

Berlin, 12.07.2006

## **Zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe Gesundheit der Koalition und den von ihr vorgestellten Eckpunkten zur Gesundheitsreform**

von Frank Spieth, gesundheitspolitischer Sprecher und Dr. Daniel Rühmkorf – Referent für Gesundheitspolitik und Pflege – BT-Fraktion DIE LINKE.

Schwarz-Rot ist an der Aufgabe, eine nachhaltige Reform des Gesundheitswesens zu entwerfen, kläglich gescheitert. Die vorliegenden Ergebnisse sind in keinster Weise dazu geeignet, die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen – Finanzierung, Ausgabenentwicklung und Strukturen - zu lösen. Stattdessen finden sich im Eckpunktepapier eine Mischung aus Privatisierung, Staatsdirigismus und Aktionismus. In der Öffentlichkeit wird dieser Entwurf zu Recht durchweg verrissen. Was ist aus dem großen Wurf mit angekündigter Nachhaltigkeit für die nächsten 15 Jahre geworden?

Zur Behebung der durch die Regierung angezettelten Unterfinanzierung der GKV im kommenden Jahr werden die Beiträge zum 1. Januar 2007 um 0,5 Prozentpunkte erhöht. Bereits im Koalitionsvertrag war die Senkung der Lohnnebenkosten festgelegt worden. Folgerichtig haben wir es bei dieser Gesundheitsreform mit einer Fortsetzung einseitiger Kostendämpfungsmaßnahmen zu tun. Wie bei Rot-Grün geht es weniger um eine bessere Versorgung der Bevölkerung, sondern um das vorrangige Ziel, die Arbeitgeber nicht mehr an der Kostenentwicklung in der GKV zu beteiligen. Dazu wurde der Gesundheitsfonds erfunden: Mit ihm vollzieht die Koalition das Einfrieren der Arbeitgeberanteile, die Einführung der Kopfpauschale und Elemente der Privaten Krankenversicherung in die GKV quasi durch die Hintertür.

Die Privatversicherungen haben sich durchgesetzt: Sie werden am sozialen Ausgleich nicht beteiligt werden und können weiterhin sich die „besten Risiken“, junge, gesunde Besserverdienende, herauspicken. Zusätzlich können sie durch den „Basistarif“ als „Quasi-GKV“ einen neuen Geschäftsbereich aufbauen.

### **Zu den einzelnen Punkten:**

#### **Gesundheitsfonds**

Der Gesundheitsfonds ist eine neue Monsterbehörde, die langfristig alle Krankenkassen gleichschalten soll. Gesetzlich festgelegte Beitragssätze, kassenartübergreifende Fusionen und der Zwang zum Spitzenverband der Kassen zerstören das Fundament der Selbstverwaltung.

Alle Krankenkassenbeiträge und der geplante Steuerzuschuss sollen in einen zentralen Gesundheitsfonds fließen. Einheitliche Beträge werden von da aus an alle Kassen ausgezahlt.

Zusätzlich werden „risikoadjustierte Zuweisungen“ an die Kassen berechnet nach Alter, Geschlecht für bestimmte Krankheiten gezahlt. Dazu zählen Chronikerprogramme (DMPs) für Herz-Kreislaufkrankungen, Asthma, Diabetes, Brustkrebs – eine Festlegung auf den längst vom Bundestag für 2007 beschlossenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbiRSA) erfolgt nicht. Somit werden die Kosten für Herzinfarkte, Schlaganfall, Krebs oder HIV-Infektionen nicht zwischen den Kassen ausgeglichen.

Es droht eine verordnete Unterfinanzierung, um die fehlenden Mittel allein über Sonderbeiträge von den Versicherten einzukassieren. Krankenkassen, die mit den zugeteilten Fondsmitteln nicht auskommen, müssen Fehlbeträge ausgleichen. Entweder durch kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife, Kostenerstattung) oder über gesonderte Prämien, die nur von den Versicherten, nicht aber von den Arbeitgebern gezahlt werden müssen. Dabei haben die Kassen die Wahl zwischen „Pest und Cholera“: Entweder sie holen die Fehlbeträge über feste Eurobeträge von allen ihren Versicherten gleichermaßen mit der Wirkung der erheblichen Benachteiligung Geringverdienender. Oder sie holen diese über einen einkommensabhängigen prozentualen Beitrag von bis zu einem Prozent von allen ihren Mitgliedern mit der Folge der höheren Belastung bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Damit wird dieser Streitpunkt auf die Kassenebene verlagert. Verlieren werden die Kassen, die über viele ältere und chronisch kranke und geringverdienende Versicherte verfügen, da diese Kassen mit den zugewiesenen Beiträgen nicht auskommen werden und unsolidarische Zuschläge erheben müssen. Da nur die Versicherten bezahlen, kann die einprozentige Veranschlagung des Haushaltseinkommens eine Erhöhung des Beitrags von bis zu 50 Prozent ausmachen! Das werden sich die Mitglieder nicht gefallen lassen. Zumindest diejenigen, die über höhere Einkommen verfügen, jung oder gesund sind, werden entweder in eine andere Krankenkasse ohne Zuschläge wechseln oder sich ggf. privat versichern. Dadurch werden zuerst die großen Krankenkassen, später aber die gesamte GKV in die Pleite getrieben.

Weitere Vorschläge zur Kostenreduzierung wie Hausarztmodelle, Kostenerstattung oder Selbstbehalte o. ä. können keinesfalls die Unterfinanzierung beheben.

Wenn es überhaupt einen Grund für einen Fonds gegeben hätte, dann wegen der Einbeziehung der Privatversicherten in ein solidarisches Ausgleichssystem. Doch die Privaten, wie auch die zukünftigen „Basistarif“-Versicherten, müssen sich am Gesundheitsfonds nicht beteiligen.

### **Beitragsentwicklung**

Zunächst einmal kommt es durch die Festsetzung der Beitragssätze durch die Bundesregierung zu einer chronischen Unterfinanzierung des lohnabhängigen Anteils der GKV. Auch eine Anhebung der Beitragssätze um 0,5 Prozentpunkte stellt keinen Reformschritt dar. Die angekündigten Beitragssatzsteigerungen werden nicht ausreichen, um das entstehende Defizit auszugleichen. Wir erwarten, dass das Defizit bei bis zu 15 Milliarden Euro liegen wird, wodurch Beitragserhöhungen bis zu 1,5 Prozent erforderlich machen könnte.

Zunächst sollen die Beiträge für Arbeitgeber und Arbeitnehmer fixiert werden. Versicherte zahlen weiterhin 0,9 Prozentpunkte extra für Krankengeld und Zahnbehandlung (wie bereits seit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz GMG 2004). Es fehlt im Eckpunktepapier ein Vermerk auf eine paritätische Finanzierung. Lediglich den Passus: „Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern“ kommt im Eckpunktepapier vor. Das lässt für spätere Eingriffe zu Lasten der Versicherten den entsprechenden Spielraum.

Um die Finanzierungsgrundlage zu sichern, wäre eine Auf-, zumindest aber die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erforderlich gewesen. Dieser auch einmal von der SPD mitgetragene Reformschritt wurde, wie auch andere Elemente einer Bürgerversicherung, in den Eckpunkten zu Grabe getragen.

Durch die Beendigung der budgetierten Finanzierung der niedergelassenen Ärzte und die neuen Tarifabschlüsse der Klinikärzte können weitere Kosten auf die Kassen zukommen. Und auch der Arzneimittelbereich ist ungebremst: In den ersten Monaten dieses Jahres wurden wiederum Steigerungen von über 10 Prozent festgestellt. Somit ist mit Beitragserhöhungen aller Kassen vor der „verordneten“ Beitragsanhebung von 0,5% zum 01.01.2007 zu rechnen.

### **Privatwirtschaftliche Tarife GKV:**

Kassen, die defizitär arbeiten, sollen neben der Option, Sonderbeiträge zu erheben, besondere Tarife anbieten. Dazu gehören neben einem Hausarzttarif Elemente der Privatwirtschaft: Beitragsrückerstattung, Kostenerstattung und Selbstbehalt. Kassen mit positiver Bilanz sollen eventuelle Überschüsse an die Versicherten weitergeben (Beitragsrückerstattung). Mit der Kostenerstattung wird der Grundstein gelegt für die nur noch partielle Übernahme der entstehenden Gesundheitskosten, wie bei zahnmedizinischer Behandlung.

Der Selbstbehalt kommt nur für solche Menschen in Frage, die über genügend Mittel verfügen, sich gegebenenfalls privat zu versichern. Da diese Tarife nur für junge und gesunde Versicherte in Frage kommen, sind sie in ihrer Wirkung entsolidarisierend. Mit der Beitragsrückerstattung werden dringend benötigte Mittel aus dem System heraus genommen. Trotzdem sagt die Koalition, dem System dürfe durch die Sondertarife kein Kapital entzogen werden. Das Gegenteil ist der Fall.

### **Ergänzende Steuerfinanzierung**

Insgesamt kalkuliert die Bundesregierung mit 14 Milliarden Euro Kosten für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen von Kindern und Jugendlichen. Weitere 2 Milliarden Euro werden für privat versicherte Kinder benötigt. Steuerzahlende Arbeitnehmer sollen nach diesem Konzept Unternehmer mit 7 Milliarden Euro, Privatversicherte mit 2 Milliarden jährlich subventionieren.

Steuererhöhungen werden zur Finanzierung aktuell ausgeschlossen, der Beginn hinausgezögert: Steuermittel zur Senkung der Lohnnebenkosten und zur Finanzierung von sozialstaatlichen Aufgaben werden erstmalig 2008 mit 1,5 Milliarden Euro versprochen. Gleichzeitig wird aber 2008 der Bundeszuschuss aus der Tabaksteuer an die GKV für Mutterschaftsleitungen um 1,5 Mrd. zur Sanierung des Bundeshaushaltes gekürzt. In 2009 sollen dann 3 Milliarden Euro aus Steuermitteln fließen. Der Bedarf ist klar beziffert, aber aufgrund des Streits um die Steuerfinanzierung ist die Klärung des Streitpunkts auf nach der nächsten Wahl vertagt worden. Einer Regierung, die in dem Moment, wo sie Bundeszuschüsse für die Kassen streicht, erneut Zuschüsse verspricht, ist vollkommen ungläubwürdig. Insofern ist der Vorschlag nicht mehr als eine sozialpolitische Seifenblase.

### **Zuzahlungsregelungen**

Die Zuzahlungen sollen „wasserdicht“ gemacht werden: Dazu werden alle Befreiungstatbestände überprüft und evaluiert. Die Überforderungsregel, die besagt, dass chronisch Kranke nur 1% ihres Haushaltseinkommens für Gesundheitsleistungen zuzahlen müssen, soll für Patienten, die bei einer „adäquaten Therapie nicht hinreichend mitwirken“, entfallen. Dann wäre für diesen Personenkreis doppelt so viel zu zahlen. Das Krankenhaustagegeld, das bisher bei der Überforderungsklausel angerechnet wurde, wird zukünftig bei selbiger nicht mehr mit einbezogen. Gleichzeitig will die Bundesregierung den Begriff des chronisch Kranken enger fassen. Das könnte bedeuten, dass nur noch eine Krankheit, die in einem der Chronikerprogramme erfasst und in dem der Versicherte eingeschrieben ist, anerkannt wird. Alle weiteren und sehr wohl chronischen Krankheiten werden wegdefiniert.

### **Wahlmöglichkeiten für Privatversicherte**

Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV: Für Privatversicherte werden mehr Rechte eingeräumt, wenn sie ihre Versicherung wechseln wollen. Das soll ihnen nun ermöglicht werden. Dabei dürfen sie die von ihrer Versicherung angelegten Altersrückstellungen in die neue Versicherung mitnehmen.

Der Status der PKV als Vollversicherung bleibt unangetastet. Gesetzlich Versicherte können nur dann in die PKV wechseln, wenn sie mindestens drei Jahre mehr als 3937,50 Euro im Monat verdient haben.

PKV muss für Menschen, die ihren Versicherungsanspruch (z. B. Selbstständige ohne ausreichendes Einkommen) verloren haben, einen Basistarif ohne Altersrückstellung anbieten, der gleichen Leistungsumfang hat wie GKV. Die Risikoprüfung, wie auch beim Wechsel in eine andere Kasse, soll entfallen. Die Aufnahme von freiwillig Versicherten in den PKV-Basistarif ohne Risikoprüfung entspricht einem Kontrahierungszwang. Zwar wehrt sich die PKV noch. Aber durch den Basistarif entsteht ein neues Geschäftsfeld der Privatversicherungen. Die Behauptung, dass mit dieser Rückkehrregelung niemand mehr ohne Versicherung bleibe, stimmt nur, wenn derjenige die nötigen Mittel hat, um seine Beiträge zu bezahlen.

### **Gesetzliche Krankenversicherung**

Auf der Bundes- und der Landesebene sollen Spitzenverbände gegründet werden, die an Stelle der bisher dafür zuständigen Krankenkassen bis zu 95% der Verträge mit den Vertragspartnern zu verhandeln haben. Damit wird den Krankenkassen nicht nur der Beitrageinzug genommen sondern auch das Vertragsrecht. Der Landes- und Bundesaufsicht wird im Vertragsrecht ein Interventionsrecht eingeräumt. Des Weiteren sollen Kassen weiter fusionieren. Dazu dürfen dann beispielsweise die AOK Thüringen mit der BKK Heilberufe in Düsseldorf fusionieren. Der Gesetzentwurf muss dann zeigen, in welcher Art die haftungsrechtlichen Hürden in den Krankenkassenverbänden bewältigt werden. Beispielsweise haften alle AOK'en im Bundesverband der Ortskrankenkassen gegenseitig.

### **Arzneimittelbereich**

In diesem Bereich gibt es seit Jahren den höchsten prozentualen Kostenanstieg. Die von Experten geforderte Positivliste lässt weiter auf sich warten. Die Regierung will den vergleichsweise bescheidenen Betrag von 500 Millionen Euro einsparen, indem Arzneimittelpreise als Höchstpreise ausgewiesen werden, Apotheker sollen die Medikamente günstiger anbieten und die Einsparungen an die Kassen erstatten. Wenn sich am Jahresende keine Einsparung in Höhe von 500 Mio. Euro einstellt, müssen die Apotheken den Differenzbetrag ausgleichen.

Die Eckpunkte sehen eine unverbindliche Kosten-Nutzen-Prüfung von Präparate durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiK). Ein wichtiger Schritt, der aber nicht greift, solange mit der Neuzulassung von Arzneimitteln nicht zwingend eine solche Kosten-Nutzen-Analyse vorgeschrieben wird.

Pharmaunternehmen erhalten keine Daten mehr darüber, welcher Arzt wie oft welches Medikament verschreibt. Ein richtiger Schritt, um die Manipulation der Ärzte durch die Pharmakonzerne zu verringern. Anwendungsbeobachtungen, also klinische Studien bei niedergelassenen Ärzten, die oft als verdeckte Bestechung bezeichnet werden, bekommen neue Auflagen zur Transparenz.

Für die Verschreibung besonders teurer Medikamente wird demnächst eine Zweitmeinung eines anderen Arztes erforderlich. Das erhöht den bürokratischen Aufwand; hier wäre die Einführung der Positivliste ein konsequenter, und mittlerweile auch von Teilen der Ärzteschaft geforderter Schritt gewesen.

## **Ambulante Versorgung**

Die Honorierung der Niedergelassenen erfolgt in festen Eurobeträgen. Davon erhofft sich die Ärzteschaft einen Honorarsprung um 5 Milliarden Euro. Auch hinsichtlich der überholten Einzelpraxis konnten die Kassenärzte punkten: Es bleibt beim Fortbestehen der Freiberuflichkeit aller niedergelassenen Ärzte.

Keine generelle Öffnung der Kliniken für ambulante Versorgung wurde weiter verhindert - damit wird der Zustand der kostenintensiven doppelten Facharztschiene festgezimmert. Integrierte Versorgung braucht aber die völlige Abschaffung der abgeschotteten ambulanten und stationären Sektoren. Hier hat die Bundesregierung gegenüber der Ärztelobby klein beigegeben.

Die niedergelassenen Ärzte erhalten mehr Geld für Privatpatienten: Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird überarbeitet. Einzelverträge zwischen Kassen und Ärzten (bereits seit dem GMG 2004) sollen verstärkt zum Tragen kommen. Neu dabei ist, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen in die Verträge einbezogen werden können.

Honorare in der ambulanten ärztlichen Versorgung: Zu- und Abschläge für unter- und überversorgte Gebiete. Wer Ärzte motivieren will, sich auch in ländlichen Gebieten niederzulassen, muss gleichzeitig die Überversorgung in den Ballungsgebieten bekämpfen. Insofern sind die Abschläge sehr sinnvoll. Es bleibt abzuwarten, in welcher Größenordnung die Abschläge beschlossen werden.

Das Misstrauen richtet sich zukünftig stärker gegen die versicherten als gegen die Leistungserbringer: Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärzte werden zurückgefahren, dafür soll es stärkere Kontrolle des Versichertenkartenmissbrauchs geben.

## **Abbau von Über- und Unterversorgung**

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung bleibt Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die bisherige Bedarfsplanung, die nie wirklich gegen eine Überversorgung der Großstädte eingesetzt werden konnte, soll durch eine Versorgungsplanung, die sektorenübergreifend organisiert sein kann, abgelöst werden. Kassen können mit Ärzten oder ihren Interessensgruppen individuelle Versorgungsverträge machen. Die KVen sind mögliche Verhandlungspartner.

Die Integrierte Versorgung (IV) soll auf größere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt werden. In ihr werden auch weitere Heilberufe und Pflegefachkräfte eingebunden. Noch unklar ist die Frage, wie zukünftig mehr Transparenz über die Integrierten Versorgungsverträge zustande kommen soll. Der Großteil der bisherigen Vereinbarungen erfolgt in den Bereichen Klinik-Reha-Einrichtung, nicht aber an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter medizinischer und pflegerischer Versorgung.

Ambulante Leistungen sollen zukünftig für Kliniken und Praxen einheitlich vergütet werden. Zwar steht im Entwurf, dass es gleiche Honorierungen für die PKV und GKV-Versicherte geben soll, allerdings ist die Ausnahme bereits in den Eckpunkten aufgeführt: Die Steigerungssätze der PKV (bis zum 3,1-fachen Satz der Grundvergütung) bleiben erhalten.

## **Stationäre Versorgung**

Kliniken dürfen weiterhin hauptsächlich hochspezialisierte ambulante Leistungen erbringen, sind aber nicht generell für ambulante Leistungen geöffnet. Dafür soll ein halbes Prozent der Gesamtvergütung der Kliniken reserviert werden. Die GKV zahlt einen Beitrag in gleicher Höhe. Die generelle Öffnung der Kliniken, um ihr fachärztliches Angebot auch den ambulanten Patienten anbieten zu können, wird weiterhin verweigert.

Und die Kliniken müssen noch weitere Einschnitte hinnehmen: Zur Mitfinanzierung der Reform werden sie mit einem Sanierungsbeitrag vom 1 Prozent ihres Budgets (Landesbasisfallwert) herangezogen. Das entspricht einem Volumen von ca. 500 Mio. Euro.

Es ist geplant, die duale Krankenhausfinanzierung – Länder zahlen Investitionskosten, Kassen die Unterhaltskosten – zugunsten einer monistischen Finanzierung – allein die Kassen kommen für alle Kosten auf – aufzugeben. Damit verabschieden sich die Länder aus ihrer Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung und überlassen die Existenz der Krankenhäuser dem freien Spiel des Marktes.

Gleichzeitig entsteht ein unabsehbarer Kostenschub bei den Kassen wegen des bereits vorhandenen Investitionsstaus.

### **Transparenz und Bürokratieabbau**

Weiterhin fehlt ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (RSA): Der RSA soll lediglich Chronikerprogramme (DMPs) integrieren. Bisher nicht erfasste chronische Erkrankungen und weitere schwere Erkrankungen wie Krebserkrankungen oder HIV-Infektionen werden so nicht abgebildet.

Offenlegung der IV-Programme: Dieser Schritt ist überfällig, weil das, was bisher als Integration verkauft wird, diese Etikette nicht verdient.

### **Leistungsumfang**

Keine Kostenübernahme von Folgen von Tätowierungen, Piercings etc. – das scheint ein Publikumsgag zu sein. Diese Kosten haben nichts mit den Finanzierungsproblemen der GKV zu tun. Bedenklich ist hierbei, dass durch die Begründung „selbstverschuldet“ das Verursacherprinzip in einer Sozialversicherung zur Anwendung kommt. So werden zukünftig Ärzte und andere Heilberufe zu Gesundheitspolizisten, die das Verhalten ihrer Patienten, die ihnen ja vertrauen sollen, zu bewerten und zu melden haben. Ähnliches findet sich in dem Passus zu den chronisch Kranken, deren Zuzahlungen dann steigen sollen, wenn sie sich nicht „adäquat“ an der Therapie beteiligen. Hier bedient die Koalition niedere Moralinstinkte. Es gibt viele Gründe, um individuell oder kollektiv die Leistungen der Krankenkassen zu beschneiden. Hier kann mit weiteren Einschnitten gerechnet werden. Bereits von der CDU gefordert ist die Ausgrenzung von „selbst verschuldeten Privatunfällen“.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden hauptamtliche Vertreter der Ärzte, Krankenhäuser und Kassen das Geschäft bestimmen.

Patientenvertreter dagegen können keine Hauptamtlichen berufen. Die größte Gefahr in der Unabhängigkeit und damit der Glaubwürdigkeit des GemBA liegt in der Einflussnahme des BMG. Um in Zukunft zügiger zu arbeiten, werden Fristen gesetzt, in denen Beschlüsse gefasst werden müssen. Sitzungen müssen zukünftig öffentlich abgehalten werden.