

Kai Mosebach

Gesundheitsreform 2006: Durchwursteln als Strategie

Die große Koalition ist mit dem Ziel angetreten, das deutsche Gesundheitswesen grundlegend zu reformieren. Eine Jahrhundertreform sollte es werden. Nun jedoch reibt man sich verwundert die Augen – der vernichtenden Kritik zufolge scheint vom großen Reformvorhaben bloß eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge um 0,5 Prozentpunkte zu bleiben.

Was war freilich im Vorfeld nicht alles diskutiert worden: Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie, Bürgerprämie, Fondsmodell, Gesundheitssteuer, Gesundheitssoli usw. usf. Im medialen Tohuwabohu wurden Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze verwechselt, Steuerenkungen übersehen und Reformvorschläge für die Weiterentwicklung der Versorgung schlicht missachtet – obwohl oder vielleicht sogar weil in der großen Koalition diesbezüglich eine bemerkenswerte Einigkeit vorzuherrschen scheint.

Je nach Interessenlage wird nun ein unterschiedliches Lied intoniert. Während die Regierung gerne von einem Paradigmenwechsel kündigt, welcher mit der Gesundheitsreform 2006 angestoßen werde, trällern Interessengruppen und selbst ernannte Experten weiter die Moritat vom „Reformstau“, die von den Massenmedien als Resonanzkörper allzu gerne verstärkt wird. Insbesondere der so genannte Gesundheitsfonds stößt bei vielen Akteuren im System auf wortgewaltigen Widerspruch. Da wird schon mal gerne in die ideologische Mottenkiste gegriffen und

der Vorschlaghammer des „Kassensozialismus“ herausgeholt, was dem Verständnis der Diskussion um die Reformvorschläge einen Bärendienst erweist.

Allerdings: Der Gesundheitsfonds hat es in der Tat in sich, entmachtet er doch faktisch die Krankenkassen, indem er die Festsetzung der Kassenbeiträge dem Gesetzgeber und ihren Einzug einer regionalen Geldsammelstelle übereignet. Mit dem Fonds werden die Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen grundlegend geändert und der Risikostrukturausgleich, der die ungleichen Versicherungsrisiken zwischen den konkurrierenden Krankenkassen ausgleichen soll, neu organisiert. Diese technischen Fragen sind jedoch bisher nicht ausformuliert, obwohl hier in der Tat die strukturellen Veränderungen des Gesundheitssystems angelegt sind. (Mit der Vorlage eines Gesetzentwurfes nach dem Ende der Sommerpause dürfte man allerdings Genaueres wissen.)

Angebotskonkurrenz versus Nachfrageprivatisierung

Viele Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung knüpfen an bereits beschlossene und umgesetzte Maßnahmen an, die das bundesdeutsche Gesundheitssystem von Grund auf verändert haben: integrierte Versorgung, neue Vergütungsstrukturen für Vertragsärzte, Liberalisierung des Arzneimittelrechts, Öffnung der Krankenhäuser usw. In

diesem Sinne kann von einem Reformstau also keine Rede sein.

Wer allerdings nur auf den „großen Wurf“ wartet, wird sich in der Tat bis zum Sankt Nimmerleinstag gedulden müssen. Es ist schlicht ein Mythos, dass in anderen Ländern radikale Gesundheitsreformen quasi im Handstreich verabschiedet und umgesetzt worden sind. *Muddling through*, Durchwursteln, ist und bleibt das Grundprinzip gesundheitspolitischen Handelns – was im Übrigen nicht ausschließt, dass Gesundheitssysteme sich grundlegend wandeln können. Das jüngste Beispiel hierfür ist die umfassende Privatisierung des niederländischen Gesundheitssystems, welche auf Konzepte aus den späten 80er Jahren aufbaut, die selbstredend heiß umkämpft waren. Die Idee des Gesundheitsfonds ist offensichtlich vom niederländischen Modell inspiriert.¹

Auch die hiesige gesundheitspolitische Debatte bewegt sich im Fahrwasser eines Paradigmenwechsels, welcher – ähnlich der Entwicklung in den Niederlanden und anderen europäischen Gesundheitssystemen – Ende der 80er Jahre eingeleitet wurde und mehr Markt und Wettbewerb ins deutsche Gesundheitswesen bringen soll.² Zunächst beschloss eine große Sachkoalition aus CDU, CSU und SPD unter der Leitung des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer im Sommer 1992 die Einführung des Krankenkassenwettbewerbs, bekannt geworden als „Lahnsteiner Kompromiss“. Ebenfalls durch Gesundheitsminister Seehofer wurde dann 1996/1997 zum einen die finanzielle Eigenverantwortung und die Wahlfreiheit des einzelnen Versicherten ausgebaut und zum anderen durch die Entscheidung für neue Versorgungsformen zwischen Kassen und Vertragsärzten Wettbewerbselemente auf der Leistungsseite

gefördert („Dritte Stufe der Gesundheitsreform“). Die nachfolgende rot-grüne Regierung scheiterte letztlich daran, die Privatisierungselemente auf der Versichertenseite (Zuzahlungen) zurückzunehmen.³ Wettbewerb und Eigenverantwortung avancierten somit zu zentralen Bestandteilen der deutschen Gesundheitspolitik.

Trotz der Differenzen in der Verwendung des Begriffs Wettbewerb gerinnt dieser zum gesundheitspolitischen Leitmotiv im neoliberalen Zeitalter. Im Kern sind es zwei konkurrierende, aber sich nicht ausschließende Wettbewerbskonzepte, die den Reformdiskurs bestimmen: Angebotskonkurrenz versus Nachfrageprivatisierung. Während Erstere darauf zielt, den (regulierten) Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern zu intensivieren und dadurch Effizienzsteigerungen in der unmittelbaren Gesundheitsversorgung anzustoßen, will Letztere vor allem die Wahlfreiheit der Versicherten erhöhen und die Privatisierung der Gesundheitsfinanzierung vorantreiben, was gerne unter dem Schlagwort der „Eigenverantwortung“ verkauft wird. Während die konservativen und liberalkonservativen Parteien eher der Nachfrageprivatisierung zu neigen, befürworten sozialdemokratische und linksliberale Parteien die Verstärkung des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern. Beide Reformkonzepte befürworten zudem eine stärkere Konkurrenz zwischen den Krankenkassen, mal mehr (Risikostrukturausgleich), mal weniger (ohne Risikostrukturausgleich) reguliert.

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben die Versorgung gewaltig flexibilisiert und liberalisiert, so dass Konzepte der Angebotskonkurrenz mittlerweile hegemonial sind. Dagegen besteht auf der Seite der Nachfrageprivatisierung keineswegs umfassender Konsens, weshalb in Finanzierungsfra-

1 Vgl. Kai Mosebach, Der neue „Polder-Geist“, in: „Sozialismus“ 5/2006, S. 24-31.

2 Vgl. Thomas Gerlinger, Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Diskussionspapier P02-2004 der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin.

3 Vgl. Hans-Ulrich Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a. M. 2002.

gen CDU und CSU erheblich von sozialdemokratischen Vorstellungen abweichen und stärkere Privatisierungsmaßnahmen befürworten. Allerdings brechen auch bei der SPD zunehmend die Dämme hinsichtlich einer höheren Zuzahlung und Selbstbeteiligung, wie sich im letzten Gesundheitskompromiss aus dem Jahr 2003 gezeigt hat.

Es verwundert indes kaum, dass sich CDU/CSU und SPD nicht auf eine umfassende Strukturreform der Finanzierung einigen konnten. Weder die Bürgerversicherung noch die ursprüngliche Kopfpauschale wird realisiert. Das als Verhandlungsgrundlage Anfang Juli verfasste vorläufige Eckpunktepapier demonstriert nachdrücklich, dass bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben keine Einigung erzielt werden konnte. Von einer Gesichtswahrung der Parteien im Hinblick auf die konkurrierenden Reformkonzepte im Modell des Gesundheitsfonds kann überhaupt keine Rede sein. Während die SPD sich brüstet, höhere Zuzahlung und Ausgrenzungen aus dem Leistungskatalog verhindert zu haben, reklamiert die CDU/CSU für sich, dass auf Steuererhöhungen verzichtet werde. Beides verweist auf ein reformpolitisches Patt.

Gesundheitsfonds als Zwischenlösung

Auf der Finanzierungsseite existiert somit in der Tat ein „Reformstau“, dessen Konturen aber je nach Lager unterschiedlich wahrgenommen werden. Die vorläufig gefundene „Lösung“ ist jedoch näher an dem von den Unionsparteien im Winter 2004 diskutierten Reformmodell einer „solidarischen Gesundheitsprämie“ als an der sozialdemokratischen Vision einer Bürgerversicherung.⁴ Die große Koalition hat sich darauf geeinigt, dass Arbeitgeber und

Arbeitnehmer einkommensabhängige Beiträge an einen Gesundheitsfonds zahlen, und zwar auf regionaler Ebene. Diese regionalen Geldsammelstellen verteilen dann die eingenommenen Beiträge (und später auch steuerliche Zuschüsse zur Versicherung von Kindern, 1,5 Mrd. Euro ab 2008) an die Krankenkassen. Diese erhalten jedoch statt der einkommensbezogenen Beiträge von nun an die gleiche Geldsumme für jeden Versicherten. Ergänzt wird diese „Kopfpauschale“ dann um einen Zuschlag aus dem Gesundheitsfonds an jene Kassen, die über eine „ungünstigere“ Risikostruktur verfügen, das heißt einen überproportionalen Anteil von Kranken aufweisen (Risikostrukturausgleich), um diese Kassen nicht im Wettbewerb zu benachteiligen. Sollten die Kassen mit den hierdurch zugewiesenen Finanzmitteln nicht auskommen, müssen sie entweder Zusatzbeiträge bei ihren Mitgliedern erheben oder aber die Versorgungsstrukturen durch neue Modelle effizienter machen (Hausarztmodelle, Wahltarife, integrierte Versorgung). Die große Koalition hofft, durch die Umstellung auf Kopfpauschalen einen Effizienzwettbewerb unter den Krankenkassen anzufachen und zu verhindern, dass Krankenkassen sich im Wettbewerb darauf beschränken, „gute Risiken“ anzuziehen – junge, gesunde und wohlhabende Versicherte, die auch höhere Beiträge an ihre Kassen zahlen –, wie es im bisherigen System der Fall gewesen ist.

Bis zur nächsten Legislaturperiode steht allerdings keine große finanzielle Veränderung an. Die große Koalition hat sich lediglich für eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge um 0,5 Prozentpunkte ausgesprochen. Hierdurch sollen die von ihr verantwortete Kürzung des bundesstaatlichen Zuschusses (Tabaksteuer) an die gesetzliche Krankenversicherung und die Erhöhung der Mehrwertsteuer, die zu Mehrausgaben bei den Krankenkassen führt (Arzneimittel, Hilfsmittel, Medizinprodukte), kompensiert werden. Beide haushalts-

4 Vgl. Kai Mosebach, The Politics of Health Care Financing Reform in Germany, in: „EuroObserver – Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies“, 1/2005, S. 3-6.

politischen Maßnahmen verursachen ein Finanzierungsdefizit bei den gesetzlichen Krankenkassen von etwa fünf bis sechs Mrd. Euro im Jahr 2007.

Dass die Entscheidung über das zukünftige Finanzierungssystem lediglich aufgeschoben wurde, zeigt sich auch daran, wie das Verhältnis der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung ausgestaltet werden soll. Zwar wird die Versichertenpflichtgrenze – wie von der SPD gefordert – nicht angehoben, doch der Übertritt von freiwilligen Versicherten aus der Gesetzlichen in die Private Krankenkasse wird erschwert. Daneben kommt es zu einem bedeutenden, wenn auch noch vorsichtigen Angleichungsprozess zwischen beiden Versicherungssystemen, indem individuelle Altersrückstellungen innerhalb des PKV-Systems und zwischen den Systemen übertragbar gemacht werden sollen. Hierdurch soll mittelfristig ein Wettbewerb zwischen PKV und GKV geschaffen werden. Denn bisher ist es für privat Versicherte mit steigendem Alter praktisch unmöglich, ihr Versicherungsunternehmen zu wechseln, weil bei einem Wechsel der für das Alter angesparte Teil der Versicherungsprämien bei dem alten Versicherer verbleibt.

Neoliberale Blindflecken der Krisenanalyse

Bemerkenswert ist schließlich, wie penetrant das neoliberale Dogma von den „zu hohen Lohnnebenkosten“ die fachliche wie auch die öffentliche Debatte um die Gesundheitsreform 2006 bestimmt. Ist es da ein Zufall, dass man die Finanzierungs Krise der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem demographischen Wandel – der noch gar nicht wirkt – sowie dem medizinisch technischen Fortschritt – der im GKV-System gesteuert wird und noch stärker gesteuert werden könnte – erklärt und kein Wort darüber fällt, dass die neoliberale Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und

Sozialpolitik sowie die Veränderung der Beschäftigtenstrukturen die Zahl und den Umfang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung eingedampft haben?

Solange die neoliberalen Bedingungen als unveränderbar akzeptiert werden, scheint die nächste Finanzierungs Krise vorprogrammiert. Ebenso sicher ist jedoch, dass das Durchwursteln weitergehen wird. Die vorgeschlagenen Maßnahmen versuchen, auf die finanziellen Engpässe der gesetzlichen Krankenkassen zu reagieren, indem sie verstärkt Rationalisierungsreserven bei den Leistungserbringern (Anbieterkonkurrenz) aktivieren als umfassende Rationalisierungen (Nachfrageprivatisierung) einzuführen. Was aber, wenn diese Möglichkeiten überschätzt werden oder der Widerstand der mächtigsten Akteure im Gesundheitssystem – wieder einmal – deren Erschließung verhindert?

Mit der geplanten – und von der Union bereits seit langem geforderten – Ausgrenzung von „selbst verschuldeten“ Folgebehandlungen aus dem Leistungskatalog, beispielsweise im Falle von Piercing, wird dann aus Sicht der SPD womöglich die gesundheitspolitische Schmerzgrenze überschritten. Allerdings kann man bereits seit einiger Zeit beobachten, dass zunehmend individuelle Verhaltensweisen als krankheits- und kostenverursachend angesehen werden – und dass sich die Gesellschaft damit von einer solidarischen Absicherung aller Krankheitsrisiken entfernt. Unter den jetzigen Vorzeichen ist zu befürchten, dass es nicht bei den geplanten punktuellen Leistungsreduzierungen bleiben wird. Vielmehr kann man davon ausgehen, dass der private Anteil an der Finanzierung von Gesundheitsausgaben und mit ihm auch die Einschränkung von Leistungen weiter zunehmen werden. Als Ergebnis könnte eine kommerzialisierte Gesundheitsversorgung herauskommen, die sich dann nur noch diejenigen leisten können, die über genügend Ressourcen verfügen.