Interview mit Klaus Kirschner

Wohin führt der Gesundheitsfonds?

Zum Januar des kommenden Jahres wird in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Gesundheitsfonds eingeführt. Hierfür legt die Bundesregierung im November einen einheitlichen Beitragssatz für alle Versicherten fest. Der SoVD hat sich schon früh gegen den Fonds ausgesprochen und diesem das Konzept einer Bürgerversicherung gegenübergestellt. Was sich durch den Gesundheitsfonds für jeden einzelnen von uns ändert, haben wir Klaus Kirschner (SPD) gefragt. Er ist Mitglied des Sozialpolitischen Ausschusses im SoVD und war lange Jahre Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Hintergrund

Gesundheitsfonds

Durch den Gesundheitsfonds wird die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Gesundheitsreform ab 2009 umorganisiert. Die bisher unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen werden durch einen einheitlichen Beitragssatz ersetzt. Verwaltet werden die Sozialversicherungsbeiträge vom Bundesversicherungsamt, das die Gelder dann auch an die einzelnen Kassen verteilt.

Solidaritätsprinzip

In dem Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung wird jeder gleichermaßen versorgt – unabhängig vom vorab geleisteten Beitrag. Die Sozialversicherung beruht damit insgesamt auf dem Prinzip der Solidarität. Dagegen versichert sich innerhalb der Privaten Krankenversicherung jeder gegen sein eigenes Risiko.

Risikostrukturausgleich (RSA)

In Deutschland kann seit 1994 jeder seine Krankenkasse frei wählen. Dadurch konnten gerade jüngere Menschen zu günstigen Anbietern wechseln. Diese tragen aufgrund der Altersstruktur ihrer Versicherten ein niedrigeres Risiko, als Krankenkassen, die etwa Rentner oder chronisch Kranke versichern. Daher müssen sie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches Finanzmittel an bedürftige Krankenkassen abgeben.

Morbi-RSA

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll der RSA morbiditätsorientiert (krankheitsorientiert) durchgeführt werden – beschränkt auf 50-80 kostenintensive Erkrankungen. Die Auswahl dieser Krankheiten ist jedoch umstritten.

Beitragssatz

Damit wird der Anteil des Arbeitsentgelts beschrieben, der an die Sozialversicherung abgeführt wird. In Deutschland werden diese Beiträge grundsätzlich je zur Hälfte durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Eigenanteile und Zuzahlungen dagegen trägt allein der Versicherte. Bisher variieren die Beitragssätze zwischen den Kassen. Ab 2009 gilt ein Einheitssatz für alle gesetzlich Versicherten.

Zusatzzahlungen

Ab kommendem Jahr fließen alle Beiträge der Versicherten sowie ein Bundeszuschuss aus Steuergeldern in den Gesundheitsfonds. Aus diesem Topf erhalten die einzelnen Kassen pro Versicherten einen pauschalierten Betrag und ggf. Leistungen im Rahmen des RSA. Reichen diese Gelder nicht aus, um die laufenden Kosten zu decken, kann die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Umgekehrt können Überschüsse an die Mitglieder ausgezahlt werden.

___Wissen Sie, wie hoch der Beitragssatz Ihrer Krankenversicherung ist?

Ich bin bei der AOK Baden-Württemberg versichert und zahle aktuell 14,9 Prozent.

___Dann gehören Sie schon jetzt zu den Menschen, die etwas mehr bezahlen: Der günstigste Satz liegt aktuell bei 12,4 Prozent.

Naja, das ist wahrscheinlich eine Direkt-Krankenkasse, bei der ich alles immer telefonisch oder per Mail und Fax abwickeln müsste – das ist für mich kein Service.

___Bei etwa 200 Krankenkassen fällt die Auswahl schwer. Würden Sie denn Angela Merkel Recht geben, die erklärt hat, dass der Einheitsbeitrag in der Krankenversicherung ab 2009 für mehr Transparenz sorgt?

Frau Merkel hat nicht Recht. Sie benutzt ein Schlagwort, sonst nichts. Mit dem Einheitsbeitragssatz verliert das Bürgerengagement der sozialen Selbstverwaltung seine Kernkompetenz, nämlich die Finanzhoheit und damit die Beitragssatzfestsetzung für die einzelne Krankenkasse. Das heißt, es passiert in der Gesetzlichen Krankenversicherung das Gleiche, wie wir das bei der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der Pflegeversicherung kennen: Wir haben dann in erster Linie eine politische Beitragssatzdebatte und nicht die eigentlich notwendige Diskussion über das Versorgungsniveau. Bei der Pflege ist der Beitragssatz seit Beginn vor 13 Jahren eingefroren. Jetzt erst wird er zum 1. Juli mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz angepasst. Das hat auch Folgen für das Versorgungsniveau. Ab 2009 gilt dies auch für die Gesetzliche Krankenversicherung. Dann wird die Bundesregierung den Einheitsbeitragssatz per Rechtsverordnung festsetzen. Nicht einmal das Parlament wird daran beteiligt. Wohin so etwas führt, das sehen wir bei der aktuellen Debatte um die Rentenerhöhung: Die Republik heult bei einer Erhöhung um 1,1 Prozentpunkte auf. Wenn aber Banken Milliarden in den Sand setzen, dann gehört das zur Marktwirtschaft.

___„Einheitsbeitrag“ – das klingt zwar gerecht, die Zusatzzahlungen sollen jedoch unabhängig vom Einkommen des Versicherten erhoben werden. Ist das noch solidarisch?

Wir haben ja jetzt schon eine Vielzahl von Zuzahlungen und Leistungskürzungen in Milliardenhöhe pro Jahr, die nur der Entlastung der Arbeitgeber dienen. Das gilt auch für den Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent, den ausschließlich Mitglieder und Rentner bezahlen. Ich befürchte, es wird beim Gesundheitsfonds ganz schnell zu einem weiteren Zusatzbeitrag kommen – möglicherweise noch nicht im Jahr 2009, schließlich findet da die Bundestagswahl statt, aber er wird mit Sicherheit ab 2010 kommen.

___Bei all dem bleiben privat Versicherte außen vor – die zahlen nicht in den neuen Gesundheitsfonds ein.

Das war von vornherein der größte Streitpunkt in der Koalition. Der SoVD hat deshalb konsequent die Einführung einer Bürgerversicherung mit einer einheitlichen Krankenversicherung gefordert. Gescheitert ist dieses Konzept am Widerstand von CDU / CSU. Aus meiner Sicht wäre eine solche Bürgerversicherung unter gleichen Bedingungen weitaus gerechter und der Beitragssatz könnte schätzungsweise um einen halben Prozentpunkt gesenkt werden. Der Gesundheitsfonds ist dagegen aus meiner Sicht ein völlig misslungener Kompromiss.

___Sie haben selbst den Service erwähnt, den Sie sich von Ihrer Krankenkasse erwarten. Wird dabei in Zukunft nicht immer stärker nach dem Einkommen des Versicherten unterschieden werden?

Entscheidend wird sein, wie der krankheitsbezogene Risikostrukturausgleich, der sogenannte Morbi-RSA, ausgestaltet wird. Die bisherigen Vorschläge hierzu sind völlig unzureichend. Die strukturierten Behandlungsprogramme oder auch Demenzerkrankungen wurden nicht angemessen berücksichtigt. Darüber hinaus reicht die bisher vorgesehene Anzahl an Krankheiten nicht aus, um das tatsächliche Spektrum der Diagnosen abzudecken. Deshalb muss der vorliegende Vorschlag der Wissenschaftlergruppe nachgebessert werden, um die unterschiedlichen krankheitsbedingten Kostenbelastungen der einzelnen Krankenkassen möglichst zielgenau auszugleichen. Sonst laufen wir Gefahr, dass vorwiegend ein Wettbewerb um Gesunde stattfindet, bei dem die Krankenkasse belohnt wird, die möglichst wenig Kranke versichert und deshalb auch keinen Zusatzbeitrag erheben muss.

Klaus Kirschner, Jahrgang 1941, ist gelernter Werkzeugmacher. Nach seinem Engagement als Betriebsrat trat Kirschner 1962 in die SPD ein, für die er von 1976 bis 2005 als Abgeordneter im Deutschen Bundestag saß. Dort war er unter anderem Vorsitzender der Enquête-Kommission zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (1987 bis 1990), gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion (1990 bis 1998) sowie Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit (1998 bis 2002) bzw. für Gesundheit und Soziale Sicherung (2002 bis 2005). Für den SoVD engagiert sich Klaus Kirschner im Sozialpolitischen Ausschuss (SPA) sowie im Arbeitskreis Sozialversicherung.

___So wie Sie diesen Aushandlungsprozess schildern, klingt das nach einem hohen Verwaltungsaufwand.

Der Verwaltungsaufwand wird schon dadurch erheblich steigen, dass man ja versichertenbezogene Daten erheben muss. Und ich prophezeie noch etwas anderes: Zum 1. November soll per Rechtsverordnung ein einheitlicher Beitragssatz für 2009 festgelegt werden, der sicherstellt, dass der Gesundheitsfonds sämtliche Ausgaben im Startjahr abdeckt. Wenn die Bundesregierung das ernst nimmt, dann wird sie aus meiner Sicht einen Beitragssatz festsetzen müssen, der deutlich über 15 Prozentpunkten liegt.

___Das heißt, dass es für die Gesetzlich Versicherten in jedem Fall teurer wird?

Wir haben jetzt einen allgemeinen Beitragssatz von 14,86 Prozent. Die Arzneimittelausgaben sind im vergangenen Jahr erheblich gestiegen, nämlich um rund 1,5 Milliarden Euro. Und es spricht nichts dafür, dass diese Zahl für das Jahr 2008 geringer sein wird. Bei der ärztlichen Gebührenordnung muss man realistischerweise ebenfalls mit Mehrausgaben von 2 bis 2,5 Milliarden Euro rechnen. Hinzu kommt der Tarifvertrag für die Beschäftigten in den Krankenhäusern mit den entsprechenden Lohnerhöhungen, die – darauf weise ich ausdrücklich hin – notwendig und berechtigt waren. Das muss sich dann aber auch in den Ausgaben widerspiegeln. Das heißt die Fallpauschalen müssen angehoben werden, was schätzungsweise mit 1,7 bis 2 Milliarden Euro zu Buche schlägt. Zähle ich alle Mehrkosten zusammen, dann bin ich ganz schnell bei einer Steigerungsrate von 6 Milliarden Euro. Das entspricht 0,6 Beitragssatzpunkten. Darüber hinaus benötigen die Kassen eine Schwankungsreserve, welche zusätzlich noch einmal bis zu 0,3 Beitragssatzpunkte ausmacht.

___Dann müssen wohl auch Sie als AOK-Versicherter demnächst tiefer in die Tasche greifen?

Darauf muss ich mich leider einstellen, weil es bisher nicht gelungen ist, beispielsweise die Arzneimittelausgaben in den Griff zu bekommen. Das halte ich momentan für den größten Kostentreiber. Der entscheidende Punkt sind ganz klar die Preissteigerungen bei den patentgeschützten Arzneimitteln: Da langt die forschende Pharma-Industrie meiner Meinung nach in einer Art und Weise zu, die man nur als unethisch bezeichnen kann.

Das Interview führte Joachim Baars.

Pflegeforum des MDS

Mehr Transparenz in der Pflege

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) veranstaltete am 4. März ein Pflegeforum zum Thema „Verbraucher stärken – Transparenz und Benchmarking in der Pflege“ in Berlin. Edda Schliepack, Präsidiumsmitglied des SoVD, trug die Vorstellungen des SoVD vor.

Wie in der vergangenen Ausgabe der SoVD-Zeitung berichtet, soll der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) Pflegeeinrichtungen künftig häufiger prüfen: Zunächst mindestens alle drei Jahre, nach einer Übergangsfrist jährlich. Außerdem sieht das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vor, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen und ihre Qualität veröffentlicht werden. Grundlage sind die MDK-Qualitätsprüfungen.

Auf der Veranstaltung „Verbraucher stärken – Transparenz und Benchmarking in der Pflege“ nahmen der Medizinische Dienst, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der SoVD u.a. zur Veröffentlichung der MDK-Prüfergebnisse Stellung.

„Wir sind überzeugt, dass die MDK-Qualitätsprüfungen eine geeignete Grundlage sind, um das Pflegegeschehen transparenter zu machen und die Verbraucher über wesentliche Aspekte von Pflegequalität zu informieren“, betonte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS.

Foto: MDS

Edda Schliepack, SoVD-Präsidiumsmitglied: „Wir fordern seit Jahren eine umfassende Transparenz in der Pflege!“

Klaus-Dieter Voß, Vorstandsmitglied des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, begrüßte ebenfalls die geplanten Neuregelungen zur Transparenz.

Edda Schliepack, Mitglied des SoVD-Präsidiums, geht davon aus, „dass Transparenz zu einem offenen Wettbewerb um beste Qualität führt und letztlich den Pflegebedürftigen in die Lage versetzt, das für ihn am besten passende Angebot auszuwählen.“ Die Berichte sollten so aufbereitet werden, dass sie für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sind. Bei den Stellungnahmen sollten Verbraucher- und Behindertenorganisationen frühzeitig beteiligt werden, so Edda Schliepack.

Schlussendlich könnte Transparenz aber auch als Offenlegung der Fehler Einzelner verstanden werden. Deshalb sollte in einer Einrichtung eine Atmosphäre geschaffen werden, die ein effektives Beschwerde- und Qualitätsmanagement ermöglicht. Wenn die einzelne Pflegekraft Missstände nicht mehr hinnimmt, sondern aktiv dagegen vorgeht, könnten zahlreiche Pflegemängel von vornherein beseitigt werden.