

Eike Hovermann, 12.12.2006

Warum ich das GKV-WSG nach derzeitigem Stand ablehnen werde

I Einleitung

Von der zweiten Großen Koalition in Deutschland sind insbesondere in der Gesundheitspolitik große Dinge erwartet worden – so wurden doch z.B. die umfassendsten Änderungen im Gesundheitssystem im Jahr 1992 von einer informellen Großen Koalition in Lahnstein beschlossen. Auch ich hatte nach der letzten Bundestagswahl große Hoffnungen darauf gesetzt, dass sich die Chancen für eine umfassendere Lösung der Strukturprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stark verbessert hätten.

Doch statt sich der drängenden Strukturprobleme auf der Ausgabenseite anzunehmen, konzentrierten sich die bisherigen Gesetzesberatungen fast ausschließlich auf die Einnahmeseite des GKV-Systems – und das, obwohl sich hier mit der Bürgerversicherung und der Kopfpauschale zwei inkompatible Reformmodelle gegenüberstanden. Das Ergebnis ist ein neues Finanzierungsmodell, das viele neue Fragen aufwirft, jedoch die entscheidende Frage nicht beantwortet, wie unser Gesundheitssystem auf Dauer finanzierbar bleiben kann. Die dringend notwendige Verstärkung des Wettbewerbs auf der Ausgabenseite leistet das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) trotz seines verheißungsvollen Namens leider nicht. Mehr echter Wettbewerb unter den Leistungserbringern und unter den Kassen – nämlich um die beste Leistung und nicht um den niedrigsten Beitragssatz bzw. Zusatzbeitrag –, sowie mehr Ehrlichkeit in Bezug auf die Grenzen der Leistungsfähigkeit der GKV anstatt verdeckter Rationierung sind immer noch ausgeblieben.

II Erfahrungen mit vergangenen Gesundheitsreformen

Schon beim letzten „Jahrhundertgesetz“, dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), wollte ich seinerzeit nicht zustimmen, weil u.a.

- der Schuldenstand der Krankenkassen nicht seriös ermittelt war. Bei näherer Prüfung hätte man diesen jedoch mühelos feststellen können. Schon zu Beginn der damaligen Gesetzesberatung lag der Schuldenstand bei einem zweistelligen Milliardenbetrag und damit weit oberhalb der offiziell angegebenen rund 4,5 Milliarden Euro, die lange Zeit eine völlig falsche Berechnungsgrundlage für Folgeannahmen zu Be- und Entlastungsentwicklungen bildeten. Auch die spätere Korrektur dieser Schätzung auf acht Milliarden Euro erkannte das tatsächliche Ausmaß der Verschuldung nicht in vollem Umfang, da wiederum langfristige Verpflichtungen unberücksichtigt blieben. Diese realitätsfernen Annahmen haben viel dazu beigetragen, dass einige Kassen auch im Jahr 2006 noch mit einer eigentlich gesetzlich verbotenen Verschuldung kämpfen.
- die Ankündigung, man werde mit dem GMG in 2006 einen Beitragssatz von 12,15 Prozent erreichen, keinen Bezug zur Versorgungswirklichkeit hatte. Zum einen wurde die negative Entwicklung der beitragspflichtigen Beschäftigung deutlich unterschätzt. Zum anderen gab das Gesetz aber auch keine Antworten auf die langfristigen Herausforderungen wie den demografischen Wandel, den voranschreitenden medizinisch-technischen Fortschritt und die Auswirkungen der Europäischen Integration auf das nationale Gesundheitssystem. Es ist daher nicht verwunderlich, dass wir trotz des GMG den Beitragssatz von 12,15 Prozent bislang nicht erreicht haben und stattdessen

heute bei rund 14,2 Prozent liegen – und das trotz der Ausgliederung von Leistungen und der Erhöhung von Zuzahlungen¹.

- handwerkliche Fehler bzw. Fehleinschätzungen hinsichtlich § 140a SGB V (Integrierte Versorgung) u.a. mehr hinzukamen.
- kein Beitrag geleistet wurde, die wettbewerbsfeindliche Koppelung der Disease Management Programme (DMP) an den Risikostrukturausgleich (RSA) zu korrigieren.

Durch das Kriterium „knappe Kanzlermehrheit“ bin ich seinerzeit zur Zustimmung zum GMG bewegt worden, obwohl das Gesetz mit all seinen Reparaturmechanismen insbesondere die finanziellen Strukturprobleme nicht nachhaltig lösen konnte². Dadurch sind viele Lasten entstanden, die gravierende Auswirkungen auf jede nachfolgende Gesundheitsreform haben.

Die aktuellen Gesetzesberatungen zum GKV-WSG haben allerdings gezeigt, dass aus den Erfahrungen mit dem GMG keine Lehren gezogen wurden. Auf Bundesebene wie auf Seiten der Länder fehlt weiterhin ein in sich geschlossenes Konzept zu einer ganzheitlichen und nachhaltig wirksamen Lösungsstrategie für die drängenden Probleme des Gesundheitssystems. Hier hätte ich mir gewünscht, dass den Worten des Bundespräsidenten, die Politik dürfe nicht davor zurückschrecken, „komplizierte Sachverhalte zu erklären und Führung zu zeigen“ und „Analysen und Konzepte zu erbringen, die über den nächsten Wahltermin hinausreichen“, mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden wäre.

III Gründe für die Ablehnung des GKV-WSG

- Mit dem Gesetz werden weiterhin die bekannten Instrumente und Regulierungstechniken zur Kostendämpfung eingesetzt, die bisher schon erfolglos waren. So sind z.B. die zusätzlich vorgesehenen Einsparungen im Krankenhaus- und Apothekenbereich schon allein aufgrund der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den nächsten Jahren kaum zu erwirtschaften³.
- Der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen soll künftig von der Bundesregierung einheitlich festgeschrieben werden – erstmalig im November 2008 für 2009⁴. Das wird auf Dauer die Mechanismen der Selbstverwaltung *ad absurdum* führen und „unechte“ Beitragsätze produzieren, die von Wahl zu Wahl von der politisch-wirtschaftlichen Großwetterlage abhängen.

¹ Deshalb darf es auch nicht verwundern, dass Regelungen des GMG, das eigentlich für mehrere Jahre Planungssicherheit bewirken sollte, für den Arzneimittelbereich alsbald durch ein neues Gesetz in Gestalt des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) wieder verändert werden mussten – nach dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG), dem Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz (AABG), dem Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG) und dem GMG die fünfte gesetzliche Neuregelung im Arzneimittelbereich innerhalb von fünf Jahren. Und nun wird das GKV-WSG erneut viele wichtige Rahmenbedingungen verändern. Auf diesem Weg ist Planungssicherheit – egal in welche Richtung – nicht mehr gegeben.

² Dass damals viele Strukturprobleme ausgeblendet worden sind, hat natürlich auch am Widerstand der Bundesländer gelegen – zum Beispiel am Widerstand gegen die Abschaffung der völlig haltlosen dualen Finanzierung. Ein Paradebeispiel dafür, wie mit zunehmend anachronistischen Föderalismusstrukturen in Zeiten der sich erweiternden Europäischen Union (EU) nationalstaatliche Regulierungsmechanismen auf Länderebene (!) hochgehalten werden, die im europäischen Wettbewerb langsam jede Substanz verlieren. Hier wäre die wichtigste Aufgabe, einen einheitlichen europäischen Rahmen zu schaffen, anstatt ständig über nationale Ausnahmen zu debattieren.

³ Hinzu kommt: Die beschlossene Insolvenzfähigkeit der Kassen wird dazu führen, dass den Leistungserbringern weitere Einbußen dadurch drohen, dass Rechnung an in Konkurs gegangene Kassen unbezahlt bleiben.

⁴ Siehe § 241 SGB V: „Die Bundesregierung legt nach Auswertung der Ergebnisse eines beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreises durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erstmalig bis zum 1. November 2008 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2009 den allgemeinen Beitragssatz in Hundertstel der beitragspflichtigen Einnahmen fest.“

- Durch die vorgesehene straffere Anbindung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird aus der *Selbst*-Verwaltung zunehmend eine *fremdgesteuerte Auftrags*-Verwaltung – mit der Folge, dass der G-BA nach innen wie nach außen zunehmend seine Legitimation verlieren wird. Dies wird Zug um Zug die Akzeptanz und Durchsetzungsfähigkeit des G-BA bei seinen Bemühungen um eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung gegenüber seinen Mitgliedern und den Versicherten schwächen. Juristische Auseinandersetzungen und/oder Ersatzvornahmen werden somit bald auf der Tagesordnung stehen.
- Auf Bundesebene soll ein neuer Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschaffen werden, der als Körperschaft des öffentlichen Rechts die bisherigen Bundesverbände ablösen soll. Die Bundesverbände sollen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts umgewandelt werden. Auf die Länderebene soll diese Gestaltung jedoch nicht übertragen werden; die Landesverbände bleiben als Körperschaften weiterhin bestehen. Es ist daher zu erwarten, dass die Kassen ihre Interessen zunehmend aus den Landesverbänden heraus und somit in Konkurrenz zu dem *einen* Spitzenverband und dem G-BA artikulieren werden. Dabei werden die einzelnen Kassen zunehmend den Kontakt zu den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Länder suchen – und damit einen zunehmenden Bedeutungsverlust der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bewirken. Anstelle der gesetzlich intendierten Vereinheitlichung und Straffung des Entscheidungsprozesses wird so ein sich weiter verschärfender Zersetzungsprozess treten, der die Arbeit des G-BA bei der Aushandlung bundesweit geltender einheitlicher Standards und Honorierungen massiv erschweren wird⁵. Dies wird auch die Lage der ambulanten Versorgung gegenüber der stationären nicht verbessern helfen. Und auch die gewünschte Integrierte Versorgung wird so zwangsläufig leiden.
- Die Ausgestaltung des Fonds inklusive des Beitragseinzugs bleibt diffus. Der Beitragseinzug soll zwar – der Arbeitsplätze wegen – bei den Krankenkassen bleiben, diese verlieren jedoch jeden gestalterischen Einfluss. Die Kassen sollen die Beiträge einsammeln, dann die eingesammelten Gelder an den Fonds beim Bundesversicherungsamt (BVA) weiterleiten. Der Fonds verteilt die Gelder wiederum zurück an die Kassen – in Form einer einheitlichen Grundpauschale pro Versichertem und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen. Über diese risikoadjustierten Abschläge wird der bisherige Risikostrukturausgleich (RSA) in das neue Finanzierungsmodell integriert und gleichzeitig massiv ausgeweitet. So soll der Fonds neben den bisherigen Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht auch erstmals die Morbidität der Versicherten, die durch 50 bis 80 kostenintensive chronische Krankheiten abgebildet werden soll, unter den Kassen ausgleichen⁶. Zudem sollen die Krankenkassen aus dem Fonds auch Zuweisungen für Satzungsleistungen und Verwaltungskosten erhalten. In der entscheidenden Frage, ob dies über die risikoadjustierten Zu- und Abschläge oder über die Grundpauschale erfolgen soll, besteht im Gesetz allerdings noch viel Interpretationsspielraum. Im RSA haben aber Satzungsleistungen und Verwaltungskosten nichts zu suchen. Um wichtige Wirtschaftlichkeitsanreize zu erhalten, gehören sie als stan-

⁵ Zur Frage der Effizienz eines Dachverbandes – auch im Zusammenhang mit Bürokratieabbau – ist vor allem auf die Ausführungen des Bundessozialgerichtsrichters, Prof. Dr. Rainer Schlegel, vom 22. November 2006 („Selbstverwaltung und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus sozialrechtlicher Sicht“) zu verweisen. Hier finden sich auch wichtige Erläuterungen zur Definition des Wettbewerbsbegriffs und zur Rolle möglicher künftiger EuGH-Rechtsprechung zum Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern.

⁶ Überaus erhellend sind in diesem Zusammenhang die neuen Vorschläge des Vorstandsvorsitzenden der Barmer Ersatzkasse, Dr. Eckart Fiedler, der hinsichtlich der geplanten Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) „die Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten sowie die Einführung eines Schwellenwertes von 50 Prozent oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versicherten bei der Auswahl der Krankheiten“ als „sachlich nicht zu begründen“ beklagt. Stattdessen fordert er, alle Krankheiten in den Ausgleich einzubeziehen, denn: „Im Kern wird durch diese Einschränkung (auf 50-80 Krankheiten) das Interesse der Krankenkassen, medizinisch und wirtschaftlich sinnvolle neue Versorgungsformen zu entwickeln (...) geschwächt.“ Fazit: Neue Ideen nur bei Erhöhung der Transfersummen!

dardisierte Werte in die Grundpauschale. Insgesamt droht alsbald ein Transfervolumen von möglicherweise zwanzig Milliarden Euro jeden kreativen Wettbewerb der Kassen untereinander einzuebnen und den Weg zu einer bundesweiten Einheitskasse vorzubereiten. Daran ändert auch der verzerrte Wettbewerb um den niedrigsten Zusatzbeitrag bzw. die höchste Überschussauszahlung an die Mitglieder nichts.

- Hinzu kommt, dass die Kassen bis Ende 2007 und unter Nachweis besonderer Belastungen bis Ende 2008 *in toto* entschuldet sein müssen. Ob dies allerdings tatsächlich zu bewerkstelligen ist, bleibt trotz der vorab beschlossenen „Entschuldungshilfen“ via Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) bislang fraglich⁷.
- Das Gesetz erlaubt den Kassen zwar, einen Zusatzbeitrag von den Versicherten zu erheben. Die Begrenzung dieses Zusatzbeitrages auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens lässt den Kassen jedoch kaum zusätzlichen Spielraum, ihre Finanzprobleme selbst zu lösen. Unabhängig von der Frage, ob diese Begrenzung denn nun überhaupt ohne enormen bürokratischen Mehraufwand umgesetzt werden kann, werden diese Regelungen insbesondere die großen Versorgerkassen vor massive Engpässe stellen. Viele von ihnen müssten dann, der Logik des Gesetzes folgend, in Insolvenz gehen oder fusionieren, denn ab Start des Fonds soll ja der Weg in die Verschuldung kategorisch verboten sein⁸. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass drohende „Pleiten“ mancher Kassen in der Politik Begehrlichkeiten nach weiterer Steuerzufinanzierung wecken werden, obwohl die Co-Finanzierungsspielräume des Bundes gegen Null gehen. Die Verschuldung der öffentlichen Haushalte liegt derzeit bei etwa 1,5 Billionen Euro. Wenn wir dazu noch die unverbrieften Schulden von ungefähr drei bis vier Billionen Euro rechnen, werden die Rahmenbedingungen für alle „kreativen“ Umfinanzierungsmodelle schnell deutlich – insbesondere wenn man die Entschuldung der öffentlichen Hände, zu denen die Kassen derzeit gehören, entsprechend Artikel 115 GG und damit auch die Generationengerechtigkeit ebenso dauerhaft ernst nehmen will wie das Maastricht-Kriterium.
- Durch die Insolvenzfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen und die neuen rechtlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten des Vertragswettbewerbs geraten die Kassen zudem immer stärker in die Nähe von „Unternehmen“ im Sinne der europäischen Wettbewerbsordnung – mit der Folge, dass ihr im Sozialversicherungsrecht privilegierter Status noch früher als erwartet aufgehoben werden müsste⁹.

⁷ *Common Sense* der Anhörung zum VÄG am 23. Oktober 2006 war, dass einige Kassen die Entschuldung bis zum 31.12.2007 überhaupt nicht schaffen können – auch nicht in der zugestandnen Verlängerungsfrist bis zum 31.12.2008. Berücksichtigt man zudem die bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben der §§ 220, 222 und 261 SGB V, so wird deutlich, dass viele Kassen weder ihre Beitragssätze noch ihre Sollrücklagen gesetzeskonform gebildet haben – und dies wohl offensichtlich mit Zustimmung der Aufsichten. Die „befristete Ausnahme vom Verbot der Finanzierung durch Aufnahme von Darlehen“ (§ 222 SGB V) ist in „Kumpanei“ mit den Landesaufsichten zur illegalen Regelfinanzierung geworden. Hier müssen Regressforderungen artikuliert werden. Völlig verständlich ist in diesem Zusammenhang, dass einige Kassen, die mit ihren Finanzen gesetzeskonform gewirtschaftet haben, nicht bereit sind, die Entschuldung der anderen Kassen mitzutragen, zumal ihre Hilfen dazu führen könnten, dass sie dann ihren eigenen Beitragssatz anheben müssten.

⁸ In diesem Zusammenhang stellt sich die sicherlich existentielle Frage, was im Falle einer Insolvenz mit den Mitarbeitern und bis dahin unbezahlten Rechnungen geschehen soll. Wenn die Krankenkassen im Zuge ihrer Insolvenzfähigkeit Bilanzen nach dem Handelsrecht erstellen und Pensionsverpflichtungen ausweisen müssen, hat das für die Entschuldungsfähigkeit gravierende Folgen, die mit den geplanten Mechanismen des GKV-WSG nicht ansatzweise gelöst werden können. Welche Bedeutung dies alles auch für die neue IT Holding-Gesellschaft von BKK, IKK und DAK für 26 Millionen Versicherte und damit einem Marktanteil von rund 40 Prozent haben wird, dürfte noch einiges Kopfzerbrechen bereiten.

⁹ Dadurch würde sich das GKV-System massiv verändern. So hat das Bundeskartellamt bereits auf folgenden Zusammenhang hingewiesen: Würden GKV-Kassen als Unternehmen unter das Kartellrecht fallen, würde z.B. die Ausschreibung der AOK-Gemeinschaft (gleich 37 Prozent der Versicherten und 43 Prozent der GKV-Verordnungen) für den Einkauf von Arzneimitteln einen schwerwiegenden Rechtsverstoß darstellen, der mit einer hohen Geldstrafe geahndet werden müsste.

- Die alles entscheidende Debatte über die Grenzen des Wachstums und damit die Frage nach den Grenzen der Leistungsfähigkeit unseres Sozialstaates bleibt hingegen weiterhin außen vor. Somit mögeln wir uns an der wichtigen Debatte über Grundversorgung mit eigenfinanzierten Zusatzpaketen und damit auch an dem Ziel der „Compliance“ und der Eigenverantwortung vorbei, die z.B. deutlich im § 1 SGB V eingefordert wird¹⁰. Für die nachfolgenden Generationen ist damit eine Entwicklung zu erneuter Verschuldung vorgezeichnet¹¹.

Die gesamte Debatte bleibt so im Grunde – wie immer – auf eine einzige Frage reduziert: „Wie kommt mehr Geld ins System?“. Durch diese unselige Diskussionsverengung konzentriert sich die öffentliche Debatte weiterhin auf die inkompatiblen Finanzierungsmodelle Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie, die sich im Fondsmodell treffen sollen. Genau diese Fokussierung hat bisher die Einsicht verhindert, dass neu fließende Gelder, egal ob aus dem einen oder anderen Modell in Reinkultur oder aus einer Mischung beider, im bestehenden System versickern und zu immer neuen Nachjustierungen in immer kürzeren Zeiträumen zwingen werden.

Das heißt auch: Die Frage des Einbezugs oder Nichteinbezugs der privaten Krankenversicherung (PKV) in das GKV-System bleibt ein Dauerthema. Unbeantwortet bleibt dabei aber die Frage, wie die schrittweise wegfallende milliardenschwere Quersubventionierung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen durch die PKV (z.B. auch in Folge des gesetzlich intendierten Basistarifes inklusive Überforderungsklausel) aufgefangen werden kann. Eine Kompensation wäre nur durch zusätzliche Steuergelder möglich (vgl. beitragsfreie Versicherung von Kindern). Hinzu kommt, dass einige gesetzgeberische Vorhaben in Bezug auf die PKV meines Erachtens verfassungsrechtlich höchst angreifbar sind¹². Letztlich bleibt auf die Binsenweisheit hinzuweisen, dass allein mit dem Einbezug der PKV-Versicherten, die rund zehn Prozent des Versichertenpotentials ausmachen, die aufgewachsenen strukturellen Verwerfungen im GKV-Bereich, wo rund 90 Prozent der Bevölkerung versichert sind, nicht gelöst werden können.

Das wird zu Lasten von Planungssicherheit auf allen Ebenen gehen und damit auch zu Lasten von Transparenz und Qualität. Echten Wettbewerb wird das Gesetz so weder bei den Kassen noch bei den Leistungserbringern befördern können.

Und der Beitragszahler wird – schon allein im Rahmen der Lohnnebenkostendebatte – weiterhin in der Erwartungshaltung bestärkt, sinkende Beiträge bei sich ausweitenden Leistungsvolumina als realisierbare Zielperspektive ansehen zu sollen, obwohl er selbst aus seinem konkreten Alltag weiß, dass diese Erwartungen bisher immer enttäuscht worden sind.

¹⁰ So heißt es in § 1 SGB V: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlungen und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“

¹¹ Und wenn jetzt auch noch in Zeitungen Meldungen zu lesen sind, wonach die gesetzliche Sozialversicherung, sprich die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, die Alterssicherung der Landwirte und die Bundesanstalt für Arbeit, im ersten Halbjahr 2006 8,5 Milliarden Euro mehr eingenommen als ausgegeben hätten, dann werden hiermit wieder Hoffnungen auf Beitragssatzsenkungen und Umverteilungen geweckt, die auf einer stark schwankenden Basis beruhen. Hier muss vor allem berücksichtigt werden, dass es durch eine Umstellung im Beitragseinzug einmalig in 2006 zu 13 statt 12 Beitragszahlungen gekommen ist. Auch kann die Tatsache, dass es in vielen Bundesländern einen Trend zu mehr sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen gibt, nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich hierbei eine deutliche Tendenz hin zu Jobs im 400 bis 800 Euro-Bereich abzeichnet, also um Jobs, bei denen nur geminderte Beiträge zur Sozialversicherung anfallen. Über diese Art von Beschäftigungswachstum wird die GKV also keinesfalls finanziell gesunden können. An dieser Stelle sollte – den derzeitigen positiven Konjunkturzeichen zum Trotz – auch an die steigenden Risiken für die Haushaltsjahre 2007 und 2008 erinnert sein, aus denen eigentlich die Unmöglichkeit einer breit angelegten und nachhaltigen Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens ohne Einführung einer neuen Sozialsteuer deutlich wird.

¹² Zur Frage der verfassungsrechtlichen Mängel des GKV-WSG siehe auch die Mängelliste der Spitzenverbände im Gesundheitssystem „Verfassungsfragen und Umsetzungsprobleme im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“ vom 20.11.2006.

Anstelle einer wirklichen strukturellen Reform wird nun zudem ein Großteil der geplanten Regelungen auch noch auf 2009 verschoben, wodurch natürlich unablässig neue Spekulationen über eine weitere Verschiebung angesichts der im Jahr 2009 anstehenden Bundestagswahl geweckt werden.

Aber: An die Stelle dieser verschobenen Regelungen tritt nichts, was die sich anbahnende Beitragssatzentwicklungen in Richtung 16 Prozent für das Jahr 2009 abfangen könnte, wenn man nur die Entschuldung und die gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen nach § 261 SGB V seriös einrechnen würde – mal ganz abgesehen von den Kosten für Leistungsausweitungen, der Mehrwertsteuer-Erhöhung und den intransparenten Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte.

Ein Blick in unsere Nachbarländer würde hier nützen. So steht man z.B. in der Schweiz heute trotz Einführung einer lohnunabhängigen Gesundheitsprämie im Jahre 1996 vor ähnlichen Problemen wie in Deutschland. Die Gesundheitskosten sind nicht kontrollierbar, die Prämien steigen enorm und die öffentlichen Krankenhäuser sind stark verschuldet. Ursache des Problems ist dort wie auch in Deutschland das übliche verbreitete irrationale Denkmuster: Die Prämien bzw. die Beitragssätze sollen so niedrig wie möglich, die medizinische Versorgung im Krankheitsfall soll jedoch nur die allerbeste sein.