

Interview mit dem Verbandsvorsitzenden Dr. Jochen-Michael Schäfer

# „Die Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind keine Lösung“



**Dr. Jochen-Michael Schäfer:** „Nicht überrascht – eher enttäuscht.“

**D**r. Jochen-Michael Schäfer wurde am 24. Juni zum zweiten Mal in seinem Amt als Erster Vorsitzender des PVS Verbandes bestätigt. Seine neue Amtsperiode begann damit wenige Tage bevor die Große Koalition die Eckpunkte zur Gesundheitsreform vorstellte und reicht bis in den nächsten Bundestagswahlkampf hinein, in dem die Gesundheitspolitik mit Sicherheit wiederum eine wesentliche Rolle spielen wird. Die *Ärztepost* sprach mit Dr. Schäfer über die Gesundheitsreform und seine Ziele als Verbandsvorsitzender.

**ärztepost:** Anfang Juli war es endlich so weit, die Regierungskoalition stellte die Eckpunkte zum „Geheimprojekt“ Gesundheitsreform der Öffentlichkeit vor. Haben die Ergebnisse Sie überrascht?

**Dr. Schäfer:** Überrascht bin ich nicht, eher enttäuscht. Mit ihren Eckpunkten setzt die Koalition gewiss nicht das Schwert an, um den gordischen Knoten im Gesundheitssystem zu durchschlagen. Es fehlt offensichtlich der Mut zum entscheidenden Hieb. Wir können es uns aber nicht länger leisten, Zeit ins Land gehen zu lassen, ohne unser Gesundheitssystem durchgreifend zu reformieren.

**ärztepost:** Die Bundesregierung bezeichnet den Gesundheitsfonds als unbürokratischen und kostensparenden neuen Weg – das wäre, ver-

glichen mit dem heutigen Verwaltungsaufwand rund um die Beitragsverwaltung, ein wesentlicher Schritt. Wie sehen Sie den Gesundheitsfonds?

**Dr. Schäfer:** Für mich steht hinter dem Gesundheitsfonds vor allem die politische Meinung, dass mehr Staat dem Gesundheitswesen gut täte. Wir wissen aber, dass mehr Staat die Gesundheitsversorgung nicht besser und vor allem nicht finanzierbarer macht. Ich sehe mit dem Fonds eine weitere gigantische Finanzbehörde – auch wenn zur Zeit politisch demütiert wird, eine neue Behörde aufbauen zu wollen – auf uns zukommen, die wertvolle Ressourcen verschlingen wird. Die Beitragsverwaltung bei den Kassen, die ja auch mit dem Beitragseinzug der anderen Sozialversicherungen betraut ist, wird durch den neu geschaffenen Verwaltungsapparat nicht überflüssig werden. Der Fonds ist nichts anderes als der schlechteste Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie. Von einem unbürokratischen und kostensparenden Weg kann nicht die Rede sein. Vor allem ist der Fonds kein Ausweg aus der katastrophalen und unverantwortlichen Finanzsituation der GKV. Nach wie vor kommen, abgesehen von einem Bundeszuschuss, den es letztlich zum Beispiel durch die Tabaksteuer ja auch schon gab, Arbeitnehmer und Arbeitgeber gemeinsam für die Beiträge auf. Auf der Einnahmeseite sind keine strukturellen Neuerungen implementiert – viel schlimmer: es gibt sie auch auf der Ausgabenseite nicht. Der Leistungskatalog ist nochmals ausgeweitet worden, es ist kein Instrument zur Begrenzung der Kosten durch den medizinisch-technischen Fortschritt eingebunden.

**ärztepost:** Der Fonds soll den Wettbewerb zwischen den Kassen stärken und damit das angeschlagene System entlasten. Geht diese Rechnung auf?

**Dr. Schäfer:** Richtig ist, dass wir mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen brauchen. Es muss aber ein tatsächlicher Wettbewerb um

„Wir erleben gerade jetzt, wie die Weichen in Richtung Staat gestellt werden. Der Patient hat immer weniger Mitsprache- und Wahlmöglichkeiten.“

## „Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind keine Lösung“

„Wir brauchen auf der einen Seite eine medizinische Grundversorgung durch die GKV, auf der anderen Seite muss dem Patienten mehr Entscheidungsfreiheit für seine medizinische Versorgung eingeräumt werden.“

Qualität sein. Die Bundesregierung will, dass die Versicherten sich in ihrer Entscheidung für eine Krankenkasse davon leiten lassen, ob ihre Kasse eine zusätzliche Pauschale erheben muss, oder aber mit den Geldern aus dem Fonds auskommt und eventuell sogar Beiträge erstatten kann. Ich frage mich, ob das Wettbewerb im Sinne der Versicherten sein kann. Die Frage muss gestattet sein, wo denn finanzielle Ressourcen der Kassen liegen. Sicherlich in den eigenen Verwaltungskosten, weitere Einsparmöglichkeiten werden höchst wahrscheinlich zu Lasten der medizinischen Angebote gehen. Für die Versicherten muss aber die Qualität der medizinischen Versorgung im Vordergrund stehen, es geht hier um ihre Gesundheit. Der Versicherte muss Souverän im Behandlungsprozess werden. Der Wettbewerb, der zwischen den Kassen etabliert werden soll, ist sicherlich kein Wettbewerb um Qualität und bessere Versorgung. Nachhaltig ignoriert der Gesetzgeber den Patienten als eigentlichen Vertragspartner des Arztes.

**ärztepost:** Sie sprechen vom Souverän Patient. Was ist damit gemeint?

**Dr. Schäfer:** Mit dem Souverän Patient ist gemeint, dass unser Gesundheitssystem seinem Anspruch gerecht werden muss, um den Patienten zentriert zu sein. Wir erleben gerade jetzt, wie die Weichen in Richtung Staat gestellt werden. Der Patient hat immer weniger Mitsprache- und Wahlmöglichkeiten. Medizinische Leistungen werden zunehmend rationiert werden. Deshalb ist es notwendig, das starre GKV-System aufzubrechen. Richtig ist, dass die Ressourcen für das, was die Versichertengemeinschaft leisten kann, begrenzt sind. Deshalb brauchen wir auf der einen Seite eine medizinische Grundversorgung durch die GKV, auf der anderen Seite muss dem Patienten mehr Entscheidungsfreiheit für seine medizinische Versorgung eingeräumt werden. Sowohl für die Grundversorgung als auch für eine weiter reichende medizinische Versorgung brauchen wir das Prinzip der Kostenerstattung. Sie allein bringt Kostentransparenz in das Behandlungsgeschehen. Nur auf der Basis genau bezifferter Kosten kann der Patient eigenverantwortlich seine Entscheidung treffen.

**ärztepost:** Haben Sie in den Eckpunkten irgendetwas gelesen, was Sie positiv bewerten?

**Dr. Schäfer:** Zunächst einmal ist positiv, dass in den Eckpunkten etwas nicht zu lesen ist: Die in der Koalitionsvereinbarung avisierte Behandlungspflicht zu abgesenkten Gebührensätzen. Das von uns bei Professor

Sodan in Auftrag gegebene Rechtsgutachten hat seine Wirkung entfaltet. Positiv ist auch das Eingeständnis, dass die ärztliche Gebührenordnung veraltet ist und dringend novelliert werden muss. Und sicherlich ist auch als positiv zu bewerten, dass die Vertragsärzte endlich nicht mehr mit floatenden Punktwerten rechnen müssen, sondern ihre Honorare in Euro und Cent beziffert werden.

**ärztepost:** Bricht damit ein goldenes Zeitalter für die niedergelassenen Ärzte an?

**Dr. Schäfer:** Sicher nicht. Denn statt Budgets und floatender Punktwerte werden auf die Vertragsärzte feste Preise und Mengenabstufungen zukommen. Das ist alter Wein in neuen Schläuchen. Die Leistungen in der GKV werden auch weiterhin einer Mengengrenzung unterliegen. Und die Eckpunkte wiederholen die Forderung aus der Koalitionsvereinbarung, dass für vergleichbare Leistungen in der GKV und der PKV vergleichbare Vergütungen gelten sollen. Wenn bei den Vertragsärzten aber verstärkt auf Pauschalen gesetzt wird, können die Vergütungen per se nicht vergleichbar sein. Die GOÄ basiert auf Einzelleistungen. Sie entspricht in ihrer Systematik den Anforderungen an eine amtliche Gebührentaxe, die auf die individuellen Ansprüche eines Patienten ausgerichtet ist, der auch Rechnungsempfänger ist. Diese GOÄ werden wir verteidigen.

**ärztepost:** Bis zur letzten Minute, haben sich die Koalitionäre um die künftige Rolle der PKV gestritten. Wie beurteilen Sie den Kompromiss?

**Dr. Schäfer:** Zunächst einmal sind wir erleichtert darüber, dass die PKV als Vollversicherung bestehen bleiben soll und Abstand davon genommen wurde, die privat Versicherten in den Gesundheitsfonds einzubeziehen. Allerdings beobachten wir mit Sorge, dass gleichzeitig mit einem Maßnahmenbündel aufgewartet wird, das die Position der PKV deutlich schwächen wird. Man könnte das so interpretieren, dass von langer Hand vorbereitet wird, die PKV in einer Bürgerversicherung zu verschlucken. Kontrahierungszwang, Portabilität der Altersrückstellungen sogar beim Wechsel zurück in die GKV und der Basistarif deuten darauf hin, vor allem aber auch die Bedingung, dass der Versicherte in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresbeitragsentgeltgrenze überschritten haben muss, um überhaupt in die PKV wechseln zu können. Unser Gesundheitssystem braucht die Quersubventionierung durch die PKV, um die Qualität der medizinischen Leistungen aufrecht erhalten und die notwendigen Investitionen tä-

„Wenn die Eckpunkte tatsächlich die Blaupause für die kommende Gesundheitsreform sein werden, sollten die Wähler bilanzieren, ob sie ein so gestaltetes Gesundheitssystem für tragfähig halten.“

PLAMBECK/LAF

**Auf der Bundespressekonferenz zur Gesundheitsreform:** „Die Frage muss gestattet sein, wo denn finanzielle Ressourcen der Kassen liegen.“ (Dr. Jochen-Michael Schäfer)

tigen zu können. Vor allem brauchen wir die Instrumente, die das PKV-Modell so erfolgreich machen: eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung auf der einen Seite, individuelle Wahlmöglichkeiten, Kostenerstattung, Selbstbehalte und Altersrückstellungen auf der anderen Seite.

**ärztepost:** Was ist Ihr Ziel als Verbandschef in den nächsten drei Jahren, worin sehen Sie die Rolle des PVS Verbandes?

**Dr. Schäfer:** Die Gesundheitsreform löst, so wie sie sich in ihren Konturen jetzt abzeichnet, die grundsätzliche Aufgabe, nämlich die medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger unseres Landes langfristig auf ein sicheres Fundament zu stellen, nicht. Ich sehe es als Aufgabe des PVS Verbandes und somit auch als meine Aufgabe an, die verantwortlichen Politiker darauf hinzuweisen, dass ein Kurswechsel vollzogen werden muss. Wir haben unsere Lösungsansätze klar skizziert. Das Gesundheitswesen basiert auf Solidarität und Subsidiarität. Wir müssen die Segel neu setzen, mehr Eigenverantwortung ist gefordert. Langfristig müssen tragende Strukturelemente der Privaten Krankenversicherung schrittweise Einzug in die GKV halten, auch wenn die Politik das nicht wahr haben will. Wir werden nicht müde werden, darauf hinzuweisen, dass die Umlagefinanzierung notwendiger Weise kollabieren wird; in der Verantwortung für die Versicherten müssen auch in der GKV Altersrückstellungen gebildet werden. Wir müssen einsehen, dass die Solidargemeinschaft den Rundumschutz nicht mehr leisten kann. Ein neuer Grundkatalog an Leistungen muss festgelegt werden. Kostenerstattung und Selbstbehalte stärken die Eigenverantwortung der

Versicherten, schaffen Transparenz und helfen, Ressourcen zielgenau einzusetzen. Als Verband ärztlicher Gemeinschaftseinrichtungen ist es unser Ziel, Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung einzufordern und mitzugestalten, die der großen gesellschaftlichen Verantwortung, die wir als Ärzte tragen, gerecht werden und der Freiberuflichkeit Anerkennung zollen.

**ärztepost:** Was erwarten Sie für den nächsten Bundestagswahlkampf - werden die Wähler mit ihrer Stimme über die Gesundheitsreform entscheiden können?

**Dr. Schäfer:** Viele Instrumente der Gesundheitsreform sind sehr langfristig angelegt und werden ihre Wirkung bis ins Jahr 2009 noch nicht voll entfaltet haben. Wenn die Eckpunkte tatsächlich die Blaupause für die kommende Gesundheitsreform sein werden, sollten die Wähler unabhängig vom Stand der Umsetzung bilanzieren, ob sie ein so gestaltetes Gesundheitssystem für tragfähig halten. Ich tue es nicht. CDU und SPD zeichnen für diese Gesundheitsreform gemeinsam verantwortlich, ziehen aber selbstverständlich als politische Kontrahenten in den Wahlkampf. Auch wenn es von beiden Seiten dementiert wird, sehe ich doch in diesem Reformkonzept für beide Partner die politische Option, nach der nächsten Wahl wieder an ihren Ausgangspositionen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie anzukoppeln. Dann wären nicht nur vier Jahre ergebnislos ins Land gegangen. Es bestünde die Gefahr, dass zwei Konzepte erneut ins Rennen geschickt würden, die beide nicht das Potential haben, die anstehenden Aufgaben zu lösen.

**ärztepost:** Vielen Dank für das Gespräch. ■