

Gesundheitsreform 2006

Von der Jahrhundertreform zum Pfuschwerk – oder warum keine Reform jetzt die bessere Reform ist

von Dipl.-Volksw. Thomas Grabenkamp
stv. Landesvorsitzender der ASG - Hamburg

Vorwort:

Thema Gesundheitsreform – oder wie es jetzt heißt „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Wie ihr alle mitbekommen habt, hat die Bundesregierung das Inkrafttreten auf den 1. April 2007 verschoben. Somit haben wir vielleicht noch Chancen, das eine oder andere zu verbessern.

Ich will versuchen, euch die wesentlichen „Knackpunkte“ darzustellen. Das Thema ist aber so umfangreich, dass ich mich auf das Wesentliche beschränken möchte - dies ist vor allem der hoch umstrittene Gesundheitsfonds. Einige Dinge werde ich zwangsläufig etwas verkürzen und vereinfachen.

Nach 30 Jahre Gesundheitsreformen stehen wir am Anfang eines grundlegenden Umbaus der gesetzlichen Krankenversicherung, mit der wir uns von einigen wesentlichen Eckpfeilen der GKV verabschieden.

Die positive Nachricht für 2007 ist, dass es keine Leistungsausgrenzungen im ambulanten Bereich (bis auf Selbstverletzungen (Piercing)) geben soll.

Negativ aus meiner Sicht ist die Reduzierung des Budgets für Kliniken um 1 % = 500 Mio. €, was mir in Anbetracht der Tarifabschlüsse in den Kliniken und der dringend notwendigen Änderung der Arbeitszeitbedingungen schwierig erscheint. Das hat inzwischen auch die Bundesregierung erkannt und die Koalitionsarbeitsgruppe hat letzte Woche versucht Maßstäbe zu definieren, wie das Einsparvolumen verteilt werden soll.

Jetzt aber zur Ausgangslage. Um zu verstehen, was aktuell geplant ist, muss man sich die Entwicklung der letzten Jahre – speziell seit 2004 - ansehen.

Die Ausgangslage

- ca. 70 Mio. Versicherte in der GKV
- kontinuierlicher Rückgang der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – alleine von ca. 30 Mio. im Jahr 1990 auf noch knapp 26 Mio. in 2005. Aktuelle Zahlen gehen von nur noch ca. 23,6 Mio. Sozialversicherungspflichtigen aus.
- Als Folge: immer weniger Beitragszahler bei konstanter Versichertenzahl
- Ursache: Arbeitslosigkeit, 400,- €-Jobs, Mini-/Midi-Jobs, Scheinselbstständigkeit, aber auch tatsächlich mehr Selbständige
- Gleichzeitig steigt die Bruttolohnsumme nicht mehr. Seit Jahren gibt es praktisch keine Lohnerhöhungen mehr – im Gegenteil die Kürzung von Sonderzahlungen hat die Bruttolohnsumme vermindert

- Auf der anderen Seite steigen die Gesundheitskosten. Nicht zuletzt durch die demographische Entwicklung. Die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge kommen in's Rentenalter und wir werden immer älter.
- Die Altersgruppe der über 65jährigen verursacht 43 % der Gesundheitskosten in der GKV
- Medizinischer Fortschritt kostet Geld. Neue Behandlungsmethoden und Medikamente verursachen zusätzliche Kosten
- ABER: Alles in allem sind die Ausgaben für Gesundheit am BIP seit den siebziger Jahren ziemlich konstant bei 6 – 6,5 % des BIP. Wir geben also in Wahrheit bezogen auf unsere gesamte Wirtschaftsproduktion und Wertschöpfung nicht mehr Geld aus.
- FAZIT: Wegen der weniger werdenden Beschäftigten und der sinkenden Bruttolohnsumme bekommen die Krankenkassen immer weniger Beiträge – FOLGE: steigende Beiträge

Das GMG 2004

- Im Jahr 2003 wurde die Finanzlage der GKV dramatisch.
- Das Defizit aller Krankenkassen überstieg die 7. Mrd.€ Grenze – Tendenz weiter steigend
- Der durchschnittliche Beitragssatz lag bei 14,3 % - Tendenz steigend
- Postulat der Politik: die Lohnnebenkosten müssen sinken – insbesondere der Arbeitgeberanteil – Ziel: Kosten der Arbeit verringern, in der Hoffnung, dass dies Arbeitsplätze schafft (hat es nicht)
- Mit dem GMG wurde die paritätische Finanzierung der GKV aufgegeben.
- Es kam zu weiteren totalen Leistungsausgrenzungen (Brille) und andere Leistungen wurden aus der paritätischen Finanzierung genommen (Zahnersatz und Krankengeld). Der allg. Beitragssatz wurde um die Ausgabenanteile für Zahnersatz/Krankengeld vermindert. Dies machte 0,9 % aus. Der AG zahlt seit 2004 daher nicht mehr die Hälfte des allg. Beitragssatzes (aktuell ca. 13,5 %), sondern der Versicherte zahlt zusätzlich einen Beitrag in Höhe von 0,9 % für die ausgrenzten Leistungen. Heißt im Klartext: AG = 6,2 & - AN = 7,3 %
- Zusätzlich wurde die Praxisgebühr und die erhöhten Zuzahlungen für Arzneimittel beschlossen.
- In der Folge haben die Krankenkassen tatsächlich das Defizit abbauen können. Zu Beitragssenkungen in der angestrebten Größe ist es jedoch nicht gekommen.

Ausgangslage 2006

- Die Beitragssätze sind nicht gesunken
- Der Einnahmerückgang bei den Krankenkassen hält an
- Die Ausgaben steigen seit 2005 wieder stark an – vor allem im stationären Bereich und bei Arzneimitteln. Bei Arzneimitteln hausgemacht, da die Bundesregierung die Rabattregelungen für Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen und zugunsten der Pharmaindustrie 2005 aufgehoben hatte.
- –

- Im Juli 2006 betragen die Schulden der Krankenkassen 3,7 Mrd. €
- Aufgrund eines Rechenfehlers ist das Defizit aber falsch ausgewiesen. Der Bund hat im Mai an die Krankenkassen 2,1 Mrd. € als Zuschuss für das ganze Jahr gezahlt. Zudem haben die Kassen in diesem Jahr einen Monatsbeitrag zuviel kassiert (wegen Umstellung der Beitragszahlungstermine am Jahresanfang) und werden in diesem Jahr 13. Monatsbeiträge einnehmen.
- Das tatsächliche Defizit wird aktuell mit ca. 5 – 5,5 Mrd. € beziffert.
- –
- Die ersten Krankenkassen haben im Mai/Juni 2006 ihre Beiträge deutlich erhöht. So die TKK um 0,5 % und die IKK-HH um 0,7 %. DAK und Barmer haben avisiert ebenfalls um 0,5 % erhöhen zu müssen.
- –
- Damit steigt der durchschnittliche allg. Beitragssatz wieder auf über 14 %

Gesundheitsreformgesetz 2006 – Arbeitsentwurf

- **Das Gesetz hat mehrere Schwerpunkte:**
 - Umstellung der Einnahmeseite der Krankenkassen
 - Flexibilisierung bei der PKV – Einführung von Basistarifen auf GKV-Basis ohne individuellen Risikozuschlag – Einführung des Kontrahierungszwanges ohne Gesundheitsprüfung – Mitnahme der Altersrückstellungen bei PKV-Wechsel
 - Sicherstellung, dass es keine Menschen ohne Krankenversicherung gibt
 - Änderung der Organisationsstrukturen bei Krankenkassen und der Selbstverwaltung (G-BA)
 - Erleichterung der Kassenfusionen
 - Änderung der Honorierung im ärztlichen Bereich – Bezahlung in € und Abschaffung der floatenden Punktwerte – Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen
 - Gleiches Honorar für gleiche Leistung (keine höhere ärztliche Vergütung bei PKV-Versicherten)
- **Die Einnahmeseite**
 - **Der Gesundheitsfond im Zentrum**
- Ab dem 1.1.08 oder 1.7.08 wird der Gesundheitsfond als zentrale Beitragseinzugs- und Verteilstelle eingerichtet
- Damit dies möglich ist, müssen alle Krankenkassen bis dahin (im Osten erst 2009) entschuldet sein – dies geht nur über höhere Einnahmen
 - aus diesem Grund (Schuldenfreiheit) müssen alle Kassen ihrer Beiträge in 2007 deutlich erhöhen – über die zum 1.1.07 vereinbarten 0,5 % hinaus. Diese Erhöhung erfolgt nicht aus Nächstenliebe, sondern weil ab 2007 lt. Koalitionsvertrag der Steuerzuschuss aus der Tabaksteuer an die Kran-

kenkassen in Höhe von ca. 4,5 Mrd. € gestrichen wird. Dies macht 0,5 % Punkte im Beitrag aus, die nur kompensiert werden, also noch kein Schuldenabbau

- Beitragserhöhungen zur Entschuldung sind nicht zuletzt deshalb nötig, da die Zahl der Beschäftigten nicht steigt, die Ausgaben aber weiter steigen
 - also: beides - stagnierende Lohnsumme und steigende Ausgaben auf der einen Seite - und der Zwang zur Entschuldung (Abbau 5,5 Mrd. €) innerhalb von 18 Monaten auf der anderen Seite - erzwingen Beitragserhöhungen
 - nach vorsichtiger Rechnung wird der allg. Beitragssatz Ende 2007 bei 15,4 % liegen. Eher aber bei 15,7 % (Lauterbach)
 - da die Kassen zukünftig zusätzlich eine 3-Monatige Schwankungsreserve vorhalten müssen, muss auch dieses Geld zusätzlich reinkommen. Um dieses Guthaben aufbauen zu können, ist eine zusätzliche Beitragserhöhung um ca. 0,3 % nötig
 - Zusammengefasst: Der allg. Beitragssatz wird Anfang 2008 voraussichtlich bei ca. 16 % liegen

- Der Beitrag für den Gesundheitsfonds wird durch die Bundesregierung festgesetzt. Prüfung und Anpassung soll jährlich zum 1.1. erfolgen
- Individueller 0,9 %-Beitrag für Zahnersatz und Krankengeld bleibt
- Der Fonds soll finanziell so ausgestattet werden, dass er 95 % der gesamten Gesundheitsausgaben der GKV im Ausgangsjahr abdeckt.
- Die restlichen 5% können/müssen von den Krankenkassen über eine kleine Kopfprämie erhoben werden und dürfen beim einzelnen Versicherten nicht mehr als 1 %-Punkt des Haushaltsnettoeinkommens ausmachen. In der Praxis errechnet sich daraus auf Basis der aktuellen GKV-Ausgaben, dass diese 5 % ca. 7-8 Mrd. € ausmachen, was entspricht knapp einem Beitrags-Prozentpunkt. Also tragen die Versicherten zukünftig zusätzlich bis zu 1% des Beitrages alleine. Auf den einzelnen Versicherten gerechnet können das bis zu 40,- € werden.
- Wenn diese beiden Regeln verletzt werden, muss der Fondbeitrag angepasst werden
- Der Fonds zieht die Beiträge von den Versicherten selber ein. Dazu werden auf Landesebene Einzugsstellen – angedockt an die Landesarbeitsgemeinschaft der Krankenkassen - gebildet. In der Übergangsphase bis 2010 werden die Beiträge weiterhin durch die Kassen eingezogen und an den Fonds abgeführt
- Die Mittel landen in einem zentralen Topf, der beim Bundesversicherungsamt angedockt werden soll.
- Ab 2008 werden zuerst 1,5 Mrd. € als Bundeszuschuss und dann später höhere Beträge durch den Bund in den Fonds eingezahlt – Andiskutiert waren 16 Mrd. € für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe über Steuern
- Die PKV zahlt nichts in den Gesundheitsfonds ein und nimmt somit auch nicht am Risikostrukturausgleich unter den Kassen teil (wie bisher auch schon)
- Der Fonds übernimmt die Funktion des RSA – über Alter und Geschlecht als Indikator – der Morbi-RSA soll weiterhin kommen, nur keiner weiß wie Morbidität gemessen werden kann. (Wasem-Vorschlag: Arzneimittelverbrauch und Aufenthaltszeiten in Klinik)

- Die Kassen erhalten gestaffelte Kopfpauschalen für ihre Versicherten zwischen 150 und 190 €. Für Kinder, Frauen und Ältere mehr – für mittelalte Männer weniger
- Kassen die mit dieser Kopfpauschale auskommen, können Geld an die Versicherten zurückzahlen (max. 10,- €/mtl.) oder „Wohltaten“ gewähren (Bonus). Kassen, die mehr ausgeben als der Fonds erstattet, müssen diesen Fehlbetrag unmittelbar von den Versicherten als Zusatzbeitrag (kleine Kopfpauschale) erheben.
 - Bonus und Malus können einkommensabhängig oder als Pauschale ausgestaltet werden.
 - keine paritätische Finanzierung – nur finanziert durch die Versicherten
 - Eine Erhebung nach Einkommen sehr aufwendig, da Kassen in Zukunft keine Angaben zum Einkommen mehr haben
 - Kleine Kopfpauschale muss direkt beim Versicherten erhoben werden – nicht über AG, daher hoher Verwaltungsaufwand
 - einheitliche Kopfpauschale trifft Geringverdiener stärker (unsozial)
 - In der Folge ist davon auszugehen, dass die Kassen alles tun werden, diese Malus-Kopf-Pauschale zu vermeiden
 - Dies wird zur Abschaffung von freiwilligen Leistungen/Maßnahmen wie z.B. im Bereich der Gesundheitsförderung, oder zu einer restriktiveren Leistungsgewährung führen
 - Letztendlich ergibt sich der Zwang zur Kassenfusion (Ziel der Reform: nur noch 50 Kassen statt 251)

- **Konsequenzen:**

- Wir sprechen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds über eine Total-Umstellung der GKV
 1. Die Kassen setzen den Beitrag nicht mehr fest, sondern nur noch die Höhe des Bonus/Malus-Beitrags
 2. Kassen haben mit Beitragseinzug am Ende nichts mehr zu tun
 3. Die CDU verlangt, dass der Fonds zu Beginn nicht zu 100 % ausfinanziert ist, sondern nur zu 95%. Damit kommt es in vielen Fällen zur kleinen Kopfpauschale. Die SPD-Forderung ist, dass der Fonds zu 100 % Ausfinanziert startet.
 4. Der erzwungene Beitragsanstieg 2007 um 2,5 %-Punkte verteuert den Faktor Arbeit, so dass die Lohnnebenkosten steigen (**Hinweis:** da der BA-Beitrag um 2 %-Punkte am 1.1.07 sinkt und den Anstieg der Kassenbeiträge nahezu kompensiert, ergibt sich für AG und AN nur eine geringe Nettobelastung)
 5. Rentner werden voll getroffen und der Beitragsatzanstieg „frist“ die zukünftige Rentenerhöhung

- **Positives am Gesundheitsfonds**

- über den Gesundheitsfonds können die Beiträge effizienter erhoben werden. Das Argument der Kassen, das 25.000 Mitarbeiter mit dem Beitragseinzug

befasst sind, wirkt geradezu als Begründung für die Einführung des zentralen Beitragseinzugs

- Der RSA kann über den Fonds wesentlich einfacher und kostengünstiger erfolgen
- Der Fonds bietet die Voraussetzungen andere Einnahmequellen (Steuern/PKV) mit einzubeziehen und zu verteilen

- **Negatives am Gesundheitsfonds**

- Es wird ein zweites Beitragseinzugssystem geschaffen, da die Kassen weiterhin aufgrund der Bonus/Malus-Regelung in Verbindung mit der gewollten Unterfinanzierung des Fonds die kleine Kopfprämie einziehen müssen
- Die kleine Kopfprämie ist unsolidarisch und forciert den Weg aus der Parität
- Das ganze Modell sichert langfristig den eingefrorenen AG-Beitrag, da alle zukünftigen Ausgabenanstiege über die kleine Kopfpauschale nur noch vom Versicherten finanziert werden.
- Es ist aufgrund der Äußerungen von Pofalla abzusehen, dass der Fonds-Beitrag nicht angepasst werden wird (Spielball der Politik) – oder wenn nach unten = Entlastung der Arbeitgeber
- Der Gesundheitsfond könnte den Weg in die Basisversorgung ebnen, wenn es so kommt, dass der unterfinanzierte Fonds nur noch Grundleistungen abdeckt. Zusatzleistungen/med. Fortschritt wären dann privat zu versichern, bzw. über die Kopfpauschale abgedeckt

- **Mein Fazit zum Gesundheitsfonds**

Die Gesundheitsreform 2006 und die in diesem Zusammenhang beschlossenen Einführung eines zentralen Gesundheitsfonds bergen für das System der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Risiken, denen keine erkennbaren Vorteile gegenüberstehen.

- Der Gesundheitsfond löst in der jetzt vorgeschlagenen Konstellation kein Problem, sondern baut nur neue Bürokratie auf. Das Hauptproblem der GKV ist das Wegbrechen der Einnahmen aufgrund einer zu geringen Zahl an sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und einer sinkenden Bruttolohnsumme.
- Trotzdem ist er nicht grundsätzlich abzulehnen, da als „technische Größe“ notwendig, um ein Modell der Bürgerversicherung einzuführen, in dem **ALLE** auf **ALLES** Beiträge zahlen, die PKV sich am RSA beteiligt und der Staat die versicherungsfremden Leistungen und die gesamtgesellschaftlich zur tragenden Lasten der GKV, wie die Krankenversicherung von Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ohne Einkommen übernimmt.
- Aber umgekehrt ist der Gesundheitsfonds genauso zu gebrauchen für ein Kopfpauschalenmodell mit Entsolidarisierung und Aufhebung der paritätischen Finanzierung. Hierzu muss nur der Fondsbeitrag drastisch gesenkt werden, womit automatisch die „kleine“ Kopfprämie zum „Major-Beitrag“ wird, der dann nur noch vom Versicherten zu erbringen ist.
- Damit besteht die Gefahr der Grundsteinlegung für ein Basisgesundheitsystem unter politischem Diktat (staatliches Gesundheitssystem)

Der Gesundheitsfonds ist ein bürokratisches „Monster“ das in der jetzt diskutierten Form

- mit einer unzureichenden Ausfinanzierung von nur 95% der GKV-Ausgaben,
- der Einführung einer „kleinen“ Kopfpauschale, die bis zu 1% des Haushaltsnettoeinkommens der Versicherten betragen kann,
- ohne Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich,
- ohne angemessenen steuerfinanzierten Anteil zur Abdeckung der Gesamtgesellschaftlichen Aufgaben,

nicht die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung löst, die eindeutig auf der Einnahmenseite, und dort vor allem in der ständig sinkenden Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und der seit Jahren sinkenden Bruttolohnsumme begründet liegt

Wir müssen weiterhin die Fortsetzung einer Gesundheitspolitik fordern, die den Interessen der Versicherten, der Arbeitnehmer und Arbeitgeber Rechnung trägt und den bisherigen Grundsätzen einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik entspricht, die gekennzeichnet ist durch:

- Solidarische Finanzierung,
- Beibehaltung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber,
- ein umfassendes, an dem Stand der aktuellen Wissenschaft und Medizin ausgerichtetes, und für alle Menschen gleiches Leistungsangebot.
- bezahlbare Beiträge und den Einstieg in die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen und Leistungen im Interesse des Allgemeinwohls, wie die Versicherung der Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche.

In diesem Sinne ist der Gesundheitsfond in der vorgeschlagenen Form abzulehnen und damit im Kern auch das gesamte Gesundheitsreformvorhaben auf den Prüfstand zu stellen.

- Was enthält das Gesundheitsreformgesetz 2006 noch ?

- **Änderung der Honorierung im ärztlichen Bereich**

- ab 2009 soll das bisherige Punktwertmodell, bei dem der Arzt erst nach 3 Quartalen weiß, was er für eine Leistung in € erhalten hat, durch fest €-Werte ersetzt werden.
- Dazu werden im hausärztlichen Bereich Kopfpauschalen eingeführt – ein Einschreibungsmodell wie in NL oder im BEK-Hausarztmodell ist nicht vorgesehen
- Im fachärztlichen Bereich werden relativ wenige Komplexpauschalen analog den DRG´s gebildet
- Das Problem der Mengenbegrenzung wird über die Festschreibung des Praxisregelleistungsvolumens erreicht
- Der Arzt kann sein PRV überschreiten; erhält diese Überschreitung aber nur noch mit 10 % des Honorars bezahlt, was einer Absenkung um 90% bei überschreitenden Leistungen entspricht.

- Die angestrebte Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen erfolgt damit nicht oder aus Sicht der Ärzte nur ungenügend.
- Langfristig aber die Gefahr von stärker steigenden Ausgaben (weile einfache Leistungen werden selbst für das 10%-Honora erbracht werden = Mengenausweitung) und dementsprechend die Gefahr von steigenden Beiträgen
- Bei Gefahr von Beitragssatzsteigerungen besteht die Möglichkeit der weiteren Leistungsausgrenzung (z.B. Unfälle) oder steigender Selbstbeteiligung (Praxisgebühr, Arzneimittelzuzahlungen)
- Die Ärzte laufen gegen diese Regelung aus €-Beträgen und Mini-Honorar für Überschreitungen Sturm und hätten gerne die vollständige Abschaffung von Begrenzungen wie der 90%igen Honorarabsenkung bei Überschreitung des PRV (=Öffnung des „Selbstbedienungsladens“=
- Die GOP wird dahingehend verändert, das der Arzt für die Behandlung eines PKV-Versicherten zukünftig das gleiche Honorar erhält wie für einen GKV-Versicherten – Als Konsequenz sinken die Ausgaben der PKV – Hauptziel ist aber den Ausgabenanstieg in den Länderhaushalten für die Beamten (Beihilfe) zu begrenzen –

o Flexibilisierung der PKV

- PKV muss zukünftig allen Personen über der Versicherungspflichtgrenze eine Versicherung mit dem Leistungsumfang der GKV anbieten (Kontrahierungszwang)
- Ohne Gesundheitsprüfung
- Ohne Risikoprämie
- Zu einem Beitrag der dem Durchschnittsbeitrag der GKV angepasst sein soll (vage Formulierung)
- Verpflichtung zur Aufnahme aller ehemals PKV-Versicherten, die rausgeflogen sind, weil sie die Beiträge nicht mehr bezahlen konnten – vor allem ehemalige Selbstständige – und die nicht in die GKV zurück können. Dadurch Vermeidung von „Nicht-Versicherten“ (aktuell ca. 400.000)
- PKV Versicherte können ihre Altersrückstellung bei Wechsel der PKV mitnehmen

o Änderung der Organisationsstrukturen der Kassen und der Selbstverwaltung

- Die Landesverbände und Bundesverbände der einzelnen Kassenarten (VdAK/BKK etc) werden defacto abgeschafft
- Auf Landes- und Bundesebene werden Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen gebildet, die zukünftig die Interessen der Kassen vertreten sollen
- Dadurch Aufhebung der kontraproduktiven Konkurrenz der Kassenverbände untereinander, aber auch die Gefahr der „Nicht-Einigung bzw. Lähmung“ der Arbeitsgemeinschaften

- Professionalisierung der Richtliniengremien (G-BA) – Ersatz von ehrenamtlichen Funktionären durch Hauptamtliche, die vom BMG auf Vorschlag bestellt werden

- o Erleichterung von Kassenfusionen

- Kassen können jetzt auch über Kassenarten fusionieren (z.B. AOK mit BEK)
- Ziel: Reduzierung der Zahl der Kassen
- Überlegung für Kassen eine Mindestgröße vorzuschreiben (100.000/500.000/1 Mio. Versicherte)