

Biggi Bender MdB

Gesundheitsreform 2003: Die GKV zukunftsfähig machen

Angefangen von der privaten Absicherung der Behandlungskosten infolge von Privatunfällen bis hin zur Ausgliederung des Zahnersatzes stehen in der öffentlichen Diskussion um die Gesundheitsreform 2003 Veränderungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vordergrund. Dabei liegen die Defizite der GKV nicht nur im Bereich der Leistungen und der Finanzierung, sondern auch und insbesondere bei den Rahmenbedingungen für das konkrete Versorgungs- und Vertragsgeschehen.

Die Gesundheitsreform 2003 wird deshalb sowohl eine Finanzreform als auch eine Strukturreform der GKV sein müssen.

1. Strukturreform der GKV - eine solidarische Wettbewerbsordnung schaffen

Seit mittlerweile einem Vierteljahrhundert steht die Ausgabensteuerung im Zentrum der staatlichen Gesundheitspolitik. Durch verschiedene Kostendämpfungsgesetze und Gesundheitsreformen konnte der Anteil der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt weitgehend konstant gehalten werden. Allerdings war der Ablauf der politischen Interventionen fast immer gleich. Nach ersten Anfangserfolgen verlor das jeweilige Kostendämpfungsinstrument schnell wieder an Wirkung, die Ausgabenentwicklung zog wieder an und neue Maßnahmen mußten entwickelt werden. Die Konsequenz war eine ständig zunehmende Zahl staatlicher Interventionen in das Gesundheitssystem und ein immer dichter und unübersichtlicher werdendes Regelwerk.

Diese Form der gesundheitspolitischen Schadensbegrenzung verliert – nicht nur unter den Leistungserbringern - immer mehr an Akzeptanz und Wirkung. Auf der Tagesordnung deshalb eine Gesundheitspolitik, die Ausgabensteuerung über die Schaffung effizienter und effektiver Strukturen betreibt.

Hier muss das zentrale Anliegen der Gesundheitsreform 2003 liegen. Statt weiterer Detailregelungen geht es um Anreize, die dazu führen, das unser Gesundheitswesen aus sich selbst heraus mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität hervorbringt. Dazu sind Rahmenbedingungen dafür erforderlich, dass die legitimen wirtschaftlichen Interessen der LeistungsanbieterInnen und das allgemeine Interesse an einem effektiven und effizienten Gesundheitssystem besser als bisher zusammenpassen. Eine Ordnung, in der alle ein Interesse an Qualität und Wirtschaftlichkeit haben, wird ungleich wirksamer und flexibler sein als ein System, in dem Steuerungsimpulse aus staatlichen Institutionen und korporatistischen Gremien erst mühsam – und entsprechend unvollkommen - in die Versorgungsrealität durchgestellt werden müssen.

1.1. Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit

Das Selbststeuerungspotenzial des Gesundheitswesens wird nur aktiviert werden können, wenn innerhalb der solidarischen Rahmenordnung der Wettbewerb zwischen den LeistungserbringerInnen und zwischen den Kassen das bestimmende Prinzip wird.

Dieses Ziel ist seit der Gesundheitsreform 1992 zwar immer wieder als Anspruch formuliert, aber tatsächlich nie konsequent umgesetzt worden. Damals ist im Gesundheitsstrukturgesetz mit dem 1997 wirksam gewordenen freien Kassenwahlrecht für alle Versicherten und dem Risikostrukturausgleich, der Ausgrenzungen einzelner Versichertengruppen vermeiden und für gleiche Wettbewerbsbedingungen unter den Kassen sorgen sollte, der Kassenwettbewerb in die Gesetzliche Krankenversicherung eingeführt worden. Dieser Ansatz hin zu einer stärkeren Wettbewerbsorientierung innerhalb des Solidarsystems ist aber von der unionsgeführten Bundesregierung nie ernsthaft fortgeführt worden. Der nächste Schritt hätte in der Einbeziehung der LeistungsanbieterInnen in den Wettbewerb bestanden – und diesen Reformschritt hat die Union aus Angst vor dem Widerstand der Anbieter nie unternommen.

Einen ersten Schritt hin zur Ausweitung von Wettbewerbsstrukturen auf die AnbieterInnen von Gesundheitsleistungen hat erst die rot-grüne Bundesregierung mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gewagt. Durch die in der Umsetzung befindliche Reform der Krankenhausvergütung mit der Ablösung der an der Liegezeit orientierten („tagesgleichen“) Pflegesätze durch ein einheitliches durchgängiges

Fallpauschalensystem werden die Krankenhäuser in ihrer Leistungsfähigkeit vergleichbar gemacht. Damit werden sich die Krankenhäuser künftig aneinander messen lassen müssen – der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird das zugute kommen.

1.2 Flexibilisierung des Vertragsrechts

Die Gesundheitsreform 2003 muss auf diesem Weg weitergehen und unter Bewahrung der Solidarprinzipien das Gesundheitswesen stärker an wettbewerblichen Grundsätzen orientieren. Wettbewerb, der eben nicht nur unter den Krankenkassen, sondern auch zwischen den Krankenhäusern, den ÄrztInnen oder der pharmazeutischen Industrie stattfindet.

Dazu gehört, dass der überregulierte Arzneimittelmarkt endlich liberalisiert wird. Dazu gehört aber vor allem, dass das System der Kollektivverträge zwischen Kassen und ÄrztInnen sowie Krankenhäusern durch ein System der Direktverträge ergänzt und nach und nach auch ersetzt wird. Die heutigen Vorschriften für die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und niedergelassener Ärzteschaft führen zur Kartellbildung auf beiden Seiten. Kollektivakteure, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen treffen aufeinander und schliessen Verträge für die ÄrztInnen in ihrem Bereich bzw. „einheitlich und gemeinsam“ für die ihnen angeschlossenen Krankenkassen ab. In einer solchen extrem wettbewerbsfeindlichen Struktur gibt es für die einzelne Krankenkasse und den einzelnen Arzt kaum Anreize, besonders effektiv und effizient zu arbeiten. Dieses verkrustete System gilt es mit der Gesundheitsreform 2003 aufzubrechen. Durch den Abschluss von Direktverträgen der verschiedenen Kassen mit einzelnen ÄrztInnen, Ärztenetzen und Gesundheitszentren entsteht ein Vertragswettbewerb sowohl der AnbieterInnen als auch der Kassen untereinander. Der AnbieterInnen, weil sie miteinander um Verträge mit den Krankenkassen konkurrieren. Der Kassen, weil neben dem Beitragssatzniveau und ihren Service-Leistungen auf einmal auch ein möglichst patientInnengerechtes Angebot an Versorgungsformen zum Wettbewerbsparameter würde.

Aus ähnlichen Gründen ist die Kontrahierungspflicht der Kassen im stationären Bereich aufzuheben. Es ist geradezu absurd, dass die Kassen bisher mit jedem in den Landeskrankenhausplan aufgenommen Krankenhaus einen Versorgungsvertrag abschliessen müssen. Klar ist, dass die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet werden darf – das ließe sich über eine gemeinsame Planung von Kassen und Ländern sicherstellen. Ansonsten muss aber die Vertragsschließung ausschließlich davon abhängig sein, ob das jeweilige Krankenhaus die Gewähr für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung seiner PatientInnen bietet.

1.3 Vorteile für Versicherte und PatientInnen

Durch die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens würden die Wahlfreiheiten der Versicherten und PatientInnen gestärkt. Sie würden nicht nur wie bisher die freie Arzt- und freie Krankenkassenwahl haben, sondern auch zwischen einer zunehmenden Zahl unterschiedlicher Behandlungswege, Versorgungsformen und Gesundheitseinrichtungen entscheiden können. Durch ihre Wahlentscheidungen würden sie wichtige Steuerungsimpulse für das System setzen. Dabei wäre zu gewährleisten, dass die Versicherten und PatientInnen Zugang zu verlässlichen und allgemeinverständlichen Informationen über das Angebot, die Qualität und die Preise von Leistungen und LeistungserbringerInnen haben.

1.4 Aufgaben des Staates

Auch ein stärker wettbewerbsorientiertes Gesundheitswesen, das sein Selbststeuerungspotenzial nutzt, wird ohne staatliche Rahmensteuerung nicht auskommen. Der Staat hat den allgemeinen und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen aufrechtzuerhalten, eine wirksame Wettbewerbsaufsicht und den notwendigen Verbraucherschutz zu gewährleisten sowie – als neue Aufgabe - Transparenz über das vorhandene Angebot herzustellen.

Schwer zu prognostizieren ist, wie die künftigen Aufgaben des Staates bei der Finanzsteuerung des Systems aussehen. Die Frage, ob der zunehmende Wettbewerb neben Wirtschaftlichkeitsgewinnen in der konkreten Versorgung auch zu beitragsstabilisierenden Ausgabenreduzierungen im Gesamtsystem führen wird, ist offen. Eine vollständige Abschaffung aller Budgets kann also auch bei einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung des Systems nicht versprochen werden.

2. Finanzreform der GKV – Beiträge kurzfristig senken, Finanzierungsgrundlagen nachhaltig sichern

Angesichts der Konsequenzen der steigenden GKV-Beiträge für den Arbeitsmarkt sind kurzfristige Beitragssatzreduzierungen erforderlich. Die Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aber auch durch langfristige Trends gefährdet. Zum einen durch die steigenden Anforderungen durch den demografischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt. Zum zweiten aber auch durch den sinkenden Anteil der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter am Volkseinkommen., der zu einer Schwächung der Finanzierungsbasis der GKV führt.

Die Finanzreform der GKV wird deshalb kurz- und langfristige Ziele miteinander verbinden müssen. Sie muss kurzfristig eine deutliche Senkung der GKV-Beiträge ermöglichen und dauerhaft die Leistungsfähigkeit der Solidarversicherung sichern. Dazu müssen vier Reformbereiche miteinander verknüpft werden:

2.1. Steuerfinanzierung versicherungsfremder Aufgaben

Angefangen beim Mutterschaftsgeld, über die Beitragsnachlässe für Personen, die eine „Ich-AG“ gründen, bis hin zum Sterbegeld finanziert die GKV heute viele Leistungen, die allgemeinen familien-, arbeitsmarkt- oder sozialpolitischen Zielen dienen. Diese Fremdleistungen i.e.S. machen heute rd. 4 Mrd. Euro (= 0,4 Beitragssatzpunkte) aus. Das Sterbegeld sollte vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden. Die anderen sozial-, familien- und arbeitsmarktpolitisch wichtigen Leistungen sind auch weiterhin über die GKV zu erbringen. Ihre Finanzierung sollte künftig aber nicht mehr aus Beitragsgeldern, sondern durch Steuermittel erfolgen. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 sollten dazu erste Schritte unternommen werden.

2.2 Solidarität und Selbstverantwortung in ein neues Verhältnis setzen

Damit die GKV trotz steigender Anforderungen leistungsfähig bleibt, wird die Abgrenzung zwischen solidarischer Absicherung und eigenverantwortlichem Handeln neu zu ziehen sein.

Die vollständige Übernahme der Kosten des Krankengeldes durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist hierzu ein sinnvoller Schritt. Da die Kosten für die Lohnfortzahlung während der ersten sechs Wochen einer Krankheit durch die Arbeitgeber übernommen werden, ist hier eine bessere Lastenverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gerechtfertigt. Durch die Übernahme der Lohnfortzahlung im kurzzeitigen Krankheitsfall durch die Arbeitgeber und die Einbeziehung weiterer Bevölkerungsgruppen, ist der Stellenwert des Krankengeldes im Leistungskatalog der GKV deutlich gesunken. Auf die ursprüngliche Kernleistung der GKV haben nur noch 39% der Versicherten im Bedarfsfall einen Anspruch.

Darüber hinaus ist die Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehe- und LebenspartnerInnen, die keine Kinder erziehen oder Pflegedienste leisten, anzustreben. Die jährlichen Ausgaben für die beitragsfreie Familienversicherung werden mit rd. 30 Mrd. Euro auf etwa ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV geschätzt. Die Gesetzliche Rentenversicherung erhält für ihre familienpolitischen Leistungen einen aufwandsbezogenen Steuerzuschuss. Die GKV finanziert diese i.w.S. versicherungsfremden Aufgaben vollständig aus ihrem Beitragsaufkommen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen sowie von Ehegatten, die Kinder erziehen oder häusliche Pflegedienste leisten, ist aus sozial- und familienpolitischen Gründen auch weiterhin geboten. Ihre Finanzierung über das allgemeine Steueraufkommen wäre zwar ihrem Charakter als gesellschaftliche Aufgabe angemessen und ist langfristig auch anzustreben, wird aber aufgrund der fiskalischen Situation kurzfristig nicht zu realisieren sein. Dagegen ist die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten, die weder Kinder erziehen noch Pflegedienste leisten, angesichts gewandelter Lebensverhältnisse nicht mehr vernünftig zu begründen. Von einer solchen Eingrenzung wären selbstverständlich auch nicht erwerbstätige PartnerInnen in eingetragenen Lebensgemeinschaften betroffen.

Bei der Begrenzung der beitragsfreien Familienmitversicherung sollten übermäßige Belastungen für Familien und eingetragene Partnerschaften, die nur über durchschnittliche oder geringe Haushaltseinkommen verfügen, vermieden werden. Deshalb ist der Vorschlag des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen zu erwägen, bei der Beitragsberechnung ein Splitting-Verfahren anzuwenden, nach dem das Erwerbseinkommen rechnerisch je zur Hälfte auf beide Partner verteilt wird und beide Entgelteile mit dem halben Beitragssatz belegt werden. Dieses

Verfahren hätte den Vorteil, dass nur die Haushalte zusätzlich belastet würden, in denen das Arbeitseinkommen des erwerbstätigen Ehepartners über der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

2.3 Vermögenseinkünfte in die Beitragsbemessung einbeziehen

Die Vermögenseinkommen haben in den letzten zwanzig Jahren deutlich gegenüber den Erwerbseinkommen zugelegt. Dieser Trend wird auch durch die wachsende Bedeutung von Kapital- und Immobilieneigentum für die private Altersvorsorge weiter anhalten. Für die nachhaltige Sicherung der Finanzierungsgrundlage der solidarischen Krankenversicherung ist daher die Verbreiterung ihrer Beitragsbemessungsgrundlage unverzichtbar. Gleichzeitig würde damit für mehr Beitragsgerechtigkeit gesorgt. Da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten zunehmend von anderen Einkommensquellen bestimmt wird als nur von der Erwerbsarbeit, führt eine nur auf die Höhe der Erwerbseinkommen ausgerichtete Beitragsbemessung zu einer wachsenden Gerechtigkeitslücke. Versicherte werden trotz gleicher oder ähnlicher Gesamteinkommen sehr unterschiedlich belastet, je nachdem aus welchen Quellen sie ihr Einkommen beziehen. Durch die Ausweitung der Beitragsbemessung auf Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapital würde diese Gerechtigkeitslücke geschlossen werden. Zudem wäre diese Reformmaßnahme ein Beitrag zur Generationengerechtigkeit, da neben den BezieherInnen mittlerer und niedriger Einkommen vor allem auch die Angehörigen der jüngeren Generation entlastet würden, die im Regelfall noch über keine nennenswerten Vermögenseinkommen verfügen. Durch einen angemessenen Freibetrag könnte zudem gewährleistet werden, dass KleinsparerInnen nicht zusätzlich belastet werden.

Als erster Schritt hin zur Realisierung dieser Reformoptionen könnte die Bemessungsgrundlage für die Beiträge krankensicherter Rentnerinnen und Rentner verbreitert werden. Die im vergangenen Jahr erfolgte Beitragssatzreduzierung für die freiwillig versicherten Rentnerinnen und Rentner mit Vermögenseinkünften war unter den Fachpolitikern durchaus umstritten. Die vom Bundesverfassungsgericht verlangte Gleichstellung der pflichtversicherten und der freiwilligen versicherten Rentnerinnen und Rentner hätte auch „zur anderen Richtung hin“ erreicht werden können. Nachdem sich aber abzeichnet, dass durch die Auslagerung des Krankengeldes in eine Zusatzversicherung die krankensicherten Rentner gegenüber den erwerbstätigen Versicherten entlastet werden, wäre eine Beitragspflicht der Renterinnen und Rentner für ihre Vermögenseinkommen mehr als gerechtfertigt.

2.4 Die GKV zu einer solidarischen Bürgerversicherung weiterentwickeln

Die GKV hat sich in den vergangenen hundert Jahren durch die Aufnahme immer neuer Bevölkerungsgruppen (Angestellte, Familienangehörige, RentnerInnen, StudentInnen, geringfügig Beschäftigte, „Ich-AGs“) von einer reinen Arbeiterversicherung zu einer Versicherung entwickelt, der mittlerweile fast 90 Prozent der Bevölkerung angehören. Anzustreben ist deshalb die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht unter Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. In eine solche Bürgerversicherung sollen auch Selbständige, Beamte und Abgeordnete einbezogen werden. Das würde auch der Schutzbedürftigkeit vieler neuer Gruppen von Selbständigen entsprechen. Bei den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen, die eine „Ich-AG“ gründen, hat der Gesetzgeber dem bereits Rechnung getragen.

Aufgrund verfassungsrechtlicher Vorgaben werden insbesondere die Beamten nur schrittweise in die Bürgerversicherung einbezogen werden können. Dabei werden auch die Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte zu beachten sein.

3. Für eine nachhaltige Reform von GKV-Finanzierung und Leistungsrecht

Die vier für eine GKV-Finanzreform genannten Reformbereiche werden erst in der Kombination untereinander und mit der GKV-Strukturreform ihre volle Wirkung entfalten können. Erst durch ihre Verbindung:

- kumulieren die verschiedenen Einsparpotenziale so, dass tatsächlich eine deutliche Senkung der Beitragssätze möglich wird.
- können die entstehenden Belastungen unter den Versicherten gerecht verteilt und für die BezieherInnen durchschnittlicher und geringer Einkommen durch sinkende Beiträge auch aufgefangen werden.
- wird die Finanzierung der GKV auf künftige Anforderungen ausgerichtet und dauerhaft gesichert.