

Mit begrenzten Mitteln sind keine unbegrenzten Leistungen zu erbringen

Gastbeitrag von Prof. Dr. Fritz Beske

Unverändert beschreitet die Politik den Weg der Leistungsausweitung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Gegenfinanzierung. Das jüngste Beispiel ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, mit dem neue Leistungen wie Palliativmedizin und geriatrische Rehabilitation in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden sollen. Dadurch verschärft sich die Finanzsituation der GKV erneut. Da mit begrenzten Mitteln jedoch keine unbegrenzten Leistungen zu erbringen sind, ergibt sich die Notwendigkeit zur Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV.

Die Finanzierung der GKV betrifft die Einnahmen- und die Ausgabenseite. Die Ausgabenseite wird entscheidend vom Umfang des Leistungskatalogs bestimmt. Dies ist jedoch für die Große Koalition ein Tabuthema. Der Leistungskatalog ist ihr sakrosankt. Diese Position wird die Politik nicht aufrecht erhalten können. Ohne eine Neubestimmung des Leistungskatalogs wird sich die Finanzsituation der GKV zunehmend verschlechtern.

Finanzentwicklung der GKV

Bis 2050 wird der Beitragssatz von jetzt 14,3 Prozent allein demografiebedingt auf rund 18 Prozent steigen. Der medizinische Fortschritt führt bei einer jährlichen Steigerung von einem Prozent der Ausgaben der GKV zu einem Beitragssatz von 28 Prozent. Bei einer Steigerung von zwei Prozent – eine durchaus realistische Annahme – läge er sogar bei 43 Prozent.

Ein Beispiel dafür, was medizinischer Fortschritt kosten kann, ist die Schutzimpfung zur

Verhütung des Zervix-Karzinoms. Die Durchimpfung der rund sieben Millionen weiblichen Versicherten der GKV in den Altersgruppen von neun bis 26 Jahren, für die diese Schutzimpfung empfohlen wird, würde bei derzeitigen Kosten von 465,15 Euro für die erforderlichen drei Schutzimpfungen 3,25 Milliarden Euro kosten. Zurzeit muss die Impfung privat finanziert werden.

Die Situation in Deutschland entspricht dabei der in vergleichbaren Ländern. So wird prognostiziert, dass 2020 die Mehrzahl der Gesundheitssysteme in den 30 Ländern der OECD insolvent sein wird.

Zielvorgaben

Jede Neuausrichtung des Leistungskatalogs erfordert Zielvorgaben. Die Aufgaben der GKV sind in § 1 SGB V definiert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Diese Definition sollte wie folgt neu gefasst werden: „Die gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, im Erkrankungsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden können. Die Leistungen im Krankheitsfall werden durch Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und durch Vorsorgemaßnahmen ergänzt.“

Die Aufgabe der GKV wird damit auf die Behandlung im Krankheitsfall konzentriert. Die Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots von § 12 SGB V gelten fort. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Maßstab von Leistungen der GKV ist damit das Notwendige und nicht das Bestmögliche, wie es immer wieder gefordert wird. Das Notwendige ist aber auch das, was geleistet werden muss.

Erforderlich ist eine Diskussion über das, was eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung leisten soll und wie dies finanziert werden kann. Leistungen, die aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden sollten, wie zum Beispiel das Mutterschaftsgeld, können sinnvolle Leistungen sein, die jedoch nicht durch die GKV, sondern dann, wenn Politik und Gesellschaft dies weiterhin wollen, anders finanziert werden müssen.



Zwei-Klassen-Medizin

Jede Diskussion über Einschränkungen des Leistungskatalogs mündet in den Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin. An dem Grundproblem einer Gesundheitsversorgung geht dies vorbei. In jedem Land der Welt können sich Wohlhabende mehr leisten, auch in der Gesundheitsversorgung. Es ist jedoch irrelevant, ob sich einige mehr leisten können als andere. Relevant ist allein, dass jedem Bürger im Krankheitsfall eine bedarfsgerechte Versorgung zur Verfügung steht. Dies ist an drei Voraussetzungen gebunden:

- Bedarfsgerechter Leistungskatalog
- Bedarfsgerechte Finanzierung des Leistungskatalogs
- Leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer

Rationierung und Prioritätensetzung

Rationierung bedeutet Leistungsausschluss. Keine Rationierung bedeutet, dass jeder Leistungserbringer uneingeschränkt jede von ihm für erforderlich gehaltene Leistung erbringen oder veranlassen und der Patient jede von ihm für notwendig gehaltene Leistung nachfragen kann. Dies ist nicht finanzierbar. Eine solche Situation gibt es in keinem Land der Welt. Erforderlich ist daher eine Prioritätensetzung, um jedem Bürger eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

Herausnahme von Leistungen

- Folgende versicherungsfremde Leistungen, das heißt Leistungen, die der GKV aus sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragen worden sind und die nicht der Krankheitsbehandlung dienen, sollten aus dem Katalog herausgenommen werden:
 - Medizinische Vorsorgeleistungen (Kuren)
 - Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (Mutter-Kind-Kuren)
 - Empfängnisverhütung, Schwanger-

schaftsabbruch und Sterilisation außer bei medizinischer Indikation

- Häusliche Krankenpflege inklusive hauswirtschaftlicher Versorgung
- Haushaltshilfe
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Mutterschaftsgeld
- Patientenberatung und -information
- Primärprävention
- Selbsthilfeförderung



Prof. Dr. Fritz Beske leitet das nach ihm benannte Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. Sein Gastbeitrag basiert auf der aktuellen Instituts-Studie „Neubestimmung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Handlungskonzept“, die gegen eine Schutzgebühr von zehn Euro plus Versandkosten unter info@igsf-stiftung.de bestellt werden kann.

Umgestaltung von Leistungen

- Die Integrierte Versorgung wird aus dem SGB V herausgenommen, kann jedoch von Krankenkassen im Rahmen ihrer Verfügungsmittel gefördert werden.
- In keinem Bereich medizinischer Maßnahmen liegen die Grenzen zwischen Medizin und Wellness so eng beieinander wie im Heilmittelbereich. Massagen werden grundsätzlich aus

dem Leistungskatalog herausgenommen. Es werden evidenzbasierte Methoden zur Evaluierung entwickelt. Die Heilmittel-Richtlinien werden nach drei Jahren evaluiert.

- Grundsätzliche Überprüfung der Versorgung mit Hilfsmitteln, da in diesem Bereich die Versorgung bei einem Hilfsmittelkatalog von zehn Bänden mit rund 8.000 Seiten unübersichtlich ist.
- Die Kosten der künstlichen Befruchtung werden je zu einem Drittel auf die öffentliche Hand, die GKV und die behandelten Paare aufgeteilt statt wie bisher zu je 50 Prozent auf GKV und behandelte Paare.
- Psychotherapeutische Behandlung wird in die Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung einbezogen. Neben der Praxisgebühr wird eine Zuzahlung von zehn Prozent der Kosten je Sitzung erhoben. Das Gutachterverfahren wird als ineffektiv und kostenaufwendig abgeschafft. Es wird eine Regelbehandlung definiert.
- Die Ausgaben für die stationäre Rehabilitation werden ab 2008 auf der Basis der Ausgaben von 2006 fünf Jahre jährlich um zehn Prozent und damit bis einschließlich 2012 um 50 Prozent gesenkt.
- Hinsichtlich der Zuzahlung bei Arzneimitteln ist die geltende Regelung ineffektiv. Es wird eine prozentuale Zuzahlung mit einem Festbetrag von fünf Euro und zehn Prozent der Differenz zum Gesamtpreis des Arzneimittels mit einer Kappungsgrenze bei 20 Euro eingeführt.
- Die Härtefallregelung, wonach bei chronisch Kranken die Belastungsgrenze von jährlich zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt auf ein Prozent reduziert werden kann, wird aufgehoben und damit durchgehend auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen festgelegt.

Strukturelle Neugestaltung

- Es wird vorgeschlagen, eine Standardversorgung zu definieren und zu publizieren, die nach Vorgabe im SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und den medizinischen Fortschritt einschließt, verbunden mit einer über die Standardversorgung hinausgehenden Wunschversorgung.
- Das SGB V erfüllt die Forderung nach Transparenz aktuell mit der Patientenquittung. Mit einer zunehmenden Verlagerung von Leistungen auf den Versicherten wird die Forderung nach Transparenz von Kosten, Leistung und Qualität zunehmen. Die Patientenquittung wird wenig nachgefragt und hat kaum steuernde Wirkung. Eine Steuerungswirkung ist nur in Verbindung mit Selbstbeteiligung zu erreichen. Dies ist mit Wahlтарifen und Kostenerstattung möglich.
- Jede Krankenkasse erhält zehn Prozent ihrer Gesamtausgaben als Verfügungsmittel. Mit diesen Mitteln müssen als Pflichtaufgaben zunächst die Verwaltungskosten und die Kosten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gedeckt werden. Über den Differenzbetrag zu zehn Prozent der Gesamtausgaben kann jede Krankenkasse im Rahmen von Satzungsleistungen frei verfügen. Die Aufsichtsbehörde prüft ausschließlich, ob die Verfügungsmittel von zehn Prozent der Gesamtausgaben nicht überschritten werden.
- Im internationalen Vergleich haben die meisten Länder Karenztage, in der Mehrzahl sind es drei. Nach einer Studie in den OECD-Ländern zählen Karenztage zu den wirkungsvollsten Maßnahmen zur Verhaltenssteuerung. Deshalb werden zwei Karenztage eingeführt, die durch einen Verzicht auf Urlaubstage ersetzt werden können. Dies erscheint zumutbar, da Deutschland weltweit mit die meisten Urlaubstage hat.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist eines der wichtigsten Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dies gilt besonders für den Leistungskatalog der GKV. Der G-BA muss so ausgestattet sein, dass er seine Aufgaben und dabei insbesondere die Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog der GKV zügig bearbeiten kann. Das Bundesgesundheitsministerium sollte eine ausschließlich rechtliche Aufsicht haben. Der G-BA wird beauftragt,

- den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu definieren,
- die Versorgung mit Hilfsmitteln vom Grundsatz her zu prüfen und Vorschläge zu entwickeln, mit denen die Gesamtsituation berücksichtigt und insbesondere der Finanzsituation der GKV Rechnung getragen wird sowie
- die psychotherapeutische Versorgung neu zu definieren.

Bilanz des Einsparpotenzials

Das Einsparpotenzial ist kurz- bis mittelfristig zu erwarten und kann teilweise beziffert, teilweise aber auch nicht beziffert werden. Nicht beziffert sind die Einsparungen bei folgenden Veränderungen:

- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Medizinische Rehabilitation

- Psychotherapeutische Versorgung
- Härtefallregelung
- Zuzahlung bei Arzneimitteln

Auch lässt sich nicht berechnen, was an Einsparungen durch den mit verschiedenen Vorschlägen verbundenen Bürokratieabbau oder mit der Einführung von Karenztagen zu erwarten ist.

Insgesamt ergibt sich ein bezifferbares Einsparvolumen von rund vier Milliarden Euro (siehe Tabelle unten). Wenn auch das nicht bezifferbare Einsparvolumen nicht unerheblich höher liegen dürfte, macht diese Situation doch deutlich, welchen Weg die GKV noch zu gehen hat, um ihr Leistungsangebot und dessen Finanzierbarkeit in Einklang zu bringen.

Optionen für die Zukunft

Kommt es zu einer weiteren Verschärfung der Finanzsituation der GKV, gibt es für die Herausnahme von Leistungen folgende Optionen:

- Akupunktur
- Zahnmedizinische Versorgung nach Beginn der Erwerbsfähigkeit
- Krankengeld
- Psychotherapeutische Behandlung mit Ausnahme der Behandlung von Kindern
- Erhöhung der Härtefallgrenze auf drei Prozent des Bruttoeinkommens ■

<i>Herausnahme von Leistungen</i>	<i>Einsparpotenzial</i>
Patientenberatung und Patienteninformation	5 Millionen Euro
Primärprävention	193 Millionen Euro
Selbsthilfeförderung	39 Millionen Euro
Versicherungsfremde Leistungen	1.460 Millionen Euro
Insgesamt	1.697 Millionen Euro
<i>Umgestaltung von Leistungen</i>	<i>Einsparpotenzial</i>
Künstliche Befruchtung	21 Millionen Euro
Medizinische Rehabilitation, bis 2012 rund	1.000 Millionen Euro
Verwaltungs- und Förderpauschale der Krankenkassen	1.250 Millionen Euro
Insgesamt	2.271 Millionen Euro

Durch Herausnahme und Umgestaltung von Leistungen lassen sich in der GKV rund vier Milliarden Euro einsparen.