

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)

Darstellung der zentralen Inhalte und Bewertung aus gewerkschaftlicher Sicht

A. Zusammenfassende Bewertung:

Statt sinnvoller Reformen – Umverteilung zu Lasten von Versicherten und Patienten

1. Der aktuell vorgelegte Entwurf für eine neue Gesundheitsreform ist Ergebnis einer inoffiziellen „Großen Koalition“ in der Gesundheitspolitik. Neben einigen positiven und sinnvollen Regelungen, fällt der Entwurf insgesamt weit hinter die ursprünglichen Pläne der rot-grünen Bundesregierung und Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zurück. Im Zuge der „Konsens-Gespräche“ ist es der Opposition gelungen, sinnvolle Reformen zu verhindern und erhebliche Zusatzbelastungen für die Versicherten und Patienten durchzusetzen. Die Arbeitgeber sind die eindeutigen Gewinner, die Versicherten und Kranken die eindeutigen Verlierer der Reform; die Leistungsanbieter des Gesundheitswesens, also Ärzte, Pharmaindustrie, Apotheken usw. bleiben weitgehend ungeschoren.
2. Zu den sinnvollen Maßnahmen der Gesundheitsreform gehören unter anderem:
 - Die geplante Bestellung eines Patientenbeauftragten,
 - Die Errichtung eines „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“,
 - Die Förderung sogenannter „integrierter Versorgungsmodelle“ (Modelle, in denen Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken usw. intensiver miteinander kooperieren sollen, um z. B. Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden).

Auch wenn diese Regelungen im Einzelnen nicht weit genug gehen, weisen sie in die richtige Richtung.

3. Abzulehnen ist hingegen die Einführung von Elementen aus der privaten Krankenversicherung in das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören insbesondere „Selbstbehalte“ und „Beitragsrückzahlungen“. Sie stehen nur besser verdienenden Versichertengruppe zur Verfügung, bergen die Gefahr der Verschleppung von

Krankheiten in sich und können die Finanzsituation der Krankenkassen weiter verschärfen.

4. Abzulehnen ist ebenfalls die massive Zusatzbelastung von Versicherten und Patienten. Diese entsteht durch Streichungen von Leistungen und die massive Erhöhung von Zuzahlungen, unter anderem bei Arzneimitteln und Arztbesuchen. Hinzu kommt, dass Zahnersatz und Krankengeld zukünftig alleine durch die Versicherten finanziert werden müssen. Ab dem Jahre 2006 werden die Versicherten und Patienten mit 20 Mrd. Euro zusätzlich belastet.
5. Fazit: mit dem vorliegenden Entwurf für eine Gesundheitsreform werden die Chancen für wirksame Strukturreformen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit verspielt oder lediglich halbherzig wahrgenommen. Statt zu reformieren und an den richtigen Stellen zu sparen, wird umverteilt. Zulasten der Versicherten und Kranken.
6. Die IG Metall wird sich auch weiterhin mit ihren konkreten Vorschlägen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung engagieren. Darüber hinaus wird sie den gewerkschaftspolitischen Reformvorschlag einer **„Erwerbstätigenversicherung“** weiter verfolgen und sich in Politik und Gesellschaft für ihre Realisierung einsetzen. Ein solche Erwerbstätigenversicherung würde schrittweise alle Erwerbstätigen (also auch Selbstständige, Freiberufler, Beamten usw.) in die Gesetzliche Krankenversicherung einbeziehen und höhere Einkommen stärker an der Beitragsfinanzierung beteiligen. Die daraus entstehenden Mehreinnahmen sollen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung verwendet werden. Damit würde die Finanzierungsgrundlage des Solidarsystems stabiler und gerechter.

B. Ausführlichere Darstellung und Bewertung

I. Der politische Vorlauf

Nach langwierigen „Konsens-Gesprächen“ zwischen Bundesregierung und Oppositionsparteien haben die Fraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN mit Datum vom 8. September 2003 das Konzept für eine erneute Gesundheitsreform vorgelegt. Es trägt den Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)“. Es handelt sich dabei um ein umfassendes Gesetzeswerk, das auf sehr unterschiedlichen Ebenen und mit sehr unterschiedlichen Instrumenten in das Gesundheitssystem eingreift.

Die vielfältigen Maßnahmen lassen sich in zwei Gruppen unterteilen.

- Zum einen „*strukturelle Maßnahmen*“, die dem Ziel dienen sollen, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung der Versicherten zu verbessern.
- Zum zweiten Maßnahmen, die der „*Neuordnung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*“ dienen sollen, um so zu einer deutlichen Beitragssatzsenkung und damit zu einer Reduzierung der Lohnnebenkosten zu gelangen.

Auch wenn in der Begründung des Gesetzes die Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen sowie die Senkung des Beitragssatzes und der Lohnnebenkosten als gleichrangige Ziele formuliert werden, zeigt schon ein erster Blick eine deutliche Schlagseite im Gesetzesentwurf. Während die auf mehr Effizienz und Qualität zielenden Maßnahmen hinter dem Möglichen und Notwendigen streckenweise deutlich zurückbleiben, werden die Regelungen zur „Neuordnung der Finanzierung“ zu einer im historischen Vergleich einmaligen Belastung der Versicherten und Patienten führen.

II. Regelungen und Maßnahmen, die aus Sicht der Versicherten und Patienten von besonderer Bedeutung sind

Im Einzelnen sind unter anderem folgen Maßnahmen vorgesehen:

1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität

- Bestellung eines Patientenbeauftragten.
- Versicherte erhalten auf Verlangen vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation „in verständlicher Form“; ferner können Versicherte Informationen über Mittelverwendung und Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse erhalten.
- Einführung einer „intelligenten Gesundheitskarte“ („elektronische Versicherungskarte“).

- Versicherten wird bei einem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat die Inanspruchnahme von Leistungen grundsätzlich ermöglicht.
- alle Versicherten können statt des bisherigen „Sachleistungsprinzips“ zukünftig das Prinzip der „Kostenerstattung“ wählen.
- Krankenkassen können künftig freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anbieten. Die Ausgestaltung ist in der Satzung der Krankenkassen zu regeln.
- Versicherte können über ihre Krankenkasse Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen erhalten; hierzu wird den Krankenkassen die Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen ermöglicht.
- Krankenkassen können ihren Versicherten „Bonus-Regelungen“ anbieten, wenn diese sich an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder einer betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligen; ein Bonus kann auch gewährt werden, wenn Versicherte sich freiwillig an besonderen, qualitätsgesicherten Versorgungsformen (z.B. „Hausarzt-Modell“) beteiligen. Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sollen Arbeitgeber und die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten können. Die Einzelheiten müssen die Krankenkassen in ihren Satzungen regeln.
- Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe erhalten bei Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung mehr Mitberatungsrechte.

2. Maßnahmen, die der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung dienen sollen

- Errichtung eines unabhängigen „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“; Aufgabe dieses Instituts ist unter anderem die Erstellung von Analysen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen und die Bereitstellung von verständlichen, allgemeinen Informationen für die Versicherten zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.
- Verpflichtung von Ärzten und sonstigen Gesundheitsberufen auf eine kontinuierliche interessensunabhängige Fortbildung.
- Einführung eines internen Qualitätsmanagements in ärztlichen Praxen.

3. Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- Zulassung „medizinischer Versorgungszentren“, in denen ärztliche und nichtärztliche Heilberufe interdisziplinär zusammenarbeiten.
- Verpflichtung der Kassen, flächendeckend „hausärztlich zentrierte Versorgungsformen“ anzubieten; in diesen Versorgungsformen soll den

Hausärzten eine besondere Bedeutung bei der Behandlung der Patienten zukommen („Hausarzt-Modell“).

- Die Krankenkassen können zukünftig – auf der Grundlage der von kollektiven Gesamtverträgen - auch mit einzelnen Vertragsärzten Versorgungsverträge abschließen, deren Durchführung besondere qualitative und organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellen.
- Teilöffnung der Krankenhäuser für spezialisierte Leistungen und schwerwiegende Erkrankungen im Bereich der ambulanten Versorgung sowie in Regionen mit einer Unterversorgung einer entsprechenden fachärztlichen Betreuung.

4. Maßnahmen zur Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmittel

- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden grundsätzlich aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen; ausgenommen bleiben Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie für Jugendliche und bei Entwicklungsstörungen.
- Der Versandhandel mit Arzneimittel wird zugelassen.

5. „Neuordnung“ der Versorgung mit Zahnersatz

- Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert; die Versicherten erhalten eine Wahlmöglichkeit, eine Zahnersatzversicherung entweder bei der Gesetzlichen Krankenkasse oder der privaten Krankenversicherung (ohne Rückkehrrecht) abzuschließen.
- Anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz wird es ab 2005 befundbezogene Festzuschüsse zur im Einzelfall notwendigen Versorgung geben.

6. Maßnahmen zur „Neuordnung der Finanzierung“ der GKV

- So genannte versicherungsfremde Leistungen (Mutterschaftsgeld, Medizinische Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Leistungen für Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfen, Krankengeld bei Betreuung eines Kindes) werden künftig aus Steuermitteln mitfinanziert; dazu wird die Tabaksteuer zwischen 2004 und 2007 schrittweise um zusätzlich einen Euro angehoben.
- Der Zahnersatz wird ab 2005 alleine von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert; Versicherte können zwischen Angeboten der Gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wählen.

- Ab 2006 wird das Krankengeld aus dem paritätisch finanzierten Leistungskatalog ausgegliedert; in diesem Zusammenhang werden die Kosten des Krankengeldes aus den allgemeinen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgerechnet. Statt dessen wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,5 Prozent eingeführt, der nur von den Mitgliedern in der Gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber von den Arbeitgebern zu tragen ist.
- Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen für Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, müssen zukünftig von den Versicherten alleine finanziert werden.
- Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen sollen nur noch Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte erhalten.
- Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird eingeschränkt.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sollen grundsätzlich nicht mehr durch die Gesetzliche Krankenversicherung erstattungsfähig sein.
- Fahrkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden bei Arztbesuchen grundsätzlich nicht mehr erstattet; Ausnahmen können durch die Krankenkassen genehmigt werden.
- Die Zuzahlungsregelungen werden verändert, das Zuzahlungsvolumen wird erhöht:
 - o grundsätzlich wird künftig eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von 10 Prozent erhoben wobei eine Obergrenze von 10 Euro und eine Untergrenze von 5 Euro festgelegt wird; bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege kommt eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro für die gesamte Verordnung hinzu;
 - o bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt die Zuzahlung 10 Euro je Quartal und Behandlungsfall, es sei denn die Behandlung erfolgt auf Überweisung („Praxisgebühr“);
 - o bei Krankenhausaufenthalten ist eine Zuzahlung von 10 Euro pro Kalendertag für maximal 28 Tage im Jahr zu leisten;
 - o bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen beträgt die Zuzahlung ebenfalls 10 Euro pro Kalendertag; die Begrenzung auf maximal 28 Tage pro Jahr gilt nur bei Anschlussbehandlungen;
 - o Kinder bleiben grundsätzlich von Zuzahlungen befreit.
- Folgende Befreiungs- und Überforderungsregelungen sind bei der Zuzahlung vorgesehen:

- Es gilt künftig für alle Zuzahlungen eine Belastungsobergrenze in Höhe von 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens;
 - bei der Berechnung dieses Einkommens werden Freibeträge für Kinder und nicht-berufstätige Ehegatten berücksichtigt;
 - für chronisch Kranke beläuft sich die Belastungsobergrenze für Zuzahlungen auf 1 Prozent des Bruttoeinkommens im Jahr;
- Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von versicherungspflichtigen Beschäftigten und Rentnerinnen und Rentner werden zukünftig mit dem vollen Beitragssatz belegt.

III. Bewertung des GKV-Modernisierungsgesetzes aus gewerkschaftlicher Sicht

Der Gesetzgeber nimmt für sich in Anspruch, mit den Maßnahmen des Gesetzes Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung entscheidend zu verbessern, die Finanzgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken sowie das Beitragssatzniveau und damit die Lohnnebenkosten deutlich zu senken.

Insgesamt ergibt sich aus den vorgesehenen Regelungen ein geschätztes finanzielles „Entlastungsvolumen“ für die Gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von rund 10 Milliarden Euro in 2004, das bis 2007 auf circa 14 - 15 Milliarden Euro ansteigen soll. Hinzu kommen Entlastungen der Krankenkassen durch die vorgesehene alleinige Finanzierung des Zahnersatzes durch die Versicherten sowie durch den mitgliederbezogenen Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 Beitragssatzpunkten, der im Zuge der „Umfinanzierung“ des Krankengeldes eingeführt und ebenfalls alleine durch die Mitglieder finanziert werden soll. Dies bedeutet eine Belastung von etwa 8,5 Milliarden Euro.

Eine differenzierte Bewertung des Gesundheitsentwurfs aus gewerkschaftlicher Sicht kommt zu folgendem Ergebnis: Der Entwurf für ein GKV-Modernisierungsgesetz enthält:

- 1.) Sinnvolle Maßnahmen, die jedoch vielfach nicht konsequent und verbindlich genug formuliert worden sind;
- 2.) Ordnungs-, versorgungs- und finanzpolitisch höchst problematische und riskante Maßnahmen;
- 3.) Maßnahmen, die vor allem auf eine erhebliche Zusatzbelastung der Versicherten und eine entsprechenden Entlastung der Arbeitgeber hinauslaufen.

Zu 1.) Sinnvolle Maßnahmen, denen es jedoch an Reichweite und Verbindlichkeit mangelt

Mit Blick auf die Stärkung von Patienten und Versicherten im Gesundheitswesen, Qualitätsverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung und die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sieht das Gesetz eine Reihe sinnvoller Maßnahmen vor. Diese decken sich teilweise mit den gewerkschaftlichen Forderungen an eine solidarische Gesundheitsreform. Zu nennen sind hier insbesondere:

- die Bestellung eines Patientenbeauftragten, die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte sowie die verbesserten Möglichkeiten, bei Aufhalten in anderen Mitgliedsstaaten der EU Leistungen in Anspruch nehmen zu können;
- die Errichtung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dem Aufgaben bei der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit von erbrachten Leistungen und bei der Bereitstellung von Informationen zur Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung zukommen soll;
- die Zulassung medizinischer Versorgungszentren und die Öffnung der Krankenhäuser für aufwendige ambulante Leistungen;
- die Förderung von Modellen der „integrierten Versorgung“ (dabei handelt es sich um Versorgungsmodelle, bei denen niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken usw. besser als bisher kooperieren sollen, um etwa Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden).
- die Möglichkeit für die Krankenkassen, auch mit einzelnen Ärzten Versorgungsverträge abschließen zu können.

Gleichwohl bleiben auch diese Maßnahmen hinter den Forderungen aus der Fachwissenschaft und den Gewerkschaften zurück:

- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen besitzt zu geringe Kompetenzen; so ist ihm z.B. nicht gestattet, eine Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln vorzunehmen und damit wirksamer zu Kostensenkung und Qualitätsverbesserung im Arzneimittelbereich beizutragen.
- Auch die Möglichkeit der Krankenkassen, mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen Einzelverträge abschließen zu können, unterliegt zu vielen Beschränkungen. Das eigentliche Ziel, die Blockademacht der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber innovativen Versorgungskonzepten zu durchbrechen, wird nicht erreicht werden.
- Darüber hinaus fehlen sinnvolle Maßnahmen wie zum Beispiel die Einführung einer Positivliste im Arzneimittelbereich, durch die Kosten gespart und die Qualität erhöht werden könnte.

Zu 2.) Ordnungs-, versorgungs- und finanzpolitisch riskante Maßnahmen

Eine Reihe von Maßnahmen laufen auf falsche ordnungspolitische Weichenstellungen hinaus. Sie werden den Solidarcharakter der Gesetzlichen Krankenversicherung beschädigen, können versorgungspolitische problematische Folgen zeitigen und zu weiteren Einnahmeverlusten der Krankenkassen führen. Zu nennen sind hier insbesondere folgende Regelungen:

- Es gilt für die Möglichkeit der Kassen, durch Änderungen ihrer Satzung Bonus-Regelungen „für gesundheitsbewusstes Verhalten“ einzuführen. Dies kann etwa durch eine Ermäßigung der Zuzahlungen geschehen.

Grundsätzlich kann es durchaus sinnvoll sein, Patienten, die sich freiwillig an Früherkennungs- oder Vorsorgemaßnahmen oder an sinnvollen Versorgungsmodellen (z.B. „Hausarzt-Modell“) beteiligen, durch die Gewährung eines Bonus „zu belohnen“. Gleichwohl sollte das Finanzvolumen, das über diesen Weg direkt an die Versicherten ausgezahlt wird, eng begrenzt bleiben. Besser ist es, die über die Einführung neuer, kostengünstigerer Versorgungsmodelle einzusparenden Mittel dafür zu nutzen, die Beitragssätze insgesamt zu begrenzen oder gegebenenfalls zu senken. Dadurch würden alle Versicherten in den Genuss der so ermöglichten Kostenersparnisse kommen.

Insgesamt scheint auch der Gesetzgeber zu befürchten, dass die Bonusregelungen die Finanzprobleme der GKV verschärfen. Er schreibt vor, dass die Bonus-Regelungen aus mittelfristigen Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die man sich durch die Maßnahmen erwartet, finanziert werden müssen. Die Krankenkassen haben mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen vor der jeweiligen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Ob diese Verpflichtung angesichts des harten Wettbewerbs unter den Kassen in der Praxis wirken wird, bleibt abzuwarten.

- Äußerst problematisch ist, wenn über die Gewährung von Bonus-Leistungen das Prinzip der „*Kostenerstattung*“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung hoffähig gemacht werden soll. Zukünftig soll jeder Versicherte die Möglichkeit haben, Kostenerstattung statt das Sachleistungsprinzip zu wählen.

Kostenerstattung bedeutet, dass die Versicherten aus ihren eigenen Einkommen für empfangene Leistungen in Vorlage treten und diese Kosten anschließend bei den Krankenkassen geltend machen müssen. Dies ist ein Prinzip aus der privaten Krankenversicherung. Für die Versicherten kann es schnell mit erheblichen Belastungen einhergehen. Einmal bei der Vorlage mitunter größerer Geldbeträge, zum anderen bei eventuellen Problemen bei der Abrechnung mit den Krankenkassen.

Bisher gilt in der Gesetzlichen Krankenversicherung das *Sachleistungsprinzip*. Der Patient erwirbt mit seinem Beitrag zur Krankenversicherung einen Anspruch auf eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung; für die Honorierung dieser Leistungen sind die (Verbände der) Krankenkassen und die (Vereinigungen der) Ärzte verantwortlich. Dabei sollte nach Meinung der IG Metall auch bleiben!

- Strickt abzulehnen ist die geplante Einführung weiterer Elemente aus der privaten Krankenversicherung in die GKV. Zu diesen zählen sogenannte Sondertarife. So soll die Möglichkeit eröffnet werden, eine Ermäßigung des Beitragsatzes vorzusehen, wenn die Versicherten sich bereit erklären, einen Teil der Behandlungskosten, die in einem Kalenderjahr anfallen, aus eigener Tasche zu zahlen (sogenannte „Selbstbehalte“). Zugleich soll möglich werden, bis zu einem Monatsbeitrag zurückerstattet zu bekommen, wenn Versicherte oder ein mitversicherter Familienangehöriger in einem Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch nehmen (sogenannte „Beitragsrückzahlung“).

Selbstbehalte und Beitragsrückzahlungen sind im Gesetzentwurf obligatorisch an das Kostenerstattungsprinzip gekoppelt werden. Sie sollen nur freiwillig Versicherten als Wahlmöglichkeit zur Verfügung stehen. Als freiwillig Versicherte gelten Versicherte, die mehr als 3450 monatlich verdienen und in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleiben, obwohl sie auch in die private Versicherung abwandern könnten.

Regelungen dieser Art wurden durch die konservativ/liberale Bundesregierung unter Gesundheitsminister Horst Seehofer bereits 1996 eingeführt und durch die rot/grüne Regierungskoalition nach ihrer Regierungsübernahme 1998 wieder abgeschafft.

Die Erfahrungen zeigen, dass sich diese Regelungen nicht bewährt haben, sondern mit erheblichen Risiken für die Versicherten und die Gesetzliche Krankenversicherung verbunden sind:

- o Sie sind unsolidarisch, da sie nur für gesündere und besserverdienende Versicherte attraktiv sind. Für chronisch Kranke wären z.B. Selbstbehalte mit erheblichen Mehrkosten verbunden;
- o Sie erfordern unter Umständen einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, da die Abweichungen vom „allgemeinen Standardbeitragssatz“ bei den Kassen bearbeitet werden müssen;
- o Sie können mit erheblichen Finanzproblemen für die Krankenkassen verbunden sein. Dies rührt daher, dass diese „Sondertarife“ nur für gesunde und besserverdienende Versicherte attraktiv sind, die dadurch faktisch ihren Beitrag zur Gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren. Da die Menschen durch diese Regelungen aber insgesamt nicht gesünder werden und somit der allgemeine Kostenaufwand der Gesetzlichen Krankenversicherung gleich bleibt, müssen die Beitragsentlastungen der gesünderen und besserverdienenden Versicherten an anderer Stelle wieder reingeholt werden. Dies kann entweder durch eine Anhebung der allgemeinen Beitragssätze oder höhere Zuzahlungen geschehen. Das Ergebnis ist: die Entlastung der Gesünderen und Besserverdienenden wird durch Zusatzbelastungen aller Versicherter und insbesondere der Kranken finanziert. Das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung („Gesunde für

Kranke“, „Junge für Alte“ und „Besserverdienende für Einkommensschwächere“) wird erheblich beschädigt.

- Schließlich können diese Sondertarife mit Blick auf die Gesundheitsversorgung der Betroffenen mit negativen Folgen einhergehen. Es entsteht ein finanzieller Anreiz, im Frühstadium der Erkrankung möglichst keine ärztliche Leistung in Anspruch zu nehmen, um den Selbstbehalt zu vermeiden oder die Beitragsrückzahlung nicht zu gefährden. Das kann schnell mit einer Verschleppung oder Chronifizierung der Krankheit einhergehen. Die Folge ist: die Behandlungskosten steigen an und werden dann aus dem „Solidartopf“ des allgemeinen Beitragsaufkommens zu zahlen sein.

Zu 3.) Abzulehnende Maßnahmen der Umverteilung zu Lasten von Versicherten und Patienten sowie Bruch mit der paritätischen Finanzierung der GKV

Ebenfalls strikt abzulehnen ist der endgültige und systematische *Bruch mit dem Prinzip der paritätischen Finanzierung* der Gesetzlichen Krankenversicherung, wie ihn der Gesetzentwurf vorsieht. Zahlten die Versicherten/Patienten bereits bisher aufgrund der diversen Zuzahlungsregelungen einen einseitigen, zusätzlichen Beitrag zur Finanzierung der GKV, wird nun offen und weitgehend die Parität auch bei der Beitragsleistung ausgehebelt.

Von der Senkung des allgemeinen Beitragsatzes wird für die Versicherten nicht viel übrig bleiben. Ihr Anteil soll von heute 7,15 Prozent auf lediglich 6,93 Prozent ab 2006 sinken. Zusätzlich werden sie aber die vielfältigen Zusatzbelastungen zu verkraften haben. Für die Arbeitgeber soll der Beitragssatz auf 6,08 Prozent sinken – und das war's, Zusatzbelastungen sind nicht vorgesehen!

Insgesamt werden die Lasten der vorgesehenen Gesundheitsreform also äußerst ungleich und ungerecht verteilt. Am stärksten entlastet werden die Arbeitgeber, am stärksten belastet die Versicherten und Patienten und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Ärzte, pharmazeutische Industrie, Apotheken usw.) bleiben weitgehend ungeschoren.

1. Die Arbeitgeber profitieren zum einen durch:

- die Umfinanzierung der so genannten versicherungsfremden Leistungen. Diese soll durch eine Erhöhung der Tabaksteuer gegenfinanziert werden. Diese Steuer wird ausschließlich von den Konsumenten von Tabakwaren getragen. Ihre Belastung liegt ab 2006 bei einem Volumen von 4,2 Milliarden Euro.
- die Ausgrenzung von Leistungen wie Sterbegeld, künstliche Befruchtung und Sterilisation, Entbindungsgeld, Streichungen von ambulanten Fahrtkosten usw. Ausgegrenzt werden sollen Leistungen in einem Volumen von 2,5 Milliarden Euro. Dadurch sollen zwar in gleichem Ausmaß die Beitragssätze zur Krankenversicherung gesenkt werden; doch während es bei den Arbeitgebern bei diesen Beitragsentlastung bleibt, ohne einen anderen Nachteil zu erleiden,

müssen die Versicherten auf diese Leistungen verzichten und sie privat finanzieren.

- die Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem paritätisch finanzierten Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung; hier gilt gleiches wie bei den ausgegrenzten Leistungen.
 - Zugleich werden die Arbeitgeber als Beitragszahler zur GKV durch die weiteren einseitigen Zusatzbelastungen der Versicherten und die dadurch mögliche Senkung des Beitragssatzes entlastet. Die Versicherten werden zusätzlich durch 3,2 Milliarden Euro beim Zahnersatz und 5 Milliarden Euro durch den Sonderbeitrag im Rahmen der „Umfinanzierung“ des Krankengeldes belastet; bei den Arbeitgebern bleibt es bei den Entlastungen.
2. Spiegelbildlich zu den Entlastungen der Arbeitgeber fallen die zusätzlichen *Belastungen Versicherten und Patienten* an. In folgendem Ausmaß werden sie schlechter gestellt:
- durch die Ausgrenzung von Leistungen im Volumen von 2,5 Milliarden Euro;
 - durch die Erhöhung von Zuzahlungen in Höhe von 3,2 Milliarden Euro;
 - durch die Aufbringung der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Milliarden Euro;
 - durch zusätzliche Beiträge auf Versorgungsbezüge bei versicherungspflichtigen Beschäftigten und Rentnern in Höhe von 1,6 Milliarden Euro;
 - durch die alleinige Finanzierung des Zahnersatzes in Höhe von 3,5 Milliarden Euro;
 - durch die Zahlung eines „Sonderbeitrages“ im Rahmen der Umfinanzierung des Krankengeldes in Höhe von 5 Milliarden Euro.

***Bereits im Jahre 2006
wird sich das Volumen an Zusatzbelastungen für Versicherte und Patienten
auf 20 Milliarden Euro belaufen!***

3. Weitgehend *verschont bleiben die Leistungsanbieter* bei den konkret vorgesehenen Einsparmaßnahmen. Ihre Belastungen werden auf maximal 1 bis 1,5 Milliarden geschätzt. Dieser Betrag soll im Bereich der Arzneimittel eingespart werden und würde sich als Einkommenseinbuße bei der Arzneimittelindustrie und den Apotheken niederschlagen.

IV. Forderungen und Vorschläge der IG Metall für eine solidarische Gesundheitsreform

Die IG Metall hat sich in der Debatte um die nächste Gesundheitsreform aktiv mit eigenen Reformvorschlägen engagiert. Teile unserer Forderungen, etwa die nach der Errichtung eines „Instituts für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin“ und die Förderung von innovativen, integrierten Versorgungskonzepten finden sich im Gesetzentwurf wieder. Auch wenn diese Regelungen unzureichend sind, weisen sie in die richtige Richtung.

Vor einer Kraftprobe mit den Leistungsanbietern ist die „große Gesundheits-Koalition“ aber zurückgeschreckt. Weder wurde die Blockademacht der Kassenärztlichen Vereinigungen ernsthaft in Frage gestellt, noch wurden die Einkommens- und Gewinnansprüche der Arzneimittelindustrie spürbar begrenzt.

Zugleich hat sich IG Metall klar gegen die Einführung von Elementen aus der privaten Krankenversicherung in die GKV sowie gegen den Bruch mit der paritätischen Finanzierung ausgesprochen.

Zur Erweiterung der Solidargemeinschaft und zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat die IG Metall ihre Forderung nach einer **Erwerbstätigenversicherung** in den Vordergrund gerückt. In der aktuellen Debatte um eine „*Bürgerversicherung*“ werden Elemente aus diesem Modell mittlerweile intensiv diskutiert. Die IG Metall wird ihr Engagement in Richtung einer solidarischen Erwerbstätigenversicherung fortsetzen.

Die Eckpunkte einer solidarischen „Erwerbstätigenversicherung“ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Erweiterung des versicherten Personenkreises

Die IG Metall fordert, alle Erwerbstätigen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen. Dies würde bedeuten, den versicherten Personenkreis auszuweiten. Beamte, Selbständige, Freiberufler und politische Mandatsträger sollten in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein.

2. Höhere Einkommen stärker in den Solidarausgleich einbeziehen

Höhere Einkommen sollten stärker als bisher durch Beitragsleistungen zur Finanzierung des Solidarsystems herangezogen werden. Gegenwärtig liegt die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei 3.450 Euro. Das bedeutet: Nur bis zu dieser Einkommenshöhe werden Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung gezahlt.

Die IG Metall fordert, diese Beitragsbemessungsgrenze deutlich anzuheben. Als einen ersten Schritt schlägt die IG Metall vor, sie auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung zu erhöhen. Diese liegt bei 5.100 Euro (Westdeutschland) bzw. 4250 Euro (Ostdeutschland).

Diese Mehreinnahmen könnten über *Beitragssenkungen* an alle Versicherte zurückgegeben werden! Dies würde bedeuten: Belastet würden etwa 10 Prozent der

Einkommensbezieher, die über der Einkommensgrenze von 3.450 Euro liegen. Entlastet würden dafür jedoch etwa 90 Prozent der Versicherten, deren Einkommen unterhalb dieser Grenze liegen. Dies lief auf eine Stärkung des Solidarausgleichs heraus.

3. Erweiterung der Beitragsgrundlage – aber sozial verträglich

In der allgemeinen Debatte um eine Bürgerversicherung wird gefordert, auch bei den Pflichtversicherten Beiträge nicht nur auf Arbeitseinkommen, sondern auch auf Einkommen aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalerträge zu erheben.

Die IG Metall beteiligt sich aktiv an der Debatte um die Verbreiterung der Einnahmehasis der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie achtet aber auf Verteilungs- und Gerechtigkeitsaspekte. Unverzichtbare Voraussetzung wäre es, über entsprechende Beitragsbemessungsgrenzen und Freibeträge dafür Sorge zu tragen, dass die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht nicht die unteren und mittleren Einkommen (bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 Euro) besonders belastet. Einnahmen aus Mieten etwa sollten bis zu einer Obergrenze beitragsfrei bleiben!

Sinnvoll könnte es hingegen sein, insbesondere höhere Einkommen aus Geld- und Kapitalvermögen oberhalb einer gewissen Freistellungsgrenze einzubeziehen. Dies könnte die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung stabiler und gerechter machen.

Die IG Metall wird diese Fragen diskutieren und sich mit konkreten, aber sozial verträglichen Vorschlägen an dieser Debatte intensiv beteiligen.

4. Gesundheitsabgabe der Arbeitgeber für mehr Prävention in den Betrieben

Die IG Metall hat sich dafür ausgesprochen, auf weitere Zusatzbelastungen von Versicherten und Patienten zu verzichten. Bereits heute zahlen die Versicherten 2,5 Milliarden Euro an Zuzahlungen für Arzneimittel und Krankenhaus.

Notwendig wäre es, die heutigen Finanzierungsregeln der Gesetzlichen Krankenversicherung wieder in Richtung einer „wirklichen paritätischen Finanzierung“ zu verändern. In diesem Sinne fordert die IG Metall die Erhebung einer *Gesundheits-Abgabe* der Unternehmen in Höhe von 2,5 Milliarden Euro. Diese Abgabe soll ausschließlich dafür verwendet werden, in den Betrieben gesundheitsschädliche Arbeitsbedingungen zu beseitigen. Dies würde dazu beitragen, den Gesundheitszustand und damit die Lebensqualität der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verbessern. Zugleich würde die Gesetzliche Krankenversicherung von arbeitsweltbedingten Krankheitskosten entlastet.

Die IG Metall hat die Forderung nach einer solchen Gesundheits-Abgabe mit konkreten Vorschlägen verbunden, wie durch gemeinsame Anstrengungen von Arbeitgebern, betrieblichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften die Arbeitswelt gesundheitsverträglicher gestaltet und dadurch Gesundheitskosten sinnvoll eingespart werden können.

Die IG Metall wird sich auch weiterhin auf der Grundlage dieser Forderungen für eine solidarische Reform des Gesundheitssystems an der weiteren Auseinandersetzung um die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligen.