



Argumente zur **Gesundheitsreform**

Inhalt

Solidarität und Qualität: Unsere Anforderungen an die Gesundheitsreform

Gesundheitsfonds:

1. Einrichtung
2. Risikostrukturausgleich und Kopfpauschale
3. Steuerfinanzierung
4. Beitragseinzug

Neue Versorgungsformen: Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Wo gibt es noch mehr Informationen zur Gesundheitsreform?

Solidarität und Qualität:

Unsere Anforderungen an die Gesundheitsreform

Die Bundesregierung hat Eckpunkte für eine große Gesundheitsreform vorgelegt. Aber können diese zur Lösung der bestehenden Probleme beitragen?

ver.di will eine Gesundheitsreform, die dazu geeignet ist, Solidarität und Qualität weiterzuentwickeln. Sie soll dort ansetzen, wo es Defizite gibt. Sie soll aber auch die Stärken im System nutzen.

Unsere Stärke ist das solidarische Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesunde für Kranke, Jüngere für Ältere, Alleinstehende für Familien, Einkommensstärkere für Einkommensschwächere.

Erheblichen Veränderungsbedarf in unserem Gesundheitssystem haben wir, weil gleichzeitig Einnahmen- als auch Ausgabenprobleme gelöst werden müssen. Es reicht nicht, mehr Geld ins Gesundheitswesen zu schaufeln, ohne die strukturellen Mängel in unserer Gesundheitsversorgung aufzugreifen. Umgekehrt brauchen wir einen Zuwachs auf der Einnahmeseite, weil der Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse, die abnehmende Lohnquote, die hohe Arbeitslosigkeit und insbesondere die Entlastung der öffentlichen Haushalte zu Lasten der Beitragszahlerinnen die Finanzbasis der GKV geschwächt hat. Diesen Zuwachs brauchen wir auch, um Spielräume für die notwendigen Veränderungen zu eröffnen.

ver.di unterstützt Veränderungen, die unser solidarisches Gesundheitssystem und Sicherungssystem zukunftsfest machen. Bedarfsgerechte Leistungen für alle Patientinnen und Patienten, angemessene und sinnvoll eingesetzte Beiträge sowie Arbeitsbedingungen, die gutes Arbeiten ermöglichen, sind dabei unser Maßstab. Erheblichen Handlungsbedarf sieht ver.di auf der Finanzierungsseite, bei der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen und bei der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im System.

Finanzierung

Es besteht erheblicher ökonomischer Druck auf die sozialen Sicherungssysteme. Der Anteil der Erwerbseinkommen am Bruttoinlandsprodukt sinkt, der Anteil der Vermögenseinkünfte dagegen steigt. Ohne Neujustierung der Finanzierungsbasis werden Beitragszahlerinnen und Beitragszahler übermäßig stark belastet. Beiträge steigen, der Druck, Leistungen einzuschränken, nimmt zu.

Seit 1980 bleibt der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt relativ konstant. Aber die Lohnquote ist seither deutlich abgesunken. Die beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied bleiben hinter der Entwicklung des Volkseinkommens spürbar zurück. Für den Einzelnen bedeutet dies steigende Beiträge oder noch mehr Leistungsausgrenzung oder beides.

Auch eine verbesserte Ausgabensteuerung ist unverzichtbar. Denn die medizinische Versorgung folgt nicht rationalen Gesundheitszielen, sondern betriebswirtschaftlichen Anbieterinteressen. Allein im Arzneimittelsektor sind Einsparpotenziale in Höhe von 4 Mrd. Euro ohne Qualitätsverlust für die medizinische Versorgung realisierbar. Festbeträge für Arzneimittel, Positivliste, Kosten-Nutzen-Bewertungen werden gebraucht.

Versorgungsstrukturen

Die dominanten Krankheitsbilder haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte deutlich verändert. Infektionskrankheiten sind zurückgedrängt worden. Dafür nehmen - wie in allen hoch entwickelten Gesellschaften - chronische Erkrankungen zu. Rückenleiden, Herzerkrankungen, Krankheiten der Atemwege, Krebs und rheumatische Erkrankungen sind auf dem Vormarsch.

Traditionell berufsständisch geprägte Versorgungsstrukturen müssen ersetzt werden. Wir brauchen neue Konzepte. Vieles ist mit der letzten Gesundheitsreform auf den Weg gebracht worden. Jetzt müssen die nächsten Schritte folgen. Wir brauchen sinnvoll abgestimmte Kombination von Medikamententherapie, ärztlicher Behandlung, Rehabilitation und Pflege. Die sektorale Versorgung, wie sie heute besteht, ist teuer, behindert eine optimale Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten und erfordert von der Politik ein dichtes Geflecht von Gesetzen und Verordnungen, deren Wirkung dennoch sehr begrenzt bleibt.

Gerade die Versorgung chronisch Kranker erfordert eine stärkere Zusammenarbeit. Die Einzelarztpraxis oder das allein auf stationäre Versorgung ausgerichtete Krankenhaus sind weder in ökonomischer noch in qualitativer Hinsicht der Weisheit letzter Schluss.

Bessere Zusammenarbeit

Etwa 4,2 Millionen Menschen oft mit sehr guter Ausbildung arbeiten in der Gesundheitswirtschaft. Aber die Zusammenarbeit untereinander ist verbesserungsbedürftig. Zwar ist die Qualität bei vielen Einzelleistungen hoch, aber bei der Gesamtleistung gibt es spürbare Mängel. Wir brauchen sehr viel Personal. Die fachärztliche Doppelschiene im ambulanten und stationären Versorgungssektor wirkt sich kostentreibend aus.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte hat seit 1993 deutlich stärker zugenommen als die Bevölkerung. Weltweit liegt die Bundesrepublik bei der Zahl der Ärzte je Einwohner mittlerweile im vordersten Drittel, sehr weit vor den USA oder gar Großbritannien. Es gibt jedoch ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Wir haben heute 25 Prozent mehr Ärztinnen und Ärzte als vor zehn Jahren und trotzdem Gebiete mit Ärztemangel, während sich Ärzte in Ballungszentren drängen.

Wir brauchen künftig mehr Zusammenarbeit. Erst in der Kombination von Leistungen, wie Gesundheitsförderung, Behandlung, Mobilisation, können Einzelleistungen ihre Wirkung voll entfalten. Gute Medizin und nicht der Arzt mit den meisten Einzelleistungen muss am besten bezahlt werden. Wir brauchen Leistungsanbieter, die sinnvoll aufeinander abgestimmte Angebote für den Patienten entwickeln

Die Solidarität stärken, die Versorgungsqualität erhöhen sind die Maßstäbe, die wir an die Gesundheitsreform anlegen.

Sie machen unser Gesundheitswesen zukunftsfest.

Was bedeuten die Eckpunkte zur Gesundheitsreform, wenn wir sie anhand dieser Kriterien bewerten?

Gesundheitsfonds:

1. Einrichtung

Das steht dazu in den Eckpunkten:

Es wird ab 2008 ein Gesundheitsfonds eingerichtet.

- Die Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber..
- Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern. Die Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9%. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation.

Das will ver.di:

ver.di will den Erhalt der sozialen gesetzlichen Krankenversicherung.

Wir brauchen eine gerechtere Finanzierung. Deshalb hat sich ver.di für die BürgerInnen-Versicherung engagiert. Solidarität und Parität sind die Leitprinzipien: Alle sollen nach ihren Möglichkeiten zur Finanzierung beitragen und die Arbeitgeber sollen in der Kostenverantwortung bleiben. Kapitaleinkünfte müssen in die Finanzierung einbezogen werden. Privatversicherte sollen in die Solidarität einbezogen werden.

Das aber sehen die Eckpunkte nicht vor: Weder ist im Rahmen des Fonds die Beteiligung der privaten Krankenversicherung noch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung geplant. Der Gesundheitsfonds birgt erhebliche Risiken.

Kritikpunkte:

- Der Beitragssatz würde vom Gesetzgeber festgelegt. Damit unterliegt der Beitragssatz der Krankenkassen der Gefahr der „politischen“ Beitragsfestsetzung. Damit würde ein wichtiger gesellschaftlicher Bereich verstaatlicht, der bislang weder tagespolitischen, noch anderen, womöglich sachfremden Einflüssen unterliegt.
- Das Finanzsouveränität der von den Versicherten gewählten Selbstverwaltung wird im Kern ausgehöhlt.

Veränderungsbedarf:

Wir brauchen eine Finanzierungsform, die

- die Private Krankenversicherung einbezieht. Damit wird Solidarität gestärkt.
- andere Einkommensarten in die Finanzierung der Krankenversicherung einfließen lässt und somit die Beitragsbelastung der Erwerbseinkünfte reduziert.

Die soziale Selbstverwaltung muss weiterhin das Recht haben, Beitragssätze festzusetzen. Eine Festlegung durch den Gesetzgeber erschwert eine sachgemäße Entscheidung und wird von den Wahlterminen abhängig. Die versichertennahe Selbstverwaltung wird geschwächt.

Was wir brauchen, ist der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, der in einem virtuellen Fonds (wie heute auch schon) Zahlungsströme verrechnet und Schlussalden für die einzelnen Zahler/Empfänger ausweist, die dann real vollzogen werden.

Gesundheitsfonds:

2. Risikostrukturausgleich und Kopfpauschale

Das steht dazu in den Eckpunkten:

- Die Kassen erhalten für jeden Versicherten einen festen Betrag aus dem Fonds. Die je nach Kasse unterschiedlichen Altersstrukturen und Risiken, wie beispielsweise Alter, Krankheit und Geschlecht der Versicherten werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen.
- Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt.
- Der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen wird abgeschafft und in den Fonds verlagert. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfänger-Kassen.
- Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen Möglichkeiten zur Verfügung, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren - wie kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife usw.).
- Führt dies nicht zum Erfolg, können sie einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. Die Gesundheitsausgaben müssen zu mindestens 95 % aus dem Fonds gedeckt werden. Die Gestaltung und Erhebung des Zusatzbeitrags wird der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit dem Einzug beauftragen

Das will ver.di:

Wir brauchen eine solidarische Wettbewerbsordnung, die die bisherigen finanziellen Fehlanreize für die Krankenkassen beseitigt. Die „Jagd nach guten Versichertenrisiken“, das heißt möglichst gesunde, in der Regel junge und gut verdienende Mitglieder zu werben, darf nicht weiterhin belohnt werden. Stattdessen muss sich der Wettbewerb um die qualitätsgesicherte Versorgung für die Krankenkassen „lohnend“.

Dazu ist der bisherige RSA zum Morbi-RSA weiterzuentwickeln. Bisher werden Unterschiede wie etwa beim Alter, beim Geschlecht und der Anzahl beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger berücksichtigt. Beim morbiditätsbezogenen Ausgleich (Morbi-RSA) kommen Unterschiede bei den Krankheitskosten hinzu. Erst dieser krankheitsbezogene Risikostrukturausgleich macht die Kassen zu verlässlichen Sachverwaltern einer qualitativ bestmöglichen und hochwertigen Krankenversorgung für alle GKV-Versicherten.

Und wir wollen auch, dass Qualität der Wettbewerbsparameter ist. Um ein Beispiel zu nennen: Wir wollen Krankenkassen, die durch Behandlungsprogramme für Diabetiker, welche die Komplikationen reduzieren, überzeugen und sich so im Qualitätswettbewerb vor anderen Krankenkassen auszeichnen. Weil das die Krankenkassen für chronisch Kranke attraktiv macht, anstatt sie durch Gleichgültigkeit abzuschrecken und so durch das Niedrighalten der Beiträge Gesunde und Junge anzuziehen, soll der Morbi-RSA die krankheitsbedingten Unterschiede in den Risikostrukturen des Versichertenstammes aus-

gleichen. Einen Wettbewerb der Krankenkassen um kostensparende Tarife oder Selbstbehalte, die es gesunden und gut verdienenden Versicherten erlauben, sich aus der Solidarität zu verabschieden - das wollen wir nicht. Sie schränken die Wahlfreiheit kranker Versicherter ein.

Prämiensysteme oder Kopfpauschalen in jeglicher Form lehnen wir ab. Sie zerstören die solidarische Finanzierung. Das Prinzip der Beitragsbemessung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit wird auf den Kopf gestellt: Je geringer das Einkommen, umso mehr belasten sie die Versicherten.

Kritikpunkte:

- Der Wettbewerb um niedrige Zusatzprämien bzw. Auszahlungen an die Beitragszahlerinnen und -zahler wird die Risikoselektion nach guten und schlechten Risiken dramatisch verschärfen.
- Die bisher schon ab 2007 gesetzlich vorgesehene Einführung des Morbi-RSA wird um mindestens zwei Jahre verschoben. 2009 ist das nächste Bundestagswahljahr. Eine Koppelung zwischen Gesundheitsfond und Morbi-RSA gibt es (bisher) nicht.
- Damit werden die Unterschiede zwischen den Krankenkassen noch größer. Wer gute Leistungen und Beratung bietet, ist dabei Verlierer. Die Kosteneinsparungen der Krankenkassen mit hohem Anteil kranker Menschen wird voraussichtlich – gezwungenermaßen – in der Reduzierung bzw. Streichung freiwilliger Leistung, dem Abbau der Geschäftsstellen und deren Beratungs- und Serviceangeboten bestehen .
- Billigversorgung und geringere Beiträge, wenn man bereit ist, einen Teil der Behandlungskosten zu akzeptieren (Selbstbehalte) schränken den Wettbewerb um gute Qualität ein und schwächen die Solidarität der Jungen, Gesunden und der Bezieherinnen und Bezieher von hohem Einkommen mit den Kranken.
- Mit den Zusatzprämien wird der Weg zur Einführung von Kopfpauschalen freigemacht. Die „kleine Kopfprämie“ (Zusatzbetrag) belastet vor allem die Menschen mit niedrigen Einkünften und Renten. Sie wird in den Krankenkassen am größten sein, die eine hohe Service- und Beratungsdichte und die besten freiwilligen Leistungen bieten. Ist sie erst einmal eingeführt, kann sie sehr leicht erhöht werden.

Positiv:

- Die Einführung des Morbi-RSA entspricht alten gewerkschaftlichen Forderungen, vorausgesetzt, es gelingt, den anhaltenden Widerstand der CDU/CSU aufzubrechen. Das könnte zwar mit dem Fond gelingen – allerdings bedarf es zur Einführung des Morbi-RSA nicht zwingend eines Fonds.

Veränderungsbedarf:

Der Zusatzbeitrag belastet die Krankenkassen mit hohen Leistungsausgaben für ihre Versicherten. Diese „Kopfpauschale“ muss gestrichen und durch eine vollständige Finanzierung über das Beitragsaufkommen plus Steuerzuschüsse plus Beiträge aus anderen Einkommensarten ersetzt werden. Die bisher vorgesehene Möglichkeit, dass der Ausgleich auf 95 Prozent absinken kann und dann über eine Kopfpauschale ergänzt werden muss, führt entweder zu einer Rationierung oder zu einer Zusatzbelastung der Versicherten in den Versorgerkassen, also den Kassen mit überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten.

Gesundheitsfonds:

3. Steuerfinanzierung

Das steht dazu in den Eckpunkten:

Die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt künftig teilweise aus Steuermitteln. Dazu zählt die große Koalition offensichtlich irrtümlicherweise auch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. 2008 wird ein Betrag von 1,5 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt geleistet; 2009 von 3 Mrd. Euro – Der Betrag soll in den Folgejahren weiter ansteigen. Die Finanzierung wird in der nächsten Legislatur sichergestellt. Eine Kürzung des Leistungskatalogs wird ausgeschlossen.

Das will ver.di:

Wir brauchen nach wie vor eine Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus Beiträgen der Mitglieder. Dieses System kann sich am Besten an den Bedarf gesundheitlicher Versorgung anpassen und wird von der Selbstverwaltung der Versicherten ausgestaltet. Privat finanzierte Systeme sind teurer oder auf hohe Zuzahlungen angelegt. Bei steuerfinanzierten Systemen, wie in England, Norwegen oder Schweden sind längere Wartezeiten und Einschränkungen bei den Leistungen die Regel.

Dennoch brauchen wir einen zuverlässigen Anteil an Steuerfinanzierung für gesellschaftliche Aufgaben. Dazu gehören zum Beispiel Leistungen im Rahmen des Mutterschutzes oder zur Betreuung kranker Kinder durch Haushaltshilfen. Dies wurde mit dem GKV - Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 schrittweise eingeführt. Ein dauerhafter Bundeszuschuss von 4,2 Mrd. Euro - finanziert aus der Tabaksteuer - sollte diese versicherungsfremden Leistungen ausgleichen. Diese Leistungen hat die Große Koalition bereits wieder gestrichen.

ver.di will, dass dieser Bundeszuschuss erhalten bleibt.

Darüber hinaus muss die Belastung der GKV durch den Gesetzgeber zurückgeführt werden, insbesondere z B die reduzierten Beiträge für Arbeitslose.. Künftig soll gelten: Für vom Gesetzgeber verfügte Einnahmevermindernungen soll ein Steuerzuschuss vereinbart werden.

Kritikpunkte:

- Die finanziellen Belastungen der GKV führen dort zu Beitragssatzsteigerungen, wo jetzt die Steuermittel für gesamtgesellschaftliche Leistungen wie Schwangerschafts- und Mutterschaftsgeld gestrichen wurden.
- Das Vertrauen in eine verlässliche Finanzierung familienpolitischer Leistungen über das Steuersystem wird erschüttert.

- Durch „Verschiebebahnhöfe“, wurden mehrfach die öffentlichen Haushalte entlastet und die Krankenkassen belastet. Pro Jahr wird die GKV dadurch mit insgesamt 4,6 Mrd. Euro belastet; davon allein 2,6 Mrd. € durch die Absenkung der Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld und -hilfe.

Veränderungsbedarf:

Der Bundeszuschuss ist in ausreichender Höhe verlässlich sicherzustellen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ist dagegen eine originäre Leistung der solidarischen Krankenversicherung. Sinnvoll wäre es, gesamtgesellschaftliche Leistungen – wie z.B. Schwangerschaftsberatung und Mutterschaftsgeld über Steuern zu finanzieren.

Gesundheitsfond

4. Beitragseinzug

Das steht dazu in den Eckpunkten:

Die Krankenkassen ziehen die Beiträge nicht mehr selbst ein. Stattdessen soll der Beitragseinzug durch regional organisierte Einzugsstellen für alle Sozialversicherungsbeiträge erfolgen. Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen

Das will ver.di:

- Der Einzug der gesamten Sozialversicherungsbeiträge muss bei den gesetzlichen Krankenkassen bleiben!

Kritikpunkte:

- Ein bisher gut funktionierendes Verfahren in einem sehr sensiblen Bereich wird ohne Not aufs Spiel gesetzt.
- Fast 40 Mrd. Euro Beiträge werden Monat für Monat von den gesetzlichen Krankenkassen eingezogen. Das ist ein Service auch für die Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Am gleichen Tag noch müssen die Beiträge auf den richtigen Konten ankommen. Wer in dieses bewährte Verfahren eingreift, übernimmt eine hohe Verantwortung. Rentner brauchen ihre Rente und Arbeitslose ihr Arbeitslosengeld pünktlich auf ihrem Konto. Sozial und tariflich gesicherte Arbeitsplätze bei den jeweiligen Krankenkassen werden in ihrem Bestand gefährdet. 30 000 Arbeitsplätze sind bei den Kassen negativ betroffen, wenn die Eckpunkte wie vereinbart umgesetzt werden.

Neue Versorgungsformen:

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Das steht dazu in den Eckpunkten:

- Die Integrierte Versorgung wird fortgeführt. Die gesetzlichen Vorgaben werden weiterentwickelt. Ziel ist die bessere Transparenz und die Ausrichtung auf größere Versichertengruppen. Die bisherige Anschubfinanzierung (1 Prozent des ärztlichen Budgets und 1 Prozent der Krankenhausrechnungen) wird bis 2009 verlängert. Nichtärztliche Heilberufe und Pflegeversicherung können in die Versorgungskonzepte einbezogen werden.
- Für hochspezialisierte Leistungen am Krankenhaus gibt es eine Anschubfinanzierung jeweils zur Hälfte aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen (0,5 Prozent der Krankenhausbudgets und in gleicher Höhe Mittel der Krankenkassen).
- Ambulante Leistungen werden im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis mit vergleichbaren Honoraren vergütet.
- Krankenhäuser werden pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1 Prozent der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen

Das will ver.di:

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat 2004 einen Schub für neue Versorgungsformen wie Chronikerbehandlungsprogramme, medizinische Versorgungszentren (Polikliniken) und Integrierte Versorgung gebracht. Es müssen allerdings noch bestehende Hindernisse und Fehlsteuerungen in der Praxis beseitigt werden, damit diese Strukturreformen wirken und ihren Beitrag für mehr Qualität und Effizienz entfalten können.

Deshalb will ver.di, dass die Integrierte Versorgung intensiv gefördert wird. Die Befristung der Anschubfinanzierung muss entfallen, damit der Anreiz besteht, umfassende regionale Versorgungsverträge zu schließen.

Im Zuge der Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung muss ebenfalls die Finanzierung hochspezialisierter ambulanter Leistungen der Krankenhäuser geregelt werden. Trotz der unbestrittenen Qualitätsverbesserung kommen derzeit Verträge wegen falscher finanzieller Anreize nicht zustande.

Zudem ist eine bessere Versorgungsplanung dringend erforderlich, um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Die Einzelfacharztpraxis ist kein optimales Versorgungsangebot. Fachärzte brauchen den Austausch und die Zusammenarbeit - zum Beispiel in Medizinischen Versorgungszentren. Die Doppelversorgung durch Fachärzte im Krankenhaus und in der ambulanten Praxis muss aufgehoben werden. Wir brauchen dadurch sehr viel Ärztinnen und Ärzte, ohne dass dies zu einer besseren Qualität führt. Während privat Krankenversicherte heute schon direkt zum Spezialisten im Krankenhaus gehen können, ist dieser Weg den gesetzlich Versicherten versperrt. Längerfristig gehört die fachärztliche Versorgung ausschließlich ans Krankenhaus, denn dort stehen die aktuellsten medizinischen Kenntnisse zur Verfügung.

Kritikpunkte:

- Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung wird nur befristet verlängert. Dadurch besteht weiterhin zu wenig Motivation aufwändigere und bessere Versorgungsverträge zu entwickeln.
- Hochspezialisierte ambulante Leistungen sollen in Zukunft jeweils zur Hälfte aus den Krankenhausbudgets und von den Kassen finanziert werden. Bisher werden diese Leistungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erbracht und aus deren Budget finanziert. Damit erhalten die Niedergelassenen für weniger Leistungen das gleiche Geld. Bezahlen müssen es die Krankenhäuser und die Versicherten.
- Der Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser von 1 Prozent ist durch nichts begründet. Die Maßnahme stellt gerade während der Umstellungsphase der Krankenhäuser auf ein völlig neues Finanzierungssystem ein großes Problem dar und wird zu weiterem Arbeitsplatzabbau führen.

Positiv:

- Richtig ist die Förderung von bevölkerungsbezogenen regionalen Verträgen. Dabei wird anstelle von Vergütungen einzelner Leistungskomplexe die Versorgung aller Versicherten in einer Region mit hochwertigen und aufeinander abgestimmten Gesundheitsleistungen vertraglich vereinbart.
- Die Ansiedlung hochspezialisierter ambulanter Leistungen am Krankenhaus bedeutet eine deutliche Qualitätsverbesserung. Unter diese Leistungen fallen zum Beispiel Krebserkrankungen, AIDS, komplizierte Herzkrankheiten oder seltene Erkrankungen.
- Das vergleichbare Honorar für ambulante Leistungen im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis war überfällig.

Veränderungsbedarf:

- Der Anteil an integrierten Versorgungsformen ist kontinuierlich auszubauen und die notwendige sektorübergreifende Finanzierung sicherzustellen. Das gibt mehr Planungssicherheit gerade für aufwändige bevölkerungsbezogene Verträge.
- Krankenhäuser sind für ambulante fachärztliche Versorgung über hochspezialisierte Leistungen hinaus zu öffnen. Behandlungsverbote für gesetzlich Krankenversicherte müssen aufgehoben werden.

Gesamtbewertung

In der vorliegenden Form kritisieren wir die Grundlinien der Reform, weil sie trotz einiger positiver Ansatzpunkte in grundsätzlichen Fragen eine falsche Weichenstellung vornimmt, während gleichzeitig notwendige Reformschritte unterbleiben.

In die richtige Richtung weist die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung bei den Arzneimitteln, die Schaffung eines Präventionsgesetzes, die Verlängerung der Anschubfinanzierung bei der integrierten Versorgung, das verbesserte Schnittstellenmanagement zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege, die Einbeziehung der Pflege in die integrierte Versorgung, die Weiterentwicklung des RSA zu einem Morbi-RSA sowie der Verzicht auf weitere Zahlungen und Selbstbehalte.

Mit den Eckpunkten würde jedoch gleichzeitig ein selbstverwaltetes und damit bürgergesellschaftlich reguliertes System in zwei Richtungen verschlechtert: Während die Steuerung des Systems mit der staatlichen Festsetzung der Beiträge, dem Gesundheitsfonds und der faktischen Einführung einer Regulierungsbehörde stärker verstaatlicht und damit der Einfluss der Versicherten und Patienten zurückgedrängt wird, werden die Kosten stärker privatisiert: In diese Richtung weist nicht allein die Zusatzprämie, sondern auch die Deckelung der Beiträge, durch die es zu Leistungsausgliederungen kommen würde, welche die Versicherten dann zusätzlich privat versichern müssten. Diese außerhalb der Parität und außerhalb der Solidarität liegenden Zusatzversicherungen gingen v.a. zu Lasten der kleineren Einkommen. Gleichzeitig könnten dem paritätisch finanzierten System über Beitragsrückerstattungen sogar Finanzmittel entzogen werden.

Dringend notwendige Reformschritte werden in den Eckpunkten nicht aufgegriffen: Weder werden die Privatversicherten in die Solidarität der GKV miteinbezogen, noch wird das Leistungsspektrum der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung der Versicherten ausreichend geöffnet. Überkommene Doppelstrukturen bleiben so erhalten; sie führen weiter zu Über- und Fehlversorgung.

Wo gibt es noch mehr Informationen zur Gesundheitsreform?

Broschüren

Solidarität und Qualität stärken - ver.di Positionen zur Gesundheitspolitik, ver.di Bundesverwaltung 2006

Interviews und Stellungnahmen zur Gesundheitsreform mit einer Synopse zu den Eckpunkten der Bundesregierung, ver.di Bundesverwaltung 2006

Im Internet

ver.di Gesundheitspolitik: <http://gesundheitspolitik.verdi.de/> und

Reform - aktuelle Debatte: http://gesundheitspolitik.verdi.de/finanzierung/reform_2006/gesundheitsreform_2006

Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt, Kirchen: <http://gesundheit-soziales.verdi.de/>

Fachbereich Sozialversicherung: <http://sozialversicherung.verdi.de/>

Bereich Sozialpolitik: <http://sozialpolitik.verdi.de/>

Newsletter

Auf kleinem Raum geballte Information per e-mail: Der Newsletter@Gesundheitspolitik

Online Bestellungen unter: gk02-news-subscribe@lists.verdi.de

oder im Internet unter <http://gesundheitspolitik.verdi.de/information/newsletter>