

15 Argumente gegen die Gesundheitsreform

Argumente statt Behauptungen Die Wahrheit über das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die Bundesregierung behauptet:

„Durch die teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt wird die Finanzierung der GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt.“

Wahr aber ist:

Die Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens bleiben ungelöst. Durch die Finanzierung des neuen Gesundheitsfonds im Wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern fließt kein zusätzlicher Euro in das System. Die Koppelung von Gesundheits- und Arbeitskosten wird zementiert. Das Hauptziel der Reform, dauerhaft sichere Finanzgrundlagen zu schaffen, wird verfehlt. Die Regierung verschärft sogar noch die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens: durch neue Quersubventionierungen zugunsten anderer Sozialversicherungsbereiche („Verschiebebahnhöfe“) und durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer um drei Prozent. Allein die Mehrwertsteueranhebung ab 2007 führt zu Mehrbelastungen von 900 Millionen Euro für die Krankenkassen und 400 Millionen Euro für die Krankenhäuser. Eine Refinanzierung durch den Staat ist nicht vorgesehen. Bund und Länder kassieren ab und entziehen damit dem Gesundheitswesen Geld, das für die Patientenversorgung dringend gebraucht wird. Von stabilen Finanzierungsgrundlagen kann keine Rede sein. Im Gegenteil: Durch die Reform wird es zu einer noch größeren Unterdeckung in der Gesundheitsversorgung kommen – der Rationierungsdruck wird weiter zunehmen.

Die richtige Antwort auf die schwierige Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wäre die Rücknahme der Verschiebebahnhöfe und eine konsequente Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wie der beitragsfreien Kindermitversicherung durch den Staat, d.h. durch die Gesamtheit der Steuerzahler und nicht allein der GKV-Beitragszahler. Es passiert aber das genaue Gegenteil: Die Politik schafft neue Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV und saniert damit den Bundeshaushalt.

Auch die Einführung eines Gesundheitsfonds bietet keine Lösung für die großen Herausforderungen des Gesundheitswesens, insbesondere des demografischen Wandels und neuer Behandlungsmöglichkeiten infolge des medizinischen Fortschritts. Zwar weiß auch die Regierung, dass aus diesen Entwicklungen ein zusätzlicher Finanzierungsbedarf resultiert, sie trägt dieser Tatsache aber in keiner Weise Rechnung.

Die Bundesregierung behauptet:

„Der Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung wird fortgeführt und ausgebaut.“

Wahr aber ist:

Die Bundesregierung hat den vor drei Jahren eingeführten Bundeszuschuss aus dem Tabaksteueraufkommen in Höhe von jährlich 4,2 Milliarden Euro gestrichen. Für das Haushaltsjahr 2008 sieht der Gesetzentwurf lediglich einen Zuschuss aus Bundesmitteln in Höhe von 1,5 Milliarden Euro vor. Im Jahr 2009 soll ein Bundeszuschuss in Höhe von 3 Milliarden Euro in den neuen Gesundheitsfonds fließen. Für die Jahre danach macht die Regierung keine konkreten Angaben. Auch daran wird deutlich, dass sich die Bundesregierung eher von haushaltspolitischen und konjunkturellen Beweggründen leiten lässt als vom Finanzbedarf für die Versorgung der Patienten.

Gesichert ist die teilweise Steuerfinanzierung also keineswegs. Es ist deshalb einfach unehrlich, sich für den „Einstieg in die Steuerfinanzierung“ gesamtgesellschaftlicher Aufgaben der GKV feiern zu lassen. Der „Einstieg“ ist in Wirklichkeit ein mühsam kaschierter Ausstieg. Die Krankenkassen müssen weiterhin versicherungsfremde Leistungen schultern, ohne dass sie dafür einen angemessenen Ausgleich erhalten. Durch die Streichung des bisherigen Bundeszuschusses sind neue Milliarden-Defizite vorprogrammiert. Denn das größte Problem der GKV, die wachsende Kluft zwischen rückläufigen Beitragseinnahmen und steigenden Leistungsausgaben, bleibt bestehen. Nach Berechnungen der Krankenkassen fehlen bereits im Jahr 2007 zur Deckung der absehbaren Ausgaben ca. 7 Milliarden Euro.

Die Bundesregierung behauptet:

„Auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wird Bürokratie abgebaut.“

Wahr aber ist:

Das Gesetz bewirkt einen gewaltigen Bürokratieschub durch die Einführung des Gesundheitsfonds. Diese neue Inkassostelle soll über 150 Milliarden Euro einnehmen und dann wieder an die Kassen verteilen. Der Haushalt des Fonds ist damit größer als der jedes Bundesministeriums. Millionen, wenn nicht Milliarden werden im Inkasso versickern.

Das derzeitige Einzugsverfahren der Krankenkassen funktioniert und ist mit weniger Bürokratie behaftet. Es gibt deshalb auch keinen vernünftigen Grund, eine neue Geldsammelstelle einzurichten. Es wäre das erste Mal in der Geschichte der Menschheit, dass eine größere Bürokratie besser und billiger arbeitet als

eine kleinere.

Auch die jährliche Festsetzung einheitlicher Kassenbeiträge durch den Staat ist ein Verwaltungskraftakt, der enorme Ressourcen verschwendet. All das widerspricht der erklärten Absicht der Regierung, das Gesundheitswesen zu entbürokratisieren, fundamental.

Die Bundesregierung behauptet:

„Alle Maßnahmen (der Reform) haben das Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern.“

Wahr aber ist:

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird der Weg vorgezeichnet in einen staatlichen Gesundheitsdienst mit Wartelistenmedizin und Leistungsausschlüssen. In Deutschland soll diese Aufgabe der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als unterstaatliche Rationierungs- und Zuteilungsbehörde übernehmen. Was aber hat es mit Qualität zu tun, wenn der G-BA demnächst am Gängelband des Gesundheitsministeriums hängt und unliebsame Entscheidungen der Selbstverwaltung durch ministerielle Ersatzvornahmen geregelt werden?

Der G-BA wird maßgeblich über die Verteilung sich verringernder Ressourcen entscheiden und über Maßnahmen zur Qualitätskontrolle die Leistungsmenge steuern. Originäre Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung wie die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung und Fortbildung (der Krankenhausärzte) sollen nunmehr nach Wirtschaftlichkeitserwägungen und administrativen Vorgaben reguliert werden. Das aber steht im völligen Gegensatz zu den Heilberufsgesetzen der Länder und ist daher verfassungsrechtlich höchst bedenklich.

Eine flächendeckende Versorgung der Patienten - bisher Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens - wird nach diesem Gesetz nicht mehr möglich sein. Das bisherige System ambulanter Versorgung wird zerschlagen und die bestehende chronische Unterfinanzierung von mehr als 30 Prozent weiter verschärft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vom Vertragswettbewerb ausgeschlossen; sie werden reduziert auf die Abwicklung der kollektivvertraglichen Regelversorgung und Mangelverwaltung, die immer mehr staatlichen Vorgaben unterliegt. Steuerungsfunktionen gehen zunehmend auf die Krankenkassen über. Wie vor 50 Jahren werden Patienten sich dann vor einer Behandlung erkundigen müssen, ob der Arzt oder Psychotherapeut ihres Vertrauens einen Vertrag mit der Krankenkasse hat. Eine wohnortnahe und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen so nicht mehr sicherstellen können. Damit wird letztlich die flächendeckende Versorgung der Patienten zerstört.

Die Bundesregierung behauptet:

„Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird weiter intensiviert. Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung werden so deutlich verbessert.“

Wahr aber ist:

Die Regierung betreibt Etikettenschwindel. Sie schafft keinen Wettbewerb, sie verhindert ihn. Gestärkt wird nur der Einfluss des Staates. Der Titel ‚Staatsmedizin-Einführungsgesetz‘ wäre ehrlicher. Die Krankenkassen sollen zu staatlich gesteuerten Vollzugsorganen der Kostendämpfungspolitik umgebaut werden. Der Wettbewerb der Kassen wird geschwächt und der Weg zur Einheitskasse gebahnt. Die Beitragshöhe wird künftig staatlich festgelegt; die Höhe des Zusatzbeitrags ist limitiert. Spielräume für eigenes Handeln sind dann de facto nicht mehr vorhanden.

Das Budget der Kassen wird auf der Ausgabenseite durch einen Zentralverband verwaltet, der - zumindest in der vertragsärztlichen Versorgung - einheitliche Kollektivverträge schließt, die für die einzelnen Kassen verbindlich sind und sich maßgeblich an der strikten Ausgabenbegrenzung („Beitragssatzstabilität“) orientieren. Die Krankenkasse selbst hat keinen individuellen Einfluss auf die Vertragsinhalte.

Der Leistungsumfang der Kassen und wesentliche Inhalte des Bundesmantelvertrags, wie die Steuerung der verordneten Leistungen (z.B. Arzneimittel), Qualitätssicherung und Bedarfsplanung, werden künftig durch den behördenähnlichen Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegeben, in der ein hauptamtliches Gremium stellvertretend für die Vertragsärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen entscheidet.

Unparteiische sachnahe und fachkundige Mitglieder aus den Reihen der gemeinsamen Selbstverwaltung sollen zum Großteil durch weisungsgebundene Mitglieder ersetzt werden. Das bewährte System des Interessenausgleichs zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern wird zerstört.

Die Bundesregierung behauptet:

„Die Krankenhäuser sind der größte Ausgabenfaktor im Gesundheitswesen. Deshalb werden sie zu einem Sanierungsbeitrag in Höhe von insgesamt 1 Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen herangezogen.“

Wahr aber ist:

Die Krankenhäuser sind keine Kostentreiber. Trotz steigender Behandlungsfälle sind die Ausgabenzuwächse in den vergangenen Jahren vergleichsweise moderat geblieben. Das Sonderopfer der Krankenhäuser in Höhe von 500 Millionen Euro ist daher sachlich wie politisch unbegründet und für die Kliniken angesichts der Fülle an gesetzlichen und tariflichen Lasten nicht zu schultern. Durch gesetzlich bedingte Kostensteigerungen wie die Mehrwertsteueranhebung ab 2007, Tarifierpassungen sowie die gestiegenen Energiekosten sind viele Krankenhäuser ohnehin finanziell überfordert. Der Entzug von einer

halbe Milliarde Euro wird angesichts der überwiegend kritischen Finanzlage vieler Kliniken und des Investitionsstaus von 30 Milliarden Euro die Situation weiter verschärfen und den Abbau von Personal und Versorgungskapazitäten beschleunigen.

Die Krankenhäuser wurden bereits in den letzten Jahren durch milliardenschwere Kostendämpfungsprogramme belastet. Durch die Zwangsabgabe ist besonders die stationäre Vollversorgung in den ländlichen Regionen gefährdet. Ein Verlierer der Reform stünde sonst schon heute fest: der Patient. Er muss sich auf Wartelisten, längere Anfahrtswege und eine Billigmedizin einstellen und soll dafür auch noch höhere Beiträge zahlen.

Viele Krankenhäuser sind selbst sanierungsbedürftig. Über tausend Kliniken haben mit Belastungsanalysen nachgewiesen, dass tatsächliche Kostensteigerungen von ca. 5 Prozent infolge des Arbeitszeitgesetzes, der Mehrwertsteuererhöhung und der Tarifierungen die gesetzlich zugestandenen Kostensteigerungen von 0,28 Prozent in den alten bzw. 1,05 Prozent in den neuen Bundesländern um ein Vielfaches überschreiten und die finanziellen Möglichkeiten der Krankenhäuser überfordern. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser infolge des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes allein im Jahr 2007 ca. 330 Millionen Euro Einsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen erbringen werden. Bei einer Budgeterhöhung von lediglich 0,28 Prozent bzw. 1,05 Prozent können diese zusätzlichen Lasten nicht von den Krankenhäusern getragen werden. Auch die nunmehr vorgesehenen Modifikationen in Form einer Reduzierung des Mindererlösausgleiches und eines Rechnungswesens anstatt eines Budgetabzugs ändern daran nichts. Allein zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen ist stattdessen eine Budgeterhöhung in Höhe von 3 Prozent dringend erforderlich.

Die Bundesregierung behauptet:

„Der intensiviertere Kassenwettbewerb wird zu einer weit reichenden Differenzierung der Angebote führen. Für die Versicherten bedeutet dies vor allem mehr Wahlfreiheit.“

Wahr aber ist:

Die Versicherten werden sich nicht mehr darauf verlassen können, dass der Arzt ihres Vertrauens vertraglich an die entsprechende Krankenkasse gebunden ist. Die Patienten werden sich einem Flickenteppich unterschiedlicher Verträge gegenüber sehen. Das bedeutet einen Rückfall in die 60er Jahre: Die Patienten müssten sich beispielsweise bei einer Urlaubsreise innerhalb Deutschlands erst einmal erkundigen, welcher Arzt sie bei welchem Leiden überhaupt noch behandelt. Die freie Arztwahl ist dann nicht mehr gegeben.

Durch die Atomisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten wird die Kontinuität der ambulanten Akut- bzw. Notfallversorgung gefährdet. Die Eröffnung eines Parallelsystems der ambulanten Versorgung mit selektiven Verträgen stellt ein Liquidationsprogramm zur schleichenden Aushöhlung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dar. An die Stelle des bisherigen Systems der kollektivvertraglich geregelten, flächendeckenden Versorgung würde ein System mit zwei Sektoren treten, einem weitgehend verstaatlichten Sektor mit einem Einheitsvertrag und einem Wettbewerbssektor der Sonderverträge.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden vollständig dem Staatssektor zugeordnet und davon ausgeschlossen, ihre Funktion der Interessensvertretung den Vertragsärzten auch bei Sonderverträgen anzubieten. Das von den KVen gewährleistete Prinzip des gleichen Zugangs der Versicherten zu wohnortnaher, flächendeckender und qualitätsgesicherter ärztlicher Versorgung wird damit perspektivisch auf eine Nachlassverwaltung reduziert.

Die Bundesregierung behauptet:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird professionalisiert und straffer organisiert. Entscheidungen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können dadurch schneller und transparenter getroffen werden.“

Wahr aber ist:

Die Einführung eines hauptamtlichen Beschlussgremiums zur Bestimmung des GKV-Leistungskataloges führt de facto zu einer Verstaatlichung des bisherigen Systems. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zu einer mit hauptamtlichen Mitgliedern besetzten Exekutiv-Agentur umstrukturiert, ohne dass eine verbindliche Mitwirkung der Betroffenen bei der Steuerung des Leistungsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wird durch die Reform praktisch entmündigt. Dazu trägt auch die Auslagerung bisheriger Selbstverwaltungsentscheidungen in so genannte „professionalisierte Gremien“ bei. Diese „Institutologie“ überlagert in demokratisch zweifelhafter Weise den Gedanken der Selbstverwaltung, der darauf beruht, dass die Beteiligten ihre Belange selbst gestalten dürfen. Durch verschiedene Regelungen wird bewirkt, dass die ärztliche Berufsausübung, die auf den Eckpfeilern der Professionalität und Therapiefreiheit beruht, in die Enge staatsbeeinflusster Programm- und Weisungsmedizin gerät.

Sollte die Bundesregierung mit der geplanten Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses das über Jahre bewährte System der Selbstverwaltung ohne Not zerschlagen, wird dies auch nicht ohne Folgen für die Versorgung bleiben. Wenn an die Stelle der vorrangig sektorübergreifenden Ausschüsse künftig staatliche Gesundheitskommissare treten, werden fundierte Fachfragen politisiert und letztlich zu Lasten der Sache und der Patienten entschieden. Folgeschwere Fehlentscheidungen und Effizienzverluste in Milliardenhöhe werden das Gesundheitswesen weiter schwächen und jegliche

Innovationsimpulse für die ambulante und stationäre Versorgung der Patienten im Keim ersticken. Verfassungsrechtler stellen die Legitimation eines Gremiums mit derart weit gefasster Entscheidungskompetenz grundsätzlich in Frage. Ein neunköpfiges Beschlussgremium, das 50 äußerst komplexe medizinische Themenbereiche sachkompetent und für alle GKV-Versicherte Deutschlands verbindlich regeln soll (z.B. Bewertung hoch komplexer Krankenhausleistungen; Arzneimittelversorgung; Psychotherapie; zahnmedizinische, hausärztliche und fachärztliche Versorgung), wird die fachlichen Anforderungen zu keiner Zeit angemessen erfüllen können. Auch würde die gesamte Seite der Leistungserbringer geschwächt, da sie nur noch zusammen gerechnet die gleiche Sitzanzahl wie die Krankenkassen erreicht – jedoch völlig unterschiedliche Inhalte und Ziele zu vertreten hat.

Die Bundesregierung behauptet:

„Die von Budgets geprägte Honorarsystematik wird abgelöst durch eine Euro-Gebührenordnung.“

Wahr aber ist:

Die Budgetierung im ambulanten Sektor bleibt erhalten. Das heutige Ausgabenvolumen, mit dem sich nicht mehr alles medizinisch Notwendige bezahlen lässt, wird de facto fortgeschrieben. Statt der politisch zugesagten Abschaffung der Budgets und der Einführung fester Preise für ärztliche Leistungen, wird den niedergelassenen Vertragsärzten ein durch die Budgetierung erzwungener Preisverfall für ärztliche Leistungen zugemutet. Preise werden zum Etikettenschwindel: Statt gedeckelter Punkte bekommen Vertragsärzte künftig gedeckelte Euros für ihre Leistungen. Insgesamt entsteht dadurch ein noch unübersichtlicheres, bürokratisch verzerrtes Vergütungssystem.

Hinzu kommt, dass die Honorare im geplanten Basistarif der Privaten Krankenversicherungen auf die Honorarhöhe der gesetzlichen Krankenkassen abgesenkt werden sollen. Besonders für junge Ärztinnen und Ärzte wird es dadurch noch schwerer, ihre Einstiegsschulden abzarbeiten. Durchschnittliche Arztpraxen müssen im Vergleich zu heute mit Mindereinnahmen von gut 20.000 Euro im Jahr rechnen.

Die Bundesregierung behauptet:

„Das spezifische Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung, das durch geschlechts- und altersbezogene Beiträge sowie die Bildung einer Alterungsrückstellung gekennzeichnet ist, bleibt erhalten.“

Wahr aber ist:

Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung (PKV) wird zerstört. Die bestehenden Versicherungssysteme sollen auf niedrigem Niveau angeglichen werden. Dazu wird den privaten Krankenversicherungsunternehmen ein GKV-ähnlicher Basistarif mit Kontrahierungszwang und Verbot der Risikoprüfung auferlegt. Schrittweise sollen die PKV-Vollversicherungstarife zunächst in Basistarife und dann in Zusatztarife umgewandelt und so die PKV als Vollversicherung abgeschafft werden, um den Weg in eine Bürgerversicherung zu bereiten. Das Zukunftsmodell einer auf Kapitaldeckung basierenden Krankenversicherung wird demontiert, um den Weg frei zu machen für eine staatlich kontrollierte Einheitsversicherung mit Zuteilungsmedizin.

Die PKV ist als Teil der solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos unverzichtbar. Die Privatversicherten tragen in erheblichem Maße dazu bei, dass allen Bürgern eine ärztliche Versorgung in beispielhafter Weise zugänglich ist, dass die medizinischen Innovationen allen zeitnah zur Verfügung stehen und dass der Investitionsstau in zweistelliger Milliardenhöhe in den Krankenhäusern nicht zu deren baulichem und medizinisch-technischem Verfall geführt hat. Insbesondere würde eine offene oder verdeckte Schwächung der PKV kein Problem der gesetzlich Krankenversicherten lösen, sondern lediglich von der Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der GKV ablenken.

Das Nebeneinander von GKV und PKV hat maßgeblich die Versorgung befördert, Innovation gesichert und medizinischen Fortschritt vorangetrieben. Kein Problem im Gesundheitswesen würde gelöst, wenn die einzig finanziell gesicherte Krankenversicherung zerstört würde.