

Gesucht: Solidarsystem mit Eigenverantwortung

Eva Haacke

„Es ist nicht Aufgabe des „Runden Tisches“, Lösungen für die aktuelle Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu suchen, gleichwohl sehen die Teilnehmer, dass Handlungsbedarf gegeben ist“, heißt es in einer gemeinsamen Erklärung des Runden Tisches im Gesundheitswesen. Im Klartext: Es bestehen große Mißstände, aber wir sind nicht zuständig, sagen die Vertreter von Krankenkassen, Ärzteschaft, Apothekern, Pharmaindustrie, Arbeitnehmern und Arbeitgebern.

Kaum ein Satz gibt die Misere des deutschen Gesundheitswesens treffender wieder: Zum einen steigen die Arzneimittel- und Krankenhauskosten, regelmäßig drohen die gesetzlichen Krankenkassen mit weiteren Beitragssatzerhöhungen und die rot-grüne Bundesregierung wird ihr Wahlversprechen, die Lohnnebenkosten auf unter 40 Prozent zu senken, nicht halten können. Zum anderen sind die Akteure im Gesundheitswesen zerstritten – erste Reformschritte und mögliche Lösungen scheitern oftmals am Widerstand der Verbändevertreter oder enden als kleinste gemeinsame Kompromisse mit geringen finanziellen Sparwirkungen. Nichts anderes haben die Beteiligten in ihrem ersten Satz, der einer Bankrotterklärung des Runden Tisches gleichkommt, festgehalten.

An der komplizierten Gemengelage und der starren Haltung der Lobbyisten scheiterte die Vorgängerin von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), Andrea Fischer (Grüne), mit ihren Plänen für eine große Gesundheitsreform. Und auch Ulla Schmidt beginnt allmählich, von ihrem anfänglichen „Schmusekurs“ und ihrer Politik des Niederlächelns abzuweichen, seit sie feststellen mußte, dass sie damit nichts erreichen wird. Denn in keinem anderen Politikfeld sind die Fronten so verhärtet wie in der Gesundheitspolitik. Bei jedem Streitpunkt, je nachdem, ob es um Arzneimittel, Transparenzgesetz oder Krankenhausreformen geht, finden sich die Lobbygruppen in neuen Interessenkonstellationen zusammen. Von zum Teil „kartellähnlichen Strukturen“ spricht bereits der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister Florian Gerster (SPD).

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich mit Umsätzen von mehr als 500 Milliarden Mark – das entspricht einem Anteil von 11 Prozent am Bruttoin-

landsprodukt (BIP) – über das zweit teuerste Gesundheitswesen weltweit. Was gleichzeitig nichts über die Qualitätsstandards aussagt: Hinsichtlich der Lebenserwartung reicht es im WHO-Vergleich nur für das Mittelfeld. Nur die USA geben noch mehr Geld, 13,9 Prozent des BIP, für Gesundheit aus. Hierzulande arbeiten 12 Prozent aller Erwerbstätigen im Gesundheitsbereich, mehr als 90 Prozent der Bevölkerung sind in über 400 gesetzlichen Krankenkassen (GKV) versichert. Etwa 260 Milliarden Mark werden bei uns allein durch Leistungen der GKV ausgegeben. Dabei ist das Krankenhaus mit 87 Milliarden Mark der größte Kostenblock, gefolgt von der ärztlichen Behandlung mit 42 Milliarden Mark und den Arzneimitteln mit gut 40 Milliarden Mark.

Als bedeutender Wirtschaftsfaktor ist das Geschäft mit der Gesundheit heiß umkämpft, egal ob Apotheker, Ärzte oder Arzneimittelhersteller – jeder möchte ein möglichst großes Stück vom Gesundheitskuchen. Alles in allem eine schwierige Ausgangssituation für ein dringend notwendiges und weitgehendes Reformwerk, das die Balance zwischen medizinischen und ökonomischen Notwendigkeiten meistern muß.

Ausgangslage und Herausforderungen: Reif für eine Notoperation

Dabei steht das Gesundheitssystem in Deutschland in den nächsten Jahren vor gewaltigen Herausforderungen durch die demographische Entwicklung und den technischen Fortschritt in der Medizin. Dies führt zu einer enormen Ausgabendynamik. Der Anteil der alten Menschen und damit Patienten in Deutschland nimmt weiter zu: Derzeit kommen auf 100 Erwerbsfähige 27 Rentner, im Jahr 2020 werden es bereits 37 sein und im Jahre 2050 fast 60 Rentner. Gleichzeitig kosten Forschung, neue Medikamentenentwicklung und wachsende Möglichkeiten der Lebensverlängerung im Krankenhausbereich jährlich mehr Geld. Ähnlich wie bei der Finanzierung der gesetzlichen Alterssicherung oder auch der Pflegeversicherung wächst der Reformdruck im Gesundheitssektor rapide.

Neben dieser durchaus gewollten Ausgabendynamik – schließlich wollen wir alle gerne älter werden und immer bessere Medizin erhalten – gibt es steigende Ausgaben, die in erster Linie politisch verursacht sind: Die Arzneimittelkosten liefen mit einem Ausgabenzuwachs von 11 Prozent Anfang 2001 völlig aus dem Ruder. Das Ende der Arzneimittelbudgets erwies sich als größter Fehler von Ulla Schmidt seit ihrem Amtsantritt. Munter verschrieben die Ärzte mehr als in den Vorjahren und trieben die Arzneimittelausgaben hoch, mußten sie doch keine Sorge mehr haben, für zuviele Verschreibungen aus eigener Tasche zahlen zu müssen.

Gleichzeitig gibt es Probleme auf der Einnahmeseite: Beispielsweise hatte die Begrenzung der Rentensteigerung auf die Inflationsrate im vergangenen Jahr 0,5 Milliarden Mark Mindereinnahmen bei den Kassen zur Folge. Außerdem führt hohe Arbeitslosigkeit längerfristig zu einer Verringerung der Lohnsumme und damit der Beitragsgrundlagen – einer der Gründe für steigende Krankenkassenbeiträge.

Schon jetzt liegt der Durchschnittsbeitragssatz bei 13,6 Prozent, im ersten Quartal 2002 wird er 14 Prozent erreichen. Ohne eine gesundheitspolitische Neu-

orientierung könnten angesichts dieser Entwicklung, nach seriösen Schätzungen, die Beitragssätze ab 2030 auf bis zu 25 Prozent ansteigen.

Übersehen wird bei diesem Szenario häufig, dass durchaus noch Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem stecken. Die von den Wirtschaftslobbyisten bevorzugte und verlockende Lösung: „Mehr Geld ins System“ darf daher nicht das Heilmittel sein. Beispielsweise stellte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen fest, dass sich bis zu 70 Prozent aller Erkrankungen durch gezielte Vorbeugung verhindern ließen. Unter den vorhandenen Wirtschaftsreserven wird auch immer wieder auf den hohen Verwaltungsaufwand der GKV hingewiesen: Die Verwaltungskosten liegen bei fünf bis sechs Prozent der Gesamtausgaben. Hinzu kommen laut Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) weitere fünf Prozent durch Kassen und Gesetzgeber ausgelöste Verwaltungsausgaben bei Ärzten, Krankenhäuser, Pflegediensten. Insgesamt zwischen 25 und 30 Milliarden Mark gehen so jährlich für Gesundheitsbürokratie drauf.

Die nächste Aufgabe von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt – noch vor einer großen Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl – wird es sein, diese Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und ihr Ressort künftig besser vor Zugriffen durch Kabinettskollegen zu schützen. Nur wer sich politisch den Problemen Bevölkerungsalterung, Innovationen und Veränderungen des Krankheitsspektrums stellt und gezielt nach Wirtschaftlichkeitsreserven sucht, kann verhindern, dass immer schneller steigende Beiträge die daran gekoppelten Lohnnebenkosten weiter in die Höhe treiben. Mehr Geld im System ist nicht per se negativ, sondern bedeutet Investitionen und Wachstum – problematisch ist vielmehr die Koppelung an die Lohnsumme. Hauptziel bei Reformen müssen deshalb Rahmenbedingungen für soziale Umverteilung bei gleichzeitigem Wettbewerb auf der Anbieterseite sein.

Ziele: Was für ein Gesundheitssystem ist gewünscht?

Wer Reformen in so einem vielschichtigen und empfindlichen Bereich wie der Gesundheitspolitik fordert und durchsetzen will, steht schnell vor der Schwierigkeit, dass Gesundheit niemals vollständig ein Produkt sein wird. Die Schwere einer Krankheit oder einer Verletzung und ihr Verlauf lassen sich kaum in feste Preiskategorien pressen. Niemand kann für sich selbst vorhersagen, wie hoch die eigenen Gesundheitskosten im Leben sein werden. Gleichzeitig möchte jeder, dass im Falle eines Leidens oder schweren Unfalls alle Möglichkeiten der modernen Medizin ohne Blick auf die Kosten eingesetzt werden. Gesundheit ist kein Produkt und niemand könnte ethisch vertreten, dass nur wer Geld hat, auch den Zugang dazu erhält.

Das Gesundheitswesen löst aus mehreren Gründen Marktversagen aus: 1.) Die Informationen sind unter den Marktteilnehmern (Patienten, Ärzte) ungleich verteilt – kaum ein Patient kann beurteilen, was er wirklich zur Heilung braucht. 2.) Bestimmte Risiken werden von vorne herein durch die Krankenversicherungspflicht ausgeschlossen. 3.) Es gibt bestimmte gesellschaftliche Wertvorstellungen über das „Gut“ Gesundheit, die unabhängig von Angebot und Nachfrage bestehen. 4.) Gesundheit ist ein öffentliches Gut, das heißt es entsteht in großen Teilen kein Angebot: Gäbe es beispielsweise keine Impfungen oder die Bekämpfung von Drogen-

mißbrauch, so wäre die ganze Bevölkerung gefährdet. Es ist im Interesse aller, das für solche Dinge gesorgt wird. Vor diesem Hintergrund würde eine reine Marktwirtschaft im Gesundheitswesen zu härteren Verteilungskämpfen („Zweiklassen-Medizin“) und zu einer Gefährdung der gesundheitliche Versorgung führen. Florian Gerster, SPD-Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz spricht daher von einem magischen Viereck gleichwertiger Ziele, die es einzuhalten gilt: Qualität, Wirtschaftlichkeit, Solidarität und Subsidiarität.

Kostendämpfung bleibt durchaus eine Daueraufgabe der Gesundheitspolitik. Andererseits darf das nicht zu staatlicher Überregulierung führen, weil sich damit genauso wenig eine effiziente Bereitstellung von hochwertigen Gesundheitsleistungen erreichen läßt. Dafür bedarf es eines stärkeren Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern, als dies bisher der Fall ist. Dies ist bei veränderter staatlicher Rahmumgebung auch in einem weiterhin von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzierten Solidarsystem möglich. Überdies schließt heute kaum ein Ökonom aus, dass langfristig eine höhere Privatvorsorge (vor allem für nicht unbedingt medizinisch notwendige Leistungen), vergleichbar mit der gerade eingeführten geförderten privaten Altersvorsorge von Arbeitsminister Walter Riester (SPD), notwendig wird.

Grund- und Wahlleistungen einführen?

Aus den genannten Gründen ist immer wieder eine Aufteilung der gesetzlichen Kassenleistungen in Grund- und Wahlleistungen im Gespräch. Demnach würden die Kassen nur noch für medizinisch unbedingt notwendige Leistungen aufkommen, für Wahlleistungen müßte sich jeder nach eigenem Bedarf selbst absichern. Diese alte Arbeitgeberforderung krankt vor allem daran, dass alle politisch Beteiligten drüber reden, aber nicht laut sagen, wo genau die Grenze zwischen Wahl- und Pflichtleistungen gezogen werden könnte. Keiner traut sich, Abstriche an bisherigen Gesundheitsleistungen zu verkünden oder genau zu definieren, ob „das medizinisch Notwendige“ nur überlebensnotwendige Maßnahmen sind oder doch darüber hinaus gehen muß.

Einzig die Wissenschaftler wagen sich vor. Einen konkreten Vorschlag hat etwa der Kieler Gesundheitsforscher Fritz Beske vorgelegt. Er will alles aus dem Katalog streichen, was nicht „unmittelbar der Krankheitsbekämpfung dient“, wie etwa Raucherentwöhnungskuren, künstliche Befruchtung oder Mutter-und-Kind-Kuren. Das Einsparpotential wären sieben Milliarden Mark. Allerdings, da viele dieser Leistungen der Allgemeinheit zugute kommen, müssten sie steuerfinanziert werden. Wenn alle Heil- und Hilfsmittel zu Wahlleistungen würden – etwa Massagen, Krankengymnastik, Rollstühle und Krücken – könnte der Beitragssatz um zwei Prozentpunkte gesenkt werden. In jedem Fall bliebe die Abgrenzung der Leistungen extrem schwierig und ob – neben den finanziellen und politischen Problemen – ein Abspecken des Leistungskatalogs Kostendruck und steigende Beiträge dauerhaft verhindert, ist mehr als zweifelhaft. Die Einsparungen sind letztlich im Vergleich zu den jährlichen Kassenausgaben in Höhe von 260 Milliarden Mark gering.

Aktuelle Reformideen und -vorhaben im Verteilungskampf der Interessengruppen

Die Ärzte

Bisher bestimmen die Ärzte als Anbieter medizinischer Leistungen nahezu im Alleingang auch die Nachfrage, beispielsweise bei Medikamenten oder Krankengymnastik. Damit entsteht der Anreiz, dies auch im eigenen Interesse auszunutzen. Der Patient hat darauf keinen Einfluß, da er nicht entscheiden kann, was medizinisch notwendig ist. Alle nächsten Reformschritte müssen daher zum Ziel haben, zwischen den Ärzten einen Wettbewerb zu schaffen, der sich in gleichem Maße an Kosten und Qualität orientiert.

Die rot-grüne Regierungskoalition will die Funktion des Hausarztes als „Lotse“ im Gesundheitswesen stärken. Die Grundidee ist, dass Hausärzte eine Koordinierungsfunktion übernehmen, über notwendige weitergehende Untersuchungen entscheiden und zum Facharzt überweisen. Sie würden dafür eigenständige Honoraranteile in der kassenärztlichen Vergütung erhalten. Entsprechend hätten die Krankenkassen die Möglichkeit finanzielle Anreize für Versicherte zu schaffen, die freiwillig als erstes zum Hausarzt gehen (Hausarztmodell). Wer zuerst zum Hausarzt geht, kann zum Beispiel Teile seines Krankenkassenbeitrags als Bonus zurückbekommen. Dies löst sicherlich Verteilungskämpfe um die Budgets zwischen Haus- und Fachärzten aus. Zudem fürchten viele Experten langfristig die Einschränkung der freien Arztwahl, denn bisher erlaubt die Patienten-Chipkarte der gesetzlichen Krankenkassen den direkten Zugang zu jedem Fachmediziner. Die Folge sind oft teurere Behandlungen und zum Teil überflüssige Doppeluntersuchungen – hier könnte der „Lotse“ Hausarzt sinnvoll sein.

In diesem Zusammenhang wird es notwendig, die bundesweit 23 kassenärztlichen Vereinigungen (KV) dazu zu bringen, Wettbewerb unter den Medizinern zuzulassen. Sie handeln als Selbstverwaltungsorgane die Preise für ärztliche Leistungen mit den Krankenkassen aus – und zwar bisher einheitlich für die jeweiligen Fach- oder Hausärzte in ihrer Region. Das heißt, alle Ärzte verdienen gleich viel für ihre Behandlungen, egal, ob sie gut oder schlecht, faul oder fleissig sind. Die Wirtschaftsweisen haben in ihrem Sachverständigen Gutachten 2000 festgestellt, dass die „Regionalkartelle“ der kassenärztlichen Vereinigungen „zahlreiche effizienzfeindliche, korporatistische Verkrustungen und Organisationsmängel“ aufweisen.

Eine Lösung dieser einseitigen Anbietersituation ist die sogenannte „integrierte Versorgung“. (HMO: Health Management Organization), die es in den USA schon lange gibt. Dabei bieten die Krankenversicherungen den Patienten ein festes Netz aus Ärzten und Kliniken an. Wer ausschließlich zu diesen Vertragsärzten und -kliniken seiner Kasse geht, zahlt beispielsweise nur einen reduzierten Beitragssatz – und nimmt die Einschränkung bei der Arztwahl in Kauf.

Die Krankenhäuser

Bei den Liegezeiten halten die Deutschen mit durchschnittlich 11 Tagen weltweit den Spitzenplatz; bei der Anzahl der Betten auf 100.000 Einwohner erreicht Deutschland mit 930 Betten nach Japan, Finnland und Frankreich den vierten Platz. Der Grund ist ein verkehrter Anreiz für die Kliniken, Geld einzunehmen: Sie rechnen nicht nach Krankheiten, sondern nach Bettenzahl und Liegedauer ab. Ab 2003 soll das anders werden, sobald über sogenannte Fallpauschalen (Diagnoses Related Groups: DRGs) abgerechnet wird. Danach werden für bestimmte Operationen und Krankheitsbilder Festpreise vereinbart – mit dem Ziel effizienteren Wirtschaftens und mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Sie machen mit 87 Milliarden Mark schließlich den größten Kostenblock im gesetzlichen Gesundheitswesen aus.

Die Folge der Entgeltreform werden zweifellos Bettenabbau, Klinikfusionen und die Schließung unrentabler Abteilungen sein, weil die Krankenhaus-Manager über die Fallpauschalen angehalten sind, die medizinischen Leistungen möglichst effizient einzusetzen. Insgesamt wird es dann eine Preisliste mit über 25.000 denkbaren Operationen und Behandlungsverläufen geben. Kritiker der Fallpauschalen fürchten deshalb beispielsweise, dass Patienten zu früh entlassen werden könnten und die Nachsorge zum Hausarzt verlagert wird – nach dem Motto: „Quicker and sicker“. Daher fordern Gesundheitsexperten hohe Qualitätsstandards und –kontrollen bei einem Wechsel zum neuen Entgeltsystem. Gerade in einem System der Fallpauschalen sind medizinische Leitlinien zwingend erforderlich, damit der Wettbewerb nicht auf Kosten der Patienten ausgetragen wird.

Die Krankenkassen

Auf der Agenda von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt steht die Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA). Das ist der milliardenschwere Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen. Jährlich werden fast 25 Milliarden Mark umverteilt, denn unter den Krankenkassen sind die Risiken und Kosten höchst ungleich verteilt: Vor allem die neu gegründeten Betriebskrankenkassen lockten in den vergangenen Monaten mit niedrigen Beitragssätzen viele junge und gesunde Kunden an, während zahlreiche Alte und Kranke bei Barmer, AOK und DAK versichert sind. Bislang gibt es keinen Anreiz für die teure Versorgung alter Patienten und chronisch Kranker. Dies soll spätestens ab 2007 mit einem sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich anders werden. Ziel der RSA-Reform sind geringere Beitragssatzunterschiede und ein fairer Wettbewerb auch für große Kassen mit vielen Alten und chronisch Kranken.

Vorraussetzung für jeden Wettbewerb zwischen den Kassen muß aber auch bei allen künftigen Reformüberlegungen sein, dass keine Kasse einen Menschen aus gesundheitlichen Gründen ablehnen kann (Kontrahierungszwang). Das heißt, selbst bei einer Mindestabsicherung, die nur für Grundleistungen einschließt, müßte die freie Wahl der Versicherung bestehen.

Daneben stehen bei allen Überlegungen seitens der Politik Prävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen im Vordergrund: Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

kommt zu dem Schluß, dass sich bis zu 30 Prozent der heutigen Gesundheitsausgaben durch langfristige Prävention vermeiden ließen.

Die Apotheken und die Pharmaindustrie

Nach der voreiligen Abschaffung der Arzneimittelbudgets (jährliche finanzielle Höchstgrenzen für ärztliche Verschreibungen), sollen Ärzte und Kassen jetzt in Selbstverwaltung eigene Wirtschaftlichkeitsziele verbindlich regeln. Generika oder billigere Re-Import Arzneimittel sollen beispielsweise bevorzugt verschrieben werden. Wie eingangs erwähnt gelingt dies bisher nur mit mäßigem Erfolg; die Folge sind rapide steigende Arzneimittelausgaben. Der deutsche Sozialverband (VdK) stellte kürzlich fest, dass allein durch Versandhandel bei Medikamenten im Einzelfall bis zu 30 Prozent der Arzneimittelkosten gespart werden könnten. Durch Re-Importe von Medikamenten ließen sich rund 13 Milliarden Mark sparen, weil die teilweise enormen Verkaufsmargen entfallen – das sind rund ein Drittel der gesamten Arzneimittelausgaben der GKV. Angesichts solcher Vorschläge laufen die Apothekerverbände natürlich Sturm. Zumal sie jetzt durch Versandhandel über Internet-Apotheken natürliche Konkurrenz bekommen. Gegner fürchten dabei mangelnde Beratung und Mißbrauch, aber europaweit hat sich der Internethandel längst durchgesetzt. Nun versucht die Regierungskoalition, die Internet-Apotheken auch hierzulande zu fördern und gleichzeitig eine umfangreiche Information der Patienten über Nutzen und Risiken der bezogenen Arzneimittel sicherzustellen.

Fest geplant ist ferner die Umsetzung einer beschlossenen Festbetragsregelung für Arzneimittel, die den Kassen 2002 und 2003 jeweils Einsparungen von 650 bis 750 Millionen Mark bringen soll.

Fast verzweifelt versucht die Gesundheitsministerin außerdem, die Hersteller gesetzlich zu zwingen, die Preise für Medikamente für zwei Jahre um vier Prozent zu senken. Durch eine an einen Ablaßhandel erinnernde Zahlung von 400 Millionen Mark bog die Pharmaindustrie dieses Gesetzesvorhaben kurzerhand ab.

In Diskussion sind daher weitere Reformen. Würde man einfach die Zuzahlungen durch die Patienten erhöhen, hätte man lediglich den Effekt mehr Geld ins Gesundheitssystem zu pumpen – zur Freude von Apothekern und Pharmaindustrie. Die Diagnose, es würden zuviele teure Medikamente verbraucht ist richtig, aber die geplante Therapie ist falsch: Schmidt will die Ärzte zwingen, anstelle von Medikamenten nur noch bestimmte Wirkstoffe zu verschreiben. Dies verstößt gegen die Therapiefreiheit der Ärzte.

Geplant ist im Arzneimittelbereich auch eine sogenannte Positivliste bis etwa Ende 2002: Sie gilt als kleines Instrument zur Kostenreduzierung. Die Positivliste soll alle Arzneimittel enthalten, die bei behandlungspflichtigen Krankheiten wirksam und zweckmäßig einsetzbar sind. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sollen ausschließlich dafür aufkommen. Kritiker befürchten hier den Beginn einer Zweiklassen-Medizin oder das Ende für innovative, neue Medikamente. Tatsächlich besteht auch im Gesundheitsministerium keine Klarheit darüber, ob die Liste wirklich Einsparungen zur Folge hat. Einen Vorteil hat sie bestimmt: Mehr Transparenz für Ärzte und dadurch eine höhere Qualität der Verschreibungen.

Und die Patienten?

Ein heutiger Kassenpatient hat freie Arztwahl unter Allgemein- und Fachmedizinern, die Kosten einer Behandlung bleiben ihm aber verborgen. Bei vielen Patienten besteht außerdem die Überzeugung, dass ein Arzt nur gut ist, wenn er am Ende auch ein Rezept ausstellt. Es bestehen keinerlei Anreize für Patienten, das Gesundheitssystem „sparsam“ zu nutzen; die Folge sind enorme Arzneimittelkosten und Doppeluntersuchungen durch Ärztehopping.

Erste Vorschläge sind, eine Patientenrechnung (wie sie bei Privatpatienten längst üblich ist) einzuführen, um das Kostenbewußtsein bei den Behandelten zu fördern und Manipulation bei Abrechnungen zu erschweren. Denkbar ist auch ein Übergang vom Sachleistungs- zum Erstattungsprinzip. Oder die Rückerstattung von Beiträgen: Wer seine Krankenversicherung nicht oder kaum nutzt, erhält am Jahresende einen oder mehrere Monatsbeiträge zurück. In Zeiten sehr klammer Kassen bei den gesetzlichen Krankenkassen hieße dies allerdings, das noch weniger Geld im System ist. Daher denken die Kassen lieber an die Möglichkeit eines jährlichen Selbstbehalts der Patienten bei Behandlungen oder einer höheren Eigenbeteiligung der Patienten bei Arzneimitteln.

Die gesetzlichen Krankenkassen könnten darüber hinaus auch entlastet werden, wenn sich Patienten für Risikosportarten selbst absichern oder etwa als Raucher einen „Risiko-Zuschlag“ zahlen müßten.

Nicht zuletzt soll das Gesundheitswesen durch ein Datentransparenzgesetz durchschaubarer werden. Bisher geht es zu wie in einer Blackbox: Stellen Sie sich vor, Sie spendieren jemandem ein Essen und Sie wissen nicht, was serviert wurde, ob es geschmeckt hat und satt machte – aber die Rechnung kriegen Sie trotzdem. So ähnlich geht es den gesetzlichen Krankenkassen bei jedem Arztbesuch ihres Versicherten: Sie erfahren nicht wer bei welchem Arzt wie behandelt wurde – nur zahlen müssen sie. Weil die Versicherungen zu wenig Daten erhalten, kommt es immer wieder zu Fehlmanagement, Geldverschwendung und Korruption. Datenschützer warnen angesichts der Transparenz-Pläne allerdings vor dem „gläsernen Patienten“ und fordern eine Anonymisierung der Daten. Und Teile der Ärzteschaft fürchten eine Einschränkung ihrer Therapiefreiheit durch Einflußversuche der Kassen.

Gibt es noch Auswege und Lösungen?

Anhänger des freien Wettbewerbs favorisieren einen deutlicheren Systemwechsel hin zu mehr Eigenverantwortlichkeit: Dies bedeutet eine weitaus stärkere Individualisierung der Gesundheitsrisiken und eine wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung. In einem solchen System müsste sichergestellt werden, dass die Versicherten die Wahlfreiheit unter den Versicherungsanbietern haben und bei diesen Kontrahierungszwang besteht. Das heißt, keine Krankenkasse darf Kunden ablehnen oder nach Gesundheitszustand auswählen. Die paritätische Finanzierung würde entfallen und der Arbeitnehmer entscheidet selbst, wie und in welcher Höhe er Teile seines Einkommens für die Krankenversicherung und Zusatzversicherungen einsetzt. Dafür würde ein Großteil des bisherigen Arbeitgeberanteils an der Krankenversicherung direkt an den Arbeitnehmer ausgezahlt.

Sinnvoller Weise bliebe der Kern eines solchen Konzepts eine obligatorische Mindestversicherung. Ohne Versicherungszwang würden die Gesundheitskosten zu Lasten der Allgemeinheit unkalkulierbar steigen; schließlich würde niemand einen Verletzten nach einem Unfall liegen lassen, nur weil sich herausstellt, dass er nicht versichert ist. Dies betrifft vor allem jene, die aufgrund ihrer Einkommenssituation nicht in der Lage sind, sich notwendige „Gesundheitsgüter“ zu leisten. Solche Fälle müssten steuerfinanziert werden, damit zwischen den Krankenkassen Wettbewerb funktionieren kann. Insofern behält staatliche Gesundheitspolitik auch unter marktwirtschaftlichen Rahmenbedingungen immer eine sozialpolitische und umverteilende Funktion – Solidarität und Wettbewerb schließen einander nicht aus. Erfahrungsberichte von Medizinern zeigen, dass finanzielle Steuerung letzten Endes doch nur über den Geldbeutel des Patienten möglich ist.

Bei allen notwendigen und in Ansätzen beschriebenen Reformplänen werden Gesundheitsexperten- und politiker eher einen Mittelweg gehen müssen – das Gesundheitswesen mag sich zwar nicht zum rein marktwirtschaftlichen System eignen, wohl aber für mehr Wettbewerb als bisher.

Zahlreiche beschriebene Reformschritte sind zusammen genommen durchaus tauglich, um das paritätisch finanzierte Solidarsystem der GKV zu erhalten, ohne aus den Augen zu verlieren, dass Gesundheit kein Produkt ist, dessen Kosten zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben vorausschauend und abschließend bestimmt werden können.

All dies setzt echten Reformwillen und politische Handlungsfähigkeit voraus, aber damit ist es wie eingangs geschildert in der Plauderrunde am „Runden Tisch für das Gesundheitswesen“ nicht weit her. Die Kanzler-Parole „Ruhe bewahren bis zur Wahl“ führt bei Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zu einer Politik des Durchwurschtelns. Einziges Ziel: Unvermeidbare Beitragserhöhungen der Kassen so lange wie möglich hinauszuzögern – idealerweise bis nach der Wahl. Entsprechend gering ist die Durchsetzungskraft der Ministerin gegenüber den starken Lobbygruppen im Gesundheitswesen. Ihren höchst umstrittenen Not-Vorstoß, die Arzneimittelausgaben über einen gesetzlichen Preisabschlag zu drosseln, wischte die Pharmabranche per Scheckbuch vom Tisch. Das bedeutet nichts anderes als ein Armutszeugnis für wenig durchdachte und vor allem nicht ernsthaft verfolgte Gesundheitspolitik seitens der Bundesregierung. Und es offenbart, dass es den Beteiligten nur noch darum geht, kurzfristig finanzielle Löcher zu stopfen. Inzwischen witzelte bereits die Financial Times: „Wie reagieren Lobbyisten auf Vorschläge aus dem Ministerium? Antwort: „Lesen, lachen, lochen.“ Leider.

