfinanzierung nur noch über die Bundesländer • Leistungsorientierte, differenzierte Pflegesätze
1988	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen, GRG	• Kürzungen bei den erstattungsfähigen Leistungen • Höhere Selbstbeteiligung bei Zahnersatz, Kuren, Fahrkosten • Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel
1992	Gesundheitsstrukturgesetz, GSG	• Budgetierung der Ausgaben in allen Leistungsbereichen • Freie Kassenwahl der Versicherten • Bedarfsplanung im ambulanten Sektor • Einführung des RSA

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 258ff.

Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetze (2)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
1996	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)	• Erhöhung der Zuzahlungen, Streichung von Zuschüssen bei Brillengestellen und Zahnersatz • Absenkung des Krankengeldes auf 70% des Bruttoarbeitsentgelts
1997	Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (NOG)	• Satzungs- und weitere zusätzliche Leistungen • Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung, Zuzahlungen, Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen • Möglichkeit für Kostenerstattungs-, statt Sachleistungsprinzip • Einführung von Praxisbudgets • Höhere Zuzahlungen und Dynamisierung der Selbstbeteiligungen
1998	Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG)	• Rückgängigmachung der erhöhten Zuzahlungen, der Gestaltungsleistungen und des Kostenerstattungsprinzips
2000	GKV-Reformgesetz	• Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen • Einführung der Integrierten Versorgung

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 258ff.

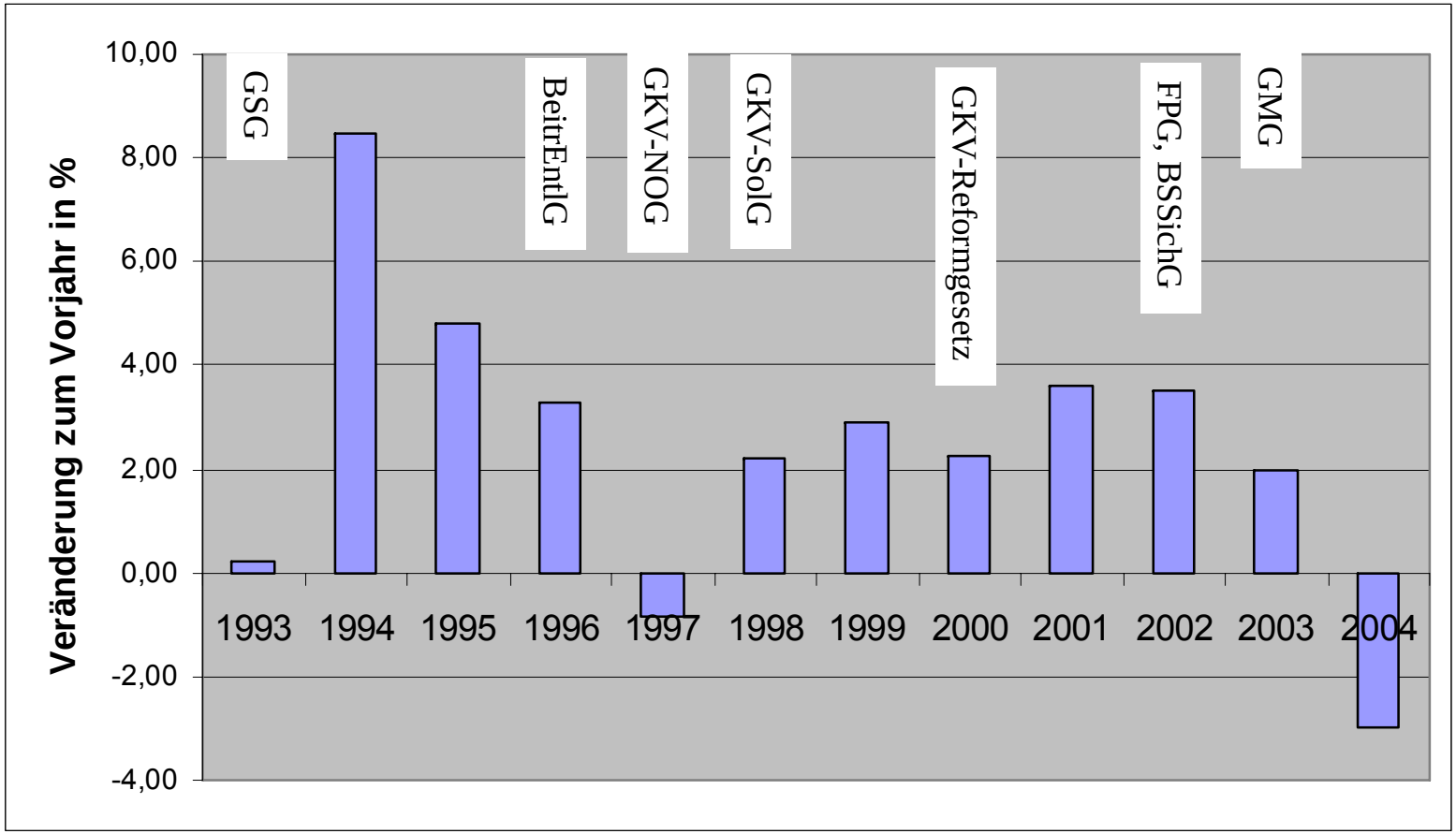
Hauptinhalte der Gesundheitsreformgesetze (3)

Jahr	Gesetz	Hauptinhalte
2001	Gesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte	• Obligatorische Mindestbindung von 18 Monaten an eine Kasse
2002	Fallpauschalengesetz (FPG)	• Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen durch DRGs
2002	Beitragssatzsicherungs-gesetz (BSSichG)	• Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
2003	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)	• Leistungsausschlüsse (z.B. nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel, Zahnersatz, Brillen, Fahrtkosten) • Veränderte Zuzahlungsregeln, Überforderungsregel, Praxisgebühr • Gestaltungsleistungen • Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung (ca. € 700 Mio.)

Quelle: Nach Lampert, H./Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin, S. 258ff.

Veränderungsraten der GKV-Ausgaben und ausgewählte Reformgesetze

Stop-and-Go



Quelle: Statistisches Bundesamt.

Koalitionsvereinbarungen

- Im Koalitionsvertrag von 11. November 2005 („Gemeinsam für Deutschland – mehr Mut und Menschlichkeit“) hatten CDU, CSU und SPD unter anderem angekündigt,
- zur „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ im Laufe des Jahres 2006 ein Konzept zu entwickeln, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“;
- zur „wettbewerblichen und freiheitlichen Ausrichtung des Gesundheitswesens“ den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeschlagenen Weg „struktureller Änderungen in der Gesundheitsversorgung über wettbewerbliche Anreize“ konsequent weiterzugehen – u. a. durch „die Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit“; und
- außerdem „zur Förderung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 Prozent“ zu senken.

Entwicklung GKV-Defizite

Jahr	GKV Ausgaben * in Mio. €	GKV Einnahmen in Mio. €	Saldo in Mio. €
2002	143.026	139.707	-3.319
2003	145.095	141.650	-3.445
2004	140.178	144.270	4.092
2005	143.809	145.742	1.933
2006	147.973	149.929	1.956
2007	153.876	155.665	1.789
2008	160.937	162.516	1.579
2009	170.787	171.873	1.086
2010*			-10.500
2011*			-11.000

*Schätzungen des Schätzerkreises

Quelle: KBV (2010): Entwicklung der Mitglieder, der Einnahmen und der Ausgaben in der GKV

Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG)

Mit diesem Gesetz wird ab August 2010 der erste Teil des Arzneimittelsparpakets rechtskräftig. Somit steigt der **Herstellerabschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag von sechs auf 16 Prozent**, und es besteht ein Preisstopp für alle Arzneimittel, die von den Krankenkassen bezahlt werden.

Die Regelungen gelten für den Zeitraum vom **1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013**. Die Bundesregierung erhofft sich dadurch Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von etwa 1,15 Milliarden Euro pro Jahr.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt (Juli 2010)
http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=42180

AMNOG
(Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes)

Am 1. Januar 2011 ist das **Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG)** in Kraft getreten.

Ziel des AMNOG ist, die rasant steigenden **Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen** einzudämmen. Mit dem Gesetz wird der Weg für fairen Wettbewerb und eine stärkere Orientierung am Wohl der Patienten freigemacht.

Das AMNOG schafft eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten. **Der Zusatznutzen der Medikamente für die Patienten bestimmt künftig den Preis der Medikamente.**

Quelle: BMG (2011)
http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html

AMNOG: Strukturelle Veränderungen

Die Hersteller müssen seit 2011 für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen bei der Markteinführung **Nachweise über den Zusatznutzen** für die Patientinnen und Patienten vorlegen.

Der **Gemeinsame Bundesausschuss** entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat und unter welchen Voraussetzungen es verordnet werden darf.

Für **Arzneimittel ohne Zusatznutzen** wird ein Festbetrag festgesetzt. Ist dies nicht möglich, weil es keine weiteren pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittel gibt, vereinbart der Hersteller mit der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Erstattungspreis, der zu keinen höheren Kosten gegenüber der Vergleichstherapie führen darf.

Für **Arzneimittel mit Zusatznutzen** werden die Preise auf Basis der Bewertung des Zusatznutzens ausgehandelt.

Mit dieser Neuregelung sollen rund 2 Milliarden Euro pro Jahr eingespart werden.

Quelle: BMG (2011)
http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html

AMNOG: mehr Wettbewerb

Die pharmazeutischen Unternehmen können ihre **Preise für Arzneimittel künftig nicht mehr nach eigenem Ermessen** festlegen.

Ein fairer Ausgleich muss in direkten Verhandlungen zwischen dem jeweiligen Arzneimittelhersteller und den gesetzlichen Krankenkassen gefunden werden. Das stärkt den Wettbewerb.

Beide Seiten sollen künftig innerhalb eines Jahres nach Markteinführung eines neuen Arzneimittels den Erstattungspreis verhandeln. Dieser Preis gilt auch für die Privatversicherten und die Selbstzahler.

Quelle: BMG (2011)
http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html

AMNOG: Einsparungen

Insgesamt sieht das AMNOG, zusammen mit einer bereits am 30. Juli 2010 in Kraft getretenen Regelung im **Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG)**, Einsparungen für die Gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von 2,2 Milliarden Euro vor.

Quelle: BMG (2011)
http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog/das-gesetz-zu-neuordnung-des-arzneimittelmarktes-amnog.html

Finanzierungslücke 2010/11

Aufgrund dieser GKV-Defizite in 2010/2011

„Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“

(GKV-Finanzierungsgesetz)

Einführung 01.01.2011

Quelle: BMG (2010): Das GKV-Finanzierungsgesetz – Für die Gesundheit von morgen, Berlin.

Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes

I. Regelungen zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen
II. Regelungen zur Einführung des Sozialausgleichs
III. Regelungen zur Ausgabenbegrenzung
IV. Weitere Regelungen
V. Finanzielle Wirkungen des Gesetzes

Der Deutsche Bundestag hat am 12. November 2010 den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) in 2./3. Lesung abschließend beraten. **Das nicht zustimmungspflichtige Gesetz** ist im Bundesrat am 17. Dezember beraten worden und trat Anfang Januar 2011 in Kraft.

Wesentliche Regelungen des GKV-FinG

Regelungen zur Stärkung der Finanzierungsgrundlage

1) Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 % (davon 0,9 % Mitgliedsfinanzierter Beitragssatzanteil)

➢ Mehreinnahmen der GKV im Jahr 2011: 6 Mrd. €

2) Beitragseinnahmen sollen vermehrt über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge gewonnen werden (Streichung der 8-Euro-Grenze, keine Begrenzung des Finanzvolumens)
   - Verspätungszuschläge (mind. 20 €, höchstens 3x versäumter Zusatzbeitrag)
   - Auf Basis des Schätzerkreises (im Herbst des Vorjahres) legt BMG und BMF durchschnittlichen Zusatzbeitrag des Folgejahres fest
   - Für bestimmte Personengruppen wird kein Zusatzbeitrag erhoben (fehlende beitragspflichtige Einnahmen)
   - Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld zahlen Zusatzbeitrag nicht selbst und benötigen somit auch keinen Sozialausgleich

Quelle: BMG (2011): Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html (27.06.2011)

Wesentliche Regelungen des GKV-FinG

Regelungen zur Einführung des Sozialausgleichs

1) Sozialausgleich wird vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger durchgeführt (Arbeitnehmer und Rentner bekommen den Beitragssatzanteil mehr ausgezahlt, der sie überfordern würde).

2) Für freiwillig Versicherte und Studenten, die ihren Krankenkassenbeitrag selbst zahlen, übernimmt die Krankenkasse den Sozialausgleich.

3) Für das Jahr 2011 wurde eine durchschnittlicher Zusatzbeitrag von 0 € festgelegt (Zuweisungen aus Gesundheitsfonds können Ausgaben decken)

Quelle: BMG (2011): Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html (27.06.2011)

Wesentliche Regelungen des GKV-FinG

Regelungen zur Ausgabenbegrenzung

1) Verwaltungsausgaben von Krankenkassen und Verbänden werden in 2011 und 2012 auf das Niveau des Jahres 2010 eingefroren.
   - geschätzte Minderausgaben der GKV in 2011 und 2012 von je 0,3 Mrd. €
   - Reduzierung der verwaltungsausgaben um 2% in 2012 für Krankenkassen, die bis Ende 2011 nicht mind. 10% ihrer Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten versorgt haben.

2) Bisherige Orientierungs- und Punktwerten gelten bis 2012
   - Differenzierung von Orientierungs- und Punktwerten bei Sonderpreisen (pretiale Steuerung) wird ausgesetzt, stattdessen Einführung von Sicherungszuschlägen.

Quelle: BMG (2011): Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html (27.06.2011)

Wesentliche Regelungen des GKV-FinG

Weitere Regelungen

1) Erhöhung von Punktwerten und Gesamtvergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen in den neuen Bundesländern ab 2012
2) Preiswettbewerb im Krankenhausbereich
3) Verbesserung der Voraussetzung für bedarfsgerechte ambulante Versorgung
4) Abbau bürokratischer Hürden und Hemmnisse in der Kostenerstattung
5) Weiterentwicklung der Wahlfreiheit für Versicherte

Quelle: BMG (2011): Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html (27.06.2011)

Finanzielle Wirkungen des GKV-FinG

Entlastungsvolumen der Ausgabenseite*	**2011**	**3,5 Mrd. €**
	2012	**4,0 Mrd. €**
davon u. a.		
Vermeidung von zusätzlichen Mehrausgaben der hausarztzentrierten Versorgung	jährlich	500 Mio. €
Einsparungen Verwaltungskosten	jährlich	300 Mio. €
Mehrbelastung durch Weiterentwicklung Zahnärztlicher Versorgung	jährlich	200 Mio. €
Beitragsmehreinnahmen		
Anhebung Beitragssatz	**2011**	**6,3 Mrd. €**
Anhebung Bundeszuschuss	**2011**	**2,0 Mrd. €**

* Unter Einbeziehung der Einsparungen aus der Gesetzgebung bzgl. Arzneimitteln

Quelle: BMG (2011): Wesentliche Regelungen des GKV-Finanzierungsgesetzes, http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/gesundheitsreform/gesetz.html (27.06.2011)

Zur aktuellen Finanzlage der GKV

„Krankenkassen fürchten kollektiven Kollaps“

aktualisiert am 30.06.2010, 11:33 Uhr | Spiegel Online

Das prognostizierte Finanzierungsdefizit trat in der erwarteten Höhe nicht ein.

Zu den Prognosen, dass der Gesundheitsfonds in 2011über eine Reserve von 6,9 Milliarden Euro verfügen wird, meinte der Präsident der Aufsichtsbehörde, Maximilian Gaßner: „Fünf Milliarden Euro sind bereits verplant. Davon werden zwei Milliarden für die Härtefallregelung bei Zusatzbeiträgen benötigt. Die anderen drei Milliarden sind die Rücklage, die wir per Gesetz vorhalten müssen.“ Das Bundesversicherungsamt verwaltet auch den Anfang 2009 eingeführten Gesundheitsfonds.

GKV-Spitzenverband: Finanzlage bei 22 Krankenkassen sehr angespannt.

Im Extremfall könnten 28 Millionen gesetzlich Versicherte betroffen sein.

Der GKV-Spitzenverband stellte jedoch fest: Dies entspricht in dieser Form nicht der Wahrheit. Vielmehr gehe man von Fusionen mehrerer Kassen in 2011 aus.

Erste Bewertung der drei Gesetze

„kleine“ Reform bei pauschaler Betrachtung; ein übliches Kostendämpfungsgesetz
„große“ Reform aus der Sicht der Pharmaindustrie

Zusatzbeiträge erhöhen Transparenz im Gesundheitsfinanzierungssystem und schaffen Wettbewerb innerhalb der Krankenkassen

- damit wird Zusatzbeitrag auch nicht unverhältnismäßig ansteigen

Angekündigte strukturelle Reform erfolgte nur oberflächlich

- keine spezifisch ausgearbeiteten Maßnahmen zu Wettbewerb und Wahlfreiheit

Eine weitere Reform soll folgen : Das „GKV-Versorgungsgesetz“ (2011)

Was ist in dieser Legislaturperiode noch geplant? GKV-Versorgungsgesetz

Zusätzlich sind im Laufe der Legislaturperiode weitere strukturelle Reformen zur **Stärkung des Wettbewerbs** im Gesundheitssystem geplant.

Mit einer **Korrektur der Honorarreform** soll ein einfaches und verständliches Vergütungssystem für die ärztliche Versorgung erreicht werden, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt.

Weitere Maßnahmen im ambulanten Bereich sollen der **Sicherung der flächendeckenden Versorgung** dienen. Dazu zählen neben der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auch Anreize bei Vergütung und Ausbildung.

Die Aufnahme von Gesundheitsreformen in den Medien

- „Tollhaus“ (Der Spiegel)
- „Alles Flickschusterei“ (Süddeutsche)
- „Ulla Schmidt erhält Drohbriefe“ (Süddeutsche)
- „Ein Lehrstück für Lobbyisten“ (Die Zeit)

„Sind wir ein Volk von Versagern, unfähig zum Fortschritt, regiert von Stümpern?“ (Der Spiegel)

III Gibt es eine rationale Gesundheitspolitik?

Was ist eine **Reform**?

laut **Duden**: Umgestaltung, Verbesserung des Bestehenden, Neuordnung

laut **Brockhaus**: Verbesserung, planmäßige Umgestaltung

Was ist ein **Kompromiss**?

laut **Duden**: Übereinkunft, Ausgleich, Zugeständnis

laut **Brockhaus**: Vergleich, Übereinkunft, Zwischenlösung

Was ist **Rationalität**?

laut **Duden**: Vernünftigkeit

laut **Brockhaus**: vernunftgemäße Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse

Wirtschaftswissenschaftliche Erklärungsansätze zum Verhalten der Akteure und zur Rationalität der Gesundheitspolitik

1. Eigennutz- und Vorteilsstreben (Rent-Seeking) der Beteiligten und Betroffenen

2. Theorie der Stimmenmaximierung, der Wiederwahl und des Machterhalts

3. Asymmetrische Informationen und Moral Hazard in der Krankenversicherung

4. Der sog. Endowment (Ausstattungs)-Effekt und Informationsediting (Beharrungsvermögen des Status Quo)

Eigennutzstreben, auch im Gesundheitswesen

Marktverhalten bzw. Eigennutzstreben:

Unternehmer versuchen ihren Gewinn zu maximieren und Konsumenten ihren Nutzen

Übertragung des Eigennutzstrebens auf die Akteure im Gesundheitswesen:

- Anbieter von Gesundheitsleistungen: Qualität der erbrachten Leistungen und angemessenes Einkommen
- Versicherte: viele erstattungsfähige Leistungen bei niedrigen Beitragssätzen
- Patienten: möglichst schnelle und umfassende Hilfe bei Krankheit
- Verbandsvertreter: Nutzenmaximierung für die Mitglieder der Verbände
- Gesundheitspolitiker: gute Versorgung der Bevölkerung, Machterhalt und Wiederwahl
- Gesundheitsindustrie: Gewinnmaximierung

Eigennutzstreben und Rent-Seeking

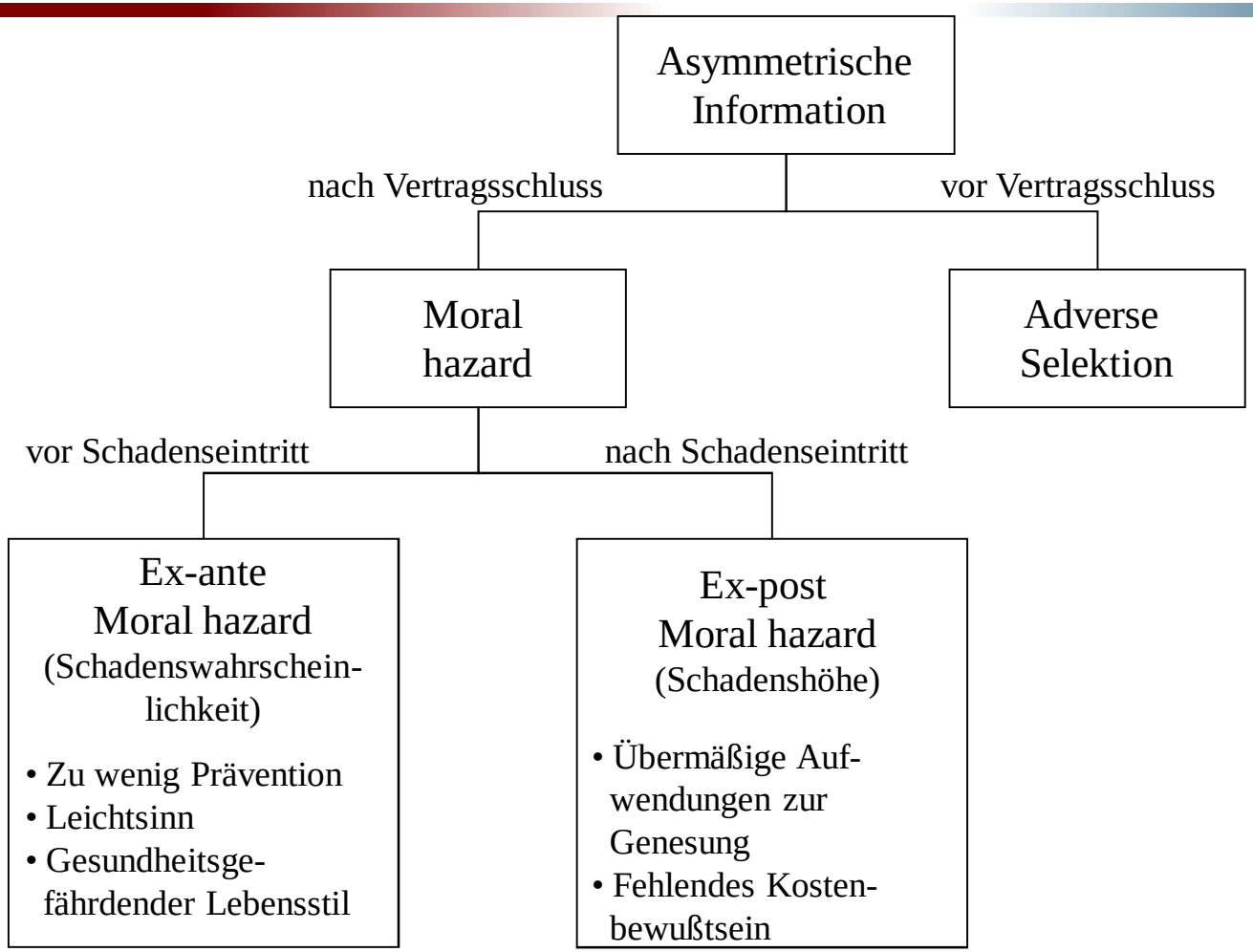
Knappe Ressourcen werden mit dem Ziel eingesetzt, im politischen Entscheidungsprozess private Vorteile in Form von Transfers, Regulierungen, Vorrechten und Machtspielräumen zu erwirken.

Für die einzelne Interessengruppe lohnen sich Lobby-Ausgaben solange, wie der aus der Einflussnahme erzielte Gewinn größer ist als die eingesetzten Ressourcen für die Verbandsarbeit.

Gesamtwirtschaftlich kommt dieser Aufwand jedoch einer Vergeudung von Ressourcen gleich.

555 Mitarbeiter im BMG stehen etwa 3.500 Verbandsvertretern gegenüber.

Ausnutzung des Versicherungssystems bei asymmetrischen Informationen und bei Moral hazard



Der Endowment-Effekt (Ausstattungs- bzw. Besitzeffekt) und der Editing-Effekt

Möglichst keine Veränderung

1. Vor einer Entscheidung gibt es eine sog. Editierungsphase: Wo stehe ich jetzt? Wie wird sich meine Vermögens- bzw. Ausstattungsposition nach der Entscheidung verändern?

2. Dabei wird im Besitz befindlichen Gütern und Dienstleistungen (Endowment) ein höherer Nutzen zugemessen als denselben Gütern vor dem Besitz. (Nobelpreisträger Kahneman [2002] und Tversky)

Übertragung auf das Gesundheitswesen: Eine durchgesetzte Reform erhält eine höhere Zustimmung als ihr Entwurf.

➡ **Beide Effekte verstärken das Beharrungsvermögen des Status Quo**

Rationale Gesundheitspolitik

1. „Gesundheitspolitik aus einem Guss und aus einer Hand“ (Tinbergen, Schiller)

2. Eine rationale Gesundheitspolitik müsste auf

   → „ein planmäßig auf die Verwirklichung eines umfassenden, wohldurchdachten und in sich ausgewogenen Zielsystems gerichtet“ sein und

   → „dabei den höchsten Erfolgsgrad erreichen, der unter den jeweiligen Umständen möglich ist“. (nach Giersch 1961, S. 22)

Effiziente Gesundheitspolitik

"As we all should have recognized (but needed to be told), all feasible forms of organization - government included - are flawed.

"[...] an extant mode of organization for which no superior *feasible* alternative can be described and *implemented* with expected net gains is *presumed* to be efficient."[1]

Danach wäre der derzeitige Stand der gesundheitspolitischen Reform effizient sofern alle machbaren Verbesserungen tatsächlich ausgeschöpft sind.

Social Piecemeal engineering (Popper)

→ **Ergebnis: Gesundheitspolitik als Kunst des Machbaren**

[1] Williamson, Oliver E., The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, in: Journal of Economic Literature, 2000, p.601, Hervorhebungen im Original.

IV Zur Gesundheitsreform der Großen Koalition (2005)

1923 (SPD, DDP, Zentrum, DVP und BVP) 100-Tage-Regierung unter Gustav Stresemann (DVP)

1928-30 (die gleichen Parteien) unter Hermann Müller (SPD); noch keine Gesundheitsministerien

Erste Große Koalition nach dem 2. Weltkrieg 1966 bis 1969 (CDU/CSU und SPD unter Kanzler Kiesinger; Gesundheitsministerin Käte Strobel; Zeit der außerparlamentarischen Opposition)

Informelle große Koalition im Gesundheitswesen in der rot-grünen Bundesregierung (1998-2005) beim GMG (trat am 1.1.2004 in Kraft); Gesundheitsministerin Schmidt und Gesundheitsminister a.D. Seehofer, MdB

Große Koalition SPD und CDU/CSU: Am 22. November 2005 wählte der Deutsche Bundestag Angela Merkel (CDU) zur Bundeskanzlerin; Gesundheitsministerin Schmidt

Ziele im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (1)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

1. Gesundheitsversorgung für jedermann einschließlich Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt

2. Versicherungsschutz für alle Einwohner

3. Abbau von Ineffizienzen und Qualitätsmängeln, insbesondere auf der Ausgabenseite durch Intensivierung des Vertrags- und Preiswettbewerbs

Ziele im Gesetzesentwurf der Bundesregierung (2)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

4. Zusätzlicher Finanzbedarf erforderlich; Finanzierung nach der Leistungsfähigkeit

5. Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen

6. Einstieg in die Nachhaltigkeit der Finanzierung mit Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit

7. Mehr Wahl- und Wechselmöglichkeiten in der PKV

Ausgewählte Kritikpunkte an der Reform

1. Keine Lösung der Finanzierungsprobleme angesichts der demographischen und medizinisch-technischen Herausforderungen
2. zu wenig Wettbewerb und zu viel Staatseinfluss
3. schlechtere Versorgung der Patienten
4. man hätte den Status Quo lassen sollen (GMG von 2004)
5. Einbeziehung des Sachverstandes aller Akteure fehlt
6. Neue Dualität von GKV und PKV

V Mein persönliches Zwischenfazit zum GKV-WSG (1)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

1. mehr Markt und mehr Staat
2. weniger Selbstverwaltung; Abbau des Verbändestaates im Gesundheitswesen
3. Entwicklung und Förderung der Palliativmedizin
4. Fonds stärkt die Position der Versicherten und bringt mehr Wahlmöglichkeiten im Versicherungsschutz; ein kleines Element des von der CDU gewünschten Pauschalprämienmodells
5. Finanzierung auf mehreren Säulen (herkömmliche Beiträge, Steuermittel und ggfs. Eigenbeiträge); kein Element der von der SPD geforderten sog.Bürgerversicherung

Mein persönliches Zwischenfazit (2)

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

6. Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern
7. Weitere Stärkung der Integrierten Versorgung und neuer Versorgungsformen
8. Vereinfachte Fusionen und Zusammenschlüsse zwischen Krankenkassen
9. Bildung eines Bundesverbandes statt sieben Spitzenverbände der Krankenkassen

→ **Die nächste Reform kommt bestimmt**

VI Wege aus der Kompromissfalle

Operation abgeschlossen

Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung.

Vier Wege aus der Kompromissfalle (1)

Türe wieder schließen, Neuanfang

- Berliner Erklärung „Für Vielfalt und Freiheit im Gesundheitswesen“ vom 15. September 2006:

  Weiterentwicklung unter Einbeziehung des Sachverstandes aller Akteure (ABDA, BÄK, BFB, BPI, BZÄK, Dbb, DKG, HDE, KBV, KZBV, PKV-Verband, VFA)

- Gesundheitspolitische Resolution vom Oktober: Gegen Verstaatlichung und Vereinheitlichung

  Neuanfang mit dem Sachverstand der Krankenkassen und Leistungserbringern (ABDA, BÄK, BZÄK, DKG, KBV, KZBV, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, PKV-Verband)

Vier Wege aus der Kompromissfalle (2)

Türe wieder schließen, Korrekturen

Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/die GRÜNEN, der Fraktion der FDP und der Fraktion DIE LINKE

Raus aus der Fundamentalkritik und mit den Gegenanträgen der Oppositionsparteien in einen konstruktiven Dialog in der laufenden gesundheitspolitischen Willensbildung (laufende Anhörungen vom 6.11. bis 14.11 im Bundestag und im November und Dezember im Bundesrat)

anhand der folgenden Tagesordnung

Struktur der Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag zum GKV-WSG

I Finanzierung (14.11. 2006)

II Organisation (6.11.)

III Versicherungsrecht, Leistungsrecht (6.11.)

IV Medizinische Versorgung (13.11.)

- Ärzte und Zahnärzte
- Krankenhaus
- Weitere Versorgung

V Private Krankenversicherung (14.11.)

I Finanzierung (6 Stunden); 22 Verbände, 4 Einzelsachverständige

1. Einrichtung des Gesundheitsfonds (§§ 271 ff SGB V)
2. Beitragseinzug (§§ 28ff SGB V)
3. Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)
4. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (§§ 267-272 SGB V, Art. 30-RSA-AV)
5. Steuerfinanzierung (§ 221 SGB V)
6. Liquiditätshilfen des Bundes (§271 SGB V)
7. Insolvenzfähigkeit von Kassen (§§ 155, 164, 171, 171 b SGB V)

II Organisation (3 Stunden); 27 Verbände, 3 Einzelsachverständige

1. Kassenfusionen und –öffnungen (§ 171a SGB V)
2. Neuorganisation der Verbandsstruktur/Errichtung eines Spitzenverbandes Bund (§§ 91, 94, 135 SGB V)
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91, 94, 135 SGB V)
4. Medizinischer Dienst der Krankenkassen (§ 275 SGB V)

III Versicherungsrecht- Leistungsrecht (4 Stunden); 54 Verbände, 4 Einzelsachverständige

Neue Leistungen bzw. leistungsrechtliche Änderungen für Versicherte der GKV, insbesondere:

1. Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 37b, 132 d SGB V)
2. Geriatrische Rehabilitation als Pflichtleistung (§ 40 a SGB V)
3. Mutter-Vater-Kind-Kuren als Pflichtleistung (§ 41 SGB V)
4. Präventionsmaßnahmen (§ 20 SGB V)
5. Zuzahlungsregelungen für chronisch Kranke (§ 62 SGB V)
6. Selbstverschuldung (§ 52 SGB V)
7. Wahltarife (53 SGB V)
8. Leistungen der Pflegeversicherung
9. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifisch Pflegemaßnahmen (§ 37 SGB V)
10. Häusliche Krankenpflege: Rahmenvereinbarungen (§ 132a SGB V)

IV Medizinische Versorgung (9 Stunden); 41 Verbände, 3 Einzelsachverständige

A Ärztliche und zahnärztliche Versorgung (4 Stunden)

1. Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung (§§ 85 a, 85 b SGB V)
2. Einzelverträge (§ 73 c SGB V)
3. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V)
4. Integrierte Versorgung (§ 140 a ff. SGB V)
5. Bedarfsplanung

IV Medizinische Versorgung; 45 Verbände, 2 Einzelsachverständige

B Krankenhausversorgung (2 Stunden)

1. Sanierungsbeitrag (Art. 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Art. 15 Krankenhausentgeltgesetz)
2. Öffnung der Krankenhäuser für hoch spezialisierte Leistungen (§ 116 b SGB V)

IV Medizinische Versorgung; 55 Verbände, 2 Einzelsachverständige

C Weitere Versorgung (3 Stunden)

1. Arzneimittelversorgung einschließlich der Aspekte der integrierten Versorgung (§§ 31, 35b, 73b, 84, 129, 130, 130a, 140a, 305a, AMG, AMPV)

2. Heil- und Hilfsmittelversorgung (§§ 125-127 SGB V)

3. Fahrkosten (§ 133 SGB V)

V Private Krankenversicherung (4 Stunden); 27 Verbände, 3 Einzelsachverständige

1. Portabilität der Altersrückstellungen (Art. 35 Versicherungsvertragsgesetz, Art 36 Versicherungsaufsichtsgesetz, Art 37), Kalkulationsverordnung, Organisation des Risikoausgleichs
2. Einführung eines Basistarifs in der PKV (Rechtsvorschriften s. Punkt 1), Festlegung des Leistungsumfangs
3. Vergleichbare Vergütungen für vergleichbare Leistungen im ambulanten Bereich (§ 75 SGB V)
4. Absicherung im Krankheitsfall für alle Einwohner (§ 5 SGB V)
5. Sozialklausel
6. Erschwerung der Zugangsbedingungen

Wege aus der Kompromissfalle (3)

Neuanfang (1), Korrekturen (2)

3. **Stärkere Rolle des Kanzlers/der Kanzlerin** nach Art. 63, Satz 1 GG:

Mehr Durchsetzungskraft in einer Großen Koalition im deutschen Föderalismus tatsächlich möglich?

4. **Änderung des Wahlrechts** (Mehrheits- anstelle des Verhältniswahlrechts)

5. **Zusammenlegung der Wahltermine** (Bundes- und Landtagswahlen)

6. **Mehr direkt-demokratische Elemente** (wie in der Schweiz)

7. **Durch eine neue experimentelle Kultur**: Mehr Freiräume für Modellversuche

Wege aus der Kompromissfalle (4)

Konstanz in den Rahmenbedingungen und Externalisierung der Gesundheitspolitik

8. durch einen Staat, der das Gesundheitswesen vor den Politikern und Verbandsfunktionären schützt (**Gewährleistungsstaat**; mehr Hoheits- und Machtstaat, weniger Wohlfahrtsstaat)

9. mehr **Politik- und Verbandsferne durch ein unabhängiges Gremium** (à la Zentralnotenbank) für die Sozialversicherung oder nur für die Krankenversicherung als dem kompliziertesten Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung.

VII Mein eigener langfristiger Weg aus der Kompromissfalle (1)

Wir brauchen:

- ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum zur derzeitigen Finanzierung der Sozialversicherung
- eine zunehmende Geburtenrate
- mehr qualifizierte Einwanderer und weniger Abwanderung
- mehr Teilkapitalbildung in der Sozialen Sicherung
- höhere Beiträge der älteren Menschen
- Entstaatlichung der GKV, z.B. über Genossenschaften/Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit

Effiziente Gesundheitspolitik

"As we all should have recognized (but needed to be told), all feasible forms of organization - government included - are flawed.

"[...] an extant mode of organization for which no superior *feasible* alternative can be described and *implemented* with expected net gains is *presumed* to be efficient."[1]

Danach wäre der derzeitige Stand der gesundheitspolitischen Reformen effizient sofern alle machbaren Verbesserungen tatsächlich ausgeschöpft sind.

Social Piecemeal engineering (Popper)

Ergebnis: Gesundheitspolitik als Kunst des Machbaren;

keine Patentrezepte, keine Radikalreform,

Reform als andauernder Prozess mit klaren Zielvorstellungen

[1] Williamson, Oliver E., The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, in: Journal of Economic Literature, 2000, p.601, Hervorhebungen im Original.

Mein eigener langfristiger Weg aus der Kompromissfalle (2)

Vom Leistungs- zum Gewährleistungsstaat

1. Grundsicherung/Regelversorgung für die gesamte Bevölkerung
2. Neue vernetzte Versorgungsformen gehört die Zukunft
3. Private Absicherung des Krankheitsrisikos gewinnt an Bedeutung
4. Wachstum des Zweiten Gesundheitsmarktes nicht aufzuhalten

In einem dauerhaften Ordnungsrahmen mit sozialem Ausgleich, Teilkapitalbildung und mehr Wahlmöglichkeiten

VIII Anhang (back up Folien)

Ziele zukünftiger Gesundheitsreformen

Reformbausteine

Finanzierungswege i.w.S.

Erster und zweiter Markt in der Gesundheitswirtschaft

Periodizität von Innovationszyklen:

Theorie der langen Wellen

Offene Fragen

Ziele zukünftiger Gesundheitsreformen

- Nachhaltige Finanzierung
- Mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung
- Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche umsetzen

Bausteine künftiger Reformen: Gesundheitsreform

1. Bestimmung des Kreises der Versicherten
2. Der Leistungsumfang
3. Die Organisation der Finanzierung
4. Zukünftige Rolle der Arbeitgeberbeiträge
5. Neue Rahmenbedingungen für mehr Wettbewerb
6. Finanzierung der Familienversicherung
7. Umfang des Risikostrukturausgleichs
8. Sicherstellungsauftrag
9. (Teil-)kapitalbildung

Finanzierungswege i.w.S.

- mehr Marktwirtschaft und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen
- mehr Vernetzung von den Herstellern über das Klinikum bis zum Patienten über Datenbanken und Internettechnologien
- Bildung von Kompetenzzentren für ausgewählte Krankheiten
- Teleportalkliniken als regionale Gesundheitszentren
- mehr Ziel- und Ergebnisorientierung in der Krankheitsbekämpfung sowie
- Mehr experimentelle Kultur, z.B. Pilotprojekte

„Erster“ und „zweiter Markt“ in der Gesundheitswirtschaft?

- Arbeitshypothese: Der zweite Markt stärkt den ersten Markt
- Wachstum, Beschäftigung, Gewinne und Steuereinnahmen kommen der Gesamtwirtschaft zugute und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung
- Die Gesundheitswirtschaft unterscheidet sich im 2. Markt überhaupt nicht mehr von anderen Wirtschaftszweigen
- Schlussfolgerung: Zukünftige Reformen der Krankenversicherungen könnten von diesem Markt lernen

Periodizität von Innovationszyklen: Theorie der langen Wellen

Technologieanstoß-Hypothese à la Kondratieff und Schumpeter: Gesundheitstechnologie als 6. Kondratieff-Zyklus bis 2050, Medizintechnik/Gesundheitswirtschaft als Wachstumsbranche

Nachfragesog-Hypothese: individuelle Nachfrage und Ansprüche: „Jung bleiben, auch wenn man älter wird"; „Health as a macroeconomic driver"

vor dem Hintergrund der Fortschrittsfalle

(Wolfgang Krämer)

Offene Fragen

Warum sind die mittel- und osteuropäischen Länder so reformfreudig im Transformationsprozess?

Die deutsche Wiedervereinigung als Reformleistung

Unterschiede zwischen der Großen Koalition beim GMG (2004) und in dem GKV-WSG (2007)?

Welche Rolle fällt zukünftig den Medien zu (öffentliche Rhetorik, Agenda-Setting)?

Was leistet das Fernsehen?

Zukünftige Rolle des Internets?

Rolle der Boulevard- und der überregionalen Presse?

Professionalität und Eigennutzstreben der Journalisten

Welche Rolle spielt die Wissenschaft?