

Ordnungspolitische Defizite der Gesundheitspolitik

Von 1985 bis 1988 war Hartmut Reiners im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) beschäftigt, und zwar als „Referent für Ordnungspolitik“. „Ordnungspolitik im Gesundheitswesen – Ausgangspunkte und Konzepte“ lautet auch der Titel einer von ihm verfassten Publikation, die 1987 als Band 30 in der Reihe „WIdO-Materialien“ erschien (und lange vergriffen ist). Von dieser Schrift bis zu seinem jüngsten Buch – den im März 2009 im Verlag Hans Huber erschienenen „Mythen der Gesundheitspolitik“ – spannt sich ein Bogen einer zumeist dezidiert ordnungspolitisch und ordnungsökonomisch geprägten Sicht auf zentrale Fragen der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung. Diese Sichtweise ist zwar für Hartmut Reiners kennzeichnend, für weite Teile der Gesundheitspolitik in Deutschland – vor über 20 Jahren genauso wie heute – aber leider eher die Ausnahme.

Was ist konkret damit gemeint, wenn der gesundheitspolitischen Praxis in Deutschland – vielfach in krassem Gegensatz zur gesundheitspolitischen (Reform-)Rhetorik – ordnungspolitische Defizite attestiert werden, und warum erscheint dies zwar einerseits beklagenswert, aber andererseits im politischen Tagesgeschäft letztlich doch auch ein Stück weit unvermeidlich? Diesen Fragen soll im Folgenden anhand einiger aktueller Beispiele nachgegangen werden. Dabei resultiert die unmittelbare gesundheitspolitische Relevanz der Analyse aus dem gerade von Hartmut Reiners stets betonten Umstand, dass die verkürzt als „Gesundheitsreform“ bezeichnete Ausgestaltung und Anpassung der Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung eine politische Daueraufgabe ist (Reiners 2009a: 219ff; Reiners 2009b), deren nächste Runde schon bald nach der Bundestagswahl im Herbst 2009 eingeläutet werden dürfte.

■ Klaus Jacobs

Was ist überhaupt Ordnungspolitik? Einschlägigen volkswirtschaftlichen Lehrbüchern zufolge geht es dabei in erster Linie um die Ordnungsprinzipien, nach denen die Wirtschaftssubjekte miteinander in Beziehung treten, einschließlich der institutionellen Ausgestaltung der relevanten Wirtschaftssektoren:

- Auf welche Art und Weise werden die volkswirtschaftlichen Ressourcen im jeweiligen Sektor – hier: im Gesundheitswesen – gesteuert?
- Welchen Akteuren – auch: in welcher rechtlich-organisatorischen Verfasstheit – werden welche Aufgaben zugewiesen?

Schon diese Lehrbuchdefinition verweist auf ein wesentliches Problem ordnungspolitischer Gestaltung: Die maßgeblichen gesellschaftspolitischen Zielsetzungen werden jeweils als „gegeben“ vorausgesetzt. Weil aber bestimmte Ziele bestimmte ordnungspolitische Konstellationen bzw. Instrumente von vornherein ausschließen, ist „Ordnungspolitik (...) von den jeweils verfolgten Zielen nicht getrennt zu beurteilen“ (Reiners 1987: 64). Das bedeutet aber auch: Viele gesundheitspolitische Auseinandersetzungen, die sich zumindest vordergründig um ordnungspolitische Fragen drehen, sind in Wirklichkeit Ausdruck von Diver-

genzen hinsichtlich der jeweils prioritär verfolgten Zielsetzungen, ohne dass diese jedoch stets mit hinreichender Transparenz offenbart würden.

Dieses Problem, das nicht etwa einer unzulänglichen Ordnungspolitik geschuldet ist, wohl aber unzureichender ordnungspolitischer Klarheit und Ehrlichkeit vieler Politikakteure, lässt sich besonders trefflich am Beispiel der Reformdebatte zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) illustrieren, die im Vorfeld der Bundestagswahl 2005 unter der Überschrift „Bürgerversicherung versus Gesundheitsprämie“ ausgetragen wurde. Diese Reform sollte nicht weniger bewerkstelligen, als gleichzeitig für mehr Stabilität, Nachhaltigkeit, Gerechtigkeit und Beschäftigungsfreundlichkeit der GKV-Finanzierung zu sorgen – so lauteten zumindest bereits die „offiziell“ angestrebten Reformziele, die auch noch im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD im November 2005 ausgegeben wurden. Am Ende war hiervon aber keine Rede mehr, denn der von der großen Koalition beschlossene und als „Kompromiss“ zwischen den beiden ursprünglichen Reformkonzepten deklarierte Gesundheitsfonds wurde schließlich als wichtiger Beitrag zu mehr Transparenz und Wettbewerb „verkauft“ – immerhin waren die Verantwortlichen so ehrlich, nicht einmal mehr den Versuch zu unternehmen, die Realisierung auch nur eines einzigen ihrer ursprünglichen Reformziele für sich zu reklamieren (allerdings – verständlicherweise – auch nicht ehrlich genug zuzugeben, dass es

Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), Berlin

jenseits von inhaltlichen Ansprüchen am Ende vor allem darum ging, die Handlungsfähigkeit der großen Koalition in einem von ihr selbst als zentral ausgegebenen Politikfeld unter Beweis zu stellen).

Untaugliche Konstruktion des Zusatzbeitrags

Dies alles ist jedoch mittlerweile „Schnee von gestern“, denn der neu geschaffene zentrale Gesundheitsfonds existiert seit Jahresbeginn 2009. Dass er überdies vergleichsweise geräuschlos funktioniert, kann allerdings keineswegs schon als Erfolgsnachweis für die gesamte Neukonstruktion der GKV-Finanzierungsstrukturen gewertet werden, denn das bisherige „Funktionieren“ bezieht sich allein auf die Verteilung der Fondsmittel auf die Kassen mit Hilfe des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Weite Teile der Kritik am Gesundheitsfonds-Konzept hatten jedoch insbesondere der Konstruktion des kassenindividuellen Zusatzbeitrags und der hierauf bezogenen 1-Prozent-Überforderungsklausel gegolten; sie können folglich zur Jahresmitte 2009 schon deshalb noch gar nicht als gegenstandslos abgetan werden, weil es zu diesem Zeitpunkt noch keine Zusatzbeiträge gibt. Das dürfte sich aller Voraussicht nach aber rasch ändern, wenn die Auswirkungen der globalen Wirtschafts- und Finanzkrise spätestens 2010 voll auf den Arbeitsmarkt durchschlagen und zu einer spürbaren Destabilisierung der GKV-Finanzierungsgrundlagen führen werden. Dann wird sich leider als Realität erweisen, was Kritiker am Fondskonzept schon frühzeitig moniert haben, nämlich

1. dass die Erhebung des Zusatzbeitrags mit einem beträchtlichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden ist, weil hierfür eigens Versichertenkonten geführt und bei Zusatzbeiträgen ab acht Euro individuelle Einkommensprüfungen vorgenommen werden müssen;
2. dass Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen in existenzielle Not zu geraten drohen, weil sie – als unmittelbarer Ausdruck des Verlusts ihrer früheren Finanzautonomie – die Finanzlücke zwischen ihren Ausgaben und den aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Zuweisungen nicht mehr vollständig durch Zusatzbeiträge schließen können (vgl. Schawo 2007);
3. dass den Krankenkassen aufgrund der untauglichen Ausgestaltung der 1-Prozent-Überforderungsklausel beim Zusatzbeitrag unerwünschte Anreize zur Risikoselektion gegen Mitglieder gesetzt werden, die vergleichsweise einkommensschwach bzw. „reich“ an beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sind, wodurch die zweifellos positiven Wirkungen der mit der Einführung des Gesundheitsfonds verknüpften RSA-Reform konterkariert werden;
4. dass die Krankenkassenzugehörigkeit für immer größere Teile der GKV-Mitglieder insoweit „ökonomisch neutral“ ist, als sie neben dem einheitlichen Beitrag zum Gesundheitsfonds auch einen Einheits-Zusatzbeitrag in Höhe von einem Prozent ihrer beitragspflichtigen

Einnahmen entrichten müssen – mit der Folge, dass der Zusatzbeitrag die ihm zugeordnete Preis-Signalfunktion für diese Mitglieder gar nicht wahrnehmen kann.

Vor diesem Hintergrund hat das harsche Urteil des Sachverständigenrats zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, der das Gesundheitsfonds-Konzept rundweg als „Missgeburt“ bezeichnet hat (SVR-W 2006: 217), durchaus seine Berechtigung, die auch mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit eines politischen Kompromisses nicht wirklich in Frage gestellt werden kann. Dabei wurde auf die ebenfalls mit der Einführung des Gesundheitsfonds verknüpfte Zunahme der Steuerfinanzierung der GKV noch gar nicht Bezug genommen, obwohl sich hiermit – gerade auch aus ordnungspolitischer Sicht – gleichfalls etliche Fragezeichen für die Zukunft der GKV-Finanzierung verbinden.

Ehe hierauf näher eingegangen wird, sei zuvor noch auf eine weitere ordnungspolitische Fragwürdigkeit in dem neuen GKV-Finanzierungskonzept verwiesen. Die oben (Nr. 2) skizzierte „Überforderungsfalle“ beim Zusatzbeitrag könnte vergleichsweise einfach behoben werden, wenn alle Zusatzbeiträge durchgängig einkommensabhängig erhoben würden (womit zugleich der durch die Erhebung des Zusatzbeitrags und die damit verbundene Einkommensprüfung verursachte Verwaltungsaufwand drastisch vermindert würde). Theoretisch steht es auch im Ermessen jeder einzelnen Kasse zu entscheiden, ob ein erforderlicher Zusatzbeitrag einkommensabhängig oder als Pauschalbeitrag erhoben wird. Praktisch wird es jedoch auf der Grundlage von individuellen Kassenentscheidungen kaum zu einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen kommen, weil dadurch einkommensstarke Mitglieder abgeschreckt und zu einem Kassenwechsel veranlasst werden dürften, sofern eine andere wählbare Kasse einen pauschalen (oder gar keinen) Zusatzbeitrag erhebt. Weil sich keine im Wettbewerb stehende Kasse auf dieses Risiko einlassen kann, muss durchgängig mit einkommensunabhängigen, also pauschalen Zusatzbeiträgen gerechnet werden.

Außerdem stellt der pauschale Zusatzbeitrag gewissermaßen das letzte „Übrigbleibsel“ vom ursprünglichen Gesundheitsprämien-Modell der Unionsparteien dar bzw. – in einer zukunftsgerichteten Perspektive – die mögliche Keimzelle für die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds-Konzepts in Richtung des niederländischen Modells, in dem es eine 50/50-Aufteilung zwischen einkommensabhängigen Beiträgen zum gemeinsamen Fonds und kassenindividuellen Pauschalbeiträgen gibt. Weil die Sympathie für eine solche Entwicklungsperspektive aber nicht auf Unionspolitiker begrenzt, sondern insbesondere auch bei den Arbeitgebervertretern in den Selbstverwaltungen der Kassen vorhanden sein dürfte, ist bei allen Kassen mit paritätisch besetzten Selbstverwaltungen schon aus diesem Grund nicht mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen zu rechnen. Das ist auch insofern „pikant“, als die Arbeitgeber selbst gar keinen Zusatzbeitrag entrichten müssen, aber gleichwohl hierüber mitbefinden. Selbst wenn man die Überzeugung vertritt, dass sich das System der paritätischen Selbstverwaltung in der Vergangenheit sehr wohl

positiv bewährt habe, scheint es somit angebracht, diese Einschätzung unter den grundlegend veränderten Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds einmal kritisch zu hinterfragen – zumindest im Hinblick auf die Ebene der einzelnen Krankenkassen.

Neue „Wunderwaffe“ Steuerfinanzierung?

Aber nun zurück zur Steuerfinanzierung, in der viele Akteure zurzeit augenscheinlich eine neue „Wunderwaffe“ zur Lösung der GKV-Finanzierungsprobleme zu erkennen glauben. In der gesetzlichen Rentenversicherung haben der steuerfinanzierte Bundeszuschuss und der Streit über seine „richtige“ Höhe bekanntlich schon eine lange Geschichte. In der GKV ist dies anders, denn ein Bundeszuschuss wurde erst im Rahmen des 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes eingeführt. Er sollte 2004 eine Milliarde Euro betragen, 2005 2,5 Milliarden Euro und 2006 und in den Folgejahren 4,2 Milliarden Euro, wobei zur „Gegenfinanzierung“ die Erhöhung der Tabaksteuer beschlossen wurde. Hierzu sagte damals Horst Seehofer im Bundestag: „...wir haben jahrzehntelang über die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen diskutiert. Ich finde, es ist ein großer Fortschritt, dass versicherungsfremde Leistungen künftig nicht mehr aus Beitragsmitteln, aus Sozialversicherungsbeiträgen, sondern aus Steuermitteln finanziert werden. Das wird jetzt Wirklichkeit.“ (Deutscher Bundestag 2003: 4909).

Diese „Wirklichkeit“ dauerte jedoch nicht allzu lange, denn schon Mitte 2006 beschloss die mittlerweile amtierende große Koalition im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006, den Bundeszuschuss 2007 auf 1,5 Milliarden Euro zurückzufahren und ab 2008 wieder vollständig abzuschaffen. Aber auch dazu kam es nicht, denn durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Bundeszuschuss für die Jahre 2007 und 2008 auf 2,5 Milliarden Euro festgesetzt und sollte danach jährlich um 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro pro Jahr erhöht werden. Aber auch dieser Zeitplan hatte nicht lange Bestand, denn im Rahmen des Konjunkturpaketes II wurde Anfang 2009 beschlossen, den Bundeszuschuss 2009 um weitere 3,2 Milliarden Euro und 2010 um 6,3 Milliarden Euro aufzustocken, um die Wirkungen einer Senkung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte zum 1. Juli 2009 auszugleichen. Damit waren innerhalb eines durchaus überschaubaren Zeitraums von fünfeinhalb Jahren – Jahresanfang 2004 bis Jahresmitte 2009 – nicht weniger als vier unterschiedliche Regelungen zum Bundeszuschuss in Kraft – ein verlässliches Finanzierungsmodell sieht wahrlich anders aus.

Aber nicht nur die Regelungen haben sich mehrfach geändert, sondern auch ihre Begründungen. Mal war – wie in dem Zitat von Horst Seehofer – von versicherungsfremden Leistungen die Rede, mal von „gesamtgemeinschaftlichen Lasten“ (Begründung zum GKV-WSG), mal wurde dabei auf konkrete GKV-Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft Bezug genommen,

mal auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen. Diese Sicht wird inzwischen selbst von der als „Steuersenkungspartei“ angetretenen FDP geteilt, in deren Programm zur Bundestagswahl 2009 zu lesen ist: „Die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus Steuermitteln zu finanzieren“ (FDP 2009). Die offenbar mittlerweile weitgehende Einigkeit in dieser Frage erscheint umso bemerkenswerter, als es gerade einmal vier Jahre her ist, dass das Bundesverfassungsgericht in seinem vielbeachteten Urteil zum Risikostrukturausgleich unter anderem ausgeführt hat: „Die Familienversicherung steht, soweit es um ihren Grundgedanken geht, in einer langen sozialversicherungsrechtlichen Tradition“ und „gehört zu denjenigen Sozialleistungen, die das Bild der klassischen Sozialversicherung mitgeprägt haben“ (BVerfG 2005: Ziff. 85). Was gilt denn nun – gesamtgesellschaftliche (versicherungsfremde) Aufgabe oder klassische Sozialversicherungsleistung?

Wenn hier auf die relativ turbulente jüngere Vergangenheit (und Zukunft?) der Steuerfinanzierung zur GKV hingewiesen wird, soll damit keineswegs einem übertriebenen, weil letztlich im Politikalltag niemals in Reinform realisierbaren ordnungspolitischen Purismus das Wort geredet werden. Aber muss es deshalb gleich eine an Unstetigkeit und ordnungspolitischer Beliebigkeit kaum noch zu übertreffende „gesundheitspolitische Achterbahnfahrt“ geben, nach der hinsichtlich der Steuerfinanzierung zur GKV gegenwärtig nur sicher erscheint, dass in dieser Frage nichts auch nur einigermaßen sicher ist? Dabei ließe sich ein gutes Stück an Sicherheit dadurch gewinnen, dass die Steuerzuschüsse des Bundes zur GKV wenigstens regelgebunden erfolgten, zum Beispiel in Form von Beitragszahlungen, mit denen die Ausgaben für Kinder und Jugendliche gedeckt würden (vgl. Jacobs 2009).

Kein Ersatz für einen gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt

Ein gutes Stück weit hat die Entdeckung des Instruments der Steuerfinanzierung natürlich auch damit zu tun, dass es zur Realisierung von anderen („eigentlichen“) Reformvorstellungen aktuell keine politische Mehrheit gibt. Das gilt insbesondere für die Schaffung eines gemeinsamen Krankenversicherungsmarktes für alle Bürger. Ob man ein einheitliches Krankenversicherungssystem nun Bürgerversicherung nennt, ob daran nur gesetzliche Krankenversicherungen teilnehmen sollen oder nur private oder Versicherer in unterschiedlicher organisationsrechtlicher Verfasstheit gleichermaßen (wie etwa auch auf dem Krankenhausmarkt), ob es einen Einkommensausgleich innerhalb oder außerhalb dieses Systems gibt (und entsprechend einkommensabhängige oder -unabhängige Beiträge), ob und ggf. wie die Arbeitgeber an der Finanzierung beteiligt sind, ob es – zumindest ergänzend – Elemente individueller oder kollektiver Kapitaldeckung gibt – alle diese (und weitere) Fragen ließen sich durchaus unterschiedlich beantworten, und zwar jeweils durchaus wohlbegründet und

in einer ordnungspolitisch insgesamt konsistenten Form. Das Festhalten an dem segmentierten Versicherungsmarkt mit seinen extrem verzerrten Wettbewerbsbedingungen ist dagegen schlichter ordnungspolitischer Unfug, auch wenn die allein dem Erhalt von Privilegien – sowohl der privat-versicherten Bevölkerungsgruppen als auch der privaten Versicherungswirtschaft – dienende Marktsegmentierung ideologisch noch so wohlfeil begründet wird.

Von den vermeintlich segensreichen Wirkungen des „Systemwettbewerbs“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat jedenfalls noch kein Versicherter in Gestalt von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung profitiert (vgl. Jacobs/ Schulze 2004). Auch die angebliche Stabilisierung der Versorgung durch die höheren PKV-Honorare („Quersubventionierung“) mag es aus Sicht einer ärztlichen Einzelpraxis durchaus geben, doch ist und bleibt sie aus der Sicht des Gesamtsystems eine reine Schimäre; bei einer „regulären“ Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes könnte nämlich im Ergebnis nicht nur zumindest dasselbe Finanzvolumen wie im Status quo für die Gesundheitsversorgung aufgebracht werden (Leinert 2006), sondern dieses Geld könnte darüber hinaus sehr viel zielgerichteter dorthin gesteuert werden, wo es die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung erfordern, also zum Beispiel in die Oberpfalz (statt an den Starnberger See) bzw. nach Neukölln (statt nach Grunewald) – von der fast schon sprichwörtlichen Uckermark ganz zu schweigen.

Ordnungspolitisch ist weithin unstrittig, was der Sachverständigenrat Wirtschaft auf den Punkt formuliert hat, nämlich „dass sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“ (SVR-W 2004: Ziff. 494). Wenn jedoch aus dieser ordnungspolitischen Erkenntnis keine „praktisch-politischen“ Schlüsse gezogen werden (obwohl das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten sehr wohl einräumen würde, wie sein jüngstes Urteil zur privaten Krankenversicherung einmal mehr unterstreicht; vgl. BVerfG 2009), sind „Reform-Surrogate“ zwar verständlich, aber sie sind auch mit Gefahren verbunden. Die verstärkte Steuerfinanzierung der GKV ist von einer „richtigen“ Bürgerversicherung doch noch sehr weit entfernt, auch wenn Privatversicherte über höhere Steuerzuschüsse verstärkt an der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes aller Bürger beteiligt werden. Perspektivisch gerät die GKV in immer größere Abhängigkeiten von meist kurzfristigen haushaltspolitischen Erwägungen, und die vermeintlich erhöhte finanzielle Stabilität – wie sie derzeit noch mit Blick auf das 2009 vom Bundesfinanzminister gewährte Darlehen an den Gesundheitsfonds gerühmt wird – könnte sich schnell als Boomerang erweisen. Ein gemeinsamer Krankenversicherungsmarkt mit produktivem Wettbewerb aller Versicherer zugunsten aller Versicherten und Patienten wird durch vermehrte Steuerfinanzierung ohnehin nicht geschaffen – gerade das zählte aber einmal zu den „Basismerkmalen“ einer Bürgerversicherung.

Bloß keine „Systemkonvergenz“ um jeden Preis

Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang aber auch ein zweites mögliches „Surrogat“ für eine klare und ordnungspolitisch konsistente Entscheidung zugunsten eines ungeteilten Krankenversicherungsmarktes, das in Anlehnung an eine frühere Maxime der Ostpolitik von Willy Brandt und Egon Bahr als „Wandel durch Annäherung“ bezeichnet werden könnte. Damit ist gemeint, dass eine explizite Entscheidung des Gesetzgebers zugunsten eines ungeteilten Krankenversicherungsmarktes unter Umständen dadurch erübrigt werden könnte, dass die schon heute unübersehbaren beidseitigen Konvergenzprozesse – ggf. noch einmal ein Stück forciert – von selbst entsprechende Fakten schaffen. Vor einem solchen Wunschenken muss jedoch gewarnt werden. Die Konvergenz als solche stellt nämlich noch lange keinen positiven Wert dar, solange nicht hinreichend klar ist, wohin die beiden heutigen Systeme eigentlich konvergieren bzw. wie das gemeinsame Zielsystem am Ende aussehen soll. Das hört sich zunächst sehr abstrakt an, kann aber gleichwohl schnell zu einer realen Gefahr für elementare Strukturmerkmale der sozialen Krankenversicherung werden, wie etwa ein Reformvorschlag von Karl Lauterbach zeigt, der sich vor dem Hintergrund der Kontroverse um die vertragsärztliche Honorarreform für eine einheitliche Gebührenordnung für alle Versicherten in gesetzlicher und privater Krankenversicherung ausgesprochen hat (Ärzte Zeitung 2009).

In gewiss ehrenwerter Absicht im Kampf gegen jegliche Form von „Zwei-Klassen-Medizin“ propagiert Karl Lauterbach damit eine Form der Konvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, die das zumeist als „Sachleistungsprinzip“ bezeichnete GKV-Wesensmerkmal der vertragsbasierten Leistungs- und Ausgabensteuerung zur Disposition stellt. Die Abkehr vom Sachleistungsprinzip meint Lauterbach im Übrigen auch ganz konkret: „Die Rechnung für die Behandlung ginge an den Patienten und von dort an die jeweilige Krankenkasse oder Versicherung des Patienten. Die Preise dieser GOÄ für alle würden über den jetzigen Honoraren für GKV-Versicherte, aber unterhalb des 2,3fachen Satzes für Privatversicherte liegen. In der Summe stünde für die Ärzte mehr Geld bereit. Das System wäre einfacher und unbürokratischer“ (ebenda). Ganz abgesehen von der irrigen Erwartung, dass ein reines Kostenerstattungssystem deutlich weniger Aufwand verursacht als ein Sachleistungsmodell, setzt ein solcher Konvergenzvorschlag à la Lauterbach die Grundlagen der Steuerungsfähigkeit der GKV aufs Spiel. Hiervon weiß nicht zuletzt die private Krankenversicherung ein Lied zu singen – verlangt sie doch seit Längerem nachdrücklich nach eigenen Möglichkeiten der direkten Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern, um den sonst weithin unkontrollierbaren Leistungs- und Ausgabenzuwächsen nicht länger tatenlos zusehen zu müssen. Im heutigen PKV-System sind die Versicherungen reine Zahlanstalten („payer“) und kein Stück mehr. Das wäre in Lauterbachs Konvergenzmodell dann auch in Bezug auf die gesetzlichen Krankenkassen der Fall; auch für Selektivverträge sieht er in diesem Modell keinen Bedarf: „Bei einer einheitlichen Gebührenordnung

für alle bräuchten wir für die Preisfindung keine Selektivverträge mehr. Die Selektivverträge sind ein Spasmus in einem untergehenden System“ (ebenda). Kommentar eigentlich überflüssig – dann lieber weiterhin ein segmentierter Krankenversicherungsmarkt als ein gemeinsamer Markt unter derartigen Vorzeichen.

Unausgereifte Selektivvertragsoptionen

Inwieweit allerdings Selektivverträge in Zukunft tatsächlich mehr Wirkung erzielen können als bislang (und damit zugleich zeigen, dass sie weit mehr sind als lediglich ein „Spasmus“), hängt maßgeblich davon ab, wie die vertragswettbewerblichen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden. Gerade auch in dieser Frage ist mehr ordnungspolitische Klarheit und Konsistenz dringend erforderlich, wie insbesondere zwei Sündenfälle der jüngeren Vergangenheit unterstreichen. Dabei geht es zum einen um die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und zum anderen um die hochspezialisierten ambulanten Leistungen im Krankenhaus nach § 116b SGB V. Beide Fälle weisen einige Parallelen auf: Zunächst hatte nämlich der Gesetzgeber jeweils Handlungsfreiräume für selektivvertragliche Aktivitäten geschaffen, diese jedoch nach vergleichsweise kurzer Zeit wieder „kassiert“, weil die Krankenkassen nicht in dem von der Politik erwünschten Umfang tätig geworden waren. In beiden Fällen wurde aber nicht etwa erst einmal analysiert, welche – unter Umständen ja vielleicht gar nicht so abwegigen – Gründe einem aktiveren Vertragshandeln der Kassen entgegenstanden, sondern es wurden sogleich neue Fakten geschaffen. Zunächst lief dieses Handlungsmuster beim § 116b ab (vgl. Cassel et al. 2008: 172 f.): 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) als Selektivvertragsoption eingeführt, ganze zwei Jahre und drei Monate später mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) schon wieder abgeschafft und in ein „bewährtes“ planwirtschaftliches Modell ohne Vertragsgrundlagen überführt. Pikante Randnotiz: Eine der beiden zentralen Ursachen für die weitgehende Nicht-Nutzung des alten § 116b durch die Kassen wurde zeitgleich zur Abschaffung dieser Selektivvertragsoption mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs beseitigt. Die zweite Ursache für die Nicht-Nutzung lag in fehlenden Möglichkeiten zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen – hierzu werden die Kassen nunmehr auf planwirtschaftlicher Basis gezwungen (während gleichzeitig die Aufforderung von der Politik an die Krankenkassen ergeht, doch endlich mehr Anstrengungen zur Ausgabenbegrenzung zu unternehmen – schließlich habe man ihnen hierzu doch mittlerweile vielfältige Instrumente zur Verfügung gestellt).

Zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V gab es bislang drei unterschiedliche Gesetzesregelungen. Die erste Version wurde schon 2004 mit dem GMG eingeführt – allerdings zunächst in einer weithin untauglichen Form, weil es für alle relevanten Vertragsinhalte sowie für Regelungen zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung entsprechende Vorgaben in Gesamtver-

trägen der Kollektivvertragsakteure geben sollte. Mit dem WSG wurden die Grundlagen für die hausarztzentrierte Versorgung ab April 2007 insoweit neu geregelt, als – richtigerweise – auf eine Einbettung in einen gesamtvertraglichen Rahmen verzichtet und die Formulierung inhaltlicher Mindestanforderungen stattdessen direkt im Gesetz vorgenommen wurde. Gleichzeitig wurden die Kassen jedoch „ausdrücklich verpflichtet, (...) ihren Versicherten eine derartige flächendeckende Versorgung zu Verfügung zu stellen“ (BR-Drs. 755/06 v. 3.11.2006). Aus ordnungspolitischer Sicht wurden damit gleich zwei Kardinalfehler begangen: zum einen die „ausdrückliche“ gesetzliche Verpflichtung zum Angebot einer ganz bestimmten selektivvertragsbasierten Versorgungsform und zum anderen die dabei zusätzlich erfolgte Vorgabe der Flächendeckung (vgl. Cassel et al. 2008: 158 ff.). Die Verpflichtung zum Abschluss eines bestimmten Selektivvertrags ist ordnungspolitisch deshalb unsinnig, weil es sich bei Selektivverträgen dezidiert um vertragswettbewerbliche Instrumente handelt, über deren Einsatz und Ausgestaltung die im Wettbewerb stehenden Akteure selbst entscheiden müssen, insbesondere wenn weitere Selektivvertragsoptionen zur Verfügung stehen. Die Vorgabe zur Flächendeckung wirft zudem die Frage auf, wie „selektiv“ entsprechende Verträge überhaupt noch sein können und ob damit nicht bestenfalls „Light-Modelle“ gefördert werden, die sich überall ohne großen Zusatzaufwand realisieren lassen und keine nennenswerten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorteile gegenüber der Kollektivversorgung versprechen, sondern vielmehr umgekehrt Mehrausgaben erwarten lassen.

Dass die Krankenkassen unter diesen Bedingungen kein sonderliches Engagement beim Abschluss von Hausarztverträgen an den Tag legten, kann somit kaum überraschen, zumal die Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung angesichts unpräziser Gesetzesvorschriften weiterhin ungesichert blieb. Die daraufhin im Rahmen des 2009 in Kraft getretenen Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) erfolgten Maßnahmen – voran die faktische Verpflichtung der Kassen zu Vertragsabschlüssen mit dem Kartell des Hausärzteverbandes – kann nur noch als gesetzgeberischer Amoklauf bezeichnet werden, bei dem jeglicher ordnungspolitische Anspruch auf eine auch nur einigermaßen konsistente vertragswettbewerbliche Ausgestaltung der Regelung vollends aufgegeben wurde (und der auch bei Kenntnis und wohlwollender Berücksichtigung der politischen Begleitumstände seines Zustandekommens kaum weniger absurd erscheint).

Die Hoffnung stirbt zuletzt

Der in diesem Beitrag aus einer bewusst ordnungspolitisch akzentuierten Perspektive gerichtete Blick auf einige aktuelle gesundheitspolitische Reformmaßnahmen muss notwendigerweise kursorisch bleiben. Der Einbezug weiterer Aspekte – etwa die keineswegs widerspruchsfreie Zuweisung von zumindest potenziell konfligierenden Rollen an einzelne Systemakteure wie GKV-Spitzenverband oder

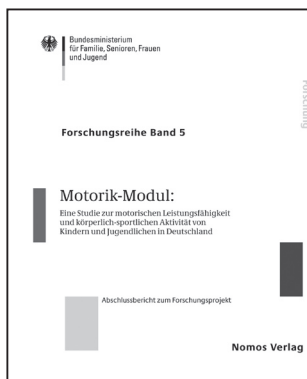
Kassenärztliche (Bundes-)Vereinigung (vgl. Cassel/Jacobs 2008) – hätte jedoch lediglich den Gesamteindruck verstärkt, dass die gesundheitspolitische Praxis von ordnungspolitischer Konsistenz meilenweit entfernt zu sein scheint. Inwieweit dies angesichts der zweifellos hochkomplexen gesundheitspolitischen Gemengelage letztlich weithin unvermeidlich ist oder ob diese Sicht nicht doch eine allzu bequeme Entschuldigung von Politikversagen darstellt, kann hier nicht entschieden werden. In jedem Fall könnte der Gesetzgeber auf etliche „Pirouetten“ verzichten, wenn ordnungspolitische Überlegungen im Vorfeld neuer Gesetze wenigstens etwas stringenter berücksichtigt würden. Muss es wirklich sein, dass gesetzliche Regelungen beschlossen werden, obwohl einem Großteil der politisch Verantwortlichen von vornherein bekannt ist, dass sie so gar nicht bzw. zumindest nicht in der erwünschten Weise funktionieren können? Wie es zum Beispiel beim Gesundheitsfonds in Bezug auf die untaugliche Überforderungsklausel beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag der Fall ist. Oder bei der seit 2004 mittlerweile schon in der dritten Variante existierenden Regelung zur hausarztzentrierten Versorgung, die genauso wie ihre Vorgängerregelungen dennoch ein Resultat kaum hervorbringen dürfte, nämlich mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierter Gesundheitsversorgung.

Wie findet man am Schluss dieses Beitrags noch die Kurve zu einem halbwegs konstruktiven Ausblick? Vielleicht mit dem Hinweis auf die alte Erkenntnis, dass die Hoffnung bekanntlich zuletzt stirbt – warum sollte das nicht auch im Hinblick auf eine ordnungspolitisch zumindest einigermaßen konsistente Gesundheitspolitik gelten? Ordnungspolitische Mahner vom Schlage Hartmut Reiners' sollten diese Hoffnung jedenfalls niemals aufgeben und sich weiterhin lautstark zu Wort melden.

Literatur

- Ärzte Zeitung (2009): „In der Summe stünde für die Ärzte mehr Geld bereit“. Interview mit Prof. Karl Lauterbach. 16.03.2009, S. 6
- BVerfG; Bundesverfassungsgericht (2005): Urteil des Zweiten Senats vom 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 – zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung; Download: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvf000201.html (letzter Zugriff am 09.07.09)

- BVerfG; Bundesverfassungsgericht (2009): Urteil des Ersten Senats vom 10.07.2009 – 1 BvR 706/08, 814/08, 819/08, 832/08, 837/08 – zu Vorschriften des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes; Download: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20090610_1bvr070608.html (letzter Zugriff am 09.07.09)
- Cassel D, Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (2008): Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In: dies. (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: WIdO, S. 151-224
- Cassel D, Jacobs K (2008): Wo Rauch ist, ist auch Feuer – Zur ordnungspolitischen Brisanz der GKV-Organisationsreform. In: G+G Wissenschaft, 8. Jg., Heft 3, S. 7-15
- Deutscher Bundestag (2003): Stenografischer Bericht der 58. Sitzung der 15. Wahlperiode am 9. September 2003 in Berlin
- FDP (2009): Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei, verabschiedet auf dem 60. ord. Bundesparteitag, Hannover, 15.-17.05.2009
- Jacobs K (2009): Ring frei zur nächsten Runde – Eine „echte“ GKV-Finanzierungsreform ist weiter überfällig. In: G+G Wissenschaft, 9. Jg., Heft 3, S. 13-22
- Jacobs K, Schulze S (2004): Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. In: G+G Wissenschaft, 4. Jg., Heft 1, S. 7-18
- Leinert J (2006): Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hrsg.): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: WIdO, S. 31-48
- Reiners H (1987): Ordnungspolitik im Gesundheitswesen: Ausgangspunkte und Konzepte. WIdO-Materialien Band 30, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Reiners H (2009a): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Verlag Hans Huber
- Reiners H (2009b): Gesundheitspolitik als Implantierung von ‚Reformviren‘ – Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. In: G+G Wissenschaft, 9. Jg., Heft 3, S. 7-12
- SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05. Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 04.11.2004
- SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006): Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07. Bundestags-Drucksache 16/3450 vom 13.11.2006
- Schawo D (2007): Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard, S. 97-115



Motorik-Modul:

Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

2009, 425 S., broch., 49,- €, ISBN 978-3-8329-4498-8

(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – Forschungsreihe, Bd. 5)



Nomos