

Paul Raffauf

Wie geht es weiter nach der Wahl? Eine Analyse der Parteiprogramme

„Nach der Reform ist vor der Reform“. Diese Grundregel der Gesundheitsgesetzgebung gilt möglicherweise auch im Wahljahr 2009. Die weitreichenden Veränderungen in Folge der letzten Reformbeschlüsse machten eine Umsetzung erst im Jahr 2009 realisierbar. Nun, nach nur wenigen Monaten Erfahrung mit dem Gesundheitsfonds und den begleitenden Änderungen, steht der eingeschlagene Weg schon wieder auf dem Prüfstand. Ein Überblick über zentrale Inhalte der Wahlprogramme der Parteien offenbart Übereinstimmungen, aber auch Gegensätze, die im Rahmen möglicher Koalitionsvereinbarungen zu lösen wären.

Einleitung

Wenige Wochen vor der Bundestagswahl 2009 haben die politischen Parteien ihre Wahlprogramme vorgestellt und darin ihre Perspektiven zur zukünftigen Gesundheitspolitik skizziert. Die jeweiligen Wahlprogramme enthalten mehr oder weniger konkrete Aussagen zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Meist finden sich wohlklingende Forderungen, „schmerzhaft“ Einschnitte werden verkleuselt und komplexe Umsetzungsfragen bleiben unbeantwortet. Das parteipolitische Marketing mit populären Forderungen für spezifische Wählerschichten steht vielfach im Vordergrund.

Trotzdem ist es perspektivisch von Interesse, welche Ausgangspunkte die politischen Akteure für das weitere Reformgeschehen artikulieren, ob und welche konzeptionellen Vorstellungen über den zukünftigen Ordnungsrahmen, über die Finanzierung, über den Wettbewerb der Krankenkassen sowie zwischen den Leistungserbringern bestehen. Die Parteienpositionen bilden zumindest einen wichtigen Orientierungspunkt für die zu erwartenden Koalitionsverhandlungen. Erst im Anschluss daran wird sich zeigen, welche Wege eingeschlagen werden, wie die „Modelle“ zusammenpassen und wie eine Konkretisierung der jeweiligen Programmatik bei Übernahme von Regierungsverantwortung aussieht.

Methodisches Vorgehen

Die Inhalte der vorliegenden Wahlprogramme der Parteien werden anhand bestimmter Hauptdimensionen untersucht und bewertet. Im Vordergrund stehen dabei die Aussagen zum jeweiligen gesundheitspolitischen Reformmodell, zur zukünftigen Finanzierung, zum Verhältnis zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV), zum Umfang des Leistungskatalogs sowie zum Wettbewerbskonzept. Nachfolgend wird thesenartig zur weiteren Reformentwicklung Stellung genommen. Ausgangspunkt für die nächste Bundesregierung wird dabei das „Gesamtpaket Gesundheitsfonds“ sein. Dabei wird die These vertreten, dass die politisch Verantwortlichen an den strukturbildenden Fondselementen festhalten werden. Die Wettbewerbsergebnisse der letzten Gesundheitsreform werden zunächst abgewartet und der Druck auf Kassen und Leistungserbringer aufrechterhalten.

Analyse der Wahlprogramme

Zunächst einmal ist von Interesse, welche Takte die bisherigen Regierungsparteien SPD und CDU/CSU anschlagen, die das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), weitere Reformen der laufenden Legislatur und in Vorwegnahme einer offiziellen großen Koalition bereits das GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 zu verantworten haben.

Die SPD verfolgt weiter das Ziel einer Bürgerversicherung. Konzeptionell wird also der bekannte Einbezug „aller Bürger“ und „aller Einkunftsarten“ in die Kranken- und Pflegeversicherung gefordert. Zur Realisierung soll der Fonds weiterentwickelt und die private Krankenversicherung integriert werden. Ohne Aussage über ein zukünftiges, mittelfristiges Reformmodell bleibt die Programmatik der Union. Im gemeinsamen Wahlprogramm von CDU und CSU sind weder der Gesundheitsfonds noch das Unionsmodell der „Gesundheitsprämie“ aus dem Jahr 2003 erwähnt.

Auf den zweiten Blick rücken die derzeitigen Oppositionsparteien ins Visier. Konzeptionell findet sich bei der FDP ein Prämienmodell in einem

weitgehend privatisierten Gesundheitssystem. GRÜNE und Die Linke favorisieren dagegen Varianten der Bürgerversicherung. Alle drei Oppositionsparteien wollen den Gesundheitsfonds abschaffen.

Die nachfolgende Übersicht gibt in Matrixform einen Einblick in die Kernaussagen der Parteien zur Gesundheitspolitik.

Tabelle 1: Auf einen Blick – die Positionen der Parteien zur Reform des Gesundheitswesens (Parteiprogramme)

	Beibehaltung Fonds	soziale Beiträge	mehr Steuern	duales System GKV/PKV	umfassende Leistungen	mehr Einzel- verträge
CDU	+	+	+	+	+	+
CSU	-	+	+	+	+	0
SPD	+	+	+	-	+	+
FDP	-	-	+	+	-	0
GRÜNE	-	+	0	-	+	+
Linke	-	+	0	-	+	-

Quelle: eigene Auswertung der Parteiprogramme zur Bundestagswahl

Legende: + Befürwortung, - Ablehnung, 0 keine Aussage

SPD: Das Modell der Bürgerversicherung

In ihrem Regierungsprogramm vom 14. Juni 2009 bewertet die SPD die zurückliegende Gesundheitsreform als wichtigen Schritt zu einem solidarischen Gesundheitswesen. Ihr langfristig angelegtes Bürgerversicherungskonzept sieht den Ausbau des Gesundheitsfonds vor, der damit zum Ausgangspunkt weiterer Reformschritte wird. Zum einen soll über den Fonds die private Krankenversicherung (PKV) in die Bürgerversicherung einbezogen werden. Zum anderen soll die Mittelzuweisung aus dem Fonds verbessert werden, indem der auf 80 Krankheiten basierende Risikostrukturausgleich (RSA) zum vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich weiterentwickelt wird.

GKV und PKV: Gleiche Rahmenbedingungen

Wie eine Integration der PKV institutionell, formal-rechtlich und von den Finanzierungsgrundlagen her realisiert werden kann, bleibt allerdings völlig offen. Die propagierten „gleichen Rahmenbedingungen für alle“ bedeuten beispielsweise Einheitlichkeit:

- im Rechtsverhältnis des Versicherten zum Versicherungsunternehmen,
- bei der Gerichtsbarkeit,
- bei der Rechtsaufsicht mit Eingriffsrechten und -möglichkeiten des Staates und
- bei der Vertrags- und Vergütungssystematik (unter anderem Versicherungsvertragsrecht oder Sozialgesetzbuch, Gebührenordnung oder Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)). Die SPD fordert daher auch eine einheitliche Vergütungsordnung im ambulanten Bereich, um der Diskriminierung von GKV-Versicherten zu begegnen.

Eine weitere offene Frage sind die Kalkulationsgrundlagen der PKV. Das Bürgerversicherungskonzept fordert „einkommensabhängige Beiträge“ von allen Bürgerinnen und Bürgern. Insofern müsste sich die PKV von risikoadjustierten Prämien verabschieden, da sonst gravierende Schief-lagen im Wettbewerb zwischen den Versicherungen entstehen.

Finanzierung: Steuerlösung für „andere Einkommensarten“

Von besonderem Interesse sind die Ausführungen zum Einbezug aller Einkommensarten. Eine im bisherigen SPD-Modell (2004) vorgenommene Differenzierung zwischen Kapitaleinkünften (Einbeziehung) und Mieteinnahmen (Nichteinbeziehung) ist nicht mehr enthalten. Zur Heranziehung aller Einkünfte wird schlicht die Ausweitung des Steueranteils für die GKV vorgeschlagen. Die zahlreichen ungelösten Fragen hinsichtlich einer oder zwei Beitragsbemessungsgrenzen, der Umgang mit negativen Einkünften und mit unerwünschten Belastungswirkungen lösen sich auf diese Weise auf.

Vollständige Parität

Weiterhin will die SPD dafür sorgen, dass wieder vollständige Parität bei der Finanzierung hergestellt wird. Belastungsverschiebungen zugunsten der Versicherten sind die Folge. Nach der Fondssystematik werden damit auch die allein von den Mitgliedern zu tragenden Zusatzbeiträge politisch „kassiert“. Das Bekenntnis zu einem Preiswettbewerb zwischen den Kassen sucht man im Wahlprogramm vergeblich.

Wettbewerb: Mehr Flexibilisierung bei Verträgen

Beim Leistungsumfang orientiert sich die SPD an einer „guten Versorgung“, zu der alle Bürger gleichen Zugang haben sollen. Dabei werden nach dem Wunsch der SPD weiterhin alle Versicherten am medizinischen Fortschritt partizipieren. Als Voraussetzung für dieses Leistungsversprechen wird auf die Notwendigkeit einer besseren Allokation der Mittel und auf den verantwortlichen Umgang mit den Ressourcen verwiesen. Es wird betont, dass auf der Versorgungsseite Über- und Unterversorgung abzubauen sind.

Einen entscheidenden Beitrag dazu leistet die weitere Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Fokussiert wird ein Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelverträgen. Einem schon traditionellen SPD-Anliegen folgend, wird die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und eine einheitliche Vergütung für beide Sektoren anvisiert. Insgesamt lassen die programmatischen Aussagen zur Versorgung zahlreiche Ansatzpunkte für eine verstärkt wettbewerbliche Gestaltung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern erkennen.

Union: Kurskorrekturen an der Gesundheitsreform

Das Regierungsprogramm der Union, vorgestellt am 29. Juni 2009, beschränkt sich weitgehend auf Kurskorrekturen an der letzten Gesundheitsreform. Ein mittelfristiges Reformmodell oder eine längerfristige Perspektive fehlen. Im Hintergrund steht, dass die Gesundheitspolitik ein internes Streitthema zwischen CDU und CSU darstellt. Die

weitreichenden Forderungen der CSU, mit Absagen an ein Prämienmodell sowie Distanz zum Gesundheitsfonds, haben zur Folge, dass kein spezifisches Reformmodell fokussiert wird. Die gesundheitspolitischen Zielvorstellungen beschränken sich auf Korrekturen am Bestehenden. Ein Prämienmodell oder der Gesundheitsfonds tauchen im Wahlprogramm der Union nicht auf.

Finanzierung: Festhalten am Status quo

Das Festhalten an den bestehenden Strukturen des Gesundheitsfonds, inklusive Einheitsbeitrag und Zusatzbeiträgen, lässt sich aus den programmatischen Aussagen schlussfolgern. Explizite Bekenntnisse zum Fonds fehlen. Offenkundig setzt die Union heute – in Abgrenzung zum seit dem Jahr 2003 präferierten Prämienmodell – auf eine solidarische, einkommensbezogene Finanzierung. Allerdings wird auf die Notwendigkeit zur ständigen Weiterentwicklung von GKV und PKV verwiesen. Die Vorstellungen zur weiteren Reform sind in „Kurskorrekturen“ skizziert, wobei die Honorarreform und der Risikostrukturausgleich als Beispiele angeführt werden. Mittelfristig will die Union das System zudem generationsgerecht weiterentwickeln, ohne hierzu weitere Ausführungen zu machen.

Ausweitung der Steuerfinanzierung

Aussagen über eine künftige Ausweitung der Zusatzbeiträge (kleine Kopfpauschale) beziehungsweise über ein Absenken des Fondsvolumens unter die gesetzlich fixierten 95 Prozent sind nicht anzutreffen. Allerdings wird davon gesprochen, dass zusätzliche Belastungen der Versicherten in Grenzen gehalten werden. Außerdem sollen Entlastungsspielräume in Form steuerfinanzierter versicherungsfremder Leistungen genutzt werden. Auch die Union setzt damit auf ein stärker steuerfinanziertes System.

Das Verhältnis zwischen GKV und PKV

Die PKV soll als Vollversicherung erhalten bleiben, was die Union mit einem klaren Bekenntnis zu einem „freiheitlichen Gesundheitssystem“

verbindet. Zudem soll der Markt für Zusatzversicherungen ausschließliches Betätigungsfeld der PKV bleiben. Hier sollen GKV und PKV stärker als bisher miteinander kooperieren. Insgesamt wird auch an dieser Stelle lediglich der Status quo bestätigt.

Umfassender Leistungskatalog

Die Union geht weiter von einem umfassenden Leistungskatalog der GKV aus. Den Versicherten soll eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung zur Verfügung stehen. Auch die Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt gehört zum Programm.

Wettbewerb: Mehr einzelvertragliche Möglichkeiten

Hinsichtlich des Vertragswettbewerbs sind mehr einzelvertragliche Möglichkeiten für die Kassen und die Leistungserbringer vorgesehen. Kollektivvertragliche Regelungen sollen demnach weiter zurückgedrängt werden. Lediglich zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum wird auf die Notwendigkeit kollektivvertraglicher Regelungen verwiesen.

Insgesamt soll durch die einzelvertraglichen Möglichkeiten der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und zwischen den Kassen intensiviert werden. Allerdings steht der postulierte Wettbewerb im Kontrast zu dem in zahlreichen Passagen manifesten „Schutzzaun“ für die freien Berufe – als „tragende Säulen erstklassiger Patientenversorgung“ oder als „Garanten für eine qualitativ hochwertige, patientennahe Versorgung“.

Regionale Strukturen

Das Unionsprogramm betont hinsichtlich der Versorgungsstrukturen mehrfach die notwendige Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Rahmenbedingungen. Das Prinzip der Regionalität als gesundheitspolitische Richtschnur findet sich in den Ausführungen zur flächendeckenden Versorgung, zur Versorgungsgestaltung über Einzelverträge, zur vertragsärztlichen Vergütung und insbesondere zur Finanzierung

der Krankenhäuser wieder. Ein Bundesbasisfallwert („bundesweiter Einheitspreis“) wird ebenso abgelehnt wie eine Entwicklung hin zur monetarischen Finanzierung.

CSU: Bürgerlich-föderale Gesundheitspolitik

Im Vorfeld der Verständigung mit der CDU hatte die CSU ihre stark regionalpolitisch geprägten Forderungen zur Gesundheitspolitik präsentiert. Diese sind offenkundig in das gemeinsame Unionsprogramm eingeflossen. So wurden auf einer Klausurtagung des Parteivorstands am 3. und 4. April 2009 die CSU-Positionen zur Bundestagswahl vorgestellt, auf die hier begrenzt eingegangen wird. Von Bedeutung ist die klare Absage an ein Prämienmodell. Gefordert wird ein Neustart nach den Grundprinzipien eines „bürgerlich-föderalen Gesundheitsmodells“.

Finanzierung: Einkommensbezogene Beiträge

Im Kern hält die CSU an der einkommensbezogenen, sozialen Finanzierung fest. Gefordert wird ein „ausgewogener Finanzierungsmix“ aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen, sozialverträglichen Selbstbeteiligungen und Steuermitteln. Verschiebungen zu Lasten der Versicherten sind hier latent angelegt. Ohne besondere Ausführungen und Begründungen wird der Erhalt der privaten Krankenvollversicherung zugesichert.

Erhöhung Steueranteil

Die CSU fordert ausdrücklich eine erweiterte Steuerfinanzierung über die gesetzlich fixierten 14 Milliarden Euro hinaus. Eine stärkere Steuerfinanzierung der GKV findet sich auch im Unionsprogramm und deckt sich mit den Vorstellungen anderer Parteien, auch wenn die Begründungen hierfür variieren.

Rückkehr zu kassenindividuellen Beiträgen

Das CSU-Vorstandspapier distanziert sich vom Gesundheitsfonds, fordert aber nicht explizit seine Abschaffung. Ins Spiel gebracht wird die Option, zur Finanzautonomie der Kassen mit individuellen Beitragssätzen

zurückzukehren. Der Vorschlag bedeutet nichts anderes als eine Rückkehr zur „alten Welt“ inklusive einer Abschaffung des Fonds. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich soll manipulationsfrei gestaltet und vereinfacht werden. Eine Konkretisierung dieses Vorschlags fehlt.

Wettbewerb: Zurückhaltung beim Wettbewerb

Die Forderungen der CSU nach föderalen Strukturen haben im Nachgang auch das Unionsprogramm geprägt. Zum Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern wird im CSU-Papier wenig gesagt. An der hausarztzentrierten Versorgung, wie sie derzeit als Monopol des Hausärzterverbandes im § 73b SGB V geregelt ist, soll ebenso festgehalten werden wie an den Regelungen des § 73c SGB V für besondere ambulante Versicherungsverträge. Gegen neue Organisationsformen der Leistungserbringer wird das Prinzip der Freiberuflichkeit ins Feld geführt. Besonders deutlich wird dies in der Distanz zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Diese werden abgelehnt, solange sie sich in der Hand großer Kapitalgesellschaften befinden. Insgesamt ist das Papier von Nähe zu den Leistungserbringern geprägt, die wenig Raum für einen intensiveren Wettbewerb lässt.

FDP: Neuauflage eines Prämienmodells

Auf dem Parteitag vom 15. bis 17. Mai 2009 haben die Liberalen ihr Wahlprogramm mit der Forderung nach einem „Prämienmodell“ und der Beseitigung des Gesundheitsfonds verabschiedet. Der gesundheitspolitische Kurs betont die Eigenverantwortung des Einzelnen und fordert mehr Gestaltungsspielräume der Bürger bei Versicherungs- und Therapieentscheidungen. Mit der Neuauflage des bereits im Juni 2004 gefassten Grundsatzbeschlusses für eine prämienfinanzierte GKV sind grundlegende Änderungen hin zu einem stärker privaten System verbunden.

Nebeneinander von GKV und PKV

Die FDP hält an der Trennung von GKV und PKV in zwei Versicherungsmärkte fest. Trotz einer Angleichung, beispielsweise bei der Einführung

von Kapitaldeckung und Kostenerstattung in der GKV, soll es beim Nebeneinander von GKV und PKV bleiben. Insbesondere soll aber die Position der privaten Krankenversicherung gestärkt werden. Die gravierenden Umbaumaßnahmen im Gesundheitswesen betreffen insofern primär die GKV und orientieren sich systematisch an PKV-Elementen.

Finanzierung: Risikounabhängige Prämien

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung soll über „leistungsgerechte Prämien“ erfolgen. Systematisch entfällt die bisherige Bindung an die Finanzierungsgrundlage Löhne und Gehälter. Von Interesse ist der Unterschied zu den Kalkulationsgrundlagen der PKV. Denn für die GKV sind keine risikoadjustierten Prämien vorgesehen, sondern einheitliche Pauschalprämien für die Grundversorgung. Diese sollen anscheinend von Unternehmen zu Unternehmen variieren, da die Kassen im Wettbewerb zueinander stehen. Für den Versicherungsschutz, der über die Grundversorgung hinausgeht, sieht die FDP allerdings Risikozuschläge nach der üblichen PKV-Kalkulation vor.

Umstieg auf Kapitaldeckung

Eine Kernforderung der FDP ist zudem der Umstieg von der umlagefinanzierten GKV auf ein kapitalgedecktes Versicherungssystem. Die Kapitaldeckung soll für eine „generationengerechte“ Verteilung der Lasten sorgen. Auf einen intergenerativen Ausgleich will die FDP verzichten. Jede Generation soll die von ihr verursachten Gesundheitskosten über die gesamte Lebenszeit selbst tragen. Das Prinzip der generationengerechten Versorgung wird somit über alle anderen Gerechtigkeitsdimensionen (zum Beispiel gerechte Lastenverteilung, sozialer Bedarf) gestellt. Ob zudem die GKV zukunftssicherer wird, wenn sich ihre Finanzierungsgrundlagen den Risiken der Finanzmärkte aussetzen, ist politisch zu diskutieren.

Sozialer Ausgleich über das Steuersystem

Darüber hinaus sieht die FDP die Verlagerung des sozialen Ausgleichs zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen in das

Steuertransfersystem vor. Auch die Krankenversicherung der Kinder soll aus Steuermitteln erfolgen. Die FDP führt hier keine Zahlen an. Es muss aber mit einem Steueraufwand von etwa 40 Milliarden Euro – etwa 15,8 Milliarden Euro für die Kinderversicherung, etwa 22,5 Milliarden Euro für den Sozialausgleich bei Erwachsenen – gerechnet werden (Bericht der Kommission 2003). Der „Steuerstaat“ spielt insofern im FDP-Konzept eine tragende Rolle.

Reduzierter Leistungskatalog

In der Grundversorgung – finanziert über risikounabhängige Prämien – ist der Leistungskatalog gesetzlich vorgeschrieben. Offenkundig soll dieser gegenüber dem Status quo deutlich reduziert sein. Denn zum einen soll jeder Bürger so weit wie möglich selbst bestimmen, was und wie er das Krankheitsrisiko absichert. Richtschnur sind die individuellen Bedürfnisse des Bürgers. Zum anderen ist davon die Rede, dass nur die Existenz bedrohenden Risiken ohne eine Erhebung von Risikozuschlägen abgesichert sind. Was konkret zum Leistungspaket in der Grundversorgung gehört, ist nicht durchdekliniert. Nach den Vorstellungen der FDP ist es dem Sicherheitsbedürfnis des Einzelnen überlassen, umfangreicheren Versicherungsschutz „einzukaufen“ und die Tarife unterschiedlich zu gestalten.

Wettbewerb: Die freien Berufe im Fokus

Bekanntnisse zum Wettbewerb zwischen den Versicherern als auch zwischen den Leistungserbringern sind im Wahlprogramm knapp gehalten. Die starke Stellung der Leistungserbringer im FDP-Programm zielt wohl auf die erhoffte Wählerklientel. Wie bei der Union ist die Freiberuflichkeit der Garant für eine „patientenorientierte und bedarfsgerechte“ Versorgung. Unkritisch steht das Wahlprogramm dem bekannten Marktversagen im Arzt-/Patienten-Verhältnis gegenüber. Transparenz über die Kosten einer Behandlung soll durch die Einführung der Kostenerstattung entstehen. Von dieser erwartet die FDP eine Steuerung hin zu kosten- und gesundheitsbewusstem Verhalten. Die damit verbundene massive Ausweitung der Bürokratie im Gesundheitswesen wird völlig ausgeblendet.

Insgesamt bedeutet das Prämienmodell mit reduzierter Grundversorgung einen radikalen Umbau der GKV. Das vordergründig marktorientierte Konzept mit einem Grund- und Wahlleistungsansatz deckt sich konzeptionell nicht mit den Wahlprogrammen der anderen Parteien.

Bündnis 90/GRÜNE und Die Linke: Varianten der Bürgerversicherung

Da die Wahlprogramme der Parteien GRÜNE und Die Linke jeweils Varianten der bereits skizzierten Bürgerversicherung (siehe SPD) enthalten, wird nachfolgend nur noch auf einzelne Spezifika eingegangen. Beide Wahlprogramme lehnen – im Gegensatz zur SPD – den Gesundheitsfonds ab und wollen diesen umgehend abwickeln.

Spezifika Bündnis 90/GRÜNE

Hinsichtlich der Einbeziehung aller Einkunftsarten sind Freigrenzen vorgesehen und zugleich soll die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden. Eine vereinfachte Steuerlösung wie bei der SPD ist nicht vorgesehen. Konkrete Angaben zu Freigrenzen und Beitragsbemessungsgrenze fehlen. Praxisgebühren und Arzneimittelzuzahlungen wollen die GRÜNEN zudem mit Blick auf Belastungswirkungen für arme Menschen abschaffen.

Hinsichtlich des Leistungskatalogs sind keine Kürzungen gegenüber dem Status quo vorgesehen. Vielmehr ist durch Ausweitung der Prävention sowie dem Einbezug alternativer Behandlungsmethoden („Naturheilmedizin und komplementärmedizinische Angebote“) von einem erweiterten Leistungskatalog auszugehen. Bei den knappen Ausführungen zum „Qualitätswettbewerb“ zwischen den Leistungserbringern betonen die GRÜNEN, dass dieser nicht zulasten der Beschäftigten im Gesundheitswesen gehen darf. Insgesamt ist bei den GRÜNEN der Wettbewerb als ordnungspolitisches Leitbild wenig entwickelt.

Spezifika Die Linke

Hinsichtlich der Finanzierung sieht die „linke“ solidarische Bürgerversicherung den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze vor. Betont wird zudem die Streichung des Sonderbeitrags (von 0,9 Prozent) für

Arbeitnehmer und Rentner, um die paritätische Finanzierung wiederherzustellen. Analog zur Partei Die GRÜNEN wird auch die Abschaffung aller Zuzahlungen inklusive der Praxisgebühr gefordert.

Hervorzuheben ist die ablehnende Haltung der Linken zu wettbewerblichen Strukturen. Hinter privaten Anbietern (beispielsweise private Kliniken) befürchten die Linken für das Gesundheitssystem schädliche Kapitalmarktinteressen. Der Wettbewerbsansatz gilt als Ursache jeglicher Probleme, der die Patienten zu Verlierern macht. Insofern wird hier manifest, dass zwischen den Bürgerversicherungsmodellen von SPD, GRÜNEN und Die Linke erhebliche Auffassungsunterschiede zu einem wettbewerblich gestalteten Gesundheitswesen bestehen.

Thesen zum zukünftigen Reformprozess

Zur weiteren Reformentwicklung wird nachfolgend thesenartig Stellung genommen.

These 1: Nüchterne Bestandsaufnahme vor nächster GKV-Reform

Die Wahlprogramme verschaffen lediglich einen Überblick über die gesundheitspolitischen Reform- und häufig idealisierten Wunschvorstellungen der Parteien. Unabhängig von den Wahlprogrammen wird sich eine neue Bundesregierung mit den realen Gegebenheiten auseinandersetzen. In den Vordergrund sollte dann eine nüchterne Bilanz und politische Bewertung der Reformergebnisse rücken. Erst damit schafft sich die Politik ein belastbares Fundament, um den kurz- und mittelfristigen Handlungsbedarf festzustellen sowie Reformperspektiven anzugehen.

Das Kernstück der jüngsten Reform, der Gesundheitsfonds, ist aber erst seit wenigen Monaten Realität. Über die Wirkungen von einheitlichem Beitragssatz, kassenindividuellen Zusatzbeiträgen, vollständigem Finanzkraftausgleich und morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich liegen nur begrenzte empirische Befunde vor. Das betrifft insbesondere das ordnungspolitische Ziel, einen funktionalen Wettbewerb um mehr Wirtschaftlichkeit zu entfalten.

Die Wirkungen von pauschalen Zusatzbeiträgen (ohne Arbeitgeberbeteiligung) beziehungsweise des „Gesamtpaketes Gesundheitsfonds“ können bislang in ihren Konsequenzen nicht beobachtet werden. Denn der Prämienwettbewerb hat 2009 noch nicht eingesetzt. Obwohl allen Beteiligten klar ist, dass durch das sinkende Fondsvolumen Zusatzbeiträge obligatorisch sind, wird bislang der erstmaligen Erhebung ausgewichen. Die baldige Enttabuisierung der Finanzierungssäule „Zusatzbeitrag“ ist daher aus Gründen der finanziellen Stabilität des Systems durchaus geboten (Paquet 2009). Mit Beginn der neuen Legislatur wird der Prämienwettbewerb flächendeckend und in aller Schärfe einsetzen. Bevor eine weitere richtungweisende Reformrunde eingeläutet wird, dürfte die Politik zunächst die Wirkungen von Fonds, Prämien- und begrenztem Versorgungswettbewerb abwarten.

These 2: Politik hält Wettbewerbsdruck aufrecht

Ob der intendierte Wettbewerb zwischen den Kassen belebt wird, auf welche Versichertengruppen Zusatzbeiträge und neue Versorgungsangebote – sofern diese bereits entwickelt sind – eine Signalwirkung ausüben, kann in der schlichten Vorausschau nicht beantwortet werden. Dabei ist zu beachten, dass die eingeschränkten einzelvertraglichen Möglichkeiten weiterhin nur begrenzte Differenzierungsoptionen für die Kassen bieten. Das Zusammenspiel von verändertem Preis- und Versorgungswettbewerb braucht Entwicklungszeit. Insofern spricht aus Sicht der Politik vieles dafür, die jüngste Reform wirken zu lassen. Politische Vorstellungen über eine baldige Struktur- und Finanzreform rücken somit in den Hintergrund.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die von zahlreichen politischen Akteuren vorgetragene Befürchtung, der Gesundheitsfonds würde den Wettbewerb zum Erliegen bringen, schlichtweg falsch ist. Denn der zukünftige Preiswettbewerb über einen absoluten Eurobeitrag bringt den Versicherten eine deutlich höhere Spürbarkeit als prozentuale Beitragsatzunterschiede im Quellenabzugsverfahren (Lauterbach et al. 2008). In der Praxis ist dies allerdings mit politisch vernachlässigten Konsequenzen

für die Versicherten verbunden: Zusatzbeitragsforderungen der Kassen, individuelle Einkommensprüfungen, Zahlungsverkehr zwischen Versicherten und Kassen statt „schlankem“ Quellenabzug durch die Arbeitgeber, die Rentenversicherung etc. – alles Punkte, die die Bürokratie im Gesundheitswesen ausweiten und das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten belasten. Nach der Wahl muss hier politisch schnell gehandelt werden, um die negativen Begleiterscheinungen bei Erhebung und Einzug pauschaler Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Unabhängig davon ist damit zu rechnen, dass der Fonds den Wettbewerb intensiviert und – soweit die Möglichkeiten reichen – ein effektives und effizienteres Vertragshandeln der Kassen fokussiert wird. Der Preisdruck zwischen den Krankenkassen wird als Druck zur wirtschaftlicheren Leistungserbringung weitergegeben. Letztlich ist genau dies politisch gewollt und mit den Reformen der vergangenen Jahre – nicht erst mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – auf die Schiene gesetzt worden. Auch zukünftig werden die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, mit allen Konsequenzen für Kassen, Leistungserbringer und Versicherte, wettbewerbslich zu gestalten sein.

These 3: Fonds bietet Entwicklungsmöglichkeiten

Mit dem Gesundheitsfonds wurde keine stabilere, konjunkturunabhängige Finanzierungsgrundlage geschaffen. An dieser Stelle ist der Fonds aber ausbaufähig. Eine veränderte Mittelschöpfung in der GKV liegt in den Händen der politischen Mehrheit, ohne dass dafür der Fonds beseitigt werden muss. Es darf nicht übersehen werden, dass die Fondssystematik über den Charakter eines politischen Kompromisses hinausreicht. Der Fonds wurde zum einen schon vor der Bundestagswahl 2005 als Option zur Steigerung des Wettbewerbs konzipiert (Richter 2005). Zum anderen können in dem gegebenen Rahmen – bei Nachjustierungen an begleitenden Strukturen wie beispielsweise der Ein-Prozent-Überforderklausel – die zentralen Fondselemente Bestand haben. Erst wenn sich herausstellen sollte, dass Funktionsdefizite des Wettbewerbs nicht behoben werden, muss aus wettbewerbsfunktionaler Sicht die Politik

reagieren. Kernthese zum Reformgeschehen nach der Bundestagswahl ist daher, dass die Finanzarchitektur des Fonds erhalten bleibt. Seine Kernelemente Einheitsbeitrag, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und Zusatzbeitrag bleiben strukturbildend für das weitere Reformgeschehen.

These 4: Verhältnis GKV/PKV gehört auf die Agenda

Die Wahlprogramme zeigen noch einmal, dass in der Frage des zukünftigen Verhältnisses von GKV und PKV die politischen Zielvorstellungen diametral auseinanderliegen. Auf Seiten der Union und der FDP soll am sogenannten „dualen System“ mit der bestehenden Marktabgrenzung (Personenkreise) inklusive unterschiedlicher Spielregeln für GKV und PKV festgehalten werden. Dem gegenüber stehen die Konzepte der Parteien SPD, Bündnis 90/GRÜNE und Die Linken. Diese entwickeln eine langfristige Perspektive hin zu einem einheitlichen Versicherungsmarkt mit gleichen Rahmenbedingungen für alle Versicherungsanbieter. Inwieweit die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeleitete Annäherung – im Sinne von PKV-Elementen in der GKV (beispielsweise Wahltarife) und GKV-Elementen in der PKV (solidarischer Basistarif, Kontrahierungszwang, Risikoausgleich) – inhaltlich weiterverfolgt und konzeptionell in einen stimmigen Reformprozess mündet, hängt von den Konstellationen nach der Wahl ab. Gleichwohl ist das Thema virulent und gehört auf die Agenda.

Denn aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive ist eine Segmentierung des Marktes in GKV und PKV, mit zudem unterschiedlichen Honorarsystemen, nicht wünschenswert. Zum einen folgen daraus distributive Verwerfungen, da sich gerade die ökonomisch Leistungsfähigen dem Solidarausgleich entziehen und damit seit Jahren eine wettbewerbschädliche Risikoentmischung auslösen. Zum anderen sind Fehlallokationen beobachtbar, da Behandlungsqualität und Effizienz der Leistungserbringung leiden, wenn Ärzte nicht gemäß ihren Fähigkeiten und nach medizinischen Erfordernissen eingesetzt werden, sondern nach Zugehörigkeit eines Patienten zum jeweiligen Versicherungssystem.

Den Verbrauchern sind die willkürlichen Abgrenzungen zwischen GKV und PKV schon lange nicht mehr vermittelbar. Der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hat daher wiederholt die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes angemahnt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004 und 2008).

Derartige strategische Überlegungen werden längst innerhalb der privaten Versicherungswirtschaft angestellt. Das im Sommer 2008 an die Öffentlichkeit gelangte Arbeitspapier des Gesamtverbandes der Versicherungswirtschaft (GDV) sieht die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes vor. Auch wenn das GDV-Papier einen (einheitlichen) privatrechtlichen Rahmen vorsieht, steht dahinter doch die Erkenntnis, dass das heutige PKV-Geschäftsmodell auf Dauer nicht mehr tragfähig ist. Die Attraktivität des Vollversicherungsmarktes wird vor allem von großen Versicherungskonzernen aus diversen Gründen skeptisch bewertet. Zukunftsweisende Politik muss sich damit auseinandersetzen. Auch innerhalb der Union ist der Stein ins Rollen gekommen, da sich einzelne Gesundheitsexperten offen für Überlegungen zu einem gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt zeigen. Sind das die Impulse für eine nächste Reformstufe? Auf jeden Fall sollte sich die Politik – wenn schon die PKV-Branche Gedankenspiele anstellt – hier keine Tabus verordnen.

Literatur

Bericht der Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Kapitel 4. Reformvorschläge zur Gesetzlichen Krankenversicherung. S. 143-190.

Boroch, W., und C. Michel (2007): In: Gesundheits- und Sozialpolitik 11-12/2007. S. 56-60.

Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (2008): Soziale Sicherung in Deutschland: Zukunftskonzepte für 2020. In: Zeitschrift für Versicherungswesen 12/2008. Zukunftskonzept der Versicherungswirtschaft für die Krankenversicherung (Auszüge). S. 461-462.

- Graalman, J., und C. Wanke (2008): Startklar für den Fonds? In: Gesundheit und Gesellschaft. Ausgabe 9/2008. S. 32-36.
- Greß, S., M. Manouguian, A. Walendzik und J. Wasem (2008): Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG. In: GGW 2008, Heft 3. S. 16-23.
- Lauterbach, K., und M. Lungen (2008): Gesundheitsfonds – Intention, Systemfragen und Steuerungswirkung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 4/2008. S. 11-14.
- Paquet, R. (2009): Angst vor dem Zusatzbeitrag. In: Gesellschaftspolitische Kommentare Nr. 1/09. Januar 2009. S. 3-8.
- Richter, W. F. (2008): Problematische Umsetzung der Gesundheitsreform – Countdown beim Gesundheitsfonds. In: Wirtschaftsdienst 10/2008. S. 631-652.
- Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung – SVR (2004): Jahresgutachten 2004. Fünftes Kapitel. S. 514-516. Jahresgutachten 2008. Sechstes Kapitel. S. 396.

Quellen: Untersuchte Wahlprogramme der Parteien

- Bündnis 90/GRÜNE: Bundestagswahlprogramm 2009. Der grüne Neue Gesellschaftsvertrag. Beschluss der 30. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz, 8. bis 10. Mai 2009.
- CDU/CSU: Regierungsprogramm 2009 bis 2013. Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land. Beschluss der Parteivorstände CDU und CSU, 28. Juni 2009.
- CSU: Für eine solidarische und menschliche Medizin. Beschluss des CSU-Parteivorstandes, 3. bis 4. April 2009.
- Die Linke: Bundestagswahlprogramm. Konsequenz sozial. Für Demokratie und Frieden. Beschluss des Bundestags-Wahlparteitags 2009, 20. bis 21. Juni 2009.
- FDP: Deutschlandprogramm. Die Mitte stärken. Beschluss des 60. Ordentlichen Bundesparteitags, 15. bis 17. Mai 2009.
- SPD: Regierungsprogramm 2009 bis 2013. Beschluss des außerordentlichen Bundesparteitags, 14. Juni 2009.