



TORSTEN SILZ / DDP

Operation in einem Heidelberger Krankenhaus: Wochenlanges Warten auf einen Termin

REFORMEN

# Das Tollhaus

Die Gesundheitsreform wirkt – aber anders als von der Koalition geplant. Milliardenbeträge versickern im Nirgendwo, die Bürokratie treibt bizarre Blüten, und die medizinische Versorgung unterliegt einer absurden Prämisse: je kranker ein Patient, desto besser. *Von Alexander Neubacher*

**U**lla Schmidt ist bester Laune, sie lacht, sie schüttelt sich, ihr ganzer Körper bebzt. Oben auf der Bühne stehen die Kabarettisten Frank Lüdecke und Mathias Richling und machen Witze über das Gesundheitssystem. Unten im Publikum sitzt die zuständige Bundesministerin und kriegt sich gar nicht mehr ein vor Heiterkeit. Herrlich, sagt Ulla Schmidt.

Auf der Bühne stehen sie gerade um einen Erste-Hilfe-Kasten herum. Guck mal, sagt Lüdecke, die Dinge gehen jetzt nur noch nach Vorkasse auf. Richling guckt, und Ulla Schmidt guckt auch und kringelt sich schon wieder vor Lachen. Die haben jetzt einen Münzschlitz an der Seite, sagt Lüdecke.

Später stehen sie alle im Berliner Fernsehstudio herum und herzen sich. Richling und die Ministerin sind schon seit einer Weile beim Du angelangt. Der Mathias

sagt, die Ulla sei seine Paraderolle, weshalb sie noch lange Ministerin bleiben solle, was die Ulla, die mit Lob sonst nicht gerade überhäuft wird, natürlich gern hört. Dann unterhalten sie sich über Politik und Parodie, und im Stimmengewirr wird es für die Umstehenden immer schwerer zu erkennen, ob gerade die echte Ministerin redet oder die falsche.

Offenbar ist es so, dass sich Ulla Schmidts Job besser aushalten lässt, wenn man die Dinge mit Humor nimmt, gerade in diesen Zeiten. Vor nunmehr hundert Tagen trat die jüngste Reform in Kraft, um das deutsche Gesundheitswesen billiger, besser und gerechter zu machen. Das erste Quartal wird gerade abgerechnet; Schmidts Leute sind dabei, eine erste Bilanz zu ziehen. Sie fällt gruselig aus.

Die Beiträge sind auf 15,5 Prozent des Bruttolohns gestiegen, das höchste Niveau

aller Zeiten. Die Bundesregierung hat zwar angekündigt, zur Jahresmitte ein paar Milliarden Euro extra aus Steuermitteln ins System zu pumpen, um die Beiträge zu drücken. Doch schon jetzt ist klar, dass der „Schutzschirm für das Gesundheitswesen“ (Ministerin Schmidt) nicht reichen wird. Ein Milliardendefizit droht.

Die Bürger haben das Gefühl, dass ihre Versorgung nicht besser, sondern schlechter geworden ist. Manche Hausärzte verlangen Vorkasse und sperren tageweise die Praxen zu. Auf einen Termin beim Facharzt warten Kassenpatienten oft wochenlang vergebens. In den Krankenhäusern macht sich Personalmangel bemerkbar. Millionen Versicherte sind verunsichert.

Die Zahl der chronisch Kranken steigt, weil es sich für die Branche lohnt, Gesunde in Kranke umzudefinieren. Vergangene Woche verschickte das zuständige Bun-

desversicherungsamt neue Berechnungen zur Morbidität. Die Zahlen deuten darauf hin, dass sich Asthma, Zucker, Bluthochdruck und Depression fast seuchenartig ausbreiten. Milliardenbeträge verschwinden im Nirgendwo. Die Krankenkassenbürokratie entwickelt ein skurriles Eigenleben.

Im vergangenen Jahr haben eine halbe Million Beitragszahler die Möglichkeit genutzt, von einer teuren Krankenkasse zu einer günstigeren zu wechseln. In der stramm durchregulierten Branche sorgten unterschiedliche Beitragssätze für einen Hauch von Wettbewerb. Doch nun gilt der von der Regierung festgelegte Einheitsbeitrag und bereitet den Weg in eine Einheitskasse. Fast 20 Kassen, darunter einige, die früher besonders günstig waren, sind bereits verschwunden.

In der Großen Koalition gehen die Ersten auf Distanz zum eigenen Werk. Von „Chaostagen im Gesundheitswesen“ spricht der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder. Immer mehr Vertreter von Union und SPD reden in Hintergrundgesprächen von der total verkorksten Reform und raunen, sie würden die Uhr am liebsten zurückdrehen. Angetreten waren sie einst, den schwindstüchtigen Krankenkassen eine sichere Einnahmehasis zu verschaffen. Bundeskanzlerin Angela Merkel sprach vom „wichtigsten Projekt dieser Legislaturperiode“, die Umstände waren günstig wie selten zuvor. Die Koalition verfügte über

eine Zweidrittelmehrheit im Bundestag und beherrschte den Bundesrat. Doch die Parteien zerstritten sich. An die Stelle des großen Wurfs traten faule Kompromisse.

In einer Broschüre erklärt die Bundesregierung den Bürgern, warum es bei der Reform ging. Sie heißt „Deutschland bleibt gesund“, die Kapitel tragen Überschriften wie „Willkommen in der Solidarität“, „Mehr Wettbewerb und Transparenz“ und „Mehr Zeit für Patienten“.

Wer sich dieser Tage mit Patienten, Ärzten, Krankenkassenmanagern und Wissenschaftlern unterhält und ihre Geschichten mit dem vergleicht, was in der Broschüre steht, kommt aus dem Staunen nicht heraus. Es sind Geschichten wie aus dem Märchen von den Schildbürgern, die ein neues Rathaus bauen, die Fenster vergessen und das Licht in Eimern hineintragen.

In einem Interview hat Schmidt-Imitator Richling kürzlich erzählt, was so besonders an der Gesundheitsministerin ist. „Bei Ulla Schmidt habe ich immer das Gefühl, sie parodiert mich, und nicht umgekehrt.“

**„Deutschland bleibt gesund“\***

Wenn es der Gesundheit dient, geht Jens Luther, Chef der Hanseatischen Krankenkasse (HEK), mit gutem Beispiel voran.

\* Die Zitate auf dieser und den folgenden Seiten stammen alle aus der Broschüre der Bundesregierung.

Der 55-Jährige joggt, fährt Rennrad und ernährt sich mit Bedacht. Auf diese Weise führte er ein nahezu beschwerdefreies Leben. Nur manchmal plagte ihn ein saurer Magen, weshalb ihm der Arzt immer mal wieder ein Mittel gegen Sodbrennen verschrieb.

Doch mit der Gesundheitsreform hat sich Luthers Zustand sehr verschlechtert. Sein Sodbrennen wuchs sich zur lebensbedrohlichen Reflux-Krankheit aus. Der drahtige Top-Manager ist ein chronisch Kranker geworden.

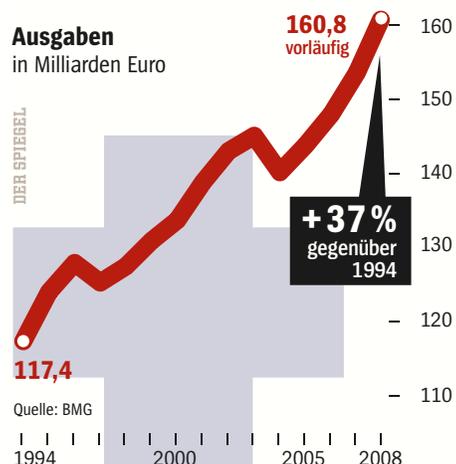
Luther selbst hat von seinem schlimmen Leiden freilich noch gar nichts bemerkt. Er sieht fit aus wie eh und je; es geht ihm blendend. Und wäre er nicht Vorstandsvorsitzender jener Krankenkasse, bei der er auch als Patient versichert ist, hätte er womöglich nie erfahren, dass sich sein Gesundheitszustand so dramatisch verschlechtert hat.

Das Geheimnis seiner Erkrankung steckt im komplizierten Regelwerk, das sich die Große Koalition ausgedacht hat, um das Geld im Gesundheitswesen gerechter zu verteilen, wie es in der Regierungsbroschüre heißt. Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten sollten mehr Geld bekommen als Kassen mit vielen gesunden Mitgliedern.

Fachleute nennen das Verfahren „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“. Gesundheitsministerin Schmidt spricht lie-



Koalitionspolitikerinnen Schmidt, Merkel: „Wichtigstes Reformprojekt dieser Legislaturperiode“



bevoll vom „Morbi-RSA“. Für einen 55-jährigen Mann sieht die Rechnung neuerdings so aus: Ist er gesund, bekommt seine Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds exakt 1079 Euro im Jahr. Das reicht, um Routinebehandlungen und die mittlerweile üblichen Vorsorgeuntersuchungen zu bezahlen. Überschüsse lassen sich aber leider nicht erzielen.

Sehr viel interessanter wird es für die Kasse, wenn der 55-Jährige erkrankt – und zwar an der richtigen Krankheit. Es gibt eine Liste von 80 Gebrechen, für die es aus dem Gesundheitsfonds Zuschläge gibt.

Die Zahl 80 ist ein politischer Kompromiss. Bei den Verhandlungen lag sie ungefähr in der Mitte der Forderungen von Union und SPD, so kam sie ins Gesetz. Auch die Auswahl der Krankheiten folgt keinem klaren Schema.

Es sind seltene dabei wie die Hämophilie und Massenleiden wie Bluthochdruck. Manche sind akut wie die Lungenentzündung, andere chronisch, etwa Diabetes. Eigentlich sollte ein von der Bundesregierung beauftragter Kreis von Wissenschaftlern die Liste zusammenstellen, aber die Experten hatten fachliche Skrupel – und traten zurück.

Aus Sodbrennen lässt sich was machen, der Liste sei Dank. Wer öfter sauer aufstößt, zweimal im Jahr zum Hausarzt geht und dabei jeweils eine Vorratspackung des einfachen Magenmittels Omeprazol verschrieben bekommt, erfüllt nun alle Kriterien, um in die „HMG 036“ aufzusteigen, die „Hierarchisierte Morbiditätsgruppe“ jener, die von „Ösophagitis, Reflux und anderen Erkrankungen der Speiseröhre (ohne Ulkus und Blutung)“ betroffen sind.

Als Patient merkt Luther von seiner eigenen Verwandlung normalerweise nichts. Es handelt sich nur um eine Codierung auf seiner Krankenakte, die er eh nie zu sehen bekommt. Aber für die Kasse lohnt sich die Sache. Jeder codierte Krankheitsfall bringt der HEK ein Aufgeld aus dem Gesundheitsfonds. Der Zuschlag für Reflux beträgt 912 Euro im Jahr.

Für die Kassen besteht also ein Anreiz, möglichst viele Versicherte zu finden, die sich den 80 Krankheiten zuordnen lassen. Sie sind nicht etwa daran interessiert, dass es ihren Versicherten gutgeht, sondern, im Gegenteil, möglichst schlecht; das hat es selbst in der an Skurrilitäten reichen Geschichte deutscher Sozialgesetzgebung noch nicht gegeben.

Millionen von Versichertendaten werden derzeit unter dem Aspekt der „Erlösoptimierung“ geprüft, wie es in einem Leitfaden für AOK-Mitarbeiter heißt. Ideal sind Krankheiten mit hohen Zuschlägen und geringen Behandlungskosten – wie Sodbrennen.

Dem Zuschuss von 912 Euro stehen durchschnittliche Ausgaben von nur 220 Euro gegenüber. Das macht einen Gewinn von 692 Euro im Jahr, wobei das Wort



**Krankenkassenchef Luther:** Aus Sodbrennen lässt sich was machen

„Gewinn“ in der Kassenbürokratie verpönt ist. Man spricht lieber von „positiven Deckungsbeiträgen“:

- ▶ Bluthochdruck bringt einen Zuschlag von 402 Euro im Jahr. Davon abzuziehen sind durchschnittliche Kosten von 141 Euro für zwei Termine beim Facharzt (Belastungs-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Beratung) und Medikamente (Betablocker, eine Tablette am Tag) – macht unterm Strich einen positiven Deckungsbeitrag von 261 Euro.
- ▶ Ein Asthma-Patient, der jedes zweite Quartal zum Pneumologen geht und das übliche Kombinationsspray verwendet, sorgt für ein Plus von 192 Euro im Jahr.
- ▶ Die Diagnose „Psychische Verstimmung“ bringt der Kasse nichts. Besser ist es, wenn der Versicherte eine „leichte depressive Episode“ hat, denn dafür gibt es fast 1000 Euro extra.

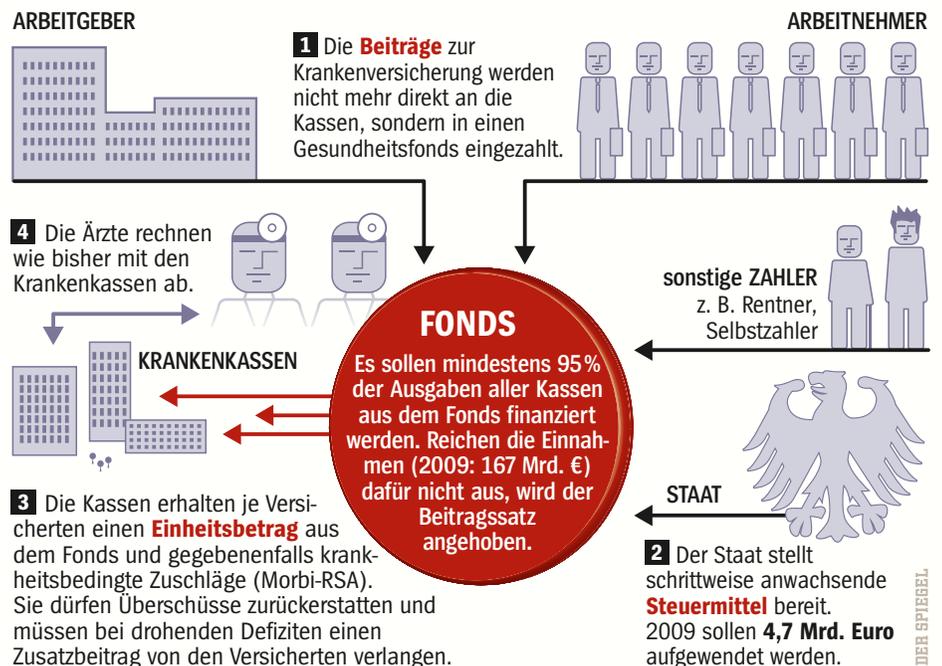
Die BKK Salzgitter schrieb niedergelassenen Medizinern einen Brief mit der unmissverständlichen Aufforderung, „für die bei BKK versicherten Patienten eine Überprüfung der Diagnosen vorzunehmen“. Die Liste der wirtschaftlich interessanten Krankheiten hatte die Betriebskrankenkasse vorsorglich beigelegt.

Die AOK Niedersachsen forderte Ärzte auf zu überprüfen, ob ihre Versicherten nicht an einer lukrativen Krankheit leiden. Die AOK Bayern schickte sogar eigene Leute vorbei, um den Ärzten beim Codieren zu helfen. Und natürlich haben auch einige Mediziner kapiert, wie sie etwas vom Kuchen abbekommen.

Der Bayerische Hausärzterverband, dem etwa 75 Prozent aller Hausärzte im Freistaat angehören, hat einen Vertrag mit der AOK Bayern geschlossen. Der Deal funktioniert so, dass die AOK etwa doppelt so

## Die große Umverteilung

Wie der Gesundheitsfonds funktioniert





RIEDMILLER / CARO (M.); ULRICH BAATZ / LAIF (R.)

**Nordic Walker, Gesundheitsforscher Glaeske: Jeder codierte Krankheitsfall bringt Geld**

hohe Honorare zahlt wie früher üblich. Dafür helfen viele Ärzte der AOK dabei, den Gesundheitsfonds anzuzapfen.

„Als Gegenleistung für das Entgegenkommen der AOK bitten wir Sie nochmals, eine entsprechende Codierung bei den AOK-Patienten vorzunehmen“, heißt es in einem Brief, den der Hausärzteverband an seine 7000 Mitglieder verschickt hat. Außerdem sollten die Ärzte die AOK bitte bei der Mitgliederwerbung unterstützen. Und so betätigen sich die bayerischen Hausärzte nun als Außendienstler für die AOK. Auch das hat es im deutschen Gesundheitswesen noch nie gegeben.

Es lässt sich schon genau sagen, wer die Leidtragenden des neuen Systems sind: die Patienten mit wirklich ernststen Krankheiten. Für einen übergewichtigen Hypertoniker etwa wäre es gut, wenn ihm die Krankenkasse ein Bewegungsprogramm anbieten würde. So war es in den vergangenen Jahren üblich. Doch im Lichte neuer Kosten-Nutzen-Kalkulationen sind die Kassen nun geneigt, ihre Sportkurse zurückzufahren. Die Heilung eines Versicherten würde ja Geld kosten.

Schlecht sieht es auch für Menschen aus, die eine Krankheit haben, die in der neuen Liste nicht ausreichend vergütet wird, obwohl die Therapie aufwendig ist. Vor der Gesundheitsreform gab es für extrem teure Fälle einen sogenannten Risikopool. Für einen Patienten mit Morbus Fabry, einer seltenen Stoffwechselerkrankung, deren Behandlung etwa 240 000 Euro im Jahr kostet, gab es aus dem Pool 130 000 Euro, also gut die Hälfte. Die Große Koalition hat den Risikopool abgeschafft, jetzt gibt es für Morbus Fabry nur noch einen Zuschuss von 10 000 Euro. Für die unheilbare Porphyrurie etwa gibt der neue Finanzausgleich überhaupt nichts mehr her.

„Versicherte ohne Morbi-RSA-Krankheiten sind nach der neuen Logik falsche Versicherte“, sagt der Bremer Gesundheitsökonom Gerd Glaeske. Er befürchtet eine fortschreitende „Pathologisierung“ der Bevölkerung. „Der Morbi-RSA geht in

die völlig falsche Richtung“, sagt Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. „In Berlin wurden Regelungen erlassen, deren Sinn weder die Akteure im Gesundheitswesen noch die Politiker selbst verstehen“, urteilt Hans Unterhuber, Chef der Siemens Betriebskrankenkasse. „Das ist völlig pervers“, sagt Uwe Seybold von der Audi BKK.

Und Jens Luther, der neue chronisch Kranke von der HEK, würde das System trotz des Zuschlags für Sodbrennen am liebsten wieder abschaffen: „Es ist doch vollkommen absurd, wenn die Kassen ein größeres Interesse an Kranken als an Gesunden haben.“

**„Willkommen in der Solidarität: Ganz Deutschland wird krankenversichert“**

Kornelius C., 57, hat Glück, dass er mit der richtigen Frau zusammen ist, einer Ärztin. Im Falle einer Erkrankung würde sie ihn zu Hause versorgen. Zur Not könnte sie auch einen Kollegen bitten.

Einen richtigen Arztbesuch kann sich C. nicht leisten. Krankenversichert ist er nicht. Als Freiberufler lag sein Einkommen in schlechten Monaten unter tausend Euro im Monat, er fühlte sich fit, da hat er an seiner Versicherung gespart.

Eigentlich dürfte es einen Fall wie C. in Deutschland nicht geben. Die Bundesregierung hat eine Versicherungspflicht eingeführt (weshalb es Herr C. auch vorzieht, nicht mit seinem richtigen Namen genannt zu werden). Alle Betroffenen sollten eine neue Chance auf Krankenschutz bekommen.

Für Gesundheitsministerin Ulla Schmidt handelt es sich um eine der wichtigsten Ernungenschaften der Reform. Sie gab eine Plakataktion in Auftrag mit der Überschrift „Ganz Deutschland wird krankenversichert“.

In ihren Reden setzt Schmidt das Thema gern ein, um sozialdemokratische Wärme zu erzeugen.

Das Problem ist, dass viele Betroffene immer noch nicht wissen, wie sie die Versicherung bezahlen sollen. C. wäre ein Kandidat für den neuen Basistarif in der privaten Krankenversicherung. Die Prämie liegt bei 570 Euro im Monat zuzüglich 53 Euro Pflegeversicherung. Er sagt, er könne diese Summe beim besten Willen nicht aufbringen.

C. ist zur Hamburger Verbraucherzentrale gegangen, um sich beraten zu lassen. Der Andrang dort ist groß. Die mit dem Thema befasste Rechtsanwältin Charlotte Henkel vermutet, dass es bundesweit Tausende vergleichbarer Fälle gibt.

C. könnte eine Ermäßigung auf die Hälfte des Basistarifs beantragen und einen Zuschuss von der Bundesagentur für Arbeit bekommen. Er müsste dafür aus der gemeinsamen Wohnung mit seiner Freundin ausziehen.

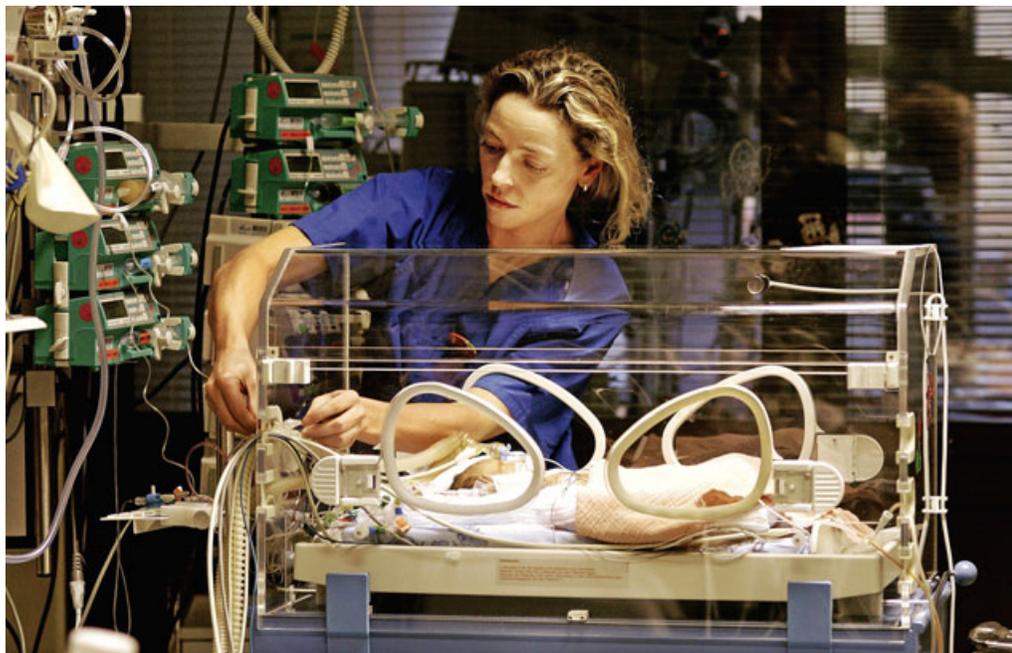
Er sagt, diese Entscheidung falle ihm schwer. Was, wenn er krank wird und seine Freundin ist nicht da?

**„Der Gesundheitsfonds: Für eine klare und nachvollziehbare Finanzierung“**

Josef Hecken, 49, raucht etwa 60 Zigaretten am Tag – der Stress. Vor einem Jahr übernahm er die Leitung des Bundesversicherungsamts in Bonn. Seither hat er kaum ein Wochenende freigeht.

Hecken ist Merkmals Sonderbeauftragter für den Gesundheitsfonds. Die Kanzlerin hat ihn aus dem Saarland abgeworben, wo er Gesundheitsminister war. Hecken soll aufpassen, dass das Geld der Versicherten bei Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken ankommt. Jeden Tag stellt er eine Tabelle ins Internet, aus der hervorgeht, wie viel Geld beim Gesundheitsfonds, Kontonummer 50401699, Deutsche Bundesbank, eingegangen ist. Ungefähr 167 Milliarden Euro sollen übers Jahr hereinkommen, so hat es die Regierung festgelegt.

Das Passwort zum Öffnen der Tabellen-datei lautet „Planung“, kleiner Bürokr-



Intensivstation für Neugeborene an der Berliner Charité, Beschäftigte des IKK-Bundesverbandes in Bergisch Gladbach: Frühchen sind ein gutes

tenscherz. Hecken weiß längst, dass das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht reicht.

Mitte des Jahres werden die ersten Krankenkassen gezwungen sein, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu verlangen. Er rechnet mit zunächst vier Millionen Betroffenen. Als Chef der zuständigen Aufsichtsbehörde bereitet ihm das einiges Kopfzerbrechen.

Heckens Problem ist, dass er nicht weiß, wie hoch die Zuschläge sein dürfen. Einerseits steht im Gesetz, dass der Gesundheitsfonds nur 95 Prozent aller Ausgaben abdecken muss. Die fehlenden 5 Prozent sollten über Zusatzbeiträge von den Versicherten extra bezahlt werden, als eine Art Mini-Kopfpauschale. Die Union hat diese Regelung durchgesetzt. Bundeskanzlerin Merkel bezeichnete sie als großen Verhandlungserfolg.

An anderer Stelle im Gesetz steht, dass der Zusatzbeitrag, den eine Kasse maximal verlangen kann, die Versicherten nicht überfordern darf. Kein Bürger muss mehr bezahlen als ein Prozent seines Einkommens – so hat es wiederum die SPD bei den Verhandlungen durchgesetzt.

Hecken hat lange darüber nachgedacht, wie sich die beiden Vorschriften in Einklang bringen lassen, doch er ist zu keinem Ergebnis gekommen. Am Ende könnte es so sein, dass eine Krankenkasse, die viele Rentner und Geringverdiener versichert, pleitegeht, weil sie nur einen kleinen Spielraum für Zusatzbeiträge hat. Dabei sollten doch gerade diese Kassen vom neuen System profitieren.

Hecken würde sich gern loyal zur Großen Koalition verhalten. Er kann auf eine Karriere in Berlin nach der Bundestagswahl hoffen. Doch auch seine Loyalität stößt an eine Grenze.

„Ich habe das hier zu vollziehen“, sagt er, „aber mittelfristig kann das System so nicht funktionieren.“

### „Mehr Wettbewerb und Kostentransparenz – davon profitieren Sie“

Wer wissen will, was ein Baby kostet, muss in Siegburg bei der InEK GmbH nachfragen, dem „Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus“. Vor kurzem ist der neue Fallpauschalenkatalog erschienen. Die Tarife für Neugeborene sind in der Hauptdiagnosegruppe 15 geregelt. Frühchen werden nach Gewicht abgerechnet. Es gilt das Prinzip: je leichter, desto teurer.

Für extreme Frühchen, die weniger als 600 Gramm wiegen, bekommt ein Krankenhaus bis zu 120 000 Euro. Für bis zu 750 Gramm können etwa 70 000 Euro abgerechnet werden. Acht Gewichtsklassen gibt es insgesamt, in denen Notoperationen, künstliche Beatmung oder andere sogenannte signifikante Prozeduren abgerechnet werden können.

Für die Kliniken sind Frühgeburten ein gutes Geschäft. So kommt es, dass ein erbitterter Konkurrenzkampf darum tobt. Seit Jahren zanken sich die Krankenhausmanager um die Frage, welche Voraussetzungen eine Klinik erfüllen muss, um Frühchen zu versorgen. Die Hoffnung war groß, die Bundesregierung würde die Gesundheitsreform nutzen, um den Streit endlich zu beenden.

Für die Babys wäre es am besten, wenn sie in einer sogenannten neonatologischen Spezialeinrichtung zur Welt kämen. Praktisch alle namhaften Experten sind der Meinung, dass die Überlebenschance stark vom Können und von der Erfahrung des

Geburtsteams abhängt. Wenn ein Krankenhaus nicht auf wenigstens 50 Fälle im Jahr komme, sollte es von den hoch gefährdeten Frühgeburten besser die Finger lassen, lautet die Forderung der Fachleute, die von Gesundheitsministerin Schmidt geteilt wird.

Für kleinere Krankenhäuser würde eine solche Regelung jedoch herbe Umsatzverluste bedeuten. Dementsprechend hartnäckig setzen sie sich gegen eine strenge Mindestmengenvorschrift zur Wehr.

Es reiche, die Grenze bei zwölf Fällen im Jahr zu ziehen. Ulla Schmidt findet das im Prinzip zu wenig. Doch sie will sich in die Debatte nicht einmischen. Sie kam zu dem Schluss, dass es sich um eine Angelegenheit der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen handelt.

Vergangenes Jahr berichtete die Europäische Union, dass hierzulande 3,8 von 1000 Kindern im ersten Lebensjahr sterben. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland damit im Mittelfeld, weit hinter Schweden, Finnland und Norwegen.

Auch in Belgien, Slowenien, Tschechien, Luxemburg, Österreich, Spanien und Portugal ist die Säuglingssterblichkeit niedriger als in Deutschland – dem Land, das sich gemessen am Bruttoinlandsprodukt das drittteuerste Gesundheitssystem der Welt leistet.

### „Weniger Bürokratie, mehr Wettbewerb“

Wenn die Beschäftigten des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen in Bergisch Gladbach morgens ins Büro kommen, beginnt für sie die geruhsamste Zeit des Tages. Die einen machen es sich mit der Tageszeitung und einer Tasse Kaffee gemütlich; andere gehen ihren Hobbys



Geschäft

nach, suchen im Internet nach einem Nebenjob oder sitzen mit den Kollegen zusammen, bis es Zeit fürs Mittagessen wird. Eine Führungskraft schreibt ihren ersten Kriminalroman; sie kommt gut voran.

Reguläre Arbeit gibt es nicht. Zu Jahresbeginn hat der Verband alle Aufgaben abgetreten und seinen Sonderstatus als Körperschaft des öffentlichen Rechts verloren. Für Verhandlungen mit Ärzten, Apothekern und der Politik ist jetzt eine neue Einrichtung namens „Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen“ im fernen Berlin zuständig.

Doch obwohl es nichts zu tun gibt, müssen die noch fast 80 verbliebenen Beschäftigten keine Kündigung fürchten. Bis Ende 2012, also noch fast vier Jahre lang, darf es keine betriebsbedingten Entlassungen geben, so hat es die Bundesregierung im Gesetz verfügt.

Die Zombie-Behörde ist ein Abfallprodukt der Gesundheitsreform. Eigentlich hatte sich die Koalition zum Ziel gesetzt, dem Gesundheitswesen eine straffere Struktur zu verpassen. Die historisch gewachsenen Verbände von Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK) und Ersatzkassen sollten in einem Spitzenverband für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung aufgehen. Das erhöhe die Effizienz des Systems, so die Hoffnung der Politik.

Doch schon wieder kam es anders als gedacht. Die neue Behörde kam – und die alten blieben. Alle ehemaligen Spitzenorganisationen der unterschiedlichen Krankenkassenarten leben auf gespenstische Weise weiter.

Die Verbände von AOK und den Ersatzkassen gleichen den Verlust ihrer politischen Bedeutung dadurch aus, dass sie

3 % Zinsen aufs  
Tagesgeldkonto\*\*



unentgeltlich

Kostenlose\* Kontoführung

€ 0,00

Kostenlose\* Kreditkarte



Postbank Giro plus, das kostenlose Girokonto

Auch meine Jungs  
haben's raus: Auf die  
Bank. Nichts zahlen.  
Jede Menge geboten  
bekommen.

- www.postbank.de
- 01803 2881 (9 Cent/Min.)\*\*\*
- Postbank Finanzcenter
- Postbank Finanzberatung,  
gerne auch bei Ihnen zu Hause

UNTERM STRICH ZÄHL ICH.

 Postbank

\* Kostenloses Girokonto für alle Privatkunden mit monatlichem bargeldlosem Geldeingang ab 1.250 Euro, ansonsten 5,90 Euro pro Monat. VISA Shopping Card mit Teilzahlungsfunktion im 1. Jahr kostenlos, in den Folgejahren kostenlos, sofern der Einkaufsumsatz des Vorjahres 1 Euro übersteigt. Der Zinssatz für die Teilzahlungsfunktion beträgt zz. 11,9% eff. p.a. \*\* 3% p.a. aufs Tagesgeldkonto für Beträge bis 499.999,99 Euro – fest für 6 Monate ab Kontoeröffnung, wenn Sie zwischen dem 02.03. und 31.05.2009 ein Postbank Tagesgeldkonto zusammen mit dem Postbank Privat-Girokonto eröffnen. \*\*\* Der Preis bezieht sich auf Anrufe aus dem Festnetz der Dt. Telekom; gegebenenfalls abweichende Mobilfunktarife.



NORBERT ENKER (L.), WERNER SCHLIERING (R.)

Mediziner Keuter, SPD-Politiker Lauterbach: Beleg für das Scheitern der Koalition

nun umso näher an die Politiker heranrücken. Der AOK-Verband ist kürzlich von Bonn nach Berlin umgezogen. Der Ersatzkassenverband, derzeit noch im rheinischen Siegburg beheimatet, wird bald folgen und sucht in Berlin bereits nach zusätzlichen Mitarbeitern.

Der BKK-Bundesverband, früher etwa für die Arzneimittelverhandlungen zuständig, ist jetzt eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts und soll die „politische und fachliche Interessenvertretung“ der Betriebskrankenkassen auf Bundesebene wahrnehmen.

Dazu wurde noch „Spektrum K“ gegründet, ein „Gemeinschaftsunternehmen“, das im Kern genau dasselbe macht wie der Bundesverband, nämlich „die Durchsetzung der ökonomischen und politischen Interessenlagen“ der Betriebskrankenkassen. Ob die Doppel- und Dreifachstruktur dem Wohl der gesetzlich Krankenversicherten dient, ist offen. Sicher ist, dass die dafür bezahlen müssen.

Die Techniker Krankenkasse beispielsweise führt für jedes ihrer fünf Millionen Mitglieder 2,69 Euro an den Verband der Ersatzkassen ab und weitere 1,01 an den GKV-Spitzenverband, zusammen also 3,70 Euro pro Kopf. Das sind 65 Cent mehr als vor der Reform – ein Anstieg um mal eben 20 Prozent. Und so werden auch die Gehälter der IKK-Geisterverwaltung aus einem Topf bezahlt, den die vier Millionen IKK-Mitglieder und deren Arbeitgeber auffüllen müssen.

Von Freude über den geruhsamen Büroalltag ist freilich nichts zu spüren in Bergisch Gladbach, im Gegenteil. Man fühle sich überflüssig und alleingelassen, klagt die Betriebsratsvorsitzende Gerhilt Dietrich, 49. Die Kollegen seien kurz davor, die Nerven zu verlieren.

Tatsächlich haben sich viele Beschäftigte krankgemeldet. Auf den Fluren herrscht gespenstische Stille; an fast jeder zweiten Bürotür klebt ein grüner Punkt als Zeichen, dass die Putzfrauen hier nicht mehr saubermachen müssen.

Auch der Krimi von Dietrichs Kollegin zeugt von Unzufriedenheit. Er handelt von einer Mordserie im Gesundheitswesen. Das erste Opfer ist der Staatssekretär der zuständigen Ministerin.

### „Spitzenmedizin für alle, mehr Service für Sie“

Dr. med. Ulrich Keuter, 65, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Essen-Heisingen, ist ein Arzt, der viele Frauen vor großem Unheil bewahrt hat. Vor knapp 13 Jahren wunderte er sich über einen Pathologen, der in Gewebeproben Krebszellen entdeckte, wo andere Mediziner versagten. Doch Keuter misstraute dem Wunderdoktor. Er warnte seine Patientinnen und ließ sich auch nicht von seinem Verdacht abbringen, als die Ständekollegen ihn als Nestbeschmutzer beschimpften.

Auf diese Weise kam Keuter einem ungeheuren Skandal auf die Spur. Der Pathologe war ein Schlarlatan. Hunderte seiner Diagnosen stellten sich als falsch heraus, Dutzenden Frauen war unnötigerweise die Brust abgenommen worden. Die genaue Zahl der Opfer ließ sich nicht ermitteln. Der Pathologe steckte sein Labor in Brand und kam in den Flammen um.

Es ist nötig, Keuters Vorgeschichte zu erzählen, um zu verstehen, dass er weder ein Dr. med. Maßlos noch ein verheuler Medizinfunktionär ist. Den ärztlichen Standesvertretern, die ihn jahrelang gemobbt haben, schuldet er keinen Dank.

Keuter ist jetzt Rentner, und so ist es umso bemerkenswerter, dass er vor drei Wochen seine erste Ärztedemonstration organisiert hat. Die Protestfahrt ging zum Düsseldorfer Landtag. Mit etwa 50 Kollegen war er morgens um halb acht in einen gecharterten Reisebus gestiegen.

Es geht um die von der Großen Koalition verabredete Honorarreform, die mit der Gesundheitsreform schon deshalb in enger Verbindung steht, weil beide Gesetze am 1. Januar ihre volle Wirkung entfalten. Ziel der Honorarreform war, die Einkommen der Ärzte in Stadt und Land sowie Ost und West anzugleichen.

Keuter findet es prinzipiell richtig, dass ein Arzt in Thüringen jetzt fast dieselben Verdienstmöglichkeiten hat wie sein Kollege in Nordrhein-Westfalen, auch wenn sich dagegen einwenden ließe, dass sich die Mieten, Löhne und Praxiskosten weiter stark unterscheiden. Doch er ist auf eine andere Verteilungswirkung gestoßen, die seinen Zorn erregt.

Zu den Benachteiligten gehören ausge-rechnet jene Kollegen, die ihm besonders am Herzen liegen. Tatsächlich zeigen Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass sich die Gewinner und Verlierer nicht eindeutig in Ost und West einteilen lassen. Systematisch begünstigt werden vielmehr Ärzte, die möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit durch ihre Praxis schleusen. Je jünger der Patientenstamm eines Doktors ist, desto mehr verdient er. In der Welt der neuen Honorarordnung wird belohnt, wer Masse macht.

Potentielle Verlierer sind jene Ärzte, die sich für die Patienten Zeit nehmen. Auch Rentner sind schlecht fürs Budget. Hausbesuche lohnen sich noch weniger als früher.

„Es kann doch nicht im Interesse der Politik sein, dass ausgerechnet die guten

und engagierten Ärzte bestraft werden“, sagt Keuter.

Er steht mit seinen Kollegen auf der Wiese vor dem Landtag in Düsseldorf. Der nordrhein-westfälische Sozialminister Karl-Josef Laumann (CDU) ist zu den Demonstranten nach draußen gekommen. Keuter hat sich höflich dafür bedankt, dass der Minister ein paar Minuten Zeit für sie hat.

„Jawohl“, sagt Laumann. Er könne die Proteste sehr gut verstehen. Er selbst sei kein Freund der Berliner Gesundheitspolitik. Erst kürzlich habe er im Bundesrat gesagt, dass es so nicht geht.

Laumann hat sich ein Megafon geschnappt, damit man ihn gut hören kann. „Wir müssen verhindern, dass die Gesundheitsreform unsere guten Strukturen hier in Nordrhein-Westfalen kaputtmacht“, ruft er und gibt Keuter zum Abschied die Hand.

Für ein Gespräch bleibt leider keine Zeit mehr, dabei hätte Keuter gern noch Fragen gestellt, beispielsweise diese: Wenn Sie die Gesundheitsreform so missraten finden, Herr Minister, warum haben Sie am 16. Februar 2007 im Bundesrat nicht dagegen gestimmt?

## „Die neue Gesundheitsversicherung“

Man kann nicht sagen, dass Union und SPD nicht wussten, worauf sie sich eingelassen haben. Krankenkassen und Ärztenverbände haben vor der Reform gewarnt. Arbeitgeber und Gewerkschaften lehnten das Projekt ab. Der damalige Wirtschaftsweisen-Chef Bert Rürup sprach von einer Missgeburt. 43 Abgeordnete der Großen Koalition stimmten gegen das Gesetz, 8 enthielten sich, 18 blieben der Abstimmung fern.

Es sieht so aus, dass die Gesundheitsreform in der nächsten Legislaturperiode grundsätzlich korrigiert werden muss, von welcher Regierungsmehrheit auch immer. Aus den Bundesländern kommen bereits Forderungen, zumindest Teile der Reform bereits jetzt zurückzunehmen.

Ein neuer Anlauf ist schon deshalb nötig, um all jene Absurditäten des Systems zu beseitigen, um die sich die Bundesregierung erst gar nicht gekümmert hat. Zum Beispiel: Wie kann es sein, dass es immer mehr niedergelassene Ärzte gibt und gleichzeitig wachsender Ärztemangel in vielen Regionen herrscht? Oder: Wieso kostet eine Schachtel Tabletten, die mit dem Lkw von Deutschland ins Ausland und wieder zurück gekarrt wurde, viel weniger als die gleiche Schachtel ohne Umweg?

Die Gesundheitsreform sei der klare Beweis für das Scheitern der Großen Koalition, sagt der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach: „Wir sollten uns was schämen.“



Fraktionsgeschäftsführer Röttgen, Kanzlerin Merkel: Im Kern ein Machtkampf

CDU

# Der Krisengewinner

Norbert Röttgen, Geschäftsführer der Unionsfraktion, führt den ersten Aufstand der Abgeordneten gegen das Prinzip Angela Merkel an – sie wollen klare Linie, nicht ewige Kompromisse.

Norbert Röttgen ein Rebell? Nein, so sieht er sich nicht, und er wäre auf den ersten Blick auch eine merkwürdige Besetzung für die Rolle. Er ist einer der wichtigsten Vertrauten der Kanzlerin, er organisiert als Erster Parlamentarischer Geschäftsführer die Fraktion. Er ist ein ruhiger Typ, beim Gespräch in seinem Büro erklärt er seine Position mit einem Schuss Ironie. Röttgen ist keiner von den Stänkerern, die abends beim Bier schimpfen, dass man es denen da oben mal richtig zeigen müsste.

Trotzdem kämpft er gerade gegen die Mächtigen in der Partei: die Ministerpräsidenten, die geschlossen gegen ihn sind, die Minister der Bundesregierung, die ungestört regieren wollen. Er kämpft auch gegen die Kanzlerin, obwohl die so tut, als unterstütze sie ihn. Röttgen wirkt nicht, als bedrücke ihn das.

Der Streit dreht sich vordergründig um die Reform der Arbeitsverwaltung. Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts müssen die sogenannten Jobcenter neu organisiert werden. Der nordrhein-westfälische Ministerpräsident Jürgen Rüttgers hat im Auftrag Angela Merkels mit Bundesarbeitsminister Olaf Scholz ein Konzept ausgearbeitet. Alle Länder unterstützen den Plan. Röttgen lehnt ihn ab, und die Fraktion ist ihm gefolgt.

Das Konzept behandelt sehr technische Fragen, beschreibt neue Behörden für Hartz-IV-Empfänger und die Zukunft sogenannter Optionskommunen. Das sind keine Themen, die die Leute in den Wahlkreisen umtreiben. Aber um Inhalte geht es ohnehin nur am Rande.

Wie die meisten politischen Konflikte ist auch dieser im Kern ein Machtkampf. Die Ministerpräsidenten wollen ihren Einfluss auf die Bundespolitik behaupten. Die Kanzlerin will, dass niemand ihr in die Regierungsgeschäfte hineinredet.

Aber wie viele Beschlüsse kann ein Abgeordneter gegen seine Überzeugung mittragen? Es ist der erste Aufstand gegen das System Merkel. Ausgerechnet Röttgen, der der Kanzlerin so nahesteht wie wenige andere, führt ihn an.

Wenn Röttgen, 43, über die Hartz-IV-Verwaltung spricht, spielen technische Details keine Rolle. Dann dreht es sich um die ganz großen Dinge, das Demokratieprinzip, die Organisationsform des Staates.

Es ist eine sehr staatsmännische Argumentation. Es ist vor allem eine Argumentation, die keinen Kompromiss zulässt.

Das ist die eigentliche Provokation. Merkels Regierungsmodell beruht darauf, Kompromisse um jeden Preis zu schließen. Bislang sind ihr Partei und Fraktion dabei