

psg Thema

Ausgabe 05 / 11.08.2006

Alle Texte dieser Ausgabe finden Sie auch im Internet: www.aok-presse.de

Eckpunkte zur Gesundheitsreform: „Große Koalition verfehlt ihre Ziele“

Aktuelle Infos
und Hintergrund

- Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung
Beitragszahler müssen Milliarden-Lücke füllen 2
- Zusätzliche Prämie für Versicherte
Das Krankheitsrisiko wird privatisiert 4
- Steuerzuschuss für Mitversicherung der Kinder (mit Grafik)
Wie verlässlich ist der Staat? 9
- Zusatzprämie provoziert reinen Preiswettbewerb
Bahn frei für die „Geiz-ist-geil“-Kasse 12
- Umbau des Beitragseinzugs (mit Grafik)
**Teueres Konstrukt mit Tücken:
der Gesundheitsfonds** 16
- Reform der Krankenkassenorganisation
**17 zusätzliche Dachverbände
lähmen jeden Wettbewerb** 20
- Mehr Staat statt Selbstverwaltung
Der Gemeinsame Bundesausschuss 22

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben ihre Positionen zu den Eckpunkten der Gesundheitsreform bei einem Presseseminar am 11. August 2006 in Berlin verdeutlicht. Das Material zu dieser Veranstaltung finden Sie in unserem Internet-Spezial: www.reform-aktuell.de

Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung

Beitragszahler müssen Milliarden-Lücke füllen

Das will die Große Koalition:

Um die Finanzlücke der gesetzlichen Krankenversicherung 2007 zu schliessen, sollen die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen zum 1. Januar 2007 um 0,5 Beitragssatzpunkte angehoben werden.

Das steckt dahinter:

Der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fehlen 2007 mindestens sieben Milliarden Euro. Mit der Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung hat das Defizit wenig zu tun. Hauptursachen dafür sind die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und die Anhebung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent. Letztere schlägt bei den Ausgaben der Kassen mit rund 950 Millionen Euro jährlich zu Buche. Beide Maßnahmen gehen auf politische Entscheidungen zurück. Noch nicht berücksichtigt ist die Ausgabendynamik, insbesondere in den Bereichen der Krankenhäuser und Arzneimittel (geschätzt 3,5 Milliarden Euro). Kommt die Reform, wird auch das bewährte Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV entscheidend geschwächt. Die durch Sozialwahlen demokratisch legitimierten Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber verlieren ihr wichtigstes Recht: über die Höhe des Krankenkassenbeitrages zu bestimmen. Die Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich als Instrument des Interessenausgleichs zwischen den Sozialpartnern bewährt. Die Große Koalition hebt ein System aus, das nicht zuletzt viel zum sozialen Frieden in der Bundesrepublik beigetragen hat.

Weitere Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen

Um die Finanzlücke von sieben Milliarden Euro zu schließen, müssten die Beiträge 2007 allerdings um 0,7 Beitragssatzpunkte steigen. Versicherte und Arbeitgeber müssen auch in den darauf folgenden Jahren damit rechnen, dass ihre Beiträge stärker steigen als angekündigt. Denn mit der Einführung eines Gesundheitsfonds schafft die Koalition lediglich einen neuen Verwaltungsapparat, der die Beitragsgelder einzieht und verteilt. Antworten, wie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in

DAS BELASTET DIE GKV 2007:

– Kürzung Bundeszuschuss versicherungsfremde Leistungen:
2,7 Mrd. Euro

– Ausgabendynamik:
3,5 Mrd. Euro

– höhere Mehrwertsteuer:
ca. 950 Mio. Euro

DAS ENTLASTET DIE GKV 2007:

– Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung:
ca. 250 Mio. Euro

UNTERM STRICH:
- 6,9 Mrd. Euro

Zukunft sicher bezahlt werden können, bleiben Union und SPD Versicherten wie Arbeitgebern schuldig.

Weitere Milliarden-Belastungen zu erwarten

Nach Berechnungen der Krankenkassen droht der GKV bis Ende 2009 eine Finanzlücke von 16 Milliarden Euro. Hält die Bundesregierung Wort und bleibt es bei dem in den Eckpunkten versprochenen Steuerzuschuss, „schrumpft“ das Finanzloch dadurch bis Ende 2009 auf 13,1 Milliarden Euro. Grund dafür sind vor allem die steigenden Ausgaben in der Arzneimittelversorgung und im Krankenhausbereich. Im laufenden Jahr werden die Krankenkassen rund 4,16 Milliarden Euro mehr ausgeben müssen als 2005. Für die Jahre 2007 bis 2009 rechnen die Kassen mit einem Ausgabenzuwachs um jährlich 3,5 Milliarden Euro. Hinzu kommt die gesetzliche Auflage zur Entschuldung bis 2008 – dies macht 2006 und 2007 jeweils 1,85 Milliarden Euro aus.

Risiko Ärztehonorare

Angesichts der gewaltigen Herausforderungen sind die Eckpunkte der Großen Koalition ein finanzpolitischer Offenbarungseid. Die Bundesregierung veranschlagt die in den Reformvorschlägen enthaltenen Entlastungen mit 1,9 Milliarden Euro. Dabei ist nicht berücksichtigt, wie sich die gewünschte Umstellung der ärztlichen Vergütung auswirken wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert für den Wechsel vom Punktesystem zu festen Eurowerten 4,5 bis fünf Milliarden Euro mehr Honorar. Solange diese und andere Belastungen durch die Reformvorhaben der Bundesregierung nicht bezifferbar sind, können die Krankenkassen auch die Entlastungen nicht realistisch ansetzen.

Prognose: Kassenbeitrag steigt bis 2009 auf 15,6 Prozent

Vor dem Hintergrund der genannten Zahlen und bei allen Unwägbarkeiten möglicher Reformfolgen steigt der Krankenkassenbeitrag laut Prognose der Spitzenverbände bis 2009 auf 15,6 Prozent (inklusive 0,9 Prozent Sonderbeitrag Versicherte).

Zusätzliche Prämie für Versicherte

Das Krankheitsrisiko wird privatisiert

Das steht in den Eckpunkten:

„Das Modell eines Gesundheitsfonds sorgt für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln. Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber, und sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein. (...)“

Das heißt:

Künftig entscheidet allein der Staat über den größten Teil des Geldes, der für die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung steht. Das Geld der gesetzlich Versicherten droht noch stärker als ohnehin zur politischen Verfügungsmasse zu werden. Die Höhe des staatlich festgelegten Einheitsbeitrages für den Gesundheitsfonds wird sich weniger an wirtschaftlichen denn an politischen Vorgaben orientieren. Bisher entscheiden demokratisch legitimierte Vertreter der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber über die Höhe des jeweiligen Krankenkassenbeitrages. Sie sorgen dafür, dass die Interessen beider Seiten auch bei der Beitragssatzgestaltung gewahrt bleiben. Diesen Interessenausgleich schafft die Bundesregierung ab.

Das steht in den Eckpunkten:

„Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Beide Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.“

(...)

(Die Kassen) „können (...) einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Andererseits können Kassen, die Überschüsse erzielen, diese auch an ihre Versicherten ausschütten. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf ein Prozent des Haushaltseinkommens (analog zur geltenden Überforderungsregelung bei den Zuzahlungen) nicht überschreiten.“

Das heißt:

Ab 2008 zahlen alle Arbeitgeber und Arbeitnehmer einen staatlich festgesetzten, einheitlichen Beitrag in den neuen Gesundheitsfonds ein. Der Anteil der Arbeitnehmer schließt den heutigen 0,9-Prozent-Sonderbeitrag ein. Rechnet man die von Union und SPD angekündigte Beitragsanhebung um 0,5 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2007 hinzu, entwickeln sich die Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern wie folgt:

– Aktuell:

Durchschnittlicher Beitrag: 13,28 Prozent (ohne Sonderbeitrag)

Arbeitgeber: 6,64 Prozent

Versicherte: 6,64 Prozent plus 0,9 Prozent Sonderbeitrag

– Ab 1. Januar 2007:

Durchschnittlicher Beitragssatz: 13,78 Prozent (ohne Sonderbeitrag)

Arbeitgeber: 6,89 Prozent

Versicherte: 6,89 Prozent plus 0,9 Prozent Sonderbeitrag

– Gesundheitsfonds ab 1. Januar 2008

(ohne Berücksichtigung möglicher Beitragserhöhungen gegenüber 2007):

Arbeitgeber: 6,89 Prozent

Versicherte: 7,79 Prozent (einschließlich 0,9 Prozent Sonderbeitrag) plus zusätzliche Versichertenprämie (kassenindividuell)

Zusätzlicher Versichertenbeitrag

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten alle Krankenkassen einen staatlich festgesetzten, einheitlichen Grundbetrag sowie einen „alters- und risikoadjustierten Zuschlag“ (siehe Randspalte). Reicht diese Zuweisung zur Bezahlung der medizinischen Versorgung nicht aus, können die Kassen einen prozentualen oder pauschalen zusätzlichen Versichertenbeitrag verlangen.

Das bedeutet:

Die Große Koalition privatisiert das Krankheitsrisiko und leitet endgültig das Ende des Prinzips der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Bis Juli 2005 bezahlten Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils die Hälfte des Krankenkassenbeitrages. Mit dem Sonderbeitrag für Versicherte hat dann die rot-grüne Bundesregierung begonnen, die Arbeitnehmer stärker zu belasten. Künftig werden sich Kostensteigerungen fast ausschließlich in den zusätzlichen Versichertenprämien der einzelnen Krankenkassen niederschlagen. Den Schwarzen Peter für die Folgen nicht gelöster Finanzprobleme schiebt die Große Ko-

Alters- und risikoadjustierte Zuschläge:

Alle Krankenkassen erhalten künftig für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale sowie einen „alters- und risikoadjustierten Zuschlag“. Er soll dafür sorgen, dass Krankenkassen mit einer ungünstigen Versichertenstruktur nicht gegenüber Krankenkassen benachteiligt werden, die vor allem gesunde und gut verdienende Mitglieder haben.

Dieses System soll den bisherigen Risikostrukturgleich (RSA) ablösen. Aufgrund der Komplexität des Vorhabens halten es Experten für unrealistisch, dass CDU, CSU und SPD bis zum Start des Gesundheitsfonds 2008 ein neues, besseres Ausgleichssystem auf den Weg bringen können.

alitionen den Krankenkassen zu. Für die finanziellen Risiken haften die Versicherten.

Wie viel wird aus dem Gesundheitsfonds bezahlt?

Noch sind sich Union und SPD uneins, in welchem Umfang die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen über den Gesundheitsfonds finanziert werden. Das Bundesgesundheitsministerium hat jüngst vorgeschlagen, zunächst etwas mehr als 100 Prozent zu finanzieren, um den Krankenkassen die Chance zu geben, ohne Zusatzprämie zu starten. In den Eckpunkten ist die Rede von 95 Prozent der GKV-Ausgaben. Die CSU hat sich dafür ausgesprochen, lediglich 90 Prozent der Leistungen über die Fondsgelder zu bezahlen.

Die Versicherten haben die Wahl: mehr zahlen oder weniger bekommen

Die Höhe der Zusatzprämie wird den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander bestimmen. Krankenkassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur eine höhere Prämie nehmen müssen als andere, werden Versicherte verlieren. Um den Zusatzbeitrag niedrig halten zu können, werden diese Kassen deshalb bei allen Leistungen sparen müssen, die über den gesetzlich vorgegebenen Rahmen hinaus gehen. Es droht das Aus für viele individuelle Versorgungsprogramme, Haushaltshilfen, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Präventionsleistungen oder die Förderung von Selbsthilfegruppen und der Hospizarbeit. Der Zusatzbeitrag wird einen Rückfall in den Wettbewerb um „gute Risiken“ auslösen: um gesunde, gut verdienende Mitglieder. Einen Wettbewerb um die beste Versorgung wird es nicht geben. Leidtragende sind die Patienten.

Um soziale Härten zu vermeiden, sehen die Eckpunkte vor, dass die zusätzliche Prämie jeweils ein Prozent des Haushaltseinkommens der Versicherten nicht übersteigen darf. Das wird ausgerechnet bei Krankenkassen mit vielen Geringverdienern und Kranken zu steigenden Prämien führen. Denn von ihren einkommensschwachen Versicherten dürfen sie nicht die volle Prämie nehmen – die übrigen Versicherten müssten dies über steigende Prämien aufbringen. Folge: Weitere gut verdienende Mitglieder verlassen die Krankenkasse. Krankenkassen mit vielen gesunden und gut verdienenden Versicherten werden dagegen entlastet und hätten sogar die Chance, Beiträge an ihre Versicherten zurückzuzahlen. Einem solchen Wettbewerb hat das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung vom Juli 2005 eine deutliche Absage erteilt.

In den Eckpunkten heißt es:

„In das neue Modell wird mit ausreichenden Finanzreserven gestartet; bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen daher entschulden. Ab dann erhalten sie für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fonds. Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert“

Das ist unrealistisch:

Die Eckpunkte enthalten keine Lösung für die drängenden Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Gegenteil: Die angekündigte Anhebung der Beitragssätze um 0,5 Prozentpunkte zum 1. Januar 2007 füllt noch nicht einmal das durch die Bundesregierung größtenteils selbst verursachte Finanzloch von rund sieben Milliarden Euro. Wollen Union und SPD 2008 tatsächlich mit „ausreichenden Finanzreserven“ starten, müssten im nächsten Jahr die Beitragssätze noch stärker steigen. Inclusive der notwendigen Entschuldung 2007 läge der Beitragssatz dann nach Berechnungen der Krankenkassen bei ca. 15,2 Prozent. Zum Vergleich: Der durchschnittliche Beitragssatz liegt derzeit bei 14,2 Prozent (einschließlich Sonderbeitrag). Will die Bundesregierung den Beitragssatz 2008 und im Wahljahr 2009 nicht entsprechend der Ausgabenentwicklung anpassen, würde sich der von den Mitgliedern zu leistende Zusatzbeitrag entsprechend erhöhen. Die Höhe der zusätzlichen Versichertenprämie ist nach den Eckpunkten auf fünf Prozent der Gesundheitsausgaben begrenzt. Diese fünf Prozent entsprechen 2008 rund 7,5 Milliarden Euro. Diese Grenze könnte angesichts der durch die Reformvorschläge nicht gebremsten Ausgabendynamik schnell überschritten werden.

In den Eckpunkten steht:

„Mit einem gesetzlich festgelegten Anpassungsprozess werden unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung zuerst über den vereinbarten, aufwachsenden Zuschuss aus Haushaltsmitteln, soweit darüber hinausgehend, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen getragen.“

Das bedeutet:

Für die gesamte Legislaturperiode ist mit permanenten Beitrags- bzw. Prämien-erhöhungen zu rechnen. Die Gesundheitsversorgung wird teurer. Der geplante Steuerzuschuss für die Mitversicherung der Kinder ist 2008 auf 1,5 Milliarden Eu-

ro begrenzt. 2009 sollen drei Milliarden Euro fließen. Danach soll der Zuschuss aus Haushaltsmitteln zwar langfristig steigen, doch wie er ab 2010 finanziert werden soll, lassen die Eckpunkte offen. Das heißt: Bleibt der Staat bei seinen Zusagen so verlässlich wie bisher, steigen die Beiträge für den Gesundheitsfonds oder die zusätzlichen Versichertenbeiträge oder beide.

Steuerzuschuss für Mitversicherung der Kinder

Beitragselder als Verfügungsmasse: Wie verlässlich ist der Staat?

Das steht in den Eckpunkten:

„Mit dem Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus dem Bundeshaushalt wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Zu diesem Zweck wird im Haushaltsjahr 2008 ein Zuschuss von 1,5 Milliarden Euro und im Jahr 2009 von 3 Milliarden Euro geleistet. Hierfür entstehen keine zusätzlichen Steuerbelastungen. Es wird in diesem Zusammenhang ausgeschlossen, Kürzungen im Leistungskatalog der GKV oder in anderen sozialen Sicherungssystemen vorzunehmen. In den Folgejahren soll der Zuschuss weiter ansteigen. Seine Finanzierung ist in der kommenden Legislaturperiode sicherzustellen.“

Das sind die Folgen:

Ohne staatlichen Aderlass wäre die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung trotz aller Probleme weit weniger dramatisch. Alle Sparanstrengungen der Krankenkassen laufen ins Leere, wenn der Staat den Beitragstopf als Verfügungsmasse versteht und Geld abzwackt, um Haushaltslöcher zu stopfen. Ein Gesundheitsfonds unter staatlicher Aufsicht und eine staatliche Festlegung der Krankenkassenbeiträge werden weit stärker als bisher Begehrlichkeiten wecken und es der jeweiligen Bundesregierung erleichtern, Geld der Beitragszahler zu zweckentfremden.

Warum?

Der Staat ist bei Steuerzuschüssen nicht verlässlich. Das zeigt der Umgang der Bundesregierung mit dem Bundeszuschuss für die so genannten versicherungsfremden Leistungen (siehe Randspalte). Dafür geben die gesetzlichen Krankenkassen derzeit rund fünf Milliarden Euro pro Jahr aus. 2004 haben sie dafür erstmals einen Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro erhalten. 2005 waren es 2,5 Milliarden und im laufenden Jahr erstmals 4,2 Milliarden Euro. In dieser Höhe sollte der über

IN KÜRZE:

Seit 1995 haben die Bundesregierungen 17 Gesetze erlassen, die der GKV Geld zugunsten anderer Sozialversicherungssysteme entzogen haben. Volumen dieser Verschiebeaktionen:
4,48 Mrd. Euro

Jährlicher Umfang der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen :
rund 5 Mrd. Euro

Staatlicher Ausgleich für diese Leistungen:
2004: 1 Mrd. Euro
2005: 2,5 Mrd. Euro
2006: 4,2 Mrd. Euro
2007: 1,5 Mrd. Euro
2008: gestrichen

Ausgleich für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder:
bisher kein Zuschuss
2008: 1,5 Mrd. Euro
2009: 3 Mrd. Euro
ab 2010: ungeklärt

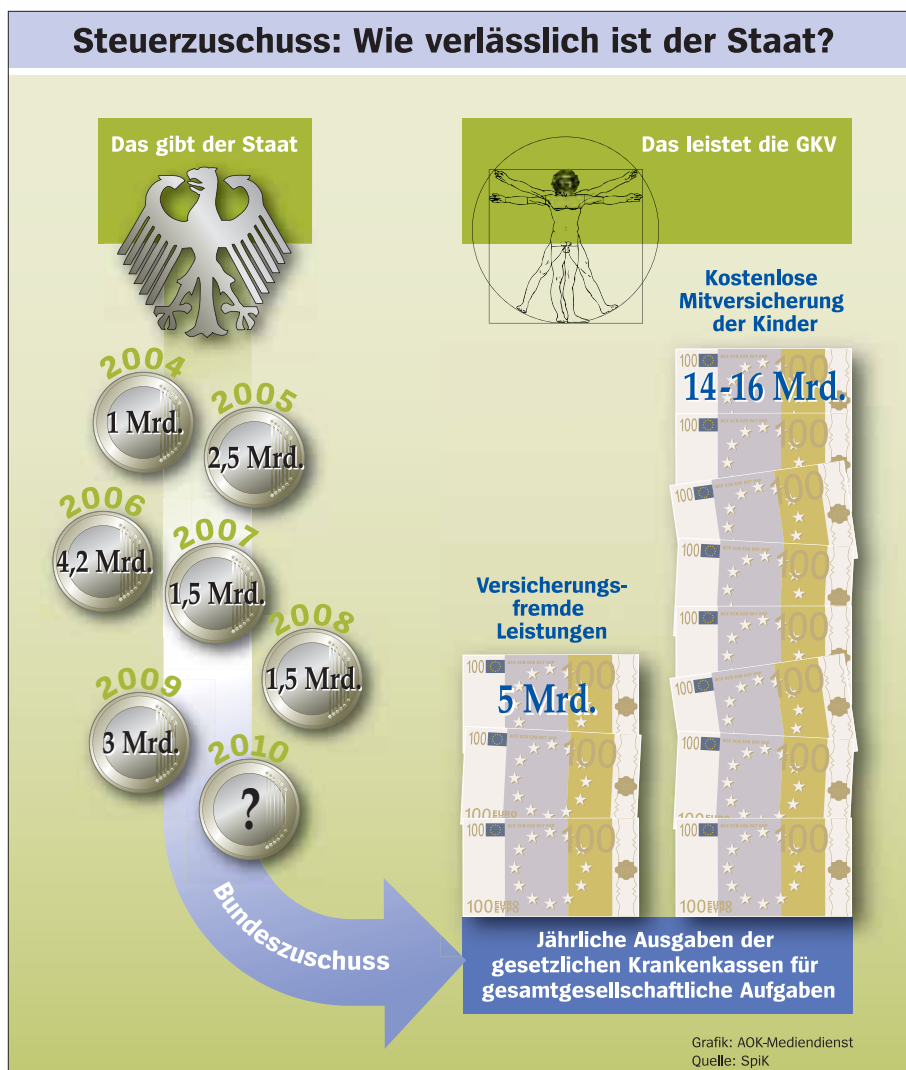
die Tabaksteuer finanzierte Ausgleich weiterlaufen – so die Zusage der Politik. Realität: 2007 kürzt die Große Koalition den Bundeszuschuss um 2,7 Milliarden Euro. Ab 2008 wird er ersatzlos gestrichen. So sieht es das im Frühjahr verabschiedete Haushaltsbegleitgesetz vor. Neben der Erhöhung der Mehrwertsteuer ist das ein wesentlicher Grund für das Milliardenloch der Krankenkassen im nächsten Jahr.

Die Krankenkassen befürchten, dass sich dieser Vorgang wiederholt, wenn die Mitversicherung von Kindern über Steuern finanziert wird. Kinder sind in der gesetzlichen Krankenversicherung – anders als bei privaten Krankenkassen – beitragsfrei mitversichert. Den Wert dieser Leistung gibt die Bundesregierung mit 14 bis 16 Milliarden Euro an. Einen Steuerzuschuss oder Zuschuss für diese Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es bisher nicht.

2008 sollen die gesetzlichen Krankenkassen in einem ersten Schritt einen Steuerzuschuss in Höhe von 1,5 Milliarden Euro für die Mitversicherung der Kinder erhalten. Im Jahr der nächsten Bundestagswahl 2009 soll der Zuschuss auf drei Milliarden Euro steigen. Danach, so versprechen die Eckpunkte, steigt der Steuerzuschuss jedes Jahr, bis er die Gesamtkosten von bis zu 16 Milliarden Euro abdeckt. Wie die Finanzierung nach 2009 aussieht, ist jedoch ungeklärt. Die Entscheidung darüber vertagen Union und SPD auf die Zeit nach der nächsten Wahl. Derzeit streiten Union und SPD darüber, ob der Steuerzuschuss auch für Kinder in der Privaten Krankenversicherung eingesetzt werden soll. Wäre dies der Fall, würde der finanzielle Ausgleich für die gesetzlichen Krankenkassen noch schmaler ausfallen als ohnehin schon.

Seit 1995 haben die jeweiligen Bundesregierungen 17 Gesetze erlassen, die der gesetzlichen Krankenversicherung Geld zugunsten anderer Sozialversicherungssysteme entzogen haben. Mit sieben Milliarden Euro jährlich subventionieren die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen – ungefragt – vor allem die Arbeitslosen- und die Rentenversicherung. Rechnet man die Bewegungen auf diesem sozialpolitischen Verschiebeparkplatz zusammen, ergibt sich eine Belastung von 0,77 Beitragsatzpunkten – umgerechnet sind das exakt die sieben Milliarden Euro, die den gesetzlichen Krankenkassen 2007 fehlen.

Steuerzuschuss: Wie verlässlich ist der Staat?



Mit der Verlässlichkeit politischer Zusagen hat die gesetzliche Krankenversicherung schlechte Erfahrungen gemacht. Rund fünf Milliarden Euro pro Jahr geben die Kassen für so genannte versicherungsfremde Leistungen aus. Dazu gehören zum Beispiel das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, die beitragsfreie Versicherung während der Elternzeit oder Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (ohne Mutterschaftsgeld). 2004 gab es dafür erstmals einen Steuerzuschuss. Doch der tröpfelt spärlich und versiegt 2008 ganz. Stattdessen sollen dann erstmals Steuermittel für die kostenlose Mitversicherung der Kinder in der GKV fließen: 1,5 Milliarden Euro 2008, drei Milliarden 2009. Dieser Zuschuss soll ab 2010 kontinuierlich steigen. Wie dies finanziert wird, steht nicht im Reform-Eckpunktepapier der Großen Koalition. Dies müsse in der nächsten Legislaturperiode geklärt werden, heißt es dort.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden: www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen/Grafiken)

Zusatzprämie provoziert reinen Preiswettbewerb

Bahn frei für die „Geiz-ist-geil“-Kasse?

Das steht in den Eckpunkten:

„Das Fondsmodell zwingt (...) das Management der Kassen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven intensiv zu nutzen, wenn sie ihre Versicherten nicht verlieren wollen. Dies ist eine Voraussetzung für Wettbewerb zwischen den Kassen, der den Versicherten durch erweiterte Wahlmöglichkeiten zugute kommt.“

Das heißt im Klartext:

Nur eine Kasse, die Geld zurückzahlt, ist eine gute Kasse. Eine Kasse, die eine zusätzliche Prämie nimmt, ist eine schlechte Kasse.

Die Folge:

Das Fondsmodell wird einen harten Preiswettbewerb auslösen. Den einzelnen Kassen bleibt kaum Handlungsspielraum. Der Staat schreibt den Katalog der gesetzlichen Leistungen vor, und die neuen Dachverbände auf Bundes- und Landesebene bestimmen über kollektive Verträge mehr als zwei Drittel der Ausgaben. Im Preiskampf können sich die Krankenkassen fast ausschließlich über den zusätzlichen Versichertenbeitrag zu profilieren. Sie wären gezwungen, bisherige Mehrleistungen und Service einzuschränken.

Investitionen in eine gesunde Zukunft lohnen sich nicht

Jeder Wettbewerb um eine bessere Versorgung verursacht erst einmal Mehrkosten. Doch die schlagen sich im Zusatzbeitrag nieder und stehen damit ganz oben auf der Streichliste. Investitionen, die sich für eine Kasse und für die Allgemeinheit erst viele Jahre später auswirken, drohen dem Rotstift zum Opfer zu fallen: zum Beispiel Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche oder viele Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Neue Wahlfreiheit für Gutverdiener

Union und SPD bauen darauf, dass Krankenkassen einen Zusatzbeitrag durch attraktive und kostengünstige Versorgungsformen mit Wahl- und Selbstbehalttarifen ausgleichen können, zum Beispiel einen Hausarzt-tarif. Selbstbehalt und ähnliche Spartarife dürften aber vor allem Gesunde wählen. Zwangsläufige Folge: Die Einnahmen gehen weiter zurück, die Ausgaben bleiben gleich. Damit wird es noch teurer für Kranke. Sondern tarife für spezielle Versorgungsformen werden deshalb weder einen Zusatzbeitrag verhindern noch zur finanzielle Entlastung führen.

Wie hätten Sie´s denn gern: prozentual oder nominal?

Theoretisch können die Krankenkassen wählen, wie sie ihre Mitglieder zur Kasse bitten: Sie dürfen den Zusatzbeitrag als vom Einkommen unabhängige Prämie erheben oder als einkommensabhängigen Prozentsatz. Praktisch wird es auf den Nominalbeitrag hinauslaufen, weil einer Kasse sonst die gut verdienenden Mitglieder in Scharen den Rücken kehren werden.

Eine weitere, schwer wiegende Verwerfung im Wettbewerb ergibt sich daraus, dass der Zusatzbeitrag höchstens ein Prozent des Haushaltseinkommens betragen darf. Krankenkassen, die viele Geringverdiener, Rentner oder Bezieher von Arbeitslosengeld II versichern, müssten die daraus resultierenden Einnahmenverluste in den Zusatzbeitrag einkalkulieren. Die Folge: Mitglieder mit höherem Einkommen müssten mehr zahlen oder werden die Kasse wechseln. Diesen gravierenden Nachteil gleichen die Risikozuschläge aus dem Gesundheitsfonds nicht aus.

Feindbild Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen stehen immer wieder in der Kritik. Politiker, die öffentlich über „Kassenpaläste“ und „unverschämte Vorstandsgehälter“ schimpfen, können sich des Beifalls sicher sein. Doch mit dem Wandel von Organisation und Aufgaben der Krankenkassen hat sich seit Mitte der 1990er-Jahre auch die Bedeutung der Verwaltungskosten deutlich verändert. Die Krankenkassen haben sich vom „Payer“ zum „Player“ gewandelt. Sie bezahlen nicht mehr nur Leistungen, sondern gestalten Art, Umfang, Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen aktiv mit.

Beispiele dafür sind aktuell der Aufbau speziellen Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease-Management-Programme), das Entwickeln neuer Präventionsprogramme oder die Planung und Einführung

eines neuen, transparenteren Vergütungssystems im Krankenhaus. Die Höhe des jeweiligen Anteils der Verwaltungsausgaben am Gesamthaushalt hat deshalb an Aussagekraft verloren. Der gezielte Einsatz von Personal oder Aufbau und Modernisierung leistungsstarker EDV kosten zunächst Geld. Professionelles Kostenmanagement und Controlling führen aber mittel- und langfristig zu einem deutlich wirtschaftlicheren Gesamtergebnis für die einzelne Krankenkasse und ihre Beitragszahler. Beispiel Krankengeld oder Reha-Maßnahmen: Bessere Betreuung der Versicherten und die optimale Steuerung verschiedener Behandlungsschritte ermöglicht eine schnellere Genesung und Wiedereingliederung in das Arbeitsleben. Davon profitieren alle Beitragszahler.

Niedrige Verwaltungskosten im Vergleich zu den Privaten

Die gesetzlichen Krankenkassen mit knapp 70 Millionen Versicherten haben 2005 rund 8,2 Milliarden Euro für Verwaltungsaufgaben ausgegeben. Das entspricht 5,7 Prozent aller Ausgaben und rund 157 Euro für jedes Mitglied. Die private Konkurrenz kann da nicht mithalten. 12,3 Prozent der Bruttoprämien machen bei den privaten Krankenkassen (PKV) die Verwaltungskosten aus: 3,1 Milliarden Euro für 8,3 Millionen Privatversicherte. Die PKV nimmt dabei mehr Geld für weniger Service: Ein gesetzlich Versicherter muss sich nach der Behandlung beim Arzt, Therapeuten oder im Krankenhaus um die Bezahlung nicht kümmern. Der Privatpatient dagegen zahlt die Behandlung grundsätzlich erst einmal aus eigener Tasche und erledigt anschließend den Schriftverkehr mit seiner Krankenkasse.

Wenn die Kasse schließt, bleiben die Aufgaben

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen hat sich in den letzten 15 Jahren von 1.209 auf 253 verringert. Gleichzeitig wurden viele tausend Arbeitsplätze gestrichen. Dass die Verwaltungsausgaben trotzdem nicht deutlich sinken, liegt insbesondere an den immer zahlreicher gewordenen Aufgaben, die Krankenkassen per Gesetz zugewiesen werden. Ein Versicherter nimmt seine Krankenkasse in der Regel nur über die örtliche Geschäftsstelle, Gesundheitskurse vor Ort oder die Mitgliederzeitschrift wahr. Doch zusätzlich regeln Kassenmitarbeiter auf Regional-, Landes- und Bundesebene geräuschlos und effizient eine Vielzahl weiterer Aufgaben, ohne die das Gesundheitswesen nicht funktionieren würde: Honorar- oder Budgetverhandlungen mit Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, die Planung und Betreuung von vielen Programmen und Projekten für mehr Qualität in der medizinischen Versorgung, umfangreiche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Schulen und Betrieben.

Trotz der Aufgabenvielfalt bei gleichzeitig zunehmenden Wettbewerb um Mitglieder und stetig steigender Personalkosten hat die Bundesregierung die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen gedeckelt: Von 2004 bis 2007 sind sie an die Entwicklung der Grundlöhne gekoppelt. Das heißt, sie dürfen im laufenden Jahr nur um 0,17 Prozent steigen. Liegen die Ausgaben einer Krankenkasse innerhalb eines Jahres mehr als zehn Prozent über dem GKV-Schnitt, fällt die Erhöhung im Folgejahr komplett aus.

Der Staat übernimmt, die Kosten bleiben

Wenn der Staat den Krankenkassen mit der Gesundheitsreform Aufgaben entzieht – insbesondere den Einzug aller Sozialversicherungsbeiträge –, müssen diese Aufgaben weiter bezahlt werden, letztlich aus den Verwaltungskosten des Gesundheitsfonds oder des Dachverbandes. Die Kosten werden also nur verlagert. Dass der Staat diese Aufgaben günstiger und effektiver lösen kann, darf bezweifelt werden. Im Gegenteil, neue Organisationen werden zunächst mal hohe Investitionen für neue Infrastrukturen erforderlich machen.

Umbau des Beitragseinzugs

Teures Konstrukt mit Tücken: der Gesundheitsfonds

Das steht in den Eckpunkten:

„Durch Verlagerung von den Einzelkassen auf regional organisierte Einzugsstellen wird der Beitragseinzug für alle Sozialversicherungsbeiträge stark vereinfacht. Die Arbeitgeber müssen den Beitrag damit in Zukunft nicht mehr an zahlreiche unterschiedliche Kassen, sondern nur noch an eine Stelle entrichten. Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen.“

Folge: Doppelte Kosten und mehr Aufwand

Von der Einführung des Gesundheitsfonds haben die Versicherten nichts. Union und SPD schaffen mit dem Fonds eine neue Mammutbehörde für den Einzug der Sozialversicherungsbeiträge und die Verteilung der Mittel. An den Finanzproblemen der GKV ändert sich nichts. Das Umorganisieren des Beitragseinzugs kostet die gesetzliche Krankenversicherung viel Geld. Die Krankenkassen haben die Kosten für die Reform prüfen lassen. Die Expertise kommt zu dem Ergebnis, dass sich durch den Aufbau des Gesundheitsfonds mit regionalen Inkassostellen die Verwaltungskosten fast verdoppeln würden – von derzeit 1,3 auf 2,5 Milliarden Euro. Mittel, die dann für die medizinische Versorgung fehlen. Zusätzliche Kosten entstehen vor allem durch Doppelstrukturen. Parallel zur Fondsbehörde, die den Beitrag von Arbeitgebern und Versicherten einzieht, müssten die Kassen die geplante Zusatzprämie individuell erheben und einziehen. Im Klartext: 50 Millionen Einzelkonten müssten zusätzlich verwaltet werden.

Verzicht auf ein weltweit als vorbildlich geltendes System

Mit der Verlagerung des Einzugs aller Sozialversicherungsbeiträge von den Krankenkassen zur einer Gesundheitsfonds-Behörde gefährdet die Große Koalition ohne Not ein weltweit als vorbildlich geltendes System. Die gesetzlichen Krankenkassen ziehen bisher die Beiträge für alle Zwei-

Das leisten die Krankenkassen:

– Beitragseinzug für alle Zweige der Sozialversicherung

– Beitragsvolumen: 37,5 Mrd. Euro im Monat, 450 Mrd. Euro im Jahr

– Service für mehr als 70 Mio. Versicherte

– Dienstleister für mehr als 3 Mio. Arbeitgeber, die Deutsche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit

– Verarbeiten von 60 Mio. Änderungsmeldungen jährlich (z.B. Arbeitgeber und Kassenwechsel)

ge der Sozialversicherung effizient, kompetent und günstig ein. Jeden Monat bewegen sie rund 37,5 Milliarden Euro – 450 Milliarden Euro jährlich für die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung und für die Arbeitsagentur. Spezialisierte Beschäftigte bei den Krankenkassen garantieren Tag für Tag einen reibungslosen Ablauf der komplexen Prozesse für insgesamt mehr als 70 Millionen Versicherte.

Vorteile rechnen die Nachteile für Arbeitgeber nicht auf

Nach Bildung eines Gesundheitsfonds hätten die Arbeitgeber zwar nur noch einen Ansprechpartner statt einzelner Krankenkassen. Da auch das bisherige Verfahren über elektronischen Datenaustausch und Bankabbuchung funktioniert, halten sich die tatsächlichen Entlastungen für die Unternehmen aber in Grenzen. Den Vorteilen stehen Nachteile durch voraussichtlich jahrelang notwendige Doppelstrukturen in der Aufbau- und Übergangsphase gegenüber.

Große Zufriedenheit mit dem Service der Krankenkassen

Zudem verlieren die Arbeitgeber durch die Reform kompetente Dienstleister. Denn mit dem Service der Krankenkassen sind die Unternehmen sehr zufrieden. Eine vom AOK-Bundesverband in Auftrag gegebene Unternehmensbefragung kommt zu dem Ergebnis, dass 94,2 Prozent der Betriebe mit der Durchführung des Beitragseinzugs zufrieden sind. Davon waren 80,5 Prozent sogar absolut bzw. sehr zufrieden. 85,5 Prozent sprachen sich für einen Verbleib des Verfahrens bei den Krankenkassen aus. Als Gründe dafür wurden genannt: gute Erreichbarkeit, hohe Kompetenz, Erfahrung, sehr gute Zusammenarbeit. Eine vor kurzem von der Techniker-Krankenkasse in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage bestätigt diese Ergebnisse: Knapp 60 Prozent der Unternehmen halten eine zentrale Inkassostelle für nicht sinnvoll; 70 Prozent erwarten keinerlei Arbeitserleichterungen durch eine solche Einrichtung.

Millionen-Investitionen „für die Katz“

Kostenfreie Software der Krankenkassen erleichtert den Arbeitgebern die Lohn- und Gehaltsabrechnungen. Seit 2004 nehmen grundsätzlich alle Datenannahmestellen der gesetzlichen Krankenkassen die Meldungen zur Sozialversicherung für alle Krankenkassen und Kassenarten an und leiten sie an die zuständigen Datenannahmestellen weiter. Auch kurzfristige gesetzliche Neuregelungen haben die Krankenkassen stets schnell und ohne Komplikationen umgesetzt. In den letzten Jahren haben die Krankenkassen mit hohem Aufwand in modernste Technik und organi-

GKV-weit mit dem Beitragseinzug beschäftigte Mitarbeiter:
ca. 25.000

- **Kosten für Beitragseinzug aktuell:**
1,3 Mrd. Euro pro Jahr (0,3 % der eingezogenen Summe)
- **Kosten nach Einführung des Gesundheitsfonds:**
2,5 Mrd. Euro pro Jahr (0,55 % der eingezogenen Summe)
- **Zusätzlich einmalige Kosten für Umstellung:**
ca. 800 Mio. Euro

satorische Infrastruktur zur Datenverarbeitung investiert. Ein Großteil dieser Millionen-Investitionen wäre bei einer Umsetzung der Reform „für die Katz“ gewesen.

Hartz IV lässt grüßen

Durch den auch von Experten als völlig unrealistisch beurteilten Aufbau eines separaten Gesundheitsfonds bis 2008 ist mit erheblichen Störungen bei den Versicherungsabläufen zu rechnen – bis hin zu Liquiditätsengpässen, zum Beispiel bei der Deutschen Rentenversicherung. In der Kostenanalyse der Krankenkassen heißt es, die Politik unterschätze die mit der Neuorganisation verbundenen Planungs-, Entwicklungs- und Aufbauarbeiten. Die Einführung eines Fonds mit regionalen Inkassostellen benötige einen Organisationsvorlauf von mehreren Jahren. Das Beispiel der Hartz-IV-Reform zeige, was für Turbulenzen durch übereilte und nicht ausreichend durchdachte Verwaltungsreformen ausgelöst werden können.

Kernaussagen der Expertise zu den Kosten für den neuen Beitragseinzug:

- Bei der Neuorganisation des Fonds und der regionalen Inkassostellen handelt es sich um die größte organisatorisch-technische Umgestaltung in der Nachkriegsgeschichte der Sozialversicherung. Das Ausmaß der mit dieser Neuorganisation verbundenen Planungs-, Entwicklungs- und Aufbauarbeiten wurde in den bisherigen politischen Planungen unterschätzt.
- Die Verlagerung des Beitragseinzugs auf den Gesundheitsfonds und die Einführung eines individuell zu zahlenden Zusatzbeitrags führen zur Verdoppelung der Verwaltungskosten von bisher 1,3 Milliarden Euro auf künftig 2,5 Milliarden Euro. Für die Anschubfinanzierung fallen zudem rund 0,8 Milliarden Euro zusätzliche Kosten an.
- Die zu erwartenden Umstellungs-, Anlauf- und Dauerfraktionen werden zu Liquiditätsproblemen in der Kranken- und Rentenversicherung führen.
- Die Erfahrungen mit der Zusammenlegung von Sozial- und Arbeitslosenhilfe (Hartz IV) bei der Bundesagentur für Arbeit haben deutlich gemacht, dass bei einer zu kurzfristig angelegten Umsetzung mit erheblichen Turbulenzen zu rechnen ist.

- Die Einführung des Fonds und der regionalen Inkassostellen benötigt einen erheblichen zeitlichen Organisationsvorlauf von mehreren Jahren.
- Der zentrale Beitragseinzug durch die Inkassostellen wird für den Arbeitgeber keine nennenswerten administrativen Entlastungen bringen.
- Für den Beitragseinzug ist eine neue Mammutbehörde nicht erforderlich. Für die künftige Verteilung von Beitrags- und Steuermitteln (...) steht ein „Fonds“ bereits zur Verfügung: Das Bundesversicherungsamt hat auch bisher rund 90 Prozent der Beitragsmittel über den Risikostrukturausgleich sowie Steuermittel und die Minijob-Beiträge auf die Krankenkassen verteilt.

Die Krankenkasse-Expertise zu den Kosten für den neuen Beitragseinzug:
www.reform-aktuell.de
 (Gesundheitsreform 2006 / Positionen der Krankenkassen)



Reform der Krankenkassenorganisation

17 zusätzliche Dachverbände lähmen jeden Wettbewerb

Das steht in den Eckpunkten:

„Damit zeitliche und organisatorische Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden, bilden die Krankenkassen bzw. ihre Verbände zur Erfüllung bestimmter Aufgaben auf Bundesebene einen Spitzenverband. (...) Die Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes für die Krankenkassen bzw. deren Verbände ist zu gewährleisten. Der Spitzenverband erhält einige wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen:

1. Der Spitzenverband vertritt die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung.
2. Die Vertragskompetenz des Spitzenverbandes beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen). (...)

Auf Landesebene werden die Krankenkassen bei kollektiven Vertragsbeziehungen mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen jeweils von einem entsprechenden gemeinsamen Landesverband vertreten.“

Die sieben Spitzenverbände der Krankenkassen sind die politischen Dachorganisationen der einzelnen Krankenkassenarten:

- AOK-Bundesverband
- BKK-Bundesverband
- IKK-Bundesverband
- Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
- Knappschaft
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- See-Krankenkasse

Das sind die Folgen:

Mehr Bürokratie und mehr Staatseinfluss

Trotz gegenteiliger Bekenntnisse schafft die Große Koalition neue Bürokratie und verursacht neue Kosten. Die Handlungsfähigkeit der einzelnen Kassen und damit der Wettbewerb untereinander werden deutlich eingeschränkt. Die Gründung von 16 Dachverbänden auf Landesebene und eines Dachverbandes auf Bundesebene blockiert auch den von der Politik immer wieder vehement geforderten Wettbewerb um bessere medizinische Versorgung.

17 neue, zusätzliche Gremien werden die Entscheidungsprozesse nicht beschleunigen, sondern deutlich verlangsamen. Gegensätzliche Interessen lassen sich nicht durch Bildung neuer Organisationen ausgleichen. Der in einer Demokratie normale und notwendige Streit um Ziele und Wege wird sich lediglich in andere Gremien (vor)verlagern. Sollten alle Krankenkassen Mitglied des Dachverbandes sein und Stimmrecht haben, wird die Entscheidungsfindung noch schwieriger als in den bestehenden sieben Spitzenverbänden. Es steht zu befürchten, dass der Gesetzgeber dem Bundesgesundheitsministerium auch in diesem Bereich das Recht zur Ersatzvornahme einräumt – der staatliche Einfluss nimmt auch hier deutlich zu.

Keine unternehmerische Kompetenz für 70 Prozent der Kosten

Was die Eckpunkte als „wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben“ umschreiben, beinhaltet die Steuerung der großen Ausgabenblöcke: Rahmenverträge für die stationäre Versorgung, für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie für die Arzneimittelversorgung und die Entscheidung über Arzneimittel-Festbeträge. Die Kassen verlieren für 70 Prozent der Ausgaben unternehmerische Entscheidungskompetenz.

Im Zusammenspiel mit anderen Reform-Eckpunkten wird sich dies fatal auswirken. Beispiel: die angestrebte Reform der vertragsärztlichen Vergütung. Die Krankenkassen werden verpflichtet, auf Landesebene mit den Kassenärztlichen Vereinigungen einheitliche Preise und einheitliche Qualitätsvereinbarungen festzulegen. Das heißt: Alle Kassen müssen denselben Vertrag zu denselben Konditionen anbieten. Sie müssen weiterhin jeden niedergelassenen Arzt bezahlen – unabhängig von der Qualität der Leistung. Das Preisniveau wird künftig auf der Bundesebene festgelegt. Auf der Landesebene können die Vertragspartner nur noch Zu- und Abschläge vereinbaren. Verträge, die wie bisher regionale Besonderheiten berücksichtigen, wird es nicht mehr geben.

Mehr Vertragsfreiheit nur im Bereich freiwilliger Leistungen

Neue Vertragsfreiheiten lässt die Politik den Kassen da, wo es um zusätzliche Leistungen über die Kollektivverträge hinaus geht. Doch da sich hier alle Kosten direkt im zusätzlichen Versicherungsbeitrag niederschlagen, wird sich kaum eine Krankenkassen an dem von Union und SPD gewünschten Wettlauf um die besten freiwilligen Leistungen und Service-Angebote beteiligen. Statt ihnen die Möglichkeit einzuräumen, mit besonders qualifizierten und engagierten Gruppen der Leistungserbringer Versorgungsverträge auszuhandeln, verpflichten Union und SPD die Krankenkassen dazu, wie bisher Einheitsverträge abzuschließen. Qualität ist nicht etwa die Grundvoraussetzung, sondern muss von den Krankenkassen extra vergütet werden.

Die Spitzenverbände vertreten die Interessen der einzelnen Krankenkassen auf bundespolitischer Ebene und in der Selbstverwaltung – insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss. Aufgaben und Befugnisse der Spitzenverbände sind im Sozialgesetzbuch geregelt (SGB V, Kapitel 7). Entscheidungen, die gemeinsam und einheitlich getroffen werden müssen, regelt schon jetzt ein gemeinsames Gremium der Spitzenverbände (§ 213 SGB V) weitgehend reibungslos und effizient.

Mehr Staat statt Selbstverwaltung

Der Gemeinsame Bundesausschuss als Spielball der Tagespolitik

Das steht in den Eckpunkten:

„Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) werden von Hauptamtlichen besetzt, die von den verschiedenen Seiten (Krankenkassen, Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser) vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. Deren Amtszeiten sind auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt. (...)“

Die Gremienarbeit wird straffer und transparenter gestaltet. (...)“

Die Möglichkeiten des BMG zur Einflussnahme bis zur Ersatzvornahme werden präzisiert. (...)“

Werden Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in angemessenen Fristen getroffen, gelten diese Methoden als zugelassen. Wird ein Antrag auf Ausschluss von Leistungen nicht in angemessener Frist beschieden, bleiben diese Leistungen im Leistungskatalog. (...)“

Das sind die Folgen:

Mehr Staat statt Selbstverwaltung

Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über die konkrete Gestaltung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Seine Entscheidungen haben für die Versicherten erhebliche Auswirkungen – zum Beispiel wenn es um die Bewertung neuer Behandlungsmethoden oder die Kostenübernahme für bestimmte Therapien oder Arzneimittel geht. Der Ausschuss setzt Normen. Das ist verfassungsrechtlich nur der Selbstverwaltung oder einer dem Gesundheitsministerium nachgeordneten Behörde erlaubt. Wenn die Große Koalition die Vertreter der Selbstverwaltung an entscheidender Stelle durch hauptamtlich Beschäftigte ersetzt, entwickelt sie das staatsferne Gremium zur staatlichen Regulierungsbehörde. Deutlich lässt sich aus der Formulierung in den Eckpunkten schließen, dass das Bundesgesundheitsministerium seinen Einfluss auf den Gemeinsamen Bundesausschuss vergrößern will.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist ein vom Gesetzgeber geschaffenes Organ. Besetzt ist der GBA im Rahmen der Selbstverwaltung mit Vertretern der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen. Vertreter der Patienten sind an den Beratungen beteiligt und geben eigene Voten ab.

Der GBA legt innerhalb des gesetzlichen Rahmens fest, welche medizinischen Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen.

Das Gremium entscheidet über die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, kümmert sich um die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland und ist entscheidend beteiligt an der Steuerung der Arzneimittelausgaben über Festbeträge.

Die Befugnisse des GBA sind im Sozialgesetzbuch geregelt (§ 91 SGB V).

Neben der Hoheit über die Krankenkassenbeiträge sichert sich der Staat damit den direkten Einfluss auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Bundesregierung bricht an einer entscheidenden Stelle mit dem bewährten Prinzip, staatliche Aufgaben – wo immer möglich – zu delegieren (Subsidiaritätsprinzip). Bisher hat es sich bewährt, dass die Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss direkt durch die Kostenträger (Krankenkassen) und durch die Vertreter der für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung verantwortlichen Institutionen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser getroffen wurden. Die Erfahrung zeigt: Übernimmt der Staat Aufgaben, wird es selten effizienter, aber nie billiger.

Nicht ausreichend erprobte Behandlungsmethoden

Der GBA hat seiner Einrichtung zum 1. Januar 2004 alle vom Gesetzgeber erteilten Aufträge in der dafür gesetzten Frist erfüllt. Viele weit reichende Entscheidungen lassen sich nicht übers Knie brechen. Wenn Methoden künftig nur deshalb als zugelassen gelten, weil Entscheidungen nicht innerhalb bestimmter Fristen getroffen werden, können Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhäuser durch bewusste Verzögerung dafür sorgen, dass neue Leistungen ohne inhaltliche Prüfung eingeführt und zusätzlich vergütet werden müssen. Patienten würden dann mit Behandlungsmethoden konfrontiert, die noch nicht ausreichend erprobt sind. Außerdem hätte diese Regelung unabsehbare finanzielle Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung.

Mehr Einfluss einzelner Interessengruppen

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der GBA den aktuellen Stand des medizinischen Wissens und beurteilt neben dem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen auch die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit. Schon jetzt ist der Ausschuss starkem Druck ausgesetzt. Das hat die Diskussion um den Zusatznutzen des künstlichen Humaninsulins für Diabetiker deutlich gezeigt. Der Bundesausschuss hat dem Druck durch die Pharmaindustrie standgehalten und seine Entscheidung unabhängig auf der Grundlage der vorliegenden Studien getroffen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat in einigen Fällen Druck ausgeübt, um Beratungen des GBA zu beeinflussen. Teilweise hat das Ministerium dabei eigene Aufträge an den Ausschuss unterlaufen. Sachentscheidungen des GBA wurden unter tagespolitischem Druck durch Ersatzvornahmen kassiert. Ein Gemeinsamer Bundesausschuss unter staatlichem und politischem Einfluss wäre weit stärker als jetzt politischen Weisungen ausgesetzt. Seine Entscheidungen würden noch mehr durch tagespolitische Erfordernisse, Wahlkämpfe, die Pharmalobby und andere Interessengruppen beeinflusst.

Der Gemeinsame Bundesausschuss im Internet:
www.g-ba.de



Dialog-Fax: 0228/849 00 - 20
Telefon: 0228/849 00 - 29



Redaktion
AOK-Mediendienst
Presseservice Gesundheit
Kortrijker Straße 1

53177 Bonn

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Adressenänderung Bitte senden Sie den psg Thema künftig an folgende Adresse:

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel./Fax:

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den psg Thema künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Politik-Ausgabe des psg:

Bitte schicken Sie mir den psg Politik **per Post** an die oben angegebene Adresse.

Bitte schicken Sie mir den psg Politik **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den psg Thema.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: