

Kochen bei der AOK oder frisches Geld für ein krankes System

Mit keinem politischen Projekt ist der Name von Angela Merkel so verbunden, wie mit der Gesundheitsreform.

Als Oppositionsführerin hatte sie der CDU eine Modernisierung verordnet, zu deren Eckpunkten auch ein Systemwechsel in der Gesundheitspolitik gehörte.

Anknüpfend an die Ergebnisse der so genannten Herzog-Kommission, präsentierte die Parteivorsitzende das Modell einer Gesundheitsprämie mit dem das alte Umlagesystem ersetzt werden sollte, sobald sie in Regierungsverantwortung war. Trotz heftigsten Widerspruchs aus der CSU, besonders vom ehemaligen Gesundheitsminister Seehofer, setzte Merkel mit tatkräftiger Unterstützung des damaligen Generalsekretärs Laurenz Maier in mehreren Regionalkonferenzen ihr Modell in der Partei durch. Das brachte ihr viel Bewunderung ein und zementierte ihren Ruf als Reformerin. Allerdings opferte Merkel ihr Modell bald wieder zugunsten eines Kompromisses mit der CSU, der die geplante radikale Abkehr vom abgewirtschafteten Umlagesystem wieder verwässerte.

Diesem ersten gesundheitspolitischen Sündenfall sollten noch mehrere folgen.

Obwohl bereits offensichtlich wurde, dass die im Jahr 2003 mit einer informellen Großen Koalition versuchte Generalreparatur des desolaten alten Gesundheitssystems gescheitert war, wurde im Koalitionsvertrag so getan, als könne man zwischen dem Prämienmodell der CDU und der von der SPD favorisierten Bürgerversicherung einen Dritten Weg finden. Tatsächlich sind die beiden Modelle unvereinbar.

Nun hätte Angela Merkel für ihr Modell kämpfen können. Schließlich hatte sie mehr als einmal bekräftigt, dass sie als Kanzlerin es „grundlegend anders machen“ wolle, „damit es grundlegend besser wird“. Aber sie überließ die Diskussion fast ausschließlich ihrer Gesundheitsministerin und setzte auch dann keine Akzente, als sich abzeichnete, dass die Krankenkassen ihre Beiträge wieder erhöhen müssten und die im Wahlkampf zugesagte Senkung der Lohnnebenkosten sich ins Gegenteil verkehren würde.

Statt die Gelegenheit zu nutzen und eine Debatte darüber zu führen, dass und warum das sogenannte Solidarprinzip in der Gesundheitsversorgung gescheitert ist, wurde wieder nur nach einem faulen Kompromiß gesucht, der das Problem bis zur nächsten Wahl verschieben könnte. Um die Tatenlosigkeit in der Sache zu verdecken, flüchtete die Koalition in Aktionismus. Wieder wurde eine Nachtsitzung im Kanzleramt angeordnet, obwohl die Beratung genauso gut am Tage hätte stattfinden können. Das Signal sollte sein, dass die Unterhändler sogar ihre Nachtruhe zum Wohle der Regierten zu opfern bereit waren. Nur spürte man die Absicht und war verstimmt. Was dann der Presse mitgeteilt wurde, nachdem die demonstrativ erschöpften Verhandlungsführer vor die Mikrofone traten, war mehr als ernüchternd. Bissige Kommentare bemerkten, dass dieses Verhandlungsergebnis auch in zehn Minuten hätte erzielt werden können. Das ist sicherlich übertrieben, denn immerhin hat die Runde einen veritablen Beitrag zur Förderung der Bürokratie im Land geleistet. Eine neue Behörde, genannt Gesundheitsfonds, soll in Zukunft die Beiträge der Versicherten einsammeln und an die Kassen verteilen. Weil dieser Schildbürgersteich wie die Kassen sofort öffentlich vorrechneten, zu einer Verdoppelung der Verwaltungskosten führen wird, wurde ihnen von der Gesundheitsministerin und der Bundeskanzlerin ein Maulkorb verordnet. Die Kassen sollen ihre Versicherten nicht über die Folgen der Gesundheitsbeschlüsse aufklären dürfen. Dabei muß der Politik klar gewesen sein, wie kostenintensiv ihre Beschlüsse sind, denn sie hat vorsorglich eine Beitragserhöhung von mindestens 0,5 beschlossen. Kassen, die mit dem zugewiesenen Geld nicht auskommen, dürfen ihre Versicherten darüber hinaus mit Zusatzbeiträgen veranlagern. Damit wird jeder Anreiz, sich wirtschaftlich zu verhalten, beseitigt. Auch sonst hat die Koalition nichts unternommen, um die Verschwendung im Gesundheitssystem zu stoppen.

Jeder, der einmal einen Angehörigen im Krankenhaus betreut hat, kann eigene Geschichten über die herrschende Praxis von Doppelt-, und Dreifachuntersuchungen und unnötigen Verordnungen berichten.

Meine schwer krebserkrankte Schwester wurde in den letzten Monaten ihres Lebens mehrmals über die Notaufnahme in ein Berliner Krankenhaus eingeliefert. Wenn auf der Krebsstation kein Bett frei war, kam sie vorübergehend auf eine andere Station, bis sie umgelegt werden konnte.

Jedes mal wurden alle Untersuchungen neu durchgeführt, obwohl im gleichen Haus die Befunde vorlagen. Abgesehen von der Geldverschwendung, die eine überflüssige Computertomografie bedeutet, ist sie eine unzumutbare Belastung für die Patienten.

Eine alte Dame aus meiner Bekanntschaft wurde nach einem Knöchelbruch ins Krankenhaus eingeliefert, wo sie drei Wochen blieb, obwohl sie nach einer Woche mit Gehgips hätte entlassen werden können. Sie bestellte sich bei ihrem Hausarzt eine Gehhilfe. Obwohl sie den behandelnden Arzt darauf hinwies, dass sie bereits versorgt war, bekam sie bei ihrer Entlassung aus der Klinik nicht nur eine weitere Gehhilfe, sondern auch noch einen Rollstuhl. Beides steht jetzt in ihrem Keller.

Weder der Verschwendung noch dem Missbrauch von Gesundheitsleistungen haben die Beschlüsse der Koalition einen Riegel vorgeschoben. Es wäre zumindest möglich gewesen, die Kassen zu verpflichten, allen Mitgliedern, die das wollen, nur die gesetzlichen Leistungen zu einem reduzierten Beitragssatz anzubieten. Nur etwa 95% aller Kassenleistungen fallen unter die gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtleistungen. Die restlichen 5% werden mit so genannten freiwilligen Leistungen wie Kochkursen, Rückenschulen, Wellnessaufenthalten und Volksschulkursen verplempert. Der Betrag, der für diese Leistungen aufgewendet wird, entspricht in etwa dem derzeitigen Defizit der gesetzlichen Krankenkassen von 7,25 Milliarden Euro. Mit verantwortlichem Umgang mit dem Geld der Beitragszahler hat das nichts zu tun.

Inwieweit die beschlossenen Maßnahmen, wie die Fusion von Kassen, die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die direkten Verhandlungsmöglichkeiten zwischen Kassen und Ärzten überhaupt Einsparungen bringen war am Morgen nach der nächtlichen Sitzung längst nicht klar.

Klar ist nur, dass alle beschlossenen Maßnahmen auf Kosten der Beitrags-, und Steuerzahler gehen.

Daneben werden die Apotheker und die Pharmaindustrie finanzielle Einbußen haben, denn in Zukunft gibt es für Medikamente keine Festpreise mehr, nur noch Höchstpreise. Dieser dirigistische Eingriff in die Preisbildung erinnert an sozialistische Zeiten und soll wohl vor allem symbolisieren, dass die Pharmaindustrie nicht ungeschoren davonkommt.

Nur ist es nicht die Schuld der Pharmaindustrie, wenn die Politik unwillig ist zu analysieren, warum die Große Gesundheitsreform von 2003 nicht mal zwei Jahre getragen hat, obwohl die versprochenen Beitragssenkungen nie realisiert wurden. Die neuen Beschlüsse, die den Namen Reform nicht verdienen, weil sie nicht mal einen Einstieg in den notwendigen Systemwechsel darstellen, werden noch schneller ihre Unwirksamkeit offenbaren.

Das Solidarsystem funktioniert nicht, weil zu viele bestrebt sind, das, was sie einzahlen, auch wieder herauszuholen. Dieses Bedürfnis wächst mit steigenden Beiträgen. Das Solidarprinzip funktioniert aber nur, wenn mehr eingezahlt als herausgeholt wird. Aber die entsprechende Mentalität entwickelt sich nur, wenn die Bürger nicht das Gefühl haben übermäßig belastet zu werden. Mit ihren jüngsten Beschlüssen hat die Koalition genau das Gegenteil erreicht.

Damit ist das gesundheitspolitische Projekt der CDU beerdigt und die Reformkanzlerin Merkel an sich selbst gescheitert