

Ade Generationenvertrag

Zu Beginn dieser Lektüre muss weit ausgeholt werden, denn anders als in anderen Ländern ist Deutschland ein Land, in dem wir anscheinend viel Reglementierung benötigen, damit sich ein Leben miteinander leben lässt.

Eines der Schlagwörter in der sozialen Absicherung in Deutschland heißt »*Generationenvertrag*«.

Doch was bedeutet denn der Begriff *Generationenvertrag* für die Menschen in unserem Land?

Wenn der Begriff *Generationenvertrag* fachlich erklärt wird, bezeichnet er einen fiktiven gesellschaftlichen Konsens, der die Finanzierung sowohl der gesetzlichen Rentenversicherung als auch der Sozialversicherung sichern soll. Die jeweils sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigen zahlen mit ihren Beiträgen in die Rentenversicherung/Krankenversicherung die Leistungen für die aus dem Erwerbsleben ausgeschiedene Generation und erwerben dabei einen Anspruch auf ähnliche Leistungen an sich selbst, zu zahlen durch die nachfolgenden Generationen. Der *Generationenvertrag* stellt damit eine Variante des Umlageverfahrens dar, bei der die Umlage nicht innerhalb der Gruppe der Anspruchsinhaber erfolgt, sondern deren Anspruch auf eine andere Gruppe, der nachfolgenden aktiven Generation, umgelegt wird.

Das ursprüngliche System der gesetzlichen Rentenversicherung baute auf einer Ansparung der Rentenbeiträge, die paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern auf Rentenkonten zu entrichten waren. Dieses System der Kapitaldeckung wurde 1957 in der Rentenreform unter Konrad Adenauer zu einem Umlageverfahren umgebaut. Das zugrunde liegende Konzept von Prof. Dr. Wilfried Schreiber, der so genannte *Schreiber-Plan* wurde eingesetzt. Prof. Dr. Schreiber war ein Vordenker einer ökonomisch geprägten Ren-

tenversicherungsreform. Diesen Grundsatz übertrug er auch auf seine Ideen zur Krankenversicherungsreform, insbesondere zur Reform der Rentnerkrankenversicherung und der Findung einer so genannten Friedensgrenze und Marktabgrenzung zwischen dem Versicherungsmarkt der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung.

So beruhen auch andere Instrumente des Sozialstaates, z. B. die gesetzliche Krankenversicherung, weitgehend auf dem Prinzip eines »Generationenvertrages«, da die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben im Alter deutlich höher und die laufenden Einnahmen geringer sind als in den Erwerbsjahren. Drei Schriften zeugen von Schreibers pragmatischen Reformvorschlägen, die auch in der Reform zur Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1970 Früchte trugen.*)

In erster Linie wird mit dem Wort *Generationenvertrag* eine wirtschaftliche Absicherung unseres gesamten Sozialsystems verbunden. Marktwirtschaftlich betrachtet, wäre dies auch ein solides Absicherungssystem, wenn ... So viele *Wenns* begleiten unsere Geschichte: Was wäre, wenn es keinen Krieg gegeben hätte und die Großfamilienstruktur nicht zerstört worden wäre; wenn der Wohnraum nicht so drastisch vernichtet worden wäre; wenn die Pille nicht auf den Markt gekommen wäre; wenn wir uns nicht gnadenlos in den Kampf um einen Arbeitsplatz begeben müssten ... Diese *Wenns* könnten unendlich aufgezählt werden und im Endeffekt nutzen sie leider nichts. Wir leben mit dieser Entwicklung und wenigen Menschen scheint es wichtig zu sein, sich darüber Gedanken zu machen, was man neben den politischen Möglichkeiten inhaltlich selbst ändern könnte.

Prof. Dr. Schreiber fertigte seine Berechnungen aber ausdrücklich auf Basis einer gleich bleibenden demografischen Entwicklung. Damit stehen wir vor einem Problem.

*) Quelle: Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(38): A-2515 / B-2121 / C-2041)

1.1 Demografische Entwicklung

Das statistische Bundesamt musste im Jahr 2003 die traurige Nachricht mitteilen, dass statt einer gleich bleibenden demografischen ein beständiger Abwärtstrend zu bemerken ist.

Die demografische Entwicklung in Deutschland hält einen negativen Rekord, indem seit 1973 die Zahl der Sterbefälle höher ist als die Zahl der Geburten.

Die sinkende Zahl der Geburten ergibt sich aus der von Generation zu Generation sinkenden Anzahl junger Frauen. Bei einer statistischen Geburtenhäufigkeit von derzeit durchschnittlich 1,4 Kindern pro Frau werden die heute etwa 30-jährigen Frauen bis zum Ende des gebärfähigen Alters (49 Altersjahre) deutlich weniger Kinder zur Welt bringen, als dies für den zahlenmäßigen Ersatz ihrer Generation erforderlich wäre.

Verstärkt wird die Entwicklung zusätzlich durch den Verfall von traditionellen Werten wie der Familie und dem daraus resultierenden Trend zu immer mehr kinderlosen Singlehaushalten. Allein in Berlin leben 51% Singles, in Hamburg 49% und in Dresden 45%.*)

Aus demografischer Sicht erschwerend kommen die steigende Lebenserwartung und das sich daraus ergebende steigende Durchschnittsalter hinzu.

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt heute bei 77 (bei Männern) bzw. 82 Jahren (bei Frauen). Bis ins Jahr 2050 wird ein Anstieg auf 83 Jahre bei Männern und auf 88 Jahre bei Frauen erwartet.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach dem 80. Lebensjahr steigt ungefähr auf 28,4%.

Es werden aber auch andere Perspektiven für Deutschland sichtbar, die dem demografischen Wandel positive Nuancen zukommen lassen.

Deutschland ist ein Zuwanderungsland! Ohne die Zuwanderung würde die Bevölkerungsgröße in Deutschland bereits heute abnehmen. Dass dem noch nicht so ist, rührt daher, dass die Zuwan-

*) Quelle: GfK Studie zur regionalen Verteilung deutscher Haushaltstypen in Stadt und Landkreisen Nürnberg Nov. 2006)

derung in den letzten Jahrzehnten im Saldo bei ungefähr 165 000 Menschen pro Jahr lag.*)

Wenn man all diese Fakten zugrunde legt, dann ist ein massives Ungleichgewicht in unserem Generationenvertrag vorhanden. Wegen der geringeren Anzahl der Beitragszahler ist ein wesentliches Finanzierungsproblem in unserem sozialen System aufgetreten. Die so genannte Leistungsempfängerseite ist inzwischen in der Überzahl und so kommt es schon jetzt zu einer unfinanzierbaren Situation. Eine noch dramatischere Veränderung im Verhältnis von Beitragszahlern und -empfängern erwarten Bevölkerungswissenschaftler etwa ab 2015. Dann werden geburtenstarke Jahrgänge das Rentenalter erreichen und aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Dazu kommen noch die Jahrgänge, die wegen des Pillenknicks wenig vertreten sind. Sie sollten eigentlich die Hauptlast der Beitragszahlungen tragen.

2015 ist nicht mehr fern. Die Spitze der Probleme wird etwa für die Zeit ab 2030 erwartet. Gut, das sind die hypothetischen Berechnungen, die bestimmt keine Weltwirtschaftskrise 2008 mit einkalkuliert haben. Denn nun sieht das Berechnungsbarometer noch mal anders aus. Weitere Arbeitsplätze sind ihr zum Opfer gefallen. Die Einzahlerquote sinkt, und somit wird das Kissen der Rücklagen für die Sozialversicherung immer dünner.

Wie schwerwiegend die Auswirkungen auf die Sozialsysteme sein werden, hängt – neben den reinen Kohortenstärken – noch von mehreren Faktoren ab, die ihrerseits untereinander und mit der Bevölkerungsentwicklung zusammenhängen, insbesondere mit der Erwerbsquote und der Produktivitätsentwicklung.

Wenn die Gesellschaft sich in Deutschland nachweislich so drastisch statistisch belegbar verändert, scheint es so, dass wir Menschen in diesem Land auch den Bezug und die Verantwortung zum Generationenvertrag verlieren.

Doch was ist passiert mit unserem inneren Generationenvertrag?

Haben wir nicht eine Verantwortung gegenüber unserer Familie, auch unter dem Aspekt, dass die Familie ein immer kleinerer Kreis wird? Oder ist das Wort Familie nur verändert, indem wir unsere

*) Quelle: statistisches Bundesamt 2003

Freunde und Nachbarn auch zu unserer Familie zählen und eine gegenseitige Verantwortung tragen?

1.2 Der Einzug der Pflegeversicherung

Die Politik hat gegen Ende der 80er Jahre diese Zeichen erkannt und, um bei unserem Thema *Pflege* zu bleiben, auch reagiert. Es wurde eine sehr ausführliche Analyse und politische Diskussion über die weiteren Versorgungsmöglichkeiten von zukünftigen Pflegeversorgungsvarianten betrieben. Im politischen Nest wurde lange gebrütet und herausgekommen ist eine Pflichtversicherung im Rahmen des deutschen Sozialversicherungssystems. Sie wurde am 1.1.1995 unter dem Namen Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit^{*)} eingeführt.

Als Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen eingerichtet worden, die bei den Krankenkassen zwar angesiedelt wurden, jedoch ihre Aufgaben in eigener Verantwortung als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mit einer Selbstverwaltung wahrnehmen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde erstmals ein Versicherungsschutz für die gesamte sozialversicherte Bevölkerung eingerichtet.

Die Finanzierung der Pflegeversicherung erfolgt im Umlageverfahren, mit einem Beitragssatz für Arbeitnehmer von 1,7% des Bruttoeinkommens, Kinderlose, die über 23 Jahre alt sind, zahlen seit 2005 0,25 Beitragssatzpunkte mehr. Das wurde politisch auch erkannt (aha!) Zu wenige Kinder in diesem Land, und unser System scheint nicht zu funktionieren. Daher beträgt der Beitragssatz seit dem 1.7.2008 1,95% des Bruttoeinkommens. Arbeitgeber und auch Arbeitnehmer übernehmen jeweils einen Anteil von 0,975%. Außer dem Bundesland Sachsen. Hier wurde der Buß- und Bettag als Feiertag nicht aufgegeben, dafür zahlen die Sachsen einen höheren Anteil als Arbeitnehmer von 1,475% und die Arbeitgeber einen Anteil von 0,475%. Die Rentner zahlen ihren Beitrag eigenständig, die Arbeitslosen, die bei der Bundesanstalt für Arbeit registriert sind, werden darüber finanziert. Studenten sind ebenfalls

^{*)} Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG, zugleich
Elftes Buch, Sozialgesetzbuch SGB XI

mit einem Beitrag von 11,26 € für Kinderlose über 23 Jahre oder 9,98 € für jüngere Studenten oder solche mit Kindern pflichtversichert.*)

Die Zielsetzung der Pflegeversicherung war die Entlastung der Gemeinden in dem Bereich Sozialfürsorge sowie auch die betroffene Einzelperson, der Familienverbund, die die hohen Pflegekosten nicht tragen können.

Gedacht war diese Einführung der Pflegeversicherung 1995 als 5. Säule der Sozialversicherung, neben der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Eine kleine Anmerkung nebenbei: Die anderen Säulen stürzten inhaltlich nach der Einführung der Pflegeversicherung so langsam wie die Akropolis in sich zusammen. Restbestände blieben bestehen. Eigentlich sind nur noch Säulchen vorhanden. Die Krankenversicherung erlebt inzwischen fast jährlich eine Reform, wobei die Leistungen nicht mehr so umfassend sind wie vor 20 Jahren. Das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG; Bundestags-Drucksache 16/9154) [1]) sieht durchgreifende Reformen für die Unfallversicherung in Deutschland vor, die bereits ab 2009 in Kraft getreten sind.

Ziel der Reform ist es, die Organisation der Unfallversicherung an die veränderten Bedingungen in der gewerblichen Wirtschaft anzupassen, die gemeinsame Tragung der Altlasten besser zu verteilen und die Verwaltungsstrukturen insgesamt zu modernisieren. Dazu sank die Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften bis Ende 2009 von derzeit 23 auf nur noch neun. Die Zahl der Unfallkassen soll auf 17 sinken.

Für die gewerblichen Berufsgenossenschaften soll ein so genannter »Überaltlastenausgleich« eingeführt werden, der die Belastung der einzelnen Berufsgenossenschaften durch die historisch bedingten Altlasten gleichmäßig und zukunftssicher auf alle Träger verteilen soll. Dadurch wird das Solidarprinzip bei der Finanzierung der Unfallversicherung gestärkt. Die Verteilung soll zu 70 Prozent nach den Arbeitsentgelten und zu 30 Prozent nach der Neurentenlast der Unfallversicherungsträger erfolgen. Bei den meisten Trägern werden hierdurch die Beiträge sinken, im Dienstleistungssektor und im Gesundheitswesen wird es dagegen eher

*) Quelle: Deutsche Sozialversicherung 2009

zu Beitragssteigerungen kommen. Für die Umstellung ist ein Zeitraum bis 2013 vorgesehen.

Der Einzug der Insolvenzgeldumlage soll nicht mehr über die Berufsgenossenschaften erfolgen, sondern über die Krankenkassen zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag.

Die Rentenversicherung ist eigentlich ein Kapitel für sich, aber kleine Reförmchen werden beständig politisch eingebaut. Die Regelaltersgrenze wird bis 2029 stufenweise auf 67 Jahre angehoben. Die Anhebung beginnt 2012 für den Geburtsjahrgang 1947 um einen Monat; für Folgejahrgänge in jedem weiteren Jahr um einen weiteren Monat, bis der Jahrgang 1958 im Jahr 2023 mit dem 66. Lebensjahr eine abschlagsfreie Rente erwarten kann. Für die nachfolgenden Jahrgänge soll die Anhebung der Altersgrenze auf jeweils zwei Monate pro Jahr beschleunigt werden; damit würde das 67. Lebensjahr erstmals im Jahr 2029 für den Jahrgang 1964 als Regelaltersgrenze wirksam. Der früheste Renteneintritt nach 2029 ist dann mit 63 Jahren möglich. Unabhängig davon können Arbeitnehmer, die 45 Jahre Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt haben, auch weiterhin mit 65 Jahren ohne Abschläge in Rente gehen. Erziehungszeiten für Kinder bis zum zehnten Lebensjahr sind eingeschlossen. Diese Ausnahmeregelung betrifft etwa 28 Prozent der Männer und knapp vier Prozent der Frauen in Deutschland.

Statt in einem bestimmten Alter von heute auf morgen mit der bezahlten Berufstätigkeit aufzuhören und sein Leben völlig umzustellen, wird von manchen Beschäftigten angestrebt, die Erwerbstätigkeit allmählich zu reduzieren. Umsetzungsmöglichkeiten dafür bietet das Altersteilzeitgesetz. Dies entstand vor allem als ein Mittel zur Schaffung von Arbeitsplätzen bzw. der Umsetzung von Personaleinsparungen durch Betriebe.

Etwa ein Sechstel aller Rentner beginnt das Rentnerdasein mit einer Erwerbsminderungsrente. Die meisten von ihnen (über 90%) wegen voller Erwerbsminderung. Die frühere vergleichbare Regelung hieß bis 2000 »Erwerbsunfähigkeitsrente« (verminderte Erwerbsfähigkeit). Allerdings tritt jetzt (teilweise) Erwerbsminderung erst ein, wenn das Leistungsvermögen für alle Tätigkeiten auf weniger als sechs Stunden pro Tag herabgesunken ist. Deren Höhe ist – wie bei der Altersrente – von den früher gezahlten Beiträgen

abhängig. Durch die Erwerbsminderungsrente sind die Betroffenen abgesichert, müssen aber mit Abschlägen bis maximal 10,8% rechnen.

Die Erwerbsunfähigkeitsrente gibt es nicht mehr, die Begrifflichkeit hat sich gewandelt in die Erwerbsminderungsrente.

Die Berufsunfähigkeitsrente ist auch abgeschafft worden. Nur noch für Versicherte, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind, gibt es den Begriff der Berufsunfähigkeit. Sie löst allerdings nur noch eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung (50% der vollen EM-Rente) aus.

Bei der Arbeitslosenversicherung gab es den drastischen Einschnitt mit der umgangssprachlich benannten *Hartz-IV-Reform*. Zur besseren Umsetzung im Gesetzgebungsverfahren wurden die Maßnahmen aufgeteilt in einzelne Gesetze zur Reform des Arbeitsmarktes mit den Kurzbezeichnungen Hartz I, Hartz II, Hartz III und Hartz IV; die einzelnen Gesetze traten schrittweise zwischen 2003 und 2005 in Kraft.

Nun ist es eigentlich egal, ob Sie fast 30 Jahre als Arbeitnehmer beschäftigt waren und brav in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt haben. Wenn Sie nach einem Jahr der Arbeitslosigkeit nicht vermittelt werden konnten, fallen Sie auch in die Leistungskategorie des Hartz-IV-Konzepts. Das heißt, Sie erhalten dann den so genannten Regelsatz. Diesen gleichen Regelsatz erhält aber auch jemand, der diese lange Erwerbstätigkeit nicht vorweisen kann und nicht beständig einzahlte. Ein Verfahren, das nicht immer verständlich ist.

Die bereits öffentlich erkannte Unterversorgung in der Pflege, die lawinenartig auf Deutschland zukommt, sollte durch dieses Gesetz stabilisiert und ein Weg gefunden werden, dass die Gemeinschaft diese Problematik gemeinsam trägt. Der neue Schlachtruf lautet daher »*ambulant vor stationär*«.

Das soll heißen, dass alle Menschen, die einen Hilfebedarf in der Pflege haben, weitestgehend zu Hause versorgt werden sollen, bevor der Schritt in eine stationäre Aufnahme getätigt wird. Ebenfalls haben sich neue Begrifflichkeiten herausgebildet, es gibt nun »Pflegebedürftige«, »Pflegepersonen«, »Laienpflege«, »ehrenamtlich an der Pflege Interessierte«. Der Hintergrund ist auch hier: Wenn alle Menschen, die voraussichtlich nach konstanter altersspezifischer Pflege

wahrscheinlichkeit stationäre Hilfe brauchen, diese auch in Anspruch nehmen würden, dann hätten wir in Deutschland keine stationäre Versorgung mehr im Angebot. Dieses kann kein Land leisten, denn solche Dimensionen sind unermesslich. Wobei wir hier noch nicht auf die Qualität dieser Versorgung eingehen wollen.

1.3 Gesundheit – schön zu haben

Das Thema Gesundheit ist weiterhin stark umkämpft und es stellt sich die Frage: Wie viel Gesundheit gibt es für alle – und wie lange noch? Es ist wichtig, auch diesen Prozess kurz anzureißen, damit er nachvollziehbar wird, denn aus Gesundheit kann sehr schnell Krankheit werden, und das heißt in den meisten Fällen auch Pflegebedürftigkeit. Ein sehr engmaschiges Netz ist geknüpft.

Hier nun ein kurzer Überblick, was politisch allein im Bereich der Krankenversicherung neben der Pflegeversicherung seit dem Jahr 1995 geschehen ist. Wir beschränken uns wie gesagt auf eine kurze Zusammenfassung, denn wenn alle Veränderungen beschrieben werden müssten, würde es den Rahmen sprengen.

Es wurde der Plan »*Seehofer I und Seehofer II*« aufgerufen. Plan I startete 1995 im *Gesundheitsstrukturgesetz und Plan II und Plan III* folgten. Zur Erinnerung: 1997 kam das *Beitragsentlastungsgesetz*. Simsalabim wurden die Beiträge mal kurz um 0,4 Prozentpunkte angehoben. Höhere Zuzahlungen für Arznei- und Verbandsmittel sowie für Kuren und Anschlussrehabilitationen wurden erforderlich. Eine Zuzahlung zum Zahnersatz für den Jahrgang 1979 und alle jüngeren Generationen wurde gestrichen, die Bezuschussung von Sehhilfen ebenfalls eingestellt. Leistungskürzungen bei der Auszahlung des gesetzlichen Krankengeldes auf max. 70% des Bruttoeinkommens wurden eingeführt.

Achtung, liebe Leser, nun wird es schon spannend, wir zahlen mehr und erhalten weniger Leistung, weil auch hier diese Leistungen im GKV-Bereich, das heißt in der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht mehr finanzierbar werden. Der Grundstein der »zahnlosen« Generation wurde also 1997 gelegt, es sei denn, es wird sich zusätzlich privat versichert, damit man nicht schon am Lachen erkennt, wer sich gesunde Zähne leisten kann.

Nicht zu vergessen ist die Einführung eines »Notopfers« von jeweils 20,00 DM in den Jahren 1997 bis 1999 zur Finanzierung der Instandhaltungsinvestitionen der Krankenhäuser.

1998 führte zu der traurigen Erkenntnis, dass die beiden Neuerungsgesetze nicht so gegriffen haben, wie es politisch erwartet wurde. Sie reichten nicht aus und es wurde das Finanzstärkungsgesetz eingeführt. Es wurden ein fünfjähriges Sanierungs- und ein zehnjähriges Entschuldungsprogramm aufgestellt, welche die Finanz- und Vermögenssituation der Krankenkassen konsolidieren sollten.

1999 kam – Welch Wunder – ein *Solidaritätsstärkungsgesetz* und die Zuzahlung für Arzneimittel in Abhängigkeit der Packungsgröße wurde gesenkt. Die Zahnlosen schöpfen wieder Hoffnung: Die Geburtsjahrgänge 1979 und später sollen wieder Zahnersatzleistungen erhalten. Begrüßenswert ist, dass dabei der Vorsorgebonus zum Tragen kommt. Bei regelmäßiger Vorsorge erhöht sich der Festzuschuss, diesen gibt es dann bis 65%. Das Krankenhausnotopfer wurde wieder gestrichen. Wo genau dieses Geld eigentlich gelandet ist, lässt sich für den Verbraucher nicht wirklich nachvollziehen. An dem Solidaritätszuschlag kann man es wenigstens erkennen, da kann man ganz beruhigt im wunderschön sanierten Quedlinburg oder auf dem Darß entlanglaufen und sagen: »Ach ja, hier ist mein Geld hingekommen.« Aber bei dem Krankenhausnotopfer?

Keine Sorge, allzu viele Leckerlis gibt es nicht. Die Budgetierung im Krankenhausbereich sowie für die ärztliche Vergütung, die zahnärztliche Versorgung und für Arznei-, Heil- und Verbandsmittel wurde eingeführt. Das *Gesundheitsreformgesetz* schlug dann im Jahr 2000 zu. Bonusprogramme und Hausarztmodelle konnten die Krankenkassen nun anbieten. Der Kunde wurde überschwemmt mit Informationsmaterialien und unterschiedlichen Tarifen. Er konnte aber nicht mehr richtig durchschauen, wann er welchen Bonus in Anspruch nehmen konnte oder wann welcher Bonus nicht gewährt werden konnte, weil er Teilbereiche des Bonusprogramms nicht erfolgreich eingehalten hatte. Ob hier nachweislich Einsparungen im Gesundheitssystem erfolgten, wurde nie veröffentlicht. Eigentlich rannte man nur mit seinem Bonusheft hinter den Ärzten her, um einen Stempel an der richtigen Stelle zu erhalten.

Dann wurde ein Augenmerk auf ein verstärktes Ausschöpfen der Wirtschaftlichkeitsreserven in den Krankenhäusern und die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems gelegt. Es folgten viele Veränderungen im SGB V, welche das Leistungsrecht betrafen.

2001 kam es zu der *Neuregelung des Kassenwahlrechts und es gab ein Heilmittelbudget-Ablösungsgesetz*. Die bisherigen Budgets wurden durch Arzneimittelvereinbarungen, die sich auf das Ausgabevolumen beziehen, ersetzt.

Im Jahr 2002 – neues Jahr, neue Regeln – folgte die *Einführung der Krankenhaus-Fallpauschalen*. Es wurde das Diagnose-orientierte Fallpauschalensystem^{*)} als Kernelement benannt.

Doch was heißt das nun für den Menschen, wenn er eine Erkrankung hat?

Eigentlich war dieses System als ökonomisches-medizinisches Klassifikationssystem ab 1967 an der Yale Universität von Robert Fetter und John Devereaux Thompson entwickelt worden, mit der Zielsetzung, dass es als Messinstrument für Evaluierung und Steuerung der Behandlungen im Krankenhaus eingesetzt werden sollte.

Deutschland hat sich im Jahr 2000 die Mühe gemacht, unterschiedliche DRG-Systeme in aller Welt anzuschauen und ein bereits existierendes DRG-System als Grundlage für ein neues deutsches System auszuwählen. Anders als in anderen Ländern hat sich Deutschland entschieden, dieses DRG-System zu einem Fallpauschalensystem umzugestalten. Es wird nun der ökonomische Aufwand (Behandlungskosten) differenziert.

Klassifiziert wird verschlüsselt in 5 Unterpunkten:

- Grunderkrankung;
- Prozedur, die im Krankenhaus erfolgen soll (OP, Untersuchung);
- Nebendiagnosen, Komplikationen, die einen Behandlungsablauf maßgeblich beeinflussen;
- Beatmungszeit;
- patientenbezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht, Geburts- bzw. Aufnahmegewicht (z. B. bei Säuglingen).

*) auch Diagnosis Related Groups (DRG)

Zielsetzung dieses DRG-Systems ist, dass sich für die Fallpauschale ein abzurechnender Preis ergibt, der sich aus dem kalkulierten Relativgewicht multipliziert, und man einen Basisfallwert schaffen kann. Übersetzt heißt es, dass ab 2009 gleiche Leistungen innerhalb eines Bundeslandes auch einen gleichen Preis haben sollten. Für Patienten, die diesen Rahmen sprengen sollten, weil sie eine extrem lange, intensive Behandlungsdauer haben oder sehr kurz behandelt wurden, existieren in den DRGs eine obere und untere Grenzverweildauer. Dafür gibt es entweder mehr Zuschlag auf den jeweiligen DRG-Preis oder seine Reduzierung.

Wenn man nun die Zahlen des Statistischen Landesamtes Berlin nimmt und einen Vergleich anstellt, dann sieht auch der Laie, wohin dieses Verfahren zielt.

Bis 1990 hatte Berlin 104 Krankenhäuser mit 39895 Betten und einer Liegeverweildauer von durchschnittlich 21,3 Tagen bei 630084 Fällen. In 2003 gab es nur 69 Krankenhäuser mit 20991 Betten, einer Liegeverweildauer von durchschnittlich 9 Tagen bei 69115 Fällen.

Warum quäle ich Sie gerade mit diesen Fachbegriffen und Zahlen? Weil die in Entscheidung in 2002 für die Pflege eine wichtige Rolle spielt, obwohl es eigentlich eine Neuregelung im Bereich Gesundheit war.

In der Praxis, und das ist entscheidend für die Pflegeversorgung von Angehörigen, sieht es so aus:

Es geschieht ein Ereignis, z. B. ein Schlaganfall, und es werden entsprechend der DRGs die erforderlichen Erstbehandlungen durchgeführt. Die Liegedauer im Krankenhaus ist kurz, und wenn es keine wesentlichen Komplikationen gibt, wird der nun Pflegebedürftige sehr schnell in die Anschlussheilbehandlung verschoben.

So und nun kommt relativ schnell die Frage an die teilweise überforderten Angehörigen und Freunde: Wie schaut es denn mit der weiteren Versorgung zu Hause aus?

Der Schock, dass der Mann oder die Frau, die man liebt, nicht mehr sprechen oder nicht mehr gehen kann oder inkontinent ist, der ist noch gar nicht verarbeitet – der Angehörige oder Freund muss sich aber schnell entscheiden.

Ein Gutes hatte die Einführung der DRGs allerdings so nebenbei, es wurde ein neuer Arbeitsbereich geschaffen – die medizinische Dokumentationsassistenten.

Wir sind noch nicht am Ende mit den jeweiligen Reformen: 2002 gab es auch die *Reform des Risikostrukturausgleichs*. Dabei werden höhere Leistungen für diejenigen Versicherten berücksichtigt, die an strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Erkrankte, den Disease-Management-Programmen teilnahmen.

Das Jahr 2003 kam und damit das *Beitragsicherungsgesetz* und eine Reduzierung des Sterbegeldes auf die Hälfte.

2004 wurde das *Gesundheitsmodernisierungsgesetz* eingeführt, in dem alle Zuzahlungen berücksichtigt werden und eine jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten bei 2% der Bruttoeinnahmen liegt; für chronisch Kranke beträgt die Zuzahlung 1%. Kinder bis zum 18. Lebensjahr sind von Zuzahlungen befreit. Die Praxisgebühr je Quartal in Höhe von 10,00 € wurde eingeführt für Arzt- und Zahnarztbesuche. Die Zuzahlung für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandsmittel sowie Hilfsmittel von 10%, mind. 5,00 € und max. 10,00 €, kam ebenfalls. Nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Heilmittel müssen jetzt selbst gezahlt werden.

Zusätzlich erfolgte die Einführung einer Zuzahlung für Heilmittel und häusliche Krankenpflege von 10,00 je Verordnung ebenso wie die Zuzahlung von 10,00 bei einer medizinischen Rehabilitation, begrenzt auf 28 Tage.

Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen werden nicht mehr erstattet, Sehhilfen werden grundsätzlich nur noch bis zum 18. Lebensjahr übernommen oder für schwer sehbeeinträchtigte Personen, ansonsten nicht mehr.

Künstliche Befruchtung wird auf drei Versuche reduziert, es erfolgt keine weitere Kostenübernahme, Sterilisationen werden nicht mehr übernommen.

Das Sterbegeld und das Entbindungsgeld werden komplett aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen.

Aber mir wird als Kunde nun angeboten, an einem Kostenerstattungsprinzip teilzunehmen und mich zusätzlich zu versichern. Faktisch heißt das, ich zahle meine GKV-Beiträge und darf noch Kosten für eine Zusatzversicherung tragen, die dann eventuell die

Kosten für eine erweiterte Behandlung oder für ein erforderliches Hilfsmittel trägt.

Wenn wir dieses Gesetz mal theoretisch auf einen Menschen übertragen, der eine Krankheit bekam und eine daraus resultierende Folgebehinderung, dann sehen seine zu tragenden Kosten bisher so aus:

Spontane Erkrankung erlitten, 10,00 € Praxisgebühr für die Erste Hilfe im Krankenhaus, 10,00 € pro Tag im Krankenhaus, 10,00 € pro Tag Anschlussheilbehandlung = 290,00 €.

Würde dieser Mensch eine Rente von 800,00 € bekommen, wären diese 290,00 € eine Zuzahlung, die er nur schwer leisten kann. Ganz zu schweigen von den erforderlichen Hilfsmitteln oder der weiteren Versorgung, die er noch benötigt.

Im Jahr 2005 folgte das *Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz*. Es wurde ein leistungsunabhängiger Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten eingeführt. Dieser muss allein von den Arbeitnehmern finanziert werden, dafür musste die GKV den Beitrag um 0,9 Prozentpunkte senken.

Dann gab es 2006 das *Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung*. Der wichtigste Part bestand darin, dass die Durchschnittskosten pro definierte Dosiereinheit für bestimmte Arzneimittel gering gehalten werden sollten, dass also bei gleicher Verpackungsgröße und Qualität immer das günstigste Präparat zu wählen sei. Wenn Ärzte sich nicht daran halten, müssen sie mit einem Regress rechnen.

Seitdem existiert der Satz: »Das geht aus meinem Budget.«

2007 wurde das *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes*, die so genannte Gesundheitsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, verabschiedet. Es wurde die Krankenversicherungspflicht für ALLE eingeführt. Damit war auch die Pflegeversicherung verbunden. Im Speziellen heißt das, dass neben einzelnen unterschiedlichen Freibeträgen und Tarifen auch die Verpflichtung besteht, dass individuelle Wahltarife angeboten werden. Diese sind für eine integrative oder besondere ärztliche Versorgung gedacht und bieten Haustarife oder strukturierte Behandlungen bei chronisch Kranken. Diese Reform wurde in unterschiedliche Stichtage gegliedert, an denen dann immer wieder Neuerungen eintreten.

- Zum Stichtag 01.7.2007 erhalten Nichtversicherte ein Rückkehrrecht in die private Krankenversicherung (PKV) oder werden entsprechend ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zugeordnet.
- Stichtag 1.1.2008: Wer nicht an den Vorsorgeangeboten teilnimmt, muss bei zukünftigen chronischen Erkrankungen mit einer erhöhten Zuzahlung rechnen. Die Bescheinigung für »chronisch Kranke« darf der Arzt nur bei »therapiegerechtem« Verhalten ausstellen.

Schade nur, dass dieses Gesetz aber dann keine Auswirkungen auf andere Gesetze in unserem Land hat, denn fast gleichzeitig wurde ein Mehrbedarf für die Grundsicherungsempfänger abgelehnt, den diese wegen krankheitsbedingt kostenaufwendiger Ernährung gemäß SGB XII beantragen. Der Grund: z. B. kann bei einem Diabetes mellitus nach den Empfehlungen im Oktober 2008 durch den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge bei dem aktuellen Stand der Ernährungsmedizin davon ausgegangen werden, dass bei einer gesunden diätischen Vollkosternährung ein krankheitsbedingter Mehrbedarf nicht entsteht.

- Mit dem Stichtag 1.7.2008 wird eine neue Ebene geschaffen. Der Spitzenverband ersetzt die Kassenspitzenverbände und es erfolgt eine Gründung des Medizinischen Dienstes auf Bundesebene. Die Pflegereform tritt in Kraft – auf diese inhaltlichen Punkte wird in einem späteren Kapitel sehr genau eingegangen.
- Stichtag 1.11.2008: Es erfolgt die gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes und mit dem Stichtag 1.1.2009 wird der Gesundheitsfonds eröffnet, das heißt alle Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie die Steuergelder fließen in diesen Fonds. Aus diesem Fonds erhalten dann die jeweiligen Krankenkassen die Pauschalen für ihre Versicherten, berechnet nach der Unterscheidung zwischen »Gesund« oder »Chronisch erkrankt«. Für den Fall, dass der Fonds mit diesen Zuweisungen finanziell nicht ausreicht, wurde die Möglichkeit geschaffen, einen Zusatzbeitrag bis 8,00 zu erheben.

- Zum Stichtag 1.1. 2010 werden alle Beiträge gebündelt und nur noch bei einer Weiterleitungsstelle eingezahlt.

Bleibt nur zu hoffen, dass in dieser geplanten Weiterleitungsstelle keine Spekulanten sitzen, sonst ist dieser Gesundheitsfonds schneller geleert als gewünscht. Vollstes Vertrauen in das Personalmanagement der Regierung wird vorausgesetzt!

Allein diese vorangegangene Darstellung zeigt doch, in welcher verzweifelten Lage sich unsere Politik befindet, um Gesundheit anzubieten, zu einem Preis, der noch bezahlbar ist.

Nun waren wieder Wahlen im Jahr 2009 und das Rad dreht sich wieder neu, die Karten werden neu gemischt. Egal, wie man es beschreibt, die neu aufgestellte Regierung wird diesem Land wieder eine Veränderung in der Kranken- und Pflegeversicherung bringen. Die genauen Details werden noch verhandelt. Ein Vertrauen zu diesem System kann so nicht mehr richtig bestehen.

Nun nützt es nichts, die Schuld für Defizite immer nur auf die Anderen zu schieben. Auch wir selbst vernachlässigen im Alltag die ein oder andere Gesundheitsfrage und wundern uns dann, wenn wir im Laufe der Zeit gewisse Warnzeichen nicht wahrgenommen haben und erkranken. Wir müssen die Prävention ernster nehmen und die Angebote, die dieses Land aktuell anbietet, nutzen. Ich frage mal lieber nicht, ob Sie, lieber Leser, noch wissen, wo Ihr Impfbuch ist und wann die letzte Impfung war. Oder wann Sie den letzten Gesundheitscheck im Vorsorgebereich durchgeführt haben ... Wir haben es in der Hand, selbstständig einen großen Schritt in Richtung Gesundheit zu tun.