

GESUNDHEITSREFORM

Nach der Reform ist vor der Reform

■ Rainer Brückers

Auch nach über einem Jahr nach Inkrafttreten der letzten großen Gesundheitsreform in Deutschland verstummt die Kritik an den beschlossenen Änderungen nicht. Zudem zeichnen sich weitere Reformnotwendigkeiten ab.

Zum ersten Jahrestag des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) am 1. April 2008 hat Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) noch eine positive Bilanz der Gesundheitsreform gezogen. Als den größten Erfolg des Gesetzes bezeichnet das Bundesministerium für Gesundheit die Rückkehr von mehr als 100.000 Personen in die Krankenversicherung, die vor der Reform keinen Versicherungsschutz hatten, womit sich die Zahl der Nichtversicherten in Deutschland mehr als halbiert habe. Mit der Versicherungspflicht soll jeder Bürger den Schutz einer Krankenversicherung haben, »ganz gleich, was er ist und was er war«, so Schmidt. Dies kann man neidlos als einen Erfolg beschreiben, an dem auch die freie Wohlfahrtspflege in der gemeinsamen Kampagne mit dem Bundesministerium für Gesundheit beteiligt war. Des Weiteren sei auch die Stärkung der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter, Väter und Kinder, die seit letztem Jahr gesetzliche Pflichtleistungen der Kassen geworden sind, ein Indiz und bedeutender Schritt für die Gesundheit von Familien. Der erhebliche Anstieg der bewilligten Maßnahmen seit der Gesundheitsreform zeige, dass die Leistungen für Familien sich tatsächlich verbessert hätten.

Trotz einiger Verbesserungen hat sich jedoch bewahrt: Nach der Reform ist vor der Reform. Für den geplanten Gesundheitsfonds wird es immer enger. Nach den Kassen, der Wirtschaft, den Wohlfahrtsverbänden, namhaften Gesundheitsökonominnen und auch den Gewerkschaften fordern immer mehr Politiker aller Parteien den Verzicht auf den Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009. Nach einer Forsa-Umfrage lehnen bereits zwei Drittel der Deutschen die staatliche Festlegung der Kassenbeiträge als Weg in eine Einheitsversicherung ab. Die von Union und SPD für 2009 beschlossene Einführung des Gesundheitsfonds stößt auch in der Bevölkerung auf eine breite Ablehnung. Manfred Güllner, Forsa-Geschäftsführer, bewertet die von der TKK in Auftrag gegebene Befragung: »Welche Seite des Fonds man auch beleuchtet: In der Bevölkerung überwiegt die Ablehnung – bemerkenswert für ein derart zentrales Reformelement.«

Selbst innerhalb der SPD werden Stimmen gegen den Gesundheitsfonds laut, da der Fonds nicht dazu beiträgt,



Rainer Brückers (58) ist Diplom-Sozialwissenschaftler und seit 1992 Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des AWO Bundesverbandes. Zuvor war er Geschäftsführer des AWO-Bezirksverbandes Mittelrhein. Internet <http://www.awo.org>

die bestehenden Unterschiede und Ungerechtigkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auszugleichen. Im Gegenteil: Er vergrößert sie sogar noch, so ein SPD-Abgeordneter. Für die Kassen seien auch nach der Reform die einkommensstarken und gesunden Mitglieder attraktiver als chronisch Kranke mit geringen Einkünften. Der mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV »beabsichtigte Wettbewerb zwischen den Kassen laufe entsprechend fehlgesteuert«.

So gesehen verwundert es nicht, dass auch der eingesetzte »Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches« beim Bundesversicherungsamt (BVA) im März 2008 geschlossen zurückgetreten ist. Das ist wohl als ein Eingeständnis zu werten, dass auch der Beirat den neuen krankheitsbezogenen Finanzausgleich zwischen den Kassen (»morbidityorientierter Risikostrukturausgleich«, Morbi-RSA) als völlig unzulänglich bewertet und dazu keine Problemlösung erarbeiten konnte.

Gesundheitsfonds: AWO fordert ausreichende Fondszuweisungen für chronisch und schwerkranke Versicherte

Der Anspruch des mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 2009 neu vorgesehenen Gesundheitsfonds ist es, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu verbessern. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Beitragsmittel zielgerecht bei den Krankenkassen ankommen, bei denen die chronisch und schwerkranken Menschen versichert sind. Dies wird mit dem bisherigen Risikostrukturausgleich nicht gewährleistet. Deshalb hat auch das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (Az.: 2 BvF 2/01) gefordert, den Risikostrukturausgleich zielgerecht weiterzuentwickeln. →

Reicht der durch Rechtsverordnung ab 2009 GKV-einheitlich festzulegende GKV-Beitragsatz nicht zur Deckung der gesamten GKV-Ausgaben aus, sollen die Mittelzuweisungen an die Krankenkassen entsprechend gekürzt werden. Diese Kürzungen müssen die Krankenkassen dann über den neu installierten Zusatzbeitrag ausgleichen, der von den Mitgliedern alleine – nicht mehr gemeinsam mit den Arbeitgebern – aufzubringen ist. Eine solche erneute Verschiebung von Beitragslasten auf Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie Rentner ist sozialpolitisch nicht vertretbar. Aus diesen Gründen fordert die Arbeiterwohlfahrt (AWO):

- Für den ab 2009 vorgesehenen Gesundheitsfonds muss der Risikostrukturausgleich zielgerecht weiterentwickelt werden. Der Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats zur Krankheitsauswahl reicht hierfür nicht aus. Nur mit einer Berücksichtigung der kostenintensiven und häufigen chronischen Krankheiten und Volkskrankheiten kann gewährleistet werden, dass die Beitragsmittel auch zur Verbesserung der Versorgung der kranken und schwer kranken Patienten und ihrer Rehabilitation genutzt werden.
- Der Gesundheitsfonds muss finanziell ausreichend und stabil ausgestattet sein. Dies ist eine notwendige Voraussetzung für eine sozial verträgliche Verteilung der Beitragslasten.
- Soweit Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben müssen, sind die infolge der Härteklauseel entfallenden Beitragseinnahmen durch den Fonds – und nicht allein durch die übrigen Mitglieder der betroffenen Krankenkasse – auszugleichen. Nur so kann vermieden werden, dass es ab 2009 zu einem erneuten Risikoselektionswettbewerb um Besser verdienende zwischen den Krankenkassen kommt.

Bürgerversicherung: AWO fordert eine solidarische Finanzierung der GKV

Das deutsche Gesundheitssystem garantiert jedem eine adäquate Versorgung im Krankheitsfall. Dies ist ein elementarer und unverzichtbarer Bestandteil unserer sozialen Realität. Die Grundlage hierfür bietet die solidarisch finanzierte Gesetzliche Krankenversicherung.

Zur langfristigen Sicherung des solidarisch finanzierten Gesundheitswesens bekräftigt die AWO ihre Forderung nach einer umfassenden Bürgerversicherung. Ein Systemwechsel im Sinne einer Bürgerversicherung wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg dahin. Voraussetzung dafür sind nach Ansicht der AWO die Einbeziehung aller Einkommensarten und die Beteiligung aller Bürger und Bürgerinnen entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des Gesundheitssystems. Dazu gehört auch die Einbeziehung von Beamtinnen und Beamten sowie Selbstständigen in die Bürgerversicherung sowie die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, um den Versichertenkreis zu erweitern.

Nach den unzureichenden Reformen der letzten Jahre, die vorwiegend aus Leistungskürzungen zulasten der Versicherten und aus der Ausweitung der Eigenbeteiligung bestanden, sollte die neue Gesundheitsreform eine zukunfts-feste, auf Dauer angelegte Reform werden, die Verteilungsgerechtigkeit und eine nachhaltige Finanzierung sicherstellt. Festgestellt werden muss, dass mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV Chancen für eine echte Reform vertan worden sind, einer Reform, die in weiten Teilen hinter unseren Erwartungen zurückgeblieben ist. ♦

Die Änderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im zeitlichen Überblick

Stichtag 2./3. Lesung: 2. Februar 2007

Wechsel von freiwillig GKV-Versicherten in die private Krankenversicherung

- Stichtag für die Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze

1. April 2007

Pflicht zur Versicherung/Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung

- Versicherungspflicht in der GKV für Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die früher gesetzlich versichert waren
- Anwartschaften: Ausweitung auf neue Personengruppen
- Krankenkassenbeitrag für Selbstständige: Absenkung des Mindestbeitrags möglich

Medizinische Versorgung

- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser
- Ausbau der Palliativversorgung
- Finanzielle Verbesserungen für Träger von Kinderhospizen
- Anspruch auf geriatrische Rehabilitation sowie auf alle anderen medizinischen Reha-Leistungen
- Impfungen und Vater-/Mutter-Kind-Kuren sind Pflichtleistungen
- Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Betriebskostenzuschuss der Krankenkassen bei ambulanten Geburten im Geburtshaus
- Verbesserung der Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege
- Erstattungsfähigkeit der häuslichen Krankenpflege in Wohngemeinschaften und anderen neuen Wohnformen
- Zertifizierungspflicht für Rehabilitationseinrichtungen
- Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution für die Messung, Darstellung und Dokumentation der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen
- Finanzielle Beteiligung von Versicherten an den Folgekosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahmen (Schönheitsoperationen)

Integrierte Versorgung

- Förderung der flächendeckenden Integrierten Versorgung
- Einbindung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung