

Sechzig plus

Nachrichten und Informationen der Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Seniorinnen und Senioren (AG 60plus) Baden-Württemberg
Ausgabe August 2006

60 plus

SPD

Liebe Genossinnen,
liebe Genossen,

nach zähen Verhandlungen und vielen Spekulationen, wie denn das Gesundheitswesen der Zukunft aussehen wird, stehen seit Anfang Juli die Eckpunkte der Gesundheitsreform fest.



Um uns einen Überblick zu verschaffen und die Eckpunkte von allen Seiten zu beleuchten, haben wir am 12. Juli 2006 - gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft für Arbeitnehmerfragen (AfA) - zu einer Fachkonferenz „Brennpunkt Gesundheit“ nach Stuttgart in den Kleinen Kursaal Bad Cannstatt eingeladen. Die hochrangigen Gesundheitsexperten Marion Caspers-Merk MdB, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Klaus Kirschner und Dr. Peter Schwoerer von der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) sowie Roland Sing, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg referierten und diskutierten mit uns.

Im folgenden wollen wir die dort gewonnenen Informationen an euch weitergeben und haben deshalb die Hauptaussagen der einzelnen Referenten für euch zusammengefasst.

Mit freundlichen Grüßen

Konstanze Wegner

Dr. Konstanze Wegner
Landesvorsitzende der AG 60 plus

I. „Eckpunkte der Gesundheitsreform“

Marion Caspers-Merk MdB

Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit

Wir haben in der Koalition die Eckpunkte für die Gesundheitsreform beschlossen. Nicht alles, was für uns wünschenswert gewesen wäre, konnten wir erreichen. Das jetzt vorliegende Ergebnis ist ein Kompromiss mit unserem Koalitionspartner. Leider waren mutigere Schritte mit der Union nicht zu machen:

- Wir hätten gerne die jetzt notwendig gewordenen Beitragssatzerhöhungen vermieden. Dies wäre durch eine stärkere Steuerfinanzierung oder den Beitrag weiterer Einkommen möglich gewesen.
- Wir haben für noch mehr Wettbewerb bei den Leistungserbringern gestritten.
- Wir wollten die privat Versicherten und die Privatversicherungen sehr viel stärker an der solidarischen Finanzierung beteiligen.

Aus sozialdemokratischer Sicht sind dies die wichtigsten Eckpunkte:

- Künftig wird es einen **Versicherungsschutz für jeden** in der Krankenkasse geben. 200.000 bis 300.000 Menschen sind in Deutschland derzeit ohne Krankenversicherungsschutz, weil sie ihre Beiträge nicht mehr bezahlen konnten. Künftig wird die Krankenversicherung, in der sie zuletzt versichert waren (gesetzlich oder privat), verpflichtet, sie wieder aufzunehmen.
- Die **finanzielle Leistungsfähigkeit** der Versicherten bleibt Maßstab der Beiträge. Die Bemessung der Beiträge nach der Leistungsfähigkeit der Versicherten ist das wichtigste Merkmal der solidarischen Versicherung. Die SPD konnte durchsetzen, dass an diesem Prinzip nicht gerüttelt wird. Neu ist, dass die Beitragssätze künftig per Gesetz festgelegt und angepasst werden.

- Künftig zahlen alle Versicherten ihren Beitrag in einen neuen Gesundheitsfonds ein. Dieser leitet jeder Kasse einen einheitlichen Beitrag für jeden Versicherten zu, sowie einen zusätzlichen Beitrag, der sich nach Alter und Gesundheit der Versicherten richtet. Das ist gerecht, weil dann jeder Versicherte unabhängig von Einkommen, Alter und Gesundheitszustand für jede Kasse gleich viel wert ist. Reicht das Geld für die Kasse nicht aus, müssen die Versicherten einen zusätzlichen Beitrag leisten.



Marion Caspers-Merk MdB

- Wir haben durchgesetzt, dass der mögliche Zusatzbeitrag einer Krankenkasse einkommensbezogen ausgestaltet werden kann und begrenzt bleibt. In jedem Fall darf er nicht mehr als 1 Prozent des Einkommens der Versicherten betragen. Es gibt keinen Automatismus Richtung Kopfpauschale.
- Die Arbeitgeberbeiträge werden nicht einseitig eingefroren. Künftig werden die Beiträge per Gesetz festgelegt. Dies gilt für die Beiträge der Arbeitgeber genauso wie für die Arbeitnehmerbeiträge. Die Arbeitgeber bleiben somit an der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beteiligt. Sie können das Risiko steigender Gesundheitskosten nicht auf die Versicherten abwälzen.
- Die privaten Krankenversicherungen müssen einen Basistarif ohne Gesundheitsprüfung und Risikozuschlag anbieten. In einem sog. Basistarif, der neben den Rückkehrern allen freiwillig Versicherten offen steht, darf es

weder Ablehnungen noch Risikozuschläge geben. Im System der Privatversicherungen wird Wettbewerb hergestellt, weil die dort Versicherten künftig ihre Altersrückstellungen mitnehmen können und damit erstmals eine zumutbare Möglichkeit besteht, den privaten Versicherer zu wechseln.

- Der Einstieg in die zusätzliche Steuerfinanzierung erweitert die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig stabilere und gerechtere Basis gestellt. Dies ist eine grundlegende Neuerung bei der Finanzierung des Gesundheitswesens, weil es jetzt auch langfristig möglich ist, besonders gut Verdienende an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen. Dies ist ein erster Schritt, der angesichts der Blockade der Union ein großer Erfolg ist.
- Private Unfälle bleiben gesetzlich versichert. Die Union hatte gefordert, 7 Milliarden Euro im Gesundheitswesen einzusparen, indem die Versicherung privater Unfälle aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden sollte. Es ist gelungen, die geforderte Ausgliederung ganzer Leistungsbereiche zu verhindern. So bleibt die Behandlung von Folgen privater Unfälle, meistens Sport- oder Haushaltsunfälle in der GKV abgesichert.
- Anreize zur „Zwei-Klassen-Medizin“ werden abgebaut. Generell gelten die Grundsätze „Gleiches Geld für gleiche Leistungen“ auch für die Honorarzahungen an die Ärzte; gleich, ob sie aus den Töpfen der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung kommen.

In den kommenden Wochen werden wir diese Eckpunkte in Gesetzesform gießen. Die Reform soll zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.



II. „Finanzierungsdebatte und Versorgungsniveau“

Klaus Kirschner

ASG-Landesvorsitzender

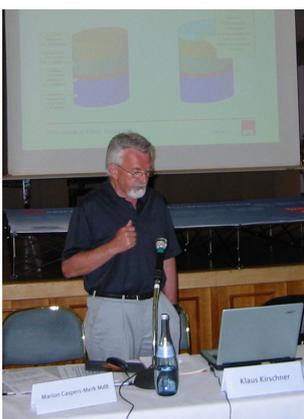
Mit seinem Beitrag zur Debatte um ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem ging Klaus Kirschner, der frühere langjährige Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im deutschen Bundestag insbesondere auf die Finanzierung und das Versorgungsniveau eines nachhaltigen Gesundheitssystems ein. Kirschner erinnerte daran, dass die richtige, programmatische Zielsetzung der SPD mit einer Bürgerversicherung leider in den von der Koalition vorgelegten Eckpunkten nicht mehr verfolgt wird.

Die Bewertung der von der Koalition vorgelegten Eckpunkte zur Gesundheitspolitik ist aus SPD-Sicht danach zu beurteilen, welche programmatischen Aussagen die Partei zur Bundestagswahl getroffen hat:

„Wir werden die Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung weiterentwickeln. Auch Gutverdienende, Beamte, Selbständige und Politiker werden in die solidarische Krankenversicherung einbezogen“. „Auch kranke und behinderte Menschen können wählen (in Bezug auf die PKV)“. „Es bleibt beim heutigen gesetzlichen Leistungskatalog.“ (SPD-Wahlmanifest)

Das waren die Wahlaussagen der SPD, mit denen für einen Erhalt des solidarischen Gesundheitswesens geworben wurde.

Kirschner sieht das Hauptproblem zur Finanzierung der GKV in der Arbeitslosigkeit und in den



Klaus Kirschner

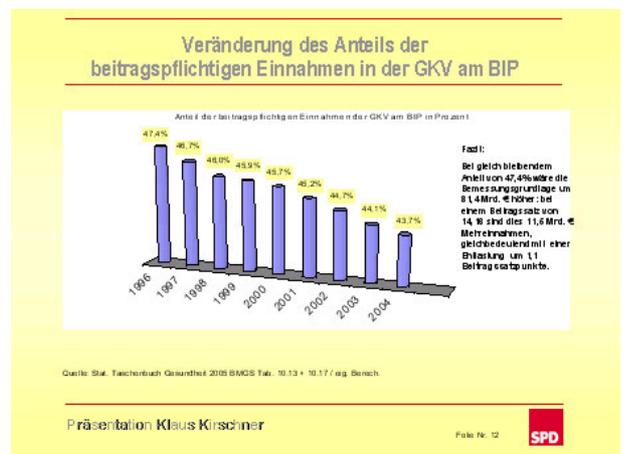
Lasten, die durch eine zu geringe Erwerbsquote sowie die nicht steuerfinanzierten gesamtgesellschaftlichen Belastungen, die den Sozialversicherungssystemen aufgebürdet worden sind. Dazu zählen Belastungen durch die deutsche Einheit und versicherungsfremde Leistungen.

„Die Arbeitslosigkeit und die Folgen für das Gemeinwesen schlechthin, sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und soweit die sozialen Sicherungen, ob öffentlich oder privat, davon tangiert sind, eine beider Systeme“.

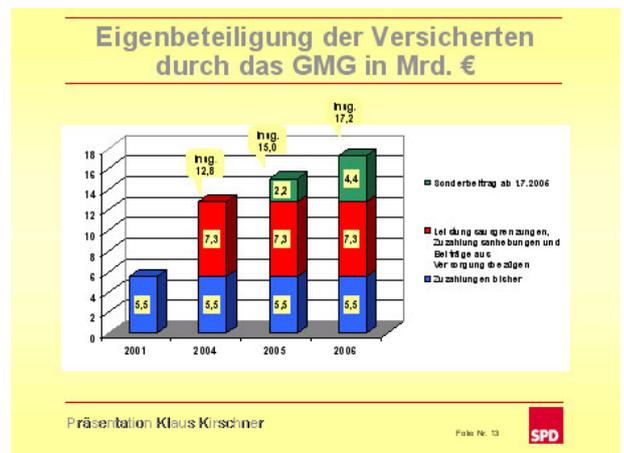
„Alle Bundesregierungen der letzten zwanzig Jahre und zwar aller Couleur, haben die finanzi-

ellen Folgen der Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigungsverhältnisse, 1- und 400-Euro-Jobs - Sozialversicherungsfreiheit von Entgeltbestandteilen für die Altersvorsorge und/oder die finanziellen Kosten der Deutschen Einheit – nicht ordnungspolitisch mit Steuern ausreichend finanziert, sondern durch Verschiebepunkte auf die Sozialversicherungssysteme verteilt. Das gilt auch für die Hartz-Gesetze.“

Die Folgen daraus sind starke Beitragssatzbelastungen der GKV durch eine zu niedere Bemessungsgrundlage. Gäbe es einen Gleichschritt des BIP-Wachstums wie die der Leistungsausgaben mit den sozialversicherungspflichtigen Entgelten, dann läge die Bemessungsgrundlage für die GKV- Beiträge um rd. 81 Mrd. € höher, der Beitragssatz wäre um 1,1 Beitragssatzpunkte geringer.



In der öffentlichen Debatte um die Lohnnebenkosten steht die GKV. Sie wird an der Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes beurteilt, mit der Folge, dass Leistungen gestrichen und/oder höhere Zuzahlungen erfolgen. Schon durch das GMG sind die gesetzlich Versicherten mehr belastet worden.



Auf 17,1 Mrd. € oder 1,7 Beitragssatzpunkte ist die Summe der Zuzahlungen, Leistungskürzungen und Leistungsausgrenzungen pro Jahr gestiegen. Dadurch wird die PKV immer mehr - vor

allem für Gutverdiener, Junge und Gesunde - attraktiv. Die PKV hat die Gesünderen – dank der Risikoauslese von allen durch die Beitragsbemessungsgrenze.

Das zeigt sich ganz gravierend bei einem Vergleich der sozialen Pflegeversicherung mit der privaten Pflegeversicherung. Bei einem gesetzlich identischen Leistungskatalog sind die Ausgaben nicht nur pro Versicherten, auch der Prozentsatz der Pflegebedürftigen ist erheblich geringer, denn die Morbidität der GKV-Versicherten ist höher, was sich an der geringeren Lebenserwartung zeigt.

Bei allen Erfolgen in der Hygiene, den verbesserten Arbeits-, Lebens- und Wohnumfeldbedingungen sowie des medizinischen Fortschritts, hängt die durchschnittliche Lebenserwartung ganz entscheidend von der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht ab.

Kritisch hinterfragt Kirschner „Was ist nun bei den verhandelten Eckpunkten herausgekommen“?



Sind wir mit dem in den Eckpunkten zentralen Vorschlag eines Einheitsfonds und dem daraus den Kassen zufließenden Einheitsbetrag – gestaffelt nach Geschlecht, Alter und Kranken – näher bei der CDU-Kopfpauschale oder bei der Bürgerversicherung? Insbesondere dann, wenn die großen Versorgerkassen eine Kopfpauschale – wenn auch beim Start eine „kleine“ – erheben müssen, weil der Finanzbedarf durch den aus dem sog. Gesundheitsfonds zugewiesenen Einheitsbetrag nicht zu decken ist.

Die GKV hat ein ihr politisch aufs Auge gedrücktes Defizit am Hals, wie immer sehr unterschiedlich verteilt.

Positiv zu bewerten sind die neuen Pflichtleistungen. Das bedeutet allerdings auch: in einem von der Politik gewollten Wettbewerb der Krankenkassen um die Erhebung der zusätzlichen Kopfpauschale oder nicht, werden Ermessens-

2007: Finanzlücken drohen

Entlastungen	GKV BUND
• AVVG ¹⁾	1,0 Mrd. €
Belastungen	
• Strukturdynamik Arznei mittelmarkt ²⁾	2,0 Mrd. €
• Rückführung Bundeszuschuss an GKV	2,7 Mrd. €
• Mehrwertsteuererhöhung auf 19 %	0,8 Mrd. €
• elektronische Gesundheitskarte	0,4 Mrd. €
• Senkung Beitrag ALG II-Empfänger	0,25 Mrd. €
• Netto-BELASTUNG 2007 entspricht:	6,15 Mrd. € rd. 0,61 %

¹⁾ bei optischer Umsetzung bis zu 1,3 Mrd. € jedoch in vollstehender Höhe nicht AVVG angefallene Beitragsrückstände in 2006 und 2007
²⁾ Eine weitere Brückendecke in Milliardenhöhe droht durch die auseinandergehende Einnahmen- und Ausgabenlinie

Präsentation Klaus Kirschner

Folie Nr. 22



leistungen auf der Strecke bleiben. Dazu gehören die Förderung von Selbsthilfegruppen, die Prävention, die Kur, die ambulante Reha, Schutzimpfungen und vieles mehr.

Die Krankenkassen werden in einen ruinösen Wettbewerb um Gesunde getrieben – die Höhe der kleinen Kopfprämie wird zum entscheidenden Parameter.

Das politische Geschrei wird nachher groß sein, aber es ist die Konsequenz, wenn die Krankenkassen in einen solch unsinnigen Wettbewerb gezwungen werden.

Noch im Koalitionsvertrag wurden andere Aussagen zu den Krankenkassen getroffen: Gewollt war eine „Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit... ..Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können“.

In den Eckpunkten werden sollen jetzt die so genannten Dachverbände überregional und regional für Einzug und Verteilung zuständig sein.

Wie soll das funktionieren, wenn das Beitragsrecht von den Krankenkassen zum Gesetzgeber wandert und der Fonds dies verteilt? Wie soll dies funktionieren, wenn das Vertragsrecht dem bzw. den Dachverbänden übertragen wird? Die Folge wird sein, eine schleichende Unterversorgung chronisch Kranker.

Was den Beitragseinzug angeht: es werden bewährte Strukturen zerschlagen. Seit 1942 sind die gesetzlichen Krankenkassen funktionierende Einzugstelle für die Gesamtsozialversicherungsbeiträge. Fällt dies weg, stehen Tausende von Arbeitsplätzen bei den Krankenkassen zur Kündigung an. Das ist kein Horrorgebilde, sondern sehr ernst zu nehmen. Und ein weiteres: kommt der Einheitstopf mit der angedachten Finanzierung, fließen aus Baden-Württemberg bis zu 500 Mio.€ in andere Bundesländer ab.

Der Fonds soll 95% der Ausgaben finanzieren. Das sind bei 145 Mrd. Ausgaben der GKV, verbleiben rd. 7 Mrd. €. Die Arbeitgeber und die Mitglieder werden um 3,5 Mrd. € beim Beitrag entlastet. Allerdings muss die dann zu finanzierende Lücke von 7 Mrd. € über die Kopfpauschale finanziert werden, d.h. dies zahlen die Versicherten. Nach der Entlastung durch den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 % bzw. 4,5 Mrd. € durch das GKV-Modernisierungsgesetz kommt eine weitere Arbeitgeberentlastung von 3,5 Mrd. €.

Kirschner sieht in den verhandelten Eckpunkten eine Aufkündigung der sozialen Krankenversicherung und der Solidarität im Gesundheitswesen.

Die drängenden Probleme werden nicht gelöst. Dazu gehören für ihn:

- Mangelnde Wirtschaftlichkeit - Effizienz der Versorgung
- Defizite in der Qualität und Vernachlässigung der Prävention
- Effektivität der Versorgungsstrukturen und Therapieverfahren
- Schichtenspezifisch ungleiche Gesundheitschancen
- Steigende Beitragsätze in der GKV (Ausgaben und Qualitätsprobleme)

III. „Die Rolle der Selbstverwaltung in der Gesundheitspolitik“

Dr. Peter Schwoerer

Stellv. ASG-Landesvorsitzender

Gegenwärtig wird die gesundheitspolitische Diskussion von der Prämisse der heilenden Wirkung des Wettbewerbs dominiert. Das spiegelt sich u.a. in der Tendenz zu Privatisierung der Krankenhäuser und der Entmachtung der öffentlich-



Dr. Peter Schwoerer

rechtlichen Körperschaften im Gesundheitswesen. Ungezügelter Wettbewerb und Privatisierung scheitern jedoch immer dann, wenn sie sich mit für den Menschen unverzichtbaren Gütern wie z.B. Energie, Wasser oder Gesundheit befassen. Die Behandlungsbe-

dingungen verschlechtern sich, die Gewinne der privatisierten Leistungserbringer steigen.

Nach jahrzehntelanger strikter Trennung der fachärztlichen Versorgung in ambulanten und stationären Bereich findet z.Zt. eine tiefgreifende Umstrukturierung durch Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung statt. Die damit verbundene Forderung nach Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird unter Wettbewerbsbedingungen zu regionalen Monopolen der Ärzteseite oder zu einem Monopol privatisierter Krankenhäuser in der Region führen.

Medizinischer Fortschritt ermöglicht ambulante Behandlung der Patienten am Krankenhaus, kürzere Liegedauer und breiten Bettenabbau. Die finanzielle Situation öffentlich-rechtlich geführter Krankenhäuser wird dadurch zunehmend dramatischer. Die öffentliche Hand reagiert mit Verkauf der aus Steuermitteln errichteten Krankenhäuser zu Schleuderpreisen an private Krankenhauskonzerne. Es bilden sich regionale Krankenhausmonopole mit schwerwiegenden Folgen für Patienten und Beschäftigte. Wettbewerb und Gewinnmaximierung drohen zu gewinnoptimierender Patientenselektion zu führen. Finanzielle Anreize führen z.B. zu Hochspezialisierung bei fragwürdiger Indikationsstellung und gleichzeitiger Vernachlässigung der Notfallmedizin. Die Qualität der Betreuung leidet unter Stellenabbau, Arbeitszeitverdichtung und „Frustration“ der Beschäftigten.

Auf dem Arzneimittelmarkt der Bundesrepublik herrscht nahezu unbeschränkter Wettbewerb. Die Kosten der Arzneimittelversorgung steigen im freien Wettbewerb schneller als die der stationären und ambulanten Krankenbehandlung. Das Forschungsmonopol der pharmazeutischen Industrie führt nicht zu sinnvollen medizinischen Innovationen, sondern zu gewinnträchtigen Scheininnovationen. Bedauerlicherweise enthalten die Eckpunkte der Gesundheitsreform keine Positivliste für Arzneimittel, in der Medikamente nicht nur nach ihrer Wirkung, sondern auch nach ihrem Nutzen bewertet werden.

Die Einführung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollte effizientere Strukturen im Gesundheitswesen bei besserer Versorgungs- und Beratungsqualität schaffen. Unter Kundenorientierung wird von den Kassen oft nur Neukundenorientierung verstanden. Die Werbung insbesondere von Jungen, Gesunden und Höherverdienenden treibt die Verwaltungskosten immer mehr in die Höhe. Weniger Dienst am Kunden stehen steigende Ausgaben für unpersönliche Call- und Kompetenzcenter

sowie immer mehr EDV am Arbeitsplatz gegenüber. Gleichzeitig erfolgt ein Abbau von Beratungsquantität und –qualität vor Ort. Persönliche Ansprechpartner werden in Hochglanzbrochüren zwar versprochen, sind in der Realität aber eher die Ausnahme. Dies wird für chronisch Kranke zum Problem.

Wettbewerb im Gesundheitswesen steht im Widerspruch zur Daseinsvorsorge des Staates. Der Staat muss die Daseinsvorsorge durch ein funktionsfähiges und bezahlbares Gesundheitswesen sichern!

IV. „Bedeutung der Gesundheitsreform für die Patienten“

Roland Sing

ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg

A. Grundsätzliche Bemerkungen

Mein Auftrag ist, eine Bewertung der heute vom Bundeskabinett zu beschließenden Eckpunkte aus der Interessenslage von Patienten zu bewerten. Deshalb und wegen der mir nur begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit kann ich auf Vieles leider nicht eingehen, obwohl es mir sehr schwer fällt mich zu begrenzen; aber ich will es versuchen.

Das Wichtigste ist zunächst, dass klargestellt wird, von welchem Standpunkt aus eine Gesundheitsreform entwickelt wird. Ich jedenfalls bewerte die vorliegenden Eckpunkte unter dem



Roland Sing

Blickwinkel der Versorgung von Patienten. Mein Eindruck ist in diesem Zusammenhang, dass die Eckpunkte unter fiskalischen Gesamtüberlegungen zustande kamen, wobei hinzukommt, dass ein in sich schlüssiges Konzept nicht erkennbar ist. Das verwundert auch nicht, wenn man sich die Ausgangslage der Akteure betrachtet und wie die Eckpunkte letzten Endes in einer Nachtsitzung (!) auch zustande kamen.

Zurück zum Grundverständnis: Mein Verständnis ist weiterhin, dass die Bundesrepublik Deutschland nach Art. 20 GG ein demokratischer und sozialer Rechtsstaat ist. Das bedeutet in der Folge, dass die Solidarprinzipien weiterhin Gültigkeit haben müssen und insoweit die Richtschnur für sozialpolitisches Handeln sein müssen. Ich jedenfalls bewerte die Eckpunkte auch vor dem Hintergrund, ob weiterhin gilt, dass der Einkommensstärkere für den Einkommenschwächeren, der Gesunde für den Kranken und der Jüngere für den Älteren einzutreten hat. Lege ich diese Meßlatte an, gibt es ernsthafte Fragezeichen, ob bei der Abfassung der Eckpunkte diese Grundsätze wirklich als Richtschnur dienten.

Ich erwähnte bereits, dass ich die Versorgungssituation der Patienten in den Mittelpunkt meiner Bewertung stelle. Vor diesem Hintergrund ist es jedenfalls für mich unverständlich, weshalb die Versorgung von Pflegebedürftigen außen vor bleibt. Zwar gibt es die Vertröstung, dass entsprechende Fragen im Anschluss an eine Gesundheitsreform gelöst werden sollen, sachgerecht unter Patientensicht ist dies aber nicht. Es gibt keinen Pflegebedürftigen, der nicht gleichzeitig behandlungsbedürftig ist; allein diese Faktenlage zeigt den inneren Zusammenhang und die Notwendigkeit zum Handeln auf.

B. Wirkungen des Gesundheitsfonds auf Patienten

Zunächst ist es erforderlich, dass ich einige Erläuterungen zu der geplanten neuen Finanzierungsart (Gesundheitsfonds) der gesetzlichen Krankenversicherung mache. Die neuen finanziellen Rahmenbedingungen haben entscheidende Konsequenzen auf das künftige Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesundheitsfonds soll künftig die bisherige Finanzierungsform durch Beiträge pro Krankenkasse ersetzen. In den Fonds einzahlen sollen nach unterschiedlichen Spielregeln Arbeitgeber, Versicherte und der Staat, letzterer mittels Steuermittel, wobei ein intensiver Streit gerade derzeit geführt wird, ob überhaupt und in welchem Umfang Steuermittel einsetzbar sind. Dazu möchte ich mich heute nicht äußern, aber

zu den Wirkungen eines so mit Finanzmittel gefüllten Gesundheitsfonds.

Obwohl die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitsfonds bisher noch nicht vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass bundesweit und damit zentral jede Krankenkasse einen bestimmten Betrag pro Versicherten zugewiesen bekommen wird. Der Betrag wird so definiert, dass alle Krankenkassen zunächst gleich behandelt werden sollen. Es wird allerdings gewisse Zuschläge, definiert in Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiken geben, wobei ein absoluter Kostenausgleich dieser Faktoren nicht vorgesehen werden wird. Unterstellt wird künftig, dass alle Krankenkassen mit den ihnen zugewiesenen Finanzmitteln jeweils auskommen können. Sollte dies nicht der Fall sein, müssen die Krankenkassen zuerst auf dem Leistungssektor – sicher auch bei den Verwaltungskosten - versuchen, zu Kostenreduzierungen zu kommen.

Wenn die Mittel aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen soll künftig eine so genannte Gesundheitsprämie individuell pro Krankenkasse



v.l.: Roland Sing, Dr. Peter Schwoerer, Dietmar G. Braun, Konstanze Wegner

eingeführt werden können, Das bedeutet nichts anderes, als dass eine Krankenkasse von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben muss, wenn die Mittel aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen. Dieser Zusatzbeitrag ist auf 1 % des Einkommens der Versicherten zunächst zwar begrenzt, er wird jedoch relativ schnell in nennenswerte Größenordnungen kommen können, die letztendlich dazu führen, dass Krankenkassen mit einem solchen Zusatzbeitrag bzw. Prämie nicht mehr wettbewerbsfähig sind.

Dies gilt um so mehr, als umgekehrt künftig übrigens folgendes gilt: Krankenkassen mit ausschließlich guten Risiken werden in die Lage versetzt, ihren Versicherten Bonuszahlungen leisten zu können, weil sie die ihnen zugewiesenen Fi-

nanzmittel aus dem Gesundheitsfonds nicht in vollem Umfang benötigen.

Deshalb drohen höchste Gefahren für die Versorgung von Patienten insbesondere schwerkranke Patienten. Man kann es auch kurz und knapp formulieren:

Die Wirkungen einer Zusatzprämie richten sich vor allem gegen Kranke, gegen Versicherte mit geringerem Einkommen, und sie eröffnet - ich bedaure dies so formulieren zu müssen - die „Jagd“ der Krankenkassen auf junge und gesunde Versicherte, und zwar ausschließlich!

Jedenfalls wird nach meiner Einschätzung bei einem solchen System alles darauf angelegt sein, durch viele Einzelmaßnahmen offen oder verdeckt durch sog. Einzelfallsteuerung dazu zu kommen, die Leistungen für die Patienten einzuschränken. Nach dem Eckpunktepapier sollen Kassenvorstände künftig ihre Managementfähigkeiten dadurch unter Beweis stellen, dass sie u.a. solche Leistungseinschränkungen organisieren. Leistungen zu streichen ist im übrigen im Einzelfall sehr wohl möglich ohne kreativ zu sein. So jedenfalls kann und darf aus Patientensicht die Zukunft einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht organisiert sein.

C. Konkrete Beispiele für eine künftige restriktive Leistungsgewährung

Der angedachte Gesundheitsfonds wird sich zunächst auf die Satzungsleistungen also auf die Mehrleistungen einer Krankenkasse auswirken. Sobald absehbar ist, dass einer Krankenkasse die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel nicht ausreichen werden, wird sie Satzungsleistungen ersatzlos streichen müssen. Bei den Kann - bzw. Ermessensleistungen wird von den Krankenkassen ebenfalls sehr restriktiv verfahren werden müssen: benachteiligt sind Kranke.

In diesem Zusammenhang ist interessant, dass es derzeit als Erfolg ausgegeben wird, die geriatrische Reha und die Mütter/Väter/Kind-Kuren künftig als Pflichtleistungen auszuweisen. Das bedeutet nichts anderes, als dass anscheinend (nach meiner Meinung auch tatsächlich) wohl in den letzten Jahren bei der Bewilligung solcher Leistungen etwas schief gelaufen ist. Nachdem aber alle anderen Reha-Leistungen weiterhin Ermessensleistungen bleiben sollen, ist bereits jetzt der Beweis erbracht, dass künftig Leistungseinschränkungen in großem Stil in diesen Bereichen vorprogrammiert sind. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bei einer Krankenkasse künftig weniger Interesse bestehen wird, Kranke versichert zu haben.

Ein weiteres Beispiel ist der Bereich der Arzneimittelversorgung. Öffentlich wird derzeit diskutiert, ob es pro Krankenkasse eine sog. Arzneimittelpositivliste geben könnte. Dies sieht das Eckpunktepapier derzeit explizit zwar nicht vor; allerdings bleibt die konkrete Ausgestaltung der Neuregelung im Arzneimittelbereich abzuwarten. Die Einholung einer Zweitmeinung eines Arztes bei der Rezeptur eines kostenintensiven Arzneimittels gehört nach meiner Einschätzung ebenfalls in die Kategorie Leistungseinschränkung. Sollte der Gedanke sein, kostenintensive Arzneimittel nur durch fachlich dafür kompetente Ärzte verordnen zu lassen, bedarf es keines zusätzlichen Gutachterverfahrens sondern einer



v.l.: Klaus Kirschner, Bärbel Jung, Marion Caspers-Merk MdB, Udo Lutz

fachgerechten Fassung der Arzneiverordnungs-Richtlinien.

Ein nicht akzeptabler Weg ist die wahlweise Einführung der Kostenerstattung. Die Zeit reicht leider nicht aus, um die verheerenden Wirkungen für Patienten im Einzelfall beim Kostenerstattungsprinzip darzustellen. Fest steht, dies ist der Weg in eine andere, d.h. private Krankenversicherung. Dass die Landesregierung von Baden-Württemberg –fast unbemerkt von der Öffentlichkeit- diesen Weg in ihrer Koalitionsvereinbarung ebenfalls anstrebt, macht das Ärgernis nur noch größer. Aus Patientensicht kann ich nur warnen, diesen Weg zu beschreiten.

Enttäuschend ist im übrigen, dass Fragen der Interessensvertretung von Patienten in dem Eckpunktepapier faktisch keine Rolle spielen. Jedenfalls wird die Problematik der Patientenvertretung weiterhin offen gelassen – das gilt auch im Verhältnis zur Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen.

D. Schlussbemerkungen

Lassen Sie mich am Schluss feststellen. Trotz meiner Kritik an der aktuellen Situation gibt es noch Hoffnung. Bisher liegen nur Eckpunkte vor. Diese müssen Anfang September in einen ersten Referentenentwurf münden. Wenn dieser vorliegt, wird man erst richtig einschätzen können, was denn wirklich verändert werden soll. Hier wird es dann auch sehr aufs Detail ankommen. So zum Beispiel wie soll denn der künftige Risikoausgleich unter den Krankenkassen konkret aussehen und wirken? Dies gilt grundsätzlich aber für alle Regelungen die bis heute in den Eckpunkten teilweise nur ansatzweise beschrieben sind.

Mein Rat ist abschließend: Jetzt und in Zukunft müssen wir uns einmischen und auf Korrekturen drängen, damit es dabei bleibt, dass jeder ohne Rücksicht auf sein Einkommen die notwendige medizinische Behandlung auch weiterhin erhalten kann.



Siegfried Hörmann, Vorsitzender des Landes Seniorenrates, bei seinem Grußwort