

# Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems

Thomas Gerlinger

Seit nunmehr fast drei Jahrzehnten ist die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, genauer gesagt: die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das wohl wichtigste Ziel der Gesundheitspolitik. Das jüngst verabschiedete GKV-Modernisierungsgesetz ist das vorerst letzte in einer langen Reihe von Reformgesetzen, die dieses Ziel verfolgen. Der vorliegende Beitrag fragt danach, wie diese Reform im Kontext vorangegangener Gesundheitsreformen zu verorten ist und welche Weichenstellungen mit ihr für die soziale Sicherung im Krankheitsfall und für die Regulierung des Gesundheitswesens vorgenommen werden.

## 1

### Paradigmenwechsel Anfang der 90er Jahre

Die von Parteien und Regierungen verfolgten Kostendämpfungsstrategien haben sich im Zeitverlauf deutlich gewandelt. Waren noch bis zum Beginn der 90er Jahre die gewachsenen Finanzierungs-, Versorgungs- und Regulierungsstrukturen in der GKV weitgehend unangetastet geblieben, so unterliegen sie seit der ersten Hälfte der 90er Jahre einem beschleunigten Wandel:

- Mit der Einführung der freien Kassenwahl verloren die Krankenkassen nun ihre bisherige Bestandsgarantie. Der Beitragsatz wurde zum entscheidenden Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder.
- Die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets verlagerte das Finanzierungsrisiko auf die Leistungserbringer (Krankenhäuser, Ärzte).
- Die Privatisierung von Krankheitskosten ging deutlich über die frühere Praxis der – sukzessiven und insgesamt eher moderaten – Anhebung von Zuzahlungen hinaus.

Alle diese Maßnahmen verfolgen das Ziel, für die Individualakteure in der GKV (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte etc.) einen Anreiz zu schaffen, sich bei der Erbringung, Finanzierung und Inanspruchnahme von Leistungen am Ziel der Ausgabenbegrenzung zu orientieren (Gerlinger 2002). Parallel wurden schrittweise die Handlungsfreiheiten der Krankenkassen gegenüber den Leistungserbringern erweitert, insbesondere ihre Möglich-

keiten, Verträge mit einzelnen Ärzten bzw. mit Gruppen von Ärzten – und nicht mehr ausschließlich mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als regionaler ärztlicher Monopolvertretung – abzuschließen. Auf diese Weise sollten die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, gegenüber den Leistungsanbietern Kostensenkungen und Qualitätsverbesserungen durchzusetzen.

## 2

### Privatisierung von Krankheitskosten

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bewegt sich die Gesundheitspolitik grundsätzlich auf dem Anfang der 90er Jahre eingeschlagenen Entwicklungspfad fort. Es enthält ein umfangreiches Bündel von Maßnahmen, in deren Zentrum die Privatisierung von Krankheitskosten steht. Die Patienten werden damit in bisher nicht gekannter Weise in das System finanzieller Anreize integriert.

#### 2.1 FINANZIELLE ENTLASTUNG DER ARBEITGEBER

Vor dem Inkrafttreten des GMG war die Privatisierung trotz der vorangegangenen Anhebung von Zuzahlungen und der Ausgliederung von Leistungen nicht sonderlich stark ausgeprägt. Die jüngste Reform vollzieht hier eine Kehrtwende: Ihr Hauptanliegen ist eine deutliche Entlastung der Arbeitgeber, die vor allem durch eine Verlagerung von Finanzierungslasten auf die Versicherten bzw. Patienten herbeigeführt werden soll. Zu diesem Zweck bedient sich die Reform eines vielgestaltigen Instrumentariums. Dazu zählen insbesondere:

- die Einführung neuer Zuzahlungen (Praxisgebühr, häusliche Krankenpflege);
- die z.T. drastische Anhebung bereits geltender Zuzahlungen (beim Krankenhausaufenthalt, bei der Inanspruchnahme von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln);
- die Ausgliederung von Leistungen aus der Erstattungspflicht der GKV (z.B. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel);
- die Finanzierung solcher Leistungen, die im „gesamtgemeinschaftlichen Interesse“ liegen und als versicherungsfremde Leistungen gelten, über Steuern (z.B. Verhütung, Schwangerschaftsabbruch);
- die alleinige Finanzierung bestimmter Leistungsarten durch die Versicherten (Zahnersatz ab 2005, Krankengeld ab 2006).

Die Regierungsfractionen und die CDU/CSU-Opposition als gemeinsame Träger dieser Reform veranschlagen – bei einem Gesamtumfang der GKV-Leistungsausgaben von rund 136 Mrd. € im Jahr 2003 – das Entlastungsvolumen für 2004 auf rund 10 Mrd. €, von denen 8,5 Mrd. € die Versicherten zu tragen haben (Deutscher Bundestag 2003, S. 171 f.). Weitere Mehrbelastungen in Höhe von mehr als 4 Mrd. € entstehen bis 2006 für die Versicherten durch die Neuregelungen beim Zahnersatz und beim Krankengeld. Auch im Gesundheits-

**Thomas Gerlinger, Prof. Dr. Dr., Fachhochschule Fulda, Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystemforschung, Gesundheitspolitik, Versorgungsforschung, internationaler Vergleich von Gesundheitssystemen, europäische Integration und Gesundheitspolitik**  
e-mail: thomas.gerlinger@pg.fh-fulda.de

wesen schlägt sich somit der Makrotrend der Privatisierung sozialer Risiken nieder.

Dabei ist das Ausmaß der finanziellen Belastung von Versicherten bzw. Patienten mit diesen Zahlen nur unzureichend erfasst. So ist zu berücksichtigen, dass bereits in den vorangegangenen Jahren Krankheitsbehandlungskosten in erheblichem Umfang privatisiert wurden. Einer Schätzung des Statistischen Bundesamtes zufolge leisteten private Haushalte im Jahr 2001 Zuzahlungen zu GKV-Leistungen in Höhe von rund 9,9 Mrd. €. <sup>1</sup> Zu addieren sind private Zahlungen für solche Leistungen, die in der Vergangenheit aus dem GKV-Katalog ausgegliedert oder den Patientinnen und Patienten als Folge der Einführung von Budgetierungen und Pauschalvergütungen informell vorenthalten wurden.

Die Befürworter des GMG verweisen darauf, dass die Begrenzung der Zuzahlungen auf 2 % der Bruttoeinnahmen (1 % bei chronisch Kranken) eine sozial verträgliche Abfederung der Neuregelungen darstelle. In der Tat werden auf diese Weise der Privatisierung von Behandlungskosten Grenzen gesetzt. Allerdings sind die Belastungen in vielen Fällen weit höher, als der geringe Nennwert der Zuzahlungsgrenze vermuten lässt. Erstens bezieht sich die Zuzahlungsgrenze auf die Bruttoeinnahmen, legt man hingegen das verfügbare Haushaltseinkommen zugrunde, so fällt die Belastung bereits deutlich höher aus. Zweitens werden bei der Berechnung nur Zuzahlungen zu GKV-Leistungen, nicht aber die Ausgaben für aus dem GKV-Katalog ausgegliederte Leistungen berücksichtigt. Zudem wissen etwa 20 % der Versicherten nichts von dieser Grenze (Zok 2004) und die Zuzahlungsbefreiung kann nur auf Antrag der Betroffenen in Kraft treten, die gegenüber ihrer Kasse zudem einer Nachweispflicht unterliegen. Schließlich wurde die vorherige vollständige Befreiung für Geringverdiener mit dem GMG gestrichen.

## 2.2 BEITRAGSSATZERMÄßIGUNG UND BEITRAGSRÜCKERSTATTUNG

Neben den Bestimmungen zur finanziellen Umverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten werden mit der Reform auch solche Prinzipien in die Architektur der GKV eingeführt, die – denen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) entsprechend – auf eine Differenzierung von Beitragslasten in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsrisiko hinauslaufen. So

können Krankenkassen nun denjenigen Versicherten, die sich für die Kostenerstattung entscheiden, die Wahl eines Selbstbetrags, also eines Eigenanteils an den entstandenen Behandlungskosten, ermöglichen und ihnen dafür einen ermäßigten Beitragssatz gewähren. Außerdem können sie eine Beitragsrückerstattung in Höhe eines Monatsbeitrages vorsehen, wenn ein Mitglied während eines Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat. Beide Regelungen sind auf die freiwillig Versicherten beschränkt. Ihnen liegt die Intention zugrunde, der in den vergangenen Jahren forcierten Abwanderung von freiwillig Versicherten in die PKV entgegenzuwirken. Die Kassen der GKV werden von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, um ihre Position im Wettbewerb untereinander und gegenüber den PKV-Unternehmen zu stärken. Dies dürfte zu einer deutlichen Differenzierung der Tarifangebote in der GKV führen (Popp 2003). Ob die Abwanderung in die PKV auf diesem Wege gestoppt werden kann, ist allerdings überaus fraglich. Nach wie vor ist für junge, gesunde, allein stehende und gut verdienende Versicherte die PKV die kurz- und mittelfristig attraktivere Option.

## 2.3 AUSWIRKUNGEN

Das Eintreten für eine deutliche Umverteilung der Finanzierungslasten zulasten der Versicherten bzw. der Patienten stellt die am weitesten gehende Veränderung in der rot-grünen Gesundheitspolitik dar. Dabei ist dieser Politikwechsel keineswegs erst durch die notwendige Verständigung mit der oppositionellen Bundesratsmehrheit erzwungen worden, sah doch bereits der erste rot-grüne Gesetzentwurf weit reichende Privatisierungsschritte vor, die allerdings in den Verhandlungen mit der Union noch einmal deutlich verschärft wurden.

Die Finanzierungsreform setzt vor allem auf eine *Kostenverlagerung* und enthält kaum Maßnahmen, die – zulasten der Leistungsanbieter – eine tatsächliche *Senkung* von Behandlungskosten bewirken könnten. Dabei führt sie nicht nur zwischen Arbeitgebern und Versicherten, sondern auch *innerhalb* der GKV-Versichertengemeinschaft zu einer Umverteilung sozialer Lasten. Die Hauptlast haben die chronisch Kranken zu tragen. Auf kontinuierliche Betreuung angewiesen, sind vor allem sie es, die ausgegliederte Leistungen

nun privat finanzieren und erhöhte Zuzahlungen leisten müssen. Da chronische Erkrankungen in unteren Sozialschichten weit häufiger anzutreffen sind als in der Gesamtgesellschaft (Mielck 2000), werden mit der Kostenprivatisierung vor allem diejenigen belastet, die ohnehin bereits zu den schwächsten Bevölkerungsgruppen zählen. Indem die „guten Risiken“, also diejenigen Versicherten, die nicht oder nur gelegentlich eine medizinische Behandlung benötigen, von Finanzierungslasten befreit werden, beinhaltet das GMG einen starken gesellschaftlichen Entsolidarisierungseffekt. Allerdings dürften auch diese Gruppen nicht in dem Maße von der Reform profitieren, wie dies in der Öffentlichkeit des Öfteren unterstellt wird. Denn auch sie müssen die Befreiung der Arbeitgeber von der Versicherung des Zahnersatzes und des Krankengeldes mitfinanzieren und werden im Krankheitsfall höhere Ausgaben zu tragen haben.

Der Entsolidarisierungseffekt wird noch verstärkt durch die erwähnte Einführung von Beitragssatzermäßigungen und Beitragsrückerstattungen, denn diese sind nur für überdurchschnittlich gesunde Versicherte mit einer unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen attraktiv. Gleichzeitig führen diese Sondertarife zu einem Einnahmehinfall für die GKV, der durch erhöhte Zahlungen von der Versichertengemeinschaft kompensiert werden muss. Ihre Einführung ist für die GKV von großer ordnungspolitischer Tragweite, denn mit ihr wird ein tragender Pfeiler der Solidararchitektur – die Verknüpfung von einkommensbezogener Beitragsbemessung bei der Finanzierung mit dem Bedarfsprinzip bei der Leistungsgewährung – infrage gestellt. In dem Bestreben, die Abwanderung von freiwillig Versicherten aus der GKV zu stoppen, wird damit die mit der Trennung in Pflicht- und Privatversicherte verbundene Ungleichbehandlung durch eine Ungleichbehandlung von Versicherten innerhalb der GKV reproduziert.

In welcher Weise bereits die Einführung der Praxisgebühr das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten beeinflusst, zeigt eine repräsentative Befragung von 3.000 Versicherten, die im Mai 2004 im

<sup>1</sup> Auskunft des Statistischen Bundesamtes an den Autor, Mai 2003.

Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) durchgeführt wurde (Zok 2004). Auf die Frage, ob sie wegen der Praxisgebühr im 1. Quartal 2004 auf einen Arztbesuch verzichtet oder ihn ins 2. Quartal verschoben haben, antworteten 11,2% der Befragten mit Ja. Dabei trat ein deutliches Gefälle in Abhängigkeit von der finanziellen Situation der Betroffenen zutage: Unter den Befragten mit einem Haushaltseinkommen von weniger als 1.000 € traf dies auf immerhin 19,2% zu, unter den Befragten mit einem Haushaltseinkommen von 3.000 € und mehr „nur“ auf 8,2% (Zok 2004). Offenkundig entfaltet die Praxisgebühr eine Steuerungswirkung vor allem bei jenen Gruppen, die diese Zahlung als schmerzhaft empfinden. Der Trend zu einer reduzierten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ist bei den politischen Entscheidungsträgern durchaus erwünscht, denn dort herrscht die Auffassung vor, dass ein relevanter Teil der Arztbesuche medizinisch nicht notwendig ist. Selbst wenn man dem folgen mag, muss dies aber keineswegs bedeuten, dass die Versicherten wegen der Praxisgebühr tatsächlich auf diejenigen Leistungen verzichten, die aus guten Gründen als überflüssig gelten mögen, denn sie können als Laien eine solche Einschätzung oftmals nicht vornehmen. Werden als Folge finanzieller Erwägungen Krankheiten verschleppt oder Behandlungen zu spät in Angriff genommen, so kann dies nicht nur gesundheitliche Schäden für die Betroffenen, sondern auch einen Anstieg der gesamten Behandlungskosten nach sich ziehen.

Aber die Auswirkungen von Privatisierungsmaßnahmen beschränken sich nicht auf die monetäre Umverteilung, sondern dürften auch erhebliche Folgen für die „Sozialkultur“ in der GKV nach sich ziehen. Die Krankenkassen begrüßen bei aller Kritik an der Erhöhung von Zuzahlungen und der Ausgliederung von Leistungen die Einführung von Sondertarifen für freiwillig Versicherte als Erweiterung ihrer Handlungsoptionen im Wettbewerb untereinander und mit der PKV. Für die Versicherten schaffen diese Sondertarife einen Anreiz, ihr individuelles Krankheits- und Behandlungsrisiko abzuschätzen und sich bei einer günstigen Eigenprognose finanzielle Vorteile zu verschaffen. Diejenigen, die als Versicherte mit erhöhtem Behandlungsbedarf auf eine solidarische Krankenversicherung angewiesen sind, machen demgegenüber die Erfahrung, dass sie trotz steigender

Beiträge immer mehr Leistungen privat finanzieren müssen. Auf diese Weise droht bei Versicherten und Finanzierungsträgern die an sich große Zustimmung zu einer solidarischen Krankenversicherung zu erodieren.

#### 2.4 MIT FINANZIELLEN ANREIZEN ZU MEHR PRÄVENTION?

Neben den bekannten Sachzwangargumenten wird die Privatisierung häufig auch mit dem Argument legitimiert, dass erhöhte Zuzahlungen einen finanziellen Anreiz für ein gesundheitsbewussteres Verhalten der Versicherten darstellten und so langfristig die Gesundheitsausgaben reduzieren könnten. Tatsächlich gibt es jedoch kaum Anhaltspunkte dafür, dass es finanzielle Kalküle sind, die Menschen veranlassen, gesundheitsschädliche Lebensgewohnheiten aufzugeben.

Gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen zeigen vielmehr, dass sich das Gesundheitsverhalten in enger Wechselwirkung mit den Lebensbedingungen der Individuen entwickelt. Es ist zumeist tief in der Persönlichkeit verankert, aus der sich einzelne Verhaltenselemente nicht beliebig herausnehmen lassen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen lassen sich zumeist nur dann auch dauerhaft verändern, wenn auf die individuelle Verhaltensänderung gerichtete Maßnahmen (Anreize, Wissensvermittlung etc.) mit einer Verbesserung der Lebensbedingungen und der Entwicklung sozialer Netzwerke verknüpft werden. Wollte man erfolgreiche Krankheitsprävention betreiben, so wären also komplexe Strategien notwendig, die die gesundheitsbezogenen Handlungsressourcen der Menschen steigern und zugleich ihre Lebensverhältnisse so verändern, dass sich auch ihr Gesundheitsverhalten dauerhaft ändern kann (z.B. Wydler et al. 2000). Beim Hinweis auf präventive Effekte von Zuzahlungen handelt es sich also eher um einen nachgeschobenen Versuch zur Legitimation von aus anderen Motiven ergriffenen Maßnahmen als um einen realen Ursache-Wirkung-Zusammenhang. Überdies ist das individuelle Verhalten nur *eine* von zahlreichen Komponenten – wenn auch eine wichtige –, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Ein großer Teil der gesundheitsrelevanten Determinanten (Arbeits-, Umwelt- und soziale Lebensbedingungen, genetische Veranlagung) unterliegt nicht dem Einfluss der betroffenen Individuen.

## 3 Modernisierung der Versorgungsstrukturen

In der öffentlichen Wahrnehmung der Gesundheitsreform dominieren die skizzierten Reformen der Leistungsfinanzierung. Daneben enthält das GMG aber auch eine Reihe von Strukturmaßnahmen, von denen in den kommenden Jahren ein erheblicher Anpassungsdruck auf die Versorgungslandschaft und die Vertragsbeziehungen in der GKV ausgehen kann.

Die gewachsenen Strukturen gelten aus gutem Grund als wichtige Ursachen für die Qualitätsmängel und die im internationalen Vergleich hohen Kosten im deutschen Gesundheitswesen (SVR 2002). Daher werden seit einem guten Jahrzehnt verstärkte Anstrengungen zur Modernisierung der Versorgungsformen unternommen, in deren Zentrum das Ziel steht, die Koordinierungsfunktion des Hausarztes wieder zu beleben und die gewachsene Abschottung der Versorgungssektoren (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, Pflege etc.) zu überwinden. Das GMG setzt diese Bemühungen fort:

- Die Kassen haben nun die Pflicht, flächendeckend eine hausarztzentrierte Versorgung zu gewährleisten.
- Finanzierungsträger und Leistungserbringer erhalten neue finanzielle Anreize, die angestrebte Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsformen auf den Weg zu bringen.
- Es wird die Möglichkeit zur Etablierung medizinischer Versorgungszentren eröffnet, in denen Ärzte und andere Gesundheitsberufe unter einer einheitlichen Trägerschaft kooperieren können.

Auch im Hinblick auf die Aufwertung von Qualitätssicherungsbestimmungen steht das GMG in einer Kontinuitätslinie zu vorangegangenen Reformen. So soll das neu geschaffene „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ u.a. den medizinischen Wissensstand zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren und den Nutzen von Arzneimitteln bewerten sowie Empfehlungen zu gezielten Gesundheitsprogrammen (Disease-Management-Programmen) abgeben.

Bei der Modernisierung von Versorgungsstrukturen setzt das GMG aber inso-

fern einen neuen Akzent, als nunmehr das finanzielle Interesse der Versicherten weit- aus enger mit der Unterstützung neuer Ver- sorgungsformen verknüpft wird als in der Vergangenheit. Denn nun können die Kas- sen ihren Versicherten Beitragsboni und Zuzahlungsnachlässe anbieten, wenn sie sich an Hausarztmodellen, integrierten Versorgungsformen, Disease-Management- Programmen für chronisch Kranke etc. be- teiligten. Die erwähnte Integration von Versicherten bzw. Patienten in das System finanzieller Anreize vollzieht sich also in doppelter Hinsicht: Zum einen soll die Privatisierung von Kosten zu einer Be- grenzung der Leistungsanspruchnahme führen; zum anderen sollen finanzielle Ver- günstigungen die Patienten zur Inan- spruchnahme effizienterer Versorgungs- formen veranlassen und die Patienten da- mit selbst zu Agenten einer Rationalisie- rung des Versorgungssystems avancieren.

Ungeachtet dieser – und anderer – aus der Perspektive einer Rationalisierung des Versorgungssystems sinnvollen Maßnah- men spielen Strukturreformen in dem Re- formkonzept eine nachgeordnete Rolle. Wichtige Reformschritte sind unterblieben oder verwässert worden. Dies gilt insbe- sondere für die so genannte Positivliste der erstattungsfähigen Arzneimittel. Diese und andere Unterlassungen und Einschränkungen sind zumeist auf den Einfluss der Uni- on zurückzuführen, die sich in den Ver- handlungen vielfach an ihren klientelisti- schen Bindungen zu wichtigen Leistungs- erbringergruppen orientiert hat.

## 4

### Wandel des Regulierungsmodells

Die skizzierten Veränderungen beinhalten auch einen Wandel des Regulierungs- modells in der GKV. Das gewachsene Regu- lierungssystem, das sich als ein „System kom- plexer Vielfachsteuerung“ (Alber 1992, S. 157) charakterisieren lässt und stark auf korporatistischen Steuerungsmecha- nismen beruht, gerät nun von verschiedener Seite unter Druck.

#### 4.1 RÜCKWIRKUNGEN AUF DAS STEUERUNGSSYSTEM

Zum einen wirken die skizzierten Privati- sierungsmaßnahmen in mehrfacher Hin-

sicht auf die Steuerung der GKV zurück. Mit der Ausgliederung von Leistungen wird der Geltungsbereich kollektivvertrag- licher Regelungen eingeschränkt und ge- winnen privatrechtliche Vertragsbeziehun- gen in der Krankenversicherung an Bedeu- tung. Die Steuerfähigkeit privater Krankenversicherungen bleibt sowohl im Hinblick auf die Kosten als auch im Hin- blick auf die Qualität deutlich hinter derje- nigen der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände zurück. Da die Versicherten nun nicht mehr dem Schutz der kollektiven Versorgungsverträge unterliegen, die die Krankenkassen mit den Leistungserbrin- gern aushandeln, dürften sich im Ergebnis die Kosten der Behandlung erhöhen. Schließlich sinkt auch das Interesse von Staat und Arbeitgebern an einer wirk- samen Begrenzung von Krankheitskosten, wenn diese nicht öffentlich, sei es über Beiträge oder über Steuern, sondern privat finanziert werden.

Daneben drohen mit der fortschreiten- den Privatisierung für das Kollektivver- tragssystem noch von ganz anderer Seite Gefahren, nämlich vom europäischen Marktrecht. Die Kollektivverträge in der GKV sind von Unternehmen im Gesund- heitssektor – insbesondere der pharma- zeutischen Industrie – in der Vergangen- heit wiederholt als wettbewerbswidrige Absprachen vor dem Europäischen Ge- richtshof (EuGH) beanstandet worden. Die Gretchenfrage lautete, ob Krankenkas- sen als Unternehmen im Sinne des eu- ropäischen Wettbewerbsrechts anzusehen sind, denn nur dann unterliegen sie den kartellrechtlichen Bestimmungen des Bin- nenmarktes (Bien 2004). Der EuGH hat dies verneint, dabei aber den Unterneh- mensbegriff in einer Weise konkretisiert, die für die Zukunft des Kollektivvertrags- systems prekär werden könnte. Dem EuGH zufolge sind Organisationen nur dann Unternehmen, wenn sie einer öko- nomischen Tätigkeit nachgehen. Eine nicht-ökonomische Aktivität liegt aber nur dann vor, wenn die Tätigkeit der betref- fenden Organisation ausschließlich sozia- len Charakter trägt, also eine soziale Auf- gabe, basierend auf dem Grundsatz der Solidarität, erfüllt, d.h. die Leistungen für alle Empfänger gleich sind, die Höhe der Beiträge vom Einkommen abhängt und ein Umverteilungseffekt vorhanden ist, der einen Schutz für finanziell und gesund- heitlich benachteiligte Personen darstellt. Die Konsequenz liegt auf der Hand: Je stär-

ker die Privatisierung in der GKV voran- getrieben wird, desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die europäische Rechtsprechung den sozialen Charakter der gesetzlichen Krankenkassen verneint, sie als Unternehmen im Sinne des EU- Wettbewerbsrechts klassifiziert und damit das Kollektivvertragssystem mit dem eu- ropäischen Recht für unvereinbar erklärt. Zwar bliebe – da die Gestaltung der Ge- sundheitssysteme in die Zuständigkeit der EU-Mitgliedstaaten fällt – in diesem Fall immer noch die Option, kollektivvertrag- liche durch staatliche Regelungen zu erset- zen. Allerdings wäre eine solche Entwick- lung angesichts der obwaltenden Policy- Trends nicht eben wahrscheinlich. Inso- fern könnte ein weiteres Anziehen der Privatisierungsschraube – vermittelt über das europäische Wettbewerbsrecht – einen qualitativen Wandel des gesamten Steu- erungssystems nach sich ziehen.

#### 4.2 LIBERALISIERUNG DES VERTRAGSRECHTS

Zum anderen stehen die korporatistischen Strukturen seit geraumer Zeit im Zentrum der Kritik, weil sie – nicht ohne Grund – für vielfältige Qualitätsmängel und Ineffizien- zen in der Versorgung verantwortlich ge- macht werden. Zahlreichen Beobachtern und Akteuren ist insbesondere das Ver- tragsmonopol der Kassenärztlichen Ver- einigungen (KV) ein Dorn im Auge, zumal diese in der Vergangenheit die dadurch be- gründete Machtstellung immer wieder ge- nutzt haben, um notwendige Reformen der Versorgungsstrukturen zu blockieren. Vor diesem Hintergrund wird verstärkt die Forderung erhoben, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um einen Wett- bewerb zwischen den Leistungserbringern zu ergänzen (z.B. Glaeske et al. 2001), also die bisherigen Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und KV durch Einzelver- träge zu ersetzen.

Bereits in den vorangegangenen Jahren sind die Vertragsbeziehungen zwischen Finanzierungsträgern und Leistungser- bringern punktuell liberalisiert worden. Die Handlungsoptionen der Krankenkas- sen – und dabei insbesondere die der *Ein- zelkassen* und weniger die der *Kassenver- bände* – wurden damit erweitert. Dieser Trend setzte sich mit dem GMG weiter fort:

– In der hausarztzentrierten Versorgung können sie Verträge mit dafür besonders

qualifizierten Hausärzten abschließen, ohne dass die Ärzte einen Anspruch auf einen Vertragsabschluss haben.

– Die KV können auf dem Feld der integrierten Versorgung nicht mehr Vertragspartner sein und verfügen auch nicht mehr über ein Beitrittsrecht zu entsprechenden Verträgen. Ihr Sicherstellungsauftrag erstreckt sich nur noch auf den Bereich der Regelversorgung, nicht mehr den der integrierten Versorgung.

– In der ambulanten fachärztlichen Versorgung können die Krankenkassen mit einzelnen oder mit Gruppen von Ärzten Vereinbarungen über besondere Versorgungsaufträge treffen. Dies ermöglicht ihnen vor allem, Verträge über Disease-Management-Programme ohne Zustimmung der KV abzuschließen.

Zwar sind derartige Einzel- oder Gruppenverträge in einen kollektivvertraglichen Rahmen eingebettet, aber dennoch ist das obligatorische Kollektivvertragsrecht unübersehbar durchlöchert.

### 4.3 KOEXISTENZ UNTERSCHIEDLICHER REGULIERUNGSFORMEN

Das wohl wichtigste Instrument, mit dem die beteiligten Akteure in ein Netz finanzieller Anreize integriert werden sollen, ist der Ausbau von Wettbewerbsmechanismen. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit der Schaffung eines neoliberal zugeschnittenen Gesundheitssystems. Vielmehr vollzieht sich parallel dazu eine partielle Ausweitung staatlicher Interventionen und eine Erhöhung der Regulierungsdichte. Zunächst setzt der Staat einen zunehmend restriktiven Handlungsrahmen für die kollektivvertraglichen Regelungen in der GKV, insbesondere im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung. Des Weiteren betätigt sich der Staat in bisher nicht bekannter Intensität als Architekt der politischen Ordnung (Döhler 1995) im Gesundheitswesen, indem er die Handlungsmöglichkeiten und Interessen der Akteure in den Verhandlungssystemen, in denen die staatliche Rahmensetzung in der Gesundheitspolitik konkretisiert wird, durch die Gestaltung von Verfahrens- und Abstimmungsregeln, durch die Zuweisung von Entscheidungskompetenzen und durch finanzielle Anreize gezielt konfiguriert, um sie mit den staatlichen Zielen zu synchronisieren.

Auch bedeutet die Aufwertung der Mikro-Ebene nicht, dass korporatistische

Steuerungsmechanismen bedeutungslos werden. Vielmehr werden die einschlägigen Gremien in mancher Hinsicht sogar aufgewertet und mit neuen Aufgaben betraut. Dies wird insbesondere deutlich im Bedeutungszuwachs des vormaligen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Urban 2001) und in der Einbeziehung nunmehr auch des stationären Sektors und der sektorenübergreifenden Versorgung in diesen Regulierungsmechanismus.

Die Beharrungskraft kollektivverbindlicher Steuerung ist vor allem auf die skizzierten Tendenzen der Ökonomisierung selbst zurückzuführen. Sowohl staatliche als auch verbandliche Steuerung ist in vielen Fällen eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Wettbewerbsmechanismen ausgehen. Dies wird insbesondere deutlich im Hinblick auf die erwähnte Aufwertung der Qualitätssicherung. Gerade wegen der geschilderten Anreize zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung sind kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbar, wenn verhindert werden soll, dass Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen. Die fortgesetzte Bedeutung staatlicher und verbandlicher Regulierung ist Ausdruck der Tatsache, dass die skizzierte Ökonomisierung und die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in einen hochkomplexen, staatsnahen Sektor wie das Gesundheitssystem ohne ein Mindestmaß an Re-Regulierung offenkundig nicht möglich ist (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

## 5

### BESSERE QUALITÄT – GERINGERE KOSTEN?

Das Zusammenwirken von Privatisierung, Liberalisierung und Re-Regulierung soll nach den Erwartungen der politischen Entscheidungsträger die Effizienz des Gesundheitswesens erhöhen und dabei – in der optimistischen Variante – gleichzeitig die Qualität verbessern und die Kosten senken. Ob sich die anvisierten Ziele mit diesen Instrumenten erreichen lassen, ist allerdings fraglich.

Die Privatisierungsmaßnahmen des GMG stellen lediglich eine Kostenverlagerung dar. Sie führen zu einer verstärkten finanziellen Belastung der chronisch Kran-

ken und zu einer Schwächung der gesellschaftlichen Solidarität mit ihnen. Damit verschärft das GMG die sozialen Schief lagen in der Gesellschaft, zumal sozial schwächere Bevölkerungsgruppen von chronischen Erkrankungen weit überproportional betroffen sind. Von der Privatisierung der Kosten geht weder ein Druck zur Kostensenkung noch zur Qualitätsverbesserung aus.

Auch die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in die GKV hat bisher nicht die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Zwar hat der Wettbewerb die Kassen zu einer stärkeren Dienstleistungsorientierung veranlasst und die Suche nach Versorgungsinnovationen zunächst angestoßen, sich alsbald aber auch als Hindernis für ihre Diffusion erwiesen. Unter den obwaltenden Bedingungen war es für sie attraktiver, ihre Wettbewerbsposition auf dem Wege der Risikoselektion zu verbessern als durch die Schaffung effizienterer Versorgungsformen.

Der Vorschlag, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch einen Wettbewerb auf Seiten der Leistungsanbieter zu ergänzen, hat ohne Zweifel einen gewissen Charme. Denn eine Aufhebung des KV-Monopols könnte es den Krankenkassen erleichtern, bisherige Blockaden bei der Entwicklung effizienterer Versorgungsformen zu umgehen. Auch würden sie nicht mehr automatisch – wie im gegenwärtigen System – Verträge auch mit solchen Ärzten schließen müssen, die die geforderten Qualitätsstandards nicht erfüllen.

Dennoch erscheinen die Erwartungen in die Segnungen eines Einzelvertragssystems überzogen. So ist die Annahme, auf diesem Wege kostengünstigere Verträge mit den Ärzten aushandeln zu können, wenig plausibel, wenn diese sich doch darauf berufen können, eine hohe Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Zudem hätte man es wohl nicht – wie vielfach angenommen – mit einer atomisierten Ärzteschaft zu tun, sondern mit gut organisierten Berufsgruppen, die in freien Berufsverbänden – der Restriktionen entledigt, die mit dem KV-Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts verbunden sind – als durchaus durchsetzungsfähige Akteure auftreten könnten. Vor allem aber ist es fraglich, ob die Krankenkassen als Garant einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung auftreten können, wenn sie ihrerseits den Handlungszwängen des Wettbewerbs und damit einem starken Kostendruck unterliegen.

Auch der Wirkungsgrad der erwähnten Qualitätssicherungsbestimmungen ist mit diversen Unsicherheiten verbunden. Die gewachsene Aufmerksamkeit für die Versorgungsqualität stellt sicherlich einen bedeutenden Fortschritt dar. Jedoch bleibt die Aufwertung der Qualitätssicherung im Kern widersprüchlich, denn sie erfolgt im Rahmen eines Steuerungssystems (Budgets, Pauschalvergütungen, Wettbewerb), von dem für Leistungserbringer wie für Finanzierungsträger starke Anreize ausgehen, sich wirtschaftliche Vorteile gerade auf Kosten der Leistungsqualität zu verschaffen. Mit Blick auf die Wirksamkeit der Qualitätsbestimmungen ist vor allem fraglich, ob sich mit externer Kontrolle Versorgungsprozesse auf der Mikro-Ebene ziel führend steuern lassen – insbesondere dann, wenn die dortigen Akteure auf der Mikroebene anderen Handlungsanreizen unterliegen und der Patient im Gesundheitswesen nicht als souveräner Konsument in Erscheinung tritt.

## 6 Ausblick

Die politischen Debatten über die Zukunft des Gesundheitssystems verdeutlichen, dass die Bestrebungen zur Privatisierung noch deutlich über das bisher erreichte Maß hinausgehen. Zugleich ist davon auszugehen, dass die Liberalisierung des Vertragsrechts, d.h. die Ausweitung des Wettbewerbs auf die Leistungsanbieter, unter Flankierung durch staatliche und kollektivvertragliche Rahmenregelungen ihre Fortsetzung finden wird. Diese Entwicklung bietet gewisse Chancen zur Ausdifferenzierung von Versorgungsangeboten und zur Verbesserung der Versorgungsqualität, ist aber auch mit dem Risiko verbunden, dass die Allgegenwart finanzieller Anreize sowohl Finanzierungsträger als auch Leistungserbringer dazu veranlasst, ihre wirtschaftlichen Einzelinteressen auf Kosten

einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen Versorgung zu verfolgen. Gegenwärtig ist nicht in Sicht, wie diese Risiken kontrolliert werden können.

Im Zentrum der nächsten Reformvorhaben dürfte aber die Finanzierung der GKV stehen, denn es ist nicht absehbar, dass die chronische Einnahmenschwäche auf der Basis des gewachsenen Finanzierungsmodells beendet werden kann, ganz abgesehen davon, dass dieses – auch das sollte nicht übersehen werden – eine Vielzahl von Ungerechtigkeiten aufweist. In der Debatte über diese Reform stehen sich mit dem Konzept der Kopfpauschale und dem der Bürgerversicherung zwei Grundmodelle gegenüber, in denen sich unterschiedliche Gerechtigkeitsvorstellungen widerspiegeln. Am Ende dieses Reformprozesses könnte ein Finanzierungsmodell stehen, das für Versicherte noch weit größere Belastungen mit sich bringt, als dies bereits mit dem GMG vorgesehen ist.

## LITERATUR

- Alber, J.** (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt a.M./New York
- Bien, A.S.** (2004): Die Einflüsse des europäischen Kartellrechts auf das nationale Gesundheitswesen, Berlin 2004
- Deutscher Bundestag** (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 8.9.)
- Döhler, M.** (1995): The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care, in: Governance 3, S. 380–404
- Gerlinger, T.** (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-205), Berlin
- Glaeske, G./Lauterbach, K. W./Rürup, B./Wasem, J.** (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik, Berlin
- Mielck, A.** (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern
- Popp, E.** (2003): Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 9–10, S. 10–17
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T.** (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR)** (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001, 3 Bde., Baden-Baden
- Urban, H.-J.** (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-206), Berlin
- Wylder, H./Kolip, P./Abel, T.** (Hrsg.) (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, Weinheim u. a.
- Zok, K.** (2004): Reaktionen auf das GMG: Wie verhalten sich die Versicherten? Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung. <http://www.wido.de> (Abruf: 12.7.2004)