



Der GKV droht erneut eine finanzielle Schieflage, doch die Patienten müssen sich dauerhaft auf einen chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau verlassen können. Foto: dpa

Sorgt Schwarz-Gelb für mehr Nachhaltigkeit?

Die gesundheitspolitischen Verhandlungen über einen neuen Koalitionsvertrag waren wesentlich geprägt durch die Prognose des Schätzerkreises, der für das Jahr 2010 ein Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von rund 7,5 Milliarden Euro vorausgesagt hat. Die neue Regierungsmehrheit ist schon vor der Konstituierung des Deutschen Bundestages akut mit der Altlast konfrontiert worden, dass die Große Koalition sich vor vier Jahren nicht auf eine nachhaltige Finanzierungsreform der GKV hat einigen können.

Bei Redaktionsschluss waren die Verhandlungsergebnisse noch nicht bekannt, doch sicher ist: Die Mittelknappheit im Gesundheitswesen ist bereits heute so stark ausgeprägt, dass sie nicht mehr allein durch die Erschließung von Effizienzreserven aufgefangen werden kann. Darauf haben Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie ärztliche Verbände und Fachgesellschaften die Unterhändler von CDU, CSU und FDP hingewiesen.

Eine verantwortungsvolle Gesundheitspolitik wird damit rechnen müssen, dass die steigende Lebenserwartung und die zunehmende Zahl chronisch Kranker sowie multimorbider Menschen die Mittelknappheit weiter verschärfen werden. Damit einher geht die Dynamik des klinischen Fortschritts, der sich ebenfalls kostensteigernd auswirken wird.

Das Gesundheitswesen sollte so ausgestaltet sein, dass Patienten einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau und für deren jeweiligen individuellen Zustand erwarten können.

Zwingende Voraussetzung dafür ist die Konzentration des solidarisch finanzierten Leistungsumfangs auf das originäre Leistungsversprechen, die Einbeziehung sämtlicher Einkommensarten in die Beitragsbemessung sowie die Entlastung der GKV von versicherungsfremden Leistungen.

Die Finanzierung muss den notwendigen Bedarf decken und darf nicht weiter durch „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Sozialversi-

cherungszweigen in Frage gestellt werden. Demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt erfordern die Entwicklung von Versorgungsstrukturen, die nachhaltig und stabil finanziert sind.

Die Eigenverantwortung der Bürger und die Solidarität müssen dabei in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Über den durch das Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz hinaus sollten die Versicherten neue Optionen erhalten, selbstbestimmt ärztliche Gesundheitsleistungen wählen zu können.

Wenn denn der Gesundheitsfonds beibehalten wird, wie Bundeskanzlerin Angela Merkel es angekündigt hat, so sind hier zumindest einige Korrekturen dringend erforderlich. Denn mit der Einführung des Fonds wurde auch der Übergang zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vollzogen.

Leider werden durch den Morbi-RSA Fehlansätze zum sogenannten „Right“- oder „Up-Coding“ gesetzt. Zwar sind entsprechende Aktivitäten der Krankenkassen kritisiert worden. Aber die Begehrlichkeiten der Kostenträger, durch Instrumentalisierung des Morbi-RSA den Gesundheitsfonds besser ausschöpfen zu können, sind geblieben, ebenso die Irritationen rund um die Erhebung und Verwendung von Morbi-RSA-Daten. Dringend notwendig ist deshalb eine Überarbeitung der Morbi-RSA-Krankheitsliste.

Wir werden in der politischen und gesellschaftlichen Debatte weiterhin deutlich machen, dass die heimliche Rationierung in Deutschland bereits Realität ist und das allumfassende Leistungsversprechen mancher Sozialpolitiker nicht mehr als ein ungedeckter Scheck. Als Ärztinnen und Ärzte haben wir die Pflicht, uns für all jene Patienten einzusetzen, die unter Mangelversorgung leiden, und eine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherung anzumahnen.

Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer und
der Ärztekammer Nordrhein