

Das deutsche Gesundheitssystem – ein Auslaufmodell?

Grundanforderungen an ein Gesundheitssystem

Jede Organisation eines Gesundheitswesens ist vor vier grundsätzlichen Anforderungen¹ gestellt:

Die medizinische Anforderung besteht darin, eine möglichst hochwertige und vollständige Krankenversorgung zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig soll medizinischer Fortschritt ermöglicht werden. Eine gute Pflege sowie die Ermöglichung eines würdigen und möglichst schmerzfreien Lebensendes gehören somit auch 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 geraten können, besteht die vierte Anforderung in der Steuerbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Systems.

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.

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 nahe sind.

Diese empirisch vorfindbaren Gesundheitssysteme erfüllen die genannten Anforderungen in sehr unterschiedlichem Maße. 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 nicht seltener Grund für die Überschuldung von Privathaushalten². Eine gute Gesundheitsversorgung ist dort in

¹ Diese Darstellung folgt im wesentlichen den Ausführungen von Prof. Dr. Rosenbrock

² Siehe hierzu den Aufsatz von Weinberg/Cers:

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, 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.

Die Grundprinzipien des deutschen Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung

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 schwereren Wirtschaftskrisen nach Ende des II. Weltkrieges Anfang der 70er Jahre geriet das Sozialsystem – und 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 daher „Reformen“, die diesen Diskursen mehr oder weniger Rechnung trugen und dabei dazu beitrugen, dass 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. Dies betont die Gesundheitsversorgung als öffentliche Aufgabe und Gesundheit als öffentliches Gut. Das ist der Unterschied zu mehr 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 Legitima-

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

tion beigetragen hat. Dies, 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 und ohne Kinder. 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.

4. Sachleistungsprinzip:

Idealtypisch ist Geld im unmittelbaren Versorgungsgeschehen nicht präsent und kann daher auch keine besondere Wirkungsmacht, wie wir sie z.B. aus den USA kennen, entfalten. 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 Kassenärztliche Vereinigung. Damit muss auch nicht der/die einzelne Versicherte die Ansprüche auf Qualität und angemessene Preise gegenüber den Leistungserbringern durchsetzen, sondern dies tun die Institutionen der GKV. Dies ist auch eine Form des proaktiven Verbraucherschutzes. 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 (Kontrahierungszwang) unter dem Druck einer möglichen Ersatzvornahme durch den Staat oder gesetzlich vorgesehener 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.

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 einen immer höheren Anteil an Beiträgen wie die Arbeitgeber. Es ist undemokratisch, wenn die Arbeitgeber in den Gremien der Selbstverwaltung weiterhin 50% 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 (aktuell: 3.750 € brutto) steigt der zu zahlende Beitrag an die GKV nicht mehr weiter an, sondern bleibt auch bei höheren Einkommen gleich (aktuell für Arbeitnehmer: 7,9% von 3.750 € = 296,25 € Maximalbeitrag pro Monat). Verdient also jemand z.B. 4.500 €, dann fällt seine prozentuale Belastung auf 6,6% (296,25 € von 4.500 €); bei 5.000 € auf 5,9% usw. Durch diese degressive Belastung tragen höhere Einkommen mit einem immer geringeren Anteil zur Finanzierung der GKV bei. Ab der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 4.162,50 € können Versicherte, die diese Grenze drei Jahre hintereinander überschritten haben⁴, 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, Wahl- und Zusatztarife heizen den Wettbewerb an, der das Solidarprinzip aufweicht, sich tendenziell nicht mit der Sicherstellung einer Gesundheitsversorgung verträglich und letztlich zu Lasten der Versicherten geht. Zuzahlungen nagen gleich an vier Prinzipien: Zum einen 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. Jede/r hat sicher schon einmal Vergeblichkeitserfahrungen gemacht und daraus gewisse Ohnmachtsgefühle entwickelt. Der Mythos von Sisyphus fasst dieses Gefühl in eine griffige Parabel.

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 ($G - G'$). 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:

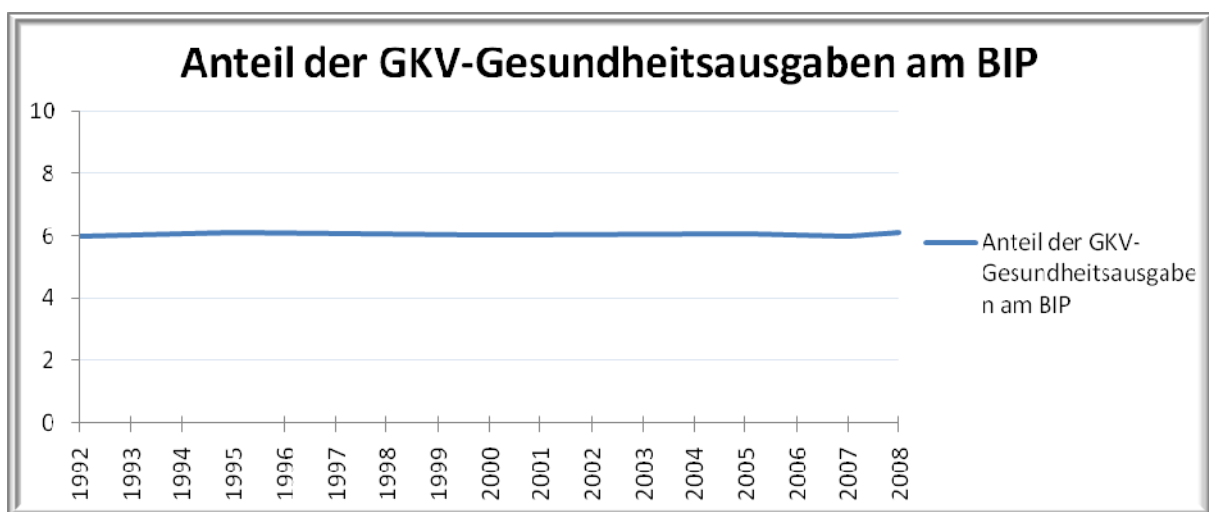
⁴ Nach GKV-FinG ab 31.12.2010 sogar bereits nach einem Jahr

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.

Jahr	1992	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Gesundheitsausgaben GKV	99	112	124	136	140	145	151
BIP	1647	1848	2063	2242	2327	2432	2481
Anteil Gesundheitsausgaben am BIP in Prozent	6,00	6,08	6,01	6,06	6,01	5,98	6,10

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen



Seit Jahren bewegt sich dieser Anteil der GKV-Ausgaben zwischen 5,98% und 6,10% 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. Nimmt man die privaten und sonstigen Ausgaben für Gesundheit hinzu, dann bewegen sich diese Gesamtausgaben für Gesundheitsdienstleistungen seit Jahren zwischen 10 und 11,1 % 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 die Beitragssätze regelmäßig erhöht und regelmäßig Steuermittel zugesprochen. Die GKV hat kein Problem einer „Kostenexplosion“, sondern ein Einnahmeproblem.

Dazu gesellt sich in der öffentlichen Diskussion der Mythos der „Lohnnebenkosten“, deren Höhe angeblich die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen (Export-)Wirtschaft bestimme und damit über den Erhalt oder Verlust von Arbeitsplätzen dort entscheide. 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% der Produktionskosten ausmachen, führen Lohnnebenkostensenkungen dort zu keiner nennenswerten Wettbewerbsverbesserung und damit auch zu keiner Arbeitsplatzsicherung. Selbst wenn man von 20% Lohnkostenanteil ausgeht, liegt der gesamte Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung bei gerade einmal gut 1 Prozent der Gesamtkosten. Jede kleine Wechselkursschwankung um ein paar Prozentpunkte hat größere Effekte auf die Exportfähigkeit als die Beitragsentwicklung der Sozialkassen. 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, das 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 genauere Blick zeigt jedoch, dass der Einfluss medizinisch-technischen Fortschritts erheblich überschätzt wird. Ein erheblicher Teil der angeblichen „Innovationen“ hat keinen nachgewiesenen bzw. keinen zusätzlichen Nutzen gegenüber bereits vorhandenen oft günstigeren Leistungen. Innovationen dienen oft eher den Profitinteressen als den Patientinnen und Patienten. Einen wissenschaftlichen Nutzen- und Wirksamkeitsnachweis gab es 2008 für ca. 30-40% der Leistungen.

Der Mythos der „hohen und explodierenden Verwaltungskosten“ bei der GKV hält einer genaueren Prüfung nicht Stand. Seit Jahren liegen die Verwaltungskosten zwischen 5 und 6% aller GKV-Ausgaben, 2009 waren es 5,67 Prozent, wohingegen die Verwaltungs- und Abschlusskosten in der PKV durchschnittlich etwa 16,37% des Umsatzes ausmachen⁵.

„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

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

Menschen verursacht vor diesem Hintergrund keine enorm höheren Kosten, vielfach sinken die Kosten sogar.

Der Mythos „Ärztmangel“ 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 einen Arzt 346 Einwohner, 2007 waren es nur noch 224. Das ist weltweit ein Spitzenplatz. Und andere Länder 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 und 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 Ärzteverbände, 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 2008, dann wurden in dieser Branche über 263 Mrd. Euro umgesetzt. Das sind 10,6 % des BIP und 3.192 Euro pro Kopf der Bevölkerung, vom Säugling bis zum Greis. Davon entfielen auf die GKV als Kostenträger rund 161 Mrd. Euro. Insgesamt waren 2008 rund 4,6 Millionen Menschen beschäftigt, also fast jeder achte Erwerbstätige – Tendenz steigend! 73% der Beschäftigten sind weiblich. Nur zum Vergleich: In der Diskussion über Beschäftigung und Arbeitsplätze wird häufig die Automobilbranche erwähnt. Dort sind aber nur rund 700.000 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 an dem Kuchen.

Die Grundorientierung der gelb-schwarzen Koalition in der Gesundheitspolitik

In einer Rede in Bad Füssing hat Bundesgesundheitsminister Rösler noch einmal die grundsätzliche Orientierung seiner Politik dargestellt⁷: Das bisherige Gesundheitssystem in Deutschland sei de facto Planwirtschaft und hätte daher auch die typischen Probleme einer Planwirtschaft: Bürokratie und Ineffizienz. Sein Ziel sei es, dieses System von einer Planwirtschaft in ein wettbewerbliches System, das der Sozialen Marktwirtschaft gemäß sei, zu überführen. Damit sind die Zielparameter klar festgelegt: Entstaatlichung, Wettbewerbsorientierung und Privat vor Öffentlich. Diese Zielparameter sind auch im Koalitionsvertrag deutlich erkennbar, wenn man hinter die Verklammerungen schaut:

Erstens will die Bundesregierung Wettbewerb und mehr Geld für die „Leistungsträger“:

⁷ Rede des Bundesgesundheitsministers bei den „Bad Füssinger Gesprächen“ in Johannesbad am 19. Oktober 2010

„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 Entkopplung 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-Finanzierungsgesetz (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. Konsequenz 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. Dort müssen seitdem erhebliche Haushaltsmittel in den Sozialausgleich gesteckt werden, die jedes Jahr neu zur Debatte stehen.

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 eine „Flexibilisierung des Arbeitsmarkts“ durch 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. 2011 wird die Pflegeversicherung an der Reihe sein. Dort soll eine Kapitaldeckung – mit entsprechenden Profiteuren aus der Finanzwirtschaft – eingeführt werden.

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) und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG).

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 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 solle 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 nicht zur Rechtsicherheit beitragen werden. Dazu ein paar Beispiele: das Sozialrecht schreibt den Krankenkassen ein Kooperationsgebot im Interesse der Gesundheitsversorgung vor. Das Wettbewerbsrecht sieht in einer solchen Kooperation ein Verstoß gegen ein freien Wettbewerb um den Versuch, ein Kartell zu schaffen. 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 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. Auch wenn letztendlich durch ein Verfahren vor dem Bundessozialgericht klargestellt wurde, dass die Bundeskartellbehörde hier keine Zuständigkeit hatte, bleibt die Frage, ob diese Rechtsauffassung nach Verabschiedung des Arzneimittelneuordnungsgesetzes noch Bestand haben wird. 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 die für diese Änderung der Beurteilung durch den EuGH entscheidend sein wird. Zwei Ausagen kann man aber als faktisch 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. Zur Überbrückung der aktuellen Finanzierungslücke wird der allgemeine Beitragssatz zum 1.1.2011 um 0,6 Prozentpunkte auf 15,5 % angehoben. Der Arbeitnehmeranteil steigt damit von 7,9 % auf 8,2 %, der Anteil der Arbeitgeber von 7 % auf 7,3 %. Der Beitragssatzerhalt enthaltene Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten ist auch weiterhin ausschließlich von den Versicherten zu zahlen. Allein dadurch müssen die Versicherten derzeit etwa 9,5 Milliarden € im Jahr mehr zahlen als die Arbeitgeber. Beide Anteile zur gesetzlichen Krankenversicherung, der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmeranteil, werden auf dem Niveau von 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. 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 in der Finanzierung entsprechend widerspiegeln. Wer mitbestimmen will, muss auch mitfinanzieren.
- Wenn die Arbeitgeber in diesem Umfang aus der Finanzierung herausgenommen werden, werden sie weniger ein 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 % Beiträgen nicht aus, müssen sie Zusatzbeitrag erheben. Diese sind von den Versicherten allein zu zahlen. Das war im Prinzip schon seit 2007 so, allerdings auf 1% 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 € im Monat. Mit dieser Form der ungedeckten Zusatzbeiträge führt die Bundesregierung eine Kopfpauschale durch die Hintertür ein. Diese Kopf-

pauschale sozial ungerecht: erhebt eine Kasse beispielsweise 16 € Zusatzbeitrag, dann zahlen Menschen mit 800 € Einkommen insgesamt 10,2 %, mit 1600 € Einkommen 9,2 % mit 3700 € Einkommen „nur“ 8,6 % Gesamtbeiträge. Mit steigendem Einkommen steigt also die relative (!) Belastung durch Zusatzbeiträge. Geringer Einkommen werden prozentual deutlich stärker belastet als höherer Einkommen. Hinzu kommt noch, dass für alle, die ihre Zusatzbeiträge nicht pünktlich entrichten, bis zu 30 € Säumniszuschlag zusätzlich zu zahlen sind.

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt im Einvernehmen mit 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 der fiktive Zusatzbeitrag 2 % eines individuellen Bruttoeinkommens, soll die Differenz über entsprechend abgesenkte Arbeitnehmer Beiträge ausgeglichen werden. Dies bezeichnet Minister Rösler als "automatischen Sozialausgleich". Die neue Belastungsgrenze von 2 % des Einkommens greift jedoch nur dann vollständig, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag eines Versicherten maximal den 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 diese Augenwischerei. Ein großer Teil des Steueraufkommens für den Sozialausgleich wird durch die Mehrwertsteuer und andere Verbrauchssteuern erzielt, 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 kann sehr schnell die Frage nach den bestehenden Leistungsumfang in der Gesundheitsversorgung zum Gegenstand der öffentlichen Schuldendiskussion werden.

Ferner ist im GKV-Finanzierungsgesetz noch ein Förderprogramm für Ärzte und die private Krankenversicherung eingebaut. Zunächst einmal wird die Wartefrist, 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 Jahresendege-schenk an die privaten Krankenversicherungen kann dann noch die Tatsache angesehen werden, dass dieser Teil des Gesetzes nicht, wie üblich, zum 1.1.2011, sondern bereits zum 31.12.2010 in Kraft treten wird. Damit können bereits zum Jahreswechsel 2010/11 diejenigen, die 2010 über der Versicherungspflichtgrenze verdient haben, in die private Krankenversicherung wechseln.

Durch die Ausweitung der Möglichkeit, sich gegen Kostenerstattung beim Arzt behandeln zu lassen, will die Bundesregierung auch unter den gesetzlich Krankenversicherten eine Mehrklassenmedizin einführen. Das Ganze wird begründet mit mehr Transparenz und Kostenkontrolle auf Seiten der Patienten. Und da die Wahl der Kostenerstattung freiwillig sei, würde auch niemand überfordert. Tat-

sächlich aber wird Ärzten, die besonders geschäftstüchtig sind, mit der Kostenerstattung ein Instrument die Hand gegeben, sich aus dem „Diktat der Kollektivverträge“ zu befreien. In diversen Blogs haben Fachärzte die Kostenerstattung als mögliches erfolgreiches Geschäftsmodell bereits besprochen, so zum Beispiel unter www.facharzt.de. Denn der Arzt darf bei der Kostenerstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnen, also mehr Geld verlangen, als er von der Krankenkasse bekommen würde. Erstattet wird den Patienten aber nur die Kassenleistung. Abgezogen wird davon auch eine Verwaltungspauschale für den erhöhten Aufwand, den die Kasse mit dieser Abrechnung hat. Die Patientinnen und Patienten bleiben also auf den Zusatzkosten sitzen, die je nach Behandlung beträchtliche Summen ausmachen können. Als Durchschnitt wird etwa die Hälfte der Behandlungskosten angegeben. Die Regierungskoalition verweist deshalb gerne auf den Abschluss von privaten Zusatzversicherungen, um diesen Mehrforderungen der Ärzteschaft zu entgehen. Und hier haben wir es wieder, das Förderprogramm für die private Versicherungswirtschaft.

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, 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.

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

Die meisten Menschen wollen ein solidarisches Gesundheitssystem, dass 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 erforderliche 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 wurden. 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 stufenweise angehoben und perspektivisch aufgehoben. Praxisgebühren und andere Zuzahlungen belasten Geringverdiener überproportional stark und besitzen keine positive 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.

Mit der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung bietet DIE LINKE eine soziale und gerecht finanzierte Alternative. Mit diesem Konzept könnte der aktuelle Beitragssatz von 14,9 % um einige Prozentpunkte gesenkt werden. Voraussichtlich würden dadurch sogar die Arbeitgeber gegenüber dem jetzigen Zustand entlastet. Der Sozialausgleich fände vollautomatisch innerhalb dieses Konzeptes statt. Die Belastungen passen wir an die reale Einkommenssituation der Einzelnen und des einzelnen an und ermöglichen allen Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung.

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. Nachfolgend eine vergleichende Übersicht über die Konzepte der Oppositionsparteien:

Merkmal der Bürgerversicherung	LINKE	SPD	Grüne
Ausweitung des Versichertenkreises	ja	ja	ja
Einbeziehung weiterer Einkommensarten	ja	ja	ja
Einheitlicher Beitragssatz	ja	ja	nein
Abschaffung von Zuzahlungen	ja	nein	ja
Beitragsbemessungsgrenze	Aufhebung	Beibehaltung (keine jüngeren Statements bekannt)	Anhebung auf BBG Rente West (5500€) + Beitragsatzsplitting
Merkmal der Bürgerversicherung	LINKE	SPD	Grüne
Private Vollversicherung	Abschaffung	Einbeziehung	Einbeziehung
Paritätische Finanzierung	ja, durch 0,9% Anhebung der AG-Beiträge	ja, Methode nicht bekannt	ja, durch Abschaffung des 0,9%igen Sonderbeitrages. Dadurch Einnahmehinbußen für die GKV
eigener Versicherungsanspruch für Jede(n)	ja	nein	nein, aber Familienversicherung auf Lebenspartner begrenzt, die aufgrund von Kinderbetreuung oder Angehörigenpflege nicht erwerbstätig sind.

Inzwischen hat auch eine vom DGB - Bundesvorstand einbe-

rufene Reformkommission" für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft" eine gemeinsame Erklärung unter der Überschrift" Bürgerversicherung statt Kopfpauschale" vorgelegt. Der Kommission gehörten Vorstandsmitglieder aller Einzelgewerkschaften im DGB, Vertreter der Arbeitnehmerorganisationen der Oppositionsparteien, Vertreter der Sozialverbände, der christlichen Arbeitnehmerorganisationen, etliche renommierte Wissenschaftler/innen, mehrere Einzelsachverständige 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.

Umfragen, die zu diesem Thema in den letzten Monaten gemacht worden sind, bestätigen immer wieder, dass die Bürgerinnen und Bürger den von der Regierung geplanten Systemwechsel mit riesiger Mehrheit ablehnen und stattdessen zu etwa zwei Dritteln ein solidarisches Bürgerversicherungsmodell wünschen. Sogar die Mehrheit der FDP-Anhänger spricht sich pro Bürgerversicherung und contra Kopfpauschalen aus. Die Regierung setzt somit ihre Systemwechsel gegen die Mehrheit in der Bevölkerung 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 ergeben für ein tragfähiges rot-rosa-grünes Testprojekt. Allerdings muss konstatiert werden, dass die Bereitschaft zur konstruktiven Zusammenarbeit zwischen den Oppositionsparteien, besonders zur konstruktiven Zusammenarbeit mit der Linken, wohl 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 "Blütenträume" 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 solches starkes gesellschaftliches Bündnis, das einen Politikwechsel herbeiführen und dauerhaft stützen könnte, ist in Deutschland erst in Ansätzen erkennbar. Im Zusammenhang mit den Sozialkürzungen, der Rente erst ab 67 und den "Gesundheitsreformen" haben wir jetzt besonders mit den Demonstrationen am 13. November 2010 mit über 100.000 Teilnehmerinnen einen Anfang gesehen. Gleichzeitig gibt es die sehr starken Proteste gegen den Ausstieg aus dem Atomausstieg und gegen Stuttgart 21, die ebenfalls deutlich machen, dass diese Regierung mit ihrer Politik rasant an Legitimation verliert. Wenn man allerdings 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 während Deutschland bitter notwendig, um die schlimmsten Auswüchse einer nach wie vor neoliberalen Politikagenda zu verhindern. Leider muss man in Deutschland noch fragen:

„Wo bleibt euer Aufschrei!“

