POLITIK 01.02.2012

Solidarische Krankenversicherung und demografischer Wandel: Wie mit begrenzten Finanzen umgehen?

Die Schere zwischen dem, was medizinisch sinnvoll und notwendig ist und dem, was an Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geleistet werden kann, klafft immer weiter auseinander. Der entscheidende Grund ist der Mangel an Geld. Es gibt zwei Möglichkeiten, mit diesem Mangel umzugehen. Entweder wird der Weg der stillen, der geheimen, der versteckten Rationierung und der rein zufallsbedingten Zuteilung und Einschränkung von Leistungen weitergegangen, die unsozialste und ungerechteste Form von Leistungseinschränkungen überhaupt, oder der Weg einer geordneten Leistungszuteilung und Leistungseinschränkung, transparent, begründet und im gesellschaftlichen Diskurs, der einzige Weg für Verteilungsgerechtigkeit.

Die meisten Familien in unserem Land sprechen und entscheiden darüber, was sie sich mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld leisten können, wie und wo man sparen kann und wann und ob man sich bestimmte Dinge kauft. Das ist die alltäglich notwendige Rationierung und Priorisierung, der offene und intelligente Umgang mit begrenzten Ressourcen. Dies brauchen wir auch im Gesundheitswesen. Um auch in Zukunft eine solidarische bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln sicherzustellen und die hierfür erforderlichen Veränderungen im Leistungskatalog der GKV transparent, gerecht und nachvollziehbar zu machen, ist es erforderlich, offen über Priorisierung und Rationierung zu diskutieren.

Ausgangslage

Demografischer Wandel. Entscheidenden Einfluss auf den Versorgungsbedarf hat die Bevölkerungsentwicklung. Bis 2060 wird die Bevölkerungszahl um 17 Millionen, die nachwachsende Generation um fünf Millionen und die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter ebenfalls um 17 Millionen abnehmen. Dagegen nimmt die Altersgruppe 67 Jahre und darüber um fünf Millionen zu. Während heute drei Personen im erwerbstätigen Alter für eine Person im Rentenalter zur Verfügung stehen, beträgt diese Relation 2060 nur noch 1 zu 1. Die Lebenserwartung kann von 41 Jahren für Jungen und 44 Jahren für Mädchen im Jahr 1900 auf bis zu 88 Jahre für Jungen und 91 Jahre für Mädchen in 2060 steigen. Die Rentenbezugsdauer nimmt entsprechend kontinuierlich zu.

Morbiditätsentwicklung. Es nehmen zu die Multimorbidität mit einem höheren Versorgungsbedarf und höheren Kosten sowie mit dem Alter verstärkt auftretender Krankheiten, z. B. die Zahl der jährlichen Herzinfarkte um 75 %, der jährlichen Schlaganfallpatienten um 62 % und der Erkrankungen an Krebs um 27 %. Die Zahl der Demenzkranken verdoppelt sich von 1,1 auf 2,2 Millionen, die Zahl der Pflegebedürftigen von 2,25 auf 4,5 Millionen.

Medizinischer Fortschritt. Für die Ausgabenentwicklung der GKV ist neben der demografischen Entwicklung der medizinische Fortschritt von entscheidender Bedeutung. Damit der medizinische Fortschritt auf der einen Seite auch in Zukunft der gesamten Bevölkerung ohne Ansehen der Person zugutekommt, auf der anderen Seite aber finanzierbar bleibt, müssen insbesondere teure Innovationen vor Übernahme in den Leistungskatalog der GKV daraufhin geprüft werden, ob der finanzielle Aufwand ihrem Wert für die Gesundheitsversorgung entspricht.

Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung. 2008 haben rund 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der GKV in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssen rund 40 Millionen Mitglieder,

also 11 Millionen weniger, die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen, 308 Milliarden Euro mehr. Dies kann zu einer Erhöhung des Beitrags¬satzes auf über 50 % führen. Selbst ein um einiges darunterliegender Beitragssatz ist nicht diskussionsfähig. Entscheidend ist jedoch die Entwicklungstendenz und damit die Größenordnung, die bestimmend sein wird für gesundheitspolitisches Handeln. Es wird davon ausgegangen, dass in der GKV wie in den öffentlichen Haushalten eine Umsteuerung von bedarfsbestimmt zu einnahmeorientiert erfolgt. Dies bedeutet, dass in Zukunft das jeweils in der GKV vorhandene Finanzvolumen darüber entscheidet, was an Leistungen finanziert werden kann.

Über-, Unter- und Fehlversorgung. Die Politik spricht gerne von Verteilungsdefiziten bei behaupteter Über-, Unter- oder Fehlversorgung, ohne nachvollziehbare Beweise anzuführen. Soll die für viele Leistungsgebiete behauptete Unterversorgung ausgeglichen werden, sind zusätzliche Finanzmittel erforderlich.

Leistungskürzungen. Der Gesetzgeber hat im GKV-Modernisierungsgesetz und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Leistungen gekürzt. Dies waren politische Entscheidungen ohne eine öffentliche Diskussion und ohne eine vergleichende Abwägung darüber, welche Leistungen als vorrangig und welche als nachrangig angesehen werden müssen.

Neue Leistungen, neue Kosten. Der Leistungskatalog der GKV ist ein dynamischer Prozess mit einem ständigen Wandel. Es werden vorzugsweise neue Leistungen hinzugefügt, selten Leistungen als überholt oder überflüssig aufgegeben. Grundsätzlich muss gefordert werden, dass neue Leistungen nur bei Gegenfinanzierung erbracht werden dürfen. Hiervon ist die Wirklichkeit weit entfernt. Die Entscheidungen der Politik zur Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog der GKV erfolgen stets ohne Gegenfinanzierung und sind bei der Finanzsituation der GKV so nicht vertretbar.

Öffentliche Diskussion über Priorisierung und Rationierung. In der öffentlichen Diskussion wird von der Ärzteschaft seit längerem darauf hingewiesen, dass die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um alle Leistungen zu finanzieren, was schon heute zu einer stillen Rationierung führt. Gefordert wird eine öffentliche Diskussion über diese Problematik. Die Politik lehnt jede Form von Priorisierung und Rationierung wie auch eine öffentliche Diskussion über diese Problematik ab.

Ein Blick über die Grenzen. Alle Industrienationen, deren Haushaltslage durch Schulden gekennzeichnet ist mit der Notwendigkeit zu Einsparungen, reduzieren Sozialleistungen und dabei auch Ausgaben in der Gesundheitsversorgung. Großbritannien zum Beispiel, das hoch verschuldet ist, hat für den nationalen Gesundheitsdienst ein striktes Sparprogramm veröffentlicht, das Leistungskürzungen enthält, deren Diskussion in Deutschland zu einem Aufstand führen dürfte. Die Leistungskürzungen betreffen z. B. Reduktionen von Hüft- und Knieendoprothesen, von Mandeloperationen oder von Operationen bei Krampfadern. Der Blick über die Grenzen macht deutlich, was auch auf uns zukommen kann, da auch in Deutschland die Schulden der öffentlichen Haushalte kontinuierlich steigen und grundgesetzlich eine Schuldenbremse festgelegt worden ist.

Zwischenbilanz. Die vorstehende Bestandsanalyse zeigt, dass Leistungseinschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung unvermeidbar sind und dass diese Leistungseinschränkungen ein geordnetes Vorgehen erfordern. Methoden der Wahl sind Priorisierung und Rationierung. Wer unverändert jede Diskussion über Leistungseinschränkungen und damit über Priorisierung und Rationierung ablehnt, muss als erstes die Fakten zur Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen in der GKV aus den vorstehenden Abschnitten widerlegen.

Lösungsmöglichkeiten

Neubestimmung der Aufgaben der GKV. Die Aufgaben der GKV sind in § 1 SGB V so umfassend definiert, dass der GKV praktisch jede Aufgabe der Gesundheitsversorgung im weitesten Sinne übertragen werden kann. Ein solcher Leistungsumfang ist in Zukunft nicht mehr finanzierbar. Aus diesem Grund muss die Aufgabe der GKV neu bestimmt und konkretisiert werden. Die GKV darf nur noch die Aufgabe haben, im Krankheitsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden können. Die Leistungen im Krankheitsfall können um Schwangerenvorsorge, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich Kinderuntersuchungen, aktive Schutzimpfungen und Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen ergänzt werden.

Begriffsbestimmung von Priorisierung und Rationierung. Eine Diskussion über Priorisierung und Rationierung erfordert eindeutige Begriffsbestimmungen. *Priorisierung* ist eine Ordnung nach Wertigkeit, nach Prioritäten und Posterioritäten. *Vertikale Priorisierung* ist in der Medizin die Aufstellung einer Rangfolge innerhalb eines bestimmten Versorgungsbereichs, einer Indikation oder eines Krankheitsbildes. *Horizontale Priorisierung* ist die Gewichtung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, Indikationen oder Krankheiten untereinander und letztlich des Leistungskatalogs des gesamten Gesundheitssystems. Priorisierung kann Grundlage von Rationierung sein. *Rationierung* ist die sinnvolle, die vernünftige, die rationale Verwendung begrenzter Mittel. *Explizite Rationierung* ist eine offene und damit eine öffentlich gemachte, begründete und transparente Einschränkung von Leistungen. *Implizite, heimliche, stille, verborgene, verdeckte oder unkontrollierte Rationierung* ist jede Form der Rationierung, die nicht öffentlich gemacht wird und damit intransparent ist, die unsozialste und ungerechteste Form von Leistungseinschränkungen überhaupt. Die von der Gesundheitspolitik zu lösende Aufgabe lautet, was mit den in Zukunft zur Verfügung stehenden Mitteln geleistet werden kann und was nicht.

Versichertenbeiträge ausschließlich für Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. In einem Sozialstaat mit sozialer Gerechtigkeit und Solidarität dürfen Beiträge, die von Versicherten für ein bestimmtes Sozialsystem geleistet werden, nur für die Aufgaben dieses Sozialsystems verwendet werden. Weder dürfen Mittel für die Finanzierung anderer Sozialsysteme noch zur Entlastung des Staatshaushalts verwendet werden. Diese Forderung gewinnt für die GKV darum immer mehr an Bedeutung, weil eine immer geringere Zahl von Beitragszahlern im versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis ständig steigende Ausgaben zu finanzieren hat.

Quersubventionierung. Als Quersubventionierung werden alle Ausgaben der GKV bezeichnet, die von der GKV zur Subventionierung anderer Sozialsysteme oder vom Staat geleistet werden. Die *Familienversicherung* für Kinder, Ehe¬gatten und Lebenspartner ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt abnehmender finanzieller Ressourcen in der GKV eine öffentliche Aufgabe. Die Gesamtkosten lagen 2008 bei 24,9 Milliarden Euro. *Bezieher von Arbeitslosengeld-II* sind in der GKV versichert. Es ist jedoch weder zu begründen noch gegenüber den Beitragszahlern zu rechtfertigen, dass hierfür von der Bundesagentur für Arbeit und vom Bundesarbeitsministerium keine kostendeckenden Beiträge an die GKV gezahlt werden. Die Quersubventionierung zur Entlastung der Bundesagentur für Arbeit und des Bundesarbeitsministerium lag 2011 bei 5,1 Milliarden Euro. Für eine Reihe von Versichertengruppen, die im SGB V aufgeführt sind, werden *keine oder nur reduzierte Beiträge* gezahlt. Genaue Zahlen liegen nicht vor. In allen Fällen subventioniert die GKV die öffentliche Hand. *Versicherungsfremde Leistungen* sind Leistungen, die der GKV aus sozial-, familien- oder gesellschaftspolitischen Gründen ohne Gegenfinanzierung übertragen worden sind. Diese Leistungen müssen

zukünftig aus Steuermitteln finanziert werden. Eine pauschale Gegenfinanzierung durch den Bund reicht nicht aus. Jede einzelne versicherungsfremde Leistung muss exakt definiert und der GKV vom Staat mit voller Gegenfinanzierung als Auftragsverwaltung übertragen werden. Alle versicherungsfremden Leistungen sind damit im Leistungskatalog der GKV zu streichen.

Umgestaltung und Herausnahme von Leistungen. Um in jedem Fall auch zukünftig die Versorgung der Patienten mit lebensnotwendigen Behandlungen uneingeschränkt für alle zu gewährleisten, muss der aktuelle Leistungskatalog der GKV grundlegend auf die Wertigkeit der einzelnen Leistungen hin überprüft werden. Dabei wird eine Diskussion zu führen sein über essentielle für alle jederzeit und von der Solidargemeinschaft zu finanzierende Regelleistungen und darüber hinausgehende Zusatzleistungen in der Eigenverantwortung des Einzelnen. Dies betrifft Indikationen und Behandlungsanlässe einerseits wie auch die qualitativ oder quantitativ unterschiedlichen diagnostischen bzw. therapeutischen Optionen andererseits. So ist beim *Kaiserschnitt* eine Zunahme zu beobachten, die darauf hindeutet, dass neben der medizinischen Indikation auch Wunschkaiserschnitte durchgeführt werden. Die dabei entstehenden Mehrkosten müssen von den Betroffenen selbst getragen werden. Ebenso ist zu fragen, ob jede aufwändige Diagnostik auf Wunsch oder Drängen des Patienten immer auch medizinisch erforderlich ist und anderenfalls vom Patienten selbst getragen werden muss.

Grundsatzüberlegungen für weitere Leistungskürzungen. Kommt es zur weiteren Verschärfung der Finanzsituation der GKV gibt es folgende Optionen:

Herausnahme von

- Akupunktur
- Krankengeld
- ambulanter, psychotherapeutischer Behandlung mit Ausnahme bei Kindern
- Zahnersatz mit Ausnahme bei Kindern,
- Reduzierung des GKV-Anteils bei der künstlichen Befruchtung,
- Reduzierung der Heilmittel um Wellnessangebote,
- Weitergehende Streichung der Übernahme von Fahrtkosten,
- Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung,
- Erhöhung der Härtefallgrenze auf drei Prozent des Bruttoeinkommens.

Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Begrenzung der Zuzahlung bei *Krankenhausbehandlung* auf 28 Tage sollte aufgehoben werden. Die im internationalen Vergleich in Deutschland hohe Zahl von *Arztkontakten* muss hinsichtlich ihrer Gründe detailliert untersucht werden. Die Praxisgebühr hat ihre angedachte Steuerungsfunktion nicht geleistet und muss durch ein anderes System ersetzt werden mit dem Ziel einer Verringerung der Inanspruchnahme auf das medizinisch Notwendige. Die Zuzahlung bei *Arzneimitteln* soll auf eine prozentuale Beteiligung mit Kappungsgrenze umgestellt werden. Als Grundprinzip in allen Leistungsbereichen sollten *Festbeträge und Festzuschüsse* eingeführt werden. Den Patienten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, über eine notwendige Regelversorgung hinausgehende Leistungsanforderungen eigenverantwortlich zusätzlich zur GKV-Leistung in Anspruch nehmen zu können.

Medizinische Versorgung auf den Prüfstand. *Frühgeborene* werden mit einem immer geringeren Geburtsgewicht intensivmedizinisch behandelt. Auch in Deutschland muss die Frage gestellt werden, ob es hierfür Grenzen geben muss. Diese Frage ist vom Deutschen Ethikrat zu beantworten. Die Frage eines würdigen Sterbens steht nicht zur Diskussion. Trotzdem muss die Frage gestellt werden, ob die *spezialisierte, ambulante Palliativversorgung* nicht eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Es ist zu prüfen, ob die in Deutschland im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl an *Betten in der akuten Krankenhausversorgung* medizinisch begründet und damit berechtigt ist. Auch bei einer Diskussion über die Struktur der medizinischen Versorgung muss gefordert werden, die Zahl der Betten in der *stationären Rehabilitation* zu reduzieren. Für *medizinische Großgeräte* ist eine bundesweite bedarfsbestimmte Abstimmung erforderlich.

Gesundheitliches Fehlverhalten. Es ist nicht vertretbar, dass die Auswirkungen von gesundheitlichem Fehlverhalten durch eine ständig abnehmende Zahl von Beitragszahlern finanziert werden. Der Deutsche Ethikrat wird beauftragt, konkrete Vorschläge für diese Problematik mit dem Ziel zu erarbeiten, Verursacher von Kosten durch gesundheitliches Fehlverhalten an den Kosten zu beteiligen.

Karenztage. Es werden zwei Karenztage eingeführt. Karenztage können mit Urlaubstagen abgegolten werden. Diese Forderung erscheint gerechtfertigt, da Deutschland von allen Ländern der EU die höchste Zahl an Urlaubstagen hat.

Schlussbemerkung

Die vorgenannten Thesen müssen diskutiert werden. Diese Diskussion findet jedoch nicht statt. Sie wird im Gegenteil verhindert. Wenn aber weiterhin die mit dem demografischen Wandel und dem medizinischen Fortschritt verbundenen Probleme negiert werden, läuft unser im Prinzip vorbildliches Gesundheitssystem Gefahr, in eine ungesteuerte Situation zu geraten, die weder sozial noch humanitär zu verantworten ist.

Literatur

[1] Beske, F., F. Brix: „Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung – Begründung und Vorschläge“. Schriftenreihe / Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 121. Kiel 2011. Die Studie kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Str. 8, 24106 Kiel, Tel. 0431–800 60-0, Fax 0431–800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de

Beske F. / Rüggeberg J.A. Solidarische Krankenversicherung und demografischer Wandel. Passion Chirurgie. 2012 Februar; 2(02): Artikel 02_01.