

Gesundheit braucht Solidarität



SoVD
Sozialverband
Deutschland

Eine gemeinsame Initiative von Sozialverband Deutschland (SoVD) und Volkssolidarität

Gesundheit braucht Solidarität

**Eine gemeinsame Initiative von Sozialverband
Deutschland (SoVD) und Volkssolidarität
zum Erhalt und zur Fortentwicklung einer
solidarischen Krankenversicherung**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Gesundheit braucht Solidarität	4
I. Grundlegende Ziele einer Gesundheitsreform	
II. Fortentwicklung der GKV	
III. Optimierung der Versorgung	
IV. Schlussbemerkung	
 Die solidarische Krankenversicherung – unverzichtbarer Teil des Sozialstaats	
 I. Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Prinzipien	6
1. Gesetzliche Krankenversicherung und Sozialstaatsprinzip	
2. Historische Entwicklung und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	
3. Solidarprinzip	
4. Umlageverfahren	
5. Paritätische Finanzierung	
6. Sachleistungsprinzip	
 II. Belastungen für die Versicherten	8
7. Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – Herausbildung einer Zweiklassenmedizin	
8. Privatisierung von Risiken – wachsende Belastung der Patientinnen und Patienten	
9. Beseitigung der paritätischen Finanzierung – Wachsende Belastung der Versichertengemeinschaft	
10. Leistungsverweigerung im Versorgungsalltag	
11. Wahltarife – Entsolidarisierung in der Versichertengemeinschaft	
12. Schieflagen durch den Gesundheitsfonds	
 III. Die Pläne der Bundesregierung in der Gesundheitspolitik	15
13. Kopfpauschale – Paradigmenwechsel in der Finanzierung	
14. Wirkungen einer Kopfpauschale	
15. Ausweitung der Steuerfinanzierung	
16. Ökonomisierung des Gesundheitswesens	
17. Senkung der Lohnnebenkosten als Mythos	
 IV. Probleme und Herausforderungen	18
18. Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	
19. Einnahmeentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung	
20. Beseitigung von Gerechtigkeitsdefiziten	
21. Stärkung der Prävention	
 V. Alternativen	21
22. Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung	
23. Rationalisierung von Versorgungsstrukturen	
 VI. Zusammenfassung	22

Vorwort

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist eine entscheidende Säule für einen funktionsfähigen Sozialstaat. Wichtige gesundheitspolitische Herausforderungen müssen im Interesse der Versicherten und Patienten solidarisch bewältigt werden. Deshalb sagen wir: Gesundheit braucht Solidarität.

Die Ausführungen im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP zur Gesundheitspolitik haben wir mit großer Sorge zur Kenntnis genommen. Insbesondere die geplante Festbeschreibung des Arbeitgeberbeitrags und die beabsichtigte Einführung einkommensunabhängiger Arbeitnehmerbeiträge würden einen Ausstieg aus der solidarisch finanzierten GKV bedeuten.

Ein solcher Weg wäre nicht nur für das bewährte System der GKV verhängnisvoll, sondern würde gerade für die finanziell weniger leistungsfähigen Versicherten und Patienten zu unzumutbaren Mehrbelastungen führen.

SoVD und Volkssolidarität wenden sich mit aller Entschiedenheit gegen eine weitere Entsolidarisierung und Privatisierung der GKV. Mit der Vorlage des von beiden Organisationen in Auftrag gegebenen Gutachtens von Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger wird aus wissenschaftlicher Sicht bestätigt, dass die solidarische Krankenversicherung ein unverzichtbarer Teil des Sozialstaats ist. Ihr Wert für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und für den sozialen Frieden kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Mit diesem Gutachten und der Veröffentlichung der gemeinsamen Forderungen »Gesundheit braucht Solidarität« wollen SoVD und Volkssolidarität einen Beitrag leisten, um drohende politische Fehlentwicklungen zu Lasten der Versicherten zu verhindern und eine patientenorientierte Fortentwicklung der GKV zu ermöglichen.

Berlin, im Mai 2010



Adolf Bauer
Präsident des Sozialverband
Deutschland (SoVD)



Prof. Dr. Gunnar Winkler
Präsident der Volkssolidarität

Gesundheit braucht Solidarität

Forderungen des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) und der Volkssolidarität zur Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

I. Grundlegende Ziele einer Gesundheitsreform

Die Sicherstellung der umfassenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung ist eine vorrangige sozialpolitische Aufgabe des Staates. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist der tragende Eckpfeiler im System der Gesundheitssicherung und hat sich in ihrer über 100-jährigen Geschichte als Erfolgsmodell bewiesen. Entscheidend hierfür war und ist die umfassende Solidarität aller Beteiligten.

Das Interesse der ganz überwiegenden Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger richtet sich auf den Erhalt und die Stärkung dieser solidarischen GKV. Ihrem Interesse muss die Bundesregierung bei allen weiteren Überlegungen Rechnung tragen. Sie muss den Weg in eine Zwei- bzw. Mehrklassenmedizin stoppen und allen Patienten und Versicherten den gleichberechtigten Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen gewährleisten.

Voraussetzung hierfür ist ein klares Bekenntnis zu den in der GKV geltenden und bewährten Prinzipien der Solidarität. Jede weitere Privatisierung von Gesundheitsrisiken durch die verstärkte Einführung von Festzuschüssen, Wahltarifen und Kostenerstattungsmodellen würde Entsolidarisierungstendenzen verstärken und ist abzulehnen. Das Sachleistungsprinzip ist daher auch künftig beizubehalten. Der einheitliche Leistungskatalog der GKV darf nicht zur Disposition gestellt werden.

SoVD und Volkssolidarität wenden sich mit aller Entschiedenheit gegen Pläne zur Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages und zur Einführung einkommensunabhängiger einseitiger Zusatzbeiträge für die Versicherten. Sonderbeiträge, Leistungsausgrenzungen und erhöhte Eigenbeteiligungen haben die Patienten und Versicherten immer stärker einseitig belastet

und die Beitragsparität zu ihren Lasten in nicht hinnehmbarem Umfang verschoben. Ziel aller Reformbemühungen muss deshalb die dauerhafte Wiederherstellung der vollen Beitragsparität sein.

Alle weiteren Neuregelungen in der GKV müssen dem Ziel dienen, die Leistungsstrukturen zu optimieren und Fehlversorgungen abzubauen. Entsprechende Rationalisierungsbemühungen sind zu unterstützen, aber jede Form von Rationierung wird abgelehnt.

Die finanziellen Mittel der GKV müssen verantwortungsvoll für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten und Versicherten eingesetzt werden. Allein ihre berechtigten Interessen und nicht das Gewinnstreben der Wirtschaft und der Leistungserbringer dürfen die weiteren Überlegungen bestimmen. Bestrebungen zum Ausbau der Gesundheitswirtschaft auf Kosten der GKV-Versicherten werden zurückgewiesen.

II. Fortentwicklung der GKV

Die GKV als solidarisches System auszubauen und auf eine solide Finanzierungsbasis zu stellen erfordert, sie zukünftig zu einer Bürgerversicherung für alle weiterzuentwickeln. Die Beibehaltung der prozentualen Beitragserhebung und somit die Beitragsentrichtung entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit sind Elemente dieser Bürgerversicherung. Zur Entlastung der Einkünfte aus Erwerbseinkommen sind auch andere Einkünfte, z. B. aus Kapitalerträgen, der Beitragspflicht zu unterwerfen.

SoVD und Volkssolidarität halten die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems für erforderlich, mit dem die nicht hinnehmbaren Ungleichbehandlungen des bestehenden zweigeteilten Versicherungssystems von GKV und privater Krankenversicherung (PKV) überwunden werden. Eine wachsende Zweiklassenmedizin und die Entsolidarisierung der Besserverdienenden sind nicht zu rechtfertigen.

Sollte am Bestehen der PKV als Vollversicherung festgehalten werden, bedarf es ihrer Einbeziehung in einen umfassenden Solidarausgleich. Zudem müssen die Unterschiede bei den Arzthonoraren für gesetzlich und privat Versicherte beseitigt werden, um für alle gleiche Zugangsvoraussetzungen zu notwendigen Gesundheitsleistungen zu schaffen und Diskriminierungen zu verhindern. Die durch politische Entscheidung ab 2010

herbeigeführte Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds ist zu korrigieren. Der allgemeine Beitragssatz muss künftig so festgesetzt und jährlich angepasst werden, dass die Ausgaben der GKV abgedeckt werden.

Zur Entlastung des allgemeinen Beitragssatzes ist es dringend erforderlich, die im System bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Erhebliche Einsparpotenziale sind vor allem durch eine verstärkte Regulierung des Arzneimittelmarktes zu erschließen. Darüber hinaus sind die unterschiedlichen Leistungsbereiche besser miteinander zu verzahnen und bisher zu verzeichnende Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen.

Zur langfristigen Finanzierung und zur Stärkung der Solidargemeinschaft ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung ebenso dringlich wie die Einbeziehung von Kapitalerträgen und Einkünften aus Vermietung und Verpachtung in die Beitragspflicht.

Zudem bedarf die Übertragung versicherungsfremder Leistungen auf die GKV der vollständigen und verlässlichen Finanzierung aus Steuermitteln.

Bei allen weiteren Überlegungen muss nicht nur die Ausgabenseite in den Blick genommen, sondern vorrangig auch das Einnahmeproblem der GKV gelöst werden. Die seit Jahren rückläufige Lohnquote als Folge einer Umverteilungspolitik von unten nach oben ist nicht hinnehmbar. Die Bundesregierung ist gefordert, der Erosion bei den Sozialversicherungsbeiträgen entgegenzuwirken, die durch Massenarbeitslosigkeit, Niedriglöhne und prekäre Beschäftigung verursacht werden. Deshalb muss sie mit einer aktiven Arbeitsmarktpolitik gezielt auf die Schaffung vollwertiger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse hinwirken.

III. Optimierung der Versorgung

Neben der kurativen Medizin müssen Prävention und Rehabilitation einen gleichrangigen Stellenwert erhalten. Prävention und Rehabilitation können entscheidend dazu beitragen, die Entstehung von Kosten bzw. Folgekosten im Gesundheitswesen zu minimieren bzw. zu verhindern. Die Empfehlung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 2009, die Prävention von Pflegebedürftigkeit als herausgehobenes Gesundheitsziel zu erklären, ist in die Praxis

umzusetzen. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist auszubauen und die Frührehabilitation im Krankenhaus zu verstärken.

Besonders dringlich sind Schritte zur Sicherstellung der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten und in der Fläche. Verstärkter Anstrengungen bedarf es zum Ausbau der geriatrischen Versorgung. Erforderlich ist auch ein besserer Schutz der Patienten bei möglichen Behandlungsfehlern durch eine Zusammenführung und Stärkung der Patientenrechte in einem Patientenrechtegesetz.

IV. Schlussbemerkung

Die aktuellen Pläne der Bundesregierung zur Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und zur Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge bzw. Kopfpauschalen würden allen künftigen Kostenrisiken der GKV allein den Versicherten und Patienten übertragen. Zudem würde die ebenfalls beabsichtigte verstärkte Einführung privatversicherungsrechtlicher Elemente das solidarische System der GKV weiter aushöhlen. Besserverdienende würden einseitig begünstigt. Für finanziell schwächere Personengruppen würde dagegen die Gefahr wachsen, notwendige qualitativ gesicherte Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen zu können oder in unzumutbarer Weise belastet zu werden.

SoVD und Volkssolidarität weisen deshalb die bisher bekannt gewordenen Überlegungen der Bundesregierung zurück und sprechen sich für die Stärkung unserer auch international anerkannten solidarischen Krankenversicherung aus. Sie ist eine tragende Säule unseres Sozialstaats und leistet einen entscheidenden Beitrag zum gesellschaftlichen Konsens und damit auch zum sozialen Frieden.

Die bewährten Grundprinzipien der GKV dürfen nicht auf dem Altar von Marktinteressen geopfert werden. Im Vordergrund aller Bemühungen muss der Ausbau eines patientenorientierten Gesundheitssystems stehen, das mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung und beim Zugang zu den erforderlichen Leistungen sichert.

Berlin, im Mai 2010

Sozialverband Deutschland (SoVD)
Volkssolidarität Bundesverband e.V.

Die solidarische Krankenversicherung – unverzichtbarer Teil des Sozialstaats

Gutachten erstellt im Auftrag von
Volkssolidarität Bundesverband e.V.
Sozialverband Deutschland (SoVD)

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld

April 2010

I. Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Prinzipien

1. Gesetzliche Krankenversicherung und Sozialstaatsprinzip

Nach den Vorgaben des Grundgesetzes ist die Bundesrepublik Deutschland »ein demokratischer und sozialer Bundesstaat« (Art. 20 Abs. 1 GG). Diese Bestimmung zählt zum Verfassungskern und ist eine der unabänderlichen Vorgaben des Grundgesetzes. Des Weiteren schreibt das Grundgesetz vor, dass die verfassungsmäßige Ordnung in Deutschland »den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Bundesstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen« muss (Art. 28. Abs. 1 GG). Mit diesen beiden Artikeln schreibt das Grundgesetz das Sozialstaatsprinzip fest. Gemäß den Konkretisierungen durch das Bundesverfassungsgericht ist es demzufolge die Aufgabe des Staates, für soziale Gerechtigkeit und für einen Ausgleich sozialer Gegensätze und Ungleichheiten zu sorgen. Der Staat hat die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass allen Bürgerinnen und Bürgern ein menschenwürdiges Dasein und eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht werden.

Aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes leitet sich für den Staat die Pflicht zur Daseinsvorsorge ab. Dies gilt auch mit Blick auf die Sicherung der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger. Der Staat muss also für die Sicherung der Gesundheit und für die Versorgung im Krankheitsfall entsprechende Vorschriften erlassen und Rahmenbedingungen schaffen. Allerdings ist es ihm vorbehalten, selbst zu entscheiden, wie er das Sozialstaatsprinzip,

auch im Gesundheitswesen, verwirklicht. Er muss die erforderlichen Kapazitäten nicht selbst vorhalten und die erforderlichen Leistungen nicht selbst erbringen. In Deutschland hat er wichtige Aufgaben bei der sozialen Sicherung und bei der Versorgung im Krankheitsfall der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen. Dem Grundgesetz zufolge kann sich der Staat der Gewährleistungsverantwortung für diesen wichtigen Bereich der Daseinsvorsorge nicht entziehen. Die GKV war und ist unverzichtbarer Ausdruck dieser staatlichen Verantwortung.

2. Historische Entwicklung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist vor knapp 130 Jahren in Deutschland geschaffen worden. Seitdem hat sie einen tief greifenden Wandel durchlaufen. Die historische Entwicklung der GKV lässt sich als ein Prozess der »doppelten Inklusion« (Jens Alber 1992) beschreiben, nämlich einer beständigen Ausweitung des Versichertenkreises und einer beständigen Ausweitung des Leistungskatalogs. Der Anteil der in der GKV versicherten Personen stieg von gut 10 Prozent (1885) über etwas mehr als 50 Prozent (1924/25) auf beinahe 90 Prozent der Wohnbevölkerung (1975). Im Jahr 2010 liegt der Bevölkerungsanteil der GKV-Versicherten nur leicht unter diesem Wert.

Ebenso bemerkenswert wie die Ausweitung des Versichertenkreises ist die Entwicklung des von der Krankenversicherung finanzierten Leistungsspektrums. In den Anfangsjahren stand zunächst die Kompensation der materiellen Folgen des Krankheitsrisikos im Mittelpunkt. Die Kassen leisteten überwiegend Barzahlungen (Geldleistungen) an die Versicherten, die diesen dazu dienen sollten, einen Teil der Krankenbehandlung zu finanzieren beziehungsweise die Folgen des mit der Krankheit einhergehenden Lohnausfalls zu lindern. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts dominieren zum einen die Sachleistungen das Leistungsspektrum der GKV, zum anderen hat die Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts eine Ausweitung des Leistungsspektrums ermöglicht, die der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten zugute kommt. Die Versicherten haben einen umfassenden Rechtsanspruch auf alle Maßnahmen, die zur Behandlung ihrer Krankheit medizinisch notwendig sind. Neben den kurativen Leistungen zählen auch Präventionsmaßnahmen (Individual- und Gruppenzahnprophylaxe, Früherkennung, betriebliche Gesundheitsförderung) und Rehabilitation zum GKV-Katalog.

Daneben werden auch die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und der Mutterschaft notwendigen Maßnahmen sowie das Krankengeld von den Kassen finanziert. Auch weitete sich das Spektrum der als behandlungsbedürftig anerkannten Krankheiten erheblich aus, wie zum Beispiel die Aufnahme von Psychotherapien in den Leistungskatalog zeigt.

Dabei hat die gesetzliche Krankenversicherung zwei Weltkriege überstanden sowie bedeutende Herausforderungen wie tiefgreifende Wirtschaftskrisen und die Wiedervereinigung Deutschlands bewältigt. Sie hat in den knapp 130 Jahren ihrer Existenz ihre Leistungsfähigkeit eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Die Gründung und Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine herausragende Erfolgsgeschichte in der deutschen und internationalen Sozialpolitik.

Bei allen Problemen im Einzelnen und manchen Verschlechterungen, die in den letzten Jahren eingetreten sind, lässt sich doch Folgendes festhalten: Die gesetzliche Krankenversicherung bietet einen umfassenden Schutz vor den sozialen Risiken einer Erkrankung und gewährleistet eine in weiten Teilen hochwertige Versorgung im Krankheitsfall. Der Solidarausgleich in der GKV gewährleistet, dass kein Versicherter wegen unzureichender finanzieller Mittel auf eine Krankenbehandlung verzichten muss oder ihn die Kosten einer notwendigen Krankenbehandlung in Armut stürzen. Die Versicherten haben Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen und erwerben mit ihrem Versichertenstatus einen Rechtsanspruch auf Krankenversorgungsleistungen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist damit ein wichtiger Eckpfeiler des Sozialstaats und trägt wesentlich zum sozialen Ausgleich in der Gesellschaft und zum sozialen Zusammenhalt bei.

Gleichwohl steht sie heute aufgrund gesellschaftlicher und ökonomischer Veränderungen vor neuen Herausforderungen. Die Anpassung an diese Herausforderungen wird nur dann erfolgreich sein, wenn sie an die gewachsenen historischen Grundlagen anknüpft. Nicht ein Bruch mit ihren gewachsenen Prinzipien, sondern eine Weiterentwicklung auf deren Grundlage ist erforderlich, wenn die gesetzliche Krankenversicherung unter veränderten Rahmenbedingungen ihren sozialen Auftrag weiterhin erfüllen soll. Diese Weiterentwicklung muss sich am Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten orientieren. Die solidarische Krankenversicherung ist und bleibt ein unverzichtbarer Teil des Sozialstaats.

3. Solidarprinzip

Für die soziale Sicherung im Krankheitsfall ist in der gesetzlichen Krankenversicherung das Solidarprinzip von herausragender Bedeutung. Das Solidarprinzip bedeutet allgemein, dass sich die Mitglieder einer Gemeinschaft im Krankheitsfall gegenseitige Hilfe und Unterstützung gewähren. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht der Kern des Solidarprinzips in der Verknüpfung zweier Grundsätze: Erstens entrichten die Versicherten Beiträge nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungskraft, die sich im Wesentlichen an der Höhe ihres Bruttoarbeitseinkommens orientiert (Leistungsfähigkeitsprinzips). Zweitens erhält jeder Versicherte – unabhängig von der Höhe der entrichteten Beiträge – jene diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (Bedarfsprinzip). Die Versorgungsansprüche der Versicherten schließen nicht nur quantitative und qualitative Anforderungen an die tatsächliche Erbringung von Leistungen, sondern auch an die Vorhaltung von Kapazitäten für den Krankheitsfall ein – also eine angemessene Betten- und Arztdichte sowie eine angemessene regionale Verteilung von Versorgungseinrichtungen. Dabei sind nicht erwerbstätige Eheleute und Kinder beitragsfrei mitversichert. Zugleich werden die Arbeitgeber – bis vor wenigen Jahren paritätisch – an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligt. Auf diese Weise vollzieht sich in der gesetzlichen Krankenversicherung ein umfassender Solidarausgleich von Risiken

- zwischen den Besserverdienenden und sozial Schwachen (sozialer Ausgleich)
- zwischen Gesunden und Kranken (Risikoausgleich)
- zwischen Jungen und Alten (Generationenausgleich)
- zwischen kinderlosen und kinderreichen Familien (Familienlastausgleich).

Dieser Solidarausgleich hat sich in den Nachkriegsjahrzehnten als ein bedeutsamer Orientierungspunkt in der Entwicklung der GKV herauskristallisiert. Allerdings haben sich dort bis in die Gegenwart immer auch Bestimmungen zur Finanzierung sowie zum Leistungs- und Organisationsrecht gehalten, die dem Solidarprinzip zuwiderlaufen. Seit Mitte der siebziger Jahre und vor allem seit Beginn der neunziger Jahre haben sich die Tendenzen zur Aushöhlung des Solidarprinzips deutlich verstärkt.

4. Umlageverfahren

Die gesetzliche Krankenversicherung wird nach dem Umlageverfahren finanziert: Die innerhalb einer Periode anfallenden Leistungsausgaben werden durch die in derselben Periode erhobenen Beiträge der Versichertengemeinschaft gedeckt. In jeder Periode gibt es somit Nettozahler und Nettoempfänger.

Dieser Finanzierungsmodus wird immer wieder mit zwei Kernargumenten kritisiert. Zum einen führe die Koppelung der Beitragszahlungen an die Entwicklung der Erwerbseinkommen (unter Beteiligung der Arbeitgeber) zu einem Anstieg der Arbeitskosten, der die Konkurrenzfähigkeit deutscher Unternehmen auf dem Weltmarkt und damit die Sicherheit der Arbeitsplätze in Deutschland gefährde. Zum anderen verletze das Umlageverfahren das Prinzip der Generationengerechtigkeit, weil mit dem demographischen Wandel die Zahl der Beitragszahler sinke und die der Empfänger steige. Diese Scherentwicklung bringe unweigerlich eine Beitragserhöhung für die beitragspflichtigen Erwerbstätigen mit sich, ohne dass diese deshalb im Alter mehr Leistungen erhalten.

Demgegenüber ist zu betonen, dass sich das Umlageverfahren in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung und auch in der jüngsten Finanzmarktkrise bewährt hat. Grundsätzlich können die Kosten der Krankenversorgung stets nur aus dem von den erwerbstätigen Generationen erwirtschafteten Wohlstand finanziert werden. Diesem Umstand trägt das Umlageverfahren Rechnung. Dass die Generationen der Beitragszahler für die Leistungsempfänger eintreten, ist Ausdruck des Solidarprinzips.

5. Paritätische Finanzierung

In den Nachkriegsjahren hat sich in der gesetzlichen Krankenversicherung der Grundsatz der paritätischen Finanzierung herausgebildet. Damit werden die Arbeitgeber automatisch an den steigenden Kosten der Krankenversorgung beteiligt. Dieser Mechanismus geht nicht allein auf einen sozialen Interessenausgleich zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zurück. Er begründet sich auch durch die Rolle der Arbeitgeber als Verursacher von Krankheiten und Nutznießer einer hochwertigen Krankenversorgung. Denn die Erwerbsarbeit zählt zu den wichtigsten Entstehungsursachen von Erkrankungen und gesundheitlichem Versorgungsbedarf. Die Arbeitgeber nutzen die Arbeitskraft ihrer Beschäftigten, die sie ihrerseits für Zwecke des Arbeitgebers verausgaben.

Zwar bringen die Arbeitgeber allein die Beiträge für die gesetzliche Unfallversicherung auf, jedoch kompensiert diese nur einen sehr kleinen Teil der durch die Arbeit entstehenden Gesundheitsschäden, nämlich die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Die Kosten für die Behandlung des bei weitem größten Teils dieser Gesundheitsschäden, nämlich der arbeitsbedingten Gesundheitsbelastungen, werden hingegen der gesetzlichen Krankenversicherung auferlegt. Zugleich profitiert der Arbeitgeber von einer hochwertigen Krankenbehandlung, weil sie dazu beiträgt, dass die Arbeitsfähigkeit erkrankter Arbeitskräfte schnell wiederhergestellt wird. Daraus begründet sich die Pflicht der Arbeitgeber, sich an diesen Kosten zu beteiligen. Für den Umfang dieser Kostenbeteiligung hat sich in der gesetzlichen Krankenversicherung das Prinzip der paritätischen Finanzierung herausgebildet. Dieses Prinzip ist unabdingbar, um den umfassenden Solidarausgleich in der GKV zu gewährleisten.

6. Sachleistungsprinzip

Der Solidarcharakter der gesetzlichen Krankenversicherung findet seinen Ausdruck nicht nur in der Verknüpfung von einkommensbezogener Beitragsbemessung und Bedarfsprinzip, sondern auch in der Anwendung des Sachleistungsprinzips. Die Patientinnen und Patienten bezahlen – von den Zuzahlungen abgesehen – den Leistungserbringer nicht direkt. Stattdessen erstatten die Krankenkassen den Leistungserbringern die entstandenen Behandlungskosten. Das Sachleistungsprinzip ist selbst Ausdruck des Solidarcharakters der GKV, denn es befreit die Patienten von der Last, für die – bisweilen sehr hohen – Behandlungskosten in Vorlage zu treten. Damit trägt es dazu bei, sie vor einer finanziellen Überforderung zu schützen.

II. Belastungen für die Versicherten

7. Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – Herausbildung einer Zweiklassenmedizin

Zu den Kennzeichen des deutschen Gesundheitswesens zählt die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung (PKV). Im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme reicher Länder ist es eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens, dass die private Krankenversicherung nicht allein eine Zusatz-, sondern eine Vollversicherung ist. Kein anderes Land in der Europäischen Union leistet sich den Luxus, etwa 10 Prozent der Bevölkerung vollständig von der solidarischen Absicherung des Krankheits-

risikos zu befreien. Eine Vollversicherung in der PKV kommt für solche Personen in Frage, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, also Selbständige, Beamte und abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze. 2009 waren rd. 8,7 Millionen Menschen, also rd. 10,6 Prozent der Bevölkerung, privat krankenversichert. Die Trennung in eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung führt zu einer mehrdimensionalen Ungleichbehandlung bei der Finanzierung und Versorgung im Krankheitsfall.

Sie berührt erstens die Finanzierung der Krankenversorgung. In der PKV ist ein überproportional großer Anteil von Personen mit einem hohen Einkommen versichert, die zudem im Durchschnitt geringe Krankheitsrisiken und daher einen unterdurchschnittlichen Behandlungsbedarf haben. Diesen Personen wird es gestattet, ihr im Durchschnitt geringeres Krankheitsrisiko privat zu versichern und sich damit trotz ihrer hohen Einkommen der solidarischen Finanzierung der Krankenversorgung zu entziehen. Die Abwanderung von Versicherten in die PKV bedeutet für die GKV in der Regel, dass sie Nettozahler verliert, also Personen, deren Beiträge höher sind als die Kosten, die sie verursachen. Den Nettoverlust müssen die GKV-Versicherten durch höhere Beiträge ausgleichen. Umgekehrt entscheiden sich die Personen, die aufgrund ihres Einkommens zwischen GKV und PKV wählen können, zumeist dann für die GKV, wenn sie davon einen finanziellen Vorteil haben. Dies ist zu meist dann der Fall, wenn sie Familienmitglieder haben, die sie in der GKV im Unterschied zur PKV beitragsfrei mitversichern können, oder wenn ihr Krankheitsrisiko aufgrund ihres Alters oder aufgrund von Vorerkrankungen in der PKV sehr hohe Versicherungsprämien auslösen würde. Zugespitzt lässt sich sagen: Die Trennung des Krankenversicherungssystems in eine gesetzliche und in eine private Krankenversicherung hat dazu geführt, dass die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Solidargemeinschaft geworden ist, in der Bezieher überwiegend kleiner und mittlerer Einkommen wechselseitig für ihre überwiegend mittleren und großen Krankheitsrisiken eintreten.

Zweitens führt das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer wachsenden Ungleichheit in der Krankenversorgung. Vor diesem Hintergrund hat sich mittlerweile eine Zweiklassenmedizin herausgebildet. Dies betrifft zum einen den Umfang der Leistungsgewährung. Dieser ist in der privaten Krankenversicherung zumeist groß-

zügiger als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Formelle Leistungsausschlüsse, aber auch informelle Leistungsverweigerungen infolge von Budgets und Pauschalvergütungen (siehe unten) haben die Unterschiede zwischen GKV und PKV zu Lasten der GKV-Versicherten in den letzten Jahren größer werden lassen.

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung berührt nicht nur den Leistungsumfang für die jeweiligen Versichertengruppen, sondern zweitens auch die räumliche und zeitliche Verfügbarkeit gesundheitlicher Versorgung. Hierbei sind insbesondere die Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung von Bedeutung, zumal auf diesem Wege in den meisten Fällen die Erstversorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt. Bedeutsam für das Versorgungsangebot sind vor allem die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung zwischen PKV und GKV. In der ambulanten privatärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit festen Euro-Beträgen vergütet, die zudem mit einem Multiplikationsfaktor versehen werden können, der von 1,7 bis 6,3 reichen kann. In der vertragsärztlichen Versorgung unterliegt die ärztliche Vergütung hingegen Budgets bzw. Mengenbegrenzungsregelungen. Im Ergebnis liegen die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dementsprechend groß ist die Bedeutung von Privatpatienten für die Einnahmen niedergelassener Ärzte. Der durchschnittliche Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit an den gesamten Einnahmen niedergelassener Ärzte beläuft sich auf rund 22 Prozent, obwohl Privatversicherte nur gut 10 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Bei einzelnen Facharztgruppen war der entsprechende Anteil noch deutlich höher: Hautärzte erzielten aus privatärztlicher Tätigkeit rund 37 Prozent ihrer Einnahmen und Orthopäden etwa 34 Prozent.

Ärzte reagieren auf diese Vergütungsanreize auf zweierlei Weise. Zum einen bevorzugen sie Privatpatienten bei der Vergabe von Behandlungsterminen. So ergab eine 2006 vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WidO) durchgeführte repräsentative Befragung von GKV- und PKV-Versicherten, dass jeder vierte GKV-Patient (25,3 Prozent) trotz akuter Beschwerden zwei Wochen oder länger auf einen Arzttermin warten musste, unter den PKV-Patienten waren es nur 7,8 Prozent. 45,1 Prozent der Privatpatienten bekamen innerhalb eines Tages einen Termin,

bei den Kassenpatienten traf dies nur auf 31,9 Prozent zu. Dabei bewertete rund ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten die Wartezeit auf den letzten Arzttermin als zu lang. Darüber hinaus müssen Kassenpatienten auch in der Arztpraxis selbst deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen als Privatpatienten, während Privatpatienten in aller Regel am Wartezimmer vorbei direkt ins Behandlungszimmer geleitet werden.

Zum anderen ist eine verstärkte Neigung von Ärzten festzustellen, sich in Versorgungsgebieten mit einem hohen Anteil von Privatpatienten niederzulassen. Dies führt zu einer Konzentration von Ärzten in städtischen Ballungsgebieten und zu einer Vernachlässigung ländlicher Räume, da der Anteil von Privatpatienten in den Städten höher ist als auf dem Land. So ergab die erwähnte WIdO-Untersuchung denn auch, dass die Wartezeiten auf einen Arzttermin in städtischen Ballungszentren deutlich kürzer sind und von diesen kürzeren Wartezeiten wiederum Privatpatienten besonders profitieren. Traditionell ist die Arztdichte im ländlichen Raum ohnehin niedriger. Seit geraumer Zeit aber wachsen die Diskrepanzen zwischen Stadt und Land, und mittlerweile macht sich in einigen Regionen Ostdeutschlands bereits ein Ärztemangel, gerade in der hausärztlichen Versorgung, bemerkbar. Innerhalb der Ballungszentren selbst existiert ebenfalls ein starkes Gefälle in der Arztdichte zwischen wohlhabenden und ärmeren Vierteln. Das Ausmaß der innerstädtischen Segregation medizinischer Versorgung zeigt sich in gravierender Weise z.B. in den beiden größten deutschen Städten, Berlin und Hamburg.

Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass die Mitgliedschaft in der privaten Krankenversicherung für Versicherte nicht nur Vorteile mit sich bringen muss. So führt die risikoäquivalente Prämienberechnung zu einem nicht selten drastischen Prämienanstieg im Alter, der Privatversicherte erheblich belasten kann und nicht selten auch überfordert. Darüber hinaus muss eine großzügigere Leistungsgewährung nicht in jedem Fall gleichbedeutend sein mit einer qualitativ besseren Versorgung von PKV-Patienten. Denn in der großzügigeren Leistungsgewährung für privat Krankenversicherte mögen sich auch solche Interventionen verbergen, für die keine medizinische Notwendigkeit vorliegt – zumal Ärztinnen und Ärzte aufgrund der in der PKV ungedeckelten Einzel Leistungsvergütung ein großes Interesse an einer Mengenexpansion haben. Dies verweist auf einen gravierendes Defizit der PKV: Die

privaten Krankenversicherungsunternehmen verfügen über kein geeignetes Instrumentarium zur Steuerung von Preis, Menge und Qualität des medizinischen Leistungsgeschehens. Vielmehr gehört es zu den Kernelementen des PKV-Geschäftsmodells, nicht in die Arzt-Patient-Beziehungen zu intervenieren – freilich mit häufig gravierenden negativen Auswirkungen auf die Kosten und die Qualität der medizinischen Versorgung. So stiegen die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung allein in dem kurzen Zeitraum zwischen 1991 und 2003 in der PKV immerhin um 51,7 Prozentpunkte stärker als in der GKV. Auch vor diesem Hintergrund ist eine Ausweitung des PKV-Modells auf die gesamte Krankenversicherung mit Entschiedenheit abzulehnen.

8. Privatisierung von Risiken – wachsende Belastung der Patientinnen und Patienten

Seit Mitte der siebziger Jahre hat der Gesetzgeber zahlreiche Veränderungen in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen vorgenommen, die in ihrer Gesamtheit zu einer deutlichen Privatisierung der Kosten geführt haben. Dies geschah vor allem durch Leistungsausgrenzungen sowie durch die Einführung von Zuzahlungen und deren sukzessive Erhöhung. Zuletzt hat der Gesetzgeber mit dem 2003 verabschiedeten GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) Regelungen in Kraft gesetzt, die einen in der Geschichte der Bundesrepublik bisher beispiellosen Privatisierungsschub darstellen. Mit diesem Regelwerk wurde z.B. die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro sowie eine durchgängige Selbstbeteiligung eingeführt. Sie orientieren sich nunmehr an dem Richtwert von 10 Prozent der Kosten, wobei für jede einzelne Leistung mindestens 5 Euro (aber maximal der jeweilige Preis) und höchstens 10 Euro zuzuzahlen sind. Zuschüsse für Brillen wurden für Erwachsene vollständig aus dem Leistungskatalog gestrichen.

Bereits zuvor war die Finanzierung des Zahnersatzes und von Hilfsmitteln auf Festzuschüsse umgestellt worden. Bei diesen Leistungen sehen sich die Versicherten häufig zu erheblichen Zuzahlungen veranlasst. So deckt z. B. der Festzuschuss beim Zahnersatz nur einen Teil der Kosten ab. Dies führt dazu, dass Versicherte hochwertige zahnmedizinische Leistungen zunehmend nur durch höhere Eigenbeteiligung erhalten können.

Die genannten Ausschlüsse wurden damit begründet, dass die betreffenden Leistungen entweder als nicht zweckmäßig bzw. nicht

notwendig oder als versicherungsfremd anzusehen seien. Bei zahlreichen dieser Leistungen existieren allerdings oft recht breite Grauzonen (etwa bei der Messung der therapeutischen Wirksamkeit von Heilverfahren und Medikamenten oder bei der Grenzziehung zwischen medizinischer Notwendigkeit und bloßer Erhöhung der Lebensqualität). Pauschale Leistungsausschlüsse können daher für zahlreiche Versicherte ungerechtfertigte Nachteile mit sich bringen. Wiederum andere Leistungsausschlüsse (etwa der Zuschuss für Sehhilfen) erscheinen unter dem Gesichtspunkt der Notwendigkeit generell als willkürlich und ungerechtfertigt.

Gesetzliche Sozial- und Überforderungsklauseln begrenzen zwar in gewissem Maße die Höhe der individuellen Zuzahlungen. Allerdings wurden auch hier die gesetzlichen Vorschriften in den letzten Jahren zu Lasten der Versicherten verändert. Nach geltendem Recht sind Zuzahlungen für alle Versicherten auf maximal 2 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Zuzahlungshöhe von maximal 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Zudem entfiel mit dem GKV-GMG die zuvor geltende vollständige Zuzahlungsbefreiung für sozial Schwache, also solche Personen, die eine bestimmte Bruttoeinkommensgrenze unterschreiten oder die Empfänger bestimmter staatlicher Fürsorgeleistungen waren.

Zudem hat der Versicherte das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber seiner Krankenkasse durch das Einreichen der Zahlungsbelege nachzuweisen und die Zuzahlungsbefreiung zu beantragen. Sind die Voraussetzungen erfüllt, so hat die Krankenkasse dem Versicherten eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

Zuzahlungen in Höhe von maximal zwei Prozent stellen optisch zwar eine niedrige Schwelle dar, jedoch liegt der betreffende Anteil am frei verfügbaren Einkommen (also nach Abzug der Fixkosten für Miete, Strom, Grundnahrungsmittel etc.) erheblich höher, erst recht bei Beziehern niedriger Einkommen. Zudem hat der Versicherte das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber seiner Krankenkasse durch das Einreichen der Zahlungsbelege selbst nachzuweisen und die Zuzahlungsbefreiung zu beantragen. Auch dies stellt für viele Betroffene eine nicht zu unterschätzende Hürde dar, gerade für ältere Personen, bei denen die Befreiungsregelungen am häufigsten Anwen-

dung finden. Daher ist davon auszugehen, dass ein nicht geringer Anteil von Berechtigten sie gar nicht in Anspruch nimmt.

Leistungsausgrenzungen und Zuzahlungen führen dazu, dass Kranke, insbesondere chronisch Kranke, überproportional mit Kosten belastet und die das Solidarprinzip kennzeichnenden Umverteilungsmechanismen geschwächt werden. Zuzahlungen sind durch den Widerspruch zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit gekennzeichnet. Sollen sie sozialverträglich sein, dann müssen sie niedrig ausfallen, entfalten in diesem Fall aber keine Steuerungswirkung. Sollen sie eine Steuerungswirkung entfalten, so müssen sie finanziell deutlich spürbar sein, sind dann aber kaum sozialverträglich, weil sie sozial Schwächere weit stärker treffen als Besserverdienende. Analysen zur Wirkung der Praxisgebühr zeigen z. B., dass sie bei sozial Schwächeren eine weit größere Wirkung als bei Besserverdienenden entfalten.

Der Verzicht auf einen Arztbesuch mag in vielen Fällen keine negativen Folgen auf die Gesundheit haben, kann aber auch zur Verschleppung bzw. Chronifizierung von Krankheiten führen. Dabei zeigen empirische Untersuchungen, dass Patientinnen und Patienten bei spürbaren Zuzahlungen gleichermaßen auf unwirksame wie auf notwendige Leistungen verzichten, zumeist weil sie als medizinische Laien zwischen beidem nicht unterscheiden können. Die Anhebung von Zuzahlungen verstärkt also die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten auch auf notwendige Leistungen verzichten und ihnen damit gesundheitliche Schäden entstehen können. In diesem Zusammenhang könne auch höhere Folgekosten für die GKV entstehen.

Im Jahr 2009 betrug die Summe der Zuzahlungen von gesetzlich Krankenversicherten zu GKV-Leistungen nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums rd. 4,85 Mrd. Euro. Dies entsprach immerhin 3,0 Prozent der GKV-Leistungsausgaben. Dabei sind weite Teile der Eigenleistungen von Versicherten noch gar nicht enthalten. Hinzu kommen Eigenbeteiligungen für Leistungen, bei denen lediglich Festzuschüsse gewährt werden (v. a. Zahnersatz, Heilmittel), private Zahlungen für aus dem GKV-Katalog ausgegliederte Leistungen (z. B. Brillen) sowie private Zahlungen für solche GKV-Leistungen, die den Patienten – zumeist aufgrund existierender Mengengrenzungsregelungen – verweigert werden. Die Summe dieser privaten Zahlungen lässt sich nicht zuverlässig schätzen.

9. Beseitigung der paritätischen Finanzierung – Wachsende Belastung der Versichertengemeinschaft

Zu den Kernmerkmalen der gesetzlichen Krankenversicherung gehörte bis 2005 die paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge. Vor dem Hintergrund des Bestrebens, die Arbeitgeber von Ausgaben zu entlasten, nahm das GKV-GMG von diesem Grundsatz Abschied. Seitdem entrichten die Versicherten einen Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten. Beim gegenwärtigen Beitragssatz von 14,9 Prozent bedeutet dies, dass die Versicherten 7,9 Prozent, die Arbeitgeber hingegen nur 7,0 Prozent vom Bruttolohn als Beitrag entrichten.

Diese Verlagerung der Kosten von den Arbeitgebern auf die Versicherten wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 weiter fortgesetzt. Seitdem müssen die Krankenkassen, die mit den ihnen zugewiesenen Finanzmitteln nicht auskommen, einen Zusatzbeitrag erheben, der nur von den Versicherten entrichtet wird und bis zu 1 Prozent des Bruttoeinkommens betragen kann.

Wenn die Krankenkassen diesen Rahmen ausschöpften, würde sich durch die Erhebung von Sonderbeitrag und Zusatzbeitrag die Finanzierungslast zwischen Versicherten und Arbeitgebern von 50:50 (bis 2005) auf 56:44 verschieben. Rechnet man noch die angehobenen Zuzahlungen zu den GKV-Leistungen sowie die sonstigen privaten Zahlungen für GKV-Leistungen sowie für mittlerweile vollständig aus dem GKV-Katalog ausgegliederte Leistungen hinzu (s. o.), so beliefe sich die Lastenverteilung bereits auf etwa 60:40. Von einer paritätischen Finanzierung kann unter solchen Bedingungen also keine Rede mehr sein.

Zuzahlungen werden häufig mit dem Argument legitimiert, sie würden einen finanziellen Anreize für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil schaffen und den Gedanken der eigenverantwortlichen Krankheitsprävention stärken. Der vorliegende Wissensbestand über die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten spricht allerdings eindeutig gegen diese These. Denn das individuelle Gesundheitsverhalten unterliegt nicht dem Handlungskalkül, dass das Bild des sich allein wirtschaftlich rational handelnden Menschen zeichnet. Gesundheit ist in der konkreten Lebenssituation allenfalls eines unter vielen Zielen und sicherlich nicht immer das Wichtigste. Gesundheits-

schädliche Verhaltensweisen stiften für das Individuum zumeist einen unmittelbar gegenwärtigen Nutzen. Im Unterschied dazu ist das Eintreten einer Erkrankung als Folge solcher Handlungen ein lediglich mögliches Ereignis in der Zukunft. Dass Individuen – sofern keine anderen Hürden den bisherigen Lebensgewohnheiten im Wege stehen – gesundheitsschädliches Verhalten mit der vagen Aussicht auf künftige Kosteneinsparungen aufgeben, ist eine unrealistische Erwartung. Hier wird im Hinblick auf die eigene Gesundheit ein Kosten-Nutzen-Kalkül unterstellt, das in der sozialen Realität nicht existiert.

Die wachsende Belastung von Versicherten und Patienten ist unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit nicht vertretbar und beinhaltet überdies die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten. Zudem schwächt diese Umverteilung die allgemeine Kaufkraft und ist daher auch volkswirtschaftlich von erheblichem Nachteil.

10. Leistungsverweigerung im Versorgungsalltag

Seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre wurden zunehmend solche Vergütungsformen im Gesundheitswesen eingeführt, die bei den Ärzten und Krankenhäusern finanzielle Anreize zur Leistungsbegrenzung, wenn nicht Leistungsminimierung setzen. Die wichtigsten Instrumente sind Budgets und Pauschalen. Budgets definieren eine Ausgabenobergrenze (je Arzt bzw. je Krankenhaus oder auch für die jeweiligen Sektoren insgesamt) für die von den Kassen finanzierte Leistungsmenge. Sie schaffen den Anreiz, die Leistungsmenge nicht über diese Grenze hinaus auszuweiten, weil weitere Leistungen nicht vergütet werden. Pauschalentgelte sind prospektiv vereinbarte Vergütungssätze für einen bestimmten Behandlungsfall. Sie schaffen den Anreiz, den Aufwand je Behandlungsfall zu minimieren, weil sich der Gewinn des Leistungserbringers aus der Differenz von prospektiver Vergütung und Behandlungskosten ergibt.

Die Einführung derartiger Instrumente beruht auf der Erfahrung, dass Ärzte ohne feste Ausgabengrenzen dazu neigen, Diagnostik und Therapie unbegründet auszuweiten. Insofern gibt es zu ihnen wohl keine Alternative. Allerdings besteht das grundsätzliche Problem dieser Vergütungsformen darin, dass ihr Volumen nicht an einem zu ermittelnden gesundheitlichen Versorgungsbedarf, sondern an der Beitragssatzstabilität, also einer volkswirt-

schaftlichen Bestimmungsgröße ausgerichtet ist. Außerdem wirken sie gleichsam als Heckenschnitt und sind nicht mit adäquaten Instrumenten der Feinststeuerung kombiniert. Daher können sie – selbst wenn das Gesamtvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass zielgenau die überflüssigen Leistungen erschlossen werden. Ebenso wie Patienten mit hohen Zuzahlungen verzichten auch Ärzte, deren monetäres Interesse auf eine Mengengrenzung gerichtet ist, nicht nur auf solche Leistungen, die mit guten Gründen als überflüssig gelten können.

Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass der Einsatz dieser Instrumente zu Leistungsverweigerungen im Versorgungsalltag führt. So gaben bei einer Befragung von Versicherten einer großen Ersatzkasse 27,4 Prozent der antwortenden Befragten an, dass ihnen im vorausgegangenem Quartal in der ambulanten Behandlung eine Leistung vorenthalten worden sei. Bei mehr als der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen. Auch andere Untersuchungen stützen diese Befunde. Laut einer Infratest-Erhebung machten 35 Prozent der Befragten Erfahrungen mit Leistungsverweigerungen oder -einschränkungen; dem Allensbacher Institut für Demoskopie zufolge mussten 24 Prozent der Gesamtbevölkerung bereits erleben, dass ihnen wegen überschrittener Budgets ein Medikament oder eine Behandlung verweigert wurde. Die Verweigerung von Leistungen ist vor allem bei Arzneimittelverordnungen zu beobachten, aber auch bei von Ärzten selbst durchgeführten Behandlungen. In der stationären Versorgung führten die neuen Pauschalentgelte zu einer verstärkten Ausrichtung von Ärzten und Krankenhausleitungen an ökonomischen Nutzenerwägungen. Dies äußert sich u. a. in der frühzeitigen Entlassung von Patienten, in der Weigerung, Patienten aufzunehmen, und in der Verschiebung von Operationen. Es ist vor allem die Verknüpfung von ärztlichem Definitivmonopol und Informationsasymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung, die es den Ärzten erleichtert, derartige Leistungsverweigerungen durchzusetzen, denn unter diesen Bedingungen ist die Vorenthaltung von Leistungen vergleichsweise leicht zu begründen, ja bisweilen als solche gar nicht zu erkennen.

Da diese Vergütungsformen in der ambulanten Versorgung nur für den Bereich der GKV, nicht aber für die PKV gelten, betreffen etwaige Leistungsverweigerungen auch nur gesetzlich Krankenversicherte. Insofern verstärkt die Existenz solcher Instrumente die soziale

Ungleichheit zwischen beiden Gruppen in der gesundheitlichen Versorgung. Unklar ist allerdings, ob innerhalb der GKV Personen mit geringem Einkommen stärker von derartigen Leistungsverweigerungen betroffen sind. Zwar ist die Annahme plausibel, dass im Versorgungsalltag Leistungen vor allem sozial Schwachen und Personen mit geringem Bildungsniveau vorenthalten werden, weil sie in der Regel über geringere Ressourcen verfügen, um ihre Bedürfnisse in den Institutionen des Gesundheitswesens wirkungsvoll zu artikulieren und durchzusetzen. Aber für eine Verifizierung dieser Vermutung fehlt es zurzeit an validen Daten.

11. Wahltarife – Entsolidarisierung in der Versichertengemeinschaft

In der Vergangenheit hat der Gesetzgeber den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, den Versicherten so genannte Wahltarife anzubieten. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) kann nun allen Versicherten, nicht mehr nur den freiwillig Versicherten ein solches Angebot unterbreitet werden. Dabei handelt es sich um solche Tarife, die die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. die Übernahme von Teilkosten durch die Versicherten durch eine entsprechende Prämienzahlung belohnen (Selbstbehalttarife, Beitragsrückerstattungstarife).

Derartige Wahltarife werden häufig mit dem Argument legitimiert, sie würden einen finanziellen Anreiz schaffen, nur wirklich notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen, und sie könnten freiwillig Versicherte veranlassen, sich für die GKV zu entscheiden.

Tatsächlich aber werden die Wahltarife der GKV vor allem Beitragsmittel entziehen. Auch die gesetzliche Vorschrift, dass diese Tarife aufkommensneutral sein müssen, wird dies nicht verhindern. Denn die Erfahrungen anderer Länder mit derartigen Tarifen zeigen, dass sich in erster Linie »gute Risiken«, also solche Personen, die gesund sind und nur ein geringes Erkrankungsrisiko haben, also ohnehin keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen würden, für diese monetären Wahltarife entscheiden. Derartige Regelungen sind nur für überdurchschnittlich gesunde Versicherte mit einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen attraktiv. Daher entstehen durch Wahltarife primär so genannte »Mitnahmeeffekte«. Die Prämienzahlungen für diese Versicherten müssen durch erhöhte Zahlungen der Pflichtversicherten kompensiert werden. Weil die

neuen Tarife primär Mitnahmeeffekte auslösen werden, dürfte auch die Hoffnung, mit ihnen unnötige Leistungen verhindern zu können (»moral hazard«), kaum in Erfüllung gehen.

Schließlich fördern monetäre Wahltarife die Risikoselektion als Wettbewerbsstrategie von Krankenkassen, weil diese junge, gesunde und wohlhabende Versicherte als Zielgruppe auserkoren haben. Verstärkt durch die Risikoselektion stärken die monetäre Wahltarife die Ideologie des rational kalkulierenden und seinen Nutzen maximierenden Versicherten. Diese egoistisch-rationale Handlungsorientierung widerspricht jedoch dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einführung von Wahlтарifen ist für die GKV von großer ordnungspolitischer Tragweite. Wahlтарifen führen Prinzipien der privaten Krankenversicherung in die GKV ein, weil sie auf eine risikoäquivalente Differenzierung von GKV-Beiträgen hinauslaufen. Sie schwächen damit den Solidarausgleich innerhalb der GKV und fördern darüber hinaus die Entsolidarisierung innerhalb der Versichertengemeinschaft. Ein tragender Pfeiler der Solidararchitektur wird damit in Frage gestellt. Die mit der Trennung in gesetzlich und privat Versicherte verbundene Ungleichbehandlung wird auf diese Weise durch eine Ungleichbehandlung von Versicherten innerhalb der GKV reproduziert. Zudem ist überaus fraglich, ob auf diesem Wege die Abwanderung in die PKV wirksam vermindert werden kann. Nach wie vor ist für junge, gesunde, allein stehende und gut verdienende Versicherte die PKV die attraktivere Option, allerdings nur kurz- und mittelfristig. Freilich verweigert die PKV mit ihrer risiko- (und nicht einkommens-)bezogenen Prämienberechnung einem Teil ihrer Mitglieder die Solidarität, die für die GKV prägend ist. So werden Personen mit Vorerkrankungen sowie ältere Personen mit Versicherungsprämien belegt, die sie in vielen Fällen überfordern, insbesondere wenn die Einkommen niedrig sind oder (wie nicht selten bei Selbständigen) starken Schwankungen unterliegen.

12. Schief lagen durch den Gesundheitsfonds

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 wurde die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine neue institutionelle Grundlage gestellt. Der Gesundheitsfonds stellte einen Kompromiss zwischen den Parteien der großen Koalition dar: Die Entscheidung darüber, ob das

Finanzierungssystem in Richtung auf eine Kopfpauschale oder eine Bürgerversicherung weiterentwickelt wird, musste aufgeschoben werden. Zugleich sollten institutionelle Voraussetzungen geschaffen werden, zu einem späteren Zeitpunkt in einer neuen Regierungskonstellation rasch in die gewünschte Richtung gehen zu können.

Der Gesundheitsfonds wird aus Beiträgen der Arbeitgeber und der Versicherten sowie aus Steuermitteln gespeist. Die Beiträge werden wie zuvor aufgebracht. 0,9 Prozentpunkte tragen ausschließlich die Versicherten (s.o.), die verbleibenden Beitragssatzpunkte werden paritätisch von Arbeitgebern und Versicherten aufgebracht. Dabei fließen die Beiträge nicht mehr direkt an die einzelnen Krankenkassen, sondern in einen gemeinsamen Topf. Der Beitragssatz wird künftig nicht mehr von der einzelnen Krankenkasse festgelegt, sondern für alle Kassen einheitlich von der Bundesregierung. Die Beitragseinnahmen dieses Gesundheitsfonds werden durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss ergänzt. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds einen festen Betrag je Versichertem und einen Risiko-Zuschlag, für dessen Höhe Alter und Geschlecht der Versicherten sowie – das ist neu – bestimmte Krankheitsmerkmale maßgeblich sind (»morbidityorientierter Risikostrukturausgleich« – Morbi-RSA).

Kann eine Krankenkasse ihre Ausgaben mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht mehr decken, muss sie entweder die kassenspezifischen Leistungen kürzen oder einen Zusatzbeitrag erheben, der allein von den Versicherten – und nicht vom Arbeitgeber – aufgebracht wird. Der Zusatzbeitrag kann pauschal oder prozentual zum Einkommen erhoben werden und soll maximal 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht überschreiten. Allerdings wird eine Einkommensprüfung erst ab einem monatlichen Zusatzbeitrag von mehr als acht Euro vorgenommen. Wer weniger als 800 Euro verdient, kann also durchaus mit mehr als einem Prozent seines Einkommens belastet werden. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einführt oder anhebt, steht dem Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zu, auf das ihn die Kasse hinweisen muss. In diesem Fall kann der Versicherte die Krankenkasse sofort wechseln.

Der Beitragssatz sollte zum Start des Gesundheitsfonds so festgelegt werden, dass der Gesundheitsfonds die Ausgaben der GKV zu 100 Prozent deckt. Wenn die Ausgaben einer Krankenkasse danach die Einnahmen

übersteigen, müssen die Krankenkassen das Defizit zunächst durch die Einführung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die Versicherten decken. Die Summe aller Zusatzbeiträge kann auf bis zu fünf Prozent der GKV-Gesamtausgaben steigen – der Deckungsgrad durch den Gesundheitsfonds also auf 95 Prozent sinken. Erst wenn dieser Wert (5 Prozent der Gesamtausgaben) überschritten wird, ist eine Anhebung des gemeinsam von Versicherten und Arbeitgebern finanzierten Beitragssatzes vorgesehen. Zudem muss eine solche Anhebung nach gegenwärtigem Recht erst dann erfolgen, wenn die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge den Schwellenwert von 5 Prozent zwei Jahre lang (!) überschritten hat. Bis auf Weiteres werden künftige Defizite der Krankenkassen, sofern sie nicht durch einen erhöhten Bundeszuschuss gedeckt werden, also allein den Versicherten aufgebürdet – entweder durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags oder durch die Streichung kassenspezifischer Leistungen. Dies bedeutet zugleich, dass der Arbeitgeberbeitrag zur GKV bis auf Weiteres de facto eingefroren wird. Eine Orientierung am Solidarprinzip würde es demgegenüber erfordern, dass der Zusatzbeitrag abgeschafft wird und sich der Gesundheitsfonds zu 100 Prozent aus paritätisch finanzierten Beiträgen und Steuermitteln finanziert.

Der Gesundheitsfonds stellt zwar einen neuen organisatorisch-institutionellen Rahmen für die GKV-Finanzierung dar, nimmt aber, sieht man einmal vom steuerfinanzierten Bundeszuschuss ab, keine grundlegenden Veränderungen am bisherigen Finanzierungsmodus vor. Er trägt somit nichts zur Lösung der Finanzierungsprobleme in der GKV bei: Weder stellt er die Finanzierung der GKV auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage, noch beseitigt er die Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der Einführung eines Zusatzbeitrags verlagert er stattdessen die Finanzierungslasten weiter auf die Schultern der Versicherten und verstärkt auf diese Weise die soziale Schieflage bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwar stellt die Einführung von Elementen eines Morbi-RSA einen wichtigen Fortschritt dar; dessen Konstruktion bleibt allerdings unzureichend, und auch nach seiner Einführung werden starke Anreize zur Risiko-selektion fortbestehen. Die Konstruktion des Zusatzbeitrags und die nur partielle Berücksichtigung der Morbidität bei der Finanzmittelzuweisung stellen eine strukturelle Benachteiligung der Krankenkassen mit einem hohen Anteil an einkommensschwachen und chronisch kranken Mitgliedern dar.

III. Die Pläne der Bundesregierung in der Gesundheitspolitik

13. Kopfpauschale – Paradigmenwechsel in der Finanzierung

Ende Oktober 2009 legten CDU, CSU und FDP ihren Koalitionsvertrag vor, der auch die Ziele für die Gesundheitspolitik in der 17. Legislaturperiode darlegt. Die einschlägigen 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. Die wohl einschneidendste Reformabsicht von Union und FDP bezieht sich auf die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Grundsätzlich will die neue Bundesregierung laut Koalitionsvertrag »eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten« erreichen. Zu diesem Zweck will sie das gegenwärtige einkommensabhängige Beitragssystem auf einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, also eine Kopfpauschale, umstellen. Zugleich soll der Arbeitgeberbeitrag – nunmehr explizit – eingefroren werden. Einer im März gebildeten Regierungskommission obliegt es, Näheres festzulegen.

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. Langfristig dürfte dies in eine vollständige Umstellung der Finanzierung auf das Kapitaldeckungsprinzip münden. Das Hauptziel auch dieses Vorhabens ist es, die Arbeitgeber von den Versicherungsbeiträgen zu entlasten.

Jenseits dieser Reformpläne enthält der Koalitionsvertrag deutliche Hinweise auf noch weitergehende Schritte zur Privatisierung von Krankheitsrisiken, die den individuellen Versicherungsumfang und die individuell zustehenden Leistungen der Versicherten betreffen. So wollen sich die Regierungsparteien an einer Angemessenheit 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 Wahl-

möglichkeiten für Patienten und Versicherte zu schaffen. Die in einigen Versorgungsbereichen (beispielsweise Zahnersatz und Arzneimittelversorgung) mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Zuzahlungen gemachten Erfahrungen bewerten sie überwiegend positiv und wollen prüfen, ob diese Finanzierungsformen auch auf andere Bereiche übertragen werden können. Hier deutet sich eine weitere Privatisierung der Behandlungskosten an. Darüberhinaus soll der Wettbewerb als »ordnendes Prinzip« wirken und »auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite« die Qualität und Effizienz der Versorgung erhöhen. Dabei haben bisherige Erfahrungen gezeigt, dass die Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen in die GKV dazu beigetragen hat, Patienteninteressen hinter wirtschaftliche Interessen zurücktreten zu lassen – z. B. wenn Krankenkassen sich um eine Selektion »guter Risiken« – also Versicherter mit hohem Einkommen und geringem Erkrankungsrisiko – bemühen oder Krankenhäuser niedergelassenen Ärzten Prämien für die Einweisung von Patienten zahlen.

14. Wirkungen einer Kopfpauschale

Die Einführung einer Kopfpauschale würde eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen Finanzierungsmodus in der GKV bedeuten. Zum einen würde das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags die voraussichtlich weiter ansteigenden GKV-Ausgaben einseitig den Versicherten aufbürden; zum anderen würde eine Kopfpauschale innerhalb der Versicherten-gemeinschaft vor allem Bezieher unterer und mittlerer Einkommen zugunsten Besserverdienender belasten, denn sie beansprucht bei jenen Gruppen einen überdurchschnittlich hohen Teil des Haushaltseinkommens und wird sehr viele Versicherte finanziell schlicht überfordern.

In der Darstellung der Bunderegierung erscheinen diese Pläne als recht harmlos. Bezieher niedriger Einkommen sollen einen steuerfinanzierten Zuschuss erhalten, weil sie allein nicht in der Lage wären, die Kopfpauschale zu bezahlen. Der Sozialausgleich würde damit lediglich aus der Krankenversicherung in das Steuersystem verlagert, wo er im Übrigen viel besser aufgehoben sei als in der Krankenversicherung. 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 solle also auf den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken – alle Versicherten zahlen einen gleich hohen Beitrag – beschränkt werden.

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 der Frage, wer in welcher Höhe einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss erhält. Je nach Finanzierungsmodell würde ein Subventionsbedarf in Höhe von 20 bis 40 Mrd. Euro entstehen. Zugleich haben sich die Regierungsparteien bereits auf umfangreiche Steuerentlastungen 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. Auch wenn der tatsächliche Steuerzuschuss am oberen Ende der gegenwärtigen Schätzungen angesiedelt werden sollte, wird er sich maximal auf rund ein Viertel der GKV-Gesamtausgaben (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 die der Besserverdienenden.

Zudem entstünden mit einer Kopfpauschale neue Gerechtigkeitslücken. Verlierer dieses Finanzierungsmodells würden nicht nur Geringverdiener, sondern auch Bezieher mittlerer Einkommen sein, insbesondere jene Gruppen, deren Einkommen geringfügig oberhalb der Subventionsgrenze liegt. Dies zeigen u. a. die Erfahrungen in der Schweiz, dem einzigen Land in Europa, in dem die Krankenversicherung ausschließlich durch eine Kopfpauschale finanziert wird. 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 Kopfpau-

schale 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.

15. Ausweitung der Steuerfinanzierung

Die Pläne der Bundesregierung laufen darauf hinaus, den Steueranteil an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung weiter auszubauen. Eine Erhöhung des Bundeszuschusses ist abzulehnen, sofern er zur sozialen Abfederung eines Kopfpauschalensystems eingesetzt wird, denn in diesem Fall ist er lediglich Instrument zu einer sozialen Umverteilung zu Lasten niedriger und mittlerer Einkommen (siehe oben).

Hingegen ist eine Erhöhung des Bundeszuschusses im Grundsatz zu befürworten, sofern er dazu dient, gesamtgesellschaftliche Aufgaben in der Krankenversorgung zu finanzieren. Dazu gehören z. B. die Versorgung bei Schwangerschaft, die Krankenversorgung für Kinder und Jugendliche oder auch Aufgaben der Prävention. Darin käme zum Ausdruck, dass die gesundheitliche Versorgung einer öffentlichen Verantwortung unterliegt.

Allerdings setzt eine Ausweitung des Steueranteils bei der GKV-Finanzierung auch eine sozial gerechte Steuerpolitik voraus. Ist dies nicht gewährleistet, kann eine Steuerfinanzierung auch eine soziale Umverteilung von unten nach oben mit sich bringen. Darüber hinaus sind die Steuermittel apriori nicht eindeutig einem bestimmten Verwendungszweck zuzuordnen. In welcher Höhe Finanzmittel dann tatsächlich der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen werden, hängt ab von den politischen Prioritäten der jeweiligen Regierungen, deren Entscheidungen durchaus auch zum Nachteil für die GKV und die Versicherten ausfallen mögen.

16. Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Die gesetzliche Krankenversicherung wird immer häufiger nicht mehr nur in ihrer Funktion für die soziale Sicherung wahrgenommen, sondern als Teil der Wirtschaftsbranche

»Gesundheitswesen«, die exzellente Wachstums-, Beschäftigungs- und Anlagepotentiale bietet. Diese Tendenz wird auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung, aber auch bei anderen Akteuren deutlich sichtbar.

Diese Umdefinition ihrer Funktionen bringt für den sozialen Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung eine Reihe von Gefahren mit sich. Zum einen wird seit den neunziger Jahren verstärkt versucht, mit Hilfe von Wettbewerb und finanziellen Anreizen das Handeln von Krankenkassen und Leistungserbringern zu steuern. Wichtige Instrumente sind der Kassenwettbewerb, hervorgerufen durch die freie Kassenwahl der Versicherten, und zunehmend auch eine Konkurrenz unter den Leistungsanbietern, hervorgerufen durch erweiterte Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen.

Allerdings sind die vermeintlichen Segnungen dieser Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen bisher nicht 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 recht schnell nach dem Inkrafttreten der freien Kassenwahl 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 Fehlreize des Wettbewerbs und finanzieller Anreize zurück und sind keineswegs nur Ausdruck individuellen Fehlverhaltens.

Zum anderen bedeutet der Perspektivenwechsel auf die gesetzliche Krankenversicherung, dass sie nicht mehr nur als »Kostenfaktor«, sondern als »Wachstumsmarkt« gesehen wird. Wenn aber das Wachstum des Gesundheitsmarktes durch eine erhöhte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stimuliert und zugleich eine Erhöhung der Lohnnebenkosten vermieden werden soll, so ist dies nur bei einer durchgreifenden Privatisierung der Kosten für Gesundheitsleistungen realisierbar. Genau in diese

Richtung deuten denn auch die Vorhaben der Bundesregierung und die Vorstellungen von Arbeitgeberverbänden.

17. Senkung der Lohnnebenkosten als Mythos

Zu den wichtigsten Zielen der Gesundheitspolitik gehört seit vielen Jahren die Senkung oder Begrenzung der so genannten Lohnnebenkosten, also des Arbeitgeberanteils an den Sozialversicherungsbeiträgen. Auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist dies von herausragender Bedeutung. Die Senkung der Lohnnebenkosten hat sich in den Vergangenheit zu einem Mythos verselbständigt, der auch zu einem wichtigen Leitmotiv der Gesundheitspolitik geworden ist. Ein Blick auf die Realitäten aber zeigt, dass das Argument, eine Entkopplung der Krankenausgaben von den Lohnkosten sei zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit des Standorts Deutschland erforderlich, jeder Grundlage entbehrt.

Bereits der Begriff der Lohnnebenkosten trägt einen ideologischen Charakter, weil er unterstellt, dass die darunter fallenden Kosten eine Art Luxus seien, den der Arbeitgeber zusätzlich zum eigentlichen Lohn (Arbeitnehmer-Brutto) zahle. Demgegenüber ist festzuhalten, dass der Arbeitgeberanteil an den Sozialversicherungsbeiträgen ein Lohnbestandteil ist und im Übrigen in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung auch so behandelt wird. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind auf diesen Lohnbestandteil angewiesen, um auch in Zeiten der Nichterwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt zu bestreiten und sich für Risikofälle des Lebens zu wappnen.

Arbeitgeber beklagen seit Jahrzehnten, dass vermeintlich zu hohe Lohnnebenkosten die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft schwäche und zu einem Arbeitsplatzverlust am heimischen Standort führe. Trotz dieser Klagen ist Deutschland seit langer Zeit Jahr für Jahr die erfolgreichste Exportnation in der Weltwirtschaft. Für den deutschen Exporterfolg sind primär die Qualität und den innovativen Charakter der Produkte ausschlaggebend. Gleichzeitig profitieren die Unternehmen selbst von einem hochwertigen Krankenversorgungssystem, weil es dazu beiträgt, die Arbeitsfähigkeit erkrankter Personen schnell wiederherzustellen.

Schließlich haben die Krankenversicherungsbeiträge selbst nur einen extrem geringen Einfluss auf die Lohnnebenkosten. Dies mag eine Beispielrechnung verdeutlichen. Gehen

wir davon aus, dass es im Jahr 2010 gelingen könnte, den GKV-Beitragssatz um 1 Prozentpunkt, also von 14,9 auf 13,9 Prozent zu senken. In diesem Fall würden sich bei einem Bruttostundenlohn von 20 Euro (Arbeitnehmer-Brutto) die Lohnkosten für den Arbeitgeber (Arbeitgeber-Brutto) lediglich von 24,13 Euro auf 24,03 Euro reduzieren (eigene Berechnungen). Dies entspricht einer Kostensenkung um 0,4 Prozent. Ein spürbarer Arbeitsplatzeffekt lässt sich auf diese Weise nicht erzielen. Dabei sei noch betont, dass die Senkung des GKV Beitragssatzes von 14,9 auf 13,9 Prozent ein extrem unrealistisches Szenario ist, weil es – bei sonst gleichen Umständen – gleichbedeutend wäre mit einer Senkung der GKV-Ausgaben um 6,7 Prozent. Aber selbst bei einem derart unwahrscheinlichen Fall wäre der Kosteneffekt für die Arbeitgeber, wie gezeigt, außerordentlich gering. Gerade angesichts der Geringfügigkeit dieses Effekts ließen sich die tiefen Einschnitte in die gesetzliche Krankenversicherung, die in diesem Fall erforderlich wären, wohl kaum rechtfertigen.

IV. Probleme und Herausforderungen

18. Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesundheitsreformen werden im Allgemeinen mit einer vermeintlichen Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet. Der Blick auf die Entwicklung der Beitragssätze zeigt zunächst einen deutlichen Anstieg seit den siebziger Jahren. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz stieg von 8,2 Prozent im Jahr 1970 über 10,5 Prozent 1975 auf 13,2 Prozent (1995) und schließlich 14,9 (2010). Für 2010 ist zudem noch zu berücksichtigen, dass Steuerzuschüsse im Umfang von 15,7 Mrd. Euro, etwa 9 Prozent der GKV-Ausgaben, den Kassen zufließen. Ohne diesen Bundeszuschuss läge der Beitragssatz heute über 16 Prozent.

Scheinen diese Zahlen den Eindruck einer »Kostenexplosion« zu stützen, so stellt sich die Ausgabenentwicklung bei näherer Betrachtung jedoch durchaus undramatisch dar. Denn für die Einordnung und Bewertung der Ausgabenentwicklung ist nicht die Höhe des Beitragssatzes, sondern der Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung, also dem Wert der produzierten Waren und Dienstleistungen eines Jahres (Bruttoinlandsprodukt), entscheidend. Der Blick auf die Entwicklung dieses Indikators seit 1970 zeigt, dass lediglich zwischen 1970 und 1975 absolut und real ein steiler Anstieg der GKV-Ausgaben zu beobachten war. Dies war in erster Linie eine Folge der skizzier-

ten Ausweitungen von Leistungskatalog und Versichertenkreis. Seit 1975 verläuft die Ausgabenentwicklung der GKV weitgehend synchron zum gesamtwirtschaftlichen Wachstum. In den alten Bundesländern (und seit 1990 in Gesamtdeutschland) liegt der Anteil der GKV-Ausgaben seitdem relativ konstant bei gut 6 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Im Jahr 2008 betrug dieser Anteil 6,45 Prozent, zehn Jahre zuvor waren es 6,61 Prozent gewesen, im Jahr 1975 5,94 Prozent.

Dabei ist zwar zu berücksichtigen, dass in diesem Zeitraum die Zuzahlungen kräftig erhöht und Leistungen aus dem GKV-Katalog ausgegliedert worden sind. Allerdings ist der Sachverhalt eines im Wesentlichen konstant bleibenden Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt insofern überaus bemerkenswert, als die GKV die Lasten der deutschen Einigung auf dem Gebiet der Krankenversicherung gleichsam allein tragen musste. Zudem weisen alle wohlhabenden Gesellschaften einen überproportionalen Anstieg ihrer Ausgaben für Gesundheit auf.

Ungeachtet dessen gibt es auch in der GKV in beträchtlichem Umfang vermeidbare Ausgaben. Diese vermeidbaren Ausgaben sind nicht Ausdruck eines zu großzügigen Leistungskatalogs oder überbordender Ansprüche der Versicherten, sondern Folge struktureller Fehlentwicklungen, insbesondere bei den Versorgungsstrukturen (s.u.). Im Kern geht es darum, dass sich mit den eingesetzten Finanzmitteln eine bessere gesundheitliche Versorgung erreichen lässt. Die vorhandenen Rationalisierungspotentiale zu erschließen (s.u.) gehört zu den Kernaufgaben bei der Anpassung der GKV an neue Rahmenbedingungen.

Die GKV-Ausgabenentwicklung spielt in der gesundheitspolitischen Debatte nicht nur mit Blick auf die Vergangenheit, sondern auch mit Blick auf die Zukunft eine zentrale Rolle. Denn die Notwendigkeit einer Entlastung der Arbeitgeber im allgemeinen und einer Umstellung der GKV-Finanzierung auf eine Kopfpauschale im Besonderen wird häufig mit dem Hinweis auf vermeintlich dramatische Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Ausgabenentwicklung in der GKV legitimiert.

Bei näherer Betrachtung wird jedoch der ideologische Charakter dieses Legitimationsmusters deutlich. Zwar ist es zutreffend, dass mit zunehmendem Lebensalter auch die durchschnittlichen Ausgaben für die Krankenversorgung steigen. Jedoch hat dieser Anstieg primär mit der Nähe zum Tod zu tun: Der bei weitem

größte Teil der Krankenversorgungskosten, rund die Hälfte der Kosten für einen Versicherten, entstehen in den letzten beiden Lebensjahren. Die Verlängerung der Lebenserwartung ist nicht zwangsläufig mit einer Zunahme der durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit geprägten Lebensjahre verbunden: Im Gegenteil: Es ist möglich, den Eintritt von (ausgabenintensiven) chronischen Erkrankungen, von damit verbundener Pflegebedürftigkeit und Behinderung zeitlich hinauszuschieben. Die Grundlagen dafür können am besten durch eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung gelegt werden. Sie müsste vor allem das Ziel verfolgen, die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, denn es sind gerade die sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen, bei denen bereits in mittleren Lebensjahren chronische Erkrankungen vermehrt auftreten, die nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verschlechtern, sondern vermeidbare Ausgaben hervorrufen. Der demographische Wandel erfordert also keineswegs eine Umstellung des Systems der GKV-Finanzierung, sondern eine intensiviertere und zielgerichtete Präventionspolitik.

19. Einnahmeentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Wenn trotz eines im Wesentlichen konstanten Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich gestiegen sind, so ist dies in erster Linie auf Veränderungen auf der Einnahmeseite zurückzuführen.

Die Lohnquote, also der Anteil der Einkommen aus abhängiger Arbeit am Volkseinkommen, ist seit rund dreißig Jahren im Wesentlichen stark rückläufig. Sie erreichte 1982 mit 76,9 Prozent ihren Spitzenwert und ging bis 2008 auf 65,2 Prozent zurück. Dies ist Ergebnis eines im Vergleich zum Volkseinkommen und Bruttoinlandsprodukt geringeren Anstiegs der Löhne und Gehälter sowie der stark gestiegenen Arbeitslosenzahlen. Mit dem Rückgang der Lohnquote ist auch die Entwicklung der Grundlohnsumme, also derjenigen Einkommen, von denen die Beiträge für die GKV erhoben werden, deutlich hinter dem Wirtschaftswachstum zurückgeblieben. Dies gilt allerdings nicht für den Behandlungsbedarf der Versicherten und damit für die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen, denn diese ist weitgehend unabhängig von der Entwicklung der Kaufkraft. Wenn ein konstanter oder steigender Behandlungsbedarf und entsprechend steigenden Kosten aber aus

einem relativ gesunkenen Lohnvolumen finanziert werden muss, steigen zwangsläufig die Beitragssätze.

Des Weiteren hat der Staat in der Vergangenheit selbst zum Anstieg der Beitragssätze beigetragen, indem er die gesetzliche Krankenversicherung wiederholt als »Verschiebebahnhof« zwischen den Sozialversicherungsträgern missbraucht hat. Dabei hat er Überweisungen aus der Renten- und der Arbeitslosenversicherung an die GKV zu reduziert oder zu gering angesetzt, um den für die Rentenversicherungsträger und die Bundesanstalt für Arbeit zu zahlenden Bundeszuschuss und damit die Höhe der Staatsverschuldung zu begrenzen. Die GKV und damit der Beitragszahler mussten und müssen für die entstehenden Fehlbeträge einspringen. Beispiele für diese Praxis sind die Absenkung des GKV-Beitragssatzes für die Krankenversicherung der Rentner (1977), die Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe von 100 auf 80 Prozent des Gehalts (1995) sowie die Festlegung der Pauschale für die Bezieher von ALG II auf einen – die Kosten bei weitem nicht deckenden – Betrag von lediglich 125 Euro pro Kopf und Monat (2005).

Die Beitragssatzentwicklung ist also primär auf eine Einnahmeschwäche und weniger auf ein Ausgabenproblem der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen.

20. Beseitigung von Gerechtigkeitsdefiziten

Zu den wichtigen Herausforderungen für die zukünftige Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Beseitigung der Gerechtigkeitsdefizite, die teilweise im GKV-System strukturell verankert sind, teilweise durch politische Entscheidungen in der jüngeren Vergangenheit verstärkt worden sind (siehe bes. Teil II und Teil V). Hier sind vor allem zu nennen die Folgen des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, aber auch die Folgen der Kostenverlagerung auf Versicherte und Patienten. Zu den Gerechtigkeitsdefiziten zählt auch die Beschränkung der Beitragsbemessung auf die Bruttoarbeitslohn.

21. Stärkung der Prävention

Die Stärkung der Prävention zählt zu den wichtigsten gesellschaftspolitischen Aufgaben. Diese Herausforderung ergibt sich aus dem zu erwartenden Zugewinn an Lebensqualität für viele Menschen. Von besonderer Bedeutung ist

dabei die Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen, denn chronische Erkrankungen treten bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen insbesondere im mittleren Lebensalter überdurchschnittlich häufig auf. Eine Verringerung dieser Kluft ist gesellschaftspolitisch wünschenswert und notwendig.

Damit kann eine Vermeidung vorzeitiger Erkrankungen auch zu einer Vermeidung vorzeitiger Kosten für die Krankenversorgung führen. Ob eine verbesserte Krankheitsvermeidung langfristig (also mit Blick auf den Gesamtverlauf eines Lebens) auch Kosten sparen hilft, lässt sich aus heutiger Sicht nicht mit Sicherheit sagen. Zwar ließen sich die Aufwendungen für die Behandlung vorzeitig auftretender Krankheiten verringern, aber sie müssten mit den Mehrausgaben für die Behandlung anderer Krankheiten, die im Verlauf des (verlängerten) Lebens auftreten können, saldiert werden.

Bei der Ausrichtung verstärkter Präventionsanstrengungen ist insbesondere die ausgeprägte soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen ins Zentrum zu rücken. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, zum Beispiel ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, begrenzt bzw. eröffnet nach wie vor in häufig entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben mit wenigen gesundheitlichen Einschränkungen. Das – an diesen drei Indikatoren gemessen – unterste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trägt im Durchschnitt ein ungefähr doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken oder zu sterben wie das oberste Fünftel. Insbesondere in den mittleren Lebensjahren klappt die Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeit außerordentlich stark auseinander.

Daher sollten sich die Präventionsanstrengungen primär auf eine Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen richten. Dies gilt sowohl für die Primär- als auch für die Sekundärprävention. Dabei ist zu betonen, dass es sich bei der Primärprävention im Kern um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, bei deren Wahrnehmung dem Gesetzgeber eine herausragende Rolle zukommt. Krankenkassen werden auf diesem Feld stets nur eine ergänzende Funktion wahrnehmen können. Bei der Ausrichtung der Primärprävention ist der zu beobachtenden einseitigen Ausrichtung auf die Verhaltensprävention entgegen- und auf eine bessere Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention, von Kontextsteuerung und Empowerment hinzuwirken. Gerade der Bekämpfung von Armut sowie der Verringe-

rung von Arbeitsbelastungen und der Schaffung von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen kommt als Handlungsfeld der Prävention eine besondere Bedeutung zu. Hier haben neben dem Staat auch die Arbeitgeber eine besonders große Verantwortung.

V. Alternativen

22. Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch eine Reihe von Gerechtigkeitslücken gekennzeichnet. Zwei Aspekte stehen dabei im Vordergrund. Erstens gestattet es die Existenz einer privaten Krankenversicherung Besserverdienenden sowie bestimmten Statusgruppen (Beamten, Selbständigen), sich dem Solidarausgleich zu entziehen, obwohl sie zum einen im Durchschnitt über höhere Einkommen verfügen und zum anderen auch noch ein durchschnittlich deutlich geringeres Krankheitsrisiko als GKV-Versicherte aufweisen. Zudem werden Privatpatienten bei der Behandlung von Ärzten gegenüber Kassenpatienten bevorzugt (siehe oben). Zweitens werden bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge nur die Arbeitseinkommen, nicht aber andere Einkunftsarten wie Kapital-, Zins- und Mieteinkünfte herangezogen. Die Nichtberücksichtigung dieser Einkunftsarten führt zu nicht vertretbaren Belastungsverzerrungen.

Daher ist das gegenwärtige Krankenversicherungssystem durch eine solidarische Bürgerversicherung zu ersetzen. In diesem einheitlichen Versicherungssystem sind alle Bürgerinnen und Bürger auf der Basis eines umfassenden Leistungskatalogs zu einheitlichen Konditionen gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Die Versicherungspflichtgrenze und damit die Entsolidarisierungs-Option für Besserverdienende sollten ebenso entfallen wie die Sonderzugangsrechte für Beamte und Selbständige. In der PKV würden nur noch diejenigen Personen versichert sein, die zuvor bereits dort versichert waren und dort auch verbleiben wollen. In der Perspektive würde das Modell einer privaten Krankenvollversicherung also auslaufen. Die Finanzierung der Krankenversicherung hat sich nach dem Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu richten. Daher sind bei der Beitragsbemessung neben den Einkünften aus abhängiger Arbeit künftig auch andere Einkunftsarten (v. a. Zins- und Kapitaleinkünfte, aber auch z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung) zu berücksichtigen. Dabei sind für kleinere Einkünfte bestimmte Freibeträge vorzusehen. Auf diese Weise lässt sich die Zusatzbelastung für diese Gruppen begrenzen

und zudem die Akzeptanz für ein solches Modell erhöhen. Zugleich sollte die Einbeziehung weiterer Einkommensarten so gestaltet werden, dass sich der Beitragsanteil der Versicherten nicht beständig weiter zu Lasten der Versicherten erhöht.

Die Einführung einer Bürgerversicherung wird ein mittel- und längerfristiger Prozess sein. Auf diesem Weg sind unterschiedliche Reformschritte denkbar:

- Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte in einem ersten Schritt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden;
- die private Krankenversicherung sollte verpflichtet werden, ihre Leistungen zu den gleichen Bedingungen anzubieten wie die GKV, insbesondere mit Blick auf die Vergütung in der ambulanten medizinischen Versorgung;
- die private Krankenversicherung sollte in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden;
- die private und die gesetzliche Krankenversicherung sollten einen einheitlichen (und dabei alles medizinisch Notwendige umfassenden) Leistungskatalog anbieten.

Die Erweiterung des Versichertenkreises und die Einbeziehung anderer Einkommensarten würden den sozialen Ausgleich stärken sowie mittel- und langfristig den Trend zu einem Beitragssatzanstieg in der GKV vermutlich abfedern. Zugleich ist sie auch im Interesse vieler Mitglieder der privaten Krankenversicherung, insbesondere jener, die aufgrund von Vorerkrankungen oder ihres fortgeschrittenen Alters besonders hohe Prämien aufzubringen haben.

23. Rationalisierung von Versorgungsstrukturen

Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sind primär auf ein Einnahmeproblem zurückzuführen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass es nicht auch Ausgabenprobleme in der gesetzlichen Gabe. Grundsätzlich lässt sich in der Krankenversorgung ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung feststellen. Somit gibt es eine Vielzahl von Rationalisierungsreserven. Es ist möglich, dasselbe Versorgungsniveau mit geringeren Mitteln bzw. mit denselben Mitteln ein besseres Versorgungsniveau zu erreichen.

Zur Effizienzsteigerung in der Krankenversorgung sind Strukturreformen erforderlich, die auch vor den Interessen von Leistungsanbietern

(niedergelassene Ärzte, Arzneimittelhersteller) nicht Halt machen. Dazu zählen zum einen Sparmaßnahmen im Arzneimittelsektor. Die Arzneimittelpreise in Deutschland sind im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Insbesondere bei den patentgeschützten Arzneimitteln, aber auch bei den Nachahmerpräparaten muss der Einfluss des Staates oder der Krankenkassen auf die Preisgestaltung erheblich gestärkt werden. Des Weiteren sind Maßnahmen erforderlich, die helfen, die starke Abschottung der Versorgungssektoren zu überwinden. Ein wichtiger Schritt kann z. B. darin bestehen, die Krankenhäuser generell zur ambulanten Behandlung zu ermächtigen.

VI. Zusammenfassung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist ein tragender Pfeiler der sozialen Sicherung in Deutschland und hat in ihrer bald 130-jährigen Geschichte ihre Leistungsfähigkeit eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Die Gründung und Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine herausragende Erfolgsgeschichte in der deutschen und internationalen Sozialpolitik. Bei allen Problemen im Einzelnen und manchen Verschlechterungen in den zurückliegenden Jahren bietet sie auch heute noch einen umfassenden Schutz vor den sozialen Risiken einer Erkrankung. Aufgrund des sie prägenden Solidarprinzips ermöglicht sie den Versicherten einen undiskriminierten Zugang zu einer in weiten Teilen hochwertigen Krankenversorgung und stellt sicher, dass kein Versicherter durch die Kosten einer notwendigen Krankenbehandlung in Armut gestürzt wird. Die gesetzliche Krankenversicherung ist damit ein wichtiger Eckpfeiler des Sozialstaats und trägt wesentlich zum sozialen Ausgleich in der Gesellschaft und zum sozialen Zusammenhalt bei. Zu den Kernelementen des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung zählen die Finanzierung nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, das Bedarfsprinzip bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf der Grundlage eines umfassenden Leistungskatalogs, die paritätische Finanzierung, das Umlageverfahren und das Sachleistungsprinzip.

Das Solidarprinzip hat sich in seiner die GKV prägenden Gestalt in den Nachkriegsjahrzehnten, die von hohen Wachstumsraten geprägt waren, herausgebildet. Seit Mitte der siebziger Jahre wird die Gesundheitspolitik aber wesentlich vom Ziel der Kostendämpfung, insbesondere der Begrenzung der Krankenversicherungsbeiträge für die Arbeitgeber, bestimmt. In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber, forciert insbesondere seit den neunziger Jahren,

mit dem Ziel einer Entlastung der Arbeitgeber den Patientinnen und Patienten sowie der Versichertengemeinschaft insgesamt einen wachsenden Teil der Kosten und Risiken der Krankenversorgung aufgebürdet. Zuzahlungsregelungen sind seitdem drastisch verschärft und die Parität der Beitragsfinanzierung ist aufgegeben worden. Überdies wurden einige Leistungen aus dem GKV-Katalog gestrichen oder eingeschränkt. Gleichzeitig wurden Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung zu Lasten der Versicherten verändert.

Zudem haben Budgets und Pauschalvergütungen informelle Leistungsverweigerungen in der GKV begünstigt. Gleichzeitig hat das traditionelle Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei einer wachsenden Kluft zwischen beiden Systemen die Benachteiligung gesetzlich Krankensicherter bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verstärkt. Das Zusammenwirken dieser Mechanismen hat zur Herausbildung einer Zweiklassenmedizin in Deutschland geführt. Zudem begünstigt die Einführung von Wahltarifen (Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung) Tendenzen einer Entsolidarisierung innerhalb der Versichertengemeinschaft, weil Wahltarife bei »guten Risiken« Mitnahmeeffekte auslösen, deren Kosten von der Versichertengemeinschaft ausgeglichen werden müssen. Damit werden zugleich Elemente einer risikoäquivalenten Beitragsdifferenzierung, die für die private Krankenversicherung typisch sind, in das GKV-System eingeführt. Die Einführung des ausschließlich von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeitrags hat die soziale Schieflage bei der Finanzierung der Krankenversicherung weiter verschärft.

Mit der Wahl einer konservativ-liberalen Bundesregierung drohen sich diese Tendenzen weiter zu verstärken. Im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP lassen sich deutliche Konturen eines Systemwechsels in der Gesundheitspolitik erkennen. Mit der Einführung einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale bei einem gleichzeitigen Einfrieren des Arbeitgeberbeitragsatzes soll ein neuer Finanzierungsmodus in der GKV etabliert werden, der einen eindeutigen Bruch mit den Traditionen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Damit würden die Arbeitgeber von der Ausgabenentwicklung in der GKV abkoppelt und insbesondere die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen finanziell erheblich belastet. Steuerliche Subventionen für sozial Schwache werden die Mehrbelastung durch die Kopfpauschale nicht ausgleichen; der degressive Charakter der GKV-Finanzierung wird weiter verstärkt.

Außerdem wollen die Parteien der Regierungskoalition den Wettbewerb der Krankenkassen weiter intensivieren. Die in einigen Versorgungsbereichen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Zuzahlungen gemachten Erfahrungen bewerten sie als positiv und wollen prüfen, ob diese Finanzierungsformen auch auf andere Bereiche übertragen werden können. Hier deutet sich eine weitere Privatisierung der Behandlungskosten an. Die gesetzliche Krankenversicherung wird mehr und mehr als Teil einer Wirtschaftsbranche angesehen, die exzellente Wachstums-, Beschäftigungs- und Anlagemöglichkeiten bietet. Nicht zuletzt will die Regierungskoalition mit den vorgesehenen Maßnahmen sicherstellen, dass die anvisierte Expansionsdynamik der Gesundheitswirtschaft ausschließlich durch die abhängig Beschäftigten finanziert wird.

Die ordnungspolitischen Weichenstellungen des Koalitionsvertrags würden die gesetzliche Krankenversicherung in eine Sackgasse führen. 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.

Dabei ist ein zentraler Orientierungspunkt konservativ-liberaler Gesundheitspolitik die Begrenzung bzw. Senkung der Lohnnebenkosten. Allerdings wären die Auswirkungen selbst einer drastischen Reduzierung des Arbeitgeberanteils zur gesetzlichen Krankenversicherung nur von geringer Bedeutung für die Entwicklung der Lohnkosten insgesamt. Zudem ist Deutschland trotz vermeintlich zu hoher Lohnkosten seit Jahren auf den Exportmärkten der Weltwirtschaft überaus erfolgreich. Dies verweist darauf, dass für den Exporterfolg deutscher Unternehmen andere Faktoren ausschlaggebend sind als die Höhe der Lohnkosten.

Trotz vielstimmiger und lauter Klagen über die Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich keine Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung feststellen. Vielmehr blieb der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt in den letzten Jahren weitgehend konstant. Wenn dennoch die Beitragssätze gestiegen sind, so ist dies primär Folge der gestiegenen Arbeitslosigkeit und eines im Vergleich zum Volkseinkommen unterproportionalen Anstiegs von Löhnen und Gehältern, die zur Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge herangezogen werden. Der Anstieg der Beitragssätze ist also primär

auf ein Einnahmeproblem, weniger auf ein Ausgabenproblem zurückzuführen. Dennoch gibt es in der Krankenversorgung ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung und existieren damit in der GKV vielfältige Effizienzreserven. Die Rationalisierungspotentiale zu nutzen und zugleich die skizzierten Gerechtigkeitslücken in der GKV-Finanzierung und in der Krankenversorgung zu schließen zählt zu den großen Herausforderungen für die GKV. Vor allem aber ist eine durchgreifende Stärkung der Prävention erforderlich, um die Lebensqualität der Bevölkerung zu verbessern. Einschlägige Maßnahmen müssen sich vor allem auf die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen richten, weil hier die größten Gesundheitspotentiale liegen, und darauf zielen, die Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention zu verbessern. Der Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt ist dabei von besonderer Bedeutung.

Im Zentrum einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die Stärkung des Solidarprinzips und die Beseitigung der Gerechtigkeitsdefizite stehen. Wichtigstes Instrument für die Anpassung der gesetzlichen Krankenkassen an neue Herausforderungen ist die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung. In diesem einheitlichen Versicherungssystem sind alle Bürgerinnen und Bürger auf der Basis eines umfassenden Leistungskatalogs zu einheitlichen Konditionen gegen das Risiko Krankheit zu versichern. Zugleich muss die Beitragsbemessung um andere Einkunftsarten neben dem Arbeitseinkommen ergänzt werden. Schließlich ist es möglich und notwendig, Rationalisierungsreserven in der Krankenversorgung zu erschließen. Hier sind eine Reform der Preisbildung bei den Arzneimitteln sowie eine stärkere Integration der Versorgungssektoren von vordringlicher Bedeutung.

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

studierte Politikwissenschaft, Soziologie, Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität Marburg. Er wurde an der Goethe-Universität Frankfurt promoviert und an der Universität Bremen habilitiert. Er arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Goethe-Universität Frankfurt (1993–1998) und am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (1999–2004). 2004 war er Professor für Sozialsysteme mit dem Schwerpunkt Gesundheitssystemforschung am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Fachhochschule Fulda, von 2004 bis 2010 Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des gleichnamigen Instituts an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2010 ist Thomas Gerlinger Professor an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und Leiter der Arbeitsgruppe »Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie«. Seine Hauptarbeitsgebiete sind Gesundheitspolitikanalyse, Gesundheitssystemforschung, internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen, Europäisierung von Gesundheitspolitik.



Für Rückfragen stehen beide Organisationen
gern zur Verfügung. Wenden Sie sich an:

Sozialverband Deutschland (SoVD)
Stralauer Straße 63, 10179 Berlin
Telefon: 030/72 62 22 – 120/121
E-Mail: contact@sozialverband.de

Volkssolidarität Bundesverband e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alte Schönhauser Straße 16, 10119 Berlin
Telefon: 030/27 89 70
E-Mail: bundesverband@volkssolidaritaet.de

Impressum

Herausgeber:
Sozialverband Deutschland (SoVD) e.V.,
Volkssolidarität Bundesverband e.V.

Verantwortlich:
Hans-Jürgen Leutloff,
Leiter der Abteilung Sozialpolitik des
Sozialverband Deutschland (SoVD),
Dr. Bernd Niederland, Geschäftsführer der
Volkssolidarität Bundesverband e.V.,
Dr. Alfred Spieler, Referent für Sozialpolitik
der Volkssolidarität Bundesverband e.V.

Gestaltung:
Trialon Marketing & Kommunikation GmbH

© 2010 Sozialverband Deutschland (SoVD) e.V./
Volkssolidarität Bundesverband e.V.



SoVD
Sozialverband
Deutschland

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) muss als modernes und leistungsfähiges soziales Sicherungssystem erhalten und fortentwickelt werden. SoVD und Volkssolidarität wollen, dass gesundheitspolitische Herausforderungen im Interesse der Versicherten und Patienten solidarisch bewältigt werden. Deshalb sagen wir: Gesundheit braucht Solidarität.