

Wer
blickt
da noch
durch?



12 FRAGEN

zur Gesundheitsreform

Der AOK-Bundesverband
im Internet:

www.aok-bv.de

AOK
Die Gesundheitskasse.

Impressum:

Herausgeber:
AOK-Bundesverband
Stabsbereich Politik
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn
www.aok-bv.de

Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Hans Jürgen Ahrens
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

Redaktion:
Thomas Rottschäfer (KomPart)
Grafik: Kerstin Conradi,
Beatrice Hofmann (KomPart)

Herstellung:
KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
Telefon: 0228 84900-0
Telefax: 0228 849 00-20
E-Mail: verlag@kompart.de

Bleibt Gesundheit bezahlbar?

JA, ABER ...

Die Abstände zwischen den Reformen werden kürzer. Und die Aussichten immer schlechter: Nächstes Jahr fehlen sieben Milliarden Euro für die Krankenversicherung. Die Politik steht vor Problemen, die sie größtenteils selbst verursacht hat: Seit Jahren stopft sie Löcher in der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung mit Geld aus der Krankenversicherung. Die höhere Mehrwertsteuer macht die Arzneimittel teurer. Und der gerade erst eingeführte Milliarden-Zuschuss aus der Tabaksteuer wird wieder gestrichen. Gleichzeitig verspricht die Regierung frisches Steuergeld. Wo es herkommen soll, weiß noch keiner.

Gesundheit bleibt bezahlbar, wenn Politik verlässlich ist. Wenn die Krankenkassen über den Tag hinaus planen können. Wenn die Beiträge dafür gebraucht werden, wofür sie bezahlt werden: für gute Behandlung.



In Zeiten knapper Kassen muss das Geld erst recht zielgenau dorthin fließen, wo es für die Versorgung Kranker dringend gebraucht wird. Reformstückwerk ist da wenig hilfreich.

2.

Bekommen wir weniger Bürokratie?

NEIN ...

„Weniger Bürokratie“ steht im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD. Die Bundeskanzlerin hat extra eine Staatsministerin eingestellt, die nach Bürokratie fahndet. Um die Gesundheitsreform hat sich die Bürokratiebeauftragte aber noch nicht gekümmert. Gut für die Bürokraten. Denn die wollen 17 zusätzliche Krankenkassenverbände schaffen. Das heißt: 17 zusätzliche Verbandschefs plus Stellvertreter, plus Büros und plus Mitarbeiter. Aber was sollen die tun? Es gibt ja schon genug Krankenkassenverbände. Macht nichts. Das Einziehen der Krankenkassenbeiträge organisiert die Bundesregierung ja auch ganz neu, obwohl die Krankenkassen das bisher gut und günstig machen. Im Gegensatz zur Bundesregierung finden andere Länder unser System vorbildlich. Übrigens: Nach der Reform wird das Verwalten der Beiträge knapp das Doppelte kosten – 2,5 Milliarden Euro. Jedes Jahr.



In Sachen schlanke Verwaltung hat die die AOK hat ihre Hausaufgaben gemacht: Gab es vor 15 Jahren noch 276 Ortskrankenkassen, sind es heute bundesweit nur noch 16 AOKs.

Bilder: plainpicture/fancy, plainpicture/bilderoung

3.

Werden Kranke besser behandelt?

JA, ABER ...

Die Gesundheitsreform hat auch ihr Gutes. Dazu gehört zum Beispiel eine bessere Schmerztherapie oder neue Leistungen im Bereich der Vorsorge. Das ist gut so.

Aber die Schwerpunkte der Reform liegen leider woanders. Die wichtigsten Weichen werden falsch gestellt: Über den Erfolg einer Krankenkasse entscheidet dann in erster Linie der Beitrag. Damit die Kranken etwas von der Reform haben, muss es sich für die Kassen lohnen, Geld und Ideen in eine bessere medizinische Versorgung zu investieren. Sonst sind die Kranken die Verlierer der Gesundheitsreform.



Die AOK ist Vorreiter beim Aufbau spezieller Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Auch bei der Entwicklung einer besseren Betreuung von Menschen mit Demenz denkt die Gesundheitskasse schon heute an die Probleme von morgen.

4.

Gibt es mehr soziale Gerechtigkeit?

NEIN.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt: Gesunde für Kranke, Besserverdienende für Menschen, die weniger verdienen. Dieses Prinzip der Solidarität steht auf dem Spiel. Denn künftig teilt der Staat allen Krankenkassen für ihre Versicherten den gleichen Betrag zu. Hat eine Kasse besonders viele Mitglieder, die oft oder dauerhaft krank sind, kommt sie mit dem Geld nicht aus. Sie muss einen Zusatzbeitrag erheben und verliert Mitglieder. Versichert eine Kasse hauptsächlich Menschen, die kaum Hilfe brauchen, kann sie ihnen sogar Geld zurückzahlen. Solidarität verkehrt! Zwar soll es einen Lastenausgleich zwischen den Kassen geben. Doch darüber streitet die Regierung jetzt schon. Es ist zu befürchten, dass dieser Ausgleich weit hinter dem zurückbleibt, was notwendig ist.



2002 hat der Gesetzgeber eine Reform auf den Weg gebracht, die den sozialen Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung verbessern soll. Bis heute schiebt die Politik die notwendigen Vorbereitungen vor sich her.

Bilder: Jörg Lantelme; plainpicture/Johnér

5.

Gibt es mehr Wettbewerb um gute Leistungen?

NEIN.

Spezielle Behandlungsprogramme für chronisch Kranke, wirksame Hilfen für übergewichtige Kinder oder Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz – wer in Gesundheit investiert, braucht einen langen Atem. Doch vielen Projekten droht die Puste auszugehen. Denn die Bundesregierung sagt, dass eine Krankenkasse unwirtschaftlich arbeitet, wenn sie einen Zusatzbeitrag braucht – also mehr Geld, als der Staat ihr zuteilt. Nach der Devise „Kleiner Preis = gute Kasse“. Das stimmt nicht, wird aber trotzdem viele Kassen zwingen, an der Leistung zu sparen, um beim Preis gut zu sein. Ein Preiswettbewerb ist etwas für Gesunde. Für Wettbewerb um die beste medizinische Versorgung für Kranke bleibt da kein Platz.



Schon in 50.000 Kinderzimmern steht der „Power-Kids-Koffer“ für junge Menschen, die ihr Fett weg haben wollen. In vielen Pflegeheimen bewahrt das AOK-Projekt „Sturzprophylaxe“ ältere Menschen vor Unfällen. Nur zwei Beispiele für Ideen mit großer Wirkung.



Die Konzepte der Krankenkassen gegen ständig steigende Arzneimittelausgaben scheitern immer wieder am Widerstand von Lobbygruppen. Wenn's zum Schwur kommt, kneift die Politik.

Bleiben die Beiträge stabil?

NEIN.

Bisher hat keine Gesundheitsreform die Beiträge dauerhaft stabilisiert. Die Große Koalition hat daraus gelernt: Die Beitragserhöhung gehört gleich mit zum Reformprogramm. Schon im nächsten Jahr geht's rauf: Die Bundesregierung kürzt den Zuschuss für soziale Leistungen der Krankenkassen. Die Versicherten zahlen die Zeche. Und trotz aller Sparmaßnahmen steigen die Ausgaben für Arzneimittel und Krankenhäuser, Ärzte und Therapien. Die Gesundheitsreform löst die gewaltigen Finanzprobleme nicht. Für die Jahre 2008 und 2009 verspricht die Bundesregierung gerade mal 4,5 Milliarden Euro aus Steuermitteln. Aber woher das Geld nach dem Wahljahr 2009 kommen soll, steht nicht im Entwurf. Die Beiträge werden weiter steigen.

Bilder: Lars Borges/Deepol; alimdi

Droht Zwei-Klassen-Medizin?

JA.

Kommt die Reform wie geplant, zählt im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen nur der Beitrag. Im Mittelpunkt des Interesses: gesunde Gutverdiener. Im Vergleich mit den „guten Risiken“ haben die „schlechten Risiken“ schlechte Karten. Auch in der Arztpraxis oder im Krankenhaus: Schon jetzt nutzen Ärzte jede Möglichkeit, das eine oder andere medizinische Extra privat abzurechnen. Die Politik leistet dem Vorschub. Wenn sie die Gesundheitskosten ohne Einschränkung der gesetzlichen Leistungen nicht in den Griff bekommt und einen Wald an privaten Zusatzversorgungen aufforstet. Scheckkarte statt Chipkarte? Das darf nicht sein.



Die AOK engagiert sich Tag für Tag für die Gesundheit von 25 Millionen Kunden. „Gute“ oder „schlechte“ Versicherte gibt es für die Gesundheitskasse nicht.



Der Druck steigt. Seit Jahren schiebt die Politik dringend notwendige Reformen vor sich her. Auch die nächste Reform bietet keine Lösung, wie sich die medizinische Versorgung dauerhaft finanzieren lässt.

Kassen-Sonder-Zusatzbeitrag – Muss das so kompliziert sein?

NEIN.

Das Prinzip ist einfach: Man schließt eine Versicherung ab und zahlt einen Beitrag. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das in letzter Zeit leider etwas anders. Weil die großen Volksparteien keine gemeinsame Linie in der Gesundheitspolitik haben. Bereits bei der letzten Gesundheitsreform haben sie heftig gestritten, ob die Menschen Zahnersatz privat bezahlen sollen. Weil man sich nicht einig wurde, gab's eine Lösung auf Kosten Dritter: einen Sonderbeitrag, den allein die Versicherten bezahlen. Die Bundesregierung feierte „sinkende Beiträge“, doch den Kassenmitgliedern fehlte trotzdem mehr Geld im Portemonnaie. Nach dem unsinnigen Sonderbeitrag kommt jetzt der Zusatzbeitrag für Versicherte – ein fauler Kompromiss, weil die Parteien schon jetzt an die Zeit nach der nächsten Wahl denken.

Bilder: Ingo Wandmacher, Volkmar Schulz

Bekommen Versicherte mehr Rechte?

JA, ABER ...

Patienten sollen mehr Rechte erhalten. Aber was ist davon zu halten, wenn die Bundesregierung den Patienten mehr Mitsprache einräumen will, gleichzeitig aber die gewählten Vertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen entmachtet? Bisher entscheiden sie über Beiträge und Leistungen. Das übernimmt künftig der Staat. Mehr Demokratie? Fehlanzeige! Und die neue Wahlfreiheit bei Zusatzversicherungen und Leistungen kommt in erster Linie denen zugute, die sie eigentlich nicht brauchen. Wer krank ist, benötigt zuverlässig Hilfe und hat wenig Lust, sich durch einen Dschungel von Versicherungspolice mit ihren Haken und Ösen zu kämpfen.



Medizin-Infos am Telefon, Hilfe bei Verdacht auf Behandlungsfehler oder Einsatz für mehr Patientensicherheit im Krankenhaus – die AOK ist für ihre Versicherten immer da.



Damit Gesundheit keine Frage des Geldbeutels wird, muss die Reform Krankenkassen entlasten, die besonders viele Kranke versichern. Wirtschaftlichkeit, aber auch ein gutes Leistungs- und Serviceangebot müssen belohnt werden.

Bezahlen Patienten mehr aus der eigenen Tasche?

JA.

Praxisgebühr, Zuzahlungen, Sonderbeitrag – Patienten und Versicherte haben schon einiges wegstecken müssen. Doch es kommt noch dicker. Denn bald gibt es gleich zwei Beiträge. Erstens: den Krankenkassenbeitrag, den eine neue staatliche Behörde einzieht, und den Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte bezahlen. Zweitens: einen Zusatzbeitrag, den jede Krankenkasse einzeln erheben kann, den aber die Kassenmitglieder alleine bezahlen. Den allgemeinen Beitrag legt der Staat fest. Vor allem vor Wahlen wird jede Regierung darauf achten, dass er möglichst attraktiv ist. Außerdem hat die Bundesregierung versprochen, den Anteil der Arbeitgeber an den Kassenbeiträgen weiter zu senken. Das Geld aus dem Staatstopf wird bald nicht mehr reichen. Der Zusatzbeitrag müsste steigen. Die Politik ist fein raus: Denn für den Zusatzbeitrag sind ja andere verantwortlich ...

Bilder: EP Stock; Uwe Noellek

Erhalten gute Ärzte mehr Geld?

Nein.

Für gute Leistungen sollen Ärzte und Krankenhäuser gutes Geld bekommen. In der Regel aber müssen die Krankenkassen allen gleich viel bezahlen – egal wie gut sie arbeiten. Nur ein winziger Teil des Geldes, das für die Behandlung beim Arzt oder im Krankenhaus zur Verfügung steht, ist für besonders gute Leistungen reserviert. Und die gesetzlichen Regeln für Extraverträge sind viel zu kompliziert. Die geplante Reform macht es noch komplizierter: Alle Krankenkassen eines Bundeslandes sollen gemeinsam entscheiden, wie viel Geld eine Kasse für besonders gute medizinische Versorgung ausgeben darf. Als käme der Wirtschaftsminister auf die Idee, Aldi, Lidl & Co. vorzuschreiben, ihre Angebote miteinander abzustimmen. Das kann nicht funktionieren.



Fast eine Million Menschen profitieren schon von den Hausarztmodellen der AOK. „Verzahlt statt verzettelt“ – das ist auch das Motto von fast 250 weiteren AOK-Projekten für innovative medizinische Versorgung.

12.



Wird die medizinische Versorgung wirtschaftlicher?

Nein.

Durch die Gesundheitsreform sichert sich der Staat noch mehr Einfluss auf die Leistungen der Krankenkassen. Statt ihnen mehr Wettbewerb zu erlauben, schränkt er die unternehmerischen Möglichkeiten ein. Auf die Frage, wie der medizinische Fortschritt bezahlt werden soll, liefert die Politik keine Antwort. Damit die Menschen auf Dauer die jeweils beste Medizin erhalten, müssen neue Arzneimittel und Behandlungsmethoden auf den Prüfstand. Denn nicht alles was neu ist, nützt auch wirklich den Patienten. Mit Rücksicht auf vielerlei Interessen zwingt die Politik die Krankenkassen, Spreu und Weizen gleichermaßen zu bezahlen. So wird der Weizen auf Dauer unbezahlbar.

Wissenschaftler haben für die AOK praktische Vorschläge erarbeitet, wie man Wettbewerb um die beste Versorgung ankurbeln kann. Das Gutachten liegt auf dem Tisch ...

Bild: Jörg Lantelme

Mehr Informationen
zur Gesundheitsreform:

www.reform-aktuell.de