

Die Gesundheitsreform in Bundestag und Bundesrat – Was übrig blieb vom Prestigeprojekt der großen Koalition

Beitrag von Michael Schmöller (M.A. / Dipl. Kulturwirt), Februar 2007

Knapp ein Jahr, unzählige Verhandlungsrunden und Tausende von Seiten in Expertenentwürfen, Eckpunktepapieren, Stellungnahmen und Gesetzestexten waren notwendig, dass die Gesundheitsreform – das zentrale Reformvorhaben der großen Koalition – nun am 1. April in Kraft treten kann. Mit der Zustimmung des Bundesrates hat das nach wie vor umstrittene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz am vergangenen Freitag die letzte parlamentarische Hürde genommen. Zwei Wochen zuvor hatte bereits der Bundestag die Gesundheitsreform verabschiedet. Das Zähneknirschen in den eigenen Reihen der Koalitionsparteien war allerdings in beiden Abstimmungen nicht zu überhören: Insgesamt 51 Koalitionsabgeordnete stimmten im Bundestag gegen die Reform oder enthielten sich ihrer Stimme. Sieben Unions- und elf SPD-Abgeordnete nahmen erst gar nicht an der Sitzung teil. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den Abweichlern häufig um Gesundheitsexperten handelt. Im Bundesrat verweigerten neben Baden-Württemberg, Niedersachsen, NRW und Berlin – Länder in denen Union oder SPD mit „kleinen“ Koalitionspartnern regieren – auch das von einer großen Koalition geführte Sachsen die Zustimmung zum Gesetzesvorhaben.

Dabei hatte alles so viel versprechend begonnen: In ihrer Regierungserklärung vom 30. November 2005 hatte Angela Merkel (CDU) einen „neuen Ansatz“ in der Gesundheitspolitik versprochen. Die beiden Reformmodelle von Union und SPD – Kopfpauschale und Bürgerversicherung – sollten in einer großen Reform vereint werden. Die Gesundheitsreform sollte die Auswirkungen des demografischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts in den Griff bekommen und damit das Grundproblem der stetig steigenden Kosten im deutschen Gesundheitswesen wirkungsvoll und nachhaltig lösen. Die Regierungskoalition der beiden großen deutschen Parteien wurde als Chance gesehen, dank satter Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat nicht – wie die Vorgängerregierungen – in eine Blockade-falle zu geraten. Im März 2006 einigten sich die Regierungsparteien auf die grundlegenden Ziele der Reform und stellten im Juli ein Eckpunktepapier vor, das u.a. bereits die Einführung des Gesundheitsfonds, einen verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

sowie die steuerbasierte Finanzierung der Krankenkassenkosten von Kindern beinhaltete. Heftigste Kritik von Seiten der Ärzte- und Patientenverbände, Krankenkassen, Pharmaindustrie und Oppositionsparteien, aber auch aus einigen unionsgeführten Ländern, führte dazu, dass zentrale Bestimmungen des Eckpunkteapiers im Entwurf des „Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV“ vom 25. Oktober 2006 wieder abgeändert wurden. So verständigten sich die Koalitionsparteien u.a. auf eine Verschiebung der Einführung des Gesundheitsfonds von 2008 auf 2009 und auf eine Beibehaltung des bestehenden Status der privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung. Zudem wurde auf Drängen verschiedener unionsgeführter Länder – in erster Linie Bayerns – die Konvergenzklausel aufgenommen, durch die die jährlichen Mehrkosten der Länder im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) 100 Millionen Euro nicht übersteigen dürfen. Nicht zuletzt die bundesweiten Protestaktionen von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten führten dazu, dass Union und SPD am 12. Januar 2007 ein weiteres Mal Veränderungen am Gesetzestext vornahmen. So wurden die Bestimmungen zur Honorarreform ärztlicher Leistungen und zum Basistarif der PKV neu formuliert. Die SPD setzte durch, dass eine Versicherungspflicht für alle deutschen Staatsbürger festgeschrieben wird.

Was nach all diesen Kompromissen, Verschiebungen und Änderungen von der Reform übrig geblieben ist, hätte aber, so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), nach wie vor das Potenzial, „unser Gesundheitssystem nachhaltig“ zu verändern. Die Expertenrunden relativ unbeschadet überstanden hat das Kernstück des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: der Gesundheitsfonds. Durch seine Einführung am 1. Januar 2009 soll die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) neu gestaltet werden. Gespeist wird der Fonds zum einen aus den Beiträgen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die sich aber nicht mehr je nach Krankenkasse unterscheiden sollen. Vielmehr wird der Staat jährlich einen Einheitsbeitrag für alle gesetzlich Versicherten festlegen. Zum anderen fließen Steuergelder in den gemeinsamen Topf. Zwar steht deren Höhe von 14 Milliarden Euro bereits fest, die Gegenfinanzierung ist allerdings noch unklar. Aus dem Fonds erhält jede Krankenkasse dann eine pauschale Zahlung pro Versicherten sowie Zu- oder Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit der Versicherten. Damit soll der RSA zwischen den GKV stärker an der Morbidität der Versicherten ausgerichtet werden als bisher, wobei die RSA-Belastung

der Länder nicht mehr als 100 Millionen Euro pro Jahr ausmachen darf. Falls nun eine Krankenkasse mit dem vom Fonds zugewiesenen Budget nicht ihre Ausgaben decken kann, muss sie einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben, der maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen darf. Dementsprechend kann sie einen Bonus auszahlen, wenn sie gut wirtschaftet. Die Schaffung des Gesundheitsfonds wird aber, so das Versprechen der Bundesregierung, keine bürokratische Mehrbelastung mit sich bringen. Bis Ende 2010 werden deshalb auch die Krankenkassen weiterhin den Beitragseinzug organisieren. Ab 2011 soll den Arbeitgebern dann die Möglichkeit geboten werden, ihre Beiträge gebündelt an eine zentrale Stelle zu entrichten, die die Beiträge dann an die Sozialversicherungsträger weiterleitet.

Die SPD hatte in ihrem Bürgerversicherungsmodell vorgesehen, dass sich auch die PKV an der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens über den Fonds beteiligen sollten, konnte sich allerdings nicht gegen die Union durchsetzen. Die PKV müssen aber ab dem 1. Januar 2009 einen Basistarif anbieten, der den bisherigen Standardtarif ersetzt. Der Leistungskatalog entspricht dabei dem der GKV. Zudem werden die PKV verpflichtet, Versicherungswillige aufzunehmen und deren Beiträge im Basistarif lediglich nach Alter und Geschlecht, nicht aber nach dem Gesundheitsstatus auszurichten. Zudem wird es für Versicherte leichter sein, zwischen verschiedenen Privatversicherern zu wechseln, da künftig die Altersrückstellungen, die Privatversicherte im Laufe der Jahre angesammelt haben, bei einem Wechsel übertragen werden müssen.

Die Neuerungen im Bereich der GKV bestehen zum einen darin, dass die bestehenden sieben Krankenkassenverbände zu einem einzigen Dachverband zusammengeschlossen werden. Diesem Spitzenverband kommt die Aufgabe zu, die Belange der GKV auf Bundesebene zu vertreten und den Beitragseinzug ab 2011 zu organisieren. Die GKV müssen zum anderen bis spätestens Ende 2008 ihre Schulden komplett abgebaut haben und dürfen künftig leichter fusionieren, können aber auch im Gegenzug leichter pleite gehen. Die Reform sieht darüber hinaus vor, dass die GKV ihren Versicherten flexiblere Wahlmöglichkeiten und besondere Versorgungsformen anbieten müssen. Durch Hausarztmodelle, Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarife oder etwa über die Teilnahme an der Integrierten Versorgung sollen Versicherte die Möglichkeit erhalten, ihre Gesundheitsversicherung individuell zu gestalten. Durch das Gesetz wird außerdem

der Leistungskatalog der GKV beispielsweise um Mutter-/Vater-Kind-Kuren oder Impfungen erweitert. Im Gegenzug werden die Versicherten bei selbstverschuldeten gesundheitlichen Problemen, wie sie etwa bei Schönheitsoperationen oder Tätowierungen entstehen, verstärkt zur Kasse gebeten.

Ein weiteres zentrales Element des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ist die Reformierung der Honorierung ärztlicher Tätigkeit. Der durch die öffentlichkeitswirksamen Proteste und Praxisschließungen im vergangenen Jahr zum Ausdruck gebrachten Unzufriedenheit unter deutschen Ärzten wurde durch verschiedene Bestimmungen zur ärztlichen Vergütung Rechnung getragen. So soll das Punktesystem durch eine Euro-Gebührenordnung ersetzt werden, die auch verstärkt Pauschal- und Einzelvergütungen vorsieht. Um der Unterversorgung in Teilen der Bundesrepublik entgegen zu wirken, sollen Ärzte in diesen Regionen Zuschläge zu ihrem Honorar erhalten, die allerdings nicht durch Abschläge in überversorgten Gebieten gegenfinanziert werden soll. Mit der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen wurde eine zentrale Forderung von Ärzteverbänden erfüllt. Damit übernehmen die Kassen die Ausgaben, die durch ärztliche Leistungen entstehen, wenn ein Arzt vermehrt behandlungsbedürftige Patienten zu versorgen hat.

Mit seinen Bestimmungen legt das knapp 500 Seiten umfassende Gesetzeswerk zwar die Rahmenbedingungen für eine Neustrukturierung des deutschen Gesundheitssystems fest, endgültige Klarheit über die konkrete Realisierung besteht aber nach wie vor nicht. Zum einen bleiben zentrale Punkte wie etwa die Frage nach dem aus Steuermitteln zu finanzierenden staatlichen Zuschuss zum Gesundheitsfonds ungeklärt. Zum anderen wurden zahlreiche Entscheidungen beispielsweise über die Zuzahlungsmodalitäten von chronisch Kranken, über die von den Kassen zu übernehmenden Kosten für Impfleistungen oder über die Ausgestaltung der neuen ärztlichen Honorarordnung vom Gesetzgeber delegiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss und der künftige Spitzenverband der GKV werden in den kommenden Monaten und Jahren weitere Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse durchlaufen müssen und damit weiterhin verschiedene Partei- und Verbandsinteressen in Einklang bringen müssen. Nicht zuletzt bleibt abzuwarten, welche Rolle das Bundesverfassungsgericht in nächster Zeit spielen wird. Verfassungsrechtliche Bedenken an zentralen Elementen der Gesundheitsreform wie z.B. die verpflichtende Einführung eines Basistarifs in

der PKV ohne vorherige Risikoprüfung werden nicht nur von Gesundheitsexperten, Oppositionspolitikern und Verbandsvertretern, sondern auch von Koalitionspolitikern geäußert.

Dass die im Laufe der letzten Monate durch zahllose Kompromissbestimmungen entschärfte Gesundheitsreform den selbst gesteckten Zielen der großen Koalition gerecht wird, bezweifeln indessen nicht nur Opposition, Ärzte- und Patientenverbände, Krankenkassen und Pharmaindustrie. Wie das Abstimmungsverhalten in Bundestag und Bundesrat gezeigt hat, sind sich auch viele Unions- und SPD-Politiker nicht sicher über Nutzen und Nachhaltigkeit des beschlossenen Gesetzes. So ist Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Wolfgang Böhmer (CDU) mit seiner Meinung bestimmt nicht allein, dass es weitere Gesundheitsreformen geben müsse. DGB-Chef Michael Sommer gibt der Reform nur „eine Halbwertzeit von höchstens drei Jahren“. Mit einem Regierungswechsel im Zuge der Bundestagswahlen 2009 könnten die Chancen für die Richtigkeit dieser These steigen. Würde es doch Union respektive SPD ermöglichen, ihre eigenen Vorstellungen einer Reformierung des deutschen Gesundheitswesens ohne umfassende Kompromisse durchzusetzen.