

**Gesundheitsreform  
Bewertung der Eckpunkte der Großen Koalition**  
5. Juli 2006

**Grundanforderungen des DGB**

Der DGB sieht Reformbedarf sowohl bei der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen als auch bei den Finanzierungsfragen. Kernpunkt der Gesundheitsreform ist die soziale Gerechtigkeit. Die paritätische und solidarische Finanzierung von Gesundheit muss erhalten und ausgebaut werden.

Ein Kernproblem ist, dass die Einnahmehasis immer weiter schmilzt, weil die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung seit Jahren dramatisch weg bricht. Um das Gesundheitswesen auf eine zukunftsfähige Grundlage zu stellen, muss die solidarische Finanzierung ausgeweitet und die PKV in einen Finanzausgleich mit der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden. Ein solcher Finanzausgleich muss die sehr unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen berücksichtigen. Gleichzeitig ist es erforderlich, die Qualität der Versorgung zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen.

**1. Eine solidarische Versicherung für alle**

Der DGB setzt sich für eine solidarische Krankenversicherung aller Bürgerinnen und Bürger ein. Durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze können die Starken in der Gesellschaft in das Solidarsystem einbezogen und eine sozial gerechte Finanzierung dauerhaft gewährleistet werden.

Die vorliegenden Eckpunkte der Bundesregierung lösen diesen Anspruch nicht ein. Die willkürliche Trennung zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und privater Versicherungswirtschaft bleibt bestehen. Damit werden auch die Tendenzen der Zwei-Klassen-Medizin nicht aufgehoben.

Es wird lediglich eine Regelung getroffen, wonach Menschen, die ihren Versicherungsschutz verloren haben, ein Rückkehrrecht in die gesetzliche Krankenversicherung oder in den Basistarif der privaten Krankenversicherung (mit Kontrahierungszwang - ohne Risikoprüfung) eingeräumt wird. Damit wird etwa 200.000 Nicht-Versicherten ein Rückkehrrecht gegeben. Dies löst aber nur einen Teil des Problems. Unter den Nicht-Versicherten hat der Anteil der Selbständigen mit niedrigen Einkommen zugenommen, die sich weder die Prämie in der PKV noch die Beiträge in der GKV leisten

können. Das Problem könnte nur durch eine Pflicht zur Versicherung gelöst werden.

#### Verhältnis GKV – PKV

Um die Solidarität zu stärken, muss die Schwächung der GKV durch die Wanderungsbewegung zur PKV stärker begrenzt werden. Die privaten Versicherungen müssen am solidarischen Finanzausgleich beteiligt werden.

Die von der Bundesregierung geplante dreijährige Wartezeit für Einkommensbezieher oberhalb der Versicherungspflichtgrenze kann die Abwanderung zugunsten der PKV verzögern, aber nicht stoppen.

Die Einbeziehung der privaten Versicherungswirtschaft in den Finanzausgleich mit den gesetzlichen Kassen wird nach den Eckpunkten der Bundesregierung nicht erfüllt. Die finanzielle Beteiligung der PKV an Aufgaben der GKV (Primärprävention) ist unzureichend.

Der DGB fordert einen Wettbewerbsrahmen, der gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungsunternehmen gleichen Bedingungen unterwirft. Dazu gehören einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang für alle Versicherten, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein Finanzausgleich zwischen den Kassen. Solange diese Kriterien nicht alle erfüllt sind, bleibt der Wettbewerbsvorteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft zu Lasten der GKV erhalten.

Es ist zu begrüßen, dass Altersrückstellungen beim Wechsel der privaten Krankenversicherung mitgenommen werden können. Dadurch wird erstmals ein Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen um Bestandsversicherte ermöglicht. Die Eckpunkte sehen auch vor, dass die Altersrückstellungen beim Wechsel von einer privaten Krankenversicherung in eine gesetzliche Kasse mitgenommen werden können (freiwillig Versicherte). Ein solches Recht zur Rückkehr von der PKV zur GKV könnte nur ohne Schaden für die GKV funktionieren, wenn der Wettbewerb zwischen GKV und PKV unter ansonsten gleichen Bedingungen stattfinden würde. Da dies nicht der Fall ist, wird es weiterhin eine Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung geben.

Nach den Eckpunkten der Bundesregierung wird eine scheinbar vergleichbare Vergütung von Leistungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung eingeführt. Es wird zwar ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen geschaffen.

Die Möglichkeit, dass private Versicherungen weiter höhere Steigerungssätze abrechnen dürfen, bleibt jedoch bestehen. Nicht aufgehoben werden bestehende Unterschiede in der Qualität der Versorgung. Die Zwei-Klassen-Medizin zwischen gesetzlichen und privaten Kassen wird nicht abgebaut.

## **2. Wettbewerb und morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich**

Der DGB hat sich wiederholt für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu einem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich ausgesprochen, um den Wettbewerb zwischen den Kassen um gute Risiken zu beenden und stattdessen einen Wettbewerb um gute Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Es ist zu bedauern, dass diese Weiterentwicklung im Rahmen der Konstruktion des Gesundheitsfonds in Frage gestellt wird. Der Finanzkraftausgleich soll künftig durch den Fonds erfolgen. Im Hinblick auf den Ausgleich von Morbiditätsrisiken gibt es bislang lediglich die Ankündigung, dass es risikoadjustierte Zuweisungen an die Krankenkassen zuzüglich zur Grundpauschale geben soll, ohne dass ein praktikables Verfahren zu erkennen wäre. Bei den Kriterien für die Zuweisung werden Alter, Krankheit und Geschlecht beispielhaft erwähnt. Die „Vereinfachung“ des RSA würde bedeuten, dass eine morbiditätsbezogene Weiterentwicklung nicht stattfindet. Der DGB wird sich dafür engagieren, dass es auch künftig einen vernünftigen Ausgleich von Risikostrukturen gibt.

## **3. Finanzierungsgrundlagen**

Der DGB fordert die Ausweitung der solidarischen Finanzierung. Diesem Anspruch wird die Bundesregierung nach den Eckpunkten zur Gesundheitsreform nicht gerecht.

### Fonds-Finanzierung und Zusatzbeitrag

Nach den Plänen der Bundesregierung soll ein Gesundheitsfonds eingerichtet werden, in dem gesetzlich festgelegte Beiträge und ggf. auch Steuermittel gebündelt werden. Aus dem Fonds sollen Pauschalzahlungen pro Versichertem an die Gesetzlichen Krankenkassen fließen. Diese Zuweisungen an die Krankenkassen sollen eine einheitliche Grundpauschale und einen risiko- und altersabhängigen Teil beinhalten.

Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben soll nicht vollständig, sondern zu „mindestens 95 Prozent“ aus dem Fonds erfolgen. Erst danach würde eine Kostensteigerung zu einer Erhöhung der Beitragssätze von Arbeitgebern und Arbeitnehmern führen.

Ausgabensteigerungen von bis zu fünf Prozent sollen durch die Kassen „erwirtschaftet“ werden. Wo dafür keine Spielräume sind, insbesondere bei den großen Versorgerkassen, werden allein die Versicherten durch Zusatzbeiträge belastet und der Druck auf die Ausgrenzung von Leistungen erhöht. Durch so genannte Billigtarife wird die Privatisierung von Gesundheit vorangetrieben.

Der Zusatzbeitrag der Versicherten in Form einer Pauschale oder eines einkommensbezogenen Beitrags (je nach Entscheidung der Kasse) wird auf ein Prozent des Haushaltseinkommens der Versicherten begrenzt. Dieser Zusatzbeitrag wirkt zusätzlich zu den bestehenden Belastungen durch Zuzahlungen, für die eine weitere Obergrenze von zwei Prozent gilt (ein Prozent für chronisch Kranke). Die Begrenzung des Zusatzbeitrages kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass zukünftige Ausgabensteigerungen einseitig von den Versicherten zu tragen sind.

#### Arbeitgeberbeitrag

Der Beitragssatz für Arbeitgeber soll wie für Arbeitnehmer um jeweils 0,25 Prozentpunkte im Jahr 2007 erhöht und auf diesem Niveau (d. h. auf der Basis der zu Lasten der Arbeitnehmer verschobenen Parität durch den Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozent) festgesetzt werden. Durch einen gesetzlichen „Anpassungsprozess“ sollen „unvermeidbare“ Kostensteigerungen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen getragen werden.

Der DGB lehnt das de facto Einfrieren und die Abkopplung der Arbeitgeberbeiträge von der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen entschieden ab. Dies würde zu massiven Ausgabensteigerungen führen, die dann allein die Versicherten und Patienten zu tragen hätten.

#### Ausweitung der Finanzierungsbasis

Der DGB spricht sich für den Einbezug anderer Einkommensarten in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Da die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung seit Jahren zurückgeht, die Löhne und Gehälter einen sinkenden Anteil am Bruttoinlandsprodukt ausmachen und andere Einkommensquellen wie Zins- und Kapitaleinkünfte von zunehmender Bedeutung sind, sollten andere Einkommensarten in die Pflicht genommen werden.

Nach den Eckpunkten wird die Bundesregierung diesem Anspruch nicht gerecht. Es sind keine Schritte in diese Richtung zu erkennen.

#### Beitragsanhebung

Die Große Koalition plant eine Anhebung der Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen um 0,5 Beitragspunkte im Jahr 2007, um das drohende Defizit auszugleichen.

Der DGB begrüßt, dass keine gravierenden Leistungskürzungen für 2007 geplant sind. Das drohende Finanzdefizit der GKV in 2007 ist jedoch im Wesentlichen von der Politik selbst verschuldet. Der DGB fordert, dass der Bund die GKV von den finanziellen Belastungen durch die Steuerpolitik sowie durch Verschiebepflichten befreit, um die Beitragserhöhung zu vermeiden.

#### Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben über Steuern

Der DGB fordert, dass die Krankenkassen von der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entlastet werden. Diese sollten statt über Beiträge verlässlich durch Steuermittel finanziert werden. Dabei muss jedoch gewährleistet sein, dass keine Nachteile für die GKV im Verhältnis zur PKV entstehen. Auch müssen die Belastungswirkungen einer zusätzlichen Steuerkomponente geklärt werden.

Nach den Plänen der Koalition sollen ab dem Jahr 2008 staatliche Zuschüsse in Höhe von 1,5 Mrd. Euro (2008) und 3 Mrd. Euro (2009) an den Gesundheitsfonds gezahlt werden. Dieser geplante Steueranteil ist weit unter dem Niveau der letzten Jahre und keine verlässliche Finanzgrundlage.

Der DGB fordert die Große Koalition in einem ersten Schritt auf, die aus politischen Entscheidungen resultierenden Einnahmeausfälle der GKV auszugleichen. Durch die aktuelle Haushaltskonsolidierung werden der GKV 4 Mrd. Euro entzogen (Tabaksteuer). Die Mehrwertsteuererhöhung führt zu einer zusätzlichen Belastung der GKV von ca. 900 Mio. Euro.

#### **4. Einheitlicher Leistungskatalog**

Grundlage einer solidarischen Krankenversicherung ist ein einheitlicher Leistungskatalog. Die Teilhabe der gesamten Bevölkerung am medizinischen Fortschritt und eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige Versorgung müssen auch in Zukunft gewährleistet sein.

Nach den Eckpunkten der Bundesregierung sollen die Budgets der niedergelassenen Ärzte aufgehoben und den Ärzten feste Euro-Beträge für ihre Leistungen zugesagt werden. Darüber hinaus können die Ärzte Zuschläge für besondere Qualität erheben, die sie selbst definieren können. Kostensteigerungen sind vorprogrammiert. Die Risiken dieser Neuregelung werden bei den Krankenkassen und letztlich bei den Versicherten abgeladen.

Generell zu begrüßen ist, dass geriatrische Leistungen und Palliativmedizin in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen.

## **5. Sachleistungsprinzip**

Neben der Finanzierung der Leistungen gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist die Gewährung von Sachleistungen nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit ein Grundpfeiler der solidarischen Krankenversicherung.

Die Eckpunkte der Bundesregierung enthalten die Einführung des wahlweisen Kostenerstattungstarifs. Problematisch wird die finanzielle Belastung insbesondere von Menschen, die sich dauerhaft in Behandlung befinden. Zudem sind mit der gleichzeitigen Einführung von Selbstbehalten billigere Tarifangebote zu erwarten, die attraktiv für junge und gesunde Versicherte werden. Dies führt zu einer Aushöhlung des Prinzips der solidarischen Finanzierung.

## **6. Strukturreformen**

Neben einer Ausweitung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen fordert der DGB, dass die Qualität der Versorgung verbessert und die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erhöht wird.

Die Eckpunkte der Bundesregierung sehen eine ganze Reihe von grundsätzlich sinnvollen Strukturmaßnahmen vor, deren Umsetzung der DGB konstruktiv begleiten wird. Inwieweit sie tatsächlich die Versorgungsqualität verbessern und die Wirtschaftlichkeit erhöhen, ist noch nicht absehbar.

Dazu zählen:

- die Einführung einer Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimitteln, um die Arzneimittelversorgung rationaler zu gestalten,
- die Verlängerung der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung,
- die Einbeziehung der Pflege in die Integrierte Versorgung,
- ein flächendeckendes Angebot von Hausarztmodellen,
- die Erweiterung der Vertragsmöglichkeiten von Kassen mit Leistungserbringern, um mehr Qualitätswettbewerb zu ermöglichen sowie
- ein verbessertes Schnittstellenmanagement zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege.

Die Eckpunkte der Bundesregierung sind allerdings getragen von einer Fortschreibung des Leitbilds des freiberuflich tätigen Arztes. Der DGB hält es für notwendig, moderne Betriebsformen auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung weiter auszubauen und erste Schritte zu gehen, um Doppeltstrukturen abzubauen (z. B. Vorhaltung der fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich und in den Krankenhäusern).

## **7. Der Gesundheitsfonds – Institutionelle Neuregelungen**

Der DGB setzt sich für eine Modernisierung der Strukturen der GKV und der sozialen Selbstverwaltung ein. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird es bei der Reform von Strukturen entscheidend darauf ankommen, die staatsferne Sozialversicherung zu modernisieren und den Versicherten mehr Transparenz über Versicherungsschutz und Leistungen zu verschaffen.

Die Große Koalition schlägt einen gesetzlich geregelten Dachverband für die gesetzlichen Krankenkassen vor. Nach dem Prinzip der Selbstverwaltung sollte dies durch einen freiwilligen Zusammenschluss erfolgen. Auf jeden Fall ist zu gewährleisten, dass die Versicherteninteressen durch eine starke Selbstverwaltung zum Tragen kommen. Eine staatsferne und versichertennahe Selbstverwaltung ist ein Ausdruck von Bürgergesellschaft im Sozialstaat.

Die Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen künftig auf Vorschlag der vertretenen Gruppierungen ausschließlich durch Hauptamtliche besetzt werden, jedoch ohne Weisungsbefugnis. Dies stellt eine nicht zu akzeptierende Schwächung der Selbstverwaltung dar und lässt die Interessen der Versicherten in den Hintergrund treten.

Die große Koalition will kassenartenübergreifende Fusionen zwischen Krankenkassen ermöglichen. Dies kann zu Versorgungsfortschritten für die Versicherten führen, solange die Fusionen den versichertennahen Service nicht einschränken und die Krankenkassen sinnvolle Einsparungen erwirtschaften, indem sie den Leistungserbringern mehr Verhandlungsmacht gegenüberstellen können. Entscheidend wird sein, dass Monopolisierung – sowohl auf Leistungsträger- wie auch Leistungserbringerseite – wirksam verhindert wird.

Die Auswirkungen der von der Koalition geplanten Umstrukturierungsprozesse im Rahmen des Gesundheitsfonds auf die Versicherten, Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen ausreichend Beachtung finden. Bislang sind jegliche Übergangsfragen zur Umsetzung eines

Fondsmodells, die die Patienten und Beschäftigten im Gesundheitswesen mittelbar und unmittelbar betreffen, völlig ungeklärt.

### **Fazit**

Die vorliegenden Eckpunkte lösen die zentralen Probleme des Gesundheitswesens nicht. Eine Stärkung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen wird nicht erreicht, sondern grundlegend in Frage gestellt.

Die Verlierer dieser Gesundheitsreform sind die Versicherten.

- Die Ungleichbehandlung durch die Trennung von GKV und PKV wird nicht aufgehoben.
- Ausgabensteigerungen werden einseitig auf die Versicherten abgewälzt.
- Für das Jahr 2007 steht zudem eine Anhebung der Beiträge für Arbeitgeber und Arbeitnehmer ins Haus, die durch eine verlässliche Politik hätte vermieden werden können.
- Statt die Finanzierungsgrundlagen zu erweitern, werden der GKV durch die Steuerpolitik in hohem Maße Steuermittel entzogen. Dies wird mit der Gesundheitsreform für die Folgejahre nicht kompensiert.
- Der Druck auf den Leistungskatalog der gesetzlich Versicherten nimmt nach den Plänen der großen Koalition zu. Künftig stellen Wahltarife in Kombination mit Kostenerstattung und Selbstbehalten das Einfallstor für private Zusatzversicherungen dar. Es ist zu befürchten, dass der bisherige Leistungskatalog zukünftig nur durch die Kombination von Billigtarif und Zusatzversicherung aufrechterhalten werden kann. Vorgeschiedigte oder ältere Versicherte haben das Nachsehen, denn sie werden in Zusatzversicherungen nicht oder nur zu stark erhöhten Tarifen aufgenommen.

Gewinner sind die Arbeitgeber. Sie werden an künftigen Ausgabensteigerungen von bis zu fünf Prozent nicht mehr beteiligt. Damit soll der Arbeitgeberbeitrag de facto eingefroren werden.

Gewinner ist die private Versicherungswirtschaft, deren Geschäftsmodell weiter in der bisherigen Form erhalten bleibt.

Gewinner sind auch die niedergelassenen Ärzte. Die Budgets sollen aufgehoben werden. Zusätzlich sollen sie die Möglichkeit erhalten, Zuschläge für Behandlungen zu erheben.

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind positive Entwicklungen zu erkennen. Einsparungen sind jedoch frühestens mittelfristig zu erwarten.

Die Auswirkungen der Umstrukturierungen durch die Einführung eines Gesundheitsfonds auf Beschäftigte und Versicherte sind in den Eckpunkten nicht berücksichtigt.

Der DGB fordert die große Koalition zum Verzicht auf den Gesundheitsfonds auf. Dieser ist untauglich für die Lösung der Finanzprobleme im Gesundheitswesen und stärkt die Einnahmehasis nicht. Ebenso wird der Zusatzbeitrag für die Versicherten abgelehnt, der ein weiterer Schritt in Richtung Privatisierung der Gesundheitsrisiken ist. Vielmehr fordern wir eine adäquate Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen, auf die man sich verlassen kann.