



BDE | Berufsverband
Deutscher Endokrinologen

Diabetologe 2009 · [jvl]:[afp]–[alp]
DOI 10.1007/s11428-009-508-8
© Springer Medizin Verlag 2009

Redaktion
H. Wahl, München

Gesundheitsreform: Was wurde erreicht, was nicht? Wie könnte eine sinnvolle Reform aussehen?

Merkel, Westerwelle, Seehofer: Einigkeit in den Koalitionsverhandlungen – Gesundheitsfonds wird radikal umgebaut. Das jetzige System bleibt bis 2011, wird aber in der Zwischenzeit komplett umgebaut in ein neues System. Die Politiker trauen sich, die großen Probleme anzugehen und unangenehme Entscheidungen zu treffen. Das zumindest zeigen die ersten „Gegen“-Reaktionen von Krankenkassenvorsitzenden, Medienvertretern und Oppositionsparteien, die schon wieder über die vielen schlechten Bedingungen streiten, die Schwarz-Gelb mit ihrer Politik durchführen will. Der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler hat noch keinen Tag in seinem Amt gearbeitet und schon fallen alle „Bedenkenträger“ über ihn und die Schwarz-Gelbe-Politik her. Mit der Überschrift „Der jüngste Bundesminister erbt den härtesten Job“ titelte Welt online am 28.10.2009 und das ist sicherlich nicht von der Hand zu weisen. Aber es ist auch eine Chance. Philipp Rösler hat noch den Biss sich aus den verknocherten Strukturen zu lösen und auch einmal neue Berater ins Boot zu holen. Vielleicht hat er auch den notwendigen Ehrgeiz, „Widersachern“ die Stirn zu bieten. Wir würden es uns allen wünschen! Hat die neue Regierung wirklich den Mut auch unange-

nehme Projekte anzupacken? Wo stehen wir aktuell und wie können wir aktiv mitarbeiten?

Bei der Pressekonferenz am 23.10.2009 sagte der damalige FDP-Unterhändler und heutige Gesundheitsminister Philipp Rösler: „Wir haben uns in dieser künftigen Koalition in der schwierigen Frage der künftigen Finanzierung der Krankenversicherung geeinigt. Wir schaffen damit ein robustes Gesundheitssystem, das nicht mehr alle zwei bis drei Jahre reformiert werden muss. Und wir schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Gesundheitsvorsorge und -versorgung besser wird, aber definitiv nicht teurer.“ In der Koalitionsvereinbarung heißt es: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden.“

Es wird sich zeigen, was von diesen ersten Ansätzen und Vereinbarungen in die Tat umgesetzt wird. Dazu betrachten wir rückblickend die Ziele der letzten Gesundheitsreform, die nur in wenigen Punkten erreicht wurde:

— **Versicherungsschutz für alle:** Alle Einwohner der Bundesrepublik Deutschland sollen krankenversichert sein. Sowohl für die gesetz-

lichen als auch die privaten Krankenversicherungen besteht unter bestimmten Bedingungen „Kontrahierungszwang“, d. h. sie dürfen den Abschluss einer Mitgliedschaft oder eines Versicherungsvertrages nicht ablehnen. (Dies wurde komplett umgesetzt).

— **Leistungen auf hohem Niveau für alle:** Alle Versicherten sollen unabhängig von ihrem Einkommen Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen haben. Der medizinische Fortschritt soll für alle zugänglich sein. (Hier findet eine versteckte Leistungsrationierung statt, deren Auswirkungen durch die Priorisierungsdebatte erstmals öffentlich diskutiert wurde).

— **Steuerfinanzierter Anteil:** Durch die Steigerung des steuerfinanzierten Anteils werden alle Steuerzahler stärker an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt. Das gilt auch für Privatversicherte, die über ihre Steuern zwar zahlen, aber keine Leistungsansprüche haben. (Die Beteiligung der PKV-Versicherten wurde ausgespart, eine gewisse Beteiligung erfolgt nur über die Finanzierung des Basistarifs)

— **Qualitäts- und Effizienzsteigerung:** Durch eine Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und eine umfassendere Vertragsfreiheit der Kassen zum Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern soll die Gesundheitsversorgung besser und effizienter werden. Dass dies bei den Krankenkassen zu einem Konzentrationsprozess über Fusionen führt, ist erwünscht. (Der Wettbewerb zwischen den Kassen wurde durch die Bindung an den Gesundheitsfonds eher eingeschränkt, ein Qualitätsnachweis bzgl. des Leistungsangebots existiert bisher nicht.)

— **Mehr Wettbewerb zwischen denen, die Leistungen erbringen:** Durch Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, verstärkter Wettbewerb bei der Arzneimittelversorgung sowie bei Heil- und Hilfsmitteln soll das Gesundheitswesen auch hier transparenter und effizienter werden. (Der Wett-

bewerb in beiden Bereichen hat wenn überhaupt zu gewissen Einsparungen geführt, dies aber auf Kosten der Qualität und der Patienten, die Transparenz und Effizienz blieben auf der Strecke)

— **Bürokratieabbau und Transparenz:** Auf allen Ebenen soll Bürokratie abgebaut und das Gesundheitswesen „durchschaubar“ werden. (Die Bürokratie hat massiv zugenommen, die Änderungen im Gesundheitswesen werden für die Leistungserbringer wie Empfänger zunehmend undurchsichtiger).

Die Große Koalition hatte die Reform mit zwei wesentlichen Zielen angekündigt. Die Beiträge der GKV sollten sinken und die Gesundheitskosten vom Faktor Arbeit abgekoppelt werden, beide Ziele wurden nicht erreicht. Die seit Jahren bekannten Strukturdefizite und Kostenfallen im Gesundheitssystem blieben weitgehend unangestastet. Statt eine Positivliste für Arzneimittel einzuführen, verhandeln die Krankenkassen um günstige Pharmatarife. Statt die strenge Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung durch eine reguläre integrierte Versorgung aufzuheben, verharren die bisherigen Projekte in der Modellphase. Statt einer generellen Umstellung der Ärzthonorierung sollen die Kassen mit Ärzten direkte Vertragsbeziehungen eingehen können.

Die neue Regierung hat für die Gesundheitsversorgung verschiedene Handlungsmöglichkeiten:

— **Bekanntnis zum KV-System,** dann mit allen Konsequenzen und Rücknahme aller Regelungen, mit denen die Arbeitsfähigkeit der KV beeinträchtigt und ein eindeutiges Bekenntnis zu einer starken Selbstverwaltung ausgesprochen werden.

— **Schaffung eines anderen,** aber durchgängigen Kollektiv-Vertragssystems ohne Körperschaften des öffentlichen Rechts, z. B. von freien ärztlichen Zusammenschlüssen auf regionaler Ebene.

- Ablösung der allgemeinen Versicherungspflicht durch eine Pflicht zur Versicherung mit Markt und Wettbewerb als übergreifendes Prinzip, damit Aufgabe einer organisierten Gesundheitsversorgung.
- Staatsmedizin mit zentral regulierter und kontrollierter Gesundheitsversorgung, steuerfinanziert, mit Budgetierung, mit Wartelisten und stiller Rationierung.
- Weiterentwicklung der beiden letzten Gesundheitsgesetze, des GKV-Modernisierungsgesetzes und des GKV-Wettbewerbstrückungsgesetzes, mit klarer Zielvorgabe. Das dürfte in ein staatlich reguliertes Hausarztssystem und eine krankenhauszentrierte Facharztversorgung münden, ebenfalls mit Budgetierung, Wartezeiten und stiller Rationierung, verbunden mit dem Ende der bisherigen Privaten Krankenversicherung.

Nach welchen Gesundheitszielen sollte sich die künftige Politik ausrichten:

- Versorgungssicherheit für den Patienten auch im Alter
- Planungssicherheit für den Leistungserbringer, Kostensicherheit für den Versicherten
- Medizinischer Fortschritt für alle, der sinnvoll und finanzierbar ist.

Nach welchen Zielen die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung:

Der Gesundheitsfonds und der von der Bundesregierung festgesetzte Beitragssatz für alle Krankenkassen führen zur Zentralisierung und kompletten Regulierung des Gesundheitswesens. Eine dauerhaft gesicherte Finanzierung ist ohne die Definition eines Grundleistungskatalogs bei dem zu erwartenden Finanzbedarf nicht machbar.

Vorschläge für eine mögliche Finanzierung wären:

Solidarische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wobei der Beitragssatz nicht über die jetzige Höhe von 15,5 Prozent steigen dürfte.

Steuermittel. Der Staat entzieht der GKV Mittel in Höhe von bis zu 48 Mrd. Euro jährlich durch

Finanzierung von Aufgaben, die als versicherungsfremde Leistungen oder als Gemeinschaftsaufgaben behandelt werden müssten. Der bisherige Solidaritätszuschlag müsste als Demographiezuschlag zur Einkommensteuer der solidarischen Krankenversicherung zugewiesen werden.

Gesetzliche Krankenkassen. Die Krankenkassen erhalten ihre regionale Finanz- und Gestaltungshoheit zurück.

Wahltarife, die der Krankenkasse Finanzmittel entziehen sollten abgeschafft werden.

Der staatlich festgesetzte einheitliche Beitragssatz und Gesundheitsfonds sollte mit der Finanzhoheit der einzelnen Krankenkasse abgeschafft werden.

Die Morbiditätsorientierung sollte abgeschafft werden, die im Risikostrukturausgleich mit der finanziellen Förderung ausschließlich von bestimmten Krankheiten falsche Anreize setzt, d.h. finanzielle aber nicht gesundheitliche.

Nach welchen Zielen der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung:

Deutschland hat den umfangreichsten Leistungskatalog eines Gesundheitssystems weltweit. Neue Leistungen kommen ohne Gegenfinanzierung hinzu. Eine öffentliche Diskussion über den Leistungsumfang der GKV ist dringend nötig, über Priorisierung, über Ausschlüsse aus dem Leistungskatalog. Dies muss ein dynamischer Prozess werden.

Die Finanzierung der Grundleistungen für eine bedarfsgerechte Versorgung erfolgt bis auf Zuzahlungen vollständig durch die GKV. Darüber hinausgehende Leistungen sind Zusatzleistungen, die vom Versicherten bezahlt werden müssen (Zusatzversicherungen). Eine Grundversorgung erfordert:

- einen bedarfsgerechten Leistungskatalog
- eine bedarfsgerechte Finanzierung dieses Leistungskatalogs
- eine leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer.

Der vom GBA vorgeschlagene Grundleistungskatalog muss diskutiert werden

Zuzahlungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ein individueller Beitrag bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zuzahlungen gibt es in allen Industrienationen mit steigender Tendenz, da alle Gesundheitssysteme sonst kaum zu finanzieren sind.

Zuzahlungen haben zwei Aufgaben:

- Sie sollen zu einer bewussten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen und damit steuernd wirken.
- Sie sollen zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen. Zuzahlungen können nur dort steuernd wirken wo der Bürger auch mitentscheiden kann.

Wo sind weitere Veränderungen erforderlich?

In der Vertragsärztlichen Versorgung und für Kassenärztliche Vereinigungen:

- Aufhebung der Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung, besonderen ambulanten Versorgung und integrierten Versorgung.
- Neues und vereinfachtes Honorarsystem, das belohnt, was bedarfsbestimmt ist, das Qualität in der Versorgung und das Patientengespräch fördert.
- Bürokratieabbau mit Überarbeitung des gesamten SGB V und des KVeigenen Regelwerks.
- Stärkung der Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber.

In der Krankenhausversorgung:

Die plurale Krankenhausversorgung mit öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft und einer Rahmenplanung durch die Bundesländer bleibt erhalten. Die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer muss bedarfsgerecht sichergestellt werden.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss:

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird als Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung in seiner Entscheidungsbefugnis gestärkt,

damit das Bundesgesundheitsministerium auf die Rechtsaufsicht begrenzt wird ohne die Möglichkeit, eine Genehmigung mit Auflagen zu verbinden oder zusätzliche Informationen und Stellungnahmen einzuholen.

Fazit

Es gibt viel zu tun und es ist keine leichte Aufgabe, aber eine Entrümpelung des SGB V und der Regelungen im Gesundheitswesen mit Bürokratieabbau sowie Verwaltungsvereinfachung muss unbedingt erfolgen. Diese Rationalisierung wäre verbunden mit einem Abbau von Resignation und Demotivation in allen Gesundheitsberufen, aber mit Anreizen für nachwachsende Generationen, einen Gesundheitsberuf zu wählen. Die freiberufliche Verantwortung ist die Voraussetzung eines funktionierenden Gesundheitssystems. Eine ortsnahe Versorgung, ein von persönlichem Vertrauen geprägtes Verhältnis von Arzt und Patient sind Grundwerte, die ein Gesundheitssystem auszeichnen. Die freie Wahl des Arztes sichert das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt und anderen Leistungsträgern wie Apotheker oder Einrichtungen im Gesundheitswesen, z. B. des Krankenhauses. Die gewünschte Qualität kann nur im Rahmen dieses Vertrauens mit einer hohen Sorgfalt und Verantwortung verwirklicht werden. Dies ist unser Wunsch an den neuen Gesundheitsminister Philipp Rösler – Sorgfalt kombiniert mit der dringend notwendigen Verantwortung im Sinne aller im Gesundheitswesen Tätigen und deren Patienten, die sie tagtäglich versorgen!

Dr. T. Eversmann

1. Vorsitzender des BDE und Sprecher der Sektion Endokrinologie im Berufsverband der Deutschen Internisten (BDI), München