

Quo vadis, mens sana?

Auswirkungen des Gesetzes zur gesetzlichen Krankenversicherung

Für knapp 90% der Bevölkerung ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Trägerin der gesundheitlichen Versorgung. Auch für den Rest ist das Thema von Bedeutung, denn zum einen hat sich schon in der Vergangenheit gezeigt, dass Beihilfegesetze dazu neigen, Tendenzen in der Änderung der GKV nachzuzeichnen, zum anderen werden Krankheitskosten durch das neue Gesetz (Stichwort ‚Sozialausgleich‘) in größerem Umfang auf den Steuerzahler verlagert.

Das am 1. Januar 2011 in Kraft getretene „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)“ glänzt im Gegensatz zu den im Titel mitgeführten Adjektiven weder durch Nachhaltigkeit noch durch soziale Ausgewogenheit. Schon in der Vergangenheit hat sich der Gesetzgeber in kleinen Schritten vom *Prinzip der paritätischen Finanzierung der Krankheitskosten* durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer entfernt. Seit 2004 gibt es Zuzahlungen der Versicherten bei Arzneimitteln, Hilfsmitteln, Therapien, Fahrtkosten und stationärer Behandlung. Ebenfalls seit 2004 gibt es die Praxisgebühr, die die Versicherten allein tragen, und seit Juli 2005 wird der Arbeitnehmersonderbeitrag in Höhe von 0,9% der Lohnsumme erhoben. Nach wissenschaftlichen Berechnungen zahlten dadurch die Arbeitnehmer bereits nach dem alten Gesetz *jährlich mindestens 15 Milliarden Euro*

an Beiträgen, Zuzahlungen und Praxisgebühren *mehr* als die Arbeitgeber, was ein Belastungsverhältnis von rund 60:40 zu Lasten der Versicherten ergibt.

Das neue Gesetz bringt jetzt aber eine grundsätzliche Abkehr vom Prinzip der paritätischen Finanzierung, *einen regelrechten Systemwechsel*. Zwar wird die Beitragssatzerhöhung von 14,9 auf 15,5% (Arbeitgeber von 7,0 auf 7,3%, Arbeitnehmer von 7,9 auf 8,2%) noch einmal von beiden Sozialpartnern getragen; das ist aber die letzte Zuckung der paritätischen Finanzierung, denn zukünftige Beitragserhöhungen sollen dann die Versicherten allein tragen.

Reichen einer Krankenkasse die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel nicht, so kann sie eine *einkommensunabhängige Kopfpauschale* (im Gesetz „Zusatzbeitrag“ genannt) erheben, die nach oben nicht begrenzt ist. Überschreitet der Durchschnitt der Zusatzbeiträge 2% des individuellen Nettoeinkommens, so gibt es allerdings einen Sozialausgleich (aus Steuermitteln). Der Zusatzbeitrag belastet zunächst Geringverdiener (beispielsweise Rentner) überproportional; *Rentner müssten dann als neue Sportart wohl ‚Kassen-Hopping‘* betreiben, sich also alle Jahre wieder auf die Suche nach einer Kasse begeben, die keine oder möglichst geringe Zusatzbeiträge erhebt. Sollte der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 20 Euro steigen, was nach Meinung von Insidern schon in naher Zukunft passieren könnte, so wären mit 18,5 Mil-

lionen 35% aller Mitglieder betroffen, bei einem Zusatzbeitrag von 50 Euro wären es 38,2 Millionen (72,4% aller Mitglieder). Hätten wir 2025 (auch das nach dem Szenario einer wissenschaftlichen Berechnung) eine Kopfpauschale von durchschnittlich mehr als 96 Euro erreicht, so hätten *alle* Mitglieder der GKV Anspruch auf Sozialausgleich.

Damit ist der Vorrat an Leckerlis im neuen Gesetz aber noch nicht erschöpft.

- Für 2011 und 2012 werden die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen gedeckelt. Da diese eigentlich historisch niedrig sind, geht das wohl gegen die *Löhne und die Arbeitsbedingungen der bei den Kassen Beschäftigten*. Auch die Übertragung neuer Aufgaben an die Kassen passt gut zu dieser Deckelung, nicht wahr?
- Überschreitet das Einkommen eines Versicherten in einem Jahr (früher: 3 Jahre hintereinander) die Versicherungspflichtgrenze, so kann dieser sich privat versichern. Dadurch wird die *Einnahmebasis der GKV geschmälert* (nach Schätzungen um 200 bis 500 Millionen Euro) und der PKV, die keineswegs über schlechte Geschäfte klagt, werden neue Kunden zugetrieben.
- Last but not least wird auch das Sachleistungsprinzip der GKV durch das neue Gesetz aufgeweicht: dem Arzt wird es erleichtert bzw. ermöglicht, mit dem Versicherten direkt abzurechnen; dieser muss dann die Rechnung seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Wer bei diesem Verfahren von einer 100 Prozent-Erstattung träumt, träumt.

Leider macht der öffentliche Arbeitgeber als Dienstherr beim Abschied aus der paritätischen Finanzierung der Krankheitskosten durchaus mit: *Selbstbehalt* bei Arzneimitteln (hier gibt es noch nicht mal zuzahlungsfreie

Präparate, und selbst wenn man sich die Hacken nach günstigen Medikamenten abläuft, hat das keinerlei Auswirkung auf den Selbstbehalt!) und die sogenannte *Kostendämpfungspauschale* (die ja nun wirklich keine Kosten dämpft) verlagern Anteile an den Krankheitskosten vom Dienstherrn auf den Bediensteten. Gerade beim beamteten, nicht durch Tarifvertrag geschützten Arbeitnehmer im Schulbereich sind es aber in ganz starkem Maße die *Arbeitsbedingungen, die krank machen*. Nach Untersuchungen zum Thema ‚Burnout bei Lehrern‘ halten nur 6% bis zur Regelaltersgrenze durch!

Wie könnte man es besser machen? Siehe „Fünf-Punkte-Plan für eine nachhaltig solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ des DGB-Bundesvorstandes (www.dgb.de/presse, PM 196 vom 8.11.2010). Das Sachleistungs-, das Solidaritäts- und das Selbstverwaltungsprinzip sind die grundlegenden Strukturprinzipien der GKV. Sie müssen erhalten bleiben bzw. gestärkt werden. Die uneingeschränkt paritätische Finanzierung ist gerecht und muss wieder hergestellt werden, und die Nachhaltigkeit der Finanzierung kann durch die Verbreiterung der Einnahmehasis verbessert werden (Übernahme der tatsächlichen Bedarfe der ALG II-Bezieher aus Steuermitteln, Aufhebung der Beitragsbemessungs- und der Versicherungspflichtgrenze statt – wie aktuell in 2010 erfolgt – Absenkung, Einbeziehung aller Einkommensarten, Finanzausgleich mit der PKV). So könnte ein Weg zu einer nachhaltigen, solidarischen Finanzierung der GKV beschritten werden – allerdings muss auch über Verbesserungen auf der Ausgabenseite geredet werden (Abflussregulierung – es gibt Interessengruppen, die sich ganz ungeniert bedienen!).

Da die HLZ diesen Artikel, der als Input zur Mitgliederver-

sammlung der Betriebsgruppe Ruheständlerinnen und Ruheständler (BGRR) dienen sollte, in der Ausgabe 1-2/2011 nicht gedruckt hat, muss er jetzt hier noch etwas weiter gehen.

Die Mitgliederversammlung der BGRR fand am 23. Februar 2011 unter dem Thema „Gesundheitsreform 2011 – gibt es überhaupt etwas Positives?“ statt. Als Referent stand uns Herr Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg zur Verfügung. Herr Kranich (den wir nicht zum ersten Mal als Referenten eingeladen hatten) gab uns einen wie gewohnt sachkundigen Input und stand uns in der sich parallel entwickelnden lebhaften Diskussion als kompetenter Gesprächspartner zur Verfügung. Dabei kristallisierten sich noch einige Gesichtspunkte heraus, die abschließend erwähnt werden sollen.

- Entwicklungen:

<i>Inflation</i> (2004-2009)	+ 10,5%
<i>Gesundheitskosten</i> (2004-2009)	+ 22%
<i>Arzteinkommen</i> (2003-2010)	+ 30%
<i>Lohnentwicklung</i> (2000-2008)	- 12%

- Oder hier: von 1997 bis 2009 stiegen die Verbraucherpreise um 19% , die GKV-Beiträge um 32% und die PKV-Beiträge um 55%.
- Es gibt einen Punkt, bei dem die GKV der PKV voraus ist: der *Vorsorgegedanke* ist stärker entwickelt. Die Beihilfe kümmert sich gar nicht um Vorsorge, ebenso wenig einige private Krankenversicherungen wie z.B. die Debeka.
- Neue Gesetze: derzeit in Arbeit sind das *GKV-Versorgungsgesetz*, das nach Stabilisierung der Beiträge (???) kommen soll und sehr viele gute Elemente enthält, das (Krankenhaus-) *Infektionsschutzgesetz* und das *Patientenrechtgesetz* (früher: Patientenschutzgesetz; auf Intervention einer mächtigen In-

teressengruppe umbenannt).

- Die Krankenkassen werden mehr und mehr dem Kartellrecht unterworfen, Gesundheit und Krankheit werden zur Ware.
- Die klassische Zweiklassenmedizin entwickelt sich zu einer Vierklassenmedizin: GKV klassisch, GKV-Vorkasse und Kostenerstattung (die Patienten werden als Selbstzah-



Wer profitiert denn von dem neuen Gesetz? Der Referent der Verbraucherzentrale zeigt, dass es zuallerletzt um Gerechtigkeit geht.

lerInnen von den ÄrztInnen umworben), PKV klassisch, PKV-Basistarif (Leistungen etwa wie in der GKV, d.h. der Arzt bekommt auch weniger Honorar).

Aufschrei: Wo bleibt die Bürgerversicherung?

Das wäre aber eine andere Veranstaltung, zu gegebener Zeit.

Mit weiteren Themen:

- Altersdiskriminierung im Medizinbereich
- Priorisierung (wer bekommt noch eine neue Hüfte und wer nicht?)

HEIN HOCKER