

Gesundheit – Gibt es ein Leben nach der Reform?

Referenten

- 2 Prof. Dr. Wolfram F. Richter
Universität Dortmund
- 4 Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen
Stiftung Marktwirtschaft,
Universität Freiburg
- 5 Prof. Dr. Johann Eekhoff
Kronberger Kreis,
Universität zu Köln

Politische Diskussion mit

- 7 Annette Widmann-Mauz MdB (CDU/CSU)
Eike Hovermann MdB (SPD)
- 8 Daniel Bahr MdB (FDP)
Birgitt Bender MdB (Bündnis 90/Die Grünen)



Die Referenten der Tagung (v.li.): Annette Widmann-Mauz MdB, Prof. Michael Eilfort, Daniel Bahr MdB, Eike Anna Maria Hovermann MdB, Prof. Bernd Raffelhüschen, Prof. Johann Eekhoff, Moderatorin Michaela Hoffmann und Prof. Wolfram F. Richter. Birgitt Bender fehlte bei dieser Aufnahme.

Im Februar 2007 haben Bundestag und Bundesrat die jüngste „Jahrhundertreform“ im Gesundheitswesen beschlossen – das am ersten April dieses Jahres in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (kurz: GKV-WSG). Damit habe, so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, eine „neue Ära in der Sozialgesetzgebung“ begonnen. Ob man diese Einschätzung teilt oder nicht, richtig ist jedenfalls, dass das deutsche Gesundheitssystem wohl gehörig durcheinander gewirbelt werden wird. Mit dieser Reform hat ein über Jahre andauernder intensiver öffentlicher Diskussionsprozess, dessen Beginn man spätestens auf die Einsetzung der sogenannten Rürup-Kommission datieren kann, vorläufig sein legislatives Ende erreicht.

Einige der beschlossenen Änderungen sind bereits in Kraft. Die übrigen Reformschritte, die in den kommenden Jahren sukzessive folgen werden, werfen ihre Schatten voraus, wie etwa der neue Spitzenverband der Krankenkassen, der Mitte 2008 seine operative Arbeit aufnehmen soll. Für Anfang 2009 sieht die Reform den

Start des Gesundheitsfonds mit einem für alle Versicherten einheitlichen Beitragssatz sowie die Einführung des neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vor. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber beschlossen, dass dann auch die Privaten Krankenversicherungen einen Basistarif anbieten müssen. Und schließlich soll ab dem Jahr 2011 der gebündelte Beitragseinzug zum Gesundheitsfonds erfolgen. Darüber hinaus wurden auch auf der Seite der Leistungserbringer diverse Änderungen beschlossen, angefangen bei der – noch zu konkretisierenden – neuen Gebührenordnung für Ärzte mit festen Euro-Preisen bis hin zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen und neuen Regelungen im Arzneimittelbereich.

Beinhaltet dieses von der Großen Koalition nach einigem Hin und Her beschlossene Maßnahmenbündel die notwendigen strukturellen Änderungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen? Oder sind sinnvolle Reformziele – ähnlich wie bei früheren Gesundheitsreformen – wieder einmal unter die Räder gekommen?

Diese und weitergehende Fragen hat die Stiftung Marktwirtschaft in den Mittelpunkt ihrer Tagung „Gesundheit – Gibt es ein Leben nach der Reform?“ gestellt und mit namhaften Experten sowie vielen interessierten Gästen diskutiert.



Als Moderatorin führte Michaela Hoffmann aus dem Berliner Büro der WirtschaftsWoche durch die Veranstaltung.

Begrüßung

Prof. Dr. Michael Eilfort, Vorstand der Stiftung Marktwirtschaft, wollte in seiner Begrüßung nicht verhehlen, dass die Stiftung Marktwirtschaft eine gewisse Skepsis gegenüber den

Auswirkungen der Gesundheitsreform habe. Schon die Überschrift der Reform, „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, sei mehr als fragwürdig. Als roten Faden dieser wie auch zahlreicher früherer Veränderungen im Gesundheitswesen machte er statt dessen vor allem ein Mehr an Staat und Regulierung sowie weniger Transparenz aus. Darüber hinaus bezweifelte er, dass der über die Legislaturperiode hinausreichende Stufenplan der einzelnen Reformschritte auch politisch durchgehalten werden könne. Eilfort kritisierte, dass die Gesundheitsreform drei zentrale Defizite des deutschen Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht ausreichend beseitige. Dies sei erstens die Beibehaltung der lohnbasier- ten Finanzierung mit all ihren negativen Konsequenzen für den Arbeitsmarkt, insbesondere dann, wenn ein überproportionaler Anstieg der Gesundheitsausgaben zu einem steigenden Beitragssatz führe. Zweitens die komplette Vernachlässigung des Demographieproblems, insbesondere wenn man es nicht isoliert, sondern in Verbindung mit dem kostentreibenden medizinisch-technischen Fortschritt betrachte. Und drittens bezweifelte er, dass genügend Wettbewerbselemente für mehr Effizienz eingeführt worden seien.

Der Gesundheitsfonds

Bürokratie-Moloch oder Wettbewerbskatalysator?

Vergleichsweise positiv beurteilte Prof. Dr. Wolfram F. Richter die jüngste Gesundheitsreform. Gleich zu Beginn seiner Ausführungen trat er der in seinem Vortragstitel angelegten Implikation, dass der von ihm angeregte Gesundheitsfonds ein Bürokratiemonstrum werden müsse, entschieden entgegen und verwies darauf, dass man den Fonds sogar zum Bürokratieabbau nutzen und als rein virtuelle Einrichtung ausgestalten könne. Allerdings habe für ihn niemals die Art und Weise des Beitragseinzugs in der GKV im Vordergrund gestanden, vielmehr wolle er mit dem Konzept des Gesundheitsfonds den Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen neu ordnen und auf produktivere Füße stellen, um die Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern. Dass es diesbezüglich in Deutschland beträchtlichen Verbesserungsspielraum gebe, zeigten zahlreiche internationale Vergleichsstudien. Diese bescheinigten dem deutschen Gesundheitswesen trotz eines überdurchschnittlichen Ressourceneinsatzes nur mittelmäßige Ergebnisse. So würden beispielsweise andere Länder bis zu 40 % weniger Mittel einsetzen, um vergleichbare Ergebnisse bei den beiden Zielen Lebens-



Prof. Dr. Wolfram F. Richter

„Vater“ des Gesundheitsfonds,
lehrt an der Universität Dortmund

erwartung und geringe Kindersterblichkeit zu erzielen. Die Schlussfolgerung von Prof. Richter lautete, dass Vieles, was in Deutschland von den Krankenkassen „solidarisch“ finanziert werde, medizinisch nicht notwendig sei, sondern – plakativ gesprochen – der Luxus- oder Komfortmedizin ohne echten medizinischen Zusatznutzen zuzurechnen sei. Letztlich sei der Anreiz, im deutschen Gesundheitswesen, Kosten und Nutzen in Einklang zu bringen, zu schwach ausgeprägt.

Als tieferliegende Ursache für diese Unzulänglichkeit des bisherigen Systems identifizierte er das Zusammenwirken von lohnabhängigen Beiträgen und paritätischer Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Gerade für Bezieher niedriger bis mittlerer Einkommen sei es nicht attraktiv, einen günstigen „Spartarif“ mit Einschränkungen bei den Komfortleistungen zu wählen.

Beispielsweise könne ein Versicherter mit einem halben Durchschnittsbeitrag nur ein Viertel der durchschnittlichen Kostenersparnis, die durch einen Spartarif möglich wäre, in Form eines niedrigeren Arbeitnehmeranteils für sich behalten. Daher sei auch aus Sicht der Krankenkassen ein solcher Spartarif uninteressant, würde er doch kaum auf eine ausreichende Nachfrage bei den Versicherten treffen. Vielmehr führe die bisherige Finanzierungsstruktur dazu, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen subventioniert werde, und zwar umso stärker, je niedriger das Einkommen sei. Als Folge würden die Kassen heute vorwiegend über Leistungsausweitungen versuchen, Wettbewerbsvorteile zu erlangen.

Der Gesundheitsfonds mache mit diesen Fehlanreizen Schluss, betonte Prof. Richter. Er halte zwar an der solidarischen Finanzierung fest, veranlasse die Kassen aber, nicht länger über Beitragssätze, sondern über feste Euro-Beträge in Form von Bonusrückzahlungen zu konkurrieren. So könnten die Einsparungen, die ein Spartarif ermögliche, zu einer einheitlichen Ausschüttung an alle Versicherten genutzt werden, so dass jeder Versicherte im Ausmaß der vollen Kosteneinsparung profitieren könne.

Insgesamt prognostizierte Prof. Richter, dass der Gesundheitsfonds die Kassen dazu zwingen werde,

- Zusatzbeiträge zu vermeiden,
- mit einkommensunabhängigen Ausschüttungen Mitglieder zu locken,
- den Leistungskatalog auf das medizinisch Notwendige zu beschränken und Komfortleistungen nur noch im Rahmen von Zusatzverträgen anzubieten sowie
- bei der Organisation der medizinischen Leistungserbringung neue, kostensenkende Wege einzuschlagen.

Obwohl die Grundidee des Gesundheitsfonds vom Gesetzgeber übernommen worden sei, weise seine konkrete Ausgestaltung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz dennoch einige Schönheitsfehler auf und sei an der einen oder anderen Stelle zu zaghaft geraten. Als konkrete politische Herausforderungen für die kommenden Jahre identifizierte Prof. Richter vier Felder:

Erstens sei die Überforderungsklausel beim Zusatzbeitrag sachlich nicht nachzuvollziehen und sollte daher abgeschafft werden. Sie verletze die Idee des Gesundheitsfonds und sei vom Gesetzgeber ohne überzeugende Begründung eingeführt worden. Schließlich hätten die Versicherten einer Kasse, die einen Zusatzbeitrag erheben müsse, ein Sonderkündigungsrecht und könnten zu einem günstigeren Wettbewerber wechseln.

Zweitens stelle die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eine administrative Herausforderung dar. Dieser Schritt sei aber unabhängig von der Einführung des Gesundheitsfonds notwendig.

Drittens sei es wichtig, eine wirksame Missbrauchskontrolle einzuführen, damit der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern nicht durch Vermachtungen und kartellähnliche Absprachen ausgehebelt werde. In diesem Zusammenhang kritisierte Prof. Richter auch die geplante Einführung von festen Preisen für ärztliche Leistungen statt wettbewerbskonformer Höchstpreise.

Und schließlich prognostizierte er mittel- und langfristig die Auflösung des Gesundheitsfonds und den Übergang zu einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen. Eine derart umfassende Veränderung der Finanzstruktur werde dann aber zwangsläufig im Vorfeld erneut einen beträchtlichen Diskussionsbedarf erzeugen.



Wie zukunftsfähig ist die GKV?

Anforderungen an eine nachhaltige und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen

ist Vorstand der Stiftung Marktwirtschaft und forscht an der Universität Freiburg

Anders als sein Vorredner beurteilte Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen die verabschiedete Gesundheitsreform skeptisch. Insbesondere wenn man die mittlere und längere Frist vor Augen habe, zeige sich, dass die grundlegenden Herausforderungen des Gesundheitswesens nicht angegangen worden seien. Diesbezüglich identifizierte er zwei zentrale Entwicklungen, die in Zukunft gravierende Probleme hervorrufen würden – die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der Kostendruck im Gesundheitssektor. Die demographische Entwicklung der nächsten 30-40 Jahre und ihre Auswirkung auf das Gesundheitswesen seien heute nicht mehr zu ändern, betonte Prof. Raffelhüschen. Da sowohl die zukünftigen erwerbstätigen Beitragszahler als auch die ältere Generation von morgen bereits geboren seien, stelle die zunehmende Alterung der Bevölkerung nichts anderes als eine Reflektion der Vergangenheit in der Zukunft dar. Und die Vergangenheit könne bekanntlich nicht mehr korrigiert werden.

Problematisch werde die demographische Entwicklung vor allem angesichts der im Lebenszyklus divergierenden Entwicklung von Beitragszahlungen und den in Anspruch genommenen Leistungen. Während das Maximum der Beitragszahlungen mit durchschnittlich fast 2.500 Euro pro Jahr im Alter zwischen 35 und 55 erfolge – und in diesem Lebensabschnitt die in Anspruch genommenen Leistungen um rund 1.000 Euro übersteige –, drehe sich die Situation ab Anfang 60 um. Durchschnittlichen Beitragszahlungen in Höhe von knapp 1.500 Euro stünden dann durchschnittliche Gesundheitsleistungen von bis zu 5.000 Euro pro Jahr gegenüber. Da sich aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl der Kranken in etwa verdoppeln und gleichzeitig die Zahl der erwerbsfähigen Beitragszahler aber um rund ein Viertel abnehmen werde, werde dieser Generationenvertrag de facto



ausgehöhlt und die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahrzehnten deutlich teurer.

Als zweites Problem komme der Kostendruck im Gesundheitswesen hinzu. Er sei der Tatsache geschuldet, dass der medizinisch-technische Fortschritt überwiegend Produktinnovationen, d.h. z.B. neue Diagnoseverfahren und Therapiemöglichkeiten, und weniger kostensparende Prozessinnovationen hervorbringe. Ohne die Verjüngung der Bevölkerung aufgrund der Baby-boomer-Generation in den vergangenen Jahrzehnten wäre das Leistungsniveau pro Kopf in den letzten 40 Jahren deutlich stärker gewachsen als das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf. Ein anhaltender Kostendruck sei somit auch für die Zukunft plausibel, so Raffelhüschen.

Beide Entwicklungen führten dazu, dass bei Fortführung des Status quo die Summe der zukünftigen Ausgaben die Summe der zukünftigen Einnahmen in der GKV deutlich übersteige. Mit anderen Worten, es bestehe eine Nachhaltigkeitslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung von rund 235 % des BIP. Selbst wenn man unterstelle, dass kein Kostendruck bestehe, belaufe sich die Nachhaltigkeitslücke – allein aufgrund der demographischen Entwicklung – noch auf 89 % des BIP oder 1,9 Billionen Euro.

Mögliche Lösungswege

Da die demographische Situation nicht mehr verändert werden könne – selbst eine vernünftige Einwanderungspolitik brächte keine deutliche Verringerung des Problems – wies Prof. Raffelhüschen auf die drei Schrauben für Reformen im Gesundheitswesen hin: die Einnahmenseite, die Ausgabenseite sowie mögliche Effizienzreserven. Dabei betonte er, dass Veränderun-

gen auf der Einnahmenseite – etwa Änderungen in der Bemessungsgrundlage – das Finanzierungsproblem der GKV nicht lösen könnten. Weder eine Überführung der GKV ins Steuersystem noch eine Gesundheitsprämie könnten angesichts fehlender Beitrags- bzw. Steuerzahler einen Abbau der Nachhaltigkeitslücke bewirken. Dass man dennoch die Einnahmenseite reformieren sollte, habe vor allem arbeitsmarktpolitische Gründe. Man müsse den Arbeitsmarkt von den Lohnnebenkosten entlasten und die Beiträge zur GKV von den Lohnkosten abkoppeln. Außerdem sei die Lohnbezogenheit der Beiträge auch sachlich falsch, da sie dem Äquivalenzprinzip entgegenlaufe: „Lohnerhöhungen machen nicht krank“, betonte das Vorstandsmitglied der Stiftung Marktwirtschaft. Daher plädierte er für risikoäquivalente Prämien oder zumindest pauschale Gesundheitsprämien.

Wolle man hingegen das Nachhaltigkeitsproblem lösen, müsse man eine Kombination aus ausgabenseitigen und wettbewerbsförderlichen Elementen ins Auge fassen. Zum einen brauche das System mehr Wettbewerb und die Möglichkeit für alle Beteiligten, über Preise verhandeln zu können. Einheitliche Preisvorgaben widersprächen hingegen jeglichem Wettbewerbsgedanken, da sie Qualitätsunterschiede zwischen den Anbietern

ignorierten. Krankenhäuser und Ärzte müssten sich zu echten Unternehmen wandeln und in den Markt entlassen werden. Zum anderen müsse die Politik direkt an der Ausgabenseite ansetzen, etwa in Form höherer Selbstbehalte und der Ausgliederung bestimmter Leistungen wie der Zahnmedizin aus dem Leistungskatalog. Medizinische Leistungen müssten für die Patienten einen fühlbaren Preis bekommen, forderte Prof. Raffelhüschen. Dann erledige sich auch die Frage, was Komfortmedizin sei und was nicht, von alleine. Insgesamt sei eine solche Reform gerecht, weil sie, ohne die Solidarität bei den großen Lebensrisiken aufzukündigen, das Verursacherprinzip wieder in den Vordergrund stelle und somit einen echten Wettbewerb im Gesundheitssystem erst möglich mache. Vor allem aber bekomme man die Nachhaltigkeitslücke wieder einigermaßen in den Griff.

Die Alternative zu einem marktwirtschaftlichen Umbau des Gesundheitswesens sei die staatsmedizinische Rationierung, warnte Raffelhüschen. Und diese sei für die Beteiligten keineswegs angenehmer. Denn dann würde der Selektionsprozess nicht mehr über den Marktmechanismus laufen und die besten Anbieter zurücklassen, sondern bürokratische Apparate müssten entscheiden, wer vom „Markt“ verschwinden solle.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mogelpackung oder Schritt in die richtige Richtung?

Prof. Dr. Johann Eekhoff

ist Mitglied im Kronberger Kreis und lehrt an der Universität zu Köln

Prof. Dr. Johann Eekhoff teilte die kritische Sicht seines Vorredners auf das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und betonte, dass diese Reform nicht geeignet sei, um die anstehenden Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen zu bewältigen. Selbst die von der Großen Koalition im Vorfeld genannten Ziele für die Gesundheitsreform, u.a. mehr Wahl- und Entschei-



dungsmöglichkeiten für die Versicherten, mehr Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen und zwischen den Leistungsanbietern sowie der Einstieg in eine beschäftigungsförderlichere Finanzierung durch eine Ablösung der Beiträge vom Arbeitslohn, seien bei weitem nicht erreicht worden. Statt dessen habe Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nach der Verab-

scheidung des Gesetzes vor allem die Versicherungspflicht für alle Bürger sowie die vorgesehenen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt als zentrale Reformpunkte herausgestellt. Ersteres sei zwar positiv, für Deutschland aber eher eine Marginalie, da nur rund 0,25 % der Bevölkerung davon betroffen seien. Letzteres hingegen sei sehr bedenklich, da es einen weiteren Schritt in Richtung Kostenverschleierung und zusätzlicher Verschiebepunkte darstelle.

Was also hat die Gesundheitsreform tatsächlich gebracht? Prof. Eekhoff griff die folgenden zentralen Neuerungen der Reform heraus:

- Erstens eine Beitragserhöhung um ca. 0,5 Prozentpunkte ab 2007, um die eigentlich unzulässige Verschuldung der Kassen bis zum Jahr 2009 abzubauen.
- Zweitens die Einführung des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 mit einem einheitlichen, staatlich festgesetzten Beitragssatz, weiterhin paritätischer Finanzierung und der Möglichkeit für die Kassen, entweder einen eng begrenzten Zusatzbeitrag zu erheben oder Rückerstattungen an die Versicherten zu leisten. Zudem werde der Risikostrukturgleich im Rahmen des Gesundheitsfonds neu organisiert und solle zukünftig auch Morbiditätsunterschiede ausgleichen. Vom ursprünglichen Ziel, die Beiträge vom Lohn zu entkoppeln, sei so gut wie nichts geblieben, kritisierte Prof. Eekhoff. Außerdem befürchtete er, dass der in den Gesundheitsfonds integrierte Risikostrukturgleich von der Politik zu einer deutlichen Ausweitung intransparenter Umverteilungsprogramme genutzt werden könnte.
- Drittens sei ein Bundeszuschuss vorgesehen, der von 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2008 langfristig auf 14 Mrd. Euro ansteigen solle. Das Beispiel der Rentenversicherung, die heute zu einem Drittel aus dem Bundeshaushalt finanziert werde, zeige, wohin ein solcher Ansatz führen könne, warnte Eekhoff. Zudem verstärke der Bundeszuschuss die kollektive Verantwortungslosigkeit und erhöhe den Druck auf die Politik, Leistungen auszuweiten, da der Zusammenhang zwischen Beitragszahlungen und Gegenleistung noch stärker verwischt werde. Die von Prof. Richter kritisierte Tendenz zur Komfortmedizin werde so nur noch verstärkt.
- Viertens müssten die privaten Krankenversicherungen ab dem 1. Januar 2009 einen obligatorischen Basistarif mit Kontrahierungs-

zwang anbieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV entspreche und dessen Prämie den Höchstbeitrag in der GKV nicht übersteigen dürfe. Die Prämien und Altersrückstellungen dieses Basistarifes dürften nur nach Alter und Geschlecht differenziert werden; zudem halbiere sich bei Bedürftigkeit die Prämie.

Beim Wechsel der Versicherung müssten die durchschnittlichen Altersrückstellungen mitgegeben werden und eventuelle Defizite im Basistarif müssten – systemwidrig – von den anderen Privatversicherten in der gleichen Versicherung ausgeglichen werden. Diese „Verrenkungen zur Einbeziehung der Privatversicherten in den Solidarausgleich“ könne er nicht nachvollziehen, betonte Eekhoff. Und die für Neuverträge beschlossene Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen zerstöre das Versicherungskonzept und gefährde letztlich die Überlebensfähigkeit der PKV. Dieses Element sollte möglichst schnell korrigiert werden.

Insgesamt biete keine der skizzierten Neuerungen eine Perspektive, die Defizite im deutschen Gesundheitssystem zu beseitigen. Vor allem sei die große Chance vertan worden, echten preisgesteuerten Wettbewerb und damit Kostenkontrolle und Qualitätsverbesserungen durch leistungsbezogene Prämien und übertragbare, risikoadjustierte Altersrückstellungen herzustellen, bedauerte Johann Eekhoff. Der Versuch, künstlichen Wettbewerb über den Gesundheitsfonds herzustellen, sei der falsche Ansatz, da schlechte Leistungen nicht ausreichend sanktioniert würden. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung käme hinzu, dass keinerlei demographische Stabilisierung erreicht worden sei. Vor diesem Hintergrund plädierte er dafür, den geplanten Gesundheitsfonds möglichst zu vermeiden. Außerdem sollte die derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung angelegte Einkommensumverteilung aus der GKV herausgenommen und über das Steuer-Transfer-System abgewickelt werden.

Echter Wettbewerb im Gesundheitswesen könne nur mit leistungsäquivalenten Prämien und individuellen Altersrückstellungen funktionieren, betonte Prof. Eekhoff. Es sei eine Umstellung der GKV auf ein System mit Kapitaldeckung und Leistungsäquivalenz anzustreben. Die individuellen Altersrückstellungen würden Prämienunterschiede aufgrund unterschiedlicher Risiken der Versicherten ausgleichen. Auch das Argument, eine solche Umstellung sei zu teuer, ließ er nicht gelten, da lediglich bisher implizite Schulden – in Form von versprochenen zukünftigen Leistungen – offengelegt und transparent gemacht würden. Die Kosten blieben daher gleich hoch.

Politische Diskussion

Annette Widmann-Mauz
MdB (CDU/CSU)

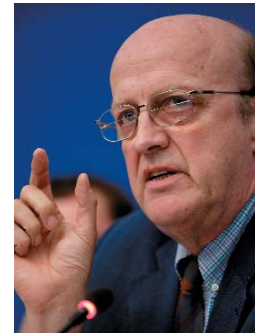


Annette Widmann-Mauz MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, hob hervor, dass die Reform besser sei als sein Ruf. Es sei völlig normal, dass es wie bei jeder Gesetzesänderung einige Anlaufschwierigkeiten gegeben habe, aber inzwischen hätten die Beteiligten damit begonnen, sich auf die Veränderungen einzustellen. Von daher seien Befürchtungen, nach der Reform würde das Gesundheitssystem zusammenbrechen, völlig überzogen gewesen. Allerdings stünden die eigentlich spannenden Veränderungen beim Gesundheitsfonds noch bevor und im nächsten Jahr müssten diesbezüglich noch viele wichtige Entscheidungen zum Abschluss gebracht werden, damit der Fonds auch in der Realität funktionieren könne. Widmann-Mauz appellierte an alle Akteure im Gesundheitswesen, konstruktiv an der weiteren Umsetzung der Reform mitzuwirken und den Willen des Gesetzgebers zu verwirklichen. Die Politik werde sehr genau aufpassen, dass die Umsetzung reibungslos gelinge.

Die Reform verbessere die Wahlmöglichkeiten und den Wettbewerb im Gesundheitssystem, etwa durch Wahltarife und durch transparente Preissignale in Euro und Cent beim Versicherungsschutz. Außerdem sei es durch den Gesundheitsfonds temporär gelungen, den Arbeitgeberbeitrag festzuschreiben, da die Kassen Kostensteigerungen zunächst über den Zusatzbeitrag finanzieren müssten.

Nie zuvor habe es mehr Selbstbeteiligungen und Möglichkeiten zur Kostenerstattung gegeben. Zwar hätte sie sich durchaus eine pauschale Gesundheitsprämie gewünscht, aber angesichts der nicht immer einfachen Situation in der Großen Koalition müsse man die beschlossenen Änderungen als Schritt in die richtige Richtung sehen, auf denen man aufbauen könne. Die von Prof. Eekhoff vorgeschlagenen risikoäquivalenten Prämien lehnte die CDU-Politikerin hingegen mit dem Hinweis auf milliardenschwere Umstellungslasten ab.

Eike A. M. Hovermann
MdB (SPD)



Eike Hovermann MdB, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit, sah die beschlossene Reform durchaus kritisch. Er bezweifelte aber, dass man bereits heute die Auswirkungen des Gesundheitsfonds sinnvoll prognostizieren und damit auch kritisieren könne, so wie es aus Kreisen der Wissenschaft teilweise gemacht werde. „Prognosen sind schwierig, insbesondere wenn sie sich auf die Zukunft beziehen“, zitierte er Karl Valentin.

Es sei auch nicht so einfach, wie Prof. Eekhoff fordere, den Gesundheitsfonds in einigen Jahren wieder zu stoppen. Denn in der Zwischenzeit würden notwendigerweise zahlreiche vorgelagerte Strukturveränderungen vollzogen, etwa beim Risikostrukturausgleich oder beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die dann eine Rückkehr zum heutigen System schwierig machen könnten.

Die Konzentration auf den Fonds sei eine falsche Fokussierung auf ein Teilproblem, anstatt das große Ganze ins Auge zu fassen. Davon abgesehen halte er es für außerordentlich schwierig, einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der sich auf 50 bis 80 Krankheiten beschränkt, so zu rechnen, dass er tatsächlich umzusetzen sei. Vor allem aber habe die reale Politik mehrere Landtagswahlkämpfe zu bestehen, aus denen eine eigene Dynamik entstehen könne, die jetzt noch nicht abzusehen sei.

Der SPD-Politiker sah weder in einer Bürgerversicherung noch in einem Prämienmodell eine geeignete Lösung für die strukturellen Probleme des Gesundheitssystems. Diese lägen weniger auf der Einnahmenseite als vielmehr auf der Ausgabenseite. Vor dem Hintergrund, dass bei einigen Krankheiten wie Diabetes oder koronaren Herzkrankheiten zukünftig dramatische Kostensteigerungen zu erwarten seien, müsse man sich sehr genau überlegen, was der Staat unter dem Solidaritätsgebot leisten könne. Er halte es nicht für ausgeschlossen, in Zukunft mehr über privat finanzierte Zusatzpakete abzusichern.

Daniel Bahr MdB
(FDP)



Wenig überzeugt von der Gesundheitsreform zeigte sich Daniel Bahr MdB, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion. Zwar sei sie jetzt erst einmal in Kraft getreten, die eigentlichen Probleme würden sich aber in Zukunft noch zeigen. Summa summarum nenne sich die Reform zwar Wettbewerbsstärkungsgesetz, tatsächlich weise sie aber den Weg zu mehr Zentralismus und mehr staatlichem Einfluss. Daniel Bahr bemängelte vor allem, dass die Partner in der Große Koalition die schlechten Elemente ihrer jeweiligen Vorschläge miteinander kombiniert hätten. Elemente der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung hätte man auf höchst fragliche Art miteinander vermischt, etwa beim Basistarif in der PKV oder den Wahlтарifen in der GKV, die eigentlich klassisches PKV-Geschäft seien. Gleichzeitig habe die Reform die Wahlmöglichkeiten der Versicherten nicht – wie von Annette Widmann-Mauz behauptet – ausgeweitet, sondern eingeschränkt. Beispielsweise hätten nach der Reform weniger Menschen die Möglichkeit, in der PKV eine Vollversicherung abzuschließen. Insgesamt sah er daher in der Reform vor allem einen Angriff auf die PKV, die derzeit zwar kein perfektes, aber doch ein funktionierendes System darstelle, das zudem den großen Vorteil habe, Rücklagen für steigende Gesundheitsausgaben im Alter zu bilden.

Auf wenig Gegenliebe stießen bei ihm auch die Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung sowie die Möglichkeit der Kassen, Zusatzbeiträge zu erheben. Ein positiver Wettbewerb um bessere Versorgung, innovative Tarife und bessere Leistungen werde so nicht entstehen, war seine Befürchtung. Hinsichtlich des Steuerzuschusses hätte er sich eine klare Aussage gewünscht, dass damit die Gesundheitsausgaben für Kinder finanziert würden; doch die Große Koalition brauche das Geld wohl eher, um einen deutlichen Beitragsanstieg zu vermeiden. Letztlich werde man aber langfristig um Einsparungen durch Kürzungen beim Leistungskatalog nicht herumkommen, prognostizierte Daniel Bahr.

Birgitt Bender MdB
(Bündnis 90/Die Grünen)



Auch Birgitt Bender MdB, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, konnte dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz kaum etwas Gutes abgewinnen, wenn auch teilweise aus anderen Gründen als ihr Vorredner. Auf der Finanzierungsseite bemängelte sie vor allem, dass nach wie vor nur der Faktor Arbeit belastet werde, andere Einkommensquellen aber außen vor blieben. Das Versprechen eines im Zeitablauf steigenden Steuerzuschusses sei ihrer Meinung nach eine reine Luftbuchung, da nicht einmal in der mittelfristigen Finanzplanung entsprechende Mittel vorgesehen seien. Im Bereich des Gesundheitsfonds hielt sie die 1-Prozent-Überforderungsklausel für die Zusatzbeiträge für völlig verfehlt. Diese ziehe lediglich eine massive Wettbewerbsverzerrung zwischen den Kassen nach sich, da Kassen mit einkommensschwachen Mitgliedern nur deutlich geringere Zusatzbeiträge erheben könnten. Im Gegensatz zu Prof. Richter betonte sie, die Aufhebung der Überforderungsklausel sei ebenfalls keine Lösung, da bei steigenden Gesundheitskosten einkommensschwache Menschen irgendwann Probleme mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen bekämen.

Anders als ihr Vorredner konnte sie an dem Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung nichts Positives erkennen. Deutschland sei das einzige Land in der EU, das im Gesundheitswesen keinen einheitlichen Versicherungsmarkt habe und es zulasse, dass sich die Besserverdienenden der Solidarität entzögen. Der Basistarif sei in dieser Hinsicht längst nicht weitreichend genug. Auf der Ausgabenseite widersprach Birgitt Bender der These von Prof. Richter, dass zu viel Geld in Komfortmedizin ohne medizinischen Zusatznutzen fließe. Das Problem sei vielmehr die mangelnde Effizienz, die dem Kollektivvertragswesen geschuldet sei. Der neugegründete Dachverband der Krankenkassen verschlimmere diese Situation sogar noch. Statt dessen wäre der umgekehrte Weg hin zu selektivem Kontrahieren das Gebot der Stunde. Doch das Thema Wettbewerb sei bei dieser Reform absolut unterentwickelt gewesen, so dass sie keine Hoffnung habe, dass die Gelder im Gesundheitswesen in Zukunft effizienter eingesetzt würden.

Impressum