



## **Stellungnahme**

der Arbeiterwohlfahrt zu den Eckpunkten  
zur Gesundheitsreform 2006

## **Die Pläne zur Gesundheitsreform 2006 auf dem AWO-Prüfstand: Das Reformvorhaben ist halbherzig und mutlos.**

### **Einführende Bemerkungen**

Die Große Koalition hat am 4. Juli 2006 ihre Eckpunkte zur Gesundheitsreform vorgestellt. Im Koalitionsvertrag wurde die Sicherung eines leistungsfähigen und demografiefesten Gesundheitswesens und "einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung" der Krankenversicherung angekündigt. Die kommende Gesundheitsreform soll diesen Anspruch erfüllen. Die AWO nimmt im Folgenden zu den Eckpunkten Stellung. Sie unterzieht die Eckpunkte zunächst einer primär sozialpolitischen Bewertung und misst sie an ihrem eigenen Anspruch. Im zweiten Teil werden vor allem die Bereiche der ambulanten und stationären Altenhilfe und der Vorsorge- und RehaMaßnahmen für Mütter/Väter und Kinder beleuchtet. Da die Eckpunkte an vielen Stellen sehr vage formuliert sind, ist derzeit allerdings allenfalls eine vorläufige Bewertung möglich.

Seit Jahren ist die Gesundheitspolitik eine Dauer-Baustelle, die in kurzen Intervallen wiederholt unzureichenden Reformmaßnahmen unterzogen wird, die bis zum nächsten "Reformintervall" notdürftig die Beitragssätze stabilisieren. In den letzten Jahren haben die Reformkompromisse vorwiegend aus Kürzungen des Leistungskataloges zu Lasten der gesetzlich Versicherten und aus der Ausweitung der Eigenbeteiligung von Patientinnen und Patienten bestanden.

Eine zukunftsfeste und auf Dauer angelegte Reform, die Verteilungsgerechtigkeit, eine nachhaltige Finanzierung, mehr Effizienz und mehr Transparenz gleichzeitig abdeckt, ist in der Vergangenheit durch die maßgeblichen Akteure kontinuierlich verhindert worden. Legt man die Eckpunkte zugrunde, werden diese Ziele auch diesmal weitgehend verfehlt.

### **I. Die Chancen für eine echte Reform sind nicht genutzt worden.**

#### *Beitragssatzerhöhung statt Strukturreform*

Die Bundesregierung nimmt eine Steigerung des Beitragssatzes um 0,5% zum 1. Januar 2007 in Kauf, statt die dringend notwendigen strukturellen Probleme zu lösen. Damit bezahlen erneut allein die gesetzlich Versicherten und die Arbeitgeber die Sanierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Und dabei wird es nicht bleiben: Zahlreiche Krankenkassen haben schon jetzt eine Anhebung ihrer Beiträge um mindestens 0,8 % umgesetzt oder zumindest angekündigt, da aufgrund der im Jahr 2007 fehlenden Einnahmen aus der Tabaksteuer sowie der zusätzlichen Belastung durch die Mehrwertsteueranhebung eine Beitragserhöhung um einen halben Prozentpunkt nicht ausreicht.

Die AWO lehnt diesen Weg eindeutig ab. Wir fordern stattdessen grundsätzliche Reformen. Zu nennen sind hier bspw. die Einführung einer Arzneimittel-Positivliste, die Aufhebung des privilegierten Status der Privaten Krankenversicherungen (PKV) sowie eine tatsächliche Aufweichung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es ist zwar zu begrüßen, dass zukünftig der Wechsel aus der GKV in die PKV erschwert wird und die PKV sich grundsätzlich allen Bürgerinnen und Bürgern zu öffnen hat. Es bleibt allerdings zweifelhaft, welchen Nutzen diese Maßnahmen haben, wenn gleichzeitig an der Versicherungspflichtgrenze festgehalten wird. Auch zukünftig werden Besserverdienende und die besseren Risiken nur wenig zu einer solidarischen Gesundheitsversorgung beitragen. Die AWO hatte sich in der Vergangenheit stets für eine umfassende Bürgerversicherung ausgesprochen; deshalb reichen uns die in den Eckpunkten skizzierten Maßnahmen nicht aus. Völlig unverständlich ist, dass die Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöht werden soll; hier bleibt eine wichtige Stell-

schraube zur Erhöhung des Beitragsvolumens und zur Herstellung einer stärkeren Systemgerechtigkeit ungenutzt.

### *Eine nachhaltige und gerechte Finanzierung nicht erreicht*

Die Große Koalition plant die Einführung eines Gesundheitsfonds und wagt somit einen Systemwechsel. Sie bezieht einerseits weiterhin Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Arbeitgeber paritätisch in die Finanzierung ein; beide müssen zukünftig staatlich festgelegte Beitragssätze zahlen. Andererseits wird mit dem Gesundheitsfonds der Weg in die Zwei-Klassen-Medizin weiter geebnet. Ist die paritätische Finanzierung schon in der Vergangenheit - etwa beim Zahnersatz und beim Krankengeld - unterlaufen worden, so wird jetzt mit der Einführung des zusätzlichen Beitrages ("kleine Prämie"), den die Kassen erheben können, der Weg hin zu einer Kopfpauschale eingeschlagen, die allein von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu tragen ist. Damit wird erstmals der Grundsatz der einkommensabhängigen Beitragssatzerhebung aufgegeben. Zudem ist mittel- bis langfristig zu befürchten, dass es bei der maximalen Obergrenze der kleinen Prämie von einem Prozent des Bruttogehaltes, je nach Entwicklung der Einnahmehasis und der Gesundheitskosten, nicht bleiben wird.

Dass in den Eckpunkten ein morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich (RSA) vereinbart wurde und sich somit der Wettbewerb der Kassen grundsätzlich nicht über das Einkommen, Alter oder den Gesundheitszustand der Versicherten vollziehen soll, ist begrüßenswert. Allerdings ist auch dieser Schritt halbherzig, solange die PKV nicht in den RSA einbezogen wird. Insgesamt sollen die Krankenkassen über Wirtschaftlichkeit, also über effiziente Verwaltungsstrukturen und eine kostengünstige Versorgung (z.B. Hausarzttarife) miteinander konkurrieren und so möglichst die Erhebung einer zusätzlichen Prämie vermeiden. Dies bietet Anreize etwa zum Aufbau neuer Versorgungsformen und -strukturen. Die AWO befürchtet allerdings, dass die Krankenkassen bei Satzungs- und Ermessensleistungen, also etwa bei den Leistungen zur Prävention von Krankheiten, einsparen werden. Wir hoffen daher, dass die Prävention nicht zum Auslaufmodell gemacht wird und sie wie im Koalitionsvertrag angekündigt auf eine solide gesetzliche Grundlage gestellt wird. Zudem ist sicherzustellen, dass der RSA so zielgerichtet ausgestaltet wird, dass diejenigen Kassen mit vorwiegend gesunden Versicherten keinen Wettbewerbsvorteil haben.

Darüber hinaus wird die Rolle der Selbstverwaltung durch die Einführung des Gesundheitsfonds geschwächt. Das bisherige Beitragseinzugsverfahren wird abgeschafft und durch eine neu zu gründende staatliche Behörde ersetzt. Zudem werden die Beitragssätze zukünftig staatlich festgelegt. Für uns ist fraglich, ob dieser Paradigmenwechsel Vorteile für die gesetzlich Versicherten bringt. Eine nachhaltige Gesundheitsreform muss in erster Linie die Einnahmeseite verbessern. Neben der Zusammenführung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gehören hierzu auch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten und eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

### *Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens?*

Das notwendige Umsteuern von einer lohnabhängigen Finanzierung der Gesundheitskosten hin zu einer steuerbasierten Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben wird nur halbherzig angepackt. Grundsätzlich ist die Steuerfinanzierung der Kinderversicherung ein richtiger Schritt, der von der AWO lange gefordert worden ist. Das dafür zur Verfügung gestellte Finanzvolumen ist allerdings bei weitem nicht ausreichend. Wir kritisieren zudem, dass die erst im Jahr 2004 eingeführte Heranziehung von Einnahmen der Tabaksteuer zugunsten familienpolitischer Leistungen der GKV im nächsten Jahr um 2,7 Mrd. EUR auf 1,5 Mrd. EUR gekürzt und im Jahr darauf komplett gestrichen wird. Das Einnahmeproblem der GKV wird durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer zusätzlich vergrößert, so dass 2007 die GKV mit ca. 4 Mrd. EUR belastet wird.

Dieses hausgemachte Einnahmeproblem bezahlen die Versicherten mit der gleichzeitig angekündigten Beitragserhöhung. Die Streichung des Bundeszuschusses aus Erlösen der Tabaksteuer lässt zudem befürchten, dass steuerfinanzierte Anteile im Gesundheitssystem auch zukünftig je nach Haushaltslage zur Disposition gestellt werden.

Eine nachhaltige Umstellung der Finanzierung hätte unserer Auffassung nach weit deutlicher ausfallen müssen.

## **II. Die Eckpunkte enthalten auch positive Impulse - allerdings sind noch viele Fragen offen.**

Trotz der vorher genannten Kritikpunkte begrüßt die AWO die positiven Impulse bei folgenden Einzelaspekten:

### *Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht*

Die geplante Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht war längst überfällig. Auch wenn die PKV nicht in das solidarische Gesundheitssystem einbezogen werden soll, unterliegt sie in Zukunft zumindest einem Kontrahierungszwang, so dass sie Versicherte nicht mehr nach Gesundheitsrisiken selektieren darf und einen Basistarif anbieten muss.

### *Einbeziehung des SGB XI in die Integrierte Versorgung - ein Schritt nach vorne für die ambulante und stationäre Pflege*

Zu den Schnittstellenbereinigungen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, die für den gesamten Pflegebereich von Bedeutung sind, gehört die Einbeziehung des SGB XI in die Integrierte Versorgung. Diese Maßnahme bewertet die AWO als einen wichtigen Schritt nach vorne.

Im Eckpunktepapier wird zutreffend festgestellt, dass gerade geriatrische Patienten und Pflegebedürftige häufig an chronischen Krankheiten und/oder an einer Vielzahl von weiteren gesundheitlichen Beschwerden leiden, aber bisher nur in Ausnahmefällen in Verträge der Integrierten Versorgung einbezogen werden. Deswegen sollen zukünftig auch die Pflegekassen und deren Leistungserbringer in die Verträge der Integrierten Versorgung miteinbezogen werden. Dies ist für die Betroffenen dringend notwendig und damit ausdrücklich positiv zu bewerten.

Laut Eckpunktepapier ist für die Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung die Ergänzung des SGB XI durch Regelungen entsprechend §§ 140a ff. SGB V erforderlich. Zudem seien weitere "entsprechende Finanzierungsregelungen" erforderlich. Die Fragen der Finanzierung sind damit jedoch noch nicht eindeutig geklärt: "Die Kranken- und Pflegekassen haben jeweils ihre Leistungen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu finanzieren". Für die Krankenkassen gibt es hier eindeutige Regeln im Rahmen der Anschubfinanzierung. Unklar bleibt aber, wie die finanziell stark belastete Pflegeversicherung diese neue Aufgabe schultern soll. Ohne eine eindeutige Regelung besteht die große Gefahr, dass hier ein neuer Verschiebepbahnhof entsteht und die Pflegeversicherung Leistungen bezahlt, die eigentlich im Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung liegen. Vor diesem Hintergrund fordert die AWO eindeutig festgelegte Regularien über die Zuständigkeit von Kranken- und Pflegekassen sowie eine Anschubfinanzierung auch für die Pflegeversicherung analog zur Regelung in der Krankenversicherung.

### *Geriatrische Rehabilitation wird Pflichtleistung*

Die Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung will die Regierung auch durch Änderungen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation bereinigen. So sollen die ambulante und stationäre Rehabilitation für den Bereich der Geriatrie „von einer Ermessensleistung in

eine Pflichtleistung umgewandelt“ werden, um Versorgungsmängel zu beseitigen. Der Vorrang der ambulanten vor der stationären Rehabilitation bleibt bestehen. Dies ist grundsätzlich positiv zu bewerten: Ältere und pflegebedürftige Menschen erlangen somit Rechtssicherheit. Damit könnte der Vorrang von Prävention und Rehabilitation auch erstmals in die Praxis umgesetzt werden.

Allerdings bleiben auch hier noch einige Punkte abzuwarten. So muss der Gemeinsame Bundesausschuss Abgrenzungskriterien und die Definition der geriatrischen Rehabilitation vornehmen; die Krankenkassen müssen einheitliche Richtlinien für den Abschluss von Versorgungsverträgen aufstellen. Wir befürchten jedoch, dass die Kassen hier eher restriktiv vorgehen werden.

#### *Erweiterung des Haushaltsbegriffs bei häuslicher Krankenpflege*

Um Bewohnerinnen und Bewohner betreuter Wohnformen nicht gegenüber denen konventioneller Haushalte zu benachteiligen, soll der Haushaltsbegriff in der Regelung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V entsprechend definiert und erweitert werden. Darüber hinaus soll für eng begrenzte Personengruppen (z.B. Wachkomapatientinnen und -patienten, dauerbeatmete Patientinnen und Patienten) eine sinnvolle Definition des Haushaltsbegriffs gefunden werden, damit vorschnelle Krankenhauseinweisungen verhindert und eine umfassende Finanzierung der Versorgung gewährleistet werden. Dies stellt eine deutliche Verbesserung für Patientinnen und Patienten in Aussicht.

Auch wenn die konkrete Definition des Haushaltsbegriffs noch aussteht, könnte diese Veränderung sowohl für die betroffenen Menschen als auch für die Träger von Altenhilfeeinrichtungen Verbesserungen bedeuten und vielfache Möglichkeiten eröffnen. Zum einen stellt die Bundesregierung hier deutlich die Notwendigkeit eines Ausbaus von betreuten Wohnformen heraus und hinterlegt erstmals einen praktischen Lösungsansatz. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass aus ihrer Sicht diese Wohnformen "künftig nicht mehr den Vorschriften des Heimgesetzes unterliegen" sollen. Für die Praxis könnte dies bedeuten, dass betreute Wohnformen zukünftig vorrangig als ambulante Wohnformen definiert werden. Dies allein löst zwar nicht alle Probleme: Offen bleibt etwa die Frage nach dem Wunsch- und Wahlrecht dieser Bewohnerinnen und Bewohner hinsichtlich des ambulanten Pflegedienstes. Sicherlich werden aber bei einer zukünftigen Ambulantisierung von stationären Pflegeeinrichtungen neue Chancen eröffnet. Dies ist in jedem Fall zu begrüßen.

#### *Hilfsmittelversorgung wird verbessert*

Auch die Schnittstellenproblematik bei der Hilfsmittelversorgung in Heimen wird bei der Gesundheitsreform angegangen. Durch eine Klarstellung in § 33 SGB V soll die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, nach der schwerst Demente und schwerst geistig behinderte Menschen keinen Anspruch auf individuell angepasste Hilfsmittel zu Lasten der GKV haben, weil eine selbst bestimmte Teilhabe als Voraussetzung für die Leistungsgewährung nach Auffassung des Gerichts nicht vorliegt, korrigiert werden. Diese Personengruppen sollen in Zukunft wieder einen Leistungsanspruch an die GKV haben. Dieser Vorschlag ist sehr zu begrüßen.

#### *Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel*

Der Gesetzgeber will die Möglichkeit schaffen, nicht verbrauchte Opiate und andere Medikamente nach dem Tod einer Patientin oder eines Patienten in Hospizen und Heimen bei anderen Patientinnen und Patienten zu verwenden. Bei diesem prinzipiell guten Vorschlag muss allerdings noch eine Vielzahl offener Fragen (Eigentumsrecht der Angehörigen, Kompatibilität zum Heimrecht, möglicher Verwaltungsaufwand der Einrichtungen usw.) geklärt werden.

### *Palliativversorgung*

Im Eckpunktepapier wird das Vorhaben angekündigt, den Leistungsanspruch auf und die Vergütung von Palliativversorgung zu definieren und zu verbessern. Wir interpretieren diese Aussage dahingehend, dass der gesetzliche Anspruch auf Palliativversorgung, finanziert durch die GKV, eingeführt werden soll. Entsprechend hat sich auch Bundesministerin Schmidt bereits geäußert.

Vor dem Hintergrund der derzeitigen unzureichenden Versorgung und Vergütung im Bereich der Palliativpflege ist dieser Ansatz nur zu unterstützen. Nicht Ziel führend ist allerdings unserer Auffassung nach die Einführung von neuen Strukturen in Form von "Palliativ Care Teams", wie das Bundesgesundheitsministerium offenbar beabsichtigt. Unserer Vorstellung nach sollten vielmehr die bisherigen Angebote der Leistungserbringer (ambulante und stationäre Hospize, Palliativstationen) im Sinne der Patientinnen und Patienten optimiert werden.

### *Vorsorge und Reha für Mutter/Vater-Kind wird zur Pflichtleistung*

Vorsorge- und Reha Maßnahmen für Mütter/Väter und Kinder sollen, so das Eckpunktepapier, in eine Pflichtleistung überführt werden. Dies begrüßt die AWO ausdrücklich. Allerdings bedarf dies noch der Präzisierung, um eine wirkliche Verbesserung für die Betroffenen zu erzielen. Die AWO hält zudem die Einbeziehung dieser Maßnahmen als Pflichtleistung der GKV in den RSA für unabdingbar.

Die Eckpunkte sehen des Weiteren vor, dass die Qualität der stationären Rehabilitation für alle Vertragseinrichtungen garantiert werden soll. Dazu sollen Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig unabhängig zertifiziert werden. Für die Zertifizierung sollen gemeinsame Qualitätsstandards der GKV und der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zu Grunde gelegt werden. Bei Vertragsabschluss soll auf Trägervielfalt geachtet werden.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sowie im Bereich Vorsorge und Reha für Mutter/Vater-Kind gibt es bereits Verfahren und Initiativen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, die in gemeinsamer Vereinbarung zwischen Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern eingerichtet wurden. Aus unserer Sicht besteht deshalb kein Bedarf an neuen gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung, die zu einem Ausbau statt zu einem Abbau von Bürokratie führen würden. Stattdessen sollten die bereits geltenden Regelungen besser ausgestaltet werden. Ungeklärt ist hier etwa die Frage der Finanzierung der Qualitätssicherung; hier verfahren GKV und GRV bisher unterschiedlich.

Die AWO regt an, die angestrebte Regelung für die ambulante ärztliche Versorgung, Instrumente zur Qualitätssicherung effektiv zu nutzen und zu vergüten, auch auf den Vorsorge- und Reha-Bereich anzuwenden.

Es ist vorgesehen, dass Versicherte zukünftig das Recht erhalten, auch eine andere zertifizierte als die von seiner Kasse unter Vertrag stehende Reha-Einrichtung in Anspruch zu nehmen. Fallen dabei Kosten an, die über die Vertragseinrichtung hinausgehen, sind diese Mehrkosten von den Versicherten zu tragen. Die AWO begrüßt grundsätzlich die stärkere Betonung des Wunsch- und Wahrechtes der Versicherten. Allerdings ist unserer Auffassung nach zu befürchten, dass hier eine neue Anteilsfinanzierung „durch die Hintertür“ entsteht, die eigentlich durch das „Gesetz zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation“ aus dem Jahr 2002 verhindert werden sollte.

Der Prüfaufwand des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bezüglich medizinischer Vorsorge- und Rehaleistungen soll reduziert werden. Es ist geplant, dass diese Leistungen nicht mehr generell vor der Bewilligung, sondern nur noch bei beantragter Verlängerung durch den MDK geprüft werden müssen. Außerdem ist eine Beschränkung auf Stichprobenprüfungen durch den MDK geplant. Im Zuge der angestrebten Entbürokratisierung ist dieser Punkt sehr positiv zu bewerten.

### III. Fazit: Die Eckpunkte sind mutlos.

Wir vermissen Schritte, die den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gestärkt hätten wie z. B. eine deutliche Eingrenzung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch fordern wir Maßnahmen, die zu Einsparungen führen und nicht zu Lasten der Versicherten gehen. Zu nennen sind hier etwa die generelle Einführung von Patientenquittungen oder eine Positivliste.

Die sozial- und verteilungspolitische Wirkung ist negativ. Die soziale Schieflage zwischen PKV- und GKV-Versicherten bleibt in ihren Grundzügen erhalten; die Chance, die Kosten für Gesundheit vom Arbeitseinkommen abzukoppeln und andere Einkommensarten zur Finanzierung heranzuziehen, ist vertan worden. Zudem werden weder die Beitragsbemessungsgrenze noch die Versicherungspflichtgrenze angehoben.

Der Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist nur in ersten Ansätzen zu erkennen. Hier erwarten wir, dass der Gesetzgeber zukünftig mehr Mut beweist und den eingeschlagenen Weg fortsetzt. Dies bedeutet für uns, dass so rasch wie möglich der Anteil der Steuerfinanzierung aufgestockt wird und diese Finanzierung langfristig verlässlich bleibt.

Positiv zu bewerten sind die Planungen, einzelne Leistungen zu Pflichtleistungen aufzuwerten und Schnittstellen, die zurzeit sowohl negative Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten als auch auf die Einrichtungsträger haben, zu beheben. Hier wird sich der Gesetzgeber allerdings daran messen lassen müssen, wie die Vorschläge tatsächlich umgesetzt werden. Die angestrebten Verbesserungen für Pflegebedürftige wie z.B. bei der Integrierten Versorgung müssen auf eine klare Finanzierungsgrundlage gestellt werden und dürfen nicht zusätzlich die Pflegeversicherung belasten.

Berlin, 15. August 2006