

Editorial

Noch bevor die neue Gesundheitsreform in Kraft treten kann...

... werden die Versicherten in einem bisher nicht bekannten Ausmaß zur Kasse gebeten. In Einzelfällen bis zu 1,6 Prozentpunkte mehr zahlen rund 70 Millionen Arbeitnehmer und Rentner ab 1. Januar 2007 an höherem Beitrag. Die durchschnittliche Erhöhung beträgt 0,7 Prozentpunkte auf dann einen durchschnittlichen Beitragssatz von 15%. Im Einzelfall kann dies eine Steigerung von über € 50 bedeuten. Da jedoch gleichzeitig die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von 6,5 auf 4,2% des beitragspflichtigen Einkommens

gesenkt werden, kommt es trotz einer weiteren Steigerung der Beiträge zur Rentenversicherung auf dann 19,9% insgesamt zu einer geringen Senkung der Lohnzusatzkosten.

Das Monstrum Gesundheitsfonds wirft bereits jetzt seine langen Schatten voraus. Auch seine Verschiebung auf das Jahr 2009 (!) nützt nur den Regierungsparteien und nicht dem Beitragszahler. Der wird nämlich weiter zur Kasse gebeten werden. In den jetzt zum Teil saftigen Beitragssatzsteigerungen ist nämlich auch allem Anschein nach eine politische Unsicherheitsprämie enthalten. Die Kassen wappnen sich für eine Reform,

deren Kosten und Umverteilungswirkungen nicht überschaubar sind. Bevor der Wettbewerb der Kassen untereinander durch das sog. „Wettbewerbs-Stärkungsgesetz“ mit einem staatlich festgesetzten einheitlichen Beitragssatz völlig abgeschafft werden wird, nutzen die Kassen ihre Gestaltungsspielräume aus. Dies ist legitim.

Die Reaktion von Ulla Schmidt, die Beitragssatzerhöhungen hätten mit dem geplanten Reformgesetz nichts zu tun, ist unlauter und so falsch wie der Name „Wettbewerbs-Stärkungsgesetz“. Die ganze Wahrheit ist, wie dies sogar ein AOK-Chef formuliert



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

hat, aber noch schlimmer: Die Beiträge werden weiter steigen, während die Leistungen sinken.

Kein Wunder, dass die Bevölkerung der Gesundheitsreform ein vernichtendes Urteil ausstellt, glaubt sie doch den Beteuerungen von Ulla Schmidt und ihrer Mannschaft längst nicht mehr. Nach wie vor vertrauen Versicherte und Kranke „ihrem“ Arzt, mit

Abstrichen auch ihrer Kasse, nicht aber der Politik.

Das Vertrauen unserer Patienten in die Integrität unserer täglichen Arbeit ist und bleibt das wichtigste „Kapital“ in der Patienten-Arzt-Beziehung. Dazu gehören aber inzwischen auch die Informationen über die Auswirkungen einer verfehlten Gesundheitspolitik. Sachinformation statt Ideologie heißt hier die Devise. Ihr Berufsverband wird sie auch weiterhin in ihrer täglichen Arbeit unterstützen.

Ihr

Wolfgang Wesiack
Präsident

Baustelle Gesundheitswesen (Fortsetzung von Seite 1)

Woran krankt die deutsche Gesundheitspolitik?

Um von ihrer eigenen Untätigkeit abzulenken, greifen die verantwortlichen Politiker lieber zu gängigen Schuldzuweisungen. Für die Politik sind die Hauptschuldigen die „Leistungserbringer“ – und dort vor allem die Ärzte, die angeblich falsch und zu viel diagnostizieren und therapieren, dabei immer nur an den eigenen finanziellen Vorteil und nicht an die Gesundheit der Patienten denken usw. Dabei verhalten sich alle Beteiligten einschließlich der Patienten in diesem Gesundheitssystem rational. Ihnen wird von der Gesundheitsministerin immer wieder suggeriert, dass sie als Kassenpatienten Anspruch auf eine Rundumversorgung nach höchstem medizinischen Standard hätten. Wer will es den – oft schwer betroffenen – Menschen verdenken, wenn sie diese Versprechen im Notfall einfordern?

• Der Fehler liegt im System

Der Fehler liegt nicht bei den Menschen, sondern im System. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen die Leistungen nur aus-

reichend, notwendig und wirtschaftlich sein. Kranke Menschen wollen aber nicht nur ausreichende Leistungen, sondern eine optimale Versorgung mit medizinischen Gütern. Selbst scheinbar unnötige Leistungen, so denken die Betroffenen, könnten ihnen vielleicht helfen oder zumindest ihre Lebensqualität verbessern. Und oft trifft dies ja auch zu. Und was die Wirtschaftlichkeit betrifft, fordern die Patienten diese – verständlicherweise – in erster Linie von anderen und zuletzt von sich selbst. Diese Chimäre konnte in der Vergangenheit und in Zeiten stetigen Wirtschaftswachstums in etwa aufrechterhalten werden. Seit Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts ist diese Epoche jedoch auf absehbare Zeit vorbei.

• Verlässliche Rahmenbedingungen fehlen

„Qualität von Politik“, so sagte Bundespräsident Köhler in seiner Weihnachtsansprache, „muss sich beweisen“. Sie verlange „Stetigkeit und Stimmigkeit im Handeln“. Beides

ist in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik leider weitgehend nur als Negativum vorhanden.

Seit Jahren fehlen verlässliche Rahmenbedingungen nicht nur aber besonders in der Gesundheitspolitik. Gerade bei den Finanzierungsgrundlagen der GKV ist es in der Vergangenheit zu einem Verschiebeparkplatz ohnegleichen gekommen. „Raus aus den Kartoffeln, rein in die Kartoffeln“ scheint z.B. das Motto bei den sogenannten versicherungsfremden Leistungen zu sein.

Politik und ihre Gesetzgebung sollte sich auf das Wesentliche beschränken und nicht alle nur möglichen Ausnahmetatbestände regeln. Weniger ist hier sicher mehr. Das Subsidiaritätsprinzip muss auch im Gesundheitssystem wieder zur Geltung kommen. Das setzt aber Vertrauen in die Hauptakteure, die Krankenkassen und die ärztlichen Organisationen voraus. Krankenkassen und ärztliche Organisationen sind eben keine „Lobbyisten“ wie die Gewerkschaften, sondern dem Allgemeinwohl verpflichtet.

• Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Stetigkeit, Nachhaltigkeit

Gesundheit muss bezahlbar bleiben. Darüber sind sich alle einig. Nur wird in Zukunft nicht jeder Patient mehr

alles bekommen können. Er bekommt es jetzt schon nicht mehr. Doch diese Illusion wird von dieser Regierung und der sie tragenden Parteien weiter aufrechterhalten. Für eine festgelegte Summe Geldes, für ein Budget, kann es jedoch nicht unbegrenzt medizinische Leistungen geben.

Was also ist von einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik zu fordern?

Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Stetigkeit und Nachhaltigkeit.

Anstatt immer wieder neue Leistungen einzuführen, muss der Leistungskatalog der GKV eine Grundversorgung garantieren. Neue Leistungen müssen zusätzlich finanziert werden. Der mündige Bürger muss auch in der GKV zusätzliche Wahloptionen

bekommen, für die er dann eine Zusatzversicherung abschließen kann.

Verlässlichkeit bedeutet, dass die Politik stabile strukturelle und finanzielle Rahmenbedingungen vorgibt und diese dann auch einhält.

Stetigkeit bedeutet die verlässliche kontinuierliche Weiterentwicklung des Systems mit konkreten Aussagen, was solidarisch zu finanzieren und was jeder Einzelne darüber hinaus auch bezahlen muss.

Und Nachhaltigkeit bedingt, dass auch unsere Kinder unser solidarisches Gesundheitssystem noch schultern können, in dem alle eine Mindestversorgung erwarten dürfen. Davon sind wir weit entfernt.

Dr. Wolfgang Wesiack

Personalia

Arbeitsgemeinschaft Radiologie, Nuklearmedizin und MRT im BDI e. V.

Herr Dr. med. Joachim Böhm, Straubing, wurde zum 2. Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft gewählt.

Der BDI gratuliert herzlich und wünscht viel Erfolg!



Der Gesundheitsfonds und seine Folgen

Wer hat Recht und wer hat Unrecht?

Mit großem Erstaunen registriert die Öffentlichkeit eine Diskussion über die finanziellen Folgen des Gesundheitsfonds, wobei gestandene Wissenschaftler bei der Bewertung der Folgen des Gesundheitsfonds zu extrem unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Während nach Ansicht eines Kieler Wissenschaftlers die Folgen für einzelne Bundesländer wie Baden-Württemberg und Bayern die Milliardengrenze überschreiten, kommen die anerkannten Sachverständigen Rürup und Wille zu ganz anderen Zahlen, die sich in der Zehnerpotenz unterscheiden. Nach ihrer Ansicht muss kein Land mehr als die angestrebte Grenze von 100 Mio. Euro zusätzlich aufbringen. Wer hat nun Recht?

Wie ist es möglich, dass zwei Gutachten, die jeweils die Objektivität der Wissenschaft für sich reklamieren, zu solch unterschiedlichen Ergebnissen kommen?

Während bei der Renten- und Arbeitslosenversicherung eine bundeseinheitliche Regelung bezüglich der Beiträge und der Leistungen besteht, gibt es bei der Krankenversicherung noch länderspezifische Unterschiede. Insbesondere bei den Beiträgen wird deutlich, dass die Krankenkassen, wenn sie regional organisiert sind, ganz unterschiedliche Sätze erheben. Ein typisches Beispiel ist hier die Allgemeine Ortskrankenkasse. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen sind hier besonders offensichtlich. Demgegenüber gibt es Ersatzkrankenkassen, die einen bundesweiten Beitragssatz erheben.

● **Verschiebeparkplatz Risikostrukturausgleich**

Die Leistungserbringung macht demgegenüber an den Landesgrenzen

nicht Halt. Vom Prinzip her haben deshalb die Professoren Wille und Rürup Recht, wenn sie grundsätzlich eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Krankenversicherung einfordern. Um die Finanzmittel gleichmäßig zu verteilen gibt bereits seit Jahren den Risikostrukturausgleich (RSA) durch das Bundesversicherungsamt. In der Öffentlichkeit ist über die Größenordnung des Risikostrukturausgleichs bei der Länderausgleichszahlung bisher aber nichts bekannt gewesen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat übrigens ein ähnliches ordnungspolitisches Prinzip, das sie Fremdkassenausgleich nennt. Auch hier wird bei der internen Diskussion immer wieder deutlich, wie schwer solche Ausgleichszahlungen zu berechnen sind. So verwundert es nicht, wenn die Kieler Analyse und das Gutachten von Rürup und Wille völlig unterschiedliche Ergebnisse haben.

● **Gutachten mit und ohne RSA**

Das Kieler Gutachten scheint auf alle Arten der Finanzverschiebung zwischen den Ländern abzuheben, d.h. die seither weitgehend unbekanntes Zahlungen über den Risikostrukturausgleich zwischen den Ländern werden genauso in die Diskussion mit einbezogen wie die zusätzlichen Folgen des Gesundheitsfonds mit einer Vereinheitlichung des Beitragssatzes.

Demgegenüber betrachten Rürup und Wille nur die Auswirkungen des Gesundheitsfonds und gehen dabei nicht auf die bereits jetzt bestehenden Ausgleichszahlungen durch den Risikostrukturausgleich ein. Es ist zu vermuten, dass dieser unterschiedliche Denkansatz zu unterschiedlichen Zahlen führt. Damit würde sich die Diskrepanz der beiden Gutachten erklären.

● **Nachhilfe für die Bundesländer**
Verblüffend ist die Reaktion der Politiker auf die beiden Gutachten. Auf

Bundesebene kann man sich locker zurücklehnen. Verweist man doch auf die bereits jetzt bestehende Regelung des Risikostrukturausgleichs und betont, dass die Differenzen, die durch den Gesundheitsfonds zusätzlich eingeführt werden, nicht erheblich sind. Besonders süffisant wird dabei immer wieder darauf hingewiesen, dass man den Ministerpräsidenten des Landes Bayern unterstützt habe, indem man seiner Forderung auf eine Begrenzung dieser zusätzlichen Belastung auf 100 Mio. Euro zugestimmt habe.

In dieser Situation ist das Verhalten der betroffenen Bundesländer schwer zu erklären. Ist diesen Ländern erst durch die Diskussion über den Gesundheitsfonds klar geworden, welche Transferleistungen auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung aus ihren Ländern durch den Risikostrukturausgleich abgewickelt werden? Wenn dies tatsächlich der Fall ist, dann haben der Gesundheitsfonds – so verunglückt er von der Konstruktion auch sein mag – und die Diskussionen über seine finanziellen Folge ein Gutes: Die Landesregierungen haben, was die GKV-Finanzierung betrifft, etwas dazulernen dürfen.

Hans-Friedrich Spies

Info

Was steht in den Gutachten?

Die Analyse von Bert Rürup und Eberhard Wille mit dem Titel „Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer – Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit“ finden Sie im Internet unter www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/gutachten-ruerup-wile,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gutachten-ruerup-wile.pdf

Eine Stellungnahme zum Gutachten von Rürup und Wille durch den Autor der Kieler Analyse, Dr. Thomas Drabinski vom Lehrstuhl für Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Gesundheitsökonomik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, finden Sie auf den Seiten des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) unter www.ifmda.de.



Bild: Andrea Hartmann

Wer hat in der Gesundheitspolitik die besseren Karten? Noch hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ein leichtes Spiel und hofft, irgendwann die Bürgerversicherung als Ass aus dem Ärmel ziehen zu können. Doch wer weiß, welcher Mitspieler ab 2009 am Zug ist...

Kommentar (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Kuckucksei

● **Bessere Karten für Ulla Schmidt**

Ulla Schmidt hat eindeutig die besseren Karten im derzeitigen politischen Ränkespiel. Ihre Angriffe auf die sogenannten Leistungserbringer, auf die ach so teuren Krankenkassen und vor allem die angeblich so unsozialen Privatkrankenversicherungen begründet sie mit dem schwammigen Begriff der sozialen Gerechtigkeit. Sie schreckt auch nicht davor zurück, den weit verbreiteten Neidkomplex in unserer Gesellschaft für ihre Ziele einzusetzen. Wer kann schon etwas gegen die Argumente „Gesundheit für alle zu gerechten Preisen“ oder „Abschaffung der Mehrklassenmedizin“ einwenden, ohne gleich als unsozial abgestempelt zu werden?

● **Langfristiges Ziel: Bürgerversicherung**

Dass sie es geschafft hat, die jetzige Reform als zwangsläufige Vorstufe zu ihrem langfristigen politischen Ziel Bürgerversicherung durchzusetzen,

macht sie nur selten öffentlich. Auch, dass es ihr gelungen ist, massive Geldverschiebungen zuungunsten der wirtschaftlich prosperierenden CDU-regierten Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen, sozusagen eine Art zusätzlichen Landesfinanzausgleich der Sozialkassen auf den Weg zu bringen, auch darüber redet sie eher ungern. Es passt ihr bei anstehenden Landtagswahlen schon ins Geschäft, dass hier überwiegend SPD-regierte Länder profitieren.

● **CDU/CSU in der Sackgasse**

Die CDU/CSU versucht mit allen Mitteln aus dieser Sackgasse herauszukommen. Die Kanzlerin kann dabei nicht mehr helfen, hat sie doch blauäugig den unglückseligen Kompromiss selbst ausgehandelt und sogar zur Chefsache erklärt. Die CDU-Ministerpräsidenten der betroffenen Länder versuchen noch zu retten, was zu retten ist. Zunächst mit Hilfe eines Kieler Gutachtens über den Finanzausgleich, dem aber prompt von Ulla

Schmidt mit Hilfe der etablierten Sachverständigen Rürup und Wille widersprochen wird (siehe Artikel „Die Folgen des Gesundheitsfonds“). Wem soll man da glauben?

● **Auf dem Weg zur staatlich verordneten Einheitsmedizin**

Die CSU fordert plakativ den Erhalt der Krankenkassen. Ulla Schmidt muss da nur auf das Eckpunktepapier verweisen, dem die CSU selbst durch ihren bayrischen Ministerpräsidenten zugestimmt hat. Den Vogel schießt Baden-Württemberg ab. Man bietet ein politisches Geschäft an: Zustimmung zur Gesundheitsreform gegen Unterstützung bei Verkehrsprojekten im Ländle.

All diese Aktionen drücken nur die Hilflosigkeit der Union aus. Es wird dabei immer deutlicher, dass ihr in dieser Auseinandersetzung die sachkundigen Gesundheitspolitiker fehlen. Ulla Schmidt hat somit ein leichtes Spiel, ihre staatlich verordnete Einheitsmedizin weiter auf den Weg zu bringen, um sie nach der nächsten Bundestagswahl endgültig zu etablieren.

HFS