

FÜR EINE SOLIDARISCHE GESUNDHEITSREFORM

Eine Zwischenbewertung aus Sicht der Parlamentarischen Linken in der SPD-Bundestagsfraktion

Was zu begrüßen ist!

In der aktuellen Diskussion um die Gesundheitsreform ist die Parlamentarische Linke in der SPD-Bundestagsfraktion immer für eine nachhaltige und gerechte Reform des Gesundheitswesens eingetreten. Im Interesse einer solidarischen und nachhaltigen Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind folgende Strukturelemente der geplanten Gesundheitsreform zu begrüßen:

- Der Erhalt und weitere Ausbau des Leistungskataloges der GKV;
- die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelmarkt durch verstärkte Kosten-Nutzen-Analysen und die Möglichkeit der Ausschreibung bei Hilfsmitteln;
- der Ausbau der Prävention und der integrierten Versorgung;
- die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung;
- die leistungsgerechte Honorierung für Ärzte, die das intransparente Punktesystem ablösen soll.

Diese qualitativen Elemente der Gesundheitsreform weisen ohne Zweifel in die richtige Richtung. Diese Elemente der Reform zeigen zugleich auf, was insbesondere für die Versicherten auch im Rahmen des jetzigen Systems an bedeutenden Verbesserungen möglich ist, ohne dass es zu grundsätzlichen Systemumstellungen kommen muss.

Positiv ist weiterhin, dass alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Krankenversicherung erhalten sollen. Die PKV wird hierfür einen dem Leistungskatalog der GKV entsprechenden Basistarif zu bezahlbaren Prämien anzubieten haben, bei denen es allerdings keine Diskriminierungen z. B. nach Geschlecht und Alter geben darf.

Klargestellt werden muss auch, dass es sich nicht nur um das Recht auf eine Krankenversicherung, sondern um eine Versicherungspflicht handelt. Weiterhin ist zu definieren, von wem die Prämienzahlungen im Falle von Bedürftigkeit der zu Versicherenden erfolgen.

Positiv können auch vergrößerte Wahlmöglichkeiten der Versicherten innerhalb der GKV gesehen werden.

Kritisiert wird jedoch die Aufweichung des Sachleistungsprinzips der GKV dadurch, dass Versicherte jederzeit auch im Einzelfall die Kostenerstattung wählen können. Es besteht die große Gefahr, dass Patienten von Leistungserbringern in die Kostenerstattung gedrängt werden. Patienten bleiben dabei auf Kosten sitzen, weil die an ihnen erbrachten Leistungen über das medizinisch notwendige hinausgehen, das die Krankenkassen erbringen.

Unverzichtbar ist, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zur Beratung über die Konsequenzen des Kostenerstattungsprinzips gegenüber ihren Versicherten erhalten bleibt. Nach dem gegenwärtigen Stand ist die bisherige Beratungspflicht nämlich ausdrücklich aufgehoben.

Was widersprüchlich und kontraproduktiv bleibt!

Unabhängig von diesen positiven Reformschritten hat sich bei den Verhandlungen gezeigt, wie wenig das sozialdemokratische Konzept von Bürgerversicherung und Solidarität und das Konzept von CDU/CSU von Kopfpauschale und Privatisierung vereinbar sind.

Die Parlamentarische Linke in der SPD-Bundestagsfraktion erwartet, dass auch gegenüber der Bevölkerung und allen Beteiligten am Gesundheitswesen deutlich gemacht wird, was zwischen SPD und CDU und CSU in der Großen Koalition streitig ist und nicht zu einem positiven Ergebnis geführt werden konnte. Insbesondere hinsichtlich der Finanzierung der GKV gab und gibt es zwischen den Vertragspartnern der Koalitionsparteien erhebliche Differenzen. Eine zweite steuerfinanzierte Einnahmesäule konnte nur in unzureichendem Umfang erreicht werden. Die vorgesehenen 3 Mrd. Euro für 2009 fallen sogar hinter die derzeitige Steuerfinanzierung in Höhe von 4,2 Mrd. Euro zurück. Belastbare Aussagen und Verhandlungsergebnisse über die Finanzierung der Mittel bis zum Jahr 2009 und darüber hinaus, den angestrebten Umfang der Steuerfinanzierung aus mittel- und langfristiger Sicht und die konzeptionelle Verwendung dieser Steuerfinanzierung konnten von den Vertragspartnern noch nicht vorgelegt werden.

Auch in anderen zentralen Punkten ist die vorliegende Vereinbarung hinter den zwingenden Erfordernissen der Zukunft zurück geblieben. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigung für die Sicherstellung der Versorgung im ambulanten Bereich bleibt bestehen. Eine aus Gründen der Gerechtigkeit und der finanziellen Stabilität gebotene finanzielle Einbeziehung der PKV in das Gesamtsystem der Krankenversicherung konnte nicht durchgesetzt werden. Die Privaten sollen nach wie vor nicht in das Solidaritätsprinzip der Krankenversicherung einbezogen werden.

Was am Gesundheitsfonds problematisch ist!

Als besonders problematisch sehen wir schließlich die Einführung des Gesundheitsfonds mit dem zweigeteilten Versicherungsbeitrag an, der von konservativer Seite praktisch zum Schlüsselprojekt dieser Reform erhoben wurde. Die Parlamentarische Linke in der SPD-Bundestagsfraktion hat hierzu schon im April 2006, als dieser Fonds erstmals durch den CDU-Fraktionsvorsitzenden Kauder in die Debatte gebracht wurde, sehr kritisch Stellung bezogen. Diese Kritik sehen wir sowohl vom Grundsatz wie von wesentlichen Details, wie sie jetzt vereinbart wurden, noch nicht ausgeräumt, sondern im Gegenteil bestätigt und mit zusätzlichen offenen Fragen belastet.

Statt dessen steht die Einführung eines Gesundheitsfonds im Zentrum. Mit ihm sollen vor allem zwei Ziele erreicht werden: Eine wirtschaftliche Verwendung des Beitrags aus Steuermitteln und ein vereinfachter und verbesserter Risikostrukturausgleich. Beide Ziele sind berechtigt, können aber unbürokratisch und schnell auch ohne Fonds erreicht werden. Wir weisen darauf hin: Die Einführung eines morbiditäts-

orientierten Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen ist bereits im Deutschen Bundestag beschlossen worden und könnte auch ohne die neue Konzeption des Gesundheitsfonds umgehend eingeführt werden.

Um so wichtiger ist es, das Konstrukt des Fonds unter zwei Gesichtspunkten kritisch zu hinterfragen und zu analysieren.

Zum einen muss es dabei um den Anspruch der größeren Effizienz und Transparenz, der Entbürokratisierung und der Praktikabilität gehen. Nach dem jetzigen Erkenntnisstand haben wir große Zweifel daran, dass diese Ansprüche durch die vorgeschlagene Konstruktion tatsächlich eingelöst werden können.

- Es steht vielmehr zu befürchten, dass es hier umfangreiche Doppelverfahren und Zusatzverwaltungen gibt, z. B. beim Einzug des Zusatzbeitrags.
- Allein die Einrichtung und die Pflege des Fonds belastet finanziell zusätzlich die Krankenversicherung und ein wichtiger Teil der Selbstverwaltung in den Krankenversicherungen wird entscheidend geschwächt.
- Auf der anderen Seite führt der Verlust der Beitragssatzhoheit der Krankenkassen zu einer paradoxen Situation, denn das BMG, das den Beitragssatz künftig festsetzen soll, hat selbst keinen Einfluss auf Menge und Art der Leistungen. Zudem ist nicht geklärt, wie die Entschuldung der Krankenkassen bewerkstelligt werden soll.

Der zweite zentrale Gesichtspunkt richtet sich auf die Frage der Gerechtigkeit und der nachhaltigen Sicherung von Solidarität in der Krankenversicherung als zentralem Teil des sozialen Modells Deutschland. Das vorgeschlagene Modell sieht vor, dass Krankenkassen, die mit den Fondsmitteln nicht auskommen, pauschale oder einkommensbezogene **Zusatzbeträge** von den Versicherten erheben sollen. Auch wenn die Zusatzprämie an eine Härtegrenze von einem Prozent des jeweiligen Haushaltseinkommens gebunden sein wird, belasten diese Zusatzbeiträge in Zukunft einseitig die Versicherten mit ihrem Einkommen, während die Arbeitgeber mit ihrem Anteil bei diesem Zusatzbeitrag freigestellt sind. Die Parität wird damit weiter ausgehöhlt. Das Gewicht von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gegenüber der Seite der Kostenträger wird weiter geschwächt; die Arbeitgeber sind tendenziell aus ihrem Interesse an Prävention, exzellenter Behandlung und Effizienz weiter entlassen.

Der Zusatzbeitrag drängt den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen damit weg von einem Wettbewerb um die bessere Qualität hin zu einem Wettbewerb um einkommensstarke Mitglieder bzw. zwingt die Kassen in eine Verschlechterung ihrer Leistungen. Eine Krankenkasse mit vielen geringverdienenden Mitgliedern kann ihren Haushalt durch den Zusatzbeitrag nicht sanieren. Da die Zusatzbeiträge nicht in den Finanzausgleich der Kassen einbezogen sind, ist für die Krankenkassen entscheidend, ob sie in Zukunft die Zahl ihrer einkommensstarken Mitglieder erhöhen kann. Damit wird aber eine Orientierung entscheidend verstärkt, die nicht die Qualität der Versorgung, sondern die Bonität der Mitglieder ins Zentrum rückt.

Wenn der Fonds einmal installiert ist, wird nach dem vorgelegten Modell auch der geteilte Beitrag irreversibel und schwebt die unbegrenzte zusätzliche Kopfpauschale oder der prozentuale Zusatzbeitrag ohne Sozialausgleich wie ein Damoklesschwert

über dem solidarischen Gesundheitssystem. Die Konstruktion, dass die Regierung über den Grundbeitrag in den Fonds für alle gesetzlich Versicherten zu entscheiden hat, trägt im übrigen die politische Logik in sich, dass eine Begrenzung des Zusatzbeitrags nicht lange halten wird und eine Erhöhung des Zusatzbeitrags in jedem Falle wahrscheinlicher ist als eine Erhöhung des Grundbeitrages. Je höher die Zusatzbeiträge in Zukunft allerdings steigen werden, um so attraktiver wird die private Krankenversicherung. Es steht deshalb zu befürchten, dass der Fonds an erster Stelle die PKV stärkt und die GKV schwächt.

Was uns wichtig ist!

Um so wichtiger ist aus Sicht der Parlamentarischen Linken in der SPD-Bundestagsfraktion die Klärung und Sicherstellung einiger zentraler Punkte durch das Anhörungsverfahren, die weitere fachliche Beratung und die Anschlussverhandlungen und parlamentarischen Beratungen.

1. Es muss ein umfassender und zielgenauer morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich eingeführt werden, der in der Lage ist, das Krankheitsgeschehen tatsächlich abzubilden. Es muss gewährleistet sein, dass grundsätzlich sowohl alle behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankungen einbezogen werden, insbesondere auch die Kosten der Rehabilitation, aber auch teure akute Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf.
2. Auf die Einführung des unsozialen Zusatzbeitrags in der verabredeten Form muss verzichtet werden. Gerade Geringverdiener, Hartz-IV-Empfänger, Rentner, Heimbewohner oder Studenten werden durch die „8-Euro-Regel“ unverhältnismäßig stark belastet. Der Zusatzbeitrag darf auch bei geringen Einkommen 1 Prozent des Beitragseinkommens nicht überschreiten. Auch beim Zusatzbeitrag muss der Nachteil der grundlohnschwachen Kassen durch einen Ausgleich zwischen allen Kassen ergänzt werden.
3. Die finanzielle Situation der GKV muss in jedem Fall verbindlich verbessert werden. Um dies zu gewährleisten, muss die Absenkung des Zuschusses aus Steuermitteln rückgängig gemacht werden. Ein weiterer Schritt kann sein, nicht eingeplante Steuermehreinnahmen für einen höheren Bundeszuschuss zu verwenden; nach 2009 muss die Stabilisierung der Finanzbasis dann durch zusätzliche Steuereinnahmen gefestigt werden.

Gerade die Frage der Steuerfinanzierung, aber auch ungeklärte Annahmen und Projektionen an anderer Stelle wie auch die Verschiebung der Einführung des Gesundheitsfonds auf den 1. Januar 2009 nach den Landtagswahlen in Hessen, Bayern und Niedersachsen zeigen, wie groß die Unsicherheiten und Vorbehalte gegenüber diesem Konzept insgesamt sind.

Wir sehen mit großer Sorge, unabhängig von den grundsätzlichen konzeptionellen Kritikpunkten an dem Fondsmodell, dass derartige massive Strukturveränderung ohne ausreichende Präzisierung und Transparenz der Eckdaten, ohne hinreichende Sicherheit und Effizienz der organisatorischen Abwicklung und ohne Verlässlichkeit der einzelnen Maßnahmen vorgenommen werden sollen. An einem Krankenversicherungssystem für 80 Mio. Versicherte darf aber nicht nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum herumoperiert werden.

Wir regen deshalb mit großem Nachdruck an, eine endgültige Inkraftsetzung einer solchen großen Strukturreform durch den Fonds, die derzeit für den 1.11.2008 bzw. den 1.1.2009 vorgesehen ist, erst nach einer Überprüfung in Bezug auf das Eintreten und die Garantie bestimmter erwarteter Effekte der Eckpunkte des Fondsmodells endgültig vorzunehmen.

Hierzu sind als Kriterien, die zum August 2008 zu erfüllen sind, insbesondere zu nennen:

- 1) Ein plausibles Konzept für die stärkere Steuerfinanzierung der GKV.
- 2) Es muss gewährleistet sein, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturgleich voll funktioniert. Maßstab dafür ist der Vorschlag der Gutachter des BMG. Es muss sichergestellt sein, dass das Umverteilungsergebnis zwischen Kassen mit vielen Gesunden und Kassen mit vielen Kranken nicht mehr als zehn Prozent vom Ergebnis des Gutachtens abweicht, weil sonst die Kassen mit vielen chronisch Kranken benachteiligt würden. Dass dies bei der Beibehaltung des Schwellenwerts von fünfzig Prozent möglich wäre, muss nachgewiesen werden.
- 3) Der Fonds muss den Beitragssatz der Krankenkassen zum Zeitpunkt der Einführung zu mindestens hundert Prozent abdecken.
- 4) Selbst dann, wenn Punkt 3 erfüllt ist, muss für zahlreiche Versicherte wahrscheinlich ein Zusatzbeitrag erhoben werden; durch einen solchen Zusatzbeitrag dürfen aber nicht mehr als zehn Prozent der Versicherten belastet werden.
- 5) Für Kassen mit niedrigem Grundlohn, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen, muss durch den Fonds ein Ausgleich für ihre Grundlohnschwäche gesichert sein.

Erläuterung:

Selbst wenn der Gesundheitsfonds den durchschnittlichen Beitragssatz der Krankenkassen zu 100 Prozent abdeckt, müssen bei Einführung des Fonds zahlreiche Versicherte einen Zusatzbeitrag (kleine Kopfprämie oder prozentual) bezahlen. Das liegt daran, dass der Fonds den Krankenkassen mit vielen jungen und gesunden Mitgliedern mehr Geld zuweist als diese überhaupt benötigen. Ein Teil dieser Mittel wird von den hier betroffenen Betriebskrankenkassen an die Versicherten wieder zurückerstattet. Im Gegenzug fehlen den AOKen, den Ersatzkrankenkassen mit vielen chronisch Kranken und einigen Betriebskrankenkassen Mittel, da sie mit den Zuweisungen aus dem Fonds alleine nicht auskommen werden. Somit müssen diese Kassen, obwohl der Fonds die Kosten der Krankenversicherung zu hundert Prozent abdeckt, bei seiner Einführung bereits Zusatzbeiträge erheben.