

INTERVIEW

Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld gesellschaftlicher Veränderungen und politischer Ambitionen

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands, im Gespräch mit Prof. Dr. Volker Pentz und Axel Bindewald, KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Berlin und Düsseldorf

Vor der Bundestagswahl plädiert die CDU für den Erhalt des Status quo, die FDP will mehr Wettbewerb zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). SPD und Grüne sind für eine einheitliche Bürgerversicherung, die Ärzteschaft will das duale System beibehalten und den Arbeitgeberbeitrag bei der GKV einfrieren. Welche Reformen wären aus Ihrer Sicht zukunftsweisend für die anstehenden Herausforderungen der nächsten Jahre?

Wir haben schon in der Vergangenheit kritisiert, dass sich die Gesundheitspolitiker in erster Linie mit Finanzierungsfragen beschäftigen. Aus unserer Sicht muss es vorrangig um die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung aus Sicht der Patienten gehen. Das heißt: stärkere Orientierung am patientenrelevanten Nutzen, Überwindung von Schnittstellenproblemen, vor allem zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und Rehabilitation, sowie um die stärkere Einbeziehung von Versorgungsqualität bei Verträgen und Vergütungen. Gleichzeitig muss natürlich auch die Wirtschaftlichkeit im Auge behalten werden.

Welche Maßnahmen erwarten Sie und welche erhoffen Sie sich von einer neuen beziehungsweise einer wiedergewählten Bundesregierung?

Für die kommende Legislaturperiode haben wir gerade ein umfangreiches Positionspapier beschlossen. Aus den verschiedenen Punkten möchte ich hier nur einige herausgreifen.

Alle Versicherten müssen auch in Zukunft Zugang zu einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung haben, egal, ob sie in Ballungszentren oder in

ländlichen Regionen leben. Da darf es keine Abstriche geben. Gesetzgeberrisch muss das Problem der Fehlverteilung der Ärzte – in Ballungszentren zu viele und auf dem flachen Land zu wenige – endlich gelöst werden. Die Instrumente hierfür reichen vom verpflichtenden Aufkauf von Arztsitzen durch Kassenärztliche Vereinigungen über zeitlich befristete Zulassungen bis hin zu Vergütungsabschlägen in überversorgten Gebieten.

Ganz oben auf der Agenda einer neuen Bundesregierung muss eine Reform der Krankenhauslandschaft stehen. Bisher werden hier bundesweit völlig überalterte und unwirtschaftliche Krankenhausstrukturen manifestiert. Einfach nach dem Gießkannenprinzip mehr Geld an alle Kliniken auszuschütten, löst die Probleme nicht.

Wichtig ist für uns auch die Patientensicherheit. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen und Schaden unklar sind, sollten nach unserer Auffassung nur noch im Rahmen klinischer Studien eingesetzt werden. Bisher muss der patientenrelevante Nutzen neuer Verfahren vor einer flächendeckenden Einführung nicht belegt werden. Die Patientensicherheit bleibt so hintangestellt. Das muss sich ändern.

Auch bei Patientenrechten ist noch einiges zu tun. Das gerade beschlossene Patientenrechtegesetz ist zwar eine gute Grundlage. Insbesondere bei Behandlungsfehlern gibt es jedoch weiterhin Defizite. Zentrales Problem für die Opfer bleibt die Beweislast. Nach unserer Auffassung sollten Patienten nur noch beweisen müssen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und sie einen Schaden erlitten haben.

Belegen, dass der Behandlungsfehler nicht ursächlich für den Schaden war, sollte der betroffene Arzt oder das Krankenhaus.

In Sachen Wettbewerb machen wir uns nach wie vor für Einzelverträge der Kassen stark. Die Qualität muss neben dem Preis als entscheidender Indikator in die Vertragsgestaltung einziehen. Der Kontrahierungszwang im Krankenhaus, zumindest bei planbaren Operationen, sollte gelockert und so neuer Spielraum eröffnet werden.

Unverzichtbar sind für uns verlässliche Finanzzusagen des Bundes zur Kompensation der versicherungsfremden Leistungen. Diese Leistungen sollten in der nächsten Legislaturperiode präzise definiert und mit einer sachgerechten Dynamisierung versehen aus Steuermitteln finanziert werden.

„Aus meiner Sicht wird sich das System PKV auf Dauer nicht tragen“ – lautete eine Aussage von Ihnen vom September letzten Jahres. Wäre denn die zuletzt so kontrovers diskutierte Einheitskasse oder Bürgerversicherung eine realistische und vorteilhafte Lösung?

Gegenfrage: Wieso gehen Sie davon aus, dass es auf eine Einheitskasse hinausläuft? Schließlich gibt es unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung derzeit über 100 Krankenkassen, die untereinander in einem intensiven Wettbewerb stehen.

Aber zurück zur eigentlichen Frage. Zu meiner Aussage vom letzten Jahr stehe ich nach wie vor. Das Problem ist das Geschäftsmodell der PKV: Wenn man jungen Versicherten niedrige Prämien mit einem scheinbar unbegrenzten Leistungsangebot offeriert, kann das auf Dauer nicht funktionieren. Das wird im Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt, mit Kostensteigerungen und demografischer Entwicklung zunehmend als Problem deutlich. Bemerkenswert ist doch, dass die PKV selbst immer wieder nach Unterstützung ruft und die Strukturen der GKV übernehmen oder davon profitieren will. So zum Beispiel bei den Preisverhandlungen mit der Pharmaindustrie oder bei der Forderung nach einer sogenannten „Öffnungsklausel“ für die privatärztlichen Gebührenordnungen, das heißt, sie strebt letztlich ein Vertragssystem wie in der gesetzlichen Krankenversicherung an.

Schon heute ist die PKV Nutznießer des gesetzlichen Systems: zum Beispiel durch Preissenkungen für Arzneimittel aufgrund der 1989 eingeführten Festbeträge, durch das einheitliche Vergütungssystem im Krankenhaus oder die Sicherstellung der Versorgung, die nur ein System mit 90 Prozent Marktanteil flächendeckend organisieren kann. Hier wirkt sich das PKV-System sogar negativ aus, weil es Ärzte in überversorgten Ballungsregionen hält, während in eher ländlichen Regionen Ärzte fehlen.

Deutschlands Kliniken sollen mehr Geld und finanzielle Hilfen bekommen. Sie sprachen sich bereits vor Jahren dagegen aus, einfach nur „Geld ins System zu pumpen“ und dabei wichtige Aspekte der Wirtschaftlichkeit zu vernachlässigen. Wie sähe Ihr Ansatz aus?

Wir setzen auf Strukturveränderungen und Einzelverträge. Die heutige Klinikstruktur stammt aus dem vergangenen Jahrhundert. Sie entspricht damit in Teilen den Planungen und Versorgungsnotwendigkeiten der Vergangenheit. Heute brauchen wir aber eine Krankenhauslandschaft, die eine flächendeckende Akutversorgung sicherstellt und gleichzeitig in spezialisierten Kliniken weitergehende, planbare Behandlungen ermöglicht. Das heißt zum Beispiel, dass es nicht in jedem Stadtteil ein Krankenhaus geben muss, das neben der Akutversorgung auch noch künstliche Herzklappen einsetzt.

Es ist kein Geheimnis und eine OECD-Studie hat es bestätigt: In Deutschland gibt es mehr Klinikbetten, als für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Gerade in den Ballungszentren sind erhebliche Überkapazitäten vorhanden. Es kann doch wohl nicht Aufgabe der Beitragszahler sein, Kapazitäten zu finanzieren, die für die Versorgung nicht notwendig sind. Doch für die Patientinnen und Patienten liegt das Kernproblem woanders. Die Überkapazitäten sind ein starker Anreiz für die Kliniken, Operationen oder aufwendige und oftmals nicht risikolose Untersuchungen durchzuführen, die medizinisch nicht notwendig oder zumindest fragwürdig sind. Prominente Beispiele dafür sind Wirbelsäulenoperationen und Herzkateter-Untersuchungen.

Künftig muss es den Krankenkassen für bestimmte planbare Operationen möglich sein, mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die hohe Qualitätsstandards zu vernünftigen Preisen festschreiben. In der nächsten Legislaturperiode brauchen wir einen Pakt für die Modernisierung der Klinikstrukturen in Deutschland, damit die Versorgung besser wird und auch in Zukunft bezahlbar bleibt.

Seit dem Jahr 2010 entwickelt sich die Finanzlage der GKV positiv. Das hat zu historisch nie dagewesenen Rücklagen in Milliardenhöhe geführt. Werden damit nicht Preismoratorien und Zwangsabschläge überflüssig? Warum sollte die GKV weiter darauf bestehen?

Ja, der gesetzlichen Krankenversicherung ging es finanziell noch nie so gut wie im Jahr 2012. Dabei sollte jedoch nicht vergessen werden, wem wir das zu verdanken haben: den Beitragszahlern der gesetzlichen Krankenversicherung, die diese Überschüsse insbesondere mit der Beitragssatzerhöhung zum 1. Januar 2011 finanziert haben. Die sprudelnden Einnahmen überdecken jedoch, dass es nach wie vor eine systematische Schere zwischen den nur leicht steigenden Einnahmen und den deutlich stärker steigenden Ausgaben gibt. Im langjährigen Mittel wachsen die Ausgaben der Krankenkassen um rund 3,5 Prozent pro Jahr, während die beitragspflichtigen Einnahmen lediglich um rund 1,5 Prozent pro Jahr zunehmen.

Deshalb muss auch in Zukunft konsequent der Blick auf die Ausgaben-seite gerichtet werden. Leider hat die Bundesregierung die historisch gute Finanzsituation nicht genutzt, um Strukturreformen in den Versorgungsbereichen durchzuführen. Genau dies muss in der kommenden Legislaturperiode geschehen. Wer die Qualität der Versorgung verbessern und sie gleichzeitig wirtschaftlich weiterentwickeln will, kommt an grundlegenden Reformen nicht vorbei.

Nach über fünf Jahren GKV-Spitzenverband sei ein Blick in die Zukunft gestattet. Was erwartet die GKV in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren?

Ich bin überzeugt, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch mittel- und



Dr. Doris Pfeiffer

Dr. Doris Pfeiffer studierte Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln, wo sie anschließend auch promovierte. Nach dem Studium war sie unter anderem als Referentin für den AOK-Bundesverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft tätig, bevor sie zum Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und zum AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. wechselte. Dort begann sie ihre Karriere zunächst als wissenschaftliche Mitarbeiterin, 2003 wurde sie zur Vorstandsvorsitzenden ernannt. Seit dem 1. Juli 2007 ist Dr. Pfeiffer Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands in Berlin.

langfristig eine verlässliche Größe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellen wird. Welche Instrumente und Strukturen dann konkret zur Verfügung stehen, dürfte angesichts der von Ihnen angesprochenen Zeitschiene und den wechselnden gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern schwer einzuschätzen sein. Wichtig ist mir, dass Versicherte auch in Zukunft eine echte Wahloption haben, es also verschiedene Krankenkassen mit eigenen Versorgungsakzenten gibt. Inhaltlich halte ich das ebenfalls für unabdingbar, denn die Kassen sollten als solide finanzierte Akteure um die beste und zugleich wirtschaftlichste Versorgung wetteifern. In der Diskussion um die Sinnhaftigkeit des heutigen dualen Systems wird mit der Zeit sicherlich deutlich werden, dass die Zukunft einem solidarischen, selbstverwalteten Versicherungssystem mit Sachleistung gehört. ■