

---

Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF am 24. März 2010 in Berlin

- Langfassung -

### **Paradigmenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

„Die Regierungskommission zur Gesundheitspolitik muss eine schwierige Aufgabe bewältigen: Sie muss den Bürgern verdeutlichen, dass die Medizin schon heute mehr leisten kann, als die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zu zahlen in der Lage ist“, so Prof. Dr. med. Fritz Beske vom IGSF Kiel bei der Vorstellung einer neuen Studie des Instituts: **„Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln“<sup>1</sup>**.

„Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor einer grundlegenden Veränderung“, so Prof. Beske weiter. „Vom Grundsatz her bestimmt heute der Leistungsbedarf der Versicherten das Finanzvolumen der GKV. Mit dem Jahr 2020, also in gut 10 Jahren, erreichen die geburtenstarken Jahrgänge die Altersgruppe der Alten. Die Auswirkungen werden für das Gesundheitswesen gravierend sein. Spätestens dann ist der Zeitpunkt erreicht, zu dem das in der GKV zur Verfügung stehende Finanzvolumen den Leistungsumfang der GKV bestimmen wird. Gehandelt werden muss jedoch schon heute.“

Nach Ansicht des IGSF Kiel steht die Gesundheitspolitik vor der Aufgabe, eine Methodik zu erarbeiten, mit der kontinuierlich bei einem zunehmenden Leistungsbedarf und einem sich ständig verringernenden Finanzvolumen der GKV eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt werden kann. Mit der vorgestellten Studie will das

---

<sup>1</sup> Beske, F.; „Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln - Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen -“. Schriftenreihe/Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel; Bd. 116. Kiel 2009. 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](mailto:info@igsf-stiftung.de).

IGSF Kiel der Politik insgesamt, besonders aber der Regierungskommission Handlungsoptionen aufzeigen.

Der Weg den das IGSF vorschlägt, ist eindeutig: Erforderlich ist eine Konzentration auf notwendige Leistungen mit gesundheitspolitischen Zielvorgaben und eine gerechte und transparente Verteilung begrenzter Mittel, die alle Versicherten erreicht.

**Bedarfsgerechtigkeit** im Sinne dieser Arbeit ist ein evolutionärer Prozess, in dem kontinuierlich ein medizinischer und gesellschaftlicher Konsens darüber gefunden werden muss, welche Gesundheitsleistungen mit dem jeweils in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorhandenen Finanzvolumen gerecht finanziert werden können.

Grundlage hierfür ist zunächst das Sozialgesetzbuch V (SGB V), das in § 12 bestimmt, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen, ergänzt um die Forderung, dass sich diese Leistungen an den jeweils in der GKV zur Verfügung stehenden Finanzmitteln ausrichten müssen.

Die Gesundheitsversorgung sollte sich dann an Gesundheitszielen orientieren, z. B. den in dieser Arbeit definierten Zielen: Einbeziehung jedes Versicherten unabhängig von seiner finanziellen Situation, medizinischer Fortschritt für alle und Ausschluss jeder altersbezogenen Leistungsbegrenzung.

### **Begründung: Demografische Entwicklung und medizinischer Fortschritt**

**Demografische Entwicklung.** Die Notwendigkeit für eine grundlegende Veränderung der GKV ergibt sich aus den Auswirkungen der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts. Einige Angaben zur demografischen Entwicklung:

Bis 2050

- geht die Bevölkerungszahl von 82 auf 69 Millionen zurück, ein Minus von 13 Millionen.
- geht die Altersgruppe unter 20 Jahre, die nachwachsende Generation, von 16 auf 10 Millionen zurück, ein Minus von 6 Millionen.

- geht die Altersgruppe von 20 bis 64 Jahre, die Altersgruppe im erwerbsfähigen Alter und damit die Altersgruppe, die das Sozialprodukt erarbeitet und die Steuern und Versicherungen zahlt von 50 auf 36 Millionen zurück, ein Minus von 14 Millionen.
- nimmt die Altersgruppe 65 Jahre und darüber von 17 auf 23 Millionen zu, ein Plus von 6 Millionen.

Während heute drei Personen für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet, wird 2050 nur noch eine Person für eine Person arbeiten, die altersbedingt nicht mehr arbeitet.

Die *Lebenserwartung* steigt. Während 1900 ein neugeborener Junge die Aussicht hatte 40 Jahre und ein neugeborenes Mädchen 44 Jahre alt zu werden, liegt heute die Lebenserwartung je nach Trendvariante zwischen 81,7 und 84,9 Jahren bei Jungen und zwischen 87,8 und 90,4 Jahren bei Mädchen (Generationensterbetafel), mit steigender Tendenz.

**Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung.** Diese Entwicklung hat Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung. Die Multimorbidität, Mehrfacherkrankungen beim gleichen Patienten, nimmt zu mit einem größeren Versorgungsbedarf und höheren Kosten. Es nehmen weiter zu überwiegend altersbedingte Krankheiten. Einige Beispiele ebenfalls für die Zeit bis 2050:

- Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen von Herzinfarkt steigt von 313.000 auf 548.000, ein Plus von 75 Prozent.
- Schlaganfälle steigen von jährlich 186.000 auf 301.000, ein Plus von 62 Prozent.
- Die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen an allen Krebsformen steigt von 461.000 auf 588.000, ein Plus von 27 Prozent.
- Die Zahl der Demenzpatienten steigt von 1,1 auf 2,2 Millionen, ein Plus von 100 Prozent.

Die altersbedingte Steigerung der Ausgaben der GKV lässt sich auch an altersbedingten Kosten erkennen. Diese betragen jährlich für 10-Jährige 847, für 40-Jährige 1.225 und für 90-Jährige 4.895 Euro.

**Auswirkungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung.** Zu den demografiebedingten Kosten kommen die Kosten für den medizinischen Fortschritt. Werden hierfür jährlich ein oder zwei Prozent der Ausgaben der GKV zugrunde gelegt, eine realistische Annahme, steigt der Beitragssatz von heute 14,9 Prozent demografiebedingt und durch den medizinischen Fortschritt um ein Prozent auf 27 Prozent, bei einer Steigerung um zwei Prozent auf 43 Prozent, wobei die Wahrscheinlichkeit eher näher an 43 Prozent liegt.

**Pflegebedürftige.** Es steigt ebenfalls die Zahl der Pflegebedürftigen von heute rund 2 Millionen auf rund 4,4 Millionen 2050.

### **Internationaler Leistungsvergleich**

Eine Diskussion über eine bedarfsgerechte Versorgung bei begrenzten Mitteln muss vor dem Hintergrund des Leistungsniveaus in Deutschland gesehen werden. Ein Strukturvergleich z. B. von Ärzten und Krankenhäusern und ein Vergleich ausgewählter Leistungen in der Gesundheitsversorgung mit europäischen Ländern macht deutlich, dass es in Deutschland keine Unterversorgung geben dürfte, abgesehen von Versorgungsdefiziten, auf die von Betroffenen hingewiesen wird, und dass sich bestätigt, dass Deutschland über den umfangreichsten Leistungskatalog weltweit mit den geringsten Zuzahlungen verfügt.

### **Über-, Unter- und Fehlversorgung**

Dass es Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt ist unstrittig, in Deutschland wie in jedem anderen Gesundheitssystem. Dabei geht die Bezeichnung Über-, Unter- und Fehlversorgung auf das Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, jetzt Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zurück, in dem diese Problematik aufgearbeitet wird. Im Ergebnis überwiegt die Unterversorgung, so dass Einsparungen durch eine Behebung von Über-, Unter- und Fehlversorgung nicht zu erwarten sind.

## **Rationalisierung, Prävention, Steuerfinanzierung und Zusatzbeitrag als Ausweichargumente**

Die Notwendigkeit von Leistungseinschränkungen bis hin zur Ablehnung jeder Diskussion über die Problematik der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln wird im Wesentlichen mit folgenden Argumenten begründet:

- **Rationalisierung.** Von vielen Seiten werden durch Rationalisierung Einsparungen von Milliarden behauptet, fast immer ohne Begründung und ohne Berechnung und ohne Handlungsanweisung für die Generierung eines behaupteten Einsparpotenzials. Rationalisierungsreserven gibt es in allen Leistungsbereichen, und nichts sollte unversucht bleiben, um Rationalisierung zu verwirklichen. Der Nutzen kommt jedoch mehr den Einrichtungen und Leistungsbereichen zugute, in denen rationalisiert wird, in der Regel ohne messbare Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV. Eine Ausnahme könnte die Arzneimittelversorgung sein, wo es kurzfristig wirkende Einsparmöglichkeiten gibt, wobei die Auswirkungen derartiger Maßnahmen jedoch geprüft werden müssen.
- **Prävention.** Durch Prävention wird ein ähnlich hohes Einsparpotenzial behauptet, auch hier in der Regel ohne Beweise und schon gar nicht saldiert. Es gibt keine Evidenz für systembezogene Einsparungen durch Prävention. Prävention ist ein Wert an sich. Prävention verdient jede Förderung. Eine internationale Studie, in der die ökonomischen Auswirkungen von Prävention aufgearbeitet worden sind, kommt zu dem Ergebnis, dass Prävention kostet und in Gesundheitssystemen keine Einsparungen bringt mit der Forderung, grundsätzlich auf die Behauptung von Kosteneinsparungen durch Prävention zu verzichten.
- **Steuerzuschüsse** für die GKV sind eine durchgängige Forderung besonders durch die Politik. Theoretisch könnte der Bundestag von Jahr zu Jahr entscheiden, das Defizit der GKV durch einen Steuerzuschuss auszugleichen, aber eben nur theoretisch. Praktisch steht das Gesundheitswesen in Konkurrenz zu allen anderen Politikbereichen. Zukunftsinvestitionen soll Vorrang gegeben werden. Ab 2011 beginnt im Bundeshaushalt ein Sparprogramm mit einer grundgesetzlich festgelegten Schuldenbremse ab 2016. Die Situation der öffentlichen Haushalte ist desolat. Eine Lösung der künftigen Finanzprobleme der GKV über

Steuerzuschuss dürfte daher illusorisch sein. Es wäre unverantwortlich, die Zukunft der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf der Erwartung aufzubauen, dass Defizite der GKV über einen Steuerzuschuss ausgeglichen werden.

- **Zusatzbeitrag.** Bleibt der Zusatzbeitrag mit der einzigen Bemerkung, dass der Zusatzbeitrag auch in maximaler Ausgestaltung nicht annähernd in der Lage wäre, das Finanzdefizit der GKV zu beheben. Die Umstellung auf eine einkommensunabhängige Gesundheitsprämie für Versicherte ist vom Prinzip her ausschließlich die Aufbringung der Beiträge der GKV mit einer anderen Methodik. Sollte durch eine einkommensunabhängige Prämie mehr Geld in die GKV kommen sollen, wäre dies auch nur durch Steuermittel möglich.

**Insgesamt** kann festgestellt werden, dass weder über Einzelmaßnahmen noch über eine Kombination von Maßnahmen das Defizit der GKV ausgeglichen werden kann.

### **Priorisierung und Rationierung als Methoden zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung**

**Priorisierung** ist die Aufstellung einer Rangfolge medizinischer Leistungen mit höchster und niedrigster Wertigkeit. Priorisierung kann auch für eine vergleichende Wertung von Leistungen und Versorgungsbereichen angewandt werden. Priorisierung ist eine medizinische Aufgabe.

**Rationierung** ist die Nicht-Gewährung von Leistungen durch Nicht-Aufnahme in den Leistungskatalog oder durch Herausnahme aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zuzahlungen können eine Form von Rationierung sein. *Explizite Rationierung* ist eine öffentlich gemachte und damit transparente Form von Rationierung. *Implizite Rationierung* ist eine stille, geheime, nicht öffentlich gemachte und damit intransparente Form der Rationierung. Implizite Rationierung entsteht, wenn keine ausreichenden Finanzmittel zur Finanzierung eines Gesundheitssystems zur Verfügung stehen. Da die implizite Rationierung wahllos und unbegründet Leistungen einschränkt, ist die implizite Rationierung eine unsoziale und ungerechte Form der Leistungseinschränkung. Rationierung ist eine politische Aufgabe.

**Diskussionsstand in Deutschland.** Der Diskussionsstand in Deutschland negiert in weiten Teilen die auf die Gesundheitsversorgung zukommende und teilweise schon

heute erkennbare Entwicklung. Während von ärztlicher Seite immer wieder und auch unter Berufung auf eine offenkundig vorhandene stille Rationierung in der Gesundheitsversorgung eine Priorisierungsdebatte gefordert wird, lehnt die Politik eine derartige Debatte strikt ab.

**Diskussionsstand international.** Ganz anders die Situation im Ausland. In einer Reihe von Ländern wird seit Jahrzehnten offen und relativ emotionslos über die Notwendigkeit von Priorisierung im Gesundheitswesen diskutiert, in Norwegen und Schweden zum Beispiel auch im Parlament mit einem Auftrag an die Ärzteschaft, Vorschläge für Priorisierungsmaßnahmen zu erarbeiten. Die Begründung lautet übereinstimmend, dass Wege gesucht werden müssen, mit denen Mittel sowohl in der Gesundheitsversorgung eingespart als auch begrenzte Mittel gerecht eingesetzt werden können.

### **Vorgehensweise**

**Die Politik muss handeln.** Der Weg ist vorgegeben. Als erstes muss die Politik öffentlich anerkennen, dass die Deckung des steigenden Finanzbedarfs in der GKV mit keiner der herkömmlichen Maßnahmen möglich ist und dass daher andere Wege gegangen werden müssen, um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung, eine Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen sicherzustellen. Priorisierung und Rationierung sind hierfür die Methoden der Wahl.

**Gesundheitsziele.** Bereits heute und mehr noch in der Zukunft besteht in weiten Kreisen der Bevölkerung die Sorge, ob bei einer ernsten Krankheit die notwendigen Leistungen auch zur Verfügung stehen. Die Politik muss daher Gesundheitsziele definieren und die Verwirklichung dieser Gesundheitsziele unmissverständlich zusagen. Gesundheitsziele sind:

- Jeder Bürger muss die Gewissheit haben, dass er dann, wenn er ernsthaft krank ist, einen zeitnahen Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat. Kein Bürger darf durch die Kosten für eine notwendige Versorgung in existenzielle Not geraten.
- Medizinischer Fortschritt für alle.
- Alter darf kein Leistungsausschluss sein.

- Wohnortnahe Versorgung besonders durch Hausärzte und durch eine fachärztliche Grundversorgung.

**Vorgehensweise für Priorisierung und Rationierung.** Die Politik benennt die Bundesärztekammer als federführende Institution für die Aufstellung von Prioritätenlisten in der medizinischen Versorgung und richtet ein Gremium oder Gremien mit dem Auftrag ein, eine Methodik zu erarbeiten, wie der Leistungskatalog der GKV kontinuierlich an begrenzte Mittel angepasst werden kann. Hierzu könnte auch der Gemeinsame Bundesausschuss mit einem eindeutigen Mandat gehören.

**Letztentscheidung durch die Politik.** Die Letztentscheidung über Rationierungsmaßnahmen in der GKV liegt bei der Politik, die auch über das für die GKV zur Verfügung stehende Finanzvolumen, über Art und Umfang von Priorisierung und Rationierung entscheidet. In keinem Fall jedoch darf die Politik über Ausweichargumente oder über die Beauftragung der Ärzteschaft, zunächst Einsparmöglichkeiten durch Priorisierung vorzuschlagen, ihre Verantwortung auf Dritte verlagern. Erforderlich ist ein integriertes Vorgehen, mit dem alle Wege zur Bewältigung der Finanzsituation der GKV gegangen werden.

### **Finanzierungselemente der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Es gibt keine Möglichkeit, die Finanzierung der GKV dauerhaft sicherzustellen. Entschieden werden kann ausschließlich über die Struktur der Mittelaufbringung, nicht jedoch über die für die Leistungsfinanzierung erforderliche Höhe der Einnahmen. In dieser Situation wird die GKV aus sich selbst heraus Wege für eine dauerhafte Finanzierung finden müssen. Unabhängig von der Notwendigkeit zu Priorisierung und Rationierung wird vorgeschlagen:

- Gesetzliche Festlegung, dass die GKV die Aufgabe hat, 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, durch Vorsorgemaßnahmen für Kinder und Mütter, durch Schutzimpfungen sowie durch zahnmedizinische Prävention ergänzt.
- Regelmäßige Anpassung des Leistungskatalogs der GKV an das zur Verfügung stehende Finanzvolumen.

- Herausnahme aller gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus der GKV und Beendigung jeder Form von Quersubventionierung zur Entlastung anderer Sozialsysteme und der öffentlichen Hand durch die GKV, je nach Interpretation ein Finanzvolumen bis zu 48 Milliarden Euro jährlich. Sollten der GKV Leistungen übertragen werden, die nicht zu den Aufgaben der GKV gehören, geschieht dies für definierte Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung mit voller Kostenübernahme.
- Weitgehende Einführung von Festbeträgen und Festzuschüssen.
- Einführung einer Verwaltungs- und Förderpauschale für jede Krankenkasse in Höhe von 10 Prozent der nach der Altersstruktur einer Krankenkasse berechneten Ausgaben. Mit dieser Summe muss jede Krankenkasse alle Verwaltungsausgaben und alle freiwilligen Ausgaben decken mit unbürokratischer Kontrolle durch die Krankenkassenaufsicht. Damit stehen 90 Prozent der Mittel jeder Krankenkasse für die Regelversorgung zur Verfügung. Der Krankenkassenwettbewerb wird gestärkt.

### **Schlussbemerkung**

Der in dieser Arbeit vorgeschlagene Weg zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird auf Widerstand stoßen. Wer diesen Weg ablehnt, sollte zunächst die Gründe für diesen Weg widerlegen. Es sollte dann nachvollziehbar dargelegt werden, wie anders in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung mit notwendigen Leistungen sichergestellt werden kann. Diese Diskussion muss öffentlich geführt werden. Hierzu gehört, Tatbestände anzuerkennen mit der Bereitschaft zu einer sachorientierten Diskussion über die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland.