

Was sich für den Versicherten ändert

Gesundheitsreform: Nur die Wahl zwischen Geld- statt Chipkarte?

Zur künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens hat die Bundesregierung im Sommer ein Eckpunktepapier veröffentlicht. Drei Monate später – am 4. Oktober 2006 – einigten sich die Koalitionsparteien auf einen Gesetzesentwurf, der es in sich hat. Das Bundeskabinett hat dem Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes Ende Oktober zugestimmt.

Im Folgenden sind die wichtigsten Änderungen zusammengestellt. Der Inhalt des Gesetzes unterliegt dem Vorbehalt möglicher Änderungen in den nächsten Monaten. Dazu zählen auch die in der Klammer vermerkten Zeitpunkte des Inkrafttretens einer Regelung.

Gesundheitsfonds | ab 1. Januar 2009

Zum 1. Januar 2009 soll ein zentraler Gesundheitsfonds eingerichtet werden. Der Fonds ist das Kernelement der Reform. Versi-

cherte und Arbeitgeber entrichten dann ihre Beiträge direkt in den gemeinsamen Fonds, der die Gelder an die Kassen durch Zahlung einer Grundpauschale zuzüglich Ab- und Zuschlag auszahlt. Berücksichtigt werden unterschiedliche Versichertenrisiken und -strukturen, etwa Alter, Krankheit und Geschlecht. Der zu zahlende Beitragssatz wird nicht mehr durch die gesetzlichen Kassen bestimmt, sondern allein durch den Gesetzgeber.

Kommt eine Kasse mit dem zur Verfügung stehenden Geld nicht aus, muss sie vom Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben. Darin soll dann der eigentliche Wettbewerb unter den gesetzlichen Kassen stattfinden. Zur Vermeidung unnötiger Zusatzbelastungen sollen die Kassen kostensparende Leistungen anbieten; Hausarzttarife, Programme für chronisch Kranke usw. Durch die Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent vom Bruttoeinkommen sollen sozial schwächere Versicherte geschützt werden (sogenannte Überforderungsklausel). Allerdings soll es den Krankenkassen auch erlaubt werden, ohne Einkommensprüfung pauschal acht Euro zusätzlich im Monat vom Versicherten zu erheben.

Risikostrukturausgleich/ Finanzausgleich | ab 1. Januar 2009

Mit dem so genannten Risikostrukturausgleich soll die ungleichmäßige Verteilung von Kranken und alten Menschen in den einzelnen Kassen finanziell aufgefangen werden. Krankenkassen mit einer hohen Zahl an kostenintensiven Mitgliedern

werden somit geschützt. Der Ausgleich orientiert sich an 50 bis 80 zumeist chronischen Krankheiten, darunter auch den weit verbreiteten Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

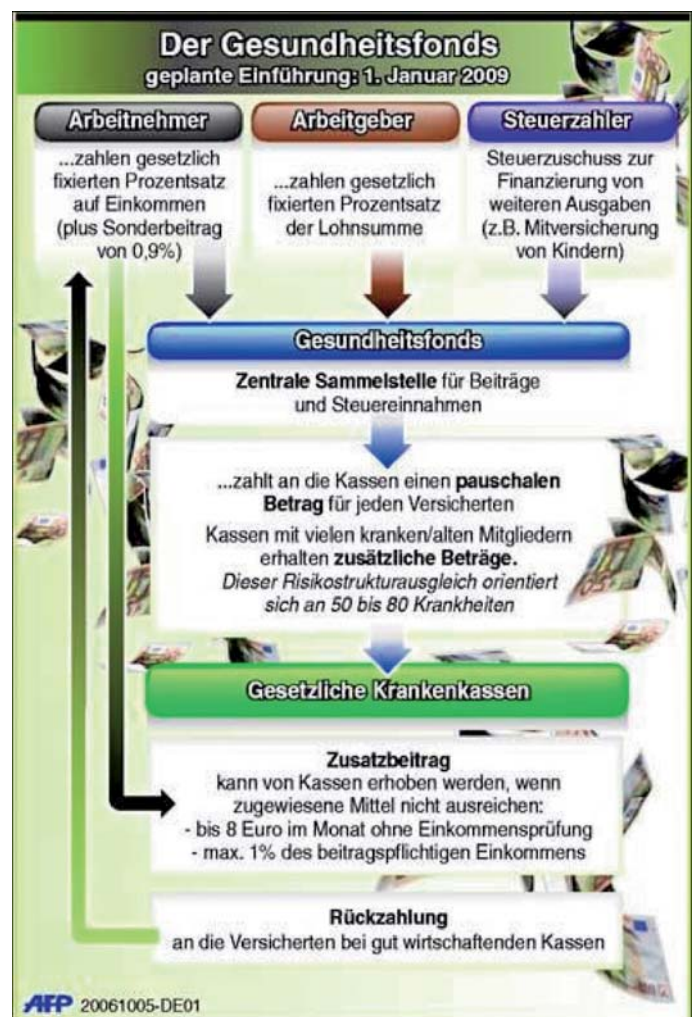
Kinderversicherung | ab 2008

Der Bund zahlt künftig einen Zuschuss zur Finanzierung der bislang mitversicherten Kinder. Diese nämlich sollen langfristig komplett aus Steuergeldern finanziert werden. Im Jahr 2008

sollen zunächst 1,5 Milliarden Euro bereitgestellt werden. Für 2009 sind insgesamt drei Milliarden Euro vorgesehen. Noch ist nicht geklärt, woher der Rest kommen soll. Die Finanzierung der Kinder ausschließlich aus Steuergeldern würde dem Staat jährlich etwa 16 Milliarden Euro kosten.

Beitragserhöhung | im Jahr 2007

Bis zur Einführung des Gesundheitsfonds sollen die Kassen



schuldenfrei sein. Deshalb hat die Bundesregierung den Kassen übergreifend auferlegt, ihren Beitragssatz im Jahr 2007 zu erhöhen. Die Rede ist von 0,5 Prozentpunkten. Experten halten diesen Prozentsatz zur Vermeidung neuer Schulden schon jetzt für zu niedrig angesetzt.

Mit der Einführung des Fonds würden die Beiträge für alle Kassen einheitlich werden. Der Arbeitnehmer sieben Prozent vom Bruttoeinkommen, der Arbeitgeber sechs Prozent. Hinzu kommen 0,9 Prozent Sonderbeitrag für den Arbeitnehmer. Während die Versichertenbeiträge nach Haushaltslage anpassbar sind, sollen die Beiträge der Arbeitgeber eingefroren werden.

Vergütung der Ärzte | ab 1. Januar 2009

Das bisherige Honorarsystem nach Punkten soll durch ein einfacheres Vergütungssystem mit Pauschalpreisen in Euro ersetzt werden. Die umstrittene Budgetierung soll abgeschafft und durch eine Mengensteuerung ersetzt werden. Erst das Überschreiten einer bestimmten Leistungsmenge führt für den Arzt zu einer Kürzung seines Honorars.

Leistungen und Tarife | ab 1. April 2007

Für auftretende Komplikationen, etwa nach Schönheitsoperationen, Tätowierungen oder Piercing müssen Kassen künftig nicht mehr aufkommen. Mutter-Vater-Kind-Kuren und bislang empfohlene Impfungen hingegen werden zur Pflichtleistung der Krankenkassen.

Arzneimittel | ab 1. April 2007

Das seit Mai 2006 gültige Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) übt hier eine Vorreiterrolle aus. Durch die Regelungen im Referentenentwurf zur Gesundheitsreform sollen nun weitere 500 Millionen Euro jährlich eingespart werden. Kassen und Apotheken werden zu Preisver-

handlungen verpflichtet. Notfalls sind den Kassen Sonderrabatte einzuräumen. Überdies werden Höchstpreise für Medikamente eingeführt.

Aufbau der Kassen und Verbände | ab 1. April 2007

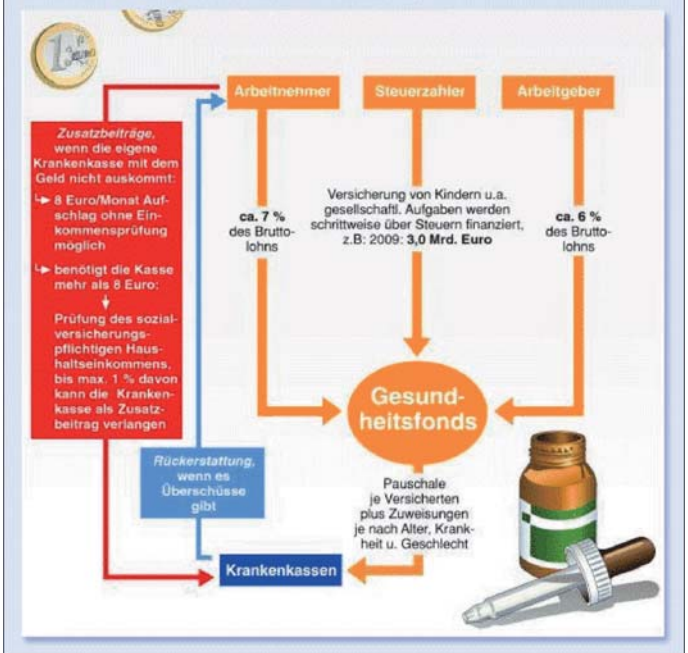
Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen bleibt erhalten, obgleich der Einfluss der Versichertenvertreter weiter sinkt. Über die Höhe der Beiträge und so manche bisher freiwillige Leistung entscheidet künftig der Staat. Die sieben Dachverbände der Krankenkassen sollen sich zu einem Kassenverband zusammenschließen. Kassen sollen künftig kassenartübergreifend (zum Beispiel AOK mit BKK) fusionieren können. Mit Ausnahme geschlossener Betriebskrankenkassen werden alle Krankenkassen zum 1. Januar 2009 geöffnet.

Private Krankenversicherung | ab 1. Januar 2008

Die privaten Krankenversicherungen werden künftig verpflichtet, einen Basistarif ohne Gesundheitsprüfung anzubieten, dessen Leistungsumfang dem der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV – entspricht. Der Basistarif ist geöffnet für freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer (Verdienst über der Pflichtversicherungsgrenze). Ebenso dürfen alle bislang privat versicherten und ehemals privat versicher-

Erfolg, Neuanfang oder Murks. Die Gesundheitsreform wird unterschiedlicher denn je beurteilt. Fest steht, dass sich die Versicherten auf eine Vielzahl von Änderungen einstellen müssen.

Der Gesundheitsfonds ab 1.1.2009



ten Personen diesen Grundtarif in Anspruch nehmen. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Je nach Hilfebedürftigkeit kann der Beitrag für den Einzelnen reduziert werden. Altersrückstellungen können bei einem Wechsel zwischen privaten Versicherern übertragen werden, allerdings nur in Höhe der Leistung aus dem Basistarif.

Bewertung der Verkehrsgewerkschaft GDBA

Aus Sicht der Verkehrsgewerkschaft GDBA werden künftige Finanzierungsprobleme durch Einführung eines zentralen Fonds nicht gelöst. Die Verstaatlichung des Gesundheitssystems ist die Folge. Zu wenig Augenmerk wurde zudem auf die Ausgabenseite gelegt. Das deutsche Gesundheitswesen verursacht im internationalen Vergleich übermäßig hohe Kosten. Der vorliegende Kompromiss ist das Ergebnis eines kaum zu überschauenden Interessengemenges. Offen bleibt weiterhin, wie man etablierte Parteien, Ärzte, Apotheker, Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, die private Krankenversicherung, deren Dachverbände

und Pharmaindustrie im Sinne des Gemeinwohls unter einen Hut bringt. Wirkliche Einschnitte wurden gescheut, der Weg des geringsten Widerstandes gewählt. Wie ist es sonst zu erklären, dass Ausgabensteigerungen einseitig auf die Versicherten abgewälzt werden?

Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass den führenden Parteien der Erhalt der eigenen Macht wichtiger ist, als die Verbesserung der Einnahmen-Ausgaben-Situation unter Beibehaltung des Solidarsystems im Gesundheitswesen.

Bürgerversicherung hier, Kopfpauschale da. Allein die Tatsache, dass SPD und Union mit zwei schwer zu vereinbarenden Modellen in die Verhandlungen gingen und sich dennoch einigten, lässt wenig Gutes erwarten. Vom „kleinsten gemeinsamen Nenner“ und der „weiteren Abkehr von der paritätischen Finanzierung“ spricht der dbb beamtenbund und tarifunion.

Dem Zyniker sei beigeplottet: Die Einführung der hochgepreisenen Gesundheitskarte dürfte dem Versicherten von morgen egal sein. Die Verfügbarkeit einer zuverlässigen Geldkarte wohl nicht. Eine ernüchternde Feststellung. Zey