

BILANZ UND AGENDA

Gesundheitspolitik unter Schwarz-Rot: Die neue Welt des Gesundheitsfonds

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender Ersatzkassenverbände VdAK/AEV

Gesundheitspolitik unter einer schwarz-roten Bundesregierung – der Anspruch der Koalition war groß:

Hauptziel einer Reform sollte es sein, die Finanzierungsgrundlagen der GKV langfristig zu stabilisieren, durch mehr Wettbewerb die Versorgung der Versicherten zu verbessern und Bürokratie abzubauen.

Die Probleme waren unübersehbar: Die GKV hatte ein Einnahmenproblem, die Lücke zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung wurde immer größer, viele Kassen hatten sich verschuldet, durch die Abwanderung junger, gesunder Mitglieder in Richtung PKV wurde die solidarische Krankenversicherung gefährdet. Zwei konträre Lösungsvorschläge wurden dis-

kutiert. Das Kopfpauschalenmodell der CDU/CSU und das Modell der Bürgerversicherung der SPD.

Was konnte dabei herauskommen?

Die Antwort der Großen Koalition: Das GKV-WSG

Die Antwort der Koalitionsregierung war das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – mit den zentralen Bausteinen Organisationsreform und Finanzierungsreform der GKV. Maßnahmen zur Ausgabenreduzierung blieben dagegen dürftig (z.B. Sanierungsbeitrag Krankenhäuser, Leistungsausgrenzung beim Piercing), bei den Strukturreformen gab es einige positive Ansätze (mehr Spielräume für Selektivverträge im ambulanten Bereich), doch die meisten Maßnahmen waren mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden (Neugestaltung der ambulanten Versorgung, Umwandlung von Satzungsleistungen in Pflichtleistungen). Die Bundesgesundheitsministerin feierte deshalb vor allem die Einführung der Versicherungspflicht für alle Menschen als Kernstück ihrer Reform.



Inzwischen weiß man: So positiv das Anliegen ist, allen Menschen einen Versicherungsschutz zukommen zu lassen, so zeigt sich in der Praxis, wie missbrauchsanfällig und deshalb kostenintensiv für die Krankenkassen die neue Rückkehrerregelung ist.

Wahltarife und Wettbewerb zwischen GKV und PKV

Den Kassen wurde durch das GKV-WSG die Möglichkeit eröffnet, ihren Versicherten Wahltarife wie Selbstbehalte, Beitragsrück-erstattung oder Kostenerstattung anbieten zu können. Die Ersatzkassen haben eine Vielzahl von Wahltarifen entwickelt. Dennoch bleiben Wahltarife in einer solidarischen Krankenversicherung umstritten, weil sie in der Regel nur von jungen und gesunden Mitgliedern genutzt werden.



BILANZ UND AGENDA

Die Versicherten nehmen diese neuen Wahlmöglichkeiten aufgrund der Risiken nur sehr zurückhaltend in Anspruch.

Die Kassen nutzen sie vorwiegend als Instrument der Mitgliederbindung, um Abwanderungen gesunder junger Menschen in Richtung PKV zu verhindern. Deshalb sind sie der PKV auch ein Dorn im Auge.

Besonders zu schaffen machen der PKV jedoch vor allem der Basistarif und die Portabilität der Altersrückstellungen auch für Bestandsversicherte ab 2009.

Ansonsten sind die privaten Anbieter in dieser Reform wieder mit einem blauen Auge davon gekommen: Einen fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV gibt es nach wie vor nicht, das Problem der Abwanderung guter Risiken in Richtung PKV wurde nicht konsequent angegangen, eine finanzielle Beteiligung der PKV an den Kosten der Solidarität blieb aus.

Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Bei der Finanzreform der GKV wurde eine Chimäre geschaffen: Zwei grundverschiedene politische Konzepte – das Kopfpauschalmodell der CDU/CSU und das Bürgerversicherungsmodell der SPD – wurden zusammengewürfelt und heraus kam der Gesundheitsfonds, der die Finanzströme in der GKV ab 2009 völlig neu regeln wird.

Künftig zahlen alle Versicherten einen staatlich festgesetzten Einheitsbeitragssatz. Die Beiträge werden in einem Fonds gesammelt, der Staat gibt hoffentlich dauerhafte Steuermittel hinzu und anschließend werden die Gelder wieder an die Kassen ausgeschüttet.

Um eine gerechte Verteilung zu erreichen, wird ein erweiterter, nunmehr morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich vorgeschaltet.

Mit dem Gesundheitsfonds und dem Einheitsbeitragssatz greift der Staat massiv in die Finanzautonomie der Krankenkassen ein.

Dies kann wettbewerblich orientierten Unternehmen nicht gefallen. Besonders fatal ist, dass zusätzlich zu dem Einheitsbeitrag ein Zusatzbeitrag bei den Versicherten in einer Höhe von bis zu 36 Euro im Monat erhoben werden kann und muss, wenn eine Kasse mit dem Geld aus dem Fonds nicht auskommt.

Dieser Beitrag ist allein vom Versicherten zu tragen und trägt damit zu einer weiteren Aushöhlung der paritätischen Finanzierung bei.

Die Bundesregierung hat es übrigens wieder versäumt, für gleiche Startchancen im Wettbewerb zu sorgen – eigentlich ein Muss spätestens unter den Gesundheitsfondsbedingungen.

Historisch bedingt zahlen die Ersatzkassen den Zahnärzten höhere Honorare als andere Kassenarten, notwendig wäre jetzt eine Angleichung der Punktwerte für alle Kassenarten. Die Ersatzkassen werden deshalb gleich mit Start des Fonds mit 169 Mio. Euro zusätzlich belastet. Das entspricht einem rechnerischen Zusatzbeitrag von monatlich knapp 1 Euro je Mitglied.

Noch ist der Gesundheitsfonds mit vielen Unsicherheiten behaftet:

- Wie wirkt der neue morbiditätsorientierte RSA?
- Reichen die Beiträge, um die Kosten im nächsten Jahr zu decken?

Viele Experten halten einen Beitragssatz von 15,8 % für notwendig, die Regierung beschließt einen Beitragssatz von 15,5 %, damit fehlen knapp 3 Mrd. Euro im großen Topf Gesundheitsfonds.

Kein gutes Signal an die Versicherten, die wahrscheinlich schon früh mit Zusatzbeiträgen bela-



BILANZ UND AGENDA

stet werden müssen, wenn nicht noch ein Sparpaket auf den Weg gebracht wird.

Eine 100-prozentige Deckung der Leistungsausgaben im Startjahr des Fonds – so sieht es das Gesetz vor und so war es auch politisch zugesagt – wird jedenfalls durch die 15,5 % nicht erreicht.

Wie verlässlich sind vor diesem Hintergrund die Steuermilliarden, die der GKV für die nächsten Jahren versprochen wurden?

GKV-OrgWG

Das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV, das am 17. Oktober 2008 im Bundestag verabschiedet wurde, dient der rechtlichen Vervollständigung des Systems „Gesundheitsfonds“.

Positiv ist, dass nun alle Kassen – d.h. auch landesunmittelbare Kassen wie die AOKn – insolvenzfähig sind und damit wettbewerbliche Verzerrungen beseitigt werden.

Nicht akzeptabel sind jedoch die vorgesehenen Haftungsregelungen, die in letzter Konsequenz auch eine kassenartenübergreifende Haftung vorsehen, sowie die Regelungen zu den finanziellen Hilfen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz einer Kasse. Der Spitzenverband Bund kann hier Bestimmungen bis hin zu Zwangsfusionen vorsehen und beeinflusst damit in einem erheblichen Maße den Wettbewerb der Kassen.

Krankenhausreform und Reform der ärztlichen Vergütung

Im Rahmen des GKV-WSG wurde den Ärzten versprochen, das geltende Vergütungssystem zum 1.1.2009 durch die Einführung fester und einheitlicher Preise (Euro-Gebührenordnung) und durch eine morbiditätsorientiert fortzuschreibende Gesamtvergütung abzulösen. Die gesetzlichen Krankenkassen konnten nicht ver-

hindern, dass es bei den Honorarverhandlungen für 2009 zu einer massiven Honorarerhöhung von rd. 2,5 Mrd. Euro gekommen ist. Weitere 2,3 Mrd. Euro an Mehrbelastungen wird die Krankenhausreform mit sich bringen, ohne dass das an dem Kernproblem der Krankenhäuser, nämlich dem Rückzug der Länder aus der Investitionsfinanzierung, etwas ändern würde.

Damit wird wieder einmal der Beitragszahler für eine verfehlte Krankenhauspolitik zur Kasse gebeten.

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Für mehr Qualität und Transparenz in der Pflege und für eine verbesserte Situation der Demenzkranken hat die Pflegereform gesorgt.

Die am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Leistungsverbesserungen waren längst überfällig. Die moderate Anhebung des Beitragssatzes von 0,25 Prozentpunkten war vor diesem Hintergrund nachvollziehbar und angemessen.

Der Beitragssatz wird – wenn die Konjunktur mitspielt – voraussichtlich bis 2014 bzw. 2015 ausreichen, um die verbesserten Leistungen zu finanzieren.

Die langfristige Finanzierung der Pflege ist damit aber nicht gesichert, weitere Reformen sollten deshalb nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Kritisch konstruktiv begleitet haben die Ersatzkassen das Vorhaben der Bundesregierung, trägerunabhängige und -übergreifende Pflegestützpunkte aufzubauen und diese von den Kassen finanzieren zu lassen. Den Ländern wurde es überlassen, bei Bedarf Pflegestützpunkte aufzubauen, doch definieren diese den Bedarf sehr unterschiedlich – zu wenig wird auf die bewährten Strukturen und auf die Erfahrung der Kassen zurückgegriffen. Eigentlich hätten Modellversuche, an denen sich auch der VdAK/AEV



BILANZ UND AGENDA

als Träger beteiligt hat, zeigen sollen, wie groß der Bedarf in der Bevölkerung für Pflegestützpunkte ist und wie sie am besten organisiert werden.

Leider hat man die Ergebnisse der Modelle nicht abgewartet; es besteht die große Gefahr, dass viel Geld für Verwaltung ausgegeben wird, obwohl es eigentlich in der Pflege selbst benötigt wird.

Starke Ersatzkassengemeinschaft

Die Ersatzkassen haben sich im Jahr 2008 auf die neue Welt des Gesundheitsfonds vorbereitet und nutzen die bestehenden Möglichkeiten des Wettbewerbs.

So hat sich die Ersatzkassenwelt bereits deutlich verändert. Fusioniert haben innerhalb des Ersatzkassenlagers die GEK mit der HZK, kassenartenübergreifende Fusionen wurden durch die hkk (mit der IKK Weser-Ems), die TK (mit der IKK direkt) und die KKH (mit der BKK Allianz) vollzogen oder eingeleitet.

Insgesamt wird sich die Versichertenzahl der Ersatzkassen um rd. eine Million auf 24,6 Millionen erhöhen.

Alle Kassen wollen künftig unter einem Dach in einem Verband der Ersatzkassen vertreten sein. Insofern sind die Ersatzkassen strategisch gut aufgestellt, um auch unter Gesundheitsfondsbedingungen ihre Chancen im Wettbewerb zu nutzen und ihren Einfluss als starke Gemeinschaft im Spitzenverband Bund, gegenüber der Politik und Öffentlichkeit im Sinne ihrer Kunden, den Versicherten, geltend zu machen.

Was tun?

Für alle Kassen geht es in 2009 nun ums Eingemachte:

Der Gesundheitsfonds muss umgesetzt werden. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe, zumal die finanziellen und strukturellen Probleme ja nicht

gelöst worden sind. Von der Politik ist in dieser Legislaturperiode kein Sparpaket mehr zu erwarten, es sei denn flächendeckende Zusatzbeiträge setzen die Regierung unter Druck.

Spätestens im Jahr 2010 wird der Ruf nach einer weiteren Reform unüberhörbar werden. Dann werden vor allem zwei Probleme angegangen werden müssen:

■ Die demographische Entwicklung wird das Krankheitsspektrum und die Bedürfnisse der Versicherten verändern.

Auf der Finanzierungsseite werden Probleme entstehen, wenn sich das Verhältnis der aktiv Beschäftigten und der Rentner verändert; ein Rückgang der Bedeutung der umlagefinanzierten Rente und die Zunahme ergänzender privater Altersversorgungen wird erneut die Frage nach der Einbeziehung weiterer Einkunftsarten für die Beitragserhebung aufwerfen.

Die Versorgungsstrukturen müssen der Alterung der Bevölkerung und den veränderten sozialen Rahmenbedingungen angepasst werden. Dabei sollte die demographische Entwicklung als Chance angesehen werden: Immerhin werden wir alle älter, und das ist gut so!

■ Die Gesetzgebung weist seit längerem einen Trend zu Vereinheitlichung und Verstaatlichung auf, der einer wettbewerblichen Orientierung im Gesundheitswesen widerspricht.

Gleichzeitig werden jedoch die Erwartungen an die Krankenkassen hinsichtlich eines konsequenten Kostenmanagements immer größer.

Wer Versichertenorientierung im Gesundheitswesen auch zukünftig will, muss Wettbewerb der Kassen untereinander ermöglichen. Wenn Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlich-



BILANZ UND AGENDA

keit möglich sein soll, muss mehr Vertragsfreiheit eingeräumt werden.

Dann muss die nächste Reform aber weniger staatliche Vorgaben, mehr kassenindividuelle Vertragsmöglichkeiten und mehr Vielfalt bewirken. In einem „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ sollte dann auch drin sein, was drauf steht.

Insoweit bleibt festzustellen: Auch wenn es die Koalition geschafft hat, die GKV radikal umzubauen, so hat sich an den Problemen und dem Handlungsbedarf nach vier Jahren schwarzer Gesundheitspolitik nicht viel geändert.

