

Auf dem Weg zum Systemwechsel: Gesundheitspolitik schwarz-gelb

Von Thomas Gerlinger und Hans-Jürgen Urban

Der Koalitionsvertrag der Regierung Merkel/Westerwelle ist verschiedentlich als vage und wenig aussagekräftig bezeichnet worden – „ein Dokument der Unschärfe“, wie die „Süddeutsche Zeitung“ schreibt.¹ Zumindest was die gesundheitspolitischen Abschnitte des Papiers angeht, trifft diese Einschätzung jedoch nicht zu, im Gegenteil: Diese Passagen beinhalten nicht weniger als die Ankündigung eines Systemwechsels, der insbesondere die Finanzierung der Krankenversicherung betrifft und den Versicherten und Patienten einseitig die Lasten eines weiteren Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen aufbürdet.

Gleichzeitig orientiert sich der Koalitionsvertrag in einem Maße an Klientelinteressen, das selbst in der von Klientelpolitik besonders stark geprägten Gesundheitspolitik so offen und einseitig lange nicht mehr anzutreffen war. Begünstigt werden primär die freiberuflich tätigen Leistungsanbieter und die privaten Krankenversicherungen. Diese klientelpolitische Ausrichtung kollidiert nicht nur mit dem Anspruch der „Krankenversicherung als Solidargemeinschaft“,² sondern steht auch einer Modernisierung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen und damit potentiell erschließbaren Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen massiv im Wege.

Der Kampf gegen die gesetzliche Krankenversicherung

Die wohl einschneidendste Reformabsicht von Union und FDP bezieht sich auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bereits in der jüngeren Vergangenheit hat der Um- und Abbau sozialer Sicherung auch vor der GKV nicht Halt gemacht. Dabei folgte er jenen auch aus anderen sozialpolitischen Handlungsfeldern vertrauten Legitimationsmustern und Handlungsempfehlungen: Der internationale Standortwettbewerb erfordere eine Senkung der „Lohnnebenkosten“; gerade angesichts der dramatischen Folgen des demographischen Wandels und der kostentreibenden Effekte des medizinischen Fortschritts könne es auf den Feldern Gesund-

1 „Süddeutsche Zeitung“, 19.11.2009.

2 So die gesetzliche Vorgabe für die Grundausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 1 des Fünften Sozialgesetzbuches – SGB V).

heit und Pflege ein „Weiter-so“ nicht geben; mehr „Eigenverantwortung“ der Versicherten und mehr Wettbewerb sollen die GKV „zukunftsfähig“ machen.

Eine bedeutende Weichenstellung hatte das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz vorgenommen, indem es die freie Kassenwahl für die Versicherten einführte, damit den Wettbewerb der Krankenkassen zu einem wesentlichen Systemmerkmal erhob und zugleich die finanziellen Lasten der Patientinnen und Patienten durch drastisch erhöhte Zuzahlungen erheblich verstärkte. Die vielen Gesundheitsreformen, die seitdem verabschiedet wurden, folgten im Wesentlichen dem damit beschrittenen Entwicklungspfad. Zu dessen wichtigsten Merkmalen zählen der weitere Bedeutungszuwachs wettbewerblicher Regulierungsformen, vor allem die vorsichtige Ausweitung von Wettbewerbsmechanismen auf Leistungsanbieter, sowie die einseitige finanzielle Belastung von Versicherten und Patienten, insbesondere durch die Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge (seit 2005 zahlen die Versicherten einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten) sowie die weitere Anhebung von oder Einführung neuer Zuzahlungen, zuletzt der Praxisgebühr.

Schließlich hat die Gesundheitsreform 2007 mit der Errichtung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 einen ausschließlich von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeitrag eingeführt, den die Krankenkassen dann erheben können, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht decken. Ob und wie die Krankenkassen von der Option dieses Zusatzbeitrags tatsächlich Gebrauch machen, sollte, so die Logik dieses Mechanismus, letztlich von der kassenspezifischen Wettbewerbsstrategie abhängen.³ Die Reformen der zurückliegenden Jahre lassen sich als ein politikfeldspezifischer Ausdruck der übergreifenden Bemühungen um eine wettbewerbspolitische Restrukturierung des „Standorts Deutschland“ kennzeichnen.

Die Reformpolitik im Gesundheitswesen erfolgte schrittweise und war durch ein recht hohes Maß an Kontinuität gekennzeichnet. Legt man den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP zugrunde, so steht die gesetzliche Krankenversicherung nun allerdings vor einem Systemwechsel mit paradigmatischer Bedeutung.

Vom Gesundheitsfonds zur Kopfpauschale

Grundsätzlich will Schwarz-Gelb mit der Finanzierungsreform laut Koalitionsvertrag „eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten“ erreichen. Zu diesem Zweck will sie das gegenwärtige einkommensabhängige Beitragssystem auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale umstellen. Zugleich soll der Arbeitgeberbeitrag – nunmehr explizit – eingefroren werden. Einer noch zu bildenden Regierungskommission obliegt es, Näheres festzulegen.

³ Thomas Gerlinger, Kai Mosebach und Rolf Schmucker, Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas, in: „Blätter“, 10/2008, S. 107-116.

Damit greift die konservativ-liberale Koalition auf ein Modell zurück, mit dem die Union bereits in den Bundestagswahlkampf 2005 gezogen war und das sie angesichts der vernichtenden Resonanz bei den Wählerinnen und Wählern im Wahlkampf 2009 bewusst in der Schublade gelassen hatte.⁴ Die Realisierung der Koalitionspläne bedeutete eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen Finanzierungsmodus in der GKV. Zum einen würde das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags die voraussichtlich weiter ansteigenden GKV-Ausgaben einseitig den Versicherten aufbürden; zum anderen würde eine Kopfpauschale innerhalb der Versichertengemeinschaft vor allem Bezieher unterer und mittlerer Einkommen zugunsten Besserverdienender belasten. Denn eine Kopfpauschale beansprucht bei jenen Gruppen einen überdurchschnittlich hohen Teil des Haushaltseinkommens und wird sehr viele Versicherte finanziell schlicht überfordern.

In der regierungsamtlichen Diktion kommt dieser Wechsel recht harmlos daher. Bezieher niedriger Einkommen sollen einen – vermutlich steuerfinanzierten – Zuschuss erhalten, weil sie allein nicht in der Lage wären, die Kopfpauschale zu schultern. Der Sozialausgleich würde damit lediglich aus der Krankenversicherung in das Steuersystem verlagert, wo er im Übrigen viel besser aufgehoben sei als in der Krankenversicherung, so der neue Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler.⁵ Das neue System bringe sogar mehr Finanzierungsgerechtigkeit, weil an der Aufbringung der Steuermittel für die Subventionierung sozial Schwacher alle Steuerzahler, eben auch privat Krankenversicherte, beteiligt seien. Die gesetzliche Krankenversicherung wird also auf den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken – alle Versicherten zahlen einen gleich hohen Beitrag – beschränkt.

Allerdings wird bei näherem Hinsehen deutlich, dass derartige Beschwichtigungen jeder Grundlage entbehren. Der Subventionsumfang und damit die Höhe des zusätzlichen Finanzbedarfs für den Bundeshaushalt hängen selbstverständlich von der Kalkulation der Kopfpauschale und den konkreten Subventionsmodalitäten ab, also von der Frage, wer in welcher Höhe einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss erhält. Schätzungen für den Subventionsbedarf gehen – je nach Subventionsmodell – von einem zusätzlichen Finanzbedarf in Höhe von 20 bis 40 Mrd. Euro aus. Zugleich haben sich die Regierungsparteien bereits auf umfangreiche Steuerentlastungen, dem Koalitionspapier zufolge in Höhe von 24 Mrd. Euro, festgelegt, deren Gegenfinanzierung vollkommen unklar ist. Gerade angesichts der Krise der öffentlichen Haushalte ist zu erwarten, dass der Steuerzuschuss für sozial Schwache von vornherein niedrig angesetzt wird und in seiner Höhe und Ausgestaltung politisch umkämpft bleibt.

Das Argument, dass auf dem Wege der steuerlichen Subventionierung von Niedrigeinkommen der Sozialausgleich gestärkt würde, ist aber auch aus anderen Gründen nicht stichhaltig. Selbst wenn der tatsächliche Steuerzuschuss am oberen Ende der gegenwärtigen Schätzungen angesiedelt werden sollte, wird er sich maximal auf rund ein Viertel der GKV-Gesamtausgaben

4 „Wirtschaftswoche“, 25.4.2009 und 17.6.2009.

5 Deutscher Bundestag, 5. Sitzung, 12.11.2009, Plenarprotokoll 17/5, S. 273 ff.

(2009: knapp 170 Mrd. Euro) belaufen. Der bei weitem größte Teil der Ausgabenlast wird also von den Versicherten über die Kopfpauschale aufzubringen sein. Darüber hinaus will die neue Regierungskoalition mit einem „einfacheren, niedrigeren und gerechteren Steuersystem“ vor allem den Spitzensteuersatz senken und zudem die Steuerprogression reduzieren. Demgegenüber bleibt die relative Belastung niedriger und mittlerer Einkommen bei den Verbrauchsteuern, die immerhin 23 Prozent des gesamten Steueraufkommens ausmachen, auf demselben Niveau wie diejenige der Besserverdienenden.

Zudem entstünden mit einer Kopfpauschale neue Gerechtigkeitslücken. Verlierer dieses Finanzierungsmodells wären nicht nur Geringverdiener, sondern auch Bezieher mittlerer Einkommen, insbesondere jene Gruppen, deren Einkommen geringfügig oberhalb der Subventionsgrenze liegen. Eine Kopfpauschale würde die degressive Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungskosten noch weit über das im aktuellen Beitragssystem anzutreffende Maß hinaus verstärken. Verstärkt würden die unsozialen Effekte einer Kopfpauschale zudem durch das ausdrückliche Festhalten an der privaten Krankenversicherung als einem eigenständigen Zweig der Krankheitsvollversicherung. Da es Besserverdienenden zukünftig noch leichter gemacht werden soll, ihr vergleichsweise geringes Krankheitsrisiko privat zu versichern und sich dem GKV-System zu entziehen, dürften sich der Aderlass des Solidarsystems und die damit einhergehenden Einnahmeverluste eher verstärken – eine Absurdität, die sich kein anderes Land in der Europäischen Union leistet.

Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

Nicht minder einschneidend als die Finanzierungspläne für die GKV sind die Vorhaben von Union und FDP zur Finanzierung der Pflegeversicherung. Hier soll laut Koalitionsvertrag das bestehende Umlageverfahren durch eine Kapitaldeckung ergänzt werden, „die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“. Langfristig dürfte dies in eine vollständige Umstellung der Finanzierung auf das Kapitaldeckungsprinzip münden. Auch hier ist das vordergründige Ziel, die Arbeitgeber von Sozialversicherungsbeiträgen zu entlasten. Zudem verweisen Befürworter des Kapitaldeckungsverfahrens darauf, dass sich dadurch demographiebedingte Belastungsspitzen vermeiden ließen. Völlig unbeachtet bleibt dabei, dass die Pflegeleistungen stets nur aus dem jeweils aktuell von den erwerbstätigen Generationen erwirtschafteten Wohlstand finanziert werden können. Diesem Umstand trägt das derzeitige Umlageverfahren Rechnung. Darüber hinaus lässt sich bezweifeln, ob die nach dem Kapitaldeckungsverfahren angesparten Beiträge ausreichen werden. Denn es würde zwar jede Generation ihre Versicherungsansprüche in einer bestimmten Höhe grundsätzlich selbst finanzieren, aber mit den festgelegten Geldleistungen sind keineswegs auch die tatsächlichen Kosten im Versicherungsfall gesichert. Gegen einen Wertverlust der angesammelten Vermögenswerte gibt es keine Sicherheit, wie die gegenwärtige Finanzkrise schmerzhaft in Erinnerung ruft. Die mit der Kapitaldeckung verknüpfte

„Eigenverantwortung“ der Versicherten erweist sich als bloße Rhetorik, welche die Abhängigkeit von den Kapitalmärkten geflissentlich ignoriert.⁶

Wettbewerb als (Un)Ordnungsprinzip

Jenseits dieser Reformpläne enthält der Koalitionsvertrag deutliche Hinweise auf noch weiter gehende Privatisierungsschritte, die den individuellen Versicherungsumfang und die individuell zustehenden Leistungen der Versicherten betreffen. So wollen sich die Regierungsparteien an einer Äquivalenz von Beitrag und Leistungen orientieren, wohingegen der Leistungsanspruch nach dem für die gesetzliche Krankenversicherung konstitutiven Bedarfsprinzip und nach der geltenden Rechtslage doch gerade unabhängig von der Höhe der individuell entrichteten Beiträge besteht. Darüber hinaus kündigen Union und FDP an, mehr individuelle Wahlmöglichkeiten für Patienten und Versicherte zu schaffen. Die in einigen Versorgungsbereichen (beispielsweise Zahnersatz und Arzneimittelversorgung) mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Zuzahlungen gemachten Erfahrungen bewerten sie uneingeschränkt positiv und wollen prüfen, ob diese Finanzierungsformen auch auf andere Bereiche übertragen werden können.

Insgesamt sind die gesundheitspolitischen Passagen des Koalitionsvertrages von Bekenntnissen zu Deregulierung, zur Eigenverantwortung und zum Wettbewerb im Gesundheitswesen geradezu durchsetzt. Vor allem der Wettbewerb soll als „ordnendes Prinzip“ wirken und „auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite“ die Qualität und Effizienz der Versorgung erhöhen. Allerdings sind die vermeintlichen Segnungen wettbewerblicher Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen bisher nicht wirklich zu erkennen. Diejenigen Verbesserungen, die häufig auf den Wettbewerb zurückgeführt werden, wie etwa die Ausdifferenzierung von Versorgungsmodellen, wären auch ohne diesen Mechanismus möglich gewesen. Vielmehr stellten sich nach dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl recht schnell gravierende Fehlsteuerungen ein, über die die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag kein Wort verlieren. So versuchten die Krankenkassen primär durch eine Selektion „guter Risiken“ – also Versicherter mit hohem Einkommen und geringem Erkrankungsrisiko – und weniger durch verbesserte Versorgungsangebote für chronisch Kranke Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Zudem orientieren sich Ärzte und Krankenhäuser in vielen Fällen stärker an ihren finanziellen Eigeninteressen als an einer optimalen Patientenversorgung. Auch jüngst bekannt gewordene Skandale, wie die Zahlung von Prämien durch Krankenhäuser an einweisende Ärzte, gehen auf systembedingte Fehlanreize des Wettbewerbs zurück und sind keineswegs nur Ausdruck individuellen Fehlverhaltens.

Seit der Einführung der freien Kassenwahl zählt die Korrektur von unerwünschten Wirkungen des Kassenwettbewerbs zu den wichtigsten Hand-

6 Frank Nullmeier, Paradoxien der Eigenverantwortung, in: Ludger Heidbrink und Alfred Hirsch (Hg.), Verantwortung in der Zivilgesellschaft. Zur Konjunktur eines widersprüchlichen Prinzips, Frankfurt und New York, S. 151-164.

lungsfeldern der Gesundheitspolitik, und bis heute ist diese Korrektur nicht gelungen. Von besonderer Bedeutung ist dabei der Risikostrukturausgleich (RSA), ein finanzielles Umverteilungsverfahren zwischen den Krankenkassen, das die unterschiedlichen Finanzierungsrisiken ausgleichen soll, die sich aus der Versichertengemeinschaft einer Krankenkasse ergeben. Auf diese Weise sollte er dazu beitragen, den erwähnten Wettbewerb um „gute Risiken“ zu vermeiden. Der RSA berücksichtigte zunächst nur indirekte Krankheitsindikatoren (wie Alter und Geschlecht), nicht aber die Krankheiten (Morbidität) ihrer Versicherten selbst. Da den Krankenkassen aber starke Anreize zur Risikoselektion verblieben, wurde der RSA mit der Gesundheitsreform 2007 um direkte Krankheitsmerkmale erweitert (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich – „Morbi-RSA“). Hierfür wurden 80 Krankheiten berücksichtigt, für deren Behandlung die Krankenkassen pro Kopf mindestens 50 Prozent mehr als im Durchschnitt für ihre Versicherten aufwenden. Wenn sich die Steuerung von Krankenversicherung und medizinischer Versorgung schon an Wettbewerbsmechanismen orientiert, so ist ein Morbi-RSA unverzichtbar, um zumindest gravierende Fehlanreize für die Krankenkassen zu vermeiden.⁷ Die 2007 getroffene Regelung stellte aufgrund ihrer Beschränkungen lediglich einen ausbaubedürftigen Einstieg in einen solchen Ausgleichsmechanismus dar. Daher entbehrt es nicht einer gewissen Ironie, wenn Union und FDP nun im Koalitionsvertrag ankündigen, den bisherigen Morbi-RSA „auf das notwendige Maß“ reduzieren und vereinfachen zu wollen. Damit werden finanzielle Anreize zur Risikoselektion durch die Krankenkassen aufs Neue verstärkt.

Die gesamte Regulierungsarchitektur der GKV wird untergraben, wenn die im Koalitionsvertrag formulierten Vorstellungen umgesetzt werden. Diese sehen vor, dass „das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden soll.“ Bisher ist die GKV explizit von der Anwendung des Kartellrechts ausgenommen. Sollte diese Nichtanwendungsregel aufgehoben werden, so wäre die nach wie vor tragende Rolle von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern in Frage gestellt, denn Finanzierungsträger und Leistungserbringer sowie deren Verbände, die derzeit als Vertragspartner agieren, könnten nun als wettbewerbswidrige Kartelle eingestuft werden. Ein solcher Schritt dürfte – ebenso wie die fortschreitende Privatisierung von Kosten und Risiken – auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass der Europäische Gerichtshof die GKV dem europäischen Wettbewerbsrecht unterstellt.⁸ Im Ergebnis könnte dies einer umfassenden Privatisierung des gesamten Krankenversicherungssystems Vorschub leisten.

7 Stefan Greß, *Regulated Competition in Social Health Insurance: A Three-Country Comparison*, in: „International Social Security Review“, 3/2006, S. 27-47. Allerdings ist auch die Berücksichtigung von Morbidität im Risikostrukturausgleich nicht ohne Probleme. Dies schafft beispielsweise für die Krankenkassen einen Anreiz, die Krankheiten ihrer Versicherten so zu definieren, dass sie möglichst hohe Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Im Rahmen eines Kassenwettbewerbs trägt ein Morbi-RSA insgesamt aber dazu bei, Anreize zur negativen Selektion „schlechter“ Risiken zu verringern. Dass auch ein Morbi-RSA Fehlanreize mit sich bringen kann, hat mit dem grundsätzlichen Problem zu tun, dass finanzielle und gesundheitsbezogene Handlungskriterien nicht deckungsgleich sind.

8 Vgl. Hans-Jürgen Urban, *Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik*, Marburg 2003.

Unverblümete Klientelpolitik

Bekanntnisse zum Wettbewerb sind in den gesundheitspolitischen Abschnitten des Koalitionsvertrags allgegenwärtig. Sonderbare Ausnahmen gelten nur auf jenen Feldern, auf denen der Wettbewerb die Interessen der eigenen Klientel negativ berühren könnte. Hier stellt sich der Koalitionsvertrag unter Verweis auf die Bedeutung der Freiberuflichkeit für ein „freiheitliches“ Gesundheitswesen schützend vor mächtige Interessengruppen, allen voran die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte, Apotheker und private Krankenversicherungen. In den Interessensphären dieser Gruppen lehnt das Koalitionspapier weitere Veränderungen von Systemstrukturen explizit ab, stellt bislang getroffene Maßnahmen zur Effizienzsteigerung des Versorgungssystems in Frage oder nimmt sie sogar zurück.

So wenden sich Union und FDP gegen weitere Änderungen am bestehenden Fremd- und Mehrbesitzverbot der Apotheken, das die niedergelassenen Apotheken vor der Konkurrenz durch Apothekenketten oder -zusammenschlüsse schützt, und wollen den Versandhandel mit Arzneimitteln begrenzen. Im Hinblick auf die ambulante Behandlung im Krankenhaus bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Krankheiten und Krankheiten mit besonders schweren Krankheitsverläufen, die den Interessen von niedergelassenen Ärzten zuwiderläuft, soll das Verfahren zur Zulassung der Krankenhäuser „kritisch überprüft“ werden. Die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) – also von multiprofessionellen Einrichtungen, die die Kooperation unter den Ärzten sowie zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verbessern sollen und eine attraktive Konkurrenz für die niedergelassene Einzelpraxis darstellen – „sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden.“ Insbesondere sollen „die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten“ zustehen und damit deren Einfluss in diesen Einrichtungen sicherstellen. Seit Beginn der 90er Jahre bestand staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen zu einem gewichtigen Teil aus der Privatisierung des Krankheitsrisikos. Sie war aber insgesamt *auch* bestrebt, eine größere Unabhängigkeit von Klientelinteressen zu erlangen – nicht zuletzt von den Interessen der Leistungsanbieter –, um die Versorgungsstrukturen zu rationalisieren, also solche Strukturen zu errichten, die mit den wettbewerbspolitischen Anforderungen an dieses Politikfeld kompatibel sind.⁹ Dies berührte notwendig auch überkommene Privilegien von Leistungsanbietern, beispielsweise das ambulante Behandlungsmonopol niedergelassener Ärzte, denen gegenüber daher ein gewisses Maß an Konfliktbereitschaft unvermeidlich war, wie sich an der Unzufriedenheit von Ärzten und Apotheken mit der Gesundheitspolitik, nicht allein unter Rot-Grün, ablesen lässt.

Ungeachtet dessen spielten Interessen der Leistungsanbieter und der privaten Krankenversicherung freilich auch weiterhin eine große Rolle. Allerdings

9 Thomas Gerlinger, Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Britta Rehder, Thomas von Winter und Ulrich Willems (Hg.), Interessenvermittlung in Politikfeldern im Wandel. Befunde der Verbände- und Policyforschung zur Bundesrepublik Deutschland und in vergleichender Sicht, Wiesbaden 2009, S. 33-51.

markiert der vorliegende Koalitionsvertrag insoweit einen Einschnitt, als in der jüngeren Vergangenheit Interessen niedergelassener Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie der privaten Krankenversicherung wohl kaum jemals so unverblümt bedient worden sind wie jetzt. Diese Klientelpolitik wird dazu beitragen, dass vorhandene Potentiale zur Kosteneinsparung und Qualitätsverbesserung nicht genutzt werden. Auch die private Krankenversicherung (PKV) profitiert von der schwarz-gelben Klientelpolitik. In der Gesundheitsreform 2007 waren Bestrebungen, die Beziehungen von GKV und PKV neu zu gestalten, am Widerstand von CDU und CSU gescheitert. Lediglich die Möglichkeit des Wechsels besserverdienender Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in die PKV wurde erschwert. Vor 2007 war ein Wechsel bereits möglich, wenn die betreffenden Versicherten die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2010: 49950 Euro) im abgelaufenen Jahr überschritten hatten und eine Überschreitung sich auch im kommenden Jahr abzeichnete. Seitdem können abhängig Beschäftigte nur dann in die PKV wechseln, wenn ihr Bruttoarbeitseinkommen in drei aufeinanderfolgenden Jahren diese Grenze überschritten hatte. Daraus folgte, dass Versicherte mit einem zumeist hohen positiven Beitragsaldo länger in der GKV verbleiben mussten. Nun soll dieser Wechsel bereits wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich werden. Damit würde die GKV Personen mit einem hohen Beitragsaufkommen und geringem Leistungsbedarf schnell wieder verlieren, und ihre Finanzierungslücke würde sich weiter vergrößern.

Doch sind die gesundheitspolitischen Vorhaben der neuen Regierung nicht allein auf klientelpolitische Interessen zurückzuführen. In manchen Fällen ist wohl auch einfach ideologische Borniertheit handlungsleitend. Dies dürfte etwa bei der Ankündigung, die Finanzierung der erst 2008 eingeführten Pflegestützpunkte auslaufen zu lassen, eine tragende Rolle spielen. Pflegestützpunkte sollen die örtlichen und regionalen Angebote an Pflegeleistungen koordinieren und Aufgaben bei der Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen wahrnehmen. Von ihnen sind positive Effekte für die Gestaltung und Nutzung der Pflegeinfrastruktur zu erwarten. Bereits bei der Pflegeversicherungsreform stieß dieses Element bei Union und FDP auf Ablehnung. Aus einer neoliberalen Perspektive fällt es offenbar leicht, Institutionen bereits dann, wenn sie nur der Koordinierung individuellen Handelns dienen, als bürokratisches Monstrum zu verunglimpfen.

Wer zahlt den Preis?

Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP lassen sich deutliche Konturen eines Systemwechsels in der Gesundheitspolitik erkennen. Mit der Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale bei gleichzeitigem Einfrieren des Arbeitgeberbeitragssatzes soll ein neuer Finanzierungsmodus in der GKV etabliert werden, der die Arbeitgeber von der Ausgabenentwicklung in der GKV abkoppelt und insbesondere die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen finanziell erheblich belastet. Damit soll nicht zuletzt sichergestellt

werden, dass die aus wachstums- und beschäftigungspolitischen Erwägungen anvisierte Expansionsdynamik der Gesundheitswirtschaft ausschließlich durch die abhängig Beschäftigten finanziert wird. Steuerliche Subventionen für sozial Schwache werden die Mehrbelastung durch die Kopfpauschale nicht ausgleichen; der degressive Charakter der GKV-Finanzierung wird weiter verstärkt. Der Wettbewerb der Krankenkassen soll weiter intensiviert und gleichzeitig die Wirksamkeit des Risikostrukturausgleichs als flankierendem Steuerungsinstrument geschwächt werden.

Die ordnungspolitischen Weichenstellungen des Koalitionsvertrags führen die gesetzliche Krankenversicherung in eine Sackgasse. Weder würde das angestrebte Finanzierungsmodell das Gesundheitswesen auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage stellen, noch würden die Qualität der Versorgung verbessert oder vorhandene Effizienzreserven im System erschlossen werden. Das Gegenteil dürfte der Fall sein. Die Modernisierung von Systemstrukturen wird – aus klientelpolitischen oder aus ideologischen Motiven – gebremst und partiell gar revidiert. Bestehende Fehlsteuerungen werden nicht beseitigt oder aufs Neue verstärkt.

Damit drohen sich ineffiziente Strukturen zu verfestigen, die sich in nicht erschlossenen Potentialen zu Kosteneinsparungen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität bemerkbar machen. Die Versicherten werden somit nicht nur einen wachsenden Teil der GKV-Ausgaben, sondern auch die Folgen unterlassener, blockierter oder revidierter Reformen der Versorgungsstrukturen zu tragen haben.



NEU IM BWV

Herbert Quandt-Stiftung (Hrsg.)

Brückenschläge

Aufbruch, Austausch und Wandel zwischen West und Ost

Wende und Revolutionen im Herbst 1989 bedeuteten nicht nur den Fall der Berliner Mauer und das Ende des Kalten Krieges. Sie stehen auch für den Aufbruch überkommener Denkweisen, für neue Blicke auf Europa.

„Brückenschläge“ beschreibt in Wort und Bild zunächst die Ergebnisse eines langjährigen internationalen Stipendienprogramms zwischen West und Ost im Zeichen von „Aufbruch, Austausch und Wandel“. Es eröffnet dem Leser darüber hinaus prominente Einsichten in Bereiche, die uns alle betreffen. Fragen nach dem künftigen Selbstverständnis der größer gewordenen Europäischen Union sowie nach dem Wechselbezug von Gesellschaft und Universitäten heute gehören dazu.

2009, 180 S., 2 farb. Abb., 50 s/w Abb., 5 Tab.,
engl. Broschur; 24,80 €, 978-3-8305-1728-3



BWV • BERLINER WISSENSCHAFTS-VERLAG

Markgrafenstraße 12–14 • 10969 Berlin

Tel. 030 / 841770-0 • Fax 030 / 841770-21

E-Mail: bwv@bwv-verlag.de • Internet: <http://www.bwv-verlag.de>