

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006

Stand: 11.07.2006

<p style="text-align: center;">Eckpunkte (04.07.06) (Zusammenfassung der wesentlichen Änderungen)</p>	<p style="text-align: center;">ver.di – Bewertung</p>
<p>Die Bundeskanzlerin hat als drei wesentliche Punkte der Einigung über die Gesundheitsreform genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch eine Vielzahl von Strukturmaßnahmen werde die Verschwendung und Undurchschaubarkeit in dem System bekämpft. Daraus ergeben sich Einsparungen, die auch mittelfristig von Bedeutung sein werden. • Da diese Einsparungen noch nicht ausreichen, die gegenwärtige Finanzierungslücke zu schließen, müssten die Beiträge ab 1. Januar 2007 um etwa 0,5 Prozentpunkte erhöht werden. Trotz dieser Erhöhung sinken die Lohnnebenkosten für die Sozialversicherung insgesamt unterm Strich um über einen Prozentpunkt. • Danach beginne ein Einstieg in eine teilweise Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, speziell der Kindergesundheit. In dieser Legislaturperiode werden für die Krankenversicherung der Kinder im Jahr 2008 1,5 Milliarden und in einem zweiten Schritt 2009 3 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Dies setzte sich dann praktisch in der nächsten Legislaturperiode fort, "bis wir die Gesamtheit der Kinderfinanzierung sichergestellt haben", so Merkel. 	<p>Eine Gesundheitsreform ist erforderlich, um Solidarität und Qualität zu stärken. Daran besteht kein Zweifel. Aber die Einigung entspricht weniger den Reformnotwendigkeiten unseres Gesundheitssystems, als dem Bedarf der Bundesregierung konträre Positionen in gemeinsamen Eckpunkten zusammen zu führen.</p> <p>Das schafft weniger Transparenz, mehr Ungerechtigkeit und führt zu Beitragssatzerhöhungen.</p> <p>Letztere sind erforderlich, weil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Bundesregierung den Zuschuss für die Kassen aus dem Bundeshaushalt (Tabaksteuer) erst reduziert und dann ganz streicht und ▪ die Mehrwertsteuererhöhung sich direkt in den Ausgaben der Kassen zum 1.1.2007 niederschlägt. Dies betrifft insbesondere die Ausgaben für Arzneimittel. <p>Die „teilweise Steuerfinanzierung“ ist halbherzig und zeigt die tiefen Spannungen auch innerhalb der Regierungsparteien auf: Wer eine Finanzierung der Kinder über Steuern will, muss dafür 16 Mrd. Euro in die Hand nehmen. Mit 1,5 Mrd. Euro wird aber nur begonnen. Zuvor werden den Kassen 4,2 Mrd. Euro (Tabaksteuer) genommen. Das ist die Fortsetzung der Politik der Verschiebebahnhöfe. Die Versicherten in den Gesetzlichen Krankenkassen subventionieren schon heute den Bundeshaushalt mit 4,6 Mrd Euro. Der größte Teil entsteht durch die Absenkung der KV- Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld und –hilfe (2,6 Mrd. €)</p>

<p>1. Zur grundsätzlichen Notwendigkeit weiterer struktureller Reformen im Gesundheitswesen</p> <p>Analyse der Ausgangssituation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ leistungsfähiges Gesundheitswesen ▪ alle Bürgerinnen und Bürger haben Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung ▪ dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft ▪ Im internationalen Vergleich wettbewerbsfähig ▪ Qualität hoch ▪ aber: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt (Über- und Unterversorgung) ▪ Qualität variiert erheblich ▪ Ressourcen z.T. suboptimal eingesetzt <p>System muss auf Finanzierungs- und Versorgungsseite weiterentwickelt werden</p>	<p>In der Reformnotwendigkeit stimmt ver.di weitgehend mit der Koalition überein. Allerdings fällt auf, dass ein Bekenntnis zum solidarischen Sicherungssystem und ein entsprechendes Ziel, gegenüber dem Koalitionsvertrag fehlt.</p> <p>Wir teilen in keiner Weise die nachstehenden Schlussfolgerungen. Die aufgezeigten Maßnahmen zerstören vielmehr die solidarische Krankenversicherung.</p> <p>Sie sind nicht geeignet einen durchgängig effizienten Mitteleinsatz zu gewährleisten.</p> <p>Die Qualität wird nicht in ausreichendem Maß verbessert, weil an den Grundstrukturen der sektoralen Versorgung nicht gerüttelt wird.</p> <p>Sie machen unser System nicht demographiefest sondern verlagern die Lasten auf Kranke und Versicherte in den Versorgerkassen.</p> <p>Sie entlasten nicht den Arbeitsmarkt, weil andere Einkunftsarten geschont bleiben.</p>
<p>2. Strukturelle Reformen im Ausgabenbereich</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zielsetzungen des GKV- Modernisierungsgesetzes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ grundlegende Reform der Finanzierungsstrukturen (Einnahmeseite und Ausgabenseite) ▪ Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten ▪ Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit ▪ Erhöhung der Transparenz ▪ Verminderung des bürokratischen Aufwands <p>noch stringenter verfolgen</p>	<p>Es gibt keine neuen Ziele. Von Leuchtturmprojekten, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, ist nicht mehr die Rede. Die beschworene Stringenz ist nicht erkennbar. Es geht fast nur noch um einen Kompromiss um des Kompromisses willen. Deutliche Schritte hin zu mehr Solidarität und Qualität fehlen.</p>

<p>Die Eckpunkte sollen die Strukturen modernisieren und neu ordnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Kassen transparenter, flexibler und stärker wettbewerblich ausgestalten ▪ Anreize für wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und innovative Angebote schaffen durch Einrichtung eines Gesundheitsfonds ▪ langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis mit teilweiser Steuerfinanzierung ▪ Wechselmöglichkeit von GKV zu PKV wird verändert ▪ 	
<p>3. Ambulante ärztliche Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ freier Zugang der Patienten unabhängig vom Alter, Einkommen und Versicherungsstatus zu allen Versorgungsformen muss gewährleistet bleiben. ▪ Patienten sollen dort versorgt werden, wo dies für ihre Behandlung am besten geeignet ist und die Ressourcen zielgenau eingesetzt werden. ▪ ambulante ärztliche Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Hausärzte und Fachärzte sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus. ▪ Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors soll verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität optimiert werden ▪ Vergütungsregelungen unterstützen Versorgungsziele (Geld folgt Leistung) - sektorale Budgets müssen überwunden werden ▪ Bestehende und neue Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung am Krankenhaus (z. B. hochspezialisierte Leistungen, ambulantes Operieren) müssen konsequenter umgesetzt werden. 	<p>Die Versorgungssektoren im Gesundheitswesen bleiben bestehen. Berufsständische Interessen haben Vorrang vor einer Gesundheitsversorgung aus einer Hand. Gesetzlich Krankenversicherte dürfen weiterhin nicht direkt zum Facharzt im Krankenhaus. Die teuren fachärztlichen Doppelstrukturen bleiben erhalten.</p> <p>Für eine gute Versorgungsqualität sind diese fachärztlichen Doppelstrukturen jedoch entbehrlich.. In den meisten anderen Ländern gehört die fachärztliche Versorgung ausschließlich an die Krankenhäuser.</p> <p>Für einen solchen Schritt ist jetzt der richtige Zeitpunkt. Denn im Zuge der Einführung der neuen Krankenhausvergütung nach dem DRG-System wird ein Abbau von ca. 25% der Krankenhausbetten prognostiziert. Qualifizierte Arbeitsplätze in diesen Einrichtungen können nur dann erhalten bleiben, wenn diesen Häusern neue Geschäftsfelder eröffnet werden. So könnten frei werdende Ressourcen z.B. für integrierte Versorgungsformen an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär eingesetzt werden.</p> <p>Solche Überlegungen werden im Eckpunktepapier aber nicht aufgegriffen.</p>

- generelle Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Tätigkeit ist nicht vorgesehen.
 - Instrumente zur Qualitätssicherung müssen effektiv genutzt und vergütet werden
 - beim ärztlichen Vergütungssystem werden floatenden Punktwerte ab 2009 durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst.
 - unterschiedlichen Systematiken für fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich
 - Pauschalvergütungen, mit wenigen erforderlichen Einzelleistungsvergütungen kombiniert
 - Mengensteuerung festen Preisen
 - Krankenkassen tragen Morbiditätsrisiko
 - Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
 - Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Vergütung
 - Honorarzuschläge für besondere Qualität
 - Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bleibt zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung
 - Perspektive: Bedarfszulassung ablösen und auf sektorenübergreifende Versorgungsplanung umstellen.
 - Besondere Versorgungsformen neben einheitlich und gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen.
 - von Kassen einzeln oder in Gruppen
 - mit einzelnen oder Gruppen von Ärzten (auch Kassenärztliche Vereinigungen)
- Alle Krankenkassen müssen Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten. Teilnahme bleibt sowohl für Ärzte wie Versicherte freiwillig.
- Integrierte Versorgung wird fortgeführt. Die gesetzlichen Vor-

Die Umstellung des ärztlichen Vergütungssystems kommt einer deutlichen Erhöhung der vertragsärztlichen Vergütung gleich. Das macht unser Gesundheitswesen nicht besser sondern nur teurer. Sie muss dann von den Versicherten finanziert werden.

Notwendig ist die Abschaffung des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung durch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen. Er ist mit Ursache für die falsche Verteilung zwischen den Regionen. Wir haben heute 25% mehr niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, als vor zehn Jahren und beklagen dennoch in einigen ländlichen Gebieten einen Ärztemangel. Die bisherigen Verteilungsprobleme werden durch den Vorschlag zementiert.

Kassenärztliche Vereinigungen waren bis 2004 als Vertragspartner für Besondere Versorgungsformen (z.B. Integrierte Versorgung) zugelassen. Sie hatten diese Möglichkeiten für eine breite Blockadepolitik genutzt. Sie erneut als Vertragspartner zu benennen ist daher falsch.

Der weitere Ausbau neuer Versorgungsformen, wie z.B. Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung (IV), Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP) als Regelversorgung, ist erforderlich, damit Qualität gestärkt und Ineffizienzen im Gesundheitssystem be-

<p>gaben werden weiterentwickelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel: bessere Transparenz und Ausrichtung auf größere Versichertengruppen ▪ Anschubfinanzierung wird bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems (2009) verlängert. ▪ nichtärztliche Heilberufe und Pflegeversicherung können in die Versorgungskonzepte einbezogen werden. ▪ Für hochspezialisierter Leistungen am Krankenhaus gibt es eine Anschubfinanzierung jeweils zur Hälfte aus Mitteln der Krankenhäuser und Krankenkassen (0,5 v.H. der Krankenhausbudgets und in gleicher Höhe Mittel der Krankenkassen) ▪ Ambulante Leistungen werden im Krankenhaus und in der niedergelassenen Praxis mit vergleichbaren Honoraren vergütet. ▪ für vergleichbare Leistungen in GKV und PKV wird ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen geschaffen. Abweichungen vom Umfang und innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens (Steigerungssätze) bleiben weiterhin möglich. ▪ Bei besonderer Qualität können innerhalb der GKV Zuschläge vereinbart werden. 	<p>seitigt werden können. Die im Eckpunktepapier dargestellten Maßnahmen (Verlängerung der Anschubfinanzierung, Einbeziehung weiterer Heilberufe und der Pflegeversicherung) gehen zwar in die richtige Richtung, sind jedoch bei weitem nicht ausreichend.</p> <p>Hochspezialisierte Leistungen können bisher bereits aufgrund von Einzelverträgen erbracht werden. Wegen fehlender finanzieller Anreize kamen diese Verträge bisher nicht zustande. Auch die Neuregelung überzeugt nicht. Hier wird ambulante Versorgung einerseits aus Mitteln des Krankenhausbudgets finanziert. Zum anderen müssten die Krankenkassen die Finanzierung sicherstellen. Ein Anreiz für diese Versorgungsform ist weiterhin nicht zu erkennen.</p> <p>Gleiche Vergütungen in GKV und PKV könnten zu mehr Versorgungsqualität für die gesamte Bevölkerung beitragen. Ärzte hätten dann keinen Anreiz mehr zur Überversorgung von Privatpatienten. Leider wird dieser Schritt nicht konsequent gegangen.</p> <p>Qualitätszuschläge sind nur die zweitbeste Lösung. Besser wären vertragliche Möglichkeiten. Es ist nicht einsichtig, dass Kassen Schlechtleistungen überhaupt finanzieren müssen.</p>
<p>4. Ambulante zahnärztliche Versorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klarstellung für die Korridorlösung zur Vergütung zahntechnischer Leistungen oder für die Regelungen zur Reparatur von Zahnersatz. ▪ Auf die Bedarfszulassung wird verzichtet. 	
<p>5. Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2007 wird im Rahmen einer Sonder - Gesundheitsminister-Konferenz (GMK) vor der im Jahr 2008 auslaufende Konvergenzphase zwischen altem und neuem Finanzierungssystem 	<p>Für die Krankenhausversorgung wird erst 2007 über die Weiterentwicklung des DRG-Systems entschieden.</p> <p>Bereits jetzt wird aber signalisiert, dass ein Umstieg von der dualen auf eine monistische Finanzierung vorgenommen werden soll. Bereits jetzt investieren die Länder schon zu wenig in die Krankenhäuser. Die Ankündigung lässt befürchten, dass bis zu einer Neu-</p>

<p>der Ordnungsrahmen der Krankenhausversorgung angepasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundfragen des Umstiegs von einer dualen zur monistischen Finanzierung innerhalb eines zu definierenden Zeitraums klären. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übernahme der Investitionskosten durch die GKV ▪ Daraus entstehende Kostenbelastungen der Krankenkassen kompensieren ▪ <i>Derzeit aber kein Handlungsbedarf</i> ▪ Krankenhäuser werden pauschal zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von 1% der Budgets (Landesbasisfallwerte) herangezogen ▪ Qualität der stationären Rehabilitation für alle Vertragseinrichtungen garantieren <ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßig unabhängig zertifizieren auf Grundlage gemeinsamer Qualitätsstandards der GKV und der GRV ▪ Versicherte können auch eine andere zertifizierte Reha-Einrichtung als die ihrer Kasse in Anspruch nehmen. Mehrkosten sind von den Versicherten zu tragen. 	<p>regelung die Zurückhaltung der Länder noch weiter zunimmt.</p> <p>Die Kürzung der Krankenhausbudgets bringt zusätzlich zur Umstellung der Krankenhausfinanzierung zusätzlichen Druck auf die Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern.</p>
<p>6. Arzneimittelversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arzneimittelpreisverordnung wird auf Höchstpreise umgestellt ▪ Durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken ist im Jahr 2007 mindestens ein Einsparvolumen von 500 Mio. € zu erreichen. Andernfalls tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Kassenrabbatt. ▪ Abgabe von einzelnen Tabletten durch Apotheken wird erleichtert. ▪ bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel wird zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. 	<p>Die Erweiterung der bestehende Nutzen-Bewertung für Arzneimittel wird zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung umgestaltet. Dadurch können Ärztinnen und Ärzte unabhängige Informationen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit von Medikamenten erhalten. Im Zusammenhang mit dem Verbot der Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneverordnungsdaten durch die Medikamentenhersteller sind positive Wirkungen auf Qualität und Preise zu erwarten. Bisher erhalten Ärzte ihre Information hauptsächlich über die 15.000 Pharmaberater der Industrie</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln muss in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen (Zweitmeinung). ▪ Sicherung einer von ökonomischen Interessen der Hersteller freien Arzneimittelauswahl. <ul style="list-style-type: none"> ▪ den Herstellern wird die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneiverordnungsdaten weitgehend untersagt. ▪ besondere Anforderungen an durch Hersteller finanzierte Anwendungsbeobachtungen ▪ Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Ärzte werden von bürokratischen Auflagen entlastet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfungsverfahren höchstens 2 Jahre nach Verordnung ▪ missbräuchlichen Inanspruchnahme und Verordnung von Leistungen – insbesondere durch die Verwendung der Versichertenkarte – wird wirksam entgegen gewirkt ▪ Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel ▪ Gemeinschaftseinrichtungen, wie z. B. Hospize und Pflegeheime, die Arzneimittel <ul style="list-style-type: none"> ▪ zentral bevorraten können, dürfen nicht genutzte Produkte an andere Patienten abgeben. 	
<p>7. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ für Hilfsmittel erfolgt der Preiswettbewerb über Ausschreibungen 	
<p>8. Fahrtkosten</p> <p>Es werden pauschal 3% Ausgabenabschläge vorgenommen. Dies gilt auch für Rettungsfahrten</p>	<p>Die Kürzung der Fahrtkosten bringt zusätzlichen Druck auf die Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen im Krankentransport und Rettungsdienst.</p>

<p>9. Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege</p> <p>Handlungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sachgerechte Anschlussversorgung bei Entlassung aus Krankenhäusern ▪ bessere Vernetzung der Leistungsangebote ▪ verbessertes Entlassungsmanagement ▪ Gewährung häuslicher Krankenpflege auch in neuen Wohngemeinschaften oder Wohnformen und in besonderen Ausnahmefällen auch in Heimen. ▪ ambulante und stationäre Rehabilitation wird für den Bereich der Geriatrie von der Ermessens- zur Pflichtleistung Im Gegenzug bleibt die medizinische Behandlungspflege ▪ Finanzverantwortung auf Dauer in der Pflegeversicherung. ▪ Leistungsanspruch auf Palliativversorgung. 	<p>Der Handlungsbedarf wird dargestellt. Regelungen in den genannten Bereichen könnten zur Vermeidung der Schnittstellenprobleme beitragen.</p> <p>Bisher gibt es jedoch in den Eckpunkten nur wenig Hinweise darauf, welche Lösungen ins Auge gefasst werden.</p>
<p>10. Transparenz und Bürokratieabbau</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen mit festen Preisen innerhalb vereinbarter Mengen bei weitgehender Pauschalierung ▪ vergleichbare Vergütung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen ▪ verbesserte Informationen der Versicherten über Leistungsangebote und Qualität der Leistungserbringer ▪ verbesserte Transparenz der Entscheidungen in Selbstverwaltungsgremien Abbau bürokratischer Anforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser ▪ Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ▪ Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen 	<p>Die genannten Maßnahmen wurden z.T. bereits in Angriff genommen (z.B. einheitlicher Rahmen für DMP). Allerdings werden auch unter dem Deckmantel von Bürokratieabbau solidarische Prinzipien gleich mit abgebaut. So ist ein Risikostrukturausgleich, der Ausgaben für Kranke berücksichtigt, immer mit Bürokratie verbunden, erschafft aber auch einen gerechteren Finanzausgleich zwischen den Kassen. Der „morbidityorientierte Risikostrukturausgleich“ darf daher nicht einem vermeintlichen „Mehr an Transparenz“ geopfert werden.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme (DMPs) ▪ vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich (RSA) einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs 	
<p>11. Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Wahl des Arztes und der stationären Einrichtung, ▪ zwischen den Versicherungssystemen PKV und GKV ▪ der Krankenkasse bzw. der Krankenversicherung. Dabei ist in der PKV sicherzustellen, dass ein Wechsel zwischen Versicherungsunternehmen in einem vergleichbaren Tarif auch aus Bestandstarifen durch Kontrahierungszwang und Portabilität der Altersrückstellung erleichtert wird. ▪ Die Wahl der Kostenerstattung wird entbürokratisiert und flexibler gestaltet (darf im Ergebnis nicht zu einem Mittelentzug aus der GKV führen) ▪ Wahl besonderer Versorgungsformen (z. B. hausarztzentrierte Versorgung, Integrierte Versorgung, Chronikerprogramme, Modellvorhaben) ▪ Wahl neuer Versorgungsformen (z. B. Tarife mit Bindung an bestimmte Leistungserbringer und veranlasste Leistungen) 	<p>Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten zu erhalten oder neue zu schaffen klingt immer gut. Hier werden jedoch durch die Hintertür neue Lasten für die Versicherten eingeführt.</p>
<p>12. Prävention</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eigenständige Säule ▪ Ziel: Kooperation, Koordination und Qualität ▪ an Präventionszielen ausgerichtet ▪ Vorab Boni der Krankenkassen an ihre Versicherten möglich. ▪ Inanspruchnahme von medizinischer Früherkennung für die Gruppe der 45- bis 55-jährigen stärken 	<p>Das bereits in der letzten Legislatur des Bundestages behandelte Präventionsgesetz wird wohl mit einigen Veränderungen wieder in die Gesetzgebung eingebracht. Voraussichtlich aber noch nicht in diesem Jahr.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ betriebliche Gesundheitsförderung stärken, Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie die Selbsthilfeförderung verbessern 	
<p>13. Leistungskatalog und Zuzahlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme zusätzliche Leistungen (z. B. geriatrische Reha und Palliativversorgung) ▪ Bei selbstverschuldeten Behandlungen (zum Beispiel nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen) in stärkerem Umfang Leistungsbeschränkung ▪ empfohlene Impfungen, und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden in Regel- und Pflichtleistungen überführt. ▪ Entscheidungen über Finanzwirksame Leistungen zu Lasten der GKV durch Dritte (z.B. in Gesetzentwürfen) müssen besonders ausgewiesen werden. ▪ Zuzahlungsregelungen, Ausnahmen davon – insbesondere bei Praxisgebühr sollen hinsichtlich Steuerungswirkung überprüft werden 	<p>Die positive Nachricht: Es gibt keine weiteren Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen.</p> <p>Durch die Ausgestaltung des Fonds- Modells geraten allerdings die Versorgerkassen weiter unter Druck. Daher müssen Versicherte mit Streichung von Satzungsleistungen und strikteren Vorgaben bei der Inanspruchnahme von Leistungen rechnen.</p>
<p>14. Reform der Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zunehmend wettbewerblich geprägter Ordnungsrahmen ▪ zu einem bestimmten Stichtag sind alle Krankenkassen für den Wettbewerb geöffnet (Ausnahme heute geschlossene BKKen) ▪ Bis zum Inkrafttreten eines weiterentwickelten Risikostrukturausgleichs wird das bestehende Öffnungsmoratorium für heute geschlossene BKKen verlängert. ▪ Unter den geltenden Bedingungen können neue BKKen und IKKen gegründet werden ▪ Jede Kasse soll (z. B. durch Kooperationen) auch außerhalb ihres originären Erstreckungsgebietes besondere Versorgungsangebote anbieten können. 	<p>Dass es in der Zukunft noch geschlossene BKK'en geben soll, steht im Widerspruch zu den Aussage nach mehr „Wettbewerb“.</p> <p>Grundsätzlich darf es keine Sonderregelung mehr geben – insbesondere wenn es nur noch Krankenkassen gibt (also keine Kassenarten mehr.</p> <p>Neugründungen führen eher wieder zu neuer Risikoselektion. Widersprüchlich ist auch, dass hier zwei Kassenarten Sonderrechte zugebilligt bekommen, die es ja eigentlich nicht mehr gibt.</p> <p>Die verstärkte Kooperation wird weitere Fusionen beschleunigen – warum sollte eine bundesweite aufgestellte Kasse mit einer regionalen kooperieren?</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesknappschaft und Seekrankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt ▪ Die Landwirtschaftliche Krankenversicherung behält vorläufig wegen ihrer besonderen Finanzierungsbedingungen ihren Sonderstatus ▪ Jede Kasse darf mit anderen Kassen im GKV-System fusionieren. ▪ Fusionen sollen in einem geordneten Rahmen erfolgen (Zustimmung Aufsichtsbehörden - Kriterien Erfüllung von Haftungsverbindlichkeiten, tragfähiges Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur sowie die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch die neue Kasse). ▪ Vermeidung einer Monopolstellung und Verhinderung von marktbeherrschender Stellung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Kassenfusionen sollen Kassen einen Verband wählen können. ▪ Straffung der Entscheidungsstrukturen durch Bildung eines Spitzenverbands der Krankenkassen bzw. ihre Verbände auf Bundesebene ▪ Verbindlichkeit der Entscheidungen des Spitzenverbandes für die Krankenkassen bzw. deren Verbände ist zu gewährleisten. Der Spitzenverband erhält wenige wettbewerbsneutrale Aufgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Aufgaben umfassen: 	<p>Damit werden die bisherigen Kassenarten aufgehoben – was sich bis in die bisherigen Verbandstrukturen niederschlagen wird. Die kassenartübergreifenden Fusionen sind von uns nie gefordert worden.</p> <p>Alle Regelungen des bisherigen SGB haben auch für die bisherigen Fusionen innerhalb der Kassenarten keine Absicherungen für die betroffenen Beschäftigten enthalten.</p> <p>Wir brauchen verbindliche Regelungen u.a. für folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zur Beschäftigungssicherung, - Absicherungen von Personalratsübergangsmandaten, damit es nicht zu personalratslosen Zeiten kommt, - Verbindlichen Regelung zur Tarifbindung, da ansonsten die Fusionen zur Tariffucht genutzt werden bzw. Absenkungsprogramme für die Beschäftigten entstehen, können. <p>Für den Fusionsvertrag ist ein verbindlicher Katalog aufzunehmen, was mit den Arbeitsverhältnissen und die sie prägenden Rechtsnormen wird (Vergleichbar dem Umwandlungsgesetz).</p> <p>Für die Beschäftigten in den bisherigen Kassenverbänden sind als Folge die Arbeitsplätze massiv gefährdet – es gibt keine Planungssicherheit mehr.</p> <p>Es gibt nur noch einen neuen Spitzenverband der Kassen auf der Bundesebene bzw. je eine auf der Landesebene.</p> <p>Alle alten Verbände verlieren ihre bisherige Funktion – damit sind weitere Arbeitsplatzverluste zu erwarten.</p>
---	--

- Vertretung in der gemeinsamen Selbstverwaltung.
- Vertragskompetenz des Spitzenverbands auf Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen) beschränkt.
- Aufgaben umfassen nicht Bereiche, die über den Wettbewerb der einzelnen Krankenkassen oder deren Verbände bzw. Zusammenschlüsse geregelt werden (z. B. Hausarzttarife, Integrationsverträge, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken).
- Auf Landesebene werden die Krankenkassen bei kollektiven Vertragsbeziehungen mit verbindlicher Wirkung für alle Krankenkassen jeweils von einem entsprechenden gemeinsamen Landesverband vertreten.
- Kassen steht es darüber hinaus frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden. Sie können sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen oder wettbewerbsfähige Verhandlungspositionen zu erlangen.
- Soweit Krankenkassen bzw. ihre Verbände nicht bis zum
- 31.12.2007 den Spitzenverband bzw. die jeweiligen Landesverbände errichtet haben, führen die Aufsichtsbehörden die Errichtung durch.
- Haftungsregelungen werden den geänderten Kassen- und Verbandsstrukturen angepasst.
- Bis zum Stichtag müssen grundsätzlich alle Kassen schuldenfrei sein.
- zeitlich zu begrenzende nachfolgende Haftung
- Einführung der Rechnungslegung nach dem HGB
- Einführung des Insolvenzrecht soll geprüft werden

Weitere Verbände können gebildet werden (Mit welcher Funktion?)

Hier wird den Kassen zugestanden Outsourcing im breiten Rahmen einzuführen – Krankenkassen übernehmen aber bisher hoheitliche Aufgaben in der Bundesrepublik Es stellen sich folgende Fragen, da eine Eingrenzung nicht beschrieben ist:

- Wie ist der Datenschutz gewährleistet?
- Welche Auswirkungen hat dies auf das Sozialrecht bei rechtsverbindlichen Bescheiden?

Zwangsvereinigungen – Wo bleibt hier der Gedanke der Selbstverwaltung?

Damit werden die Kassen vollständig normalen wirtschaftlichen Unternehmen gleich gestellt – also voll Konkursfähig und damit verlieren sie den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes. Für die Beschäftigten hat dies als „ehemalige „Beschäftigte des mittelbaren öffentlichen Dienstes erhebliche Folgewirkungen.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss werden von Hauptamtlichen besetzt, die von Krankenkassen, Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern vorgeschlagen werden können und in ihrem Handeln weisungsunabhängig sind. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amtszeiten sind auf höchstens zwei Amtsperioden begrenzt. ▪ die Patientenbeteiligung bleibt in der bisherigen Form erhalten. ▪ Gremienarbeit wird gestrafft und transparenter gestaltet. ▪ Sitzungen haben in der Regel öffentlich zu sein ▪ Einheitlichen Vertretungsrecht in der Selbstverwaltung ▪ Hauptaufgaben der KVen liegen künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ▪ Die Aufgaben des MDK werden den aktuellen Herausforderungen angepasst. Dabei sind u. a. zu berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung von Gutachten im Einzelfall zur Erwerbsfähigkeit von Beziehern von ALG II ▪ Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgung ▪ Reduzierung des Prüfaufwandes in Bezug auf medizinische Vorsorge- und Rehaleistungen (Einschaltung des MDK auf Stichprobenprüfungen beschränkt) ▪ Organisationsstruktur des MDK soll auch bei veränderten Organisationsstrukturen der Krankenversicherung Bestand haben. Fusionen und Kooperationen sollen erleichtert werden. 	<p>Keine Beteiligung mehr von ehrenamtlichen Selbstverwaltungsmitgliedern</p> <p>Die Ersatzkassen Selbstverwaltung wird neu strukturiert und mit Arbeitsgebern besetzt werden.</p> <p>Damit erhält die ärztliche Selbstverwaltung Aufgaben, die einer integrierten Versorgung entgegen stehen. Sie ist die einzige Institution, die für ihren Berufsstand auch die Qualität sichern soll. Warum nicht das dafür für alle Gesundheitsdienstleister eingerichtete Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQiG). Und sie behalten weiterhin den Sicherstellungsauftrag. Das hat schon in der Vergangenheit nicht funktioniert.</p> <p>Es ist zu befürchten, dass es auch im MDK zu verstärkten Fusionen kommt. Möglicherweise wird es nur einen MDS/MDK geben, wenn die Vergleichbarkeit mit der Kassenverbandsstruktur hergestellt wird.</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Umlagefinanzierung des MDK bleibt für Bereich der gutachtlichen Stellungnahmen/ Einzelfallprüfungen. ▪ In wettbewerbsrelevanten Beratungsfeldern gilt generell die Nutzerfinanzierung und ein Wahlrecht der Krankenkassen, welchen MDK oder welchen anderen Gutachterdienst sie beauftragen. ▪ Das Aufgabenspektrum des MDS wird entsprechend angepasst. 	<p>Der MDK soll im freien „Wettbewerb“ mit anderen konkurrieren – dies wird Folgen auf die Arbeitsverhältnisse und weiteren Rationalisierungsdruck auslösen. Ob dies zwangsläufig im Interesse der Versicherten ist kann zumindest in Teilbereichen bezweifelt werden. Die Beiträge werden staatlich festgelegt</p>
<p>15. Gesundheitsfonds</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kassen bestimmen nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber ▪ sie ziehen die Beiträge auch nicht mehr selbst ein. ▪ bis zum Start des neuen Modells müssen sich die Kassen entschulden. ▪ Kassen erhalten für jeden Versicherten den gleichen Betrag aus dem Fonds ▪ Für Kinder wird ein einheitlicher Betrag kalkuliert, der die durchschnittlichen Kosten deckt . ▪ Die je nach Kasse unterschiedlichen Altersstrukturen und Risiken, wie Alter, Krankheit und Geschlecht der Versicherten werden durch risikoadjustierte Zuweisungen aus dem Fonds ausgeglichen. ▪ Jeder Versicherte erhält eine Mitteilung (für Kinder erfolgt die Mitteilung an das Kassenmitglied) über den einheitlichen Betrag, den seine Kasse für ihn aus dem Fonds erhält, zusammen mit Mitteilungen über einen eventuellen Zusatzbetrag oder ggf. Tarifangebote. ▪ Abschaffung des Ausgleichs zwischen den Kassen (RSA) durch Verlagerung in den Fonds. Damit gibt es künftig keine Differenzierung mehr in Zahler- und Empfängerkassen. 	<p>Die Finanzierungsprobleme im System der gesetzlich Versicherten zu Lasten der Kranken und der Versicherten mit niedrigen Einkünften verstärken sich. Eine Stärkung der solidarischen und paritätischen Finanzierung, die Verbreiterung der Beitragsbemessung auf Kapitaleinkünfte und der Wegfall der Versicherungspflichtgrenze werden verworfen.</p> <p>Die Folgen sind für die großen Versorgerkassen verheerend. Denn den Kassen mit einem hohen Anteil Kranker werden die größten Lasten aufgebürdet, ohne dafür einen Ausgleich zu erhalten. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zum morbiditätsorientierten Finanzausgleich (Morbi-RSA) erfolgt nicht mehr- lediglich eine „risikoadjustierte Zuweisung.“ Wie die ausgestaltet ist, bleibt abzuwarten. Der Fonds verstärkt dagegen die ungleichen Wettbewerbsbedingungen zwischen den Kassen. Zudem verändert sich auch die Art des Beitragseinzugsverfahrens. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die rund 30.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die in diesem Bereich bei den gesetzlichen Krankenkassen tätig sind.</p> <p>Durch eine zusätzliche Prämie werden Menschen mit niedrigen Erwerbseinkünften oder Renten verhältnismäßig stärker als andere zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen. Die teilweise oder vollständige Finanzierung über Kopfprämien zerstört die solidarische Finanzierung. Kopfprämien sind ein Fremdkörper, da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf den Kopf gestellt wird: Je geringer das Einkommen, desto mehr belasten sie die Versicherten.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Fonds erhebt Beiträge von den Mitgliedern und Arbeitgebern Beitragssätze werden gesetzlich fixiert. Der Arbeitnehmerbeitrag enthält den heutigen zusätzlichen Sonderbeitrag von 0,9%. Die Verteilung der Beitragslast entspricht der heutigen Relation. ▪ Beitragseinzug durch regional organisierte Einzugsstellen für alle Sozialversicherungsbeiträge ▪ Für die heutigen Organisationseinheiten und Mitarbeiter der Kassen in diesem Bereich werden Übergangsregelungen vorgesehen. ▪ Die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insbesondere die Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) erfolgt künftig teilweise aus Steuermitteln. ▪ 2008 wird ein Betrag von 1,5 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt geleistet; 2009 von 3Mrd. Euro – Soll in den Folgejahren weiter ansteigen. ▪ Krankenkassen, die nicht mit den Fondsmitteln auskommen, müssen entsprechende Fehlbeträge ausgleichen. Dafür stehen ihnen die Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich zu organisieren, zur Verfügung - kostensparende Tarife (Hausarztmodelle, Selbstbehalttarife usw.). 	<p>Diese Formulierung lässt den Schluss zu, dass über 70 Millionen Einzelkonten und Einzugsverfahren zusätzlich organisiert werden müssen – Was das mit Vereinfachung zu tun hat erschließt sich nicht! Gleichzeitig wird es als Folge zu Einnahmeausfällen kommen, wenn Beiträge nicht direkt vom Erwerbseinkommen einbehalten werden. Es wird wieder Menschen ohne Krankenversicherungsschutz geben. Die Zahlungen für Sozialversicherungsbeiträge dürfen keinesfalls individualisiert werden.</p> <p>Die Kassen verlieren den Einzug aller Sozialversicherungsbeiträge. Es soll eine neue Institution aufgebaut werden.</p> <p>Hier liegt für alle Sozialversicherungsträger ein erhebliches Risiko, da Anlauf- und Umsetzungsfehler sofort zu Zahlungsausfällen führen. Es gibt keinerlei inhaltliche Begründung den Sozialversicherungsbeitragseinzug zu verlagern!</p> <p>Für die 30 000 Beschäftigten und ihre Familienangehörigen sind die Arbeits- und Lebensbedingungen in Frage gestellt – Betroffen werden alle Arbeitsverhältnisse in der GKV sein, da die Sozialauswahlkriterien zu Grunde zu legen sind. Eine weitere Folge kann der Verlust der bisherigen tarifvertraglichen Ansprüche sein.</p> <p>Was Übergangsregelungen sind, ist nicht näher ausgeführt bzw. dargestellt.</p> <p>Dies wird zu Leistungskürzungen und Qualitätsabbau führen, da die Kassen alle Innovativen oder besondere Versorgungsformen sofort kürzen werden.</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Führt dies nicht zum Erfolg, können sie <ul style="list-style-type: none"> ▪ einen Zusatzbetrag von ihren Mitgliedern erheben. Die Obergrenze des Zusatzbeitrags darf 1 Prozent des Haushaltseinkommens nicht überschreiten. ▪ Gestaltung und Erhebung wird der einzelnen Kasse überlassen. Sie kann den Fonds mit dem Einzug beauftragen 	<p>Die Begrenzung des Zusatzbeitrags (Mini-Kopfpauschale) auf 1% des Haushaltseinkommens klingt zunächst beruhigend. Ist erst einmal die Tür dorthin aufgestoßen, steigen die Prämien schnell. Eine einfache Gesetzesänderung genügt.</p>
<p>16. Verhältnis der PKV zur GKV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ fairer Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungen (PKV) und den gesetzlichen Krankenkassen bleibt erhalten ▪ private Krankenversicherungen müssen auch zukünftig als Vollversicherer im Markt bleiben. ▪ Der Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherung und zwischen den Systemen GKV und PKV wird ermöglicht, ▪ die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen innerhalb der PKV für den Alt- wie den Neubestand und beim Wechsel zwischen den Systemen wird gesetzlich geregelt. ▪ Nichtversicherte bzw. nicht mehr Versicherte sind von dem System zu versichern, aus dem sie kamen bzw. dem sie zugeordnet sind ▪ Ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz erhalten ein Rückkehrrecht zur PKV in einen Basistarif (Leistungsumfang der GKV, Kontrahierungszwang ohne individuelle(n) Risikoprüfung und -zuschlag sowie ohne Leistungsausschluss, bezahlbare Prämien, Alterungsrückstellung). ▪ PKV wird bei den freiwillig Versicherten zukünftig auch zur Aufnahme schlechter Risiken verpflichtet - der PKV-Basistarif wird für alle freiwillig Versicherten geöffnet. ▪ Die PKV wird an den Ausgaben für die Primärprävention in Deutschland beteiligt. 	<p>Ein „fairer Wettbewerb“ zwischen den Systemen wird nicht eingeführt. Es bleibt bei zwei unterschiedlichen Systemen nebeneinander. So erhält z.B. die GKV nicht die Möglichkeit Tarife für Beamtinnen und Beamte anzubieten, die auf deren Bedarf zugeschnitten sind.</p> <p>Lediglich die Wechselmöglichkeit zwischen den PKV Unternehmen wird gestärkt.</p> <p>Es wird ein Teil – Kontrahierungszwang eingeführt. Eine wesentliche finanzielle Beteiligung der PKV am solidarischen Sicherungssystem dürfte damit aber nicht erreicht werden.</p> <p>Bisher hat sich die PKV an Präventionsmaßnahmen nicht beteiligt.</p>

<ul style="list-style-type: none">▪ Der Wechsel freiwillig versicherter von der GKV zur PKV ist ab Stichtag 3. Juli 2006 dann möglich, wenn in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltsgrenze überschritten wird.▪ Im ambulanten Bereich zahlen GKV und PKV für vergleichbare Leistungen eine vergleichbare Vergütung (mit der Möglichkeit zur Abweichung innerhalb des Gebührenrahmens - Steigerungssätze).	<p>Der Zugang zur PKV wird weiter erleichtert. Die Umsetzung der Eckpunkte schafft so nicht mehr, sondern weniger Solidarität.</p> <p>Zwar werden auf den ersten Blick vergleichbare Vergütungen eingeführt. Zugleich soll aber die Möglichkeit bestehen, nach oben abzuweichen. Damit bleibt es für Ärzte nach wie vor interessant Privatpatienten den Vorzug zu geben. Die Zwei-Klassen-Medizin wird zementiert.</p>
--	--