

Sieg oder Niederlage?

Die Gesundheitsreform ist besser als ihr Ruf – das haben jetzt auch die größten Schwarzseher gemerkt. Der von vielen gefürchtete Wettbewerb ist nun da. Mit neuen Wahlтарifen werden die Kassen erstmals für den Verbraucher deutlich unterscheidbar sein.

von RALF SJUTS

Auf die strukturellen Veränderungen – vor allem bei den Kassen und Verbänden – darf man gespannt sein. In puncto Finanzreform jedoch muss es heißen: Ziel verfehlt! Prognostiziert waren bis zu 1,5 Milliarden Euro direkte Einsparungen durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG). Übrig bleiben vielleicht 500 Millionen; das entspricht 0,1 Prozentpunkten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wo ist das Geld nur geblieben? Der ursprünglich geforderte Beitrag der Krankenhäuser wurde auf 250 Millionen Euro halbiert. Gleiches passierte bei den Apothekern. Die Rettungsdienste – anfangs mit einem Sparbeitrag von rund 100 Millionen eingeplant – wurden vollständig verschont. Einerseits verständlich: Insbesondere die Krankenhäuser stoßen bereits an die Grenzen ihrer finanziellen Belastbarkeit. Irgendwann ist die Zitrone ausgequetscht und dann leidet die Qualität der Versorgung. Andererseits müssen die Krankenkassen das ausbaden. Sie sollen die fehlenden Beträge irgendwie erwirtschaften.

Ein echter Wehrmutstropfen: Die private Krankenversicherung wird nicht am Gesundheitsfonds beteiligt und entzieht sich somit weiterhin einem Minimum an Solidarität. Die beitragsfreie Finanzierung der GKV – Kinder und weitere versicherungsfremde Leistungen (z. B. Mutterschaftsgeld, Kinderkrankengeld) lasten wie gehabt auf den Kassen – von den arg reduzierten Steuerzuschüssen einmal abgesehen. Bitter für den Verbraucher: Die angekündigte Beitragssenkung fand nicht statt. Rund die Hälfte aller Krankenkassen musste um durchschnittlich 0,6 Prozent erhöhen. Zwischen der günstigsten bundesweit geöffneten Krankenkasse (12,0 Prozent) und der teu-

ersten (15,5 Prozent) klappt eine Beitragsschere von 3,5 Prozent.

Davon werden zumindest in den nächsten zwei Jahren die Kassen profitieren, die überwiegend junge und gesunde Versicherte haben. Sie können ihre Verwaltungskosten durch weniger Beratung und Betreuung gering halten. Schließlich finanzieren sie keine Filialen, keinen persönlichen Service und kaum Versorgungsangebote. Außerdem sind ihre Ausgaben für Kranke und ältere Kunden wesentlich geringer. Und noch immer gibt es schwarze Schafe, die ihre Einnahmen und Ausgaben (und damit

Die Reform gibt erstmals gesetzlich Versicherten die Chance, Gesundheitsdienstleistungen wie ein Privatpatient in Anspruch zu nehmen.

den Beitragssatz) nicht nachvollziehbar kalkulieren. Alles in der Hoffnung, gutzahlende Versicherte zu gewinnen, die ihnen einen positiven Deckungsbeitrag bringen und damit ihre Risikokalkulation im Nachhinein auszugleichen – ein Vabanque-Spiel. Hier für Gerechtigkeit sorgen wird ausgerechnet das Finanzierungsinstrument, das den größten Widerstand bei den Kassenchefs hervorrief: der Gesundheitsfonds, der 2009 in Kraft treten wird.

Neben den viel gerügten finanziellen Enttäuschungen stößt das WSG jedoch nebenbei und nahezu unbemerkt ein Tor in eine Zukunft vielseitiger Möglichkeiten auf – das Tor in den 2. Gesundheitsmarkt. Bislang noch weitgehend unstrukturiert und ohne gesicherte Preis- und Qualitätstransparenz werden in diesem Markt jedoch schon mehr als ein Viertel der Gesundheitsausgaben in Deutschland umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt durch die privaten Haushalte. Die Gesundheitsreform gibt

Sieg oder Niederlage?



Lifestyle-Trend Wellness: Neue Geschäftsideen sollen hohe Marktanteile auf dem „Innovationsmarkt“ sichern.

nun durch Einführung von Wahltarifen erstmals gesetzlich Versicherten die Chance, Gesundheitsleistungen wie ein Privatpatient mit Kostenerstattung durch die GKV in Anspruch zu nehmen. Sie greift damit einen Trend der Veränderung des Konsumverhaltens bei Gesundheitsdienstleistungen auf. Durch eine zunehmende Transparenz im Gesundheitswesen (Internet, Qualitätsberichte, Anbietervergleich etc.) wollen Kunden mehr und mehr in Entscheidungsprozesse bezüglich möglicher Gesundheitsdienstleistungen mit einbezogen werden (Shared Decision Making). Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer werden darauf mit neuen medizinischen Zusatzleistungen für Patienten und Angehörige reagieren, um sich entsprechende Marktanteile auf diesem „Innovationsmarkt“ zu sichern. Die Möglichkeiten in diesem Markt werden stetig steigen: Vorsorge-Untersuchungen und Akupunktur beim Hausarzt, Aerobic-Kurs und Rückenschule beim Physiotherapeuten sind heute schon bekannte Modelle. Künftig werden aber eventuell völlig neue, bislang unbekannte Formen der Gesundheitsdienstleistung möglich werden. Neue Geschäftsideen sind bereits in der Gegenwart kontinuierlicher Motor dieser dynamischen Entwicklung. Neben dem Ausbau von Lifestyle Trends wie Wellness oder Selfness entstehen immer weitere Angebote (z.B. Gesundheits-TV oder Kreuzfahrten auf „Gesundheitsschiffen“).

Um diese neuen Möglichkeiten im Sinne ihrer Kunden zu nutzen, wird es Aufgabe der Krankenkassen sein, die Risiken des 1. Gesundheitsmarktes aufzufangen und Strukturen für eine notwendige Transparenz über Preis und Qualität im 2. Gesundheitsmarkt zu organisieren und so an dessen Chancen zu partizipieren. Die Zukunft liegt in der Verbindung der beiden Märkte, um optimierte Versorgungsangebote quali-

tätsgesichert und zu marktgerechten Preisen realisieren zu können. Hier bietet die Gesundheitsreform den handelnden Akteuren viel Spielraum für Innovation im Sinne ihrer Kunden.

Dem Trend voraus ist mit der GesundheitsWelt direkt GmbH (www.gesundheitswelt-direkt.de) seit 1. Mai 2007 der erste Anbieter auf dem Markt, der in Kooperation mit der Deutschen BKK die oben geschilderte Zukunft bereits abbildet, denn der beste Weg, sich für die Zukunft zu rüsten ist immer noch der, sie selbst zu gestalten.

Fazit: Eine Gesamtbeurteilung hinsichtlich Sieg oder Niederlage der Gesundheitsreform ist abschließend wohl erst in 2009 möglich. Eine Teilniederlage stellen ohne Frage die finanziellen Auswirkungen der Gesundheitsreform dar, die zwischen Wunsch und Wirklichkeit eine zu große Lücke klaffen lassen. Ein Teilsieg findet sich in den Möglichkeiten, die die Reform bietet, wenn man sie sieht und zu nutzen versteht.

Mit der Verknüpfung des 1. und 2. Gesundheitsmarktes können Krankenversicherungsunternehmen künftig veränderten Anforderungen eines sich wandelnden Gesundheitsmarktes gerecht werden und im Sinne der Kunden zur übergreifenden und umfassenden Kompetenz in allen Gesundheitsfragen aufsteigen. Mit einer optionalen Aufhebung von Rechtsformbindungen könnten im Gesundheitswesen völlig neue Unternehmensformen entstehen, die sich optimal am Bedarf ausrichten und diesen wirtschaftlich auf einem qualitativ hohem Niveau befriedigen könnten. Das Modell der Allfinanzdienstleister aus einer Hand ließe sich unter veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen schnell realisieren.

Hierzu ist es jedoch nötig, alte Zöpfe abzuschneiden und durch die Wahrnehmung bestehender Handlungsmöglichkeiten seinem bisherigen Handlungsrahmen mit Innovation eine kreative neue Frisur zu verpassen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte muss die Antwort auf die Frage nach einem Sieg oder einer Niederlage der Reform vertagt werden. Bis zu einer abschließenden Beantwortung sollten sich die handelnden Akteure jedoch fragen, ob sie bereits alle Waffen eingesetzt haben. ■

AUTOR



Ralf Sjuts

ist Vorstandsvorsitzender der Deutschen BKK. Die Deutsche BKK ist mit bundesweit mehr als einer Millionen Versicherten die größte Betriebskrankenkasse Deutschlands.

Deutsche BKK
Willy-Brandt-Platz 8
38440 Wolfsburg
05361 – 183-595
05361 – 183-877
www.deutschebkk.de