



Kaum ein Land gibt so viel Geld für die gesundheitliche Versorgung seiner Bürger aus wie die Bundesrepublik, gemessen daran sind die Ergebnisse eher bescheiden. Erstaunlicherweise spielt dieses eklatante Missverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag im aktuellen Wahlkampf kaum eine Rolle. Doch genau da müsste eine sinn-

volle Gesundheitsreform ansetzen. Was zu tun wäre, beschreibt der SPIEGEL im Rahmen einer Serie, die sich bis zur Bundestagswahl mit den drängendsten Problemen des Landes beschäftigt – und mit den Konsequenzen, die die künftige Bundesregierung daraus ziehen muss, damit Deutschland wieder zum Erfolgsmodell wird.

Vampire in der Blutbank

Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie – die Parteien streiten darüber, wie das marode Gesundheitssystem künftig finanziert werden kann. Doch nur durch mehr Wettbewerb wird es gelingen, die Versorgung der Patienten zu verbessern und die Ausgaben in den Griff zu kriegen.

Wenn Ulla Schmidt wissen will, wie es im Gesundheitswesen vorangeht, greift sie zum Telefon und ruft über die Hausleitung Herrn Ministerialangestellten Franz Knieps an. Niemand weiß genauer Bescheid über die Absonderlichkeiten deutscher Sozialgesetzgebung als der Leiter der Abteilung 2 („Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung“) – alle jüngeren Paragraphen hat Knieps schließlich selbst geschrieben. Als Ex-Geschäftsführer des AOK-Bundesverbandes ist der 49-Jährige auch mit den Gegenmächten des medizinisch-industriellen Komplexes bestens vertraut.

Kürzlich aber berichtete der Fachmann seiner Ministerin von einer Entwicklung, die auch ihn überraschte: Quasi über Nacht

scheinen die Menschen von allerlei Zipperlein genesen zu sein.

In Knieps' Statistik steht es schwarz auf weiß: Den Deutschen geht es von Tag zu Tag besser. Die Zahl der Arztbesuche sinkt (minus zehn Prozent gegenüber 2003), die krankheitsbedingten Fehlzeiten gehen zurück (minus 0,3 Arbeitstage), die Menge der auf Rezept gekauften Medikamente schrumpft (minus 55 Millionen Schachteln). Und nie zuvor berichteten die Krankenkassen von so vielen nikotinentwöhnten, sporttreibenden und ernährungsbewussten Mitgliedern, die in den Geschäftsstellen geradezu Schlange stünden, um einen Rabatt auf den Versicherungsbeitrag rauszuschlagen.

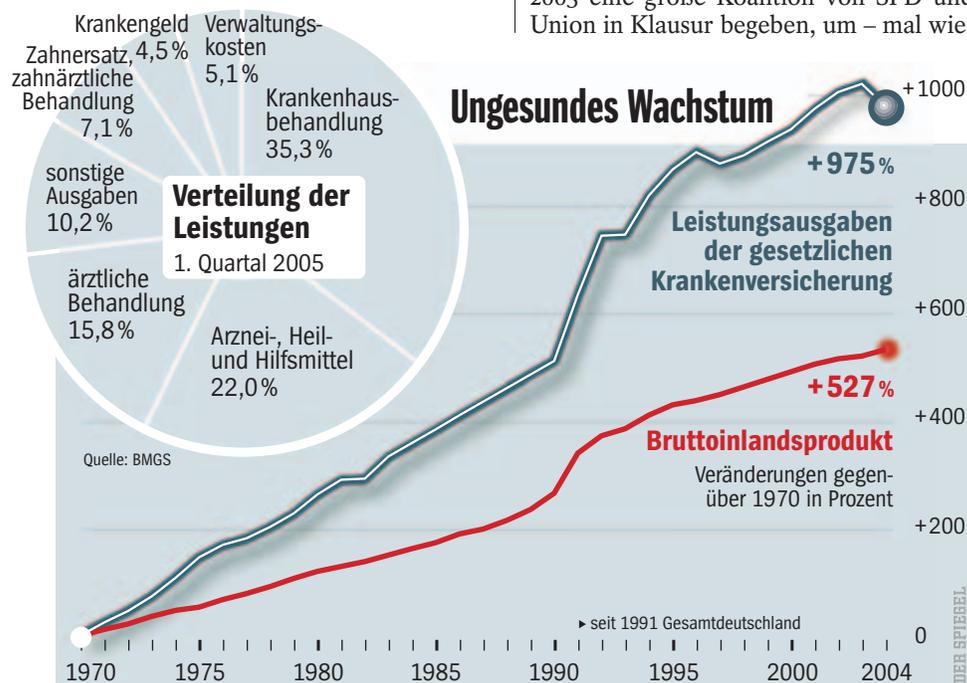
Ein Teil der Gesundheitsreform wirkt – damit hatte nun wirklich kaum einer gerechnet. Illusionslos hatte sich im Sommer 2003 eine große Koalition von SPD und Union in Klausur begeben, um – mal wie-

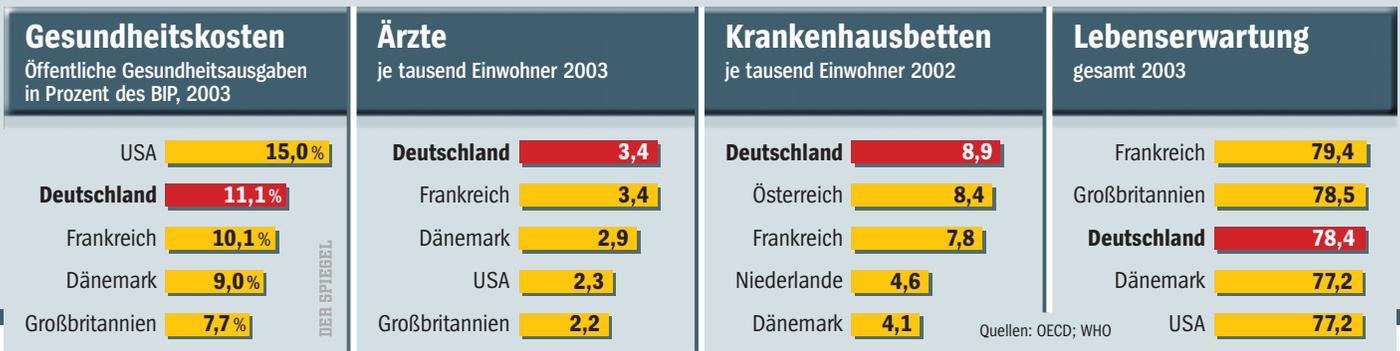
der – ein Kostendämpfungsgesetz fürs Medizinwesen zu verhandeln. Und wie bei den mehr als 50 Sparpaketen zuvor mündete auch dieses große Palaver in Hunderte neue Paragraphen, die das irrwitzige Räderwerk aus Sicherstellungsaufträgen, Ausgleichsbedarfssätzen und Festbetragsgruppen noch ein bisschen komplizierter machten – aber wenig bewirkten. Man habe, sagt Unions-Verhandlungsführer und Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer nüchtern, „ein bisschen Zeit gewonnen“ – bis zur nächsten Krise.

Auf Druck von CDU-Chefin Angela Merkel und gegen den Widerstand der SPD war bei den Verhandlungen aber auch ein elf Zeilen langer Passus ins Gesetz gerutscht, der nach anfänglichem Gemurre zu ganz erstaunlichen Verhaltensänderungen führte. Es handelt sich um Sozialgesetzbuch V, Paragraph 28, Absatz 4: Einführung einer Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal.

Konnte es den vollkaskoversicherten Patienten früher herzlich egal sein, welche Kosten ein Besuch beim Doktor verursacht, gilt es nun, kühl nachzurechnen. Ist es wirklich zehn Euro Eigenbeteiligung wert, beim ersten zarten Hüsteln gleich zum Hausarzt zu gehen? Und lohnen sich jeweils zehn Euro, um beim geringsten Verdacht einen Facharzt aufzusuchen, ohne sich zuvor eine Überweisung vom Hausarzt zu besorgen?

Bei solchen Fragen wird der Hypochonder zum Homo Oeconomicus: Oftmals lohnen sich die zehn Euro augenscheinlich nicht. Landauf, landab berichten niedergelassene Ärzte, wie ihre Wartezimmer leerer wurden. Auf reges Interesse stoßen hingegen Bonusprogramme der Krankenkassen, die jenen, die selten zum Arzt gehen und auf ihre Gesundheit achten, einen Nachlass auf den Versicherungsbeitrag gewähren.





Intensivstation (in Hamburg): „Praktisch jede Grundbedingung für einen funktionierenden Markt ist außer Kraft gesetzt“

Anfängliche Befürchtungen, die Praxisgebühr schrecke Behandlungsbedürftige ab und führe zu verschleppten Lungenentzündungen, haben sich nicht bewahrheitet. „Wer wirklich krank ist, geht weiterhin zum Doktor“, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung beobachtet.

Ausgerechnet die Praxisgebühr ist so zur Erfolgsstory der jüngsten Gesundheitsreform geworden. Lange hatten alle Beteiligten jede Urheberchaft bei deren Einführung schamvoll gelehnet. Das Eintrittsgeld für den Doktor habe ihr „die Union reindiktirt“, hatte SPD-Ministerin Schmidt nach den Verhandlungen behauptet, sie halte nichts davon. Am „Chaos um die Praxisgebühr“, behauptete wiederum der nordrhein-westfälische CDU-Chef Jürgen Rüttgers damals, sei

„ganz allein die Bundesgesundheitsministerin schuld“.

Wirtschaftswissenschaftler hingegen hatten es schon lange vermutet: Nichts täte dem Gesundheitswesen besser als die Einführung von Preisen, Leistungsanreizen, Eigenverantwortung und Transparenz. „Praktisch jede Grundbedingung für einen funktionierenden Markt ist außer Kraft gesetzt“, sagt Bert Rürup, Chef des Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Im Glauben, der Staat dürfe das hohe Gut Gesundheit nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen, haben Generationen von Sozialpolitikern eine gigantische Umverteilungsbürokratie erschaffen, die jeden Wettbewerb im Keim erstickt. Auch die privaten Krankenkassen sind Konkurrenz-

druck und Marktwirtschaft weitgehend entronnen. Wer von einer Privatversicherung zur anderen wechseln würde, verlöre sämtliche Altersrückstellungen, die die Kasse auf seinem Konto angespart hat.

Umso merkwürdiger ist die Debatte, die sich derzeit die Parteien um eine Reform des Gesundheitswesens liefern. Mit Hingabe widmen sich SPD und Union der Frage, wie neues Geld in das marode System gepumpt werden könnte. Die Genossen wollen auch die Kapitalerträge erlassen, um die gesetzliche Krankenkasse zur „Bürgerversicherung“ aufzupolstern. Die Christenunion will die Steuern erhöhen, um ihren Traum von einer „Gesundheitsprämie“ in die Tat umzusetzen.

Wie und wofür das Geld sinnvollerweise verwendet werden sollte, spielt in den

Überlegungen der Parteien keine Rolle. Die Union erspart sich konkrete Vorschläge. SPD und Grüne haben sich in ihren Wahlprogrammen lediglich zur Forderung nach einem „solidarischen“ Wettbewerb aufgerafft – was sie damit meinen, bleibt im Dunkeln. Und ausgerechnet die selbsternannten Wettbewerbsfreunde der FDP verlangen, das kundenfeindliche System der Privatassekuranz, das einen Wechsel zu einer anderen Kasse praktisch unmöglich macht, auf alle Bürger auszudehnen.

So wichtig eine Debatte um die künftige Finanzierung des Gesundheitswesens ist – dringlicher wäre eine Reform der Ausgabenseite. Etwa 600 Millionen Euro setzt die Gesundheitsbranche jeden Tag um, mehr als alle deutschen Automobilhersteller oder Energiekonzerne zusammen. Jeder zehnte Euro, der in Deutschland erwirtschaftet wird, landet in den Taschen von Ärzten, Krankenhäusern, Medizinelabors und Pharmaunternehmen. Das wäre kein Problem, würden die Mittel sinnvoll eingesetzt, schließlich gilt Gesundheit vielen Menschen als das Wichtigste im Leben. Doch leider ist die deutsche Krankenversorgung im internationalen Vergleich zwar besonders teuer, aber keineswegs besonders gut.

Gemessen an der Einwohnerzahl gibt es in Norwegen nur halb so viele Krankenhausbetten wie in Deutschland. Die Lebenserwartung der Norweger ist trotzdem größer. In keinem anderen Land der Europäischen Union werden so viele Pillen geschluckt wie in Deutschland – messbar gesünder sind die Bundesbürger deswegen nicht.

Zugleich aber scheint an allen Ecken und Enden das Geld zu fehlen. Kaum ein Monat vergeht, ohne dass Medizinfunktionäre oder Pharmalobbyisten den angeblich drohenden Notstand im Gesundheitswesen ausrufen. Erst vergangene Woche gingen bundesweit mehr als tausend Klinikärzte aus Protest gegen schlechte Bezahlung und überlange Arbeitszeiten auf die Straße. Und tatsächlich müssen vor allem junge Ärzte in vielen staatlichen Krankenhäusern zu Bedingungen schuften, die mit dem Fernsehklischee vom sonnengebräunten Doktor aus der „Schwarzwaldklinik“ nichts gemein haben.

Bekannt ist das eklatante Missverhältnis von finanziellem Aufwand und gesundheitlichem Resultat schon lange. Anfang der neunziger Jahre beklagte sich der damalige Gesundheitsminister Seehofer, dass es dem System „nicht an Geld mangelt, sondern an Qualität“. Auf mehr als 600 Seiten hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen vor vier Jahren im Detail belegt, dass deutsche Patienten gleichzeitig „über-, unter- und fehlerver-sorgt“ werden.

Doch das Gegenmittel der Politik lautet stets: mehr Regulierungen. Seit der SPD-Sozialminister Herbert Ehrenberg im Jahr

1977 den Begriff „Kostendämpfung“ einführte, schraubte die Politik immer neue Deckel auf die Finanztöpfe der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mehr als 250 Lederbände lagern in einer selten frequentierten Ecke der Bundestagsbibliothek, dem Zentralfriedhof deutscher Sozialgesetzgebung, malerisch gelegen am Ufer der Spree. In Tausenden Sparparagrafen lässt sich nachlesen, wie die Politik mit wachsender Verzweiflung versuchte, die explodierenden Krankenkassenbeiträge in den Griff zu kriegen.

Mal wurden „Sektoralbudgets“ für Arzthonorare erlassen, mal „Bettenbedarfs-

Hausarzt mit Patientin
Leistungsbereitschaft zahlt sich nicht aus



RONALD FROMMANN / LAIF

STRATEGIE: Wettbewerb unter Ärzten

Die bundesweit 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) behindern durch Kollektivverträge den Wettbewerb. Nur wer Mitglied dieses Zwangskartells ist, darf Kassenpatienten behandeln. Betrüger haben leichtes Spiel, weil die KV lediglich anonymisierte Sammelrechnungen an die Krankenkassen weiterleitet.

Künftig müsste es den Krankenkassen erlaubt sein, Einzelverträge mit ausgewählten Ärzten zu schließen. Gute Ärzte könnten belohnt, schlechte Mediziner bestraft und Betrüger ausgeschlossen werden.

Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)

Ärzte

stellen ihre Leistungen nach einem Punktsystem der KV in Rechnung.



Kassenärztliche Vereinigung

verteilt das Geld der Kassen an die Ärzte.

Die Krankenkassen haben keine direkte Informationen darüber, welcher Arzt welche Leistungen abgerechnet hat.



Krankenkassen

zahlen einen Pauschalbetrag für jeden Beitragszahler an die örtliche KV. Die Bezahlung erfolgt gemäß Punktwert.



DER SPIEGEL

pläne“ für Krankenhäuser. Steigenden Arzneimittelausgaben setzte man „Festbetragsregeln“ und „Re-Importquoten“ entgegen. Damit es allen Krankenkassen gleichermaßen gut oder schlecht geht, wurde ein „Risikostrukturausgleich“, kurz RSA, erlassen.

Gelöst wurden die Probleme dadurch nicht. Allenfalls kurzfristig gelang es, die Kosten zu bändigen. Doch rasch ging den Kassen schon wieder das Geld aus. Seit Anfang der siebziger Jahre entwickelt sich die Beitragskurve, von kleinen Dellen abgesehen, nur in eine Richtung: nach oben. Mussten Arbeitgeber und Arbeitnehmer damals etwa 8 Prozent des Bruttolohns an die Krankenversicherung überweisen, sind es heute mehr als 14 Prozent.

Wofür die Kassen das Geld ausgeben? Keiner weiß es. Im System verliert sich jede Spur.

Welcher Patient von welchem Arzt mit welcher Therapie und welchem Ergebnis behandelt wurde? Die Krankenkassen haben keine Ahnung. Von ihnen bezahlt werden nicht etwa die einzelnen Ärzte, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen, die bundesweit 17 Zusammenschlüsse aller niedergelassenen Mediziner einer Region.

Durch diesen Umweg gehen den Kassen, laut Gesetz zum sorgsamem Umgang mit den Beiträgen ihrer Versicherten verpflichtet, bereits alle Informationen verloren, die für effizientes Wirtschaften nötig wären. Wenn ein Hausarzt eine Lymphknotenschwellung behandelt, die sich später beim Chirurgen als Leistenbruch herausstellt, bekommt trotz falscher Therapie auch der Hausarzt Geld.

Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der betroffenen Krankenkasse lediglich eine anonymisierte Sammelrechnung aus. Deshalb weiß die Kasse nicht, welcher Arzt welche Therapie verordnet hat, wo doppelt geröntgt und wohin überwiesen wurde. Das alles wissen nur die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren bundesweit etwa 10 000 Verwaltungsbediensteten – und sie verraten es den Kassen nicht, weil sonst angeblich die ärztliche Therapiehoheit auf dem Spiel steht.

Das undurchsichtige Abrechnungsverfahren garantiert selbst dem stümperhaftesten Mediziner ein erträgliches Einkommen, öffnet Abzockern Tür und Tor und gilt juristisch sogar als strafmildernder Umstand. So verurteilte das Landgericht Koblenz einen Laborarzt im Jahr 1999 wegen Millionenabzocke der Krankenkassen zwar zu vier Jahren und vier Monaten Haft, aber: „Das System macht es Betrügern leicht“, hieß es in der Begründung für den vergleichsweise nachsichtigen Richterspruch.

So unbefriedigend dieser Zustand für die Krankenkassen ist, so frustrierend ist er auch für viele Ärzte. Wer sich engagiert um seine Patienten kümmert, wird nicht be-



LEONIE / JUMP

Wellness-Sportler: Reges Interesse an Bonus-Programmen der Krankenkassen

lohnt. Leistungsbereitschaft zahlt sich nicht aus, im Gegenteil. Sie wird bestraft.

So erhält ein Hausarzt aus dem Honorartopf der Kassenärztlichen Vereinigung für jeden Patienten einen Pauschalbetrag von derzeit etwa 45 Euro pro Quartal, unabhängig davon, wie viel Zeit er diesem widmet. Kommen viele Patienten mit Gesprächsbedarf, steigt die Arbeitsbelastung, und der Stundenlohn sinkt.

Fachärzten hingegen werden für jeden einzelnen Handgriff Punkte gutgeschrieben – sie erfahren aber erst später, was diese Punkte in Euro und Cent wert sind. Das Gesamtbudget, das die Kassenärztlichen Vereinigungen am Ende des Quartals verteilen, ist begrenzt. Je mehr Punkte die Ärzte sammeln, ob durch ehrlichen Fleiß oder durch überflüssiges Herumdoktern, desto niedriger fällt der Punktwert aus.



MICHAEL H. EBNER

Gesundheitspolitiker Seehofer, Schmidt
Mehr Regulierung

Kein Wunder, dass sich bei solch verkorkten Rahmenbedingungen nur eine Spezies so richtig wohl fühlt: die Funktionäre. Zu Hunderten sitzen sie in den Schonräumen des Gesundheitswesens, in den Spitzenverbänden und Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, bei den Apothekerverbänden. Sie genießen das Privileg, ihre Mitglieder nicht durch gute Arbeit gewinnen zu müssen, sondern zwangsweise zu rekrutieren. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts sonnen sie sich in dem Gefühl, hoheitliche Aufgaben im Sinne des Gemeinwohls bewältigen zu dürfen.

Unternehmerische Verantwortung tragen die Chefs der Selbstverwaltung kaum, aber bezahlt werden sie wie Manager in der freien Wirtschaft. Durchschnittlich etwa 200 000 Euro im Jahr bekommen die Vorstände der fast 270 gesetzlichen Krankenkassen – nicht schlecht für eine Branche, in der 100 Prozent aller Einnahmen und 98 Prozent der Ausgaben per Gesetz geregelt sind.

Auch die Funktionäre der Ärzteschaft genehmigen sich Gehälter, die das Durchschnittseinkommen ihrer praktizierenden Kollegen weit übersteigen. Bis zu 240 000 Euro gibt es pro Jahr, zuzüglich einer üppigen Altersvorsorge. Wer nebenbei seine Praxis weiterlaufen lässt, bekommt die Kosten für einen Vertreter zumindest teilweise erstattet.

So beherzt Kassenfunktionäre und Ärztevertreter in der Öffentlichkeit miteinander streiten: Abseits der Kameras verste-

STRATEGIE: Mehr Eigenverantwortung

Die Einführung von Praxisgebühren, Apothekenzuschlägen und Bonusmodellen war ein Schritt in die richtige Richtung. Erstmals lohnt es sich für die Versicherten, selbst auf ihre Gesundheit zu achten. Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen schlägt deshalb vor, das System zu verfeinern. Anstatt einer pauschalen Gebühr sollten die Versicherten einen prozentualen Anteil an den Behandlungskosten übernehmen. Gleichzeitig könnten die Versicherungsbeiträge sinken.

Praxisgebühr 2004

- **2,21 Mrd. Euro** erhielten die Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich der Ärzte und Zahnärzte.
- **99,7%** der Patienten zahlten die Praxisgebühr.

DER SPIEGEL

hen sich die angeblichen Gegenspieler prächtig. Jedes Jahr im Sommer trafen sich die Superfunktionäre des deutschen Gesundheitswesens zur Segelwoche in Kiel, um gemeinsam in See zu stechen. Hans Jürgen Ahrens, Chef des AOK-Bundesverbandes, gehörte ebenso zur Bootscrew wie Jörg Robbers, derzeit noch Chef der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Herbert Rebscher von der DAK und Rainer Hess, langjähriger Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Man duzt sich, man hilft sich. Es galt, den Sieg bei der „Aalregatta“ zu erringen.

Hand in Hand ist es den Funktionären gelungen, bislang noch fast jeder sinnvollen Reformidee den Garaus zu machen. Parlamentarische Initiativen, so sie die

Macht des Kartells bedrohen, gilt es zu torpedieren, bereits erlassene Gesetze auszusitzen. Und sollte sich die Politik trotzdem uneinsichtig zeigen, werden Massendemonstrationen organisiert und die Patienten aufgewiegelt. Keinem Gesundheitsminister, ob Horst Seehofer, Andrea Fischer oder Ulla Schmidt, blieb es erspart, als „Totengräber“ und „Existenzvernichter“ niedergebrüllt zu werden.

Wer sich je darüber wunderte, dass in fast jedem Industrieland der Welt die Krankenhäuser, Hausärzte und Fachmediziner eng zusammenarbeiten, nur in Deutschland nicht, findet die Antwort im System der Selbstverwaltung. Seit fünf Jahren blockieren die Kassenärztlichen Vereinigungen ein Gesetz der grünen Ministerin Andrea Fischer, das den Aufbau von Ärztenetzen vorsah. Das Medizinerkartell fürchtet unliebsame Konkurrenz.

Rätselhaft dürfte Normalsterblichen auch das gesetzlich festgeschriebene Nebeneinander von Ersatz-, Betriebs- und Allgemeinen Ortskrankenkassen mit ihren zahlreichen Landes- und Bundesverbänden erscheinen. Den Grund kennen die Funktionäre: Es geht um den Erhalt ihrer Jobs. Wochenlang antichambrierten die Kassenfürsten bei den Verhandlungen zur jüngsten Gesundheitsreform, bis Schmidt und Seehofer ihren Plan, kassenartübergreifende Fusionen zu ermöglichen, in der Schublade versenkten.

Zugleich gilt es unter Medizinern, Krankenkassenfunktionären und Sozialpolitikern stets als unfein, über Geld zu reden. Schon das Wort ist tabu und nach den Sprachregeln des Systems konsequent durch Begriffe wie „Fallpauschale“, „Leistungskomplexgebühr“ oder „Basispunkt“ zu ersetzen.

Nie käme es einem Heilkünstler wie Jörg-Dietrich Hoppe, dem Präsidenten der Bundesärztekammer, in den Sinn, den Betreiber einer ärztlichen Praxis als „Unternehmer“ zu bezeichnen – als handele es sich bei seinen Kollegen ausnahmslos um selbstlose Menschenfreunde. „Der höchste Grund ist die Liebe“, heißt es salbungsvoll auf der Rückseite der Paracelsus-Medaille, des höchsten Ordens, den Hoppe der Bundesärztekammer an Mediziner zu vergeben hat.

Mit Verve wettet der Funktionär gegen jedwede „Ökonomisierung“ seines Standes, was freilich nichts an seiner Auffassung ändert, dass die meisten Doktores dringender mehr verdienen müssten.

Auch für die Manager der gesetzlichen Krankenkassen spielt Geld keine Rolle, solange es nicht ihr eigenes ist. Steigen die Ausgaben, werden einfach die Pflichtbeiträge der Versicherten erhöht. „Einheitlich und gemeinsam“, so steht es im Sozialgesetzbuch, reichen sie diese dann an die „Leistungserbringer“ durch. So heißen im Sozialsprech die Ärzte, Apotheker und Hospitale.

Wo die Gesetze des Marktes so konsequent außer Kraft gesetzt sind, müsste wenigstens der Staat kontrollieren – doch er schafft es nicht. Mehr als acht Milliarden Euro Schulden hatten die gesetzlichen Krankenkassen zur Überraschung des Gesundheitsministeriums Anfang 2004 aufgehäuft, obwohl es ihnen per Gesetz verboten ist, langfristige Kredite aufzunehmen. Allein bei der Barmer und bei der AOK Baden-Württemberg taten sich Löcher von je fast einer Milliarde Euro auf.

Die BKK für Heilberufe, zwischenzeitlich eine der größten Betriebskrankenkassen Deutschlands, geriet gar an den Rand einer Pleite. Jahrelang hatte die von Ärzten mitgegründete und mit Darlehen der genossenschaftlichen Deutschen Apotheker- und Ärztebank („Apo-Bank“) versehene Versicherung die Beiträge ihrer Mitglieder verschleudert. Nun muss die Kasse gerettet werden – doch nicht etwa mit dem Geld der Apo-Bank, sondern auf Kosten der Allgemeinheit. Der BKK-Bundesverband beschloss, alle Be-

Apothek (in Hamburg)

Europameister beim Pillenkonsum



ARNE WEFCHARDT

STRATEGIE: Apothekenwettbewerb

In Deutschland gibt es mehr Apotheken als Bäckereien oder Tankstellen. Sämtliche Zuschläge, Handelsspannen und Rabatte sind gesetzlich normiert. Preiswettbewerb ist verboten, das Betreiben von Filialketten untersagt, der Handel mit Arzneien mittels Internet nur in sehr engen Grenzen legal.

Ökonomen fordern deshalb, die Arzneimittelpreisverordnung und das Mehrbesitzverbot für Apotheker weitgehend abzuschaffen.

Einwohner je Apotheke

Dänemark	18 406
Großbritannien	4889
Schweiz	4368
Deutschland	3858*
Frankreich	2532

Quelle: OECD; ABDA; Stand 2002; * 2004

DER SPIEGEL

triebskrankenkassen Deutschlands müssten Haftung übernehmen und einen Teil ihrer Versichertenbeiträge zur Sanierung bereitstellen.

Entsprechend verbittert klingt jeder Politiker, der es eine Weile mit diesen Herren zu tun hatte. Sie sei es leid mitanzusehen, wie Ärztefunktionäre „das Geld der Versicherten verausen“, schleuderte die grüne Ministerin Andrea Fischer ihren Kontrahenten entgegen, als sie – kurz vor ihrer Ablösung – nichts mehr zu verlieren hatte. Ihr Amtsvorgänger Seehofer sagt über die Lobbyisten: „Genauso gut könnte man Vampiren die Führung einer Blutbank übertragen.“ Und die CDU-Politikerin Rita Süssmuth, ebenfalls Ex-Ministerin, hält das Vertrauen des Staates in die Selbstverwaltung gar für die „Lebenslüge“ der deutschen Sozialpolitik.

So hilft wohl nur ein radikaler Schnitt, um die Kartelle des Gesundheitswesens zu entmachten. Die Rezepte für mehr Wettbewerb und Transparenz sind eigentlich längst bekannt. Experten wie die Wirtschaftsweisen haben sie bereits vor Jahren aufgeschrieben:

- ▶ Die Kassenärztlichen Vereinigungen als Anbietermonopol müssten abgeschafft werden. AOK und Co. dürfen stattdessen Einzelverträge mit ausgewählten Ärzten und Medizinernezen schließen – zu frei verhandelbaren Konditionen.
- ▶ Das System der Krankenkassenarten wird zerschlagen. Fusionen werden auch zwischen Betriebs- und Ersatzkassen erlaubt, die Haftungsregeln für die Vorstände verschärft. Dafür bekommen die Manager mehr Spielraum bei Verhandlungen mit Ärzten, Apothekern und Pharmakonzernen. Der Finanzausgleich zwischen reicheren und ärmeren Kassen, Gesamtvolumen derzeit 14 Milliarden Euro, wird begrenzt.
- ▶ Die Apotheken werden einem stärkeren Wettbewerb unterworfen. Statt maximal drei Filialen dürfen Pharmazeuten ganze Ketten betreiben. Die gesetzliche Preisbindung für verschreibungspflichtige Arzneimittel fällt weg, nicht rezeptpflichtige Präparate wie Aspirin dürfen auch in Drogeriemärkten verkauft werden.
- ▶ Krankenhäuser sind weitgehend zu privatisieren. Schon heute beweisen privat geführte Klinikkonzerne, dass sie deutlich effizienter wirtschaften als die meisten staatlichen Einrichtungen, ohne dass sich die Versorgung der Patienten verschlechtert.
- ▶ Statt der pauschalen Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal wird eine nach oben begrenzte prozentuale Beteiligung an allen verursachten Kosten eingeführt. Die Ökonomen sind sich sicher, dass eine solche Radikalkur trotz höherer Zahlungen vor allem den Versicherten nutzen würde. Zunächst medizinisch: Viele Doppeluntersuchungen und zweifelhafte



Arzneimittelproduktion (bei Boehringer): Die Gesundheitsbranche setzt täglich etwa 600 Millionen Euro um

Behandlungsexperimente blieben den Patienten erspart, würden sie erstmals selbst einen finanziellen Anreiz haben, auf eine möglichst effiziente Therapie zu drängen.

Segensreich würde sich der Wettbewerb zudem auf die Gesamtkosten auswirken. Wann immer eine Regierung in der Vergangenheit Monopole zerschlug, ob bei der Telekommunikation oder bei der Post, wurde das Angebot besser und der Preis niedriger.

Das würde auch dem Arbeitsmarkt helfen. Mit jeder Beitragserhöhung verteuerte sich der Faktor Arbeit. Die Lohnnebenkosten stiegen, Millionen Jobs verschwanden – und werden auch in Zukunft verschwinden, wenn medizinischer Fortschritt und eine alternde Gesellschaft die Ausgaben weiter nach oben treiben. Gelänge es, die Kosten endlich in den Griff

zu bekommen, würde dieser Teufelskreis durchbrochen.

Erst wenn dieser Teil einer Reform bewältigt ist, wäre es an der Zeit, sich die Einnahmeseite des Gesundheitswesens vorzunehmen. Denn ob Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie: Keines der von den Parteien debattierten Modelle würde an der Verschwendung im System auch nur das Mindeste ändern.

Die gedankliche Vorarbeit für eine Finanzierungsreform wäre durch die zahlreichen Kommissionen der vergangenen Jahre immerhin bereits geleistet. Kaum einem Thema haben sich SPD und Union mit so viel Verve angenommen wie der Frage, woher die Krankenversicherung künftig ihr Geld nehmen soll.

Die Genossen setzten dabei auf eine Idee, die auf den ersten Blick trefflich geeignet zu sein scheint, das sozialdemokra-

tische Herz zu wärmen. Die private Krankenversicherung in ihrer derzeitigen Form soll, so der Plan, abgeschafft werden. Auch Spitzenverdiener, Beamte und Selbständige müssten einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Wer bereits Mitglied in einer privaten Krankenversicherung ist, soll sich entscheiden dürfen, ob er zu AOK und Co. wechselt oder nicht.

Zudem wollen die Sozialdemokraten die Höhe der Beiträge nicht länger nur an der Höhe von Löhnen und Gehältern bemessen, sondern auch vom sonstigen Einkommen abhängig machen. Alle Einkünfte aus Kapitalvermögen und selbständiger Tätigkeit würden gesondert erfasst und bis zu einer noch festzulegenden Bemessungsgrenze mit Beiträgen belegt.

20 Milliarden Euro könnten die Krankenversicherer laut Berechnung des Kölner Gesundheitsökonom und SPD-Beraters

Programme für das Gesundheitssystem

Was die Parteien in der Gesundheitspolitik ändern wollen

CDU/CSU

- Einführung einer Gesundheitsprämie, die jeder Erwachsene als kostendeckenden Beitrag zahlt
- Kinderprämie wird aus Steuermitteln finanziert
- Festschreibung des Arbeitgeberanteils
- Kapitaldeckung bei der Pflegeversicherung

SPD

- Einführung einer Bürgerversicherung bei Kranken- und Pflegeversicherung, in die auch Beamte, Selbständige und Politiker einbezogen werden
- Kapitalerträge beitragspflichtig
- Beitragsfreie Familienversicherung

BÜNDNIS 90 DIE GRÜNEN

- Einführung einer Bürgerversicherung bei Kranken- und Pflegeversicherung, in die alle einbezogen werden
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
- Beitragsfreie Familienversicherung bei Erziehung oder Pflege

FDP

- Jeder Bürger versichert sich privat, wobei ein Mindestschutz Pflicht wird
- Sozialausgleich und Kinderpauschalen werden durch Steuern finanziert
- Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

DIE LINKE. PDS

- Einführung einer Bürgerversicherung, in die alle Berufsgruppen mit allen Einkünften, auch Kapital- und Mieteinnahmen, einzahlen
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
- Weiterhin Grundsatz der paritätischen Finanzierung

Krankenkassen-Zentrale*Keiner weiß, wo das Geld bleibt*

MARKUS HANSEN / ACTION PRESS

STRATEGIE: Krankenkassenwettbewerb

Fast 270 verschiedene gesetzliche Krankenkassen gibt es in Deutschland – dabei sind die von ihnen angebotenen Leistungen zu 98 Prozent identisch. Gewinne und Verluste werden durch einen Risikostrukturausgleich weitgehend egalisiert. Fusionen zwischen Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebs- und Ersatzkassen sind nahezu unmöglich.

Die Existenz mehrerer gesetzlicher Krankenkassen ist nur dann berechtigt, wenn diese auch unterschiedliche Versicherungspakete aus Pflicht- und Wahlleistungen anbieten dürfen. Der Finanzausgleich unter den Kassen muss auf ein Minimum begrenzt werden.



DER SPIEGEL

Karl Lauterbach auf diese Weise einnehmen. Der durchschnittliche Kassenbeitrag könnte demnach auf etwa zwölf Prozent sinken.

Doch der Plan hat Tücken. So sinnvoll es ist, auch Kapitaleinkünfte zur Berechnung der Beitragshöhe heranzuziehen, so kompliziert wäre dies in der Praxis. Jeder Vermögende wäre versucht, sein Ersparnis vor dem Zugriff der Kassen in Sicherheit zu bringen.

Bereits heute halten die Deutschen geschätzte 400 Milliarden Euro im Ausland vor dem Fiskus versteckt – trotz aller Lockrufe von Kassenwart Hans Eichel, das Geld gegen Zahlung einer moderaten Abgeltungsteuer zurückzuholen. Bei einer Bürgerversicherung würde noch mehr Vermögen still und heimlich über die Grenze geschafft.

Auch an das Geld der Selbständigen dürfte schwer heranzukommen sein. Wie im Steuerrecht könnten sie ihren Spiel-

raum bei der Gewinngestaltung nutzen, um sich künstlich armzurechnen. Sie bekämen den vollen Krankenschutz für einen Minibetrag.

Wegen solcher Gestaltungsspielräume ist die SPD bereits von ihrem Plan abgerückt, auch Mieteinnahmen zur Berechnung der Gesundheitsbeiträge heranzuziehen. Finanzminister Eichel hatte den Genossen erklärt, dass es wegen zahlreicher Abzugsmöglichkeiten dort nicht viel zu holen gebe.

Juristen halten zudem den Plan für aussichtslos, die privaten Krankenversicherungen in der bestehenden Form abschaffen zu wollen. Dies käme einer Entzweiung gleich. Während die gesetzlichen Umlagekassen am Ende jedes Quartals praktisch blank sind, hat die Privatassekuranz für ihre Mitglieder derzeit etwa 80 Milliarden Euro Altersreserve zurückgelegt.

Am Ende würde das Hauptproblem der Gesundheitsfinanzierung durch eine Bürgerversicherung nicht gelöst. Wie heute bliebe die Hauptlast an den Arbeitern und Angestellten und deren Arbeitgebern hängen. Steigende Ausgaben würden wie bislang zu höheren Beiträgen führen und weitere Jobs vernichten.

Das von der Union geforderte Prämiemodell hingegen finden die meisten Experten überzeugend – auch wenn der Kompromiss, den CDU-Chefin Merkel und CSU-Vorsitzender Edmund Stoiber nach monatelangem Streit einstweilen verabredet haben, so viele Ungereimtheiten aufweist, dass ihn selbst in der Union keiner ernst nimmt.

Die eigentliche Idee aber ist bestechend. Anstatt prozentualer Beiträge soll jeder Versicherte einen einheitlichen, vom Einkommen unabhängigen Betrag an die Krankenkasse zahlen. Die kostenlose Mitversicherung von nichtbeschäftigten Eheleuten fällt weg. Der bisher vom Arbeitgeber bezahlte Anteil wird eingefroren und entweder direkt mit dem Bruttolohn an die Versicherten ausgezahlt, was vernünftig wäre, oder über eine zentrale Sammelstelle an die Krankenkassen verteilt. Letzteres würde überflüssige Bürokratie erzeugen, gleichwohl hat es die Union so in ihrem Modell vorgeschlagen.

In jedem Fall würden die Löhne von den Gesundheitskosten entkoppelt – ein großer Vorteil gegenüber der Bürgerversicherung. Der Faktor Arbeit würde, anders als bei der SPD, nicht länger belastet.

Da die Pro-Kopf-Pauschale, auch wenn die Union derzeit von anderen Zahlen ausgeht, rechnerisch bei etwa 171 Euro für Erwachsene und 86 Euro für Kinder liegen müsste, um alle derzeitigen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken, wären allerdings viele Geringverdiener und Familien finanziell überfordert. Die Befürworter des Prämiemodells schlagen deshalb vor, ihnen einen Zuschuss

zu gewähren, der Nachteile gegenüber dem Status quo ausgleicht.

Woher das Geld für den sozialen Ausgleich kommen soll, haben Wirtschaftswissenschaftler wie Sachverständigenrats-Chef Rürup und der Finanzwissenschaftler Stefan Homburg unabhängig voneinander berechnet. Ihre Zahlen unterscheiden sich nur im Detail.

Demnach kann der Staat etwa 16 Milliarden Euro kassieren, wenn die bisherigen Arbeitgeberanteile ausgezahlt und von den Arbeitnehmern versteuert werden. Dies würde reichen, um alle Prämien für Kinder zu bezahlen.

Zusätzlich müssten weitere Mittel beschafft werden, um Geringverdiener unterstützen zu können. Merkel-Berater Homburg rechnet mit etwa 9 Milliarden Euro, die nötig seien. Rürup geht von 13 Milliarden Euro aus.

Am besten wäre es, so die Ökonomen, das Geld an anderer Stelle einzusparen, etwa durch den Abbau von Subventionen. Weil die Wissenschaftler nur geringe Hoffnung auf derlei politische Großtaten haben, schlagen sie Steuererhöhungen vor. Es böten sich eine Anhebung der Mehrwertsteuer, höhere Sätze bei der Einkommensteuer oder, nach dem Vorbild des Solidarzuschlags für den Aufbau Ost, ein Aufschlag auf die Steuerschuld an.

Das Ausmaß der jeweils notwendigen Steuererhöhung hat Rürup im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats beziffert. Demnach müsste der Normalsatz der Mehrwertsteuer von derzeit 16 auf 17,7 Prozent steigen, alternativ die Einkommensteuer um proportional 1,8 Prozent. Ein Gesundheits-Soli wiederum läge bei 6,5 Prozent. Dabei würde ein Solidarzuschlag vor allem Gutverdiener belasten, eine höhere Mehrwertsteuer hingegen Familien und Normalverdiener.

Genau an dieser Stellschraube dürfte sich demnach entscheiden, ob die meisten Bürger eine Gesundheitsprämie gerecht finden – und ob sie je Chancen hat, durchgesetzt zu werden.

Aus Sicht der Volksparteien wäre vor allem ein Prämiemodell mit Solidarzuschlag attraktiv. Anders als es viele Genossen und Teile der CSU derzeit behaupten, würde das nicht zu einer ungerechten Umverteilung von Arm zu Reich führen, sondern, im Gegenteil, zu einer Umverteilung von Reich zu Arm.

Geringverdiener wären vom Gesundheits-Soli kaum betroffen. Weil sie ohnehin kaum Einkommensteuern zahlen, fielen auch der Zuschlag minimal aus.

Unbarmherzig schlug das Finanzamt hingegen bei jenen zu, die bislang vergleichsweise wenig bis gar nichts zum Solidarsystem in der Gesundheitsversorgung beitragen: Privatversicherte, Spitzenverdiener und Superreiche. Bei einem Monateinkommen von 10 000 Euro wäre ein Gesundheits-Soli von etwa 220 Euro fällig.



ULRICH BAATZ

STRATEGIE: Preiswettbewerb

Fachärzte dürfen jeden Handgriff einzeln abrechnen – gegen Punkte, deren Wert sie aber erst hinterher erfahren. So entsteht ein aberwitziger Hamsterradeffekt: Jeder Mediziner versucht, auf teils unsinnige Weise möglichst viele Punkte zu sammeln, weshalb der Punktwert fällt. Wie bereits die meisten Krankenhäuser sollten Fachärzte für typische Erkrankungen eine Fallpauschale pro Patient bekommen. Deren Höhe richtet sich nach dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand und wird zwischen Ärzten und der Krankenkasse ausgehandelt.

DER SPIEGEL

Punkte und Honorare von Behandlungen
Beispiele der Kassenärztlichen Vereinigung

- Krebsvorsorge Frau: **370 Punkte**
Honorar: zwischen **11,10** und **18,50 €**
- Computertomographie von Teilen der Wirbelsäule: **1940 Punkte**
Honorar: zwischen **58,20** und **97 €**
- Gelenkspiegelung: **3410 Punkte**
Honorar: zwischen **102,30** bis **170,50 €**

Ein Top-Verdiener wie Deutsche-Bank-Chef Josef Ackermann würde auf 500 000 Euro Einkommen etwa 13 600 Euro bezahlen – im Monat.

Belastet würden zudem einige Ehepaare und Familien. Doch dies liegt nur daran, dass die Pauschalprämie eine besonders eklatante Ungerechtigkeit des bestehenden Systems endlich beseitigen könnte.

Derzeit dürfen sich ein Besserverdiener und seine nichtberufstätige Gattin, Haus-

Untersuchung mit Computertomograf: Steigende Ausgaben durch Hightech-Medizin

haltseinkommen 7100 Euro, seltsamerweise billiger bei der AOK versichern als ein Arbeitnehmer, der zusammen mit seiner berufstätigen Frau ebenfalls ein Haushaltseinkommen von 7100 Euro erzielt. Ursache ist die Beitragsbemessungsgrenze von 3525 Euro. Die Doppelverdiener müssen zweimal den Höchstbeitrag an die AOK zahlen, der Besserverdiener und seine Gattin hingegen nur einmal.

Die Prämie der Union würde, anders als die SPD-Bürgerversicherung, diesen Unfug beenden. Beide Paare müssten fortan denselben Beitrag für ihre Gesundheitsvorsorge zahlen – ein Gebot der Fairness, schließlich verfügen auch beide Paare über dasselbe Haushaltseinkommen.

Umso unverständlicher ist es, dass ausrechnet die vom Schicksal der kleineren Leute bekümmerten Sozialdemokraten eine Gesundheitsprämie ablehnen. „Die gemeinhin aufgestellte Behauptung, die Pauschalprämie sei unsozial, die Bürgerversicherung hingegen gerecht, ist falsch“, sagt Wirtschaftsexperte Rürup: „Das Gegenteil ist der Fall.“

Und es gibt noch einen weiteren Grund, warum gerade den Genossen das Prämienmodell gefallen müsste: Es stärkt die gesetzliche Krankenversicherung gegenüber den privaten Krankenkassen, und zwar ganz legal.

Längst haben die Lobbyisten der Privatassekuranz gemerkt, dass das Merkel-Modell ihre Besitzstände weit stärker bedroht als die rhetorisch kraftvollen, juristisch aber fragwürdigen Enteignungspläne der Genossen.

So fürchtet die Branche, dass sie gegen eine CDU-Gesundheitsprämie Probleme hätte, ihre deutlich höheren Policen zu rechtfertigen. Gerade die von den Privatkassen umgarnten jungen und noch kinderlosen Gutverdiener dürften es sich künftig genau überlegen, ob es sich wirklich lohnt, die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zu verlassen. Bei der Finanzierung des Sozialausgleichs für Geringverdiener über Steuern blieben sie, so oder so, mit in der Pflicht.

Bereits vor einigen Wochen reisten die Funktionäre der Privatkassen deshalb nach Hannover, um der niedersächsischen Sozialministerin Ursula von der Leyen ihre Interessen darzulegen. Auch bei ihnen hatte sich herumgesprochen, dass die CDU-Frau, Merkels engagierteste Mitstreiterin für eine Gesundheitsprämie, im Falle eines Wahlsiegs beste Chancen hat, der nächsten Bundesregierung anzugehören.

Der Besuch endete für die Lobbyisten unerfreulich. Freundlich lächelnd, habe sich von der Leyen das Klagen angehört, berichtet ein Teilnehmer. Mitgefühl brachte sie aber nicht auf.

Sie sei fest entschlossen, beschied die Ministerin ihren Besuchern zum Abschluss, den 70 Millionen Kassenpatienten ein wirklich gutes Angebot zu machen.

ALEXANDER NEUBACHER

Im nächsten Heft: Das deutsche Steuersystem ist viel zu kompliziert – und ungerecht: Die zahlreichen Schlupflöcher müssen geschlossen werden.