

# Gesundheitsreform: Zu schwierig, um sie der Politik zu überlassen

*Der Förderkreis Qualitätssicherung tagte am 30. Oktober in Bad Segeberg. Patientenvertreter fordern in Entscheidungen eingebunden zu werden.*

Keine der zahllosen „Gesundheitsreformen“ der letzten Jahrzehnte hat die durch zu geringe Beitragseinnahmen, demografischen Wandel und medizinischen Fortschritt bedingte chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens dauerhaft beseitigen können. Auch von den jüngsten Reformen – GKV-Finanzierungsgesetz, Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) – ist das nicht zu erwarten. Aber was ist überhaupt zu erwarten auf der „Dauerbaustelle Gesundheitsreform“? Um diese Frage ging es beim Herbstsymposium des Förderkreises Qualitätssicherung e.V. (FKQS).

Gesundheitspolitik ist nach wie vor Flickarbeit; niemand hat die geniale Idee, die die Kernprobleme löst. Wie auch, wenn das Statistische Bundesamt mitteilt, dass jeder sechste Bundesbürger „arm“ sei – und damit eher Leistungen empfängt als Geldleistungen beiträgt? Kurzfristig, im kommenden Jahr, werde sich die Finanzlage der GKV verbessern, erwartet der Gesundheitsökonom Dr. Thomas Drabinski (Institut für Mikrodaten-Analyse Kiel); einerseits durch die konventionellen Instrumente wie Beitragssatzanhebung (plus 0,6 Prozent) und Steuersubvention (15,3 Milliarden Euro), andererseits durch das Instrument Zusatzbeitrag. Der jedoch sei lediglich der „Hauch einer Gesundheitsprämie“. Drittens könne sich – theoretisch – die Kostenerstattung zu einem Werkzeug für eine stärker regionalisierte Vergütung entwickeln. (Drabinski: „Warum sollte nicht die KV Rechnungen an Versicherte verschicken?“) Schließlich impliziere jede Form der Einzelleistungsvergütung schon im Prinzip eine gewisse Nähe zur Kostenerstattung. – Allerdings: Echte Chancen, populär zu werden, hat die Kostenerstattung nur, wenn es überzeugend gelingt, ihre falsche Gleichsetzung mit „Vorkasse“ zu widerlegen. Gelingt das nicht, wird wohl keine Volkspartei die Kostenerstattung auf ihre Fahnen schreiben können. – Dies zu den ungelösten Zukunftsfragen der GKV. Und wie steht es um die Zukunft der privaten Krankenversicherung? Drabinski sieht eine Ten-

denz zur Zusammenlegung beider Systeme, wobei die Frage, welche Seite dominieren werde, sich noch nicht beantworten lasse. Eine klare Prognose wagte Drabinski allerdings: Wenn bis Ende 2011 keine dauerhaft wirkungsvolle Finanzierung des Gesundheitswesens gefunden werde, komme „nach der nächsten Bundestagswahl die einheitliche Deutsche Bürgerversicherung“.

Eine kleinere Partei wie die FDP muss nicht in gleicher Weise wie die (noch) großen Volksparteien auf die Popularität ihrer Vorschläge achten. Dennoch konzentrierte sich die FDP-Bundestagsabgeordnete Christine Aschenberg-Dugnus (Strande bei Kiel) auf Rechtfertigungen für die Schritte von Bundesgesundheitsminister Rösler: Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz habe zunächst mal die von Schwarz-Rot mit Schulden finanzierte GKV-Beitragssatzsenkung korrigiert werden müssen. Das sei das Dringendste gewesen, und weder Versicherte noch Gesundheitsberufe seien einseitig belastet worden. Auch sie konnte verständlicherweise keine Generallösung vorschlagen, legte sich in einem Punkt jedoch eindeutig fest: „Öffnungsklauseln für die PKV wird es mit der FDP nicht geben, auch nicht mit Minister Rösler.“ – Hier zog der Leiter des Ersatzkassenverbandes Schleswig-Holstein, Dietmar Katzer, das Wort an sich: Die als Wettbewerbsinstrument gedachten Zusatzbeiträge bzw. -prämien hätten den betreffenden Kassen nicht mehr Gestaltungsfreiheit, sondern nur Mitgliederschwund gebracht. Katzer erneuerte den Vorschlag der Ersatzkassen, den Wettbewerb durch die Aufteilung der Versorgungsansprüche in verschiedene (Zusatz-)Versicherungsmodule zu verwirklichen. Kammerpräsident Dr. Franz-Joseph Bartmann, der in seiner Eigenschaft als FKQS-Vorsitzender für Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vizepräsident der Bundesärztekammer, einsprang, fasste die Lehren der langen Gesundheitsreform-Historie in einem Satz zusammen: „Die Zukunft der Versorgung ist nicht auf Dauer mit Variationen des Beitragssatzes zu si-



Dr. Franz Bartmann



Dr. Thomas Drabinski

(Fotos: Dav)

chern.“ Unter anderem, weil Geld zwar zentrale Bedeutung hat, aber nicht alle Probleme lösen kann. Ein Beispiel: Nach einer aktuellen repräsentativen Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei Medizinstudenten können sich zwar noch 38 Prozent vorstellen, Hausarzt zu werden – aber nur vier Prozent würden aufs flache Land ziehen. Woraus das nüchterne Fazit gezogen werden müsse: Nicht überall, wo mal ein Arztsitz gewesen ist, könne dieser wieder besetzt oder erhalten werden. – Da wird dann manchmal das Krankenhaus einspringen müssen, sekundierte Katzer. Was keineswegs automatisch teuer sein müsse als ein obligatorischer Vorrang für die ambulante Versorgung; in diesem Punkt stimmten Katzer und Bartmann in klärendem Zwiegespräch überein.

Unter den zahlreichen Referenten war Bartmann der einzige, der die Diskussion um die Gesundheitskostenfinanzierung mit zwei bemerkenswerten Statements erweiterte. Erstens: Der soziale Frieden in Deutschland bleibe nur erhalten bei guter medizinischer Versorgung für alle – „sonst gibt es Hauen und Stechen“. Zweitens: Gerade Ärzte dürften nicht in den Verdacht geraten, ausschließlich über Geld zu reden – „wir müssen konstruktiv arbeiten“.

Vdek-Chef Dietmar Katzer sah den sozialen Frieden bereits tangiert durch Aufkündigung der paritätischen Beitragssätze und Fixierung der Arbeitgeberbeiträge. Das habe man jedoch von der FDP nicht anders erwartet; überraschend jedoch sei die Herausbildung der CSU zu einem „sozialen Korrektiv“; dies liege wohl an ihrer Eigenschaft, Volkspartei zu sein. Im Übrigen solle man sich von Wettbewerbsgedanken im Gesundheitswesen verabschieden – „das ist nicht der Ort für Wettbewerb“.

Was wollen denn die Patienten/Versicherten eigentlich? Und wer spricht deren Wünsche aus? Nun, die Verbraucherschützer jedenfalls reklamieren für sich, die Wünsche der Patienten zu kennen und als deren Vertreter zu sprechen. Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg nannte ein Indiz für diesen Anspruch: Patienten sind in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkter als andere „Kunden“, weil der Widerpart ihrer Wünsche in ihrer eigenen Befindlichkeit lokalisiert sei. Patienten wünschten also ein durchschaubares Gesundheitssystem; eine für Laien verständliche, nicht-einschüchternde Ansprache; Aufhebung der Trennung von GKV und PKV; „Ethik statt Monetik“; besseres Risiko- und Beschwerdemanagement, Vorrang für Prävention und überhaupt eine „evidenzbasierte Gesundheitspolitik“. Letztere wäre wirklich mal was Neues.

Den Bogen zurück zur Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung und zu den Wünschen der Ärzte schlug die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Ingeborg Kreuz. Deutschland wird älter, der Behandlungsbedarf steigt – gleichzeitig droht auf der anderen Seite Ärztemangel wegen angenehmerer Arbeitsbedingungen im Ausland; und das pauschalierte, gedeckelte, mit Degression drohende Vergütungssystem sei gescheitert. Wirksame Hilfen für die Ärzteseite seien die Einzelleistungsvergütung ohne Budget, Kostenersatzung, regionalisierte Preisfindung, Eigenbeteiligung mit Sozialausgleich: „Wir haben die Freiheit, regionale Modelle auszuprobieren.“ Drabinski stimmte ihr zu: Eigenbeteiligung mit Sozialausgleich, das sei sofort zu machen. Und wenn man künftig „die Patienten abholt“, also neue Modelle mit den Versicherten gemeinsam erarbeite, stiegen die Realisierungsaussichten. *Jörg Feldner*