



FB Gesellschaftspolitik

FB Sozialpolitik

Frankfurt, den 28.08.2006

„Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006“

Darstellung wichtiger Punkte und Bewertung

Inhalt:

Vorbemerkung

- 1. Finanzierung durch einen Gesundheitsfonds**
- 2. Verhältnis PKV-GKV**
- 3. Leistungskatalog**
- 4. Organisationsfragen und soziale Selbstverwaltung**

Zusammenfassung

Unsere Alternativen

Vorbemerkung

Das Bundeskabinett hat am 12. Juli 2006 den von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgelegten Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 zugestimmt. Mit den Eckpunkten sollen die gemeinsamen gesundheitspolitischen Ziele, die die Große Koalition im Koalitionsvertrag formuliert hat, umgesetzt werden. Die Eckpunkte wurden von einer Experten-Gruppe erarbeitet. Mitglieder der Arbeitsgruppe waren Bundestagsabgeordnete aus den Koalitionsfraktionen und Vertreter der Landesregierungen, die von CDU, CSU oder SPD geführt werden. Das Ergebnis dieser Beratungen lag dem Koalitionsausschuss vor. Diese Spitzenvertreter (Bundeskanzlerin, Vize-Kanzler, Ministerin, Partei- und Fraktionsvorsitzende) haben die Eckpunkte am 4. Juli verabschiedet.

Die Eckpunkte sind die Grundlage für die Erarbeitung eines Gesetzesentwurfs, der Mitte oder Ende September dem Bundestag vorgelegt und beraten werden soll. Geplant ist, dass das Gesetz noch in 2006 verabschiedet wird und (zumindest Teile) schon zum 1. Januar 2007 in Kraft treten.

Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 stoßen in der Öffentlichkeit auf Kritik und Ablehnung. Von den einzelnen Krankenkassen über ihre Spitzenverbände bis hin zu Krankenhaus-, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden wird massiv Kritik geäußert. Namhafte Experten und zahlreiche Wissenschaftler lehnen die Eckpunkte entschieden ab. Meinungsumfragen belegen, dass wichtigen Teilen der geplanten Reform die Unterstützung fehlt. Auch die Zustimmung aus den Regierungsparteien schwindet. Inzwischen wachsen sogar Zweifel bei einigen Akteuren, die an der Ausarbeitung der Eckpunkte beteiligt waren.

Der Vorstand der IG Metall hat bereits mit seiner Erklärung vom 11. Juli die Eckpunkte kritisch bewertet und gewerkschaftliche Alternativen für eine solidarische Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt. Im Folgenden werden nun die wesentlichen Vereinbarungen aus den Eckpunkten breiter dargestellt, mögliche Folgen genannt und eine ausführlichere politische Bewertung vorgenommen.

1. Finanzierung durch einen Gesundheitsfonds

Vereinbarungen aus den Eckpunkten

Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen ab 2008 einkommensabhängige Beiträge in einen „Gesundheitsfonds“. Das heutige Verhältnis der Beitragsfinanzierung soll festgeschrieben werden, d. h. Arbeitnehmer tragen zusätzlich einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozent. Über die zukünftige Höhe der Beiträge wurde (noch) nicht entschieden. Neben den Beiträgen fließt in den Fonds ein Steuerzuschuss zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, insbesondere zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Im Jahre 2008 soll dieser Betrag 1,5 Mrd. €, in 2009 dann 3 Mrd. € betragen. Ein weiterer Anstieg bis zu 16 Mrd. € in den Folgejahren ist geplant. Über die Art der Finanzierung des Zuschusses aus dem Bundeshaushalt wurden keine Vereinbarungen getroffen. Es ist nicht vorgesehen, dass sich die PKV an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch den Gesundheitsfonds beteiligt.

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten den gleichen Grundbetrag aus dem Fonds, der sich auf die durchschnittlichen Kosten bezieht. Für Kinder wird ein gesonderter Betrag festgelegt. Außerdem erhalten sie „risikoadjustierte Zuweisungen“. Diese Ausgleichszahlungen sollen die unterschiedlichen Risiken (Alter, Krankheit, Geschlecht) der Versicherten durch Zuschläge an die Kassen zielgenau ausgleichen. Wie dieser „Ausgleich“ aber praktisch funktionieren soll, ist bisher nicht geklärt.

Die Finanzierung der Gesamtausgaben der GKV muss zu 95 Prozent aus dem Fonds erfolgen. Die Kassen, bei denen die Zuweisungen nicht ausreichen, müssen „entsprechende Fehlbeträge ausgleichen“. Dies soll in einem ersten Schritt über interne Kostenreduzierungen geschehen. Darüber hinaus können die Kassen einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Kassen können entscheiden, ob sie diesen Beitrag prozentual oder pauschal erheben. In beiden Fällen darf er ein Prozent des (Haushalts-) Bruttoeinkommens nicht überschreiten.

Folgen

Künftig wird ein einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen vom Gesetzgeber festgelegt. Obwohl über das konkrete Verfahren noch nicht entschieden ist, hat diese Regelung zur Folge, dass die soziale Selbstverwaltung künftig nicht mehr über die Höhe des jeweiligen Beitragssatzes der Krankenkasse entscheiden wird. Es wird zu einer stärkeren staatlichen Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung kommen, ohne dass zu erkennen ist, wie dies zu einer besseren Krankenversorgung führen wird. Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds droht ein Aufbau neuer Verwaltungsstrukturen. Da eine neue „Institution“ (zusätzlich) geschaffen wird, zeichnen sich mehr Bürokratie und höhere Verwaltungskosten ab.

Bewertung

Der Gesundheitsfonds und seine Finanzierung wird nicht zu einer dauerhaften Stabilisierung der Einnahmen der GKV führen. Es kommt auch nicht zu einer deutlichen Verbreiterung der Einnahmen, weil weder weitere Versicherte einbezogen noch andere Einkommensarten zur solidarischen Finanzierung herangezogen werden. Die nach den Eckpunkten vorgesehene Finanzierung bedeutet vielmehr den Einstieg in den alleine von den Versicherten zu tragenden „Zusatzbeitrag“. Die Grenzen (95 % der Gesundheitsausgaben müssen aus dem Gesamtaufkommen des Fonds finanziert werden; ein Prozent Belastungsgrenze für den „Zusatzbeitrag“) sind politisch gesetzt und lassen sich (bei Bedarf) gesetzgeberisch verändern.

Die konkrete Verabredung über den Steueranteil, der 2008 und 2009 in den Fonds fließen soll, fällt geringer aus als der Anteil, der den Krankenkassen gegenwärtig aus der Tabaksteuer zusteht (und der künftig der staatlichen Haushaltskonsolidierung zum Opfer fällt). Kurzfristig kommt es also durch diese Umstellung zu einer Unterfinanzierung der GKV. Die unmittelbare Folge der Vereinbarungen aus den Eckpunkten ist, dass die Krankenkassen in 2007 gezwungen sind, diese Lücke durch Beitragserhöhungen auszugleichen. Eine stabile, ergiebige und dauerhafte Ko-Finanzierung durch einen Bundeszuschuss zur Entlastung der GKV wird

nicht erreicht. Unklar bleibt bis heute, wie der für 2008 und 2009 vereinbarte Bundeszuschuss finanziert werden soll. Völlig ungeklärt ist, wo die (nach Planung künftig ansteigenden) Bundesmittel mittel- und langfristig herkommen sollen, da eine Steuererhöhung als Finanzierungsweg (von der Union) bisher ausgeschlossen wird.

Der Zusatzbeitrag, den die Kassen erheben können, kann verschiedene Wirkungen haben. Kassen, die auf einen Zusatzbeitrag (z.B. aus Wettbewerbsgründen) verzichten wollen, werden ihr (freiwilliges) Leistungsangebot reduzieren müssen. Kassen, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen, droht der Verlust gut Verdienender und freiwillig Versicherter (an die PKV oder GKV-Mitbewerber). Der Zusatzbeitrag, der einseitig von den Versicherten zu tragen ist, kann sich negativ auf das Leistungsprofil der Kassen auswirken, den Trend zur Abwanderung aus der GKV in die PKV stärken und zu einer weiteren Belastung von Arbeitnehmerhaushalten führen. Die Belastungsgrenze ist zwar (vorerst) auf ein Prozent des Haushaltseinkommens beschränkt worden. Aber auch das ist eine politisch gesetzte Größe, die zuungunsten der Versicherten verändert werden kann.

2. Verhältnis PKV-GKV

Vereinbarungen aus den Eckpunkten

Künftig besteht für alle Personen die Möglichkeit, sich zu versichern. Nichtversicherte haben ein Rückkehrrecht bzw. einen Versicherungsanspruch in dem System, aus dem sie kamen bzw. dem sie zugeordnet sind. Eine Versicherungspflicht besteht jedoch nicht.

Die PKV muss künftig einen Basistarif anbieten. Dieser muss den Leistungsumfang der GKV umfassen und unterliegt dem Kontrahierungszwang. Die PKV wird damit zur Aufnahme neuer Mitglieder unabhängig von deren Gesundheitsstatus oder finanzieller Leistungskraft - also ohne Risikoprüfung - und -zuschläge verpflichtet. Sie muss Altersrückstellungen aufbauen und „bezahlbare“ Prämien anbieten. Der Basistarif ist für freiwillig Versicherte zu öffnen. Die private Krankenversicherung wird nicht

in den Fonds einbezogen und bleibt als „Vollversicherung“ erhalten. Die Portabilität (Mitnahmemöglichkeit) der individuellen Altersrückstellungen in der PKV beim Wechsel zwischen verschiedenen privaten Anbietern sowie beim Wechsel aus der PKV in die GKV wird ermöglicht.

Der Wechsel von der GKV zur PKV für freiwillig Versicherte ist künftig erst nach drei aufeinander folgenden Jahren, in denen die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten wird, möglich (Wartezeit).

Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention beteiligt.

Die Große Koalition will das Vergütungssystem vereinfachen und entbürokratisieren. Damit sollen Ärzte im Vorhinein ersehen können, was sie genau für eine Leistung erhalten. Dies ist beim heutigen Punktwertesystem nicht der Fall. Die bisherige Budgetierung wird abgeschafft. Im ambulanten Bereich sollen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen vergleichbare Vergütungen zahlen. Abweichungen vom Umfang und innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (sog. Steigerungssätze) bleiben aber weiterhin möglich.

Folgen

Durch Mitnahme der Altersrückstellungen wird der Wechsel zwischen PKV-Anbietern sowie von der PKV in die GKV möglich. Die Voraussetzungen für einen Wettbewerb im PKV-System (und zwischen den Systemen) wird damit eröffnet.

Das „Ausbluten“ der GKV wird für 3 Jahre deutlich gebremst, aber nicht grundsätzlich gestoppt. Die „Wartezeit“ schränkt das „Neugeschäft“ der PKV zwar ein. Da aber die Versicherungspflichtgrenze nicht angetastet, die Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöht, ein Basistarif eingeführt und die Mitnahme von Altersrückstellungen ermöglicht wurde, wird die Attraktivität des PKV-Systems für gut Verdienende nicht sinken.

Bewertung

Die solidarische Krankenversicherung wird durch die Reform nicht gestärkt. Sie wird weiterhin Versicherte verlieren - wenn auch langsamer. Der Zugang zur PKV, die künftig einen Basistarif anbieten muss, wird nicht grundsätzlich erschwert. Vielmehr droht eine weitere Abwanderung in die PKV und eine weitere Aushöhlung der GKV. Alle bisher freiwillig Versicherten können ihren kassenspezifischen „Zusatzbeitrag“ umgehen, indem sie in eine PKV wechseln. Diese Möglichkeit könnte durch eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze eingeschränkt werden. Hiervon hat die Koalition aber abgesehen.

Der neue Basistarif der PKV kann vor allem für freiwillig Versicherte (Gutverdienende mit „besseren“ Gesundheitsrisiken) interessant werden, nicht zuletzt aufgrund der drohenden Verschlechterungen im Leistungskatalog des GKV-Systems und bei einer Einführung des Zusatzbeitrags. Zu befürchten ist, dass der Wettbewerb im System der gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich um junge und gesunde Menschen gehen wird und nicht um die Qualität des Leistungsangebots.

Die fehlende Mitnahmemöglichkeit von Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel führte bisher im PKV-System „nur“ zu einem Wettbewerb um Neukunden. Die Portabilität dürfte zu mehr Wettbewerb zwischen privaten Anbietern führen. Ob und wie sich diese Vereinbarung auf den Wettbewerb zwischen PKV und GKV auswirken wird, ist unklar. Auch wie die Mitnahme der Altersrückstellungen von der PKV in die GKV juristisch gehandhabt werden soll und wie die GKV, die keine Altersrückstellungen kennt, mit diesen umzugehen hat, bleibt bisher offen.

Wie die neuen Pauschalen für die Vergütung aussehen und gewichtet werden sollen, ist ebenfalls noch unklar. Absehbar ist aber, dass die niedergelassenen Ärzte von der Neuregelung profitieren.

Ärzte und Kliniken werden für jede einzelne Leistung weiterhin bei PrivatpatientInnen besser vergütet werden können. Das Nebeneinander paralle-

ler Versicherungssysteme mit unterschiedlichen Strukturen und ungleichen Wettbewerbsbedingungen wird weiterhin mit dem Anreiz verbunden sein, PrivatpatientInnen besser und schneller zu behandeln. Anreize, von der PKV in die GKV zu wechseln, sind gering. Durch das Beibehalten unterschiedlicher Systeme, die nebeneinander fortbestehen, wird ein breiter und fairer Wettbewerb verhindert.

3. Leistungskatalog

Vereinbarungen aus den Eckpunkten

In den Leistungskatalog werden in geringem Umfang zusätzliche Leistungen aufgenommen (z. B. geriatrische Rehabilitation). Impfungen, sofern von der ständigen Impfkommision empfohlen, und Mutter/Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt.

Bei „selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten“, in den Eckpunkten werden beispielhaft die Folgen von Schönheitsoperationen genannt, soll in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungseinschränkungen Gebrauch gemacht werden.

Die (schon bestehenden) Möglichkeiten der Versicherten, Kostenerstattung als Tarif zu wählen, sollen entbürokratisiert und flexibler gestaltet werden.

Alle Kassen müssen Hausarztmodelle anbieten. Die Versicherten sollen künftig besondere und neue Versorgungsformen (z. B. hausarztzentrierte Versorgung, Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer einschließlich der veranlassten Leistungen) wählen können. Die Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig.

Folgen

Versicherte erhalten ein breiteres Angebot und größere Wahlmöglichkeiten - unabhängig von ihrer jeweiligen Krankenkasse und Status. Einzelne Elemente des PKV-Systems werden in die GKV übertragen.

Bewertung

In wie weit der gesetzliche Leistungskatalog eingeschränkt wird, ergibt sich aus den vorgelegten Eckpunkten nicht eindeutig. Die Koalition plant Leistungseinschränkungen bei „selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten“. In den Eckpunkten wird nicht definiert, was unter „Selbstverschulden“ zu verstehen ist. Unklar bleibt, wo es beginnt und endet. Die IG Metall lehnt Leistungseinschränkungen ab, da der Begriff „Selbstverschulden“ weder eindeutig definiert wird noch klar abgrenzbar ist.

Der Ausbau neuer Versorgungsformen (u. a. Hausarztmodelle) ist erforderlich, um die Versorgungsqualität zu stärken und Ineffizienzen im Gesundheitssystem zu beseitigen. In den Eckpunkten werden Maßnahmen angekündigt, die in die richtige Richtung weisen.

Die Möglichkeit, einen Kostenerstattungs-Tarif zu wählen, wurde bereits durch die Gesundheitsreform 2004 allen Versicherten eingeräumt (§ 13 SGB V). Dieser Wahltarif wird aber nicht bei allen Krankenkassen angeboten.

Prägend für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Gewährung von Sachleistungen nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit und die Finanzierung der Leistungen gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Versicherte sollen so vor einer finanziellen Überforderung geschützt werden. Die Wahl der Kostenerstattung ist mit Risiken verbunden, da sie zu einer höheren finanziellen Belastung für die Versicherten führen kann.

Nach den Planungen der großen Koalition sollen Versicherte (mehr) Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten erhalten. Damit können auch neue Lasten entstehen: Denn die Krankenkassen werden, um keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen, sparen wollen. Daher werden Versicherte künftig mit Streichungen bzw. Einschränkungen von Satzungs- und Ermessensleistungen, einem Abbau von Geschäftsstellen und Abstrichen bei den Serviceangeboten rechnen müssen. Das kann auch zu Qualitätseinbußen führen.

4. Organisationsfragen und soziale Selbstverwaltung

Vereinbarungen aus den Eckpunkten

Künftig sind kassenartenübergreifend Fusionen zulässig. Bedingung ist, dass sie in einem geordneten Rahmen unter Beachtung wettbewerbsrechtlicher Regelungen zur Vermeidung von Monopolstellungen und Verhinderung von Missbrauch stattfinden. Die zuständigen Aufsichtsbehörden müssen weiterhin zustimmen.

Bei Fusionen und der Schaffung neuer Institutionen bedarf es eines einheitlichen Vertretungsrechts in der Selbstverwaltung.

Entscheidungsstrukturen sollen gestrafft werden. Hierzu wird auf Bundesebene ein Spitzenverband der Krankenkassen mit wenigen wettbewerbsneutralen Aufgaben gegründet. Seine Vertragskompetenz beschränkt sich auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenverträge). Der Spitzenverband soll die Krankenkassen zukünftig im Gemeinsamen Bundesausschuss (GemBA) mit „einer“ Stimme vertreten.

Der GemBA, das bisherige Herzstück der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern auf Bundesebene, entscheidet u. a. über die (Kassen-) Zulassung von Heilverfahren und -mitteln. Er soll zukünftig ausschließlich mit Hauptamtlichen besetzt werden, die formal nicht an Weisungen gebunden sind. Diese Hauptamtlichen werden von den Kassen-, Ärzte- und Krankenhausverbänden vorgeschlagen. Die Patientenbeteiligung wird in bisheriger Form erhalten.

Durch die Bildung eines neuen Spitzenverbandes soll erreicht werden, dass die unterschiedlichen Kassen kassenartenübergreifend „eine“ Stimme (Bündelung von Interessen, Vereinfachung von Entscheidungsstrukturen) haben. Zudem soll es durch die Einführung der Hauptamtlichkeit im Gemeinsamen Bundesausschuss zu einer „Professionalisierung“ der Ge-

meinsamen Selbstverwaltung kommen. Öffentliche Sitzungen sollen die Transparenz verstärken.

Die Kassen müssen bis zum Stichtag (31.12.07) schuldenfrei sein; Haftungsregelungen werden angepasst. Für Kassen- und Verbandsstrukturen wird die Rechnungslegung nach HGB eingeführt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden reformiert. Ihre Aufgabenschwerpunkte liegen derzeit noch bei der Sicherstellung der Versorgung (Sicherstellungsauftrag) und der Honorarverteilung. Neue Hauptaufgaben werden künftig - neben der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung - das Qualitätsmanagement und der Service für ihre Mitglieder sein.

Folgen

Es entsteht zunehmend ein wettbewerblich geprägter Ordnungsrahmen für die gesetzlichen Krankenkassen (vor allem der kleineren und mittleren), deren Konzentrationsprozess sich durch Fusionen beschleunigen wird.

Die Kassen werden durch einen einheitlichen Beitragssatz, der gesetzlich festgelegt wird, stärker staatlich reglementiert. Die Krankenkassen und die sie tragende Selbstverwaltungen verlieren weitgehend ihre Finanzhoheit auf der Einnahmenseite (Festlegung der Beitragssätze).

Völlig unklar ist, ob künftig steigende Kosten im Gesundheitswesen alleine von den Versicherten über den Zusatzbeitrag getragen werden müssen. Eine Regelung, wie der festgelegte Beitragssatz für den Gesundheitsfonds der Kostenentwicklung angepasst werden kann, ist bisher nicht zu erkennen.

Die Honorarverteilung wird nach dem geplanten neuen Vergütungsmodell für die ambulante Versorgung statt regional künftig bundesweit geregelt.

Bewertung

Die neuen (freiwilligen) Fusions- und Kooperationsmöglichkeiten der Krankenkassen können sinnvoll sein (Kosteneinsparungen, Synergieeffekte, Innovationen). Das betrifft vor allem spartenübergreifende Fusionen.

Der neu zu schaffende Spitzenverband ist ambivalent zu bewerten. Einerseits könnte er zu einheitlicher Meinungs- und Positionsfindung in der GKV („eine Stimme“) zwingen, was Abstimmungsprozesse erleichtern und Geschlossenheit fördern würde. Andererseits besteht die Gefahr, dass keine Meinungsbildung mehr in den Krankenkassenverbänden stattfindet, in denen bisher eine Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen der Krankenkassen ermöglicht wurde. Durch die „neue“ Konstruktion entsteht die Gefahr, dass der Dachverband nicht entscheidungs- und handlungsfähig ist. Die GKV muss damit rechnen, dass in diesen Fällen das BMG zur Ersatzvornahme greift. Dann hätte der Staat (fast) alle relevanten Steuerungsinstrumente der GKV künftig in der Hand.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten ihre Monopolstellung durch die Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages. Er ist eine Ursache für die falsche Verteilung zwischen den Regionen. Es bestehen damit auch weiterhin überflüssige Strukturen. Es erfolgt kein Bürokratieabbau, da Kassenärztlichen Vereinigungen nach wie vor zwischen den Kassen und den niedergelassenen Ärzten stehen.

Die Durchsetzung einer versichertenorientierten Gesundheitspolitik, insbesondere der sozialen Abfederung der Einkommensschwachen (wie ältere Menschen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Pflegebedürftige usw.) bleibt eine Herausforderung.

Zusammenfassung

1. Die Eckpunkte führen zu weiteren Belastungen für die Versicherten. Weder die aktuellen noch die mittel- und langfristigen Finanzprobleme der GKV werden solidarisch gelöst. Mit dem „Zusatzbeitrag“ steigt die Belastung für die Versicherten weiter einseitig an. Der (einkommensbezogene) Beitragssatz wird durch den Gesetzgeber für alle Krankenkassen festgelegt, die Selbstverwaltung damit entscheidend geschwächt. Die Nachhaltigkeit von Bundeszuschüssen ist nicht sichergestellt und die Privaten Krankenversicherungen werden nicht in den Fonds einbezogen.

2. Die PKV bleibt privilegiert. Sie ist zwar nicht die Gewinnerin der geplanten Reformüberlegungen, aber das Nebeneinander unterschiedlicher Systeme bleibt bestehen. Der Zugang zur PKV wird nicht grundsätzlich erschwert und weil die Versicherungspflichtgrenze nicht angetastet wird, können freiwillig Versicherte ihren kassenspezifischen „Zusatzbeitrag“ durch einen Wechsel zur PKV umgehen. Der Wettbewerbsvorteil der privaten Versicherungswirtschaft zu Lasten der GKV bleibt im Kern erhalten.

3. Es drohen Einschnitte bei den Leistungen: Wie weit der gesetzliche Leistungskatalog beschnitten wird, geht aus den Eckpunkten nicht eindeutig hervor. Einige zusätzliche Leistungen wurden aufgenommen, andere von Regel in Pflichtleistungen überführt. Bei „selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten“ soll aber in stärkerem Umfang von Möglichkeiten der Leistungseinschränkungen Gebrauch gemacht werden. Zudem drohen Einschnitte bei den Satzungsleistungen.

4. Die soziale Selbstverwaltung wird nicht gestärkt, sondern geschwächt: Die Höhe des Beitragssatzes wird staatlich festgelegt, die soziale Selbstverwaltung bleibt außen vor. Entscheidungsstrukturen sollen auf Bundesebene gestrafft werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig mit Hauptamtlichen besetzt werden. Die Kassen müssen sich bis zum 31.12.07 entschulden. Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen werden reformiert.

Unsere Alternativen

Die von der Großen Koalition vorgelegten Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 enttäuschen. Zu Recht werden sie von vielen Gesundheitsexperten kritisiert, von den Krankenkassen abgelehnt, verweigert auch der überwiegende Teil der Bevölkerung Zustimmung.

Die Gewerkschaften haben Vorschläge für eine sozial ausgewogene Gesundheitsversorgung vorgelegt. Dabei stehen für uns die solidarische und nachhaltige Finanzierung, die Qualität der Leistungen und die Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung im Vordergrund.

Wir fordern daher grundlegende Korrekturen an den vorgelegten Eckpunkten:

- Die paritätische Finanzierung der Beiträge durch Versicherte und Arbeitgeber ist wiederherzustellen, auf einseitige Zusatzbelastungen der Versicherten ist zu verzichten.
- Die Versicherungspflicht- und die Beitragsbemessungsgrenze sind in einem ersten Schritt anzuheben, Einkommen aus Geld- und Kapitalvermögen (Zinsen und Dividenden) sind in die Beitragsbemessung einzubeziehen.
- Die Einbeziehung der PKV in den Finanzausgleich zwischen den Kassen ist unverzichtbar.
- Mittelfristig ist eine solidarisch Bürgerversicherung (schrittweise Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen in die GKV) einzuführen.
- Ein ausgiebiger, stabiler und nachhaltig wirkender Bundeszuschuss ist sicherzustellen.
- Die Förderung von Vorbeugung und Gesundheitsvorsorge muss gestärkt; der Abbau von Fehl-, Über- und Unterversorgung bleibt notwendig.
- Ein kassenartenübergreifender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich muss eingeführt werden.
- Statt die Kompetenzen der sozialen Selbstverwaltung einzuschränken, muss sie gestärkt und weiterentwickelt werden.

