

Rainer Müller (2000): Kommentar zum Gesundheitsreformgesetz 2000

Das Gesundheitsreformgesetz als zustimmungsfreies Gesetz trat zum 01.01.2000 in Kraft. Die zentralen Punkte des Reformgesetzes sind:

1. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung (integrierte Versorgung) sektorenübergreifend
Einzelkassen können Integrationsverträge schließen
Verträge sind möglich mit: Gemeinschaften von Ärzten, einzelnen und sonstigen Leistungserbringern, KVen, zugelassenen Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen
Teilnahme der Versicherten ist freiwillig (mögliche Bonusregelung bei mindestens einjähriger Teilnahme)
Die Versicherten sind von Kassen und Leistungserbringern umfassend über die Verträge zu informieren.

Bemerkung: Die KV hat nicht die Möglichkeit, eine integrierte Versorgung, die auch Vertragsärzte umfaßt, zu verhindern (Aufhebung Sicherstellungsauftrag der KV); die mögliche Bonusregelung kann zu einer Risikoselektion führen, am leichtesten möglich für Versicherte, die keinen Arzt aufsuchen, Unterlaufen des Solidaritätsprinzips.

Neben der integrierten Versorgung werden noch Modellvorhaben aus der Vergangenheit und neue Modellvorhaben möglich. Für Netzmanager wichtig: Meßsysteme für die Morbiditätsmenge (Gesundheitsindex, Diagnose, Prävalenz) und Versorgungskosten (wegen sektoraler Budgetierung)

Wie bereits in den vorigen Gesetzen, kontinuierlicher Machtzuwachs der Krankenkassen.

2. Stärkung der hausärztlichen Versorgung
Hausärzte sind Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Kinderärzte, Allgemeininternisten
Freiwillige Verpflichtung der Versicherten, einen Hausarzt zu wählen und nur noch nach Überweisung durch diesen, einen Facharzt in Anspruch zu nehmen. Kasse kann einen Bonus gewähren. Die Höhe ist an die Einsparung gekoppelt.
Hausarzt darf Behandlungsdaten bei anderen Leistungserbringern zur Dokumentation erheben.
Bei der Bundes-KV: Beratender Fachausschuß für ärztliche Versorgung.
Verteilung der Gesamtvergütung durch KV getrennt nach haus- und fachärztlicher Versorgung.
3. Sektorale Budgetierung (Grundsatz der Beitragssatzstabilität: kein Globalbudget)
Sektorale Budgets gelten für Ärzte, Zahnärzte, Arzneien und Krankenhäuser.
Strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung in einzelnen Sektoren.
Grundlage ist die bundesweite Grundlohnentwicklung je Mitglied.
Überschreitung nur bei Einsparung an anderer Stelle.
Gesamtbudget im Jahre 2000 etwa 260 Milliarden DM.
Budgethaftung: Kassen und Ärzte handeln für Arzneimittel und Heilmittel je Jahr aus. Zunächst haftet der einzelne Arzt bei Überschreitung. Gleich dies die Überschreitung nicht aus, müssen alle Ärzte der Region bis zu 5 % der Budgetsumme zurückzahlen.

Bemerkung: Ausgaben Gesundheitswesen (1997): BIP-Anteil Westdeutschland 9,3 %, Ostdeutschland 13,3 %. GKV-Ausgaben etwa zwei Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben. BIP-Anteil Westdeutschland 1980/84 von 5,87 % auf 5,95 % in den Jahren 1991 bis 95.

Zunahme der Beitragssätze in den alten Ländern 1980 bis 1997 von 11,38 % auf 13,42 % angewachsen; in den neuen Ländern von 1991 bis 1997 von 12,8 auf 13,81 %. Ursache: sinkende Einnahmen der Krankenkassen. Arbeitnehmereinkommen, deren Anteil am Volkseinkommen (Lohnquote) von 72 % in den 80er Jahren auf heute 66 %. Wären Beschäftigung und Lohnquote heute auf dem Niveau der frühen 80er, läge der aktuelle GKV-Beitrag um 2 %-Punkte niedriger.

Aussagen des Sachverständigenrates Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 1995: demographiebedingte Steigerung der Gesundheitsausgaben zwischen 0,74 % auf 0,86 % pro Kopf. Die zeitliche Nähe zum Tod ist die Phase für hohen Behandlungsaufwand. Etwa 28 % der lebenslangen Gesundheitskosten werden dem letzten Lebensjahr zugerechnet. Sachverständigenrat 1995 in einer Modellrechnung: Beitragssatzsteigerung von 1 % (etwa 20 Milliarden DM) erhöht die Arbeitskosten im produzierenden Gewerbe um knapp 0,4 %. Arbeitskosten machen dort ein Viertel der Gesamtkosten aus.

1977 kürzte die Sozialliberale Koalition den GKV-Beitrag der Rentenversicherung von kostendeckenden 17 % auf 11,8 %. Im Eichel-Sparpaket, Rentenerhöhung an die Inflationsrate der nächsten 2 Jahre angepaßt, wird die Einnahmesituation der GKV verschlechtern, 2001 etwa um 1,5 Milliarden.

Das zentrale Ziel des Gesetzes, nämlich Beitragssatzstabilität, wird wohl kaum geschafft werden, da die möglichen Erfolge der Regelungen eher mittel- bzw. langfristig sich einstellen werden und die Rationalisierungspotentiale kaum oder nur langsam erschlossen werden können bei gleichzeitigem Anstieg der Ausgaben in anderen Bereichen.

Die beabsichtigte Rechtsangleichung zum 01.01.2001 wird in den neuen Bundesländern zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Härtefallregelungen führen, da die Einkommensgrenzen der Härtefallregelung auf das Westniveau angehoben und die wirtschaftlichen Verhältnisse, d.h. also die Einkommen, noch deutlich darunter bleiben werden. Nach § 61 Abs. 2 Nr. 1 SGB V sind Versicherte gänzlich von Zuzahlungen befreit, wenn ihre Bruttoeinnahmen 40 % der monatlichen Bezugsgröße nicht überschreiten. Die Grenze in den neuen Bundesländern liegt im Jahre 2000 pro Mitglied mit 2 Angehörigen bei Bruttoeinnahmen von höchstens DM 2.336,--. 1998 waren insgesamt 2,2 Mio. Versicherte vollständig von Zuzahlungen befreit. Die AOK versichert 62 % dieser Mitglieder, die Angestellten-Ersatzkassen 24 %. Die Belastungsgrenze ist an das Bruttoeinkommen gekoppelt. Zuzahlungen werden in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens als zumutbar eingestuft. Für chronisch Kranke beträgt diese Grenze im 1. Jahr 1 % und danach 0. Die Mehrausgaben durch die Härtefallregelung werden also nicht durch Anhebung der Zuzahlungen im Osten ab 2001 ausgeglichen werden können.

4. Einführung bzw. Ausweitung des Entgeltsystems Fallpauschale im Krankenhaus. Die geplante Monistik, also ausschließliche Krankenhausfinanzierung durch die GKV, wurde gestrichen.
5. Stufenweise Einführung eines bundesweiten Risikostrukturausgleichs über alle Kassenarten. In der Endphase (2007) wird ein RSA zu einem Finanztransfer von rund 7,3 Milliarden von West nach Ost führen. Das bedeutet: im Westen Erhöhung der Beitragssätze um 0,4 bis 0,5 % und Senkung im Osten von 2,4 bis 2,5 %. Die gesamte Wirkung des RSA soll wissenschaftlich untersucht werden.
6. Verordnungsfähige Arzneimittel/Positivliste
Ein zu errichtendes Institut für Arzneimittelversorgung in der GKV soll erstmalig zum 30.06.2001 eine Vorschlagsliste für verordnungsfähige Arzneimittel erarbeiten. Die Einführung der Positivliste steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Bundesrates.
7. Einführung einer ambulanten Soziotherapie
Schwer psychisch Kranken soll der Krankenhausaufenthalt erspart bleiben. Mehrausgaben etwa 125 Mio. in 2000, 250 Mio. in 2001.
8. Förderung von Selbsthilfegruppen DM 1,-- je Versicherten
9. Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung
Einheitliche und gemeinsame Kriterien (Bedarf, Zielgruppe, Zugangswege, Inhalte, Methoden) für Leistungen zur primären Prävention
Möglichkeiten für betriebliche Gesundheitsförderung
Ausgaben im Jahre 2000: DM 5,-- je Versicherten
10. Rehabilitation
Reduzierung der Zuzahlungen von DM 25 auf 17 (West), DM 20 auf 14 (Ost). Begrenzung auf 3 Wochen wird gelockert.
11. Unterstützung von Patienten- und Verbraucher-Beratungsstelle in Modellvorhaben (10 Mio. DM pro Jahr)
12. Bedarfsplanung/Überkapazitäten Ärzte
Die Einführung gesetzlicher Verhältniszahlen ist auf den 01.01.2003 verschoben worden. Seit Anfang der 80er Jahre stieg die Zahl der ambulant praktizierenden Ärzte um rund ein Viertel. Es gibt deutliche Überversorgung (1998: 125.071, Arbeitslosigkeit 3,1 %).
13. Zahnärzte
Ausbau der Gruppenprophylaxe in Schulen bis zum Alter von 16 Jahren.
Zahnärztliche Leistungen können zu Leistungskomplexen zusammengefaßt werden.
14. Nicht realisiert: Health Technology Assessment-Institution
15. Nicht realisiert: Beseitigung der Mängel in der Datentransparenz und den Datengrundlagen für die Steuerung des Leistungsgeschehens in der GKV, sollte

beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingerichtet werden.

16. Nicht realisiert: Aufbau einer systematischen wirksamen Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung nicht angegangen. Zwar werden die Leistungserbringer in den §§ 135a bis 137b SGB V zur Qualitätssicherung verpflichtet, es fehlen vielfach die strukturellen Voraussetzungen in den Einrichtungen.

Zusammenfassende Bemerkung

Positiv: Stärkung des Hausärzteprinzips, Verstärkung der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, Einführung der Positivliste für Arzneimittel, Unterstützung von Patienten- und Verbraucherberatungsstelle.

Negativ: Weiterhin starke Orientierung an Beitragssatzstabilität und nicht an outcomes, wie Verbesserung der Qualität medizinisch-ärztlicher Leistungen, Morbidität, Mortalität, Gesundheits-, Krankheitsindikatoren.

Obwohl chronische Krankheiten den weitaus größten Teil der Gesundheitsausgaben determinieren, bleibt die dominante Denkfigur des Medizinsystems die Akutmedizin. Politik ist nicht darauf abgestellt, eine zukunftsorientierte Präventivmedizin, ob primär- oder sekundärorientiert, und eine Rehabilitation als Mittel der Vermeidung und der Bewältigung von anwachsenden chronischen Krankheitslasten zu sehen und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Prävention und Rehabilitation werden weiterhin als Steinbrüche einer Sparpolitik angesehen. Dies kann zur Falle werden, da die Ausgaben weiterhin steigen werden. Außerdem wird die finanzielle Belastung der Kranken nicht zurückgenommen (Zuzahlungen). Einführung des Bonus-Systems ist ein Einstieg in die Aufgabe des Solidaritätsprinzips.

Zunahme von Härtefällen.

Privatisierung kleiner Risiken wegen Ausgrenzung aus dem GKV-Leistungskatalog

Fragmentierung des Versorgungssystems: nebeneinander bestehende verschiedene Versorgungsnetzwerke.

Unzulängliche Transparenz der Wirtschaftlichkeitsreserven; das Schwartz-Gutachten spricht von 25 Milliarden DM. Gemäß Arzneiverordnungsreport sind etwa 7 Milliarden DM ausgegeben für zweifelhafte Arzneimittel.

Verbesserung der Datentransparenz und der Datengrundlagen zur Steuerung der GKV wurden nicht erreicht. Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung ist nicht in Sicht. Widerstand seitens der Datenschützer aus Bund und Ländern und der Vertreter der Leistungserbringer.

Nur auf der Basis gemeinsamer anerkannter epidemiologischer Daten zukünftig Verhandlungen sinnvoll und zielführend im System. Für Fallmanagement wie auch Versorgungs- und Disease-Management sind solche Kenntnisse über den Versorgungsprozeß und Behandlungsabläufe sowie die Kostenstruktur notwendig.

Mit diesem Gesetz ist es auch nicht gelungen, eine Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen zu schaffen, also nicht nur Löhne und Gehälter, sondern auch andere Einkommen, wie Kapitaleinkommen oder auch Miete sowie weitere Personengruppen in die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen.