



Gesundheitsfonds: Systemwechsel ab 1. Januar 2009.

Ungeachtet der anhaltenden Kritik steht inzwischen fest: Am 1. Januar 2009 startet der Gesundheitsfonds mit allen Risiken und Nebenwirkungen. Die mittel- und langfristigen Auswirkungen lassen sich noch längst nicht zu übersehen. Versicherte, Patienten und Ärzte sind auf jeden Fall unmittelbar Betroffene bei der Veränderung der finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

Bei einer genaueren Analyse zeigt sich, dass sich hinter der Bezeichnung „Gesundheitsfonds“ zwei Strukturveränderungen verbergen, die völlig unabhängig voneinander zu sehen sind und einen nachhaltigen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung haben werden.

Einheitlicher Beitragssatz

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) setzt erstmalig bis zum 1. November 2009 den Beitragssatz fest, der einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich ist. In der Startphase sollen die voraussichtlichen Ausgaben im Jahre 2009 zu 100 % gedeckt werden. Krankenkassen, die mit diesen Beitragseinnahmen nicht zurechtkommen, dürfen Zusatzbeiträge (bis maximal 1 % des Bruttoeinkommens der Versicherten) erheben. Krankenkassen, die Überschüsse erzielen, dürfen ihren Versicherten Beiträge zurückerstatten (Prämien).

In der Öffentlichkeit wird lebhaft darüber diskutiert, wie hoch der neue Einheitsbeitragssatz ab 1. Januar 2009 sein wird. Die Auswirkungen der Honorarreform und die Verbesserung der Finanzsituation der Krankenhäuser können nicht ohne Auswirkungen auf die künftige GKV-Finanzierung bleiben.

Die Experten gehen derzeit davon aus, dass der Einheitsbeitragssatz zum Start mindestens bei 15,5 % liegen wird und damit deutlich den derzeitigen durchschnittlichen Beitragssatz (14,91 %) überschreitet. Niemand weiß, welche Krankenkassen in welcher Höhe Zusatzbeiträge erheben müssen. Es ist auch völlig offen, ob und in welchem Umfang Krankenkassen Prämien an ihre Versicherten zahlen werden.

Es ist davon auszugehen, dass es künftig in jedem Jahr eine politische Diskussion über den Beitragsbedarf in den Sozialsystemen der Arbeitslosen-, Renten- und Krankenversicherung geben wird. Mit Blick auf die Entwicklung der Lohnnebenkosten sind Maßnahmen zur Kostendämpfung in der Zukunft keineswegs ausgeschlossen.

Morbi-RSA

Die Einnahmen der Krankenkassen werden in Zukunft maßgeblich von den Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA) bestimmt. Bisher wurde der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen nach den Kriterien Einkommen und Risikofaktoren Alter, Geschlecht und Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente durchgeführt. Künftig wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auf der Grundlage der Durchschnittskosten bei der Versorgung von 80 schweren Krankheiten (mit 3.800 ICD-10-Codes) durchgeführt.

Hier haben die Diagnoseangaben der Niedergelassenen und der Krankenhäuser ein entscheidendes Gewicht. Bei manchen Diagnosen wird auch eine bestimmte Dauer der Versorgung mit Arzneimitteln oder eine Krankenhausbehandlung berücksichtigt. Verdachtsdiagnosen spielen keine Rolle.

Welche Krankenkassen Gewinner und Verlierer bei diesem Milliardenpoker sein werden, ist noch völlig offen. Erste Berechnungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) werden erst im November 2008 erwartet.

Die Finanzsituation der Krankenkassen unter der Aegide des Einheitsbeitragssatzes und der Auswirkungen des Morbi-RSA werden maßgeblich ihre Vertragspolitik im Bereich der ärztlichen Versorgung beeinflussen. Im Bereich der KV Westfalen-Lippe haben die Krankenkassen beispielsweise einen großen Teil der Sonderverträge etwa zur Tätigkeit der diabetologischen Schwerpunktpraxen zum Jahresende 2008 gekündigt. Hier muss jetzt nachverhandelt werden.

Das Interesse der Ärzte muss es sein, im Vertragsbereich Honorarverluste zu verhindern, durch die ein Teil der Vergütungsanhebungen durch die Honorarreform 2009 gemindert werden könnte.