

„Dem Gesundheitssystem drohen irreparable Schäden“

Die von der Bundesregierung verabschiedeten „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform“ müssen neu ausgerichtet werden, mahnt der SPD-Bundestagsabgeordnete Wolfgang Wodarg. In einem Exklusiv-Beitrag für unsere Zeitung fordert Wodarg eine Bündelung der Kräfte in der Region und die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften in den einzelnen Bundesländern, die das Gesamtbudget aller Kassen verwaltet und mit Kliniken, Ärztenverbänden sowie anderen Leistungserbringern bedarfsgerechte Verträge abschließt. Versicherte und Arbeitgeber sollen dann in einen Landesgesundheitsfonds einzahlen.

14 Jahre ist es her, dass Rudolf Dreßler (SPD) und Horst Seehofer (CSU) in Lahnstein eine Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aushandelten, die mehr Leistung und eine professionellere Selbstverwaltung bringen sollte. Die Solidarkassen der Arbeiter und der Angestellten wurden für alle Versicherten geöffnet und gleichzeitig in einen Wettbewerb gestellt. Jene cleveren Unternehmen, die zur Senkung ihrer Lohnnebenkosten für ihre jungen und gesunden Mitarbeiter Betriebskrankenkassen gegründet hatten, sollten über einen Risikostrukturausgleich (RSA) an den höheren Ausgaben für Alte und chronisch Kranke beteiligt werden, die sie in den „Versorgerkassen“ zurückgelassen hatten.

Doch der RSA, der die „Fonds“ der 250 gesetzlichen Krankenkassen verbindet und die Belastungsunterschiede in Bezug auf Alter, Geschlecht, Einkommen und beitragsfrei Mitversicherte ausgleichen soll, hielt nicht, was er versprach: Die neuen Kassen analysierten ihre Ausgabenprofile sehr genau – und stellten erschrocken fest, dass nur fünf Prozent ihrer Versicherten 80 Prozent der Ausgaben verursachten. Der in Lahnstein erfundene RSA glied die unterschiedliche Belastung der Kassen mit chronisch Kranken bei weitem nicht aus.

Seither werben die Kassen um die Wette – und zwar um möglichst viele und möglichst gesunde Versicherte. Eine Kasse, die sich für chronisch Kranke ins Zeug legt, muss mit dem Klammerbeutel gepudert sein, denn sie lockt jene Versicherten an, die hohe Ausgaben verursachen. Die traurigen Folgen sind bürokratische Hürden bei der Leistungsgewährung, ausgedünnte Betreuungs- und Beratungsstrukturen und Vermeidung spezieller Angebote für chronisch Kranke.

Dagegen wird Unnötiges für jene angeboten, die statistisch gesünder sind – Röntgenaufnahmen, Herzkatheteruntersuchungen, Labortests haben Konjunktur. So kommt es, dass wir etwa ein Viertel unserer Kassenbeiträge immer noch für Unter-, Über- und Fehlversorgung verschleudern. Niemand fühlt sich verantwortlich, den gefährlichen Angebotsdschungel des durch Medizintechnik, Krankenhaus- und Pharmakonzerne dominierten „Gesundheitsmarktes“ für die Versicherten zu durchforsten, damit nur das Notwendige sichergestellt wird – in guter Qualität und für alle, die es brauchen. Das wäre die eigentliche Pflicht aller Krankenkassen! Sie sind die Einkäufer. Sie schließen die Verträge mit den Leistungsanbietern ab und haben vom Gesetzgeber Macht und Möglichkeiten erhalten, ihre Aufgabe zu erfüllen. Doch es herrscht die organisierte Unzuständigkeit.

Chronikerprogramme, bessere Integration von ambulanten und stationären Angeboten, Prävention und Rehabilitation für chronisch Kranke, Palliativmedizin, Engagement für gefährdete Menschen in sozial schlechter Lage: All das sind Projekte, die wirklich notwendig wären. Doch sie werden nur zögerlich oder gar nicht dem entstehenden Flickenteppich tausender Einzelverträge hinzugefügt.

Um dieses im Kern marode System etwas gerechter zu gestalten, wollte der Gesetzgeber den bisherigen RSA im Jahr 2007 durch einen morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA) ablösen.

Diese wäre aufgrund einer Vielzahl von einzubeziehenden Krankheits- und Kassendaten verwaltungstechnisch aufwendig, böte den Kassen aber einen stärkeren Ausgleich für die Versorgung von Chronikern. Nachdem das Thema Gesundheit bei den Koalitionsverhandlungen nach der Bundestagswahl 2005 ausgeklammert worden war, wurde jetzt der Morbi-RSA wieder zur Verhandlungsmasse. Durch die für kurz vor der nächsten Bundestagswahl versprochene Einführung eines Gesundheitsfonds, in den alle gesetzlich Versicherten direkt einzahlen, will die Koalition den bereits per Gesetz fixierten Morbi-RSA gleich mit erledigen. Eine neu zu schaffende Gesundheitsfonds-Behörde soll dann ihre Gelder auf die Kassen so verteilen, dass Risiko-Selektion sich nicht mehr lohnt. Der Gesundheitsfonds fand anfangs auch bei der SPD breite Zustimmung, weil er die risikogemäße Verteilung des Gesamtbudgets aller Kassen übernehmen, die Privaten Krankenversicherungen (PKV) in Fond und Risikoausgleich einbinden und den Wechsel in eine zunehmend durch Steuern finanzierte Krankenversicherung einleiten könnte.

Die Präsentation der „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“, durch Beck, Merkel und Stoiber als Verhandlungserfolg gepriesen, erinnerte allerdings an das Märchen von des Kaisers neuen Kleidern. Die nackten Tatsachen: Der gesetzlich bereits fixierte Morbi-RSA wird zurückgenommen und durch die Kopplung an den neuen Fonds in die Nähe der nächsten Bundestagswahl und damit auf unbestimmte Zeit verschoben. Die privaten Kassen werden aus dem Fonds und damit auch aus dem RSA herausgehalten. Und der hoch gelobte Einstieg in die Steuerfinanzierung ist eine hohle Phrase angesichts des realen Ausstiegs des Finanzministers, der der GKV gerade die Tabaksteuer in Höhe von 4,5 Milliarden Euro entzogen hat.

Hinzu kommt, dass weitere entsolidarisierende Hebel sehr unauffällig angesetzt wurden: Wenn die Kassen mit dem Fonds nicht auskommen, können sie nämlich entweder einen prozentualen Zusatzbeitrag oder eine „kleine“ Kopfpauschale von den Versicherten fordern. Aber: Prozente wären nur für Geringverdiener interessant – und die sind bei den Kassen nicht beliebt.

So hat sich die CDU/CSU zur Freude der privaten Versicherungswirtschaft mit ihren beiden Hauptforderungen durchgesetzt: Die Arbeitgeberbeiträge werden festgeschrieben, so dass die Unternehmen, anstatt für niedrige Beiträge zu streiten, lieber Profit im „Gesundheitsmarkt“ suchen können. Und wachsende Ausgaben werden in Zukunft nur von den Arbeitnehmern getragen. Aus den bereits genannten Gründen wird also die Kopfpauschale zur Regel werden. Auch die viel gerühmte Verhinderung von Leistungsausgrenzungen ist nur vordergründig ein Erfolg der SPD-Verhandlungsgruppe. Horrorszenarien wie die Forderung nach Ausgrenzung häuslicher Unfallrisiken oder selbst verschuldeter Verkehrsunfallfolgen waren CDU/CSU-Verhandlungstricks – und politisch chancenlos. Die SPD hat sich zu defensiv verhalten. Und Ausgrenzungen kommen jetzt durch die Hintertür.

Was als Erweiterung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten bejubelt wird, bedeutet Einschränkung für all jene, die auf Solidarität angewiesen sind: Den Kassen sollen mehr und neue Möglichkeiten geboten werden, sich dort zu konzentrieren, wo Nachfrage lockt. Doch wer chronisch krank und arm ist, dem schaden diese Möglichkeiten mehr als sie ihm nützen.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Wettbewerb ist wichtig. Wird er unter den Leistungsanbietern geschaffen, so kommt dies allen Versicherten zugute. Wettbewerb unter den Krankenkassen aber schwächt die Solidarität der Versicherten und stärkt nur die Position der Leistungsanbieter und der privaten Versicherungen. Denn stehen jetzt die 250 Kassen dem Monopol einer Kassenärztlichen Vereinigung oder einer Krankenhauskette oder internationalen Pharma-Multis gegenüber, so führt ihr Wettbewerb zu einer Schwächung der

gemeinsamen Nachfragemacht der Versicherten - und damit zu tendenziell steigenden Preisen.

In Schweden dagegen kauft das staatliche Gesundheitswesen Arzneimittel und andere Leistungen als staatlicher Monopolist mit zähneknirschender Duldung des EU-Wettbewerbskommissars sehr günstig ein – und wendet so nur 9 Prozent des Bruttoinlandsproduktes für sein Gesundheitswesen auf, wo wir 12 Prozent brauchen!

In Deutschland gilt das GKV-System in Beraterkreisen als einer der „vielversprechendsten zu deregulierenden Märkte“ – und es sind langfristige Strategien, die unseren Sozialstaat verkaufen. Besteht also wenig Hoffnung für das solidarische Gesundheitswesen Deutschlands?

Die CDU/CSU hat in allen Verhandlungen den Interessen der Arbeitgeber, der privaten Versicherungswirtschaft und der Gesundheitsindustrie zum Durchbruch verholfen. Die SPD ist erkennbar gespalten in solche, die die GKV für die „dynamische Wachstumsbranche Gesundheitswesen“ nutzen möchten und solche, die Gesundheit als Kernaufgabe einer sozialen, demokratischen Gesellschaft sehen.

Die politische Gemengelage ist bei Anhörungen des Gesundheitsausschusses in Berlin zu beobachten: Auf der einen Seite sitzen vor allem von CDU/CSU und FDP eingeladene Fachleute für Deregulierung und Privatisierung, auf der anderen Seite die von SPD, Grünen und Linken eingeladenen Vertreter der Krankenkassen. Beide singen den verwirrten Laien aus der Politik das Lied von mehr Vertragsfreiheit. Denn sie streiten jeweils um größere Reviere in jenem Sumpf, in dem die chronisch Kranken und hilfsbedürftigen Versicherten zu versinken drohen. Doch wer einen Sumpf trockenlegen will, sollte nicht die Frösche fragen!

Apropos Frosch: Klaus-Detlef Dietz, kämpferischer Redenschreiber Rudolf Dresslers für die Stärkung des solidarischen Gesundheitswesens, wurde von der PKV mit einem Geschäftsführerposten belohnt, nachdem er gemeinsam mit Dressler in Lahnstein den Sprengsatz des Wettbewerbs in das Solidarsystem GKV gelegt hatte. Und so übertönen der vielstimmige Chor aus dem gesetzlich geschützten Biotop GKV und die Wettbewerbshymnen der privaten Versicherungswirtschaft völlig das leise und vielfältige Klagen der Betroffenen und ihrer Vertreter.

Dabei drohen unserem sozialen System durch marktliberale Kurzsichtigkeit irreparable Schädigungen – und deshalb sind einschneidende Maßnahmen erforderlich. Der ohnehin brüchige Kompromiss zur Gesundheitsreform muss an folgenden Elementen ausgerichtet und neu zu diskutiert werden: Um die Versichertengemeinschaft gegenüber den Leistungsanbietern zu stärken, braucht es Zusammenarbeit statt Wettbewerb. 16 Arbeitsgemeinschaften, für jedes Bundesland eine, können die Kakophonie der 250 konkurrierenden Kassen von heute ersetzen. Jede Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) bündelt die Kraft aller in der Region aktiven Kassen und übernimmt so die Budget- und Strukturverantwortung. Versicherte und Arbeitgeber zahlen in einen Landesgesundheitsfonds ein, der das Gesamtbudget aller Kassen darstellt. Die Geschäftsführung der LAG schließt mit Kliniken, Ärzteverbänden und anderen Leistungserbringern bedarfsgerechte Verträge ab und ist für Struktur und Qualitätssicherung verantwortlich. Im LAG-Aufsichtsrat kontrollieren die einzelnen Kassen die Geschäftsführung und vertreten die Interessen ihrer Versicherten – so kann sich die IKK zum Beispiel für die Handwerker, die BKK für Industrieangestellte oder die AOK für Rentner und chronisch Kranke stark machen, ohne für ihr Engagement finanziell abgestraft zu werden.

Ein Risikostrukturausgleich wird überflüssig, zwischen den Bundesländern bestehende Unterschiede können durch einen Länderfinanzausgleich neutralisiert werden, der auch Steuerzuschüsse aufnehmen sollte. Die Krankenkassen als Vertreter ihrer Versicherten erhalten die Verwaltungskosten entsprechend ihrer Mitgliederzahl aus dem Fonds.

Gesundheitspflege ist eine gesellschaftliche Kernaufgabe, die ein liberalisierter Versicherungsmarkt nicht leisten kann. Die Solidargemeinschaft kann jedoch den Wettbewerb der Anbieter nutzen, um notwendige Leistungen in guter Qualität günstiger einzukaufen. Das müssen wir beachten, wenn wir in Deutschland weiterhin stolz darauf sein wollen, dass durch Krankheit, Alter oder Behinderung niemand in Not kommt. Und eines ist gewiss: Der Erhalt der Solidargemeinschaft ist im Zweifelsfall wichtiger als der Erhalt einer großen Koalition.

WOLFGANG WODARG