

Das ideale System

Die Gesundheitsreform hätte kein Monster werden müssen. Wie das Modell der Zukunft aussehen könnte

Erinnert sich jemand an das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993? Oder das Beitragsentlastungsgesetz 1996, das Solidaritätsstärkungsgesetz 1999 oder die Gesundheitsreform 2000? Seit den neunziger Jahren jagt eine Reform die nächste, suggerieren komplizierte Namen eine gesicherte Zukunft – ohne die Erwartungen am Ende zu erfüllen.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz der Großen Koalition, das kommende Woche im Bundestag und später im Bundesrat verabschiedet werden soll, setzt diese Tradition nahtlos fort. Es ist eine ebenso unzureichende Reform wie seine Vorgänger. Der einzige Unterschied: Nachdem die Koalition mit hochgesteckten Zielen gestartet war, haben die Regierungspartner am Ende ihre Ursprungspläne offiziell vertagt. Auf jene unbestimmte Zeit, in der eine der Volksparteien allein oder mit einem anderen, kleineren Partner regiert und das eigene, parteiideologisch gefärbte Finanzkonzept durchsetzen kann.

Der mühevoll ausgehandelte Kompromiss sei vor allem ein Einstieg – »in die Bürgerversicherung«, wie SPD-Fraktionschef Peter Struck erklärt, oder »in die Prämie der Union«, wie CDU-Generalsekretär Ronald Pofalla beteuert. Ein Einstieg, mehr nicht. Eine grundlegende Reform hat auch Schwarz-Rot nicht geschafft.

Die Option auf eine bessere Zukunft ist alles, was Wissenschaftler dem Machwerk zubilligen. Für den Essener Gesundheitsökonom Jürgen Wasem ist das, was die Politik von der Idee des Gesundheitsfonds übrig gelassen hat, allenfalls ein »institutionell guter Ausgangspunkt«. Dass sich »aus einigen Teilen der Reform in der kommenden Legislaturperiode ein nachhaltiger finanziertes und effizienter arbeitendes Gesundheitssystem entwickeln« lässt, räumt auch Bert Rürup ein, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Aber gleichzeitig kritisiert er den ideologisch verhagelten Reformmurks hart: Er habe »kein einziges Problem gelöst, sondern neue geschaffen«.

Vor allem der Streit um die richtige Finanzierung des Gesundheitswesens hat verhindert, dass überfällige Maßnahmen auf der Ausgabenseite angepackt wurden. Deshalb dürfte auch künftig gelten: Die Ausgaben steigen, ohne dass es dafür mehr medizinische Leistungen gibt. Inzwischen gilt das hiesige System als durchschnittlich um 25 Prozent teurer als andere europäische Systeme mit vergleichbarer Qualität der Versorgung und Lebenserwartung der Menschen, wie in den Niederlanden und Frankreich.

Mehr als 47 Prozent der Gesundheitsausgaben finanzieren die Bürger direkt, Tendenz steigend. Die Beiträge der Arbeitgeber sanken in den vergangenen zehn Jahren auf 36 Prozent, der Staat übernahm zuletzt noch 17 Prozent der Kosten.

Ginge es auch anders? Wie müsste eine Reform aussehen, die über Korrekturen am Bestehenden hinausgeht und die sogar Arbeit schafft? Was kann die Regierung tun, damit der 240 Milliarden Euro schwere Wachstumsmarkt nicht zum Selbstbedienungsladen für all jene Branchen wird, die vom Geschäft mit der Gesundheit profitieren? Und dafür, dass jeder Patient mit moderner Medizin behandelt wird und dies bezahlen kann?

In der Politik fehlt so ein großer Entwurf. Dabei können sich Experten überraschend schnell über die Grundzüge eines besseren Systems einig werden. Fünf Punkte stehen im Zentrum eines Reformmodells, das die ZEIT aus Gesprächen mit so unterschiedlichen Fachleuten wie Rürup, Wasem und dem Abgeordneten Karl Lauterbach destillierte. Es ist der Entwurf für einen revolutionären Umbau des deutschen Modells:

Erstens muss sich jeder Bürger nach diesem Konzept bei einem Versicherer seiner Wahl gegen Krankheitsrisiken grundversichern – unabhängig von seinem Einkommen oder beruflichen Status etwa als Beamter, Rentner oder Arbeitsloser. Die Versicherungspflichtgrenze würde entfallen. Private und gesetzliche Versicherer konkurrierten in einem einheitlichen Markt nach europäischem Wettbewerbsrecht.

Zweitens: Gleiche medizinische Leistungen werden bei jedem Versicherten gleich bezahlt, egal ob sie im Krankenhaus oder in einer Praxis erbracht werden. Für Qualität könnten Zuschläge gezahlt werden.

Drittens: Versicherer, Ärzte und Krankenhäuser schließen Verträge direkt ab, wobei die Interessen der Ärzte von deren Organisationen wie den kassenärztlichen Vereinigungen vertreten werden können. Die Leistungen würden ebenfalls direkt abgerechnet.

Viertens: Versicherungsfremde Leistungen wie die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern werden ordnungspolitisch korrekt aus Steuermitteln finanziert.

Fünftens: Eine Positivliste für nachgewiesenermaßen wirksame Medikamente wird eingeführt. Versicherer schreiben Wirkstoffe aus, für die sie die Kosten erstatten. Den Zuschlag bekommt das Pharmaunternehmen mit dem günstigsten Angebot.

Dieses Modell brächte nach Ansicht der Experten enorme Einsparungen, ohne dass die Versorgung schlechter würde. Durch die neuen Regeln für Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie erwartet Lauterbach Kostensenkungen von bis zu zwanzig Milliarden Euro innerhalb von zehn Jahren – die Prämien könnten um zwei Prozentpunkte sinken. Hinzu kämen weitere Beitragssenkungen aufgrund höherer Steuerzuschüsse. Die drei Experten gehören alle der SPD an, sie decken aber ein großes Spektrum ab. In ihrem Reformkonzept bei Ärzten, Krankenhäusern und Arzneierstellern sind sie sich einig. Bei der Finanzierung haben sie unterschiedliche Vorstellungen. Der Wirtschaftsweiser Rürup empfiehlt die Kopfpauschale. Sozialexperte Lauterbach hängt der Bürgerversicherung an. Einen Mix aus beidem präferiert Gesundheitsökonom Wasem. Das zeigt, dass Partei- und Konzeptgrenzen nicht deckungsgleich sind. Weder ist die Bürgerversicherung der SPD »links« noch die Kopfpauschale der Union ein »rechtes« Modell. Und: Die Reform der Strukturen in der medizinischen Versorgung hängt nicht zwangsläufig von der politischen Entscheidung zwischen Steuerfinanzierung und Kopfpauschale ab, die die nächste Bundesregierung zu treffen hat.

Allerdings dürfte der Umbau des Gesundheitssystems an der Finanzierungsfrage nicht scheitern. Schließlich handeln die Politiker weitgehend auf Basis derselben Erkenntnisse. Ein Gesundheitssystem, das überwiegend durch Abgaben auf Löhne und Gehälter finanziert wird, schadet dem

Arbeitsmarkt und wird von der demografischen Entwicklung konterkariert.

Die heutige Solidargemeinschaft ist weder nachhaltig finanziert noch gerecht, noch effizient. Arbeitnehmer mit einem Einkommen bis zu 47 700 Euro müssen sich in einem Umlagesystem versichern, das nicht erwerbstätige Familienangehörige kostenlos aufnimmt. Besserverdienende, Beamte und Selbstständige haben die Wahl, sich in einer mit risikoorientierten Prämien arbeitenden, kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung abzusichern. »Eine solche Segmentierung nach der Einkommenshöhe und der Art der Erwerbstätigkeit ist weltweit beinahe ein Unikat«, konstatiert Rürup. Beide Volksparteien wissen, dass Kleinverdiener einen vergleichsweise höheren Anteil ihrer Einnahmen ins System zahlen müssen; Mieteinnahmen und Kapitalerträge der Besserverdienenden bleiben unberücksichtigt.

Je nachdem, ob ein niedergelassener Arzt oder ein Krankenhausangestellter operiert, gelten unterschiedliche Budgets. Ländliche Regionen wie Mecklenburg-Vorpommern sind medizinisch unterversorgt, in ähnlichen Gegenden Bayerns sieht das ganz anders aus. Und Politiker wissen, dass sie über spezifische Budgets für medizinische Leistungen die Ausgaben senken können – damit aber nur mehr Bürokratie schaffen.

Einige Weichen des revolutionären Modells hat die Große Koalition schon gestellt. Die Basisversicherung, die private Versicherer künftig anbieten müssen, und das Insolvenzrecht, dem gesetzliche Kassen mittelfristig unterliegen sollen, sind

Signale dafür, dass es einmal einen »einheitlichen Versicherungsmarkt« geben wird, auf dem alle Unternehmen miteinander konkurrieren. Nach dem Expertenmodell sollte dieser Wettbewerb dadurch gefördert werden, dass künftig alle Kassen »eine Regelversicherung für jedermann anbieten, deren Umfang etwa dem heutigen Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen entspricht«, wie Karl Lauterbach erklärt. Jeder Bürger hätte die Pflicht, sich zu versichern, die Anbieter dürften keinen Interessenten ablehnen. Zusatz- und Wohlfühlleistungen könnten extra versichert werden.

Beendet würde damit die Querfinanzierung zwischen beiden Systemen. Heute sichern höhere Privathonorare das Auskommen vieler Ärzte und Krankenhäuser. Dagegen finanzieren die gesetzlichen Kassen die Infrastruktur der medizinischen Versorgung. Und welche Vorteile hat ein

einheitlicher Markt? Spürbar sparen, so die Experten, können die Versicherer durch die Abschaffung der willkürlichen Teilung des Krankenversicherungsmarktes nicht. Der Vorteil liege allerdings darin, dass die heute praktizierte Entmischung der Risiken verhindert, die Zweiklassenmedizin vermindert und damit »effizienter und wachstumsorientierter« gewirtschaftet werden könne.

Die Experten versprechen sich von ihrem Reformmodell Dinge, die wie aus dem Schlaraffenland erscheinen: Medizinische Leistungen sollen preiswerter und gleichzeitig besser werden. Doch Rürup und seine Fachkollegen glauben, dass ein neues Vergütungssystem für medizinische Leistungen genau das wahr machen kann.

Bisher werden Leistungen abhängig davon bezahlt, wer sie erbringt. Praktisch läuft es so ab: Eine Blinddarmpoperation kostet in einem Krankenhaus nahe dem Starnberger See mehr als auf der Insel Rügen. Oder: Ein niedergelassener Hausarzt bekommt für dieselbe Untersuchung ein geringeres Honorar als ein Krankenhaus – dessen Honorar sich wiederum von dem eines Facharztes unterscheidet. Während Wasem für völlige Vertragsfreiheit plädiert, halten Rürup und Lauterbach eine Umstellung der Vergütung auf das Prinzip »Gleiche Preise für gleiche Leistungen« für effizienter und wettbewerbsfreundlicher. Mediziner, die die vorgeschriebene Leistung ohne Qualitätsverlust preiswerter erbringen können, dürfen die Gewinne behalten. Zusätzlich schlägt Lauterbach Boni für gute Qualität vor. Das Modell dürfte zu einer großen Umorganisation bei Krankenhäusern und Ärzten führen. Krankenhäuser würden häufiger ambulant behandeln oder Leistungen an kostengünstiger arbeitende Facharztpraxen abgeben; niedergelassene Ärzte würden stärker kooperieren oder sich in Polikliniken zusammenschließen. Nicht zuletzt würde die Zahl der Krankenhäuser und Einzelpraxen sinken.

Kurzfristig billiger wird es auch, wenn Versicherer direkt mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ihre Verträge aushandeln – und diese bezahlen. Allein fünf Milliarden Euro Einsparpotenzial berge der direkte Finanzverkehr, sagt Lauterbach. Bisher beharren die kassenärztlichen Vereinigungen auf ihrer Hoheit über die Budgets der Ärzte. Sie sollen nach dem Willen der Experten künftig nur noch Berater für Mediziner sein – beim Aushandeln von Individualverträgen.

Auch bei den Arzneimitteln lohnt eine kleine Revolte für mehr Wettbewerb. Rund 800 Millionen Euro weniger müssten Versicherer für Medikamente zahlen, wenn es gelänge, über eine Positivliste die Zahl der Präparate von 50 000 auf etwa 2000 erstattungsfähige Wirkstoffe zu begrenzen. Das geht aus Kalkulationen des Bundesgesundheitsministeriums hervor. Tatsächlich dürfte das Einsparpotenzial sogar im Milliardenbereich liegen, erhöht doch die Listung wirksamer Präparate den Druck, echte Innovationen auf den Markt zu bringen. 2005 erstatteten Krankenkassen nach eigenen Angaben zwischen fünf und sieben Milliarden Euro für patentgeschützte Scheininnovationen ohne Zusatznutzen für Patienten. Noch stärker sinkende Preise brächte es nach Ansicht von Wasem und Lauterbach, wenn die Versicherer Wirkstoffe ausschrieben und die Hersteller Angebote machen müssten.

Bundeskanzlerin Angela Merkel sagte über ihre Reform im Sommer 2006, diese habe »so viele Auswirkungen und Facetten, das wird uns noch lange beschäftigen«. Damals war es aufmunternd gemeint, heute klingt es wie eine düstere Vorahnung. Das Wettbewerbsstärkungsgesetz bleibt eine leere Hülle, solange die Politiker nicht die Effizienzrevolution im Gesundheitssystem angehen.

Von Cerstin Gammelin

Erst mal wird es teurer

Womit Versicherte rechnen müssen, wenn die Beschlüsse zur Gesundheitsreform in Krafttreten

Die meisten Bürger werden zunächst nichts davon merken, wenn am 1. April planmäßig die Gesundheitsreform der Gro-ßen Koalition in Kraft tritt. Denn die wichtigsten Bestandteile der Reform – die Finanzierung des Gesundheitswesens über einen Fonds, der sogenannte Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen und der Basistarif, den private Versicherer künftig anbieten müssen –, sind auf das Jahr 2009 verschoben. Und die neue Gebührenordnung für Ärzte soll sogar erst 2011 beschlossen werden.

Dennoch bleibt das Tun der schwarz-roten Regierung schon heute nicht ohne Folgen. Gestiegen sind beispielsweise die Beitragssätze vieler gesetzlicher Kassen. Das liegt auch daran, dass die Kassen weniger Geld vom Staat bekommen. Zwar hat die Koalition den Einstieg in die

Steuerfinanzierung beschlossen, tatsächlich aber den Zuschuss aus dem Staatshaushalt von 4,2 Milliarden Euro im vergangenen Jahr auf 2,5 Milliarden in diesem Jahr gekürzt. Für 2008 sind sogar nur noch 1,5 Milliarden Euro Zuschuss vorgesehen. In Wahrheit schrumpft also die Steuerfinanzierung. Erst im Wahljahr 2009 soll der Zuschuss wieder verdoppelt werden. Ein weiterer Grund für die gestiegenen Beiträge ist die Mehrwertsteuer-Erhöhung, die Medikamente und medizinische Leistungen verteuert. Und die Kassen müssen bis zur Einführung des Fonds illegale Schulden abtragen, die einige von ihnen in den vergangenen Jahren angehäuft haben.

Erschwert wird von April an der Wechsel in die private Versicherung. Gesetzlich Versicherte dürfen nur dann in das private System umsteigen, wenn ihr Einkommen oberhalb der geringfügig erhöhten Versicherungspflichtgrenze von jährlich 47 700 Euro liegt, das aber über drei Jahre lang. Privat Versicherte dürfen auch weiterhin keinen gesetzlichen Anbieter wählen. Nur der Wechsel zu einer anderen Privatkasse ist möglich – und zwar zukünftig unter Mitnahme von Altersrückstellungen oder aber in den neuen Basistarif. Der muss weitgehend die Leistungen der gesetzlichen Kassen abdecken und darf nicht teurer sein als der maximale gesetzliche Beitrag. Derzeit sind das rund 500 Euro monatlich. Zuschläge für Krankheitsrisiken sind verboten. Kunden der privaten Versicherer dürfen allerdings nur in den ersten sechs Monaten nach seiner Einführung am 1. Januar 2009 in den Basistarif wechseln. Jederzeit hinein dürfen dagegen ehemals privat Versicherte, die keinen aktuellen Versicherungsschutz haben, sowie freiwillig gesetzlich Versicherte.

Für die Mitglieder gesetzlicher Kassen dürfte 2009 nochmals teurer werden. Dann müssen sie ihre Prämien nach einem einheitlichen Beitragssatz zahlen, der vom Gesetzgeber festgelegt wird. Die Beiträge fließen mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Über ihn sollen zunächst alle Ausgaben, später mindestens 95 Prozent gedeckt werden. Bei Bedarf können Kassen Zusatzbeiträge erheben.

Klare Verbesserungen gibt es von April an für gesetzlich Versicherte mit schweren oder seltenen Erkrankungen. So können Krebspatienten von ihrem Krankenhausarzt auch ambulant behandelt werden. Und Mutter-Vater-Kind-Kuren werden nach medizinischer Indikation als Pflichtleistung angeboten. Gekürzt werden dagegen Leistungen für Folgen von Schönheitsoperationen, etwa

Entzündungen nach Piercings. Neu ist schließlich die generelle Versicherungspflicht von 2009 an.

Von Cerstin Gammelin

DIE ZEIT Nr. 5 vom 25. Januar 2007