

Harald Weinberg

Mitglied des Deutschen Bundestags

Obmann der LINKEN

im Ausschuss für Gesundheit



DIE LINKE.
IM BUNDESTAG

Das deutsche Gesundheitssystem – ein Auslaufmodell?

Grundanforderungen an ein Gesundheitssystem

Jede Organisation eines Gesundheitswesens ist vor vier grundsätzliche Anforderungen gestellt:¹

Die **medizinische Anforderung** besteht darin, eine möglichst hochwertige und vollständige Krankenversorgung zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig soll der medizinische Fortschritt einbezogen werden. Eine gute Pflege sowie die Ermöglichung eines würdigen und möglichst schmerzfreien Lebensendes gehören ebenfalls zu den medizinischen Anforderungen.

Die **soziale Anforderung** besteht darin, allen Menschen ohne Ansehen ihrer sozialen Lage und auf der Basis eines Rechtsanspruchs den Zugang zu dieser Krankenversorgung zu ermöglichen, und zwar ohne Unterschiede zu machen (keine Mehr-Klassen-Medizin). Zudem müssen die Kosten gerecht auf die Mitglieder der Gesellschaft verteilt werden.

Die **ökonomische Anforderung** besteht in der Steuerung von Mengen, Preisen, Qualitäten, Innovationen nach den Kriterien Bedarf, Angemessenheit und Effizienz.

In einer sich beständig wandelnden Welt, vor dem Hintergrund anhaltender medizinischer Innovationen und wegen des Spannungsverhältnisses, in dem die vorgenannten Anforderungen zueinander stehen oder in das sie geraten können, besteht die vierte Anforderung in der **Steuerbarkeit und Anpassungsfähigkeit** des Systems.

Wir finden Gesundheitssysteme als überwiegend staatliche Veranstaltungen, z.B. das NHS (National Health System) in Großbritannien oder die skandinavischen Systeme. Und wir finden Gesundheitssysteme als überwiegend private Veranstaltung, wie z.B. in den USA. Ebenso gibt es korporatistische Modelle, in denen nicht-staatlichen, nicht-gewinnorientierten Organisationen die Gesundheitsversorgung obliegt, wie z.B. in Deutschland oder Österreich. Eigentlich handelt es sich immer um Mischformen zwischen Staat und Markt, die aber oft dem einen oder dem anderen Pol näher sind.

Diese empirisch vorfindbaren Gesundheitssysteme erfüllen die genannten Anforderungen in sehr unterschiedlichem Maße.



„Flaschendreher im Gesundheitssystem“ | Karikatur: Heiko Sakurai

Empirisch vorfindbare Gesundheitssysteme

Schauen wir uns in der Welt um, insbesondere in den OECD-Staaten, dann finden wir ganz unterschiedliche Organisationsformen von Gesundheitswesen, die sich aber alle auf einer Skala „öffentlich <-> privat“ relativ gut verorten lassen.

¹ Diese Darstellung folgt im wesentlichen den Ausführungen von Prof. Dr. Rosenbrock, vorgelegt in der Reform-Kommission des DGB „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“.

So stellt das US-amerikanische Gesundheitssystem zweifellos eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung bereit, die sich allerdings nur ein kleiner und zahlungskräftiger Teil der Bevölkerung leisten kann. Die Kosten notwendiger Operationen sind dort ein häufiger Grund für die Überschuldung von Privathaushalten.² Eine gute Gesundheitsversorgung ist dort in hohem Maße abhängig vom Arbeitsplatz. Überwiegend staatlich organisierte Gesundheitssysteme bieten prinzipiell Gesundheitsversorgung für jeden Einwohner – unabhängig vom sozialen Status. Der Umfang und die Qualität der Versorgung kann aber schnell zum Spielball für politische Zwecke werden, wie der Versuch von Magret Thatcher in den 1980er Jahren, das britische NHS finanziell auszutrocknen, beispielhaft zeigt. Werden sie aus diesen Gründen unterfinanziert, dann steigen die Wartezeiten und die Qualität sinkt.

Das deutsche Gesundheitssystem nimmt (bisher) als Teil des deutschen Sozialsystems eine Position in der Nähe von „öffentlich“, aber eben nicht „staatlich“ ein. Die Rahmenbedingungen setzt der Gesetzgeber, die Ausführung liegt – wenn auch mit abnehmender Tendenz – in der Hand der Selbstverwaltung.



Grafik: ver.di / www.gerecht-geht-anders.de

Die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Das deutsche System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat seinen Ursprung in den Bismarckschen Sozialreformen, die im Wesentlichen darauf gerichtet waren, der stark wachsenden Sozialdemokratie den Nährboden zu entziehen. Seit der Einführung 1883 wurde die GKV vielfach verändert und ausgebaut, zuletzt in der „Reformära“ unter Kanzler Brandt. Infolge der ersten schweren Wirtschaftskrise nach dem Ende des II. Weltkrieges, Anfang der 70er Jahre, geriet das Sozialsystem – und damit auch das Gesundheitssystem – unter starken Legitimationsdruck. Stichworte für die Diskurse der Kritik am Sozialsystem waren: Bürokratisierung, Kostenexplosion, Vollkasko-Mentalität, Lohnnebenkosten und Arbeitskosten im Zusammenhang mit der internationalen Wettbewerbsfähigkeit usw.³ Ab Ende der 70er Jahre folgten „Reformen“, die diesen Diskursen mehr oder weniger Rechnung trugen, wodurch die Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung deformiert wurden. Das macht eine politische Diskussion über wirkliche Reformen nicht einfacher, da sie sich auf die ursprünglichen Grundsätze positiv

bezieht, diese aber nur noch in ihrer deformierten Form im Alltagsbewusstsein der Menschen wahrgenommen werden. Deshalb ist es wichtig, sich diese Grundprinzipien der GKV noch einmal in idealtypischer Form vor Augen zu führen:

1. Staatliche Letztverantwortung

Die GKV ist keine staatliche Veranstaltung, aber es gibt eine staatliche Letztverantwortung, die im Grundgesetz ihren Ursprung hat. Der Gesetzgeber gibt den Ordnungsrahmen vor, übt die Rechts- und teilweise auch die Fachaufsicht aus und ist in finanzieller Hinsicht der letzte Ausfallbürge. Gesundheitsversorgung wird als öffentliche Aufgabe und Gesundheit als öffentliches Gut verstanden. Das ist der Unterschied zu stärker marktförmigen Systemen.

2. Selbstverwaltung

Der Staat entlastet sich von den operativen Steuerungsaufgaben durch eine Selbstverwaltung im Rahmen von zwischen Kapital und Arbeit paritätisch besetzten Gremien. Dies ist historisch so gewachsen, weil beide Seiten – aus ihrem jeweiligen Blickwinkel – ein elementares und unmittelbares Interesse an einer guten Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung hatten. Der jeweilige Einfluss entspricht dem Grunde nach dem jeweiligen Anteil an der Finanzierung. Durch dieses System der Selbstverwaltung wird die Aufgabe der Gesundheitsversorgung an die Zivilgesellschaft delegiert, was zu einer stärkeren Verankerung und Legitimation beigetragen hat. Die Beitragsfinanzierung und der Zugang der Patienten per Versicherungsanspruch sind die wesentlichen Unterschiede zu rein staatlich organisierten Gesundheitssystemen.

3. Finanzierung gemäß dem Solidarprinzip und dem Paritätsprinzip

Die Finanzierung erfolgt nicht nach dem jeweiligen Bedarf oder dem individuellen Risiko, sondern gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Form eines einheitlichen Prozentsatzes vom Brutto-Arbeitseinkommen und – im Grundsatz – paritätisch zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Dadurch wird ein beständiger und automatischer Ausgleich zwischen jung/alt, krank/gesund, arm/reich geschaffen. Zusätzlich gibt es über das Prinzip der kostenlosen Mitversicherung auch einen Ausgleich zwischen Beitragszahlern mit vielen, wenigen oder gar keinen Kindern. Krankenkassen müssen Versicherungswillige auch mit Vorerkrankungen zu den gleichen Konditionen wie alle anderen versichern. Dies und das Kooperationsgebot der Kassen unterscheidet die GKV von allen privaten und gewinnorientierten Versicherungs- und Versorgungssystemen.

² Siehe hierzu den Aufsatz von Weinberg/Cers in der Zeitschrift Sozialismus 11/2010: Die gescheiterte Gesundheitsreform in den USA.

³ Näheres dazu ist beschrieben in: Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, Bern, 2009.



Karikatur: Freimut Wössner

4. Sachleistungsprinzip

Idealtypisch ist Geld in der unmittelbaren Versorgung nicht präsent und kann daher auch keine besondere Wirkungsmacht entfalten, wie wir sie z.B. aus den USA kennen. Der Versicherte erhält gegen Vorlage seines Versicherungsnachweises jede notwendige medizinische Versorgung. Die Abrechnung erfolgt zwischen Leistungserbringer und der jeweiligen Krankenkasse, bei niedergelassenen Ärzten i.d.R. über die Kassenzentrale Vereinigung. Damit muss auch nicht der/die einzelne Versicherte die Ansprüche auf Qualität und angemessene Preise gegenüber den Leistungserbringern durchsetzen. Diese Aufgabe liegt bei der GKV und kann als eine Form des proaktiven Verbraucherschutzes gesehen werden. Das Gegenteil zum Sachleistungsprinzip ist das Kostenerstattungsprinzip, wie wir es aus der privaten Krankenvollversicherung kennen.

5. Kollektivverträge

Die Gesundheitsversorgung wird auf der Basis von Gesetzen und Verträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenkassen im Rahmen der Selbstverwaltung gesteuert. Es besteht ein Aushandlungszwang unter dem Druck einer möglichen Ersatzvornahme durch den Staat oder durch die gesetzlich vorgesehenen Schlichtungsstellen.

6. Leistungskatalog

Die medizinischen Leistungen, die durch die GKV erstattet werden, sind in einem umfangreichen Katalog enthalten, der ständig durch ein dafür eingesetztes Gremium der Selbstverwaltung (Gemeinsamer Bundesausschuss) überprüft und angepasst wird. Die Kriterien für die Aufnahme einer Behandlung in diesen Katalog sind Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

7. Kontrahierungszwang

Jede Krankenkasse muss Versicherte aufnehmen, und zwar unabhängig vom Alter oder von eventuellen Vorerkrankungen.

Es ist offensichtlich, dass diese Grundprinzipien bereits heute reichlich deformiert sind. So wurde und wird die Selbstverwaltung tendenziell delegitimiert durch die Aushebelung des Paritätsprinzips. Die Arbeitnehmer zahlen - im Gegensatz zu den Arbeitgebern - einen immer höheren Anteil an Beiträgen. Es ist undemokratisch, wenn die Arbeitgeber in den Gremien der Selbstverwaltung weiterhin 50 Prozent der Stimmen haben und damit z.B. über die Einführung von Zusatzbeiträgen mitentscheiden, die sie überhaupt nicht betreffen, weil diese ausschließlich von den Versicherten getragen werden. Das Solidarprinzip ist bereits heute an zwei Stellen deutlich aufgeweicht, nämlich durch die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze. Ab der Beitragsbemessungsgrenze (2012: 3825 Euro brutto) steigt der zu zahlende Beitrag an die GKV nicht mehr weiter an, sondern bleibt auch bei höheren Einkommen gleich (2012 für Arbeitnehmer: 8,2 Prozent von 3.825 Euro = 313,65 Euro Maximalbeitrag pro Monat). Alle Versicherten unter 3825 Euro brutto zahlen also 8,2 Prozent; alle mit höherem Einkommen zahlen weniger. Verdient z.B. jemand 5.000 Euro, dann fällt seine prozentuale Belastung auf 6,3 Prozent; bei 7.000 Euro auf 4,5 Prozent usw. Ab der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 4.237,50 Euro können Versicherte, die diese Grenze im vorigen Kalenderjahr überschritten haben, in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln, die nicht nach dem Solidarprinzip, sondern nach dem Risikoprinzip funktioniert. Diese Möglichkeit des Wechsels in die PKV entzieht der Solidargemeinschaft wichtige und notwendige Finanzmittel in Milliardenhöhe. Die Kollektivverträge wurden in den letzten Jahren tendenziell durch Einzelverträge ersetzt bzw. ergänzt. Diese Einzelverträge, sowie Wahl- und Zusatztarife, heizen den Wettbewerb an, der das Solidarprinzip aufweicht, sich tendenziell nicht mit der Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung verträgt und letztlich zu Lasten der Versicherten geht. Zuzahlungen nagen gleich an vier Prinzipien: Zum ersten an der paritätischen Finanzierung, weil sich die Arbeitgeber hieran nicht beteiligen. Zum zweiten an der solidarischen Finanzierung, weil Kranke damit mehr zahlen als Gesunde. Zum dritten greift sie das Sachleistungsprinzip an, da nun die Versorgung von der Zahlung von Geld abhängig wird. Viertens ist deshalb auch der Leistungskatalog in Gefahr, weil nun Arme signifikant weniger Leistungen in Anspruch nehmen (können).

Durch die bestehenden Möglichkeiten zur Kostenerstattung in der GKV und deren geplante Erweiterungen wird das Sachleistungsprinzip, der Leistungskatalog und die Selbstverwaltung angegriffen. Dies sind nur einige Beispiele der bestehenden Deformationen der an sich guten Grundprinzipien des deutschen Gesundheitssystems.

Mythen, Fakten und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems

Mythen sind nicht per se Lügen. Nur derjenige lügt, der sie wissentlich nutzt, um damit Stimmung zur Erreichung seiner Ziele zu machen. Sie sind eher populäre Irrtümer, die ihre Plausibilität und Wirkungsmacht daraus ziehen, dass sie an Alltagserfahrungen anknüpfen, also am Alltagsbewusstsein andocken. Mythen sind Umwandlungen komplexer sozialer oder geschichtlicher Sachverhalte in einfache, scheinbar naturhafte Zustände. Ähnlich wie ein Fetisch vereinfachen sie nicht nur, sondern können auch tatsächliche Zusammenhänge in scheinbare Zusammenhänge verkehren. So wie z.B. im Geldfetisch das Geldkapital die scheinbar natürliche Eigenschaft besitzt, aus sich selbst heraus mehr Geld zu schaffen. Alle Schritte dazwischen sind ausgelöscht in dem Werbeslogan einer Bank: „Lassen Sie doch ihr Geld für sich arbeiten!“. Zumindest bis die Finanzkrise den Zeitgenossen, die diesem Slogan folgten, schmerzhaft vor Augen führte, dass dies doch auch nur ein Mythos war, der vieles dazwischen „unter den Tisch“ hat fallen lassen.

Einige wichtige Mythen in der Gesundheitspolitik

Der **Mythos „Kostenexplosion“**, der sich festmacht an der realen Erfahrung eines jeden Versicherten, dass die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung seit Jahrzehnten steigen, die Einnahmen aber trotzdem immer nur gerade so die Ausgaben gedeckt haben.

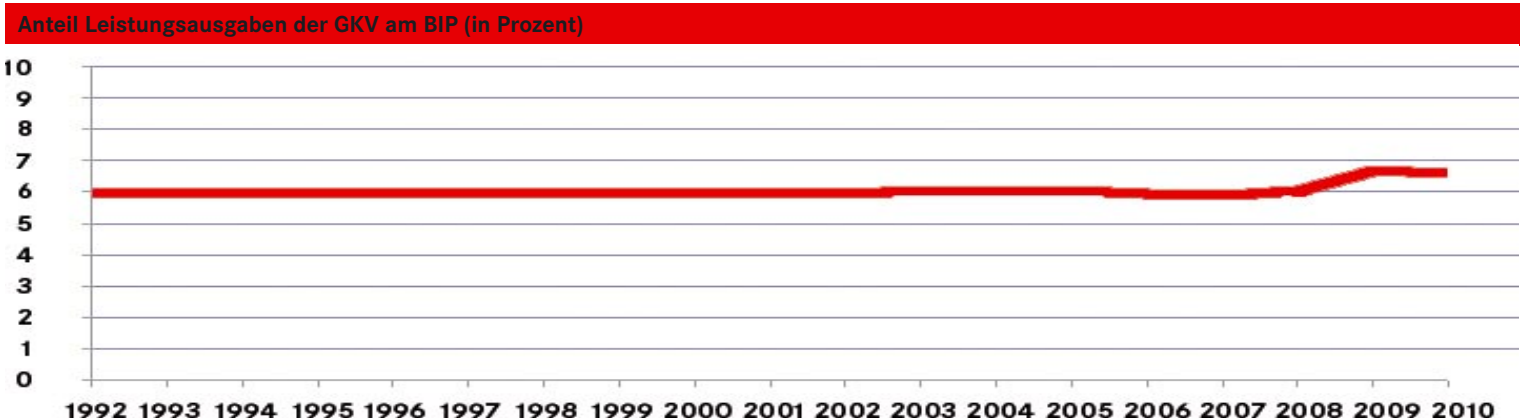
Bemisst man die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung jedoch an der Wirtschaftsleistung, die wir alle zusammen Jahr für Jahr erbringen, also am Bruttoinlandsprodukt (BIP), dann kann von einer Kostenexplosion keine Rede sein, wie Tabelle und Grafik verdeutlichen:

Von 1992 bis 2008 betrug der Anteil der Leistungsausgaben der GKV zwischen 5,98 und 6,10 Prozent des BIP. Die Schwankungen zwischen 1992 und 2008 sind geringer als die zwischen zwei aufeinanderfolgenden Jahren (2007 und 2008). Viel konstanter könnte die Ausgabenentwicklung nicht sein. Der Anstieg 2009 ist in erster Linie auf die größte Rezession seit Bestehen der Bundesrepublik zurückzuführen. In diesem Jahr sank das BIP um fünf Prozent und entsprechend stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben. Nimmt man die privaten und sonstigen Ausgaben für Gesundheit hinzu, dann bewegen sich diese Gesamtausgaben für Gesundheitsdienstleistungen seit Jahren zwischen zehn und 11,3 Prozent des BIP. Also: Keine „Kostenexplosion“ weit und breit.

Sind die Beitragserhöhungen somit ein Phantomschmerz, an dem die Versicherten leiden? Keineswegs! Denn bei genauerer Betrachtung der Einnahmeseite ergibt sich das Bild, dass eine Finanzierung aus den sozialversicherungspflichtigen Einkommen immer schwieriger wird; und nur diese werden zur Finanzierung heran gezogen. Mit der überwiegend politisch gewollten Zunahme von prekärer Beschäftigung sowie einem stetigen Rückgang der Lohnquote (also einer ständigen Verschlechterung der Verteilungsposition der abhängig Beschäftigten gegenüber Unternehmen und Vermögenden) ergeben sich massive Einnahmeprobleme der GKV und somit eine permanente Unterfinanzierung. Denn höhere Unternehmensgewinne und höhere Kapitaleinkommen bringen der GKV nichts. Um dies aufzufangen wurden regelmäßig die Beitragssätze erhöht und Steuermittel zugeschossen. Die GKV hat kein Problem einer „Kostenexplosion“, sondern ein Einnahmeproblem.

Jahr	1992	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesundheitsausgaben GKV (in Mrd. Euro)	99	112	124	136	140	145	151	161	165
BIP (in Mrd. Euro)	1647	1848	2063	2242	2327	2432	2481	2375	2477
Anteil Gesundheitsausgaben GKV am BIP (in Prozent)	6,0	6,08	6,01	6,06	6,01	5,98	6,10	6,78	6,66

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, BMG, KBV, eigene Berechnungen



Dazu gesellt sich in der öffentlichen Diskussion der **Mythos der „Lohnnebenkosten“**, deren Höhe angeblich die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen (Export-) Wirtschaft bestimmt und damit über den Erhalt oder den Verlust von Arbeitsplätzen dort entscheidet. Schon der Begriff mythologisiert, denn er legt nahe, dass es sich um etwas „Nebensächliches“ handle, das demzufolge durchaus entbehrlich sei. Tatsächlich handelt es sich um Lohnbestandteile zur Finanzierung einer kollektiven Absicherung sozialer Risiken (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Altersarmut). Geht es bei der Lohnhöhe, besonders der Reallohnhöhe, um die Primärverteilung des Erwirtschafteten, so geht es bei den „Lohnnebenkosten“, also besonders den Beiträgen für die Sozialkassen, um die Sekundärverteilung. Erwirtschaftet werden beide (inkl. der Arbeitgeber-Anteile) von den Erwerbstätigen. In die betriebswirtschaftliche Kalkulation des einzelnen Unternehmens gehen sie als „Arbeitskosten“ ein und unterliegen damit natürlich dem betriebswirtschaftlichen Kostensenkungsdruck. Da in den exportorientierten Branchen die Arbeitskosten weniger als 20 Prozent der Produktionskosten ausmachen, führen Lohnnebenkostensenkungen dort zu keiner nennenswerten Wettbewerbsverbesserung und damit auch zu keiner Arbeitsplatzsicherung. Selbst wenn man von 20 Prozent Lohnkostenanteil ausgeht, liegt der gesamte Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung bei gerade einmal gut einem Prozent der Gesamtkosten. Jede kleine Wechselkursschwankung um ein paar Prozentpunkte hat größere Effekte auf die Exportfähigkeit als die Beitragsentwicklung der Sozialkassen.



Karikatur: isw München

Ähnliches gilt für die Binnenwirtschaft: Eine Handwerkerstunde beispielsweise kostete 2003 insgesamt 43,47 Euro. Davon entfielen 2,55 Euro auf die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung. Hätte man 2003 vollständig auf Krankenversicherungsbeiträge des Arbeitgebers verzichtet, so wäre die Arbeitsstunde gerade einmal 89 Cent billiger gewesen.⁴

Andererseits hätte eine Ausweitung der Einnahmen im Gesundheitswesen durch die hohe Personalintensität dieser Branche nachweislich große Beschäftigungseffekte. Eine Beitragserhöhung um einen Prozentpunkt bei der GKV schafft rechnerisch per Saldo 95.000 zusätzliche Jobs.

Der **Mythos des „medizinisch-technischen Fortschritts“** ist ein Wechselbalg, der einerseits zur Verbesserung der allgemeinen gesundheitlichen Lage beitragen soll, andererseits – zusammen mit dem Mythos der „demografischen Entwicklung“ – das Gesundheitssystem schnell an den Rand der Finanzierbarkeit bringen soll, was zwangsläufig dazu führt, Leistungen rationieren zu müssen.

Ein genauerer Blick zeigt jedoch, dass der Einfluss medizinisch-technischen Fortschritts erheblich überschätzt wird. Zum einen kann man Fortschritt auch nutzen, um etablierte Therapien kostengünstiger anzubieten. Zum anderen hat ein großer Teil der teuren angeblichen „Innovationen“ keinerlei nachgewiesenen bzw. keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen oft günstigeren Leistungen. Patente auf Innovationen dienen oft eher den Anbietern als den Patientinnen und Patienten. Einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab es 2008 für ca. 30 bis 40 Prozent der Leistungen. Innovationen dienen oft eher den Profitinteressen als den Patientinnen und Patienten. Einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab es 2008 für ca. 30 bis 40 Prozent der Leistungen.

Der **Mythos der „hohen und explodierenden Verwaltungskosten“** bei der GKV hält einer genaueren Prüfung nicht Stand. Seit Jahren liegen die Verwaltungskosten zwischen fünf und sechs Prozent aller GKV-Ausgaben, 2010 waren es knapp 5,4 Prozent, wohingegen die Verwaltungs- und Abschlusskosten in der PKV durchschnittlich etwa 16,37 Prozent des Umsatzes ausmachen.⁵

„Alt und älter = kränker = teurer“,⁶ so lässt sich der angebliche Kerngehalt des **Mythos „demografische Entwicklung“** zusammenfassen. Die Fakten sprechen eine andere Sprache. Der Anteil der gesunden Jahre bei älteren Menschen nimmt international wie national erfreulicherweise zu. Bessere Gesundheit ist ja auch schließlich der Grund, weswegen die Menschen älter werden. Sogar das individuelle Risiko einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im Alter sinkt. Die Versorgung älterer Menschen verursacht vor diesem Hintergrund keine enorm höheren Kosten, vielfach sinken die Kosten sogar.

Der **Mythos „Ärztemangel“** ging kürzlich erst wieder breit durch die Presse. Tatsache ist jedoch, dass es sich um ein Verteilungsproblem handelt und nicht um ein Mengenproblem. 1991 entfielen auf 100.000 Einwohner 304 Ärzte, 2009 waren es bereits 397 Mediziner – eine Steigerung um 30,8 Prozent.⁷ Das ist weltweit ein Spitzenplatz. Und andere Länder

⁴ Vgl. Jens Holst in Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47, 2011.

⁵ Vgl. Handelsblatt vom 06.10.2010.

⁶ Zitiert nach: Braun/Marstedt: Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren, Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, 2/2010, Seite 3.

⁷ Vgl. Ärzteatlas, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, Berlin 2011.

organisieren mit deutlich weniger Ärzten ein exzellentes Gesundheitssystem, das dem deutschen in der Ergebnisqualität nicht nachsteht. Zutreffend allerdings ist die Beobachtung, dass es ein Verteilungsproblem gibt, und zwar einmal zwischen Stadt und Land und zum anderen zwischen Fachärzten für Allgemeinmedizin (vulgo: Hausärzte) und sonstigen Fachärzten. Wir haben gleichzeitig deutlich unterversorgte Gebiete in den ländlichen Regionen, aber auch in manchen sozialen Brennpunkten in den Städten und andererseits eine Überversorgung in manchen Städten, besonders in Gemeinden des „Speckgürtels“ von Großstädten. Ein Planungs-, Verteilungs- und Steuerungsproblem ist allerdings kein Problem eines allgemeinen „Ärztmangels“. Den Nutzen aus diesem Mythos ziehen natürlich die Ärztenverbände, deren Forderungen nach höherer Vergütung vor diesem Hintergrund plausibel erscheinen.

Es gäbe noch weitere Mythen, aber wir wollen es bei diesen Beispielen belassen.

Es handelt sich beim deutschen Gesundheitswesen um eine Wirtschaftsbranche von beeindruckenden Ausmaßen. Nehmen wir z.B. die Zahlen von 2009, dann wurden in dieser Branche über 278 Mrd. Euro umgesetzt. Das sind knapp 11,3 Prozent des BIP und rund 3475 Euro pro Kopf der Bevölkerung, vom Säugling bis zum Greis.⁸ Davon entfielen auf die GKV als Kostenträger 160 Mrd. Euro.⁹ Insgesamt waren 2010 rund 4,8 Millionen Menschen im Gesundheitssystem beschäftigt, also fast jeder achte Erwerbstätige – und in den letzten Jahren kamen jedes Jahr fast 100.000 Beschäftigte hinzu! 73,6 Prozent der Beschäftigten sind weiblich.¹⁰ Nur zum Vergleich: In der Diskussion über Beschäftigung und Arbeitsplätze wird häufig die Automobilbranche erwähnt. Dort sind samt Zulieferern aber nur rund 750.000 Menschen beschäftigt.

Diese wenigen Fakten zur Gesundheitsbranche machen deutlich, dass dieser „große Kuchen“ hart umkämpft ist. Die Ärzte mit ihren verschiedenen Verbänden und Vereinigungen, die Krankenhäuser, die Pharmaindustrie, die Reha-Einrichtungen und einige mehr kämpfen um ihren Anteil.

Die Grundorientierung der gelb - schwarzen Koalition in der Gesundheitspolitik

In seiner Rede vor dem Wirtschaftsrat der CDU hat im September 2011 Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) ein Bekenntnis zur Gesundheitswirtschaft als Exportindustrie abgegeben. „Das setzt voraus, dass wir zu einer anderen Finanzierung kommen“, sagte Bahr. Dies sei bei einer Kopplung an die Lohnkosten nicht möglich. „Wer das versucht, wird nie die Wirtschaftspotentiale erschließen“, so der Minister. Deswegen habe man den Schritt zu einer lohnunabhängigen Finanzierung gewagt. Nicht die Versorgung

der Menschen und die gerechte Finanzierung des Gesundheitssystems stehen im Mittelpunkt, sondern die wirtschaftliche Verwertbarkeit. Abgesehen von dem seltsamen Verständnis von Gesundheitspolitik krankt die Bundesrepublik sicher nicht an einem Mangel an Exporten, aber das ist dem ideologisch verblendeten Bahr offensichtlich gleich.

Mit dieser Ansage sind die Zielparameter klar festgelegt. Erstens will die Bundesregierung im Koalitionsvertrag mehr Wettbewerb und mehr Geld für die „Leistungsträger“:

„Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Gesundheitswirtschaft erheblich an Bedeutung gewinnen. Wir wollen die Möglichkeiten ausbauen, dass auch außerhalb des gesetzlich finanzierten Bereichs Gesundheits- und Pflegeleistungen angeboten werden können. Dafür bedarf es einer Verbesserung der wettbewerblichen Strukturen. (...) Wir werden das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten.“

Zweitens will sie die Finanzierung so gestalten, dass die Arbeitgeber und die Gutverdiener aus der Finanzierung raus sind: „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.“ Was sich aus diesem Ziel bereits gesetzgeberisch entwickelt hat, wird unten noch beschrieben. Auch bei der Experten-Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags zum GKV-Finanzierungs-Gesetz (GKV-FinG) am 25.10.2010 hat der von der Union geladene Einzelsachverständige Prof. Henke sehr deutlich skizziert, wohin die Reise gehen soll. Nach seiner Argumentation ist das Solidarprinzip der Beitragszahlung, wie es bisher in der GKV praktiziert wird, für eine Versicherungswirtschaft ordnungspolitisch ein Fremdkörper. Ein solcher Sozialausgleich hätte in einer Versicherung nichts zu suchen, sondern müsse – wenn gewünscht – außerhalb des Versicherungssystems, z.B. über das Steuersystem organisiert werden. Ferner sei es ordnungspolitisch verfehlt, wenn Krankenversicherungen in der Rechtsform öffentlicher Institutionen verblieben. Konsequenterweise sei es, alle Krankenversicherungen in die Rechtsform von Privatunternehmen zu überführen und ihnen alle Rechte (inkl. Gewinnerzielungsabsicht) eines Privatunternehmens zu geben. Die Blaupause für ein solches System findet sich in den Niederlanden, die diesen Schritt mit der Reform 2007 vollzogen haben. Die Erfahrungen mit dieser Reform sind miserabel: Dort steigen jedes Jahr die Kopfpauschalen stark an. Es müssen seitdem erhebliche und jährlich steigende Haushaltsmittel in den Sozialausgleich gesteckt werden. Daher wird ständig über die Reduzierung des Leistungskataloges diskutiert.

⁸ Quellen: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

⁹ Mit Verwaltungskosten betragen die Leistungsausgaben 171 Mrd. Euro.

¹⁰ Daten zur Beschäftigung: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010.

Dieser Prozess, bisher von der Kapitalverwertung tendenziell ausgenommene Gesellschaftsbereiche für eine umfassende Gewinnerzielung zu erschliessen, bezeichnet der Soziologe Prof. Dörre als „innere Landnahme“ im Finanzmarktkapitalismus. Alle Teilbereiche des deutschen Sozialstaates sind solchen Formen der inneren Landnahme ausgesetzt. Bei der Sozialhilfe und Arbeitslosenversicherung (allgemein bekannt als „Hartz IV“) ging es um Kostenersparnis, Sanktionierung und um die gewünschten rückwirkenden Disziplinierungswirkungen in den Betrieben und gegenüber den Gewerkschaften. Gleichzeitig wurde eine „Flexibilisierung des Arbeitsmarkts“ durchgesetzt (Verminderung des Kündigungsschutzes, Mini-/Midi-Jobs, Befristungen, Leiharbeit, Niedriglohnsektor usw.). Die Folgen waren steigende Armut und eine starke Dämpfung der Lohnentwicklung. Bei der Alterssicherung ging es neben der klassischen Rentenkürzung („Demographiefaktor“ in der Rentenformel, „Rente erst ab 67“) auch um die Öffnung dieses Bereiches für die private Lebensversicherungsbranche („Riester-Rente“). Und bei der gesetzlichen Krankenversicherung geht es darum, diese attraktive Branche für die Verwertungsinteressen der privaten Player zu öffnen: Pharmaindustrie, private Krankenversicherung, private Klinikkonzerne, Ärzteorganisationen. 2012 geht es nun der Pflegeversicherung an den Kragen: Der „Pflege-Bahr“ wurde bereits in Grundzügen vereinbart. Mit diesem Instrument sollen diejenigen, die es sich leisten können, eine private Pflegegeldversicherung abschließen und werden dafür steuerlich gefördert. Geringverdiener, die nicht sparen können und am meisten von Altersarmut bedroht sind, gehen leer aus. Dies ist sozialpolitisch unsinnig, nutzt aber Versicherungskonzernen und Besserverdienern. Eine weitere Sozialversicherung wird damit zum Teil privatisiert. Um die Pflegebedürftigen geht es der Bundesregierung nicht. Trotz des „Jahres der Pflege 2011“, das noch Rösler ausgerufen hatte, gab es keinerlei Verbesserungen für sie.

Die aktuellen Gesetze und ihre voraussichtlichen Wirkungen

Diese Grundorientierung findet sich auch in den aktuell verabschiedeten Gesetzen wieder. Es handelt sich um das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG), das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und das Versorgungsstrukturgesetz (VStG).

Mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz wurde der Versuch unternommen, auf die Nutzenbewertung und Preisbildung bei Arzneimitteln in Deutschland Einfluss zu nehmen. Über das normale Zulassungsverfahren hinaus gab es dies in Deutschland bislang nicht. Besonders die Preisbildung bei innovativen Arzneimitteln unterlag keinerlei Regulierung. Damit hatte Deutschland neben Malta als einziges Land Europas keinerlei Regulierung bei den Arzneimittelpreisen. Der Gesetzentwurf sah zunächst weitreichende Eingriffe in die Preisbildung vor. Jedoch geriet das Gesetzgebungsverfahren recht schnell unter den Einfluss der Pharma-Lobby, die von einer offensiven Verhinderungsstrategie auf eine eher defensive Aufweichungsstrategie umschaltete. Die wesentlichen Passagen zum Thema

DIE LINKE.
IM BUNDESTAG

SOLIDARITÄT

GESUNDHEIT IST KEINE WARE

DIE LINKE.

Gegen die schwarz-gelbe Lizenz zum Abkassieren. Mit Solidarität gegen Profitstreben, Zweiklassenmedizin und Privatisierung: die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung für alle! Informationen dazu unter www.die-linke.de

Nutzenbewertung wurden wohl unmittelbar beim Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) vorformuliert. Auch Vorlagen zu infolge des Gesetzes zu erlassenden Verordnungen lieferte der vfa der Regierung mundgerecht. Gleichzeitig finden sich auch in diesem Gesetz Maßnahmen zur Förderung der privaten Krankenversicherung. So können Rabattverträge, die zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Pharmaindustrie ausgehandelt worden sind, auf die privaten Krankenversicherungen übertragen werden.

Als langfristig gravierendste Maßnahme zur Umsetzung der eingangs erwähnten Grundorientierung muss jedoch die Ausweitung des Wettbewerbsrechts auf das Versorgungsgeschehen betrachtet werden. Bislang galt das Sozialrecht (SGB V) auch für die Arzneimittelversorgung. Der Ausgangspunkt dafür war, dass die gesamte Gesundheitsversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge betrachtet wurde. Jetzt soll in einem nicht unwesentlichen Teil der Gesundheitsversorgung das Wettbewerbsrecht gelten. Dabei wird die Gesundheitsversorgung in erster Linie als Wirtschaftsbranche betrachtet. Dies sind zwei sich komplett ausschließende Betrachtungsweisen. Damit werden in das Gesundheitsgeschehen auch zwei Rechtssysteme eingeführt, die sich in wesentlichen Fragen widersprechen, und somit sicherlich zur Rechtssicherheit nicht beitragen

werden.¹¹ Dazu ein paar Beispiele: Das Sozialrecht schreibt den Krankenkassen ein Kooperationsgebot im Interesse der Gesundheitsversorgung vor. Das Wettbewerbsrecht sieht in einer solchen Kooperation einen Verstoß gegen den freien Wettbewerb und den Versuch, ein Kartell zu schaffen.



Foto: ath pictures

Auch bei der zuständigen Gerichtsbarkeit sind Konflikte vorprogrammiert. Während für das Sozialrecht die Sozialgerichte zuständig sind, werden wettbewerbsrechtliche Fragen vor den Zivilgerichten behandelt. Eine ähnliche Konfliktlage ergibt sich für die Aufsichtsbehörden. Während nach dem Sozialrecht die Aufsicht durch das Bundesversicherungsamt, das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Organe der Selbstverwaltung erfolgt, werden wettbewerbsrechtliche Fragen durch die Bundeskartellbehörde beaufsichtigt. Als Ende 2009 acht Krankenkassen relativ gleichzeitig Zusatzbeiträge eingeführt haben und dies auch auf einer gemeinsamen Pressekonferenz begründeten, fühlte sich die Bundeskartellbehörde bemüßigt, hierin eine illegale Preisabsprache zu sehen und tätig zu werden. Zwischenzeitlich wurde durch ein Verfahren vor dem Bundessozialgericht klargestellt, dass die Bundeskartellbehörde hier keine Zuständigkeit hatte. Nach einem Urteil des hessischen Landessozialgerichts Ende 2011 beschloss das Bundeskartellamt, sich künftig aus der Fusionskontrolle der Krankenkassen herauszuhalten. Allerdings schweigt sich die Bundesregierung auch nach mehreren parlamentarischen Anfragen von mir weiter aus, ob sie durch eine Gesetzesänderung die Kartellbehörden wieder zuständig machen will. Auch die bisherige Rechtsprechung des EuGH, nach der Krankenkassen in Deutschland nicht als Privatunternehmen zu betrachten sind, kann sich vor diesem Hintergrund sehr rasch ändern. Niemand kann vorhersehen, welche Gesetzesänderung in Richtung Privatisierung für eine Änderung in der Beurteilung der Rechtslage durch den EuGH entscheidend sein wird. Zwei Aussagen kann man aber als gegeben betrachten. Erstens: Je

mehr Privatisierung es gibt, desto mehr nähern wir uns dem Punkt an. Zweitens: Wenn der EuGH den gesetzlichen Krankenkassen die Sozialstaatlichkeit abspricht, dann gehen den Kassen mit einem Schlag sämtliche Privilegien verloren, z.B. die Steuerfreiheit und der kostenlose Beitragseinzug durch die Arbeitgeber.

Mit dem im November 2010 verabschiedeten GKV-Finanzierungsgesetz haben wir nun ganz offensichtlich den Einstieg in einen Systemwechsel in Richtung Kopfpauschalen. Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil werden auf dem Niveau vom 1.1.2011 eingefroren. Künftige Ausgabensteigerungen werden ausschließlich über Zusatzbeiträge von den Versicherten finanziert. Die Arbeitgeber werden somit nochmals entlastet und die paritätische Finanzierung damit weiter ausgehöhlt.

Im Jahr 2012 wird diese Änderung jedoch nur begrenzte Wirkung entfalten, hauptsächlich aus zwei Gründen: Zum einen erhöhte die Bundesregierung zum 01.01.2011 den Beitragssatz um über sechs Milliarden Euro. Zum anderen gab es 2011 ein Wirtschaftswachstum von rund drei Prozent. Damit stiegen auch die Beitragseinnahmen der GKV.¹² Solange genug Beiträge vorhanden sind, werden die Kassen keine Zusatzbeiträge erheben müssen. Wenn es aber wirtschaftlich schwieriger wird und die Ausgaben damit wieder schneller steigen als die Einnahmen, dann werden die strukturell angelegten Kopfpauschalen kommen - ohne weiteres Zutun des Gesetzgebers.

¹¹ Nach Kingreen, Thorsten: Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) v. 27.09.2010, siehe: www.uni-regensburg.de/rechtswissenschaft/oeffentliches-recht/kingreen/medien/stellungnahme_ammog.pdf

¹² Daher rühren auch die derzeitigen Überschüsse und Rücklagen des Gesundheitsfonds.

Der im Beitragssatz enthaltene Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten ist auch weiterhin ausschließlich von den Versicherten zu zahlen. Allein dadurch müssen die Versicherten derzeit etwa 9,5 Mrd. Euro im Jahr mehr zahlen als die Arbeitgeber.

Eine paritätische Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber aus folgenden Gründen notwendig:

- Die Arbeitsbedingungen beeinflussen entscheidend die Gesundheit der Mitarbeiter/innen; die Arbeitgeber erhalten durch die Beteiligung an der GKV-Finanzierung einen zusätzlichen Anreiz, in die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu investieren.
- Besonders die Arbeitgeber profitieren davon, wenn ihre Beschäftigten durch GKV-Leistungen rasch und vollständig wieder genesen bzw. durch Präventionsmaßnahmen gar nicht erst erkranken.
- Da die Versicherten- und Arbeitgebervertreter/innen in aller Regel paritätisch in den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenversicherung vertreten sind, muss sich das auch auf die Finanzierung auswirken. Wer mitbestimmen will, muss auch mitfinanzieren.
- Wenn die Arbeitgeber in diesem Umfang aus der Finanzierung herausgenommen werden, werden sie ein geringeres Interesse daran haben, dass die Kosten nicht ins Unermessliche steigen. Das Beispiel des schweizerischen Gesundheitssystems zeigt, dass ohne Mitwirkung der Arbeitgeber die Kosten schneller wachsen.

Kommen Krankenkassen mit den Einnahmen aus den 15,5 Prozent Beiträgen nicht aus, müssen sie Zusatzbeiträge erheben. Diese sind von den Versicherten allein zu zahlen. Das war im Prinzip schon seit 2007 so, allerdings auf ein Prozent des Einkommens begrenzt. Mit dem nun verabschiedeten Gesetz, sind diese Zusatzbeiträge in ihrer Höhe unbegrenzt. Sie werden zudem einkommensunabhängig erhoben. Das bedeutet, dass jedes Mitglied einer Krankenkasse – ob arm oder reich – den gleichen Betrag entrichten muss. Die Kassen können selbstständig über die Höhe der geforderten Zusatzbeiträge entscheiden. Mit dieser Maßnahme will die Koalition den Preiswettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen verschärfen.

Sogar konservative GesundheitsökonomInnen rechnen – unter diesen Bedingungen – bis 2020 mit Zusatzbeiträgen in einer durchschnittlichen Höhe von 80 Euro im Monat.¹³ Mit dieser Form der ungedeckelten Zusatzbeiträge führt die Bundesregierung eine Kopfpauschale durch die Hintertür ein. Diese Kopfpauschale ist sozial ungerecht: Erhebt eine Kasse beispielsweise 16 Euro Zusatzbeitrag, dann zahlen Menschen mit 800 Euro Einkommen insgesamt 10,2 Prozent, mit 1.600 Euro Einkommen 9,2 Prozent mit 3.700 Euro Einkommen „nur“ 8,6 Prozent Gesamtbeiträge. Mit steigendem Einkommen sinkt also die relative (!) Belastung durch Zusatzbeiträge. Geringere Einkommen werden prozentual deutlich stärker belastet als höhere Einkommen. Hinzu kommt noch, dass für

alle, die ihre Zusatzbeiträge nicht pünktlich entrichten, bis zu 30 Euro Säumniszuschlag zusätzlich zu zahlen sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 1. November eines Jahres einen fiktiven durchschnittlichen Zusatzbeitrag für das kommende Kalenderjahr bekannt. Grundlage dafür soll die Annahme des vom Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises sein. Übersteigt dieser fiktive Zusatzbeitrag zwei Prozent eines individuellen Bruttoeinkommens, soll die Differenz über entsprechend abgesenkte Arbeitgeberbeiträge ausgeglichen werden. Dies bezeichnet Minister Rösler als „automatischen Sozialausgleich“. Die neue Belastungsgrenze von zwei Prozent des Einkommens greift jedoch nur dann vollständig, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag eines Versicherten maximal dem durchschnittlichen, von den Ministerien festgelegten Zusatzbeitrag entspricht. Erhebt eine Kasse einen höheren Zusatzbeitrag, müssen die Mehrkosten von den Versicherten allein getragen werden oder sie sind gezwungen, die Krankenkasse zu wechseln.

Die Mittel für den sozialen Ausgleich sollen zunächst aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt werden. Erst ab 2015 soll die Finanzierung des sozialen Ausgleichs über Steuermittel erfolgen. Der Sozialausgleich wird dann zu großen Teilen von denen finanziert, die ihn in Anspruch nehmen müssen. Die Vertreter der Regierungskoalition sprechen zwar davon, dass über die Steuer auch die Bezieher hoher Einkommen und Einkünfte an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt würden, aber angesichts der Steuerpläne – besonders – der FDP ist dies Augenwischerei. Einen großen Teil des Steueraufkommens für den Sozialausgleich wird man durch die Mehrwertsteuer und andere Verbrauchssteuern erzielen, die ganz überwiegend von den geringen und mittleren Einkommen aufgebracht werden. Durch die Beteiligung des Finanzministeriums kann früher oder später der Sozialausgleich unter einen Haushaltsvorbehalt gestellt werden. Dann wird sehr schnell die Frage nach dem bestehenden Leistungsumfang in der Gesundheitsversorgung zum Gegenstand der öffentlichen Schuldendiskussion.

Ferner ist im GKV-Finanzierungsgesetz noch ein Förderprogramm für Ärzte und die private Krankenversicherung eingebaut. Zunächst einmal wurde die Wartefrist, nach der Gutverdienende in die private Krankenversicherung wechseln können, von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt. Dabei handelt es sich potenziell um rund 40.000 Personen, meist junge gesunde Gutverdienende, die durch einen Wechsel der solidarischen Krankenversicherung weitere Einnahmen entziehen. Als kleines Jahresendgeschenk an die privaten Krankenversicherungen kann dann noch die Tatsache

¹³ Z.B. Prof. Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen, siehe: www.gerechte-gesundheit.de/news/archiv/detail/news-eintrag/2010/414.html

angesehen werden, dass dieser Teil des Gesetzes nicht wie üblich zum 1.1.2011, sondern bereits zum 31.12.2010 in Kraft getreten ist. Damit konnten bereits zum Jahreswechsel 2010/11 diejenigen, die 2010 über der Versicherungspflichtgrenze verdient haben, in die private Krankenversicherung wechseln.

CDU, CSU und FDP wollen das bestehende, in weiten Teilen durchaus gute und solidarische, Gesundheitssystem nicht fortentwickeln, sondern haben sich für einen Systemwechsel entschieden. Dabei hat insbesondere die CSU ihr Wort gebrochen, nämlich dass es mit ihr keine Kopfpauschale geben würde. Die Differenzen zwischen den Koalitionsparteien wurden so intransparent zugekleistert, dass die eine Seite behaupten kann, sie habe die Kopfpauschale eingeführt, während die andere Seite weiterhin behauptet, diese verhindert zu haben. Was dabei herausgekommen ist, ist unsozialer Murks. Der kleinste gemeinsame Nenner war der Fortbestand der Koalition – auf dem Rücken der Versicherten.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG), auch Landarztgesetz genannt, hat die Bundesregierung weniger die Behebung des Ärztemangels in ländlichen Gebieten im Sinn. Das hätte meine volle Unterstützung gehabt. Es geht der Bundesregierung vielmehr um die Sicherung der politischen Unterstützung der Ärzteschaft. Diese ist strategisch außerordentlich wichtig. Denn Ärztinnen und Ärzte sind nicht nur Wählerinnen und Wähler. Sie sind eine der Berufsgruppen, denen die Bevölkerung am meisten vertraut. Ulla Schmidt musste die Erfahrung machen, dass die Ärzteschaft mit Plakaten in Arztpraxen Wahlkampf gegen sie machte. „Wählen Sie, was Sie wollen. Aber nicht SPD“, dazu riefen die Plakate auf. Viele Patientinnen und Patienten werden diesen Plakaten mehr geglaubt haben als den normalen Wahlkampfplakaten der Parteien auf der Straße und den Aussagen der Politikerinnen und Politiker in den Medien. Denn der Berufsgruppe der Politiker wird – zurecht oder zu Unrecht – am wenigsten vertraut. Auch diese Plakate haben ihren Teil zum schwarz-gelben Wahlsieg 2009 beigetragen. Mit der Verabschiedung des VStG können Union und FDP sicher sein, dass sie selbst bei der nächsten Bundestagswahl nicht Ziel einer solchen Aktion werden.

Denn die vordergründig genannten Ziele des Gesetzes, etwa den Arztberuf attraktiver zu machen, Medizinern Anreize zu setzen, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen, die Versorgung zukunftssicher zu gestalten, sowie die Entscheidungsbefugnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken, laufen zu 90 Prozent auf mehr Geld für die Ärzteschaft hinaus. Geht es 2013 weiter mit Schwarz-Gelb, dann werden die Versicherten die Rechnung für diese Wahlkampfhilfe alleine über Zusatzbeiträge zahlen müssen.

Die solidarische Bürger/innen-Versicherung als moderne Weiterentwicklung der Grundprinzipien der GKV

Die meisten Menschen wollen ein solidarisches Gesundheitssystem, das die eingangs dargestellten Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung für die heutige Zeit

fortentwickelt. Dazu ist es wichtig, die skizzierten Deformationen dieser Grundprinzipien zu korrigieren und gleichzeitig das Problem der Unterfinanzierung auf der Einnahmeseite anzugehen. Hierzu hat DIE LINKE ein Konzept der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung vorgelegt, das folgende Eckpunkte umfasst:

Alle Menschen, die in Deutschland leben, werden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Auch Politikerinnen und Politiker, Beamtinnen und Beamte, Selbstständige und andere bisher privat Versicherte werden einbezogen.

Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung garantiert für alle Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung. Sämtliche erforderlichen Leistungen werden zur Verfügung gestellt und der medizinische Fortschritt wird einbezogen.

Zur Sicherung einer dauerhaft stabilen Finanzierung, sowie zur Herstellung von mehr Gerechtigkeit, werden auch die Einkommensarten einbezogen, die bisher kaum zur Finanzierung des Sozialsystems herangezogen werden. Dazu zählen etwa Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen, Einkommen aus selbstständiger Arbeit, Einkommen aus Mieten und Pachten. Um eine Überforderung bei geringen Einkommen aus diesen Quellen zu vermeiden, können Freigrenzen eingeführt werden.

Die paritätische Finanzierung wird wiederhergestellt, indem die Arbeitgeber die Hälfte der Krankenversicherungsbeiträge ihrer Beschäftigten tragen.

Wir wollen, dass alle mit einem gleichen prozentualen Anteil auf ihr jeweiliges Einkommen an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt werden. Dafür wird die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und perspektivisch abgeschafft.

Praxisgebühren und andere Zuzahlungen belasten Geringverdiener überproportional stark und besitzen keine positiven Steuerungswirkungen. Im Gegenteil, es besteht die Gefahr, dass notwendige Behandlungen oder Medikamenteneinnahmen nicht vorgenommen werden, um Zuzahlungen zu sparen. Die Folge ist häufig, dass akute aber unbehandelte Krankheiten zu chronischen Erkrankungen werden, mit entsprechend hohen Folgekosten. Deswegen sollen alle Zuzahlungen abgeschafft werden.

Jede und jeder erhält einen eigenen Versicherungsanspruch und ist nicht von anderen abhängig. Wer keine Einkünfte hat, wird beitragsfrei versichert.

Vergleich der Konzepte zur solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung der Oppositionsparteien und des DGB

Merkmale der Bürgerinnen- und Bürgerversicherung	DIE LINKE.	DGB - Reformkommission	SPD	Grüne
Ausweitung des Versichertenkreises	Ja	Ja	Ja	Ja
Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen	Ja	Keine Aussage	Nein	Nein
Alle Einkommensarten einbeziehen	Ja	Ja	Nein, dafür Steuerfinanzierung einführen	Ja
Paritätische Finanzierung	Ja	Ja	Jein (Arbeitnehmer sollen in der Regel mehr bezahlen als ihr Arbeitgeber)	Ja
Abschaffung von Praxisgebühr und anderen Zuzahlungen	Ja	Ja	Nein	Ja
Einheitlicher prozentualer Beitragssatz	Ja	Keine Aussage	Nein	Nein
Eigenständiger Versicherungsanspruch für alle	Ja	Keine Aussage	Nein	Nein

Drastische Beitragssatz-Senkung möglich

DIE LINKE im Bundestag hat eine Studie anfertigen lassen. Das Ergebnis: Mit der Einführung ihres Konzeptes der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ließen sich die Lasten auf mehr Schultern gerechter verteilen. Der Beitragssatz ließe sich drastisch und nachhaltig von derzeit 15,5 Prozent auf 10,5 Prozent senken. Mit diesen 10,5 Prozent wäre sogar bereits die Abschaffung aller Zuzahlungen samt Praxisgebühr finanziert. Weiterhin sagt die Studie aus, dass ohne Bürgerversicherung der Beitragssatz bis 2020 auf rechnerisch 17,6 Prozent ansteigen würde. Im Szenario unserer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung könnte der Beitragssatz bis 2014/15 sogar auf 10,0 Prozent sinken, um dann bis 2020 leicht auf 10,6 Prozent zu steigen.

Die Studie liefert allerdings noch einen weiteren gewichtigen Grund, der für eine Bürgerversicherung spricht: Die Schaffung von Arbeitsplätzen durch eine gerechtere Einkommensverteilung. Insgesamt steigt durch die Bürgerversicherung die Kaufkraft, wovon insbesondere Menschen mit geringem Einkommen profitieren würden. Da sie kaum Möglichkeiten haben, Geld anzulegen, sondern fast das gesamte Einkommen ausgeben (müssen), verstärkt sich dieser die Binnennachfrage belebende Effekt noch. Dadurch könnten nach den Ergebnissen der Studie 600.000 Arbeitsplätze geschaffen und gleichzeitig die Anzahl der Minijobber gesenkt werden.

Interessant ist sicher, dass alle drei Oppositionsparteien Konzepte vertreten, die nahezu den gleichen Namen tragen: „**Bürgerversicherung**“. Die Grundüberlegungen, zum Beispiel die Verbreiterung der einzubeziehenden Einkommensarten, stimmen weitgehend überein. In Einzelfragen unterscheiden sich die Modelle. Mit den Beschlüssen auf ihrem letzten Parteitag haben sich die Grünen deutlicher unserem Konzept

angenähert. Völlig ins konzeptuelle Abseits geschossen hat sich aber derzeit leider die SPD. Mit den auf dem Parteitag durchgeboxten Beschlüssen der Parteiführung verzichtet die SPD ohne Not auf wesentliche Elemente, die für mehr Gerechtigkeit in der Finanzierung sorgen und die für die übrigen positiven Effekte (Beitragssatzsenkung, Schaffung von Arbeitsplätzen) nötig wären. So ist die SPD weiterhin dafür, mit der Beitragsbemessungsgrenze Gutverdienern niedrigere Beitragssätze zu verschaffen als Gering- und Durchschnittsverdienern. Im Gegensatz zu den Grünen will sie diese Grenze nicht einmal erhöhen. DIE LINKE will die Beitragsbemessungsgrenze abschaffen, weil sie für eine ungerechte Finanzierung sorgt. Auch einen weiteren Kernbestandteil jedes anderen Bürgerversicherungskonzeptes lehnt die SPD mittlerweile ab: Die Verbeitragung von Kapitaleinkünften.

Inzwischen hat auch eine vom DGB-Bundesvorstand einberufene Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ eine gemeinsame Erklärung unter der Überschrift „Bürgerversicherung statt Kopfpauschale“ vorgelegt.¹⁴ Der Kommission gehörten Vorstandsmitglieder aller Einzelgewerkschaften im DGB, Vertreter der Arbeitnehmerorganisationen der Oppositionsparteien, Vertreter der Sozialverbände, der christlichen Arbeitnehmerorganisationen, etliche renommierte Wissenschaftler/innen, mehrere Einzel-sachverständige usw. an. Die gemeinsame Erklärung ist eine fundierte Abrechnung mit der Gesundheitspolitik der Regierungskoalition und die Darstellung eines alternativen Bürgerversicherungskonzeptes, das ganz überwiegend mit unserem Konzept einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung kompatibel ist.

¹⁴ Die gemeinsame Erklärung der Reformkommission kann unter folgendem Link eingesehen werden: www.dgb.de/presse/++co++e67aac6-046a-11e0-4351-00188b4dc422

Umfragen, die zu diesem Thema gemacht worden sind, bestätigen immer wieder, dass die Bürgerinnen und Bürger den von der Regierung geplanten Systemwechsel mit riesiger Mehrheit ablehnen und stattdessen ein solidarisches Bürgerversicherungsmodell wünschen. Sogar die FDP-Anhänger sprechen sich mit großer Mehrheit pro Bürgerversicherung und contra Kopfpauschalen aus. Die Regierung setzt somit ihren Systemwechsel gegen die Mehrheit in der Bevölkerung und gegen die Mehrheit ihrer eigenen Anhänger durch.

Möglichkeiten im parlamentarischen und außerparlamentarischen Raum

Durch die genannten Übereinstimmungen zwischen den Bürgerversicherungskonzepten der Oppositionsparteien würde sich hier auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik die Chance für ein tragfähiges rot-rosa-grünes Testprojekt ergeben.

Allerdings muss konstatiert werden, dass die Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen den Oppositionsparteien, besonders zur konstruktiven Zusammenarbeit mit der Linken, sehr stark mit den jeweils aktuellen Umfragewerten variiert. Derzeit sind wir sicher noch in einer Phase, in der jede der Oppositionsparteien danach trachtet, sich selber zu profilieren. Aber im Gegensatz zu anderen Politikfeldern, in denen eine Annäherung der Positionen kaum zu beobachten ist, zum Beispiel in der Außenpolitik oder bei der Friedensfrage, haben wir hier ein Politikfeld, in dem die Gemeinsamkeiten überwiegen.

Dennoch ist es hier wie in anderen Fragen so, dass ohne zivilgesellschaftlichen Druck und ohne eine Unterstützung durch eine starke außerparlamentarische Bewegung alle rot-rosa-grünen Regierungsträume „Blümenträume“ bleiben werden. Einmal, weil es ohne diesen Druck nicht zu einem Wechsel der Bundestagsmehrheiten kommen wird, aber auch, weil es ohne Druck und Unterstützung durch ein

möglichst starkes gesellschaftliches Bündnis keinen Politikwechsel, sondern bestenfalls einen Regierungswechsel geben wird. Und wo das enden kann, haben wir bei der Regierung unter Kanzler Schröder leidvoll erleben müssen. Ein starkes gesellschaftliches Bündnis, das einen Politikwechsel herbeiführen und dauerhaft stützen könnte, ist in Deutschland allerdings erst in Ansätzen erkennbar.

Wenn man in Rechnung stellt, wie tiefgreifend dieser Abbau und Umbau des Sozialstaates ist, dann ist es in diesem Land noch viel zu ruhig. Es wird Zeit, dass die Gewerkschaften die ständigen Entscheidungen gegen die Interessen der abhängig Beschäftigten mit Aktionen und Arbeitsniederlegungen während der Arbeitszeit beantworten. Nur durch solche gezielte Normverletzungen kann der Forderung nach einem politischen Streikrecht Nachdruck verliehen werden. Und ein solches Streikrecht wäre in Deutschland bitter notwendig, um die schlimmsten Auswüchse einer nach wie vor neoliberalen Politikagenda zu verhindern.

Leider muss man in Deutschland immer noch fragen:

„Wo bleibt euer Aufschrei?“¹⁵

Wenn Sie mehr über meine Arbeit im Bundestag erfahren wollen, abonnieren Sie meinen Newsletter unter:

www.harald-weinberg.de/newsletter

Oder sie teilen mir Ihre E-Mailadresse mit.

Schreiben sie an:

harald.weinberg@bundestag.de

**Deutscher Bundestag
Harald Weinberg MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin**

Telefon: 030/227-72394

Telefax: 030/227-76499

www.harald-weinberg.de



¹⁵ Zitiert nach Heiner Geißler: Wo bleibt Euer Aufschrei? In: Die Zeit vom 11.11.2004 (Nr. 47), siehe: www.zeit.de/2004/47/Ohnmacht_2fArbeiter?page=1