

2. CSS Expertentalk

29. Oktober 2008, 16-18 Uhr

Kongresszentrum Westfalahallen Dortmund
Strobelallee, 44137 Dortmund, Saal 17

Impulsreferat: Jürgen Matkovic, Vorstand WMF Betriebskrankenkasse

Gesundheitsfonds – wohin steuert das gesetzliche System?

Durch den Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der GKV gravierend verändert. Ab 1. Januar 2009 wird er „scharf geschaltet“. Der Gesundheitsfonds verteilt mehr als 150 Mrd. € zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Aufgrund der rückläufigen Geburtenzahlen und der steigenden Lebenserwartung wird sich die demografische Struktur der BRD massiv verändern. Ursprüngliches Ziel der (damals) rot-grünen Regierung und der Union war es deshalb, eine nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherungssysteme zu erreichen. Nachhaltigkeit kann als eine Entwicklung, in der die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt werden, ohne dabei künftigen Generationen die Möglichkeit zur Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse zu nehmen, definiert werden (vgl. WCED - Brundtland-Kommission – 1987). An dieser Zielsetzung muss sich das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) mit seinem Gesundheitsfonds also messen lassen.

Die Einnahmen in der GKV werden zu einem wesentlichen Teil aus den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen generiert. Vom Beginn der Beschäftigungsaufnahme bis zum Renteneintritt liegen die Beitragseinnahmen aus sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen deutlich über den Ausgaben. Dies kippt mit dem Beginn des Rentenbezuges. Die Beitragseinnahmen der Krankenversicherung aus Renten halbieren sich im Vergleich zu den Beiträgen aus Beschäftigungsverhältnissen. Dafür beginnt mit dem 60. Lebensjahr ein akzelerierender Anstieg der Gesundheitsausgaben von durchschnittlich 2.000 € auf 5.000 € p. a.. Welche Ansätze für eine generationengerechte Lösung dieser Problematik sind in dem GKV-WSG enthalten? Werden die seit Jahren bekannten Nachhaltigkeitsprobleme durch das WSG und seinen Gesundheitsfonds gelöst?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kommt in seinem Jahresgutachten 2006/2007 zu dem Fazit: “Der Gesundheitsfonds: eine Missgeburt“. Die Experten beanstanden insbesondere die fehlende demografische Nachhaltigkeit sowie die fortgesetzte Koppelung der Beiträge an das Einkommen und damit den Faktor Arbeit. Die zentralen Problemstellungen der GKV, die demografische Entwicklung und insbesondere der medizinische Fortschritt, werden durch das GKV-WSG nicht ansatzweise gelöst. Eine Entlastung der zukünftigen Generation(en) ist bisher nicht erkennbar.

Die Eigenverantwortung der Versicherten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung ist bisher unverbindlich. Die Formulierung des Gesetzgebers (vgl. § 1 Satz 2 SGB V) hat allenfalls Appell-Funktion.

Bisher sind kaum Regelungen normiert, die dem Versicherten eine stärkere Verantwortung für sein eigenes gesundheitliches (Fehl-)Verhalten übertragen. Die finanziellen Konsequenzen aus fortgesetztem Fehlverhalten und damit die tatsächliche Verantwortung werden bisher von der Solidargemeinschaft getragen. Solidarität wird immer noch im gesellschaftlichen Konsens von der Übernahme sämtlicher Leistungen unabhängig von der Einflussnahme des Versicherten verstanden. Die Stärkung der Bereitschaft, die Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit anzunehmen, muss zur Vermeidung der Überlastung zukünftiger Generationen diskutiert und in einem gesellschaftlichen/politischen Konsens gefördert werden.

Die Haltung von Menschen in einem Solidarsystem korreliert mit ihrer Wahrnehmung. Wenn eine Gesellschaft in starkem Umfang Menschen als „krank“ klassifiziert, hat dies Einfluss auf die individuelle Einstellung. Welche finanziellen Effekte es für eine Bevölkerung hat, deren Denken in Krankheit durch Krankenkassen und Leistungserbringer über diesen Mechanismus gefördert wird, ist nicht quantifizierbar. Eine solche Entwicklung droht jedenfalls ab 1. Januar 2009 durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Nach dem aktuellen „Krankheitskatalog“, der für den Beitragsbedarf der Krankenkassen im Rahmen des Morbi-RSA maßgeblich ist, sind mehr als 40 % der Bevölkerung chronisch krank. Die Krankenkassen erhöhen die Zuweisung ihrer Finanzmittel, wenn möglichst viele ihrer Versicherten eine oder (am besten) mehrere Krankheiten vom Arzt bestätigt erhalten. Voraussetzung ist, dass es sich bei der Erkrankung um eine von 3.000 Krankheiten handelt, die einen erhöhten Beitragsbedarf aus dem Morbi-RSA auslöst. Die Bereitschaft, die Bemühungen der Leistungserbringer im Zusammenhang mit der Behandlung der Versicherten analog zu der Anreizfunktion aus dem Morbi-RSA zu fördern, ist folglich im Morbi-RSA systemimmanent sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringern vorhanden. Die Interessenpolarität zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer, insbesondere im Vergütungsbereich, wird folglich aufgeweicht. Hieraus sind steigende Preise zu befürchten, die nicht durch eine Verbesserung der Versorgung gerechtfertigt sind.

Eine weitere Frage ist, ob eine nachhaltige Reduktion der gesetzlichen Krankenkassen geeignet ist, die Versorgung der Versicherten zu verbessern bzw. bei gleichem Versorgungsniveau günstiger zu gestalten. Hier bestehen erhebliche Zweifel, ob eine oligopolistische Angebotsstruktur von beispielsweise 30 Krankenkassen ausreichend ist. Die Versorgungsangebote der Krankenkassen sind in ihrer Wirksamkeit von den regionalen Versorgungsstrukturen abhängig. Wenn nur noch einige wenige Krankenkassen in einer Region tätig sind, besteht die Gefahr, dass ein wirksamer Versorgungswettbewerb nur noch eingeschränkt stattfindet.

Abdruck honorarfrei. Belegexemplare erbeten