

Juni 2006
Eine Pressemeldung und ihr Hintergrund

Gesundheitsreform 2006

Gewerkschaften kündigen Merkel Kampf an

Der DGB wählt deutliche Worte: Dem Konflikt mit der Kanzlerin werde er «nicht ausweichen», wenn es um den solidarischen Sozialstaat geht. Die Streitpunkte reichen vom Gesundheitssoli bis zum Mindestlohn.

25.5.2006. DGB-Chef Michael Sommer hat die große Koalition vor einer weiteren Belastung der Bürger durch die Gesundheitsreform gewarnt. «Wir werden dem politischen Konflikt für eine gute Gesundheitsreform nicht ausweichen», sagte Sommer auf dem DGB-Bundeskongress in Berlin. Er sprach sich für einen vorbeugenden Sozialstaat aus, der aber auch helfe, «wenn Menschen solidarischer Hilfe bedürfen». Deshalb brauche der Staat verlässliche Einnahmen und dürfe sich nicht abhängig machen von steuerlich absetzbaren Spenden der Wirtschaft. «Und er braucht Einnahmen von denen, die mehr haben und die mehr geben können als die kleinen Leute mit niedrigen Löhnen und kleinen Renten.» Sommer warnte die Regierung davor, die Arbeitgeberbeiträge einzufrieren, die Kopfpauschale durch die Hintertür einzuführen und die Privatversicherten weiter zu privilegieren. Das alles ginge zu Lasten der gesetzlich Versicherten.

(Quelle: Netzzeitung)

Inhalt

Reformbedarf	2
Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	3
Zwei-Klassen-Medizin	4
Bürgerversicherung oder Kopfpauschale	5
Positionen einzelner Akteure	6
Erwartungen der IG BAU	7
Bausteine für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem	8
Fragen und Antworten	9
Informationen, Quellen, Recherchetipps	10

Reformbedarf

Langsam nimmt die Gesundheitsreform Konturen an. Berichten zufolge machen sich beide Koalitionspartner für einen Gesundheitsfonds stark. An der privaten Krankenversicherung wollen sie festhalten. Ob die privaten Krankenversicherungen (PKV) in den neuen Fonds einzahlen müssen, ist bislang strittig. Viel wird für die abhängig Beschäftigten davon abhängen, auf welche Feinheiten sich die Koalitionäre am Ende einigen. Für diese hat das Fondsmodell den Vorteil, dass sie damit das Gesicht wahren. Und: Bei geänderten Mehrheitsverhältnissen lässt sich immer noch der Weg in Richtung „Kopfpauschale“ bzw. „Bürgerversicherung“ beschreiten.

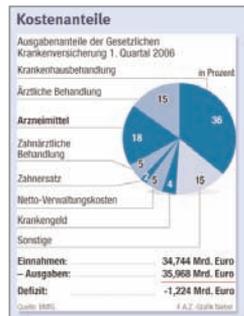
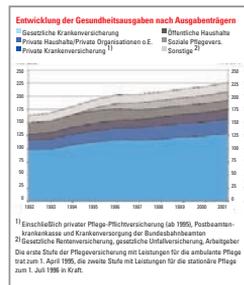
Spätestens Anfang Juli soll es soweit sein: Noch vor Beginn der parlamentarischen Sommerpause will die Bundesregierung – wie im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD im November 2005 vereinbart – die Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) neu ordnen. Es ist die 15. große Gesundheitsreform seit 1976. Diesmal geht es darum, die Finanzierungsstruktur neu zu organisieren.

Die Gesundheitskosten in Deutschland sind in der vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen: auf zirka 240 Milliarden Euro im Jahr 2004. Als Gründe gelten der medizinisch-technische Fortschritt in Verbindung mit der demografischen Entwicklung. Von einer „Kostenexplosion“ kann dennoch keine Rede sein. Die Ausgaben der GKV, sie betragen 57 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, steigen nicht schneller als die gesamtwirtschaftliche Leistung. Ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) liegt seit Jahren bei sechs Prozent.

Gleichzeitig stagnieren wegen der hohen Arbeitslosigkeit und der schwachen Lohnentwicklung die Einnahmen. Der Anteil der Arbeitseinkommen am Volkseinkommen geht stetig zurück. Gleichzeitig entlässt die Politik ständig weitere Teile der Beschäftigten aus der Sozialversicherungspflicht (wie Minijobs). Das macht es der GKV zunehmend schwerer, ihre Aufgabe zu erfüllen.

Das Defizit der GKV betrug bereits in den ersten drei Monaten dieses Jahres 1,2 Milliarden Euro. Dabei war erst 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft getreten. Es bescherte den Versicherten neben verringerten Leistungen, Praxisgebühr und deutlich höherer Eigenbeteiligung bei Arznei- und Hilfsmitteln auch eine Abkehr von der bisherigen paritätischen Finanzierung: Seit Juli 2005 bezahlen sie 0,9 Prozent der GKV-Beiträge alleine, während sich der Beitrag der Unternehmen verringerte.

In den vergangenen Tagen hat sich die Koalition darauf geeinigt, künftig die Gesundheitskosten von Kindern über Steuern zu finanzieren. Welche dafür herangezogen wird, ist unklar. Die Kluff zwischen den Befürwortern der Bürgerversicherung einerseits, den Anhängern der Kopfpauschale andererseits innerhalb der Koalition, scheint damit überwunden. Auf welchen Kompromiss sich die Große Koalition am Ende auch immer einigen wird, die Versicherten müssen sich auf eine höhere Beteiligung einstellen. Sicher ist außerdem: Es wird nicht die letzte Gesundheitsreform gewesen sein.



Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Deutschland spielt bei den Gesundheitsausgaben ganz vorne mit. Jeder Versicherte zahlt im Jahr im Schnitt 2.900 Euro für seine Gesundheit. Nur die USA und die Schweiz geben noch mehr Geld aus. Die Qualität des Gesundheitswesens ist hoch, die fachliche Betreuung gut, der Zugang zu Leistungen einfach. Heik Afheldt, Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung: „Die medizinische Versorgung erfolgt zeitnah. Lange Wartezeiten auf Operationen gibt es nicht. Die Patienten können davon ausgehen, dass sie mehrheitlich die Therapie erhalten, die zum Behandlungszeitpunkt als die beste angesehen wird. Neue Diagnoseverfahren und Behandlungsmethoden finden relativ schnell Eingang in die medizinische Praxis.“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hatte in ihrem umstrittenen Weltgesundheitsbericht 2000 die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems eher gering eingeschätzt. Der Bericht basiert auf Daten von 1997. Beim Ranking der 191 Mitgliedsländer der WHO erreichte Deutschland Platz 25, etwa gleichauf mit Zypern und Saudi-Arabien.

Die Bürger, so scheint es, sind nicht sehr zufrieden mit dem Gesundheitswesen. Etwa zwei Drittel bis drei Viertel finden die Gesundheitsversorgung in Deutschland in der Regel gut oder sehr gut. Mitte der 1990er Jahre waren es noch über 80 Prozent.

Eine Untersuchung des Emnid-Instituts im Auftrag der Allianz-Versicherung im Herbst 2005 kam zu einem überraschenden Ergebnis: Die Menschen sind umso unzufriedener mit ihrem augenblicklichen Gesundheitszustand, je wohlhabender die Region zu sein scheint. Zufriedenheit ist eben sehr subjektiv, meinen die Forscher. „Je ausgeprägter der Wohlstand in einer Region ist, desto höher sind auch die Ansprüche an die eigene Gesundheit. Das führt zwangsläufig zu unterschiedlichen ‚Leidensniveaus‘. So bewegt sich der Schwarzwald vom Lebensstandard her im deutschen Mittelfeld, findet sich allerdings, was das subjektive Gesundheitsempfinden angeht, ganz weit hinten. Die Bewohner Vorpommerns wiederum haben mit wesentlich schlechteren wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu kämpfen, doch die Stimmung ist dort allerdings um einiges besser.“

Effizienz

Handfeste Probleme gibt es jedoch bei der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitssystems. Im europäischen Vergleich erbringen die hohen Ausgaben für die Gesundheit nicht die gewünschten Ergebnisse. So kostet zum Beispiel das französische Gesundheitswesen bei einer vergleichbaren Qualität gut zehn Prozent weniger als das deutsche. Die Gründe dafür liegen unter anderem in den oligopolistischen Strukturen des deutschen Pharmamarktes, der strikten, spezifisch deutschen Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung und in Strukturen, die Patienten und Ärzten wenige Anreize zum Kostensparen bieten.

Land	Lebenserwartung Männer	Lebenserwartung Frauen	Anteil Personen über 65 in %	Ärzte je 100.000 Einwohner	Krankenhaus-Betten je 100.000 E.	Gesundheitskosten in % des BIP
Belgien	75,1	81,1	17,0	448	711,6	8,7
Dänemark	74,8	79,5	14,8	365	422,6	8,3
Deutschland	75,4	81,2	17,5	336	901,9	10,6
Finnland	74,9	81,5	15,3	316	747,8	6,6
Frankreich	75,8	83,0	16,3	333	820,6	9,5
Griechenland	75,4	80,7	17,3	451	487,9	8,3
Großbritannien	75,9	80,5	15,6	160	407,6	7,3
Irland	75,2	80,3	11,1	238	983,6	6,7
Italien	76,8	82,9	18,2	607	455,1	8,1
Luxemburg	74,9	81,5	14,0	259	651,7	5,8
Norwegen	76,4	81,5	14,8	364	380,8	7,8
Österreich	75,8	81,7	15,5	333	853,6	8,0
Polen	70,4	76,7	12,8	224	717,5	6,0
Schweiz	77,8	83,0	15,5	362	596,1	10,7
Tschechien	72,1	78,7	13,9	350	1.095,8	7,2
Ungarn	68,4	76,7	15,4	319	806,3	6,8

Quelle: Ess: Europ. Zahlen von 2002



Zwei-Klassen-Medizin

Ein heute 65 Jahre alter Mann, der in seinem Arbeitsleben wenig verdient und dementsprechend nur wenig in die Rentenkasse eingezahlt hat, lebt noch durchschnittlich 14 weitere Jahre. Ein gleichaltriger Mann mit einem ehemals hohen Einkommen und einer dementsprechend hohen Rente lebt noch knapp 19 Jahre. Er hat eine fünf Jahre längere Lebenserwartung. Ein Angestellter lebt im Durchschnitt zwei Jahre länger als ein Arbeiter. Wer privat krankenversichert ist, lebt sogar fast drei Jahre länger als ein Mann, der nur pflichtversichert ist. Dies sind die Ergebnisse des Max-Planck-Instituts für Demographische Forschung, das die Daten von 5,2 Millionen Männern untersucht hat, die 2003 eine gesetzliche Rente bezogen.

Das Sprichwort „Besser arm und gesund als reich und krank“ ist also schlichtweg Unfug. In Wirklichkeit sind die Reichen gesünder, und Armut macht krank. Überdies erhalten Besserverdienende eine bevorzugte medizinische Behandlung. Wer mehr als 47.250 Euro im Jahr verdient, kann sich privat krankenversichern, ebenso wie Beamte und Selbstständige. Es gibt derzeit acht Millionen PKV-Versicherte in Deutschland, 72 Millionen sind in der GKV.

Privileg: Privat versichert

Doch die Privatversicherten genießen nicht nur kurze Wartezeiten bei Arztbesuchen und Chefarztbehandlung. GKV-Versicherte Demenzkranke werden in Fachkliniken mit hoch dosierten Medikamenten ruhig gestellt, um eine baldige Rückführung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Das spart Kosten – und langwierigere Therapien, die oft bessere Erfolge zeitigen würden. Lebensgefährlich verletzte Unfallopfer, berichtet die Presse, würden manchmal stundenlang im Rettungswagen von einer zur nächsten Notaufnahme gekarrt. Die Kliniken verweigerten die Aufnahme, weil sie die hohen Behandlungskosten scheuten. Privatpatienten bleiben solche Erfahrungen erspart.

Dass es in Deutschland heute eine Zwei-Klassen-Medizin gibt, spüren auch die Versicherten. 80 Prozent der Deutschen sind der Ansicht, dass nicht jeder Bürger den gleichen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung hat, so der Gesundheitsmonitor 2005 der Bertelsmann Stiftung. Bestätigt wird diese Meinung durch die Angaben der Befragten zu ihrer Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung: 56 Prozent der privat Versicherten sind sehr zufrieden oder zufrieden, aber nur 35 Prozent der Mitglieder in der GKV.

Privatpatienten sind außerdem seltener der Meinung, dass die Qualität der medizinischen Behandlung erhöht werden müsste (46 Prozent im Vergleich zu 55 Prozent der Kassenpatienten). Auch über ihren Hausarzt äußern sich Privatpatienten positiver. So werden ihnen nach eigenen Angaben seltener Medikamente verweigert (1,4 im Vergleich zu acht Prozent) und häufiger alternative Heilmethoden auf Krankschein verordnet (26 im Vergleich zu acht Prozent).

„Einkommen macht gesund, auch deshalb, weil Besserverdienende seltener einer gesundheitsgefährdenden Arbeit nachgehen. Umgekehrt schafft Gesundheit Einkommen, denn wen sein Beruf krank macht, hat kaum Chancen auf eine erfolversprechende Karriere.“

Rembrandt G. Scholz,
Max-Planck-Institut
für Demographische Forschung,
Rostock
in der FAZ, 1.6.06

„Wo immer wir uns auch in einer sozialen Hierarchie befinden, ist unsere Gesundheit im Schnitt besser als jene der Menschen unter uns - und schlechter als die derjenigen über uns. Ein Unternehmen, das Gesundheit und Lebenserwartung seiner Mitarbeiter maximieren will, müsste seine Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligen und ihnen Kontrolle einräumen darüber, wie und auf welche Weise sie ihre Aufgabe erledigen. Es müsste gute Leistung belohnen.“

Professor Michael Marmot
University College, London
in brand eins 2/2006

„Dass die Lebenserwartung in Deutschland so stark vom Einkommen abhängt wie in den USA, ist wirklich erschreckend. Einkommensstarke leben neun Jahre länger als Einkommensschwache. In skandinavischen Ländern sind es nur zwei bis vier Jahre. Ich hätte mir gewünscht, dass die Studie für mehr Aufregung sorgt. Die schlimmste Reaktion war: Das sei doch alles bekannt. Die Politiker resignieren.“

Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte
und SPD-Bundestagsabgeordneter
zur Resonanz auf seine Rentenstudie

Bürgerversicherung + Kopfpauschale = Fondsmodell?

Einig sind sich alle, dass eine strukturelle und nachhaltige Reform der GKV notwendig ist. Debattiert wurden zunächst vor allem zwei Modelle: Auf der einen Seite stand die von Gewerkschaften und SPD favorisierte, sich am Prinzip der Solidarität orientierende Bürgerversicherung. Das Modell wird etwa in Österreich vergleichsweise erfolgreich praktiziert. Unternehmerverbände und CDU/CSU setzten auf die Kopfpauschale. Ziel der Pauschalprämie war es, die Beiträge zur GKV vom Erwerbseinkommen abzukoppeln.

Eckpunkte der Bürgerversicherung

1. Das paritätisch von Unternehmen und Beschäftigten finanzierte Umlageverfahren der GKV bleibt erhalten, damit auch die Kopplung der Beiträge an die Einkommen der Versicherten. Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen und Kinder bleiben beitragsfrei mitversichert.
2. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen in die GKV einzahlen, auch Beamte, Freiberufler und Selbstständige. Dazu soll die Versicherungspflichtgrenze von heute 3.900 Euro abgeschafft oder zumindest deutlich erhöht werden.
3. Bemessungsgrundlage des Beitrags zur GKV sollen nicht nur Lohneinkommen, sondern auch Kapitaleinkünfte und Mieten sein.
4. Die PKV wird Zusatzversicherungen beschränkt. Sie kann im Rahmen einer Bürgerversicherung und zu den Bedingungen der GKV Tarife anbieten. Die Bürgerversicherungstarife der PKV werden in den Risikosturkurausgleich einbezogen.

Eckpunkte der Kopfpauschale (Gesundheitsprämie)

1. Jeder Erwachsene - Kinder sind in den jetzigen Vorschlägen beitragsfrei mitversichert - zahlt eine je nach Kasse unterschiedliche Pauschale von voraussichtlich 200 Euro pro Monat. Der Unternehmensanteil zur GKV wird auf das bisherige Bruttogehalt des Beschäftigten als einmalige Lohnerhöhung ausgezahlt und unter Berücksichtigung anderer Einkommensarten individuell versteuert.
2. Die Pauschale garantiert gesetzlich definierte Gesundheitsdienste. Darüber hinaus gehende Leistungen müssen durch freiwillige Zusatzprämien erworben werden.
3. Es besteht Versicherungspflicht für alle - ohne die bisherigen Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen.
4. Geringverdienender erhalten einen steuerfinanzierten Zuschuss zur Prämie. Das verlagert den Sozialtransfer von der Krankenversicherung auf das Steuersystem.

Das „Fondsmodell“

Das von CDU-Fraktionschef Volker Kauder ins Spiel gebrachte Fondsmodell sieht vor, die GKV über einen aus Beiträgen und Steuern gespeisten Pool zu finanzieren. Die Kassen bekämen einen einheitlichen Beitrag pro Versichertem. Die Gesundheitsversorgung von Kindern soll aus Steuermitteln erfolgen. Kassen, Experten und SPD-Linke sind gegen den Fonds, da er den Versicherten eine Zusatzprämie abverlangt, wenn der Einheitsbetrag für die Kasse nicht reicht. Kritiker warnen vor „einer gigantischen Geldsammelstelle“.

Die Meinung der Bevölkerung

In einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag des Finanzdienstleisters MLP, die von Dezember 2005 bis Februar 2006 durchgeführt wurde (MLP Gesundheitsreport 2006), stimmte die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger für die Bürgerversicherung. 52 Prozent würden demzufolge das Modell der Bürgerversicherung vorziehen. Nur 30 Prozent präferieren das Modell der Kopfpauschale.

Kritik an der Bürgerversicherung

- Die Einbeziehung aller Einkommensarten erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand.
- Das Gesundheitssystem wird mangels Kapitaldeckung mittelfristig noch stärker vom demographischen Wandel belastet.

Kritik an der Kopfpauschale

- Das Modell ist sozial ungerecht: Es bietet Vorteile für Besserverdienende, untere und mittlere Einkommen werden stärker belastet.
- Ein stark liberalisiertes Gesundheitswesen kann keine flächendeckende Versorgung mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen garantieren.



Positionen einzelner Akteure

Mehr Wettbewerb, aber keine Veränderungen am System

„Wir brauchen mehr Bewegung. (...) Wir wollen einen Wettbewerb zwischen den Kassen, eine größere Transparenz für die Patienten und Versicherten und damit letztlich auch etwas mehr an Wahlmöglichkeiten. Die Menschen heute wollen nicht, dass alles einheitlich und gemeinsam gestaltet ist. Sie wollen zwar weiterhin an der Solidarität in unserem System festhalten, aber sie wollen auch zwischen verschiedenen Modellen und verschiedenen Möglichkeiten wählen können.“

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes

GKV-Leistungen konzentrieren, Rolle der PKVs ausbauen

„Will man eine nachhaltige, generationengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens mit wettbewerblichen Strukturen auf Seiten der Krankenversicherung und der Leistungserbringer sowie Wahlfreiheit auf Versicherterseite, bedarf es einer mutigen Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen. Dazu gehört eine Konzentration des Leistungskatalogs der GKV ebenso wie die Ausweitung der Kapitaldeckung und eine deutlich gestärkte Vertragskompetenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gegenüber den Leistungserbringern. (...) Die Einführung einer (...),Bürgerversicherung“ ist abzulehnen. (...) Mit einer Bürgerzwangsversicherung – oder richtiger: Volkseinheitsversicherung – wird die Umlagefinanzierung ausgeweitet, die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten werden damit auf Kinder und nachwachsende Generationen verlagert.“

Reinhold Schulte, Vorsitzender des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen

Die Finanzbasis der GKV stärken

„Das Gesundheitswesen ist Standortfaktor und Wachstumsbranche mit über vier Millionen Arbeitsplätzen und darf nicht isoliert als Kostenfaktor betrachtet werden. Hauptproblem der GKV ist eine Einnahmenerosion. Die Finanzbasis der GKV muss dauerhaft gestärkt und die Finanzierung über sozialversicherungspflichtige Beschäftigung verringert werden.“

Dr. Hans-Jürgen Seitz, Hauptgeschäftsführer der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)

Neuanfang statt Einheitsmedizin und Misstrauenskultur

„Schon heute hat jahrelanges Sparen das Umfeld fürs Heilen und Helfen beschädigt. (...) Der Weg fast aller Parteien führt weiter in Richtung Einheitsmedizin und Misstrauenskultur.“

Bundes-Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe beim 109. Deutschen Ärztetag

Vorbild Kfz-Versicherung: GKV und PKV müssen für alle Interessierte offen sein

„Die aktuelle Gesundheitsreform darf nicht erneut auf Kosten von chronisch Kranken, Älteren und Menschen mit Behinderungen finanziert werden. (...) Die Kürzungspolitik muss gestoppt werden. Im deutschen Gesundheitswesen ist genug Geld vorhanden. Es muss nur richtig eingesetzt werden. Eine erneute Reform müsste daher berücksichtigen, dass Gesetzliche Krankenkassen (GKV) und Private Krankenkassen (PKV) zu gleichen Bedingungen nebeneinander bestehen können. Alle Bürgerinnen und Bürger müssten sich in diesen Kassen versichern und zu gleichen Mindestbedingungen aufgenommen werden. Das heißt, dass die Risiken besser verteilt werden und sich Gesunde und Besserverdienende nicht vorrangig in der PKV versichern, während die chronisch Kranken von der GKV übernommen werden müssen.“

Walter Hirrlinger, Präsident des Sozialverband VdK Deutschland

Erwartungen der IG BAU

Für die IG BAU steht bei der Reform der Gesundheitsversorgung die Qualität im Mittelpunkt. Ihre Mitglieder gehören in der Regel nicht zum Kreis der Besserverdienenden. Was der Leistungskatalog der GKV nicht abdeckt, wird deshalb für die meisten Mitglieder auch nicht verfügbar sein. Privilegien, wie sie privat Versicherte genießen, sind für sie nicht bezahlbar. Das Handeln aller Beteiligten muss sich künftig an der optimalen Versorgung aller Versicherten orientieren.

Solidarische Finanzierung

Ziel der IG BAU ist ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem mit einem einheitlichen Leistungskatalog. Die Kosten müssen Beschäftigte und Unternehmen paritätisch tragen. Entscheidend ist, dass das System in Zukunft allen Versicherten unabhängig von ihrem Einkommen und dem jeweiligen Bedarf entsprechend Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung gewährt. Eine Zwei-Klassen-Medizin lehnt die IG BAU ab. Gesundheit und Lebenserwartung dürfen keine Frage des Geldbeutels sein. Gesundheit ist ein Menschenrecht.

Strukturelle Reformen

Alle Bürgerinnen und Bürger müssen die Versorgung bekommen, die sie benötigen. Das setzt neben einer solidarischen Finanzierung eine höhere Effizienz des Gesundheitssystems voraus. Pharmaindustrie, Ärzte und Apotheken müssen dazu ihren Beitrag leisten. In der Vergangenheit konnten sie stets ihre Einzelinteressen durchsetzen. Ohne strukturelle Reformen, welche die bestehenden Defizite beseitigen, ist eine höhere Qualität der Versorgung nicht zu bekommen.

Abkehr von bisherigen „Reform“-Konzepten nötig

Den von früheren Regierungen beschrittenen Weg der Ausgrenzung von Leistungen und der Privatisierung von Risiken (Zahnbehandlung, Krankengeld etc.) hält die IG BAU für falsch. Alle Schritte in diese Richtung haben nur zusätzliche Belastungen für die Versicherten gebracht. Sie haben nichts daran geändert, dass unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich sehr kostenintensiv ist (hohe Arztdichte, überteuerte Medikamente etc.), aber nur mittelmäßige Leistungen hervorbringt.

Keine Zwei-Klassen-Medizin

Die vergangenen „Reform“-Versuche haben einer Zwei-Klassen-Medizin Vorschub geleistet. Unterschiedlich hohe Honorierungen bei privat und gesetzlich Versicherten haben dazu geführt, dass Ärzte Besserverdienende bevorzugen. Das erschwert GKV-Patienten den Zugang zu Spezialisten, Krankenhäusern und Unikliniken. Die Rosinenpickerei zu Lasten der GKV-Versicherten muss beendet werden. Es kann nicht sein, dass sich Ärzte und PKV die „guten Risiken“ (jung, gesund, gutverdienend, alleinstehend) herausgreifen und sich die „schlechten Risiken“ (alt, gesundheitlich angeschlagen, finanzschwach, mit Familie) bei den gesetzlichen Krankenkassen sammeln. Die Lasten müssen gleichmäßig auf alle Schultern verteilt und der Wettbewerb um die „besten Risiken“ unattraktiv gemacht werden. Der nötige Risikostrukturausgleich darf andererseits die Effizienzbemühungen der einzelnen Akteure nicht bremsen.

„Das Vertrauen der Bundesbürger in die Gesundheitspolitik nimmt auch in Zeiten der Großen Koalition weiter dramatisch ab: Nicht einmal mehr jeder Dritte (29%) traut der Politik noch zu, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung langfristig sicherstellen zu können. Im vergangenen Jahr waren dies (immerhin) noch 37 Prozent. Auch das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist rückläufig. Gleichzeitig verstärkt sich bei vielen Bundesbürgern (36%) der Eindruck, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen deutlich stärker von Eigeninteressen als vom Patientenwohl leiten lassen.“

„Health Care Monitoring 2006“. Studie von Acxiom Deutschland gemeinsam mit der psychonomics AG

„Jedermann hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Ernährung, Bekleidung, Unterbringung, ärztlicher Versorgung und notwendiger sozialer Leistungen gewährleistet.“

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948

„Unser Gesundheitssystem braucht grundlegende Reformen. Wir bezahlen zwar einen Mercedes, aber bekommen nur einen Golf.“

Klaus Wiesehögel,
Bundesvorsitzender der IG BAU

„Die GKV trägt derzeit den Hauptteil der Kosten derjenigen, die über geringe Einkommen verfügen und daher auch vermehrt erkranken. Das betrifft Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose, Behinderte und Menschen hohen Alters mit geringem Einkommen. Sie werden fast ausschließlich von der GKV versorgt. Die privaten Kassen beteiligten sich an diesen Belastungen kaum.“

Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte und SPD-Bundestagsabgeordneter

Bausteine für ein solidarisches und zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Die IG BAU hat bereits 2003 im Rahmen der von der damaligen Bundesregierung eingerichteten Rürup-Kommission gemeinsam mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWW) und der Verbraucherzentrale Bundesverband (VZBV) Vorschläge für eine solidarische und leistungsfähige Krankenversicherung vorgelegt:

1. Reformen bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

- Gesellschaftliche Kosten (Stichwort: Kinder) sind nicht von der Sozialversicherung, sondern über Steuern zu finanzieren.
- Die Beitragssätze lassen sich stabilisieren, wenn die Massenarbeitslosigkeit reduziert und alle Tätigkeiten (von Bagatelljobs abgesehen) uneingeschränkt versicherungspflichtig gemacht werden.
- Ausweitung des Versicherungskreises auf alle Erwerbstätigen und Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze beim Wechsel zur PKV erweitern die finanzielle Basis.

2. Reformen am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung

- Die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen ist Aufgabe der öffentlichen Hand.
- Die finanziellen und personellen Mittel sind so auszurichten, dass alle Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erhalten, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet.
- Der Arzneimittelmarkt ist als einer der ausgabenintensivsten Bereiche unter Gesichtspunkten der Effizienz, Transparenz und Qualität zu regulieren.
- Die strukturelle Vernachlässigung der Prävention und die einseitige kurative Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems müssen beendet werden.

3. Reformen bezüglich der Struktur des Gesundheitssystems

- Die Funktion des Hausarztes als Lotse ist in jeder Hinsicht zu stärken.
- Die Trennung von ambulante und stationärem Sektor muss überwunden werden zugunsten einer integrierten Versorgung der Versicherten.
- Der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ist so zu verändern, dass ein fairer Wettbewerb stattfinden kann.
- Bei der Prävention ist die öffentliche Gesundheitserziehung auszubauen.
- Disease-Management-Programme sollen sicher stellen, dass chronisch Kranke nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden.
- Die Unterversorgung bei der Rehabilitation chronisch Kranker steht in Widerspruch zu den empirisch gesicherten Vorteilen einer Bekämpfung der Frühinvalidität.

4. Stärkung der Mitwirkung der Versicherten

- Umfassende Information der Versicherten über Qualität, Umfang und Kosten der in Anspruch genommenen Leistungen trägt zur Wirtschaftlichkeit des Systems bei.
- Unabhängige Angebote zu Beratung, Information und individuelle Hilfe sichern das Recht der Versicherten auf Selbstbestimmung und angemessene Versorgung.
- Institutionelle Reformen müssen sicherstellen, dass sich die Versicherten stärker einbringen und den Leistungserbringern gleichberechtigt begegnen können.
- Die Selbstverwaltungen der Krankenkassen müssen die Versicherten stärker einbeziehen und ihre Arbeit transparenter gestalten.
- Gezielte Anreize stärken die Eigenverantwortung der Versicherten und motivieren zu einem wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollen Verhalten.

DPWW, IG BAU, VZBV:

Solidarisch, leistungsfähig und gerecht. Wege zur Förderung von Solidarität und Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung. Diskussionspapier für die Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission).

Fragen und Antworten

Wie bewerten Experten unser Gesundheitssystem?

„Unbeschadet seiner Vorzüge weist das deutsche Gesundheitswesen aber in Form von Unter-, Über- und Fehlversorgung noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität auf. Dies bedeutet, dass sich die derzeit erreichten gesundheitlichen Outcomes auch mit einem geringeren Ressourceneinsatz und/oder mit den eingesetzten Mitteln ein höheres Outcome-Niveau realisieren ließen. (...) Die vorhandenen Qualitätsmängel wurzeln häufig in Koordinationsdefiziten, die wiederum mit mangelnder Transparenz, unzureichendem Wettbewerb und inadäquaten Anreizsystemen einhergehen.“

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005)

Was passiert mit denen, die aus der Krankenversicherung herausfallen?

In den vergangenen 10 Jahren ist die Zahl der Nichtversicherten von 100.000 auf 200.000 gestiegen. Dabei handelt es sich nicht nur um Leute, die nicht arbeiten, sondern oft um Selbstständige, die nicht wissen, wie sie ihre Krankenversicherungsbeiträge zahlen sollen. Eine Rückkehr in die alte Krankenkasse klingt gut, ist aber nicht so einfach. Denn welchen Tarif soll beispielsweise ein 50-Jähriger zahlen, der aus der Privaten rausgeflogen ist und in seine gesetzliche Kasse zurückkehren will, jetzt aber krank ist und mehr medizinische Versorgung benötigt?

Stefan Greß, Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement

Wo bleibt das viele Geld im Gesundheitswesen?

„Deutschland ist nach den USA und der Schweiz das drittteuerste Land, was die Kosten seines Gesundheitswesens angeht. Die Leistungen für die Versicherten und der Gesundheitszustand der Menschen in Deutschland liegen im internationalen Vergleich aber nur im Mittelfeld. Wir fragen uns und die Öffentlichkeit seit nunmehr mehr als fünf Jahren: Welchen Anteil an dieser Diskrepanz haben Misswirtschaft, Betrug und Korruption im Gesundheitsbereich? Eine Antwort auf diesbezügliche Fragen sind uns Bundes- und Landesregierungen seit unserer ersten Untersuchung 2001 immer noch schuldig ...“

Transparency International anlässlich der Veröffentlichung ihres Jahrbuchs „Korruption im Gesundheitswesen“

Können GKV und PKV dauerhaft koexistieren?

„Meines Erachtens ist die Parallelexistenz beider Kassensysteme langfristig nicht haltbar. (...) Dieses System gibt es in Europa kein zweites Mal. Nicht ohne Grund, denn die direkte Konsequenz ist eine Zwei-Klassen-Medizin. Die Einkommensstarken, Jungen und Gesunden versichern sich privat und bekommen eine deutlich bessere Versorgung als die gesetzlich Versicherten. Jene müssen zugleich aber einen höheren Beitrag zahlen, weil sie die Solidargemeinschaft unterstützen. Einer kleinen Gruppe von Privilegierten wird es also erlaubt, sich aus dem Solidarsystem zu verabschieden. Das halte ich nicht für tragbar.“

Karl Lauterbach, Gesundheitsexperte und SPD-Bundestagsabgeordneter



Anzahl der privat Krankenversicherten			
Zahl der Personen (Doppelzählungen möglich, jeweils Jahresende)*			
	2002	2003	2004
Vollversicherte	7.923.000	8.110.400	8.253.400
mit Krankenhauswahlleistungen	6.967.800	7.102.000	7.117.600
mit Krankentagegeld	1.898.400	1.953.000	1.973.600
Zusatzversicherungen	14.161.000	14.884.000	16.139.000
Krankenhaus-tagegeld	8789900	8.906.700	8.948.500
Pflegezusatzversicherung	690.000	749.600	787.100
Krankenhauswahlleistungen	4.472.300	4.715.100	4.804.400
ambulante und Zahlleistungen	4.792.600	5.094.000	6.181.300
Krankentagegeld	1.043.900	1.173.800	1.263.200
Auslandreise-Krankenversicherung	26.824.000	26.602.300	26.575.500
Pflegepflichtversicherung	8.827.100	8.999.300	9.117.600



Informationen, Quellen, Recherchetipps

Weblinks

- Informationen zu den unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen in Europa:
<http://www.ess-europe.de/>.
- Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.php
- Koalitionsvertrag von CDU; CSU und SPD:
<http://www.tagesschau.de/static/pdf/Koalitionsvertrag.pdf>
- Attac und Bürgerversicherung:
http://www.attac-freising.de/cgi-tdb/basics/sozsich/basics.prg?r_index=5
- Resolution des DGB-Bundesvorstands:
<http://www.einblick.dgb.de/archiv/0609/bx060901.htm>
- European Observatory on Health Systems and Policies:
<http://www.euro.who.int/observatory>
- Allgemeine Positionen der IG BAU zur Gesundheitsreformdebatte unter:
www.igbau.de/db/v2/frameset.pl?mid=40
- Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung: Wachstumsfeld Gesundheit?
<http://www.library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/02871.pdf>
- Das Bundesgesundheitsministerium informiert unter:
<http://www.die-gesundheitsreform.de/index.4ml>
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:
<http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
- Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes:
<http://www.gbe-bund.de/>
- Sozialpolitik aktuell in der Bundesrepublik. Informationsportal der Universität Duisburg-Essen: <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/>

Literatur

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. Download:
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>