

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2016 | Solibeitrag: 5 Euro

Von der Solidarität zur Betriebswirtschaft Krankenkassen heute



Udo Schagen zum
Kampf der Krankenkassen
um Ambulatorien
und Polikliniken

Hartmut Reiners:
Wettbewerb im GKV-
System – eine Sackgasse?

Von wegen Qualität!
Thomas Böhm über
Selektivverträge

Thomas Kunkel: Der lange Marsch der Kassen: Von der Solidarität zum Wettbewerb	3
Udo Schagen: Gegen den Widerstand der Ärzteschaft. Der Kampf der Krankenkassen um Ambulatorien und Polikliniken	4
Hartmut Reiners: Wettbewerb im GKV-System – eine Sackgasse?!	7
Gerd Glaeske: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)	9
Thomas Böhm: Von wegen Qualität! Zum Problem der Selektivverträge	11
Nadja Rakowitz: Von hinten durch die Brust ins Auge - Die Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in Unternehmen	13
Andreas Wulf: Misstrauere der Idylle. vdää on tour zur »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« und zum KZ Ravensbrück	16
vdää: Bürgerinnenversicherung - wie sie sich der vdää vorstellt	17
Wulf Dietrich: Rabatte für Bändchen – die organisierte Selbstoptimierung. Zur Datensammelwut der Kassen	19
Mirjam Schülle, Marleen Jacobs, Dr. Rainer Neef, Dr. Vera Bergmeyer: Die Gesundheitskarte für Geflüchtete	21
Ruedi Spöndlin: Wie viele Arztpraxen sind notwendig? Ein aktueller Konflikt in der Schweiz	24
Wilfried Leisch: Uns weit voraus... Die Sozialversicherung in Österreich	26
Viola Schubert-Lehnhardt / Anne Urschl: Eine Kasse für alle. Die Sozialversicherung in der DDR	28
Gesundheitskollektiv Berlin e.V.: Kanada als Vorbild. Ein Reisebericht	30

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Eva Pelz, Wulf Dietrich, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2016 ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
Vi.S.d.P. Wulf Dietrich

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Bilder dieser Ausgabe

Nadja Rakowitz, Wulf Dietrich, Flickr

Titelgrafik: Alessa Bradfield-Curry, München

Editorial

Der lange Marsch der Kassen: Von der Solidarität zum Wettbewerb

»Wir, Wilhelm von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen verordnen [...] Versicherungszwang.« »§1 Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind: [...] sind [...] nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.«

Auch wenn das Staatsoberhaupt heute nicht mehr in der dritten Person von sich spricht, hat das »Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883« nicht nur historische Bedeutung. Die gesetzliche Krankenversicherung, einst von Bismarck eingeführt als Zugeständnis zur Befriedung der organisierten Arbeiterklasse, kann 133 Jahre nach ihrer Einführung auf eine bewegte Geschichte zurück blicken. Ihr Wandel von einer Solidaritätsorganisation der Lohnabhängigen hin zu wettbewerbsgetriebenen Unternehmen ist weiterhin in vollem Gange. Diesen Wandel soll die Titelgrafik der vorliegenden Ausgabe darstellen.

»Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.«

Otto von Bismarck [Aus: Gesammelte Werke (Friedrichsruher Ausgabe) 1924/1935, Band 9, S.195/196]

Mit der vorliegenden Ausgabe unserer Zeitschrift möchten wir versuchen, einen kleinen Teil dieser historischen Entwicklung und der damit verbundenen sozialen Auseinandersetzungen nachzuzeichnen, wie in den Beiträgen von Udo Schagen und Nadja Rakowitz.

Eines der wahrscheinlich am schwierigsten zu verstehenden Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung ist heute der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz morbi-RSA. Allein die Fähigkeit zur fehlerfreien Aussprache dieses sperrigen Konstrukts scheint ja in manchen Parteien bereits zum Posten des gesundheitspolitischen Sprechers zu qualifizieren. Wir gehen einen Schritt weiter und erklären den morbi-RSA im Beitrag von Gerd Glaeske kurz und prägnant.

Ein aktueller Dauerbrenner der letzten zwei Jahrzehnte ist die (Neu-)Ausrichtung der gesetzlichen Kassen an Prinzipien der privaten Krankenversicherung und der perspektivische Versuch, sie mehr und mehr zu profitorientierten Unternehmen zu »schleifen«, hauptsächlich durch die Einführung kommerzieller und somit stets anti-solidarischer Mechanismen, wie z.B. Selektivverträge, »pay for performance«, Bonusprogramme auf Basis von Fitness-tracking apps usw.

Trotz gesetzlicher Versicherungspflicht bestehen in der BRD große Lücken für bestimmte Bevölkerungsgruppen, wenn es um den Zugang zu medizinischen Leistungen geht. Insbesondere der Zugang zur medizinischen Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende war in den letzten Jahren uneinheitlich und – freundlich gesagt – repressiv geregelt. Der Beitrag der MediBüros be-



schreibt die Schwierigkeiten, Hemmnisse aber vor allem auch Erfolge bei der schrittweisen Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete.

Blicke über den internationalen Tellerrand vermitteln uns die Beiträge über die Sozialversicherung in der DDR bzw. in Österreich, aktuelle Auseinandersetzungen in der Schweiz sowie der Reisebericht ins kanadische Gesundheitswesen vom Gesundheitskollektiv Berlin.

Was bleibt ist die Frage nach der Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir setzen uns im vdää für eine paritätische und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein und fordern die Einführung einer allgemeinen Bürgerversicherung.

Der vdää bleibt auch im Jahr 30 seines Bestehens umtriebig. Statt einer Auslandsreise haben wir uns in diesem Jahr bewusst für ein näher liegendes Ziel für das jährliche »vdää on tour« entschieden. Andreas Wulf berichtet über die Fahrt nach Alt-Rehse mit einer 25-köpfigen Gruppe in die Gedenkstätten der »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« sowie des KZ Ravensbrück im Juli diesen Jahres.

30 Jahre vdää – das ist nicht nur für unsere Gründungsmitglieder ein Grund zum Feiern. Wir laden ein zu einer etwas anderen Jahreshauptversammlung mit vielen Themen und interessanten Gästen am 12. November in Frankfurt am Main. Dabei soll es nicht nur um historische Rückblicke, sondern auch um progressive Ausblicke gehen. Wir freuen uns auf Beiträge und viele Gäste – von jungen Studierenden bis zu Veteranen der Gründungszeit.

Viel Spaß bei der Lektüre der vorliegenden Ausgabe.

Einladung zur Mitgliederversammlung des vdää

am 13. November 2016, 9.00 – 12.30 Uhr
im Studierendenhaus der Uni Frankfurt Campus
Bockenheim, Mertonstraße 26-28, 60325 Frankfurt/M.

Tagesordnung

1. Rechenschaftsbericht des Vorstands
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstands
4. Entlastung des Kassenwarts
5. Programm des vdää: Neues Kapitel zu Flucht
6. Resümee gesundheitspolitisches Forum
7. Sonstiges

Gegen den Widerstand der Ärzteschaft

Udo Schagen* zum Kampf der Krankenkassen um Ambulatorien und Polikliniken

Udo Schagen rekonstruiert die Geschichte der Kämpfe der Gesetzlichen Krankenkassen in der Weimarer Republik und nach 1945 um Ambulatorien und Polikliniken mit angestellten Ärzten. Größter Gegner war die organisierte konservative Ärzteschaft.

Die Gründung einer Vielzahl von Ambulatorien der Krankenkassen in den 1920er Jahren – erst im späteren Sprachgebrauch wird zwischen Ambulatorien und den Polikliniken (mit meist größerem und differenzierterem Ärzteangebot) unterschieden – ist dem Streit zwischen Ärzteschaft und Kassen zu verdanken, der in einem Streik der Großberliner Ärzteschaft kulminierte. Bei den ersten Stadtverordnetenwahlen im neuen Groß-Berlin schwand schon 1921 die vorher bestehende große Mehrheit der Sozialdemokratischen Parteien (SPD und USPD). Die Polarisierung, die zum Untergang Weimars führte, deutete sich schon an.¹

Gesetzliche Krankenversicherung und die Folgen für den Ärztestand²

Die allgemeine Geschichte der sozialen Sicherung ist stark verwoben mit der Entwicklung des ärztlichen Standes und seiner Organisationen. Im Krankenversicherungsgesetz von 1884 waren weder der Arztberuf noch die »ärztliche Behandlung« definiert worden.³ Während in der Vergangenheit der Arzt seine Honorarforderungen direkt an den Patienten gerichtet hatte, war mit der gesetzlichen Krankenversicherung eine Instanz geschaffen worden, die festlegte, welcher Arzt eine Zulassung zur Behandlung für die in den

Krankenkassen Versicherten erhielt und welches Honorar für die entsprechenden Leistungen zu zahlen war.

Zwei Positionen standen sich hier gegenüber: Den Kassen oblag, im Rahmen der Gewährung von Sachleistungen die ärztliche Versorgung für die Versicherten sicher zu stellen. Die Ärzteschaft hielt es aber a priori für unwürdig, über Honorar- und Zulassungsfragen überhaupt mit den Kassen zu verhandeln.

Die bestehenden Krankenkassen hatten bis dahin ihren vergleichsweise wenigen Mitgliedern keine freie Arztwahl zugebilligt. Ärzte waren bei den Krankenkassen für ein entsprechendes Jahresgehalt angestellt. Den Begriff »freie Arztwahl« und die Forderung ihrer Durchsetzung für die Patienten deuteten die Ärzte als »Unabhängigkeit vom Kassenvorstand«. Patienten sollten weiter jeden frei praktizierenden Arzt aufsuchen konnten. Die Verquickung von Standes- und Wirtschaftsinteressen führte nun zu ständigen Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Kassen. Die Ärzte forderten: Eine niedrige Pflichtversicherungsgrenze um einer möglichst großen, nicht pflichtversicherten, Klientel höhere Honorarforderungen stellen zu können, ein niedriges Leistungsangebot der Kassen, um weitere Leistungen selbst anbieten zu können, grundsätzliche Anstellungsverbote für nicht approbierte Ärzte und die freie Arztwahl für alle Sozialversicherten.

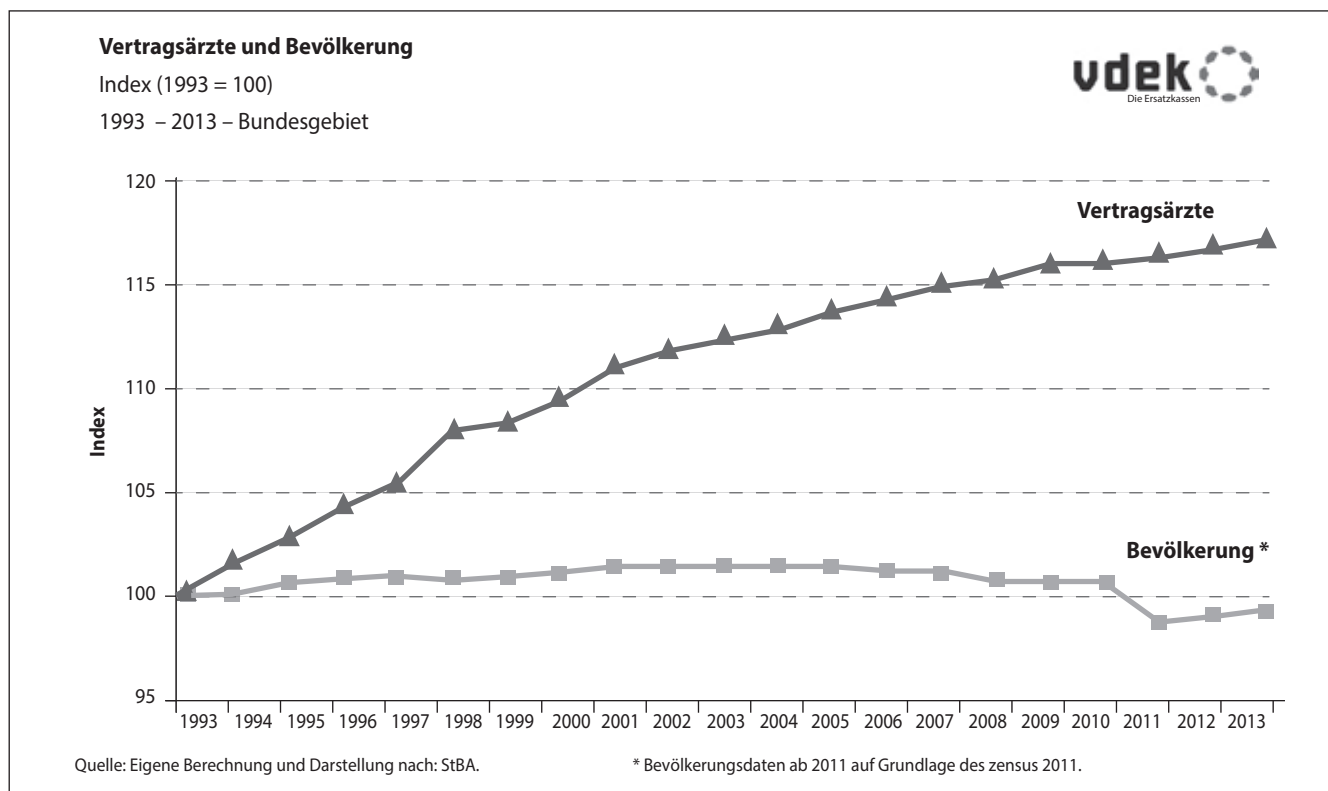
Mit der seit 1884 über die Jahrzehnte erfolgenden Zunahme der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde es für die Ärzte immer schwieriger, ihre Forderungen durchzusetzen. Die Mitgliederzahl (einschließlich der Familienangehörigen) in der GKV stieg von anfangs 11 % der Bevölkerung des Deutschen Reichs über 55 % in der Weimarer Republik bis auf ca. 70 % der Gesamtbevölkerung während des Nationalsozialismus an.⁴

Der 1900 in Leipzig gegründete »*Verband der Ärzte zur Wahrung ihrer wirt-*

schaftlichen Interessen« (kurz auch »Leipziger Verband«), der später nach seinem Gründer benannte *Hartmannbund*, wurde der Verhandlungsführer der Ärzte gegenüber den Krankenkassen. Mit dem Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913, dem Ärztestreiks in 1 700 Orten vorausgegangen waren, wurde das Verhältnis von Ärzten und Krankenkassen erstmals als »Partnerschaftsmodell« für die Zukunft definiert. In dem auf zehn Jahre angelegten Vertrag wurde fixiert, dass die Beziehungen in Zukunft auf der Grundlage eines Kollektivvertrags geregelt sein sollten. Zwar schlossen die Kassen mit dem einzelnen Arzt noch Individualverträge nach einem Mustervertrag ab, jedoch legte ein paritätisch besetzter Vertragsausschuss in einem »Manteltarifvertrag« bestimmte Rahmenlinien fest. Die Anstellungsautonomie der Krankenkassen wurde beseitigt. An ihre Stelle trat ein paritätisch besetzter Registerausschuss (später: Zulassungsausschuss). Für die Kassen mit jetzt freier Arztwahl bedeutete dies, dass erst die Eintragung in dieses Arztregister auch die Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten sicherte. Der Ausschuss hatte unter objektiven Kriterien, wie Approbation, Lebensalter und Eintragung die Ärzte auszuwählen, wobei ein Arzt für 1 350 Versicherte bzw. für 1 000 mit Familienhilfe zugelassen wurde.⁵

Die Erhöhung der Obergrenze für die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Rat der Volksbeauftragten 1918 von jährlich 2 500 auf 5 000 RM rief am Anfang der Weimarer Republik erneut heftige Reaktionen bei den Ärzten hervor.⁶ Nach Aufhebung der bisherigen Einkommenshöchstgrenze für die freiwillige Weiterversicherung von jährlich 4 000 RM war die Mitgliedschaft auch für sehr gut verdienende Personenkreise möglich. Auch dies stieß auf Kritik bei den Ärzten, da die Zahl der Privatversicherten, mit denen die Ärzte direkt abrechnen konnten, eingeschränkt wurde.⁷





Der große Streik und die Einrichtung der Ambulatorien⁸

Die Regierung Stresemann erließ im Oktober 1923, auf dem Höhepunkt der inflationären Entwicklung in Deutschland, auf Grund des Artikels 48 der Weimarer Verfassung, eine Notverordnung, die »Verordnung über Ärzte und Krankenkassen und über Krankenhilfe bei den Krankenkassen«, um die Krankenkassen, die kurz vor dem finanziellen Bankrott standen, zu sanieren. Die Finanznot der Kassen wurde durch das Beitragszahlungssystem verursacht. Unternehmer zahlten vierteljährlich, die Versicherten wöchentlich im Voraus. Die ungeheure Geldentwertung innerhalb kürzester Zeiträume machte es den Kassen unmöglich, ihren Verpflichtungen nachzukommen.⁹

Als Beispiel für die Finanzlage der öffentlichen Einrichtungen sei darauf verwiesen, dass etwa im August 1923 den Gesamtausgaben des Reiches von 1 425 Billionen Mark Einnahmen von lediglich 287 Billionen Mark gegenüber standen.¹⁰ Über das gesamte Jahr beschleunigte sich die Inflation, der Dollarkurs verzehnfachte sich im Herbst jeweils innerhalb von etwa zehn Tagen.¹¹

Ärzteprotest gegen wirtschaftliche Behandlungsweise

Auf den erbitterten Widerstand der zu über 80% im schon genannten Leipziger Verband organisierten Ärzteschaft stieß vor allem der §1 der genannten Notverordnung, der die Ärzte zur wirtschaftlichen Behandlungsweise – unter Androhung von Strafe bei Zuwiderhandlung aufrief.¹²

Das Auslaufen des, wie schon berichtet, 1913 auf zehn Jahre abgeschlossenen »Berliner Abkommens zum Ende November 1923 glaubten die Ärzte nun nutzen zu können, um ihren Forderungen größeren Nachdruck zu verleihen. Sie kündigten an, Patienten ab 1. Dezember (1923) nur noch nach der eigenen Honorarordnung behandeln zu wollen. »Die [schon Wochen vorher angekündigte, d. Verf.] Einstellung der ärztlichen Behandlung der

Kassenärzte zum 1. Dezember 1923 zwang die Berliner Krankenkassen Vorkehrungen zu treffen, um die Versorgung der unbemittelten Kassenmitglieder, die nicht in der Lage waren, die damals von den Ärzten geforderten außerordentlich hohen Kampfhonorare zahlen zu können, sicherzustellen. ... der Vorstand des Verbandes der Krankenkassen Berlin [fasste] den Beschluß, Ambulatorien einzurichten und die dafür notwendigen Ärzte anzustellen.«¹³ Schon bis zum Januar 1924 konnten 16, bis Ende desselben Jahres 33 und letztlich 38 Ambulatorien als Gesundheitszentren ihren Betrieb aufnehmen. Sie verfügten im Mittel über vier bis fünf Ärzte verschiedener Fachrichtungen sowie etwa 14 Pflege- und Hilfskräfte.¹⁴

Die Ambulatorien waren aber nicht nur eine Antwort der Krankenkassen auf den Ärztestreik, sondern auch Aushängeschild gesundheitlicher Zielvorstellungen der linkspolitischen Parteien und Ärzte. Es sollte die sozialhygienische, also die auf Prävention angelegte ärztliche Tätigkeit integraler Bestandteil der ärztlichen Betreuung sein. Es sollten vor allem die Fachärzte, zu denen die Sozialversicherten noch selten Zugang hatten, direkt verfügbar sein.¹⁵

Erfolg der Ärzte gegen die Ambulatorien

Die Kampagne und dann der Streikaufruf der Ärzte waren aber dadurch erfolgreich, dass vom Reichsarbeitsministerium über neue Richtlinien zur Notverordnung die darin den Kassen zugestandene Kontrolle der von den Ärzten verursachten Ausgaben zurückgenommen wurde.¹⁶ Trotzdem wurde der Streik bis zum Januar, in Berlin sogar bis zum Juni 1924 fortgeführt.¹⁷ Eine weitere Neuerung der Verordnung war die Einführung des »Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen« 1924, eine Zwangsarbeitsgemeinschaft von Vertretern der Spitzenverbände, wie dem »Hauptverband deutscher Krankenkassen« (Geschäftsführer Helmut Lehmann), dem Hartmannbund (Karl Haedenkamp) und dem Reichsarbeitsministerium, deren Funktion die Erarbeitung von Richt-

»Die für eine Krankenkasse tätigen Ärzte sind verpflichtet, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen, die erforderliche Behandlung insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der ärztlichen Verrichtungen sowie der Verschreibung von Arznei-, Heil- und Stärkungsmitteln auf das notwendigste Maß zu beschränken und bei Erfüllung ihrer Verbindlichkeiten alles zu vermeiden, was eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe herbeiführen kann.«

linien und vertraglichen Vereinbarungen zwischen Kassen und Ärzten war¹⁸. Die ökonomische Situation zwang die Reichsregierung, mittels weiterer Notverordnungen das Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten neu zu definieren.

Weitere Ambulatorien durften trotz des großen Zulaufs der Versicherten später nicht mehr gegründet werden, die bestehenden blieben erhalten, mussten die Behandlung aber auf die Familienmitglieder der Versicherten einschränken.

Die Überwachung der ärztlichen Tätigkeit übernahmen 1931 die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts, denen alle Ärzte zwangsweise angehörten. Der Vorstand des örtlichen Hartmannbundes wurde zugleich auch Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung, die alleiniger Träger aller Beziehungen zwischen Kassenärzten und den Krankenkassen wurden. Mit der starken Stellung der Kassenärztlichen Vereinigung war die professionelle Autonomie der Ärzte gegenüber den Krankenkassen erreicht.

Im Nationalsozialismus wurden alle Kassen gleichgeschaltet, Tausende missliebiger Kassenangestellter verloren ihre Stellung, weil sie den Parteien der Arbeiterbewegung, der SPD und der KPD, angehörten oder ihnen nahe standen; die Ambulatorien wurden geschlossen.

Neubeginn nach 1945?¹⁹

Nach dem Krieg konnten sich, nach einer Zeit der zunächst auch von den Alliierten gestützten Offenheit gegenüber neuen Organisationsmodellen sowohl der Sozialversicherung wie der ambulanten Versorgung, die bekannten zwei unterschiedlichen Versorgungssysteme in West und Ost durchsetzen.

In der alten Bundesrepublik re-etablierten sich schon Ende der 40-er Jahre sowohl die Vielzahl der Kassen wie die ärztliche Selbstverwaltung in Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

In der Sowjetischen Besatzungszone

wurde ein anderer Weg beschritten. Schon lange vor den erst Ende 1947 erlassenen entsprechenden Befehlen der Sowjetischen Militäradministration waren Polikliniken und Ambulatorien neu und wieder erstanden. Sie waren keine Erfindung der Sowjetischen Besatzungsmacht. Die wichtigsten Gesundheitspolitiker der Sowjetunion waren zwar in den zwanziger Jahren bei deutschen Sozialhygienikern in die Lehre gegangen. Die Ambulatorien wurden aber im Wesentlichen von den Kommunen, den (noch existierenden) Ländern der SBZ und der Deutschen Zentralverwaltung Gesundheitswesen neu eingerichtet. Die Weimarer Erfahrungen waren vor allem durch die damaligen Gesundheitspolitiker der SPD-Reichstagsfraktion Alfred Grotjahn (1869–1931) und Julius Moses (1868–1942) geprägt worden. Nach der Vereinigung von KPD und SPD zur SED im Frühjahr 1946 waren die wichtigsten Gesundheitspolitiker der neuen Partei solche, die aus der SPD kamen: Helmut Lehmann (1882–1959), mit dem Parteibuch von 1903, jahrzehntelanger Krankenkassenfunktionär der Weimarer Republik und 1947 Verfasser der Gesundheitspolitischen Richtlinien der SED, war verantwortlich für die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung in der DDR. Paul Konitzer (1894–1947), früherer SPD-Stadtrat (bis 1933 in Magdeburg) wurde 1945 Chef der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der SBZ. Niedergelassene Ärzte, die dies wollten, konnten weiter praktizieren.²⁰

* Udo Schagen ist Arzt; er leitete von 1986 bis 2004 die Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin, zunächst an der FUB und dann an der Charité / Universitätsmedizin Berlin.

- 1 »BerlinBerlin. Materialien zur Geschichte der Stadt«, Hrsg. von der Berliner Festspiele GmbH, Berlin 1987
- 2 Im Folgenden nach: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher: »Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall.

- Einleitung: Rahmenbedingung für die Reorganisation des Gesundheitswesens«, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarchiv (Hrsg.): »Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 2/1: 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen«, Baden-Baden 2001, S. 464–485, 475 f. Dort auch weitere grundlegende Informationen zur Vorgeschichte bis 1945.
- 3 Florian Tennstedt: »Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland«, Bonn-Duisdorf 1970, S. 388 f.
 - 4 Florian Tennstedt: »Sozialgeschichte der Sozialversicherung«, in: »Handbuch für Sozialmedizin Bd. III«, Hrsg. v. Maria Blohmke u.a., Stuttgart 1976, S. 403, 408
 - 5 Peter Thomsen: »Ärzte auf dem Weg ins ›Dritte Reich‹«, Husum 1996, S. 55
 - 6 Eberhard Wolff: »Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933«, in: »Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert«, Hrsg. v. Robert Jütte, Köln 1997, S. 97–142, 107
 - 7 Ludwig Preller: »Sozialpolitik in der Weimarer Republik«, Düsseldorf 1978, S. 234
 - 8 Zur Dokumentation siehe vor allem die Jahrbücher der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlin 1925, 1926/27, 1928/29, 1930/31 sowie die Jahrbücher der Krankenversicherung, Berlin 1924 bis 1928
 - 9 Gunhild Kisker: »Die Ambulatorien der Berliner Krankenkassen 1924 – 1933«, Diss. Marburg 1976, S. 5f.
 - 10 Sigrid Jacobeit / Wolfgang Jacobeit: »Illustrierte Alltags- und Sozialgeschichte Deutschlands 1900 – 1945«, Münster 1995, S. 69
 - 11 Jürgen Kuczynski: »Geschichte des Alltags des deutschen Volkes«, Studien. Bd. 5, Köln 1982, S. 32
 - 12 siehe Zitat in Kasten; nach Kisker 1976, S. 5 f.
 - 13 Jahrbuch 1925 der Ambulatorien des Verbandes der Krankenkassen Berlin, S. 7
 - 14 Tennstedt 1976, S. 385–492, 399
 - 15 Tennstedt 1976, – Eckhard Hansen u.a.: »Seit über einem Jahrhundert ... Verschnittene Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistungsmacht und nationalsozialistische Machtergreifung. Der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin«, Köln 1981
 - 16 Kisker 1976, S. 6f.
 - 17 Tennstedt 1976, S. 398
 - 18 Tennstedt 1976, S. 399
 - 19 Schagen, Schleiermacher, 2001, S. 511–528
 - 20 Horst Paar: »Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR. Teile I bis VI (1945 – 1989)«, Berlin 1996 bis 2003 – Gerhard Naser: »Hausärzte in der DDR. Relikte des Kapitalismus oder Konkurrenz für die Polikliniken«, Bergatreute 2000



Wettbewerb im GKV-System – eine Sackgasse?!

Von Hartmut Reiners*

Wettbewerb, verniedlicher Begriff für »kapitalistischer Konkurrenz«, gilt manchen als Allheilmittel für alle Unzulänglichkeiten. Hartmut Reiners erklärt, dass dieser ohne eine gesetzliche Regulierung zu Monopolbildung und Fehlallokation von Ressourcen führt – das wussten früher sogar ordoliberaler Ökonomen wie Walter Eucken und Alexander Rüstow...

Das deutsche Krankenversicherungssystem hat zwei Besonderheiten: das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV) und eine gegliederte GKV mit freier Kassenwahl. Das duale System von GKV und PKV ist in Europa einmalig. Eine gegliederte GKV mit freier Kassenwahl kennt man sonst nur in den Niederlanden und der Schweiz. Alle anderen Länder haben entweder staatliche Versorgungssysteme oder regionale bzw. nationale Einheitsversicherungen, allenfalls mit kleinen Sondersystemen für ausgewählte Berufsgruppen.

Diese Eigenarten werden gerne wettbewerbstheoretisch begründet, was schon aus der historischen Perspektive fragwürdig ist:

- Die gegliederte GKV entstand 1883 gegen den Willen ihres vermeintlichen Vaters Bismarck, der später von einem »untergeschobenen Kind« sprach. Er wollte eine Krankenversicherung im Rahmen einer einheitlichen Unfallversicherung für Arbeiter. Damit scheiterte er im Reichstag an einer Allianz aus Liberalen, Katholiken und Sozialdemokraten, die eine in regionale, berufliche und

betriebliche Pflichtkassen gegliederte GKV als eigenständige Säule der Sozialversicherung durchsetzte.

- Das duale System von GKV und PKV entstand 1935 durch »Aufbauverordnungen« der Nazis, mit denen die Ersatzkassen in das GKV-System überführt wurden. Beihilfeempfänger und Selbstständige mussten in Privatversicherungen gehen, die teilweise als Versicherungsvereine neu gegründet wurden, so z.B. die Barmenia Versicherung für ehemalige Mitglieder der Barmer Ersatzkasse.
- Die vom Gesundheitsstrukturgesetz ab 1996 eingeführte freie Kassenwahl hatte keine wettbewerbspolitischen Motive, die wurden quasi nachgeliefert. Bis dahin konnten nur Angestellte zwischen einer Pflicht- und einer Ersatzkasse wählen. Das hatte zu Beitragssatzunterschieden geführt, die zwischen 8 und 16 Prozent schwankten und zu Lasten von Arbeitern und der AOK gingen. AOK-Mitglieder hatten gegen diese Ungleichbehandlung beim Bundesverfassungsgericht mit großen Erfolgsaussichten geklagt. Außerdem konnten die Länder dem Niedergang der in ihrem Aufsichtsbereich liegenden AOKn nicht tatenlos zusehen.

Freie Kassenwahl bedeutet automatisch Wettbewerb. Dieser ist aber nicht das sich selbst steuernde System einer optimalen Ressourcenverteilung, als das ihn seine Apologeten gerne darstellen. Ohne eine gesetzliche Regulierung führt er zur Monopolbildung und Fehlallokation von Ressourcen.

Das sagen nicht Marx und Engels, sondern ordoliberalen Ökonomen wie Walter Eucken und Alexander Rüstow. Diese Erkenntnis gilt erst recht für die GKV, die solidarisch finanziert wird und Leistungen nach dem Bedarfsprinzip gewährt. Diese Grundsätze vertragen sich nicht mit dem auf Eigennutz orientierten Wettbewerb. Der führt auch in privaten Krankenversicherungssystemen zu einer unsinnigen Risikoselektion, die nur über einen gemeinsamen Risikopool unattraktiv gemacht werden kann. Darüber ist man sich international unter Gesundheitsökonomern weitgehend einig, auch wenn es bei uns die Gralshüter der freien Marktwirtschaft leugnen.

Risikostrukturausgleich als Gegengewicht

Deshalb wurde 1994 in der GKV ein Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt, der aber drei Schwachstellen hatte:

- Sein kompliziertes Transfersystem unter den Kassen mit einem Finanzkraft- und einem Beitragsbedarfsausgleich führte zum falschen Bild von Geber- und Nehmerkassen. Der RSA ist kein Subventionsinstrument für notleidende Kassen, sondern die Realisierung des in §1 des Sozialgesetzbuches V festgehaltenen Grundsatzes, dass die GKV eine Solidargemeinschaft ist und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Krankenkassen.
- Der Finanzkraftausgleich umfasste nur 90 Prozent der Beitragseinnahmen. Das begünstigte Kassen mit überdurchschnittlichen versicherungspflichtigen Einkommen, etwa die Techniker Krankenkasse und etliche Betriebskrankenkassen.
- Der Beitragsbedarfsausgleich basierte auf der Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten. Er erfasste so die Krankheitsrisiken nur sehr lückenhaft, die auch innerhalb von Altersgruppen sehr unterschiedlich sind.

Dieser RSA konnte die Risikoselektion nicht effektiv eindämmen, wie mehrere Untersuchungen ergaben. Erst das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 brachte mit der Einführung des vom Bundesversicherungsamt verwalteten Gesundheitsfonds eine substanzielle Verbesserung

des RSA. Dieser Fonds speist sich aus dem von Arbeitgebern und Versicherten paritätisch entrichteten allgemeinen Beitragssatz, der gesetzlich festgelegt wird. Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds je versicherte Person einen nach Alter, Geschlecht und Morbidität gewichteten Betrag. Kommt eine Kasse mit dieser Zuweisung nicht aus, muss sie einen Zusatzbeitrag verlangen, der nur von den Versicherten gezahlt wird.

Bis 2014 musste der allgemeine Beitragssatz mindestens 95 Prozent der GKV-Ausgaben abdecken. Diese Grenze schaffte die Große Koalition mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz ersatzlos ab. Der allgemeine Beitragssatz liegt momentan bei 14,6 Prozent, der Arbeitgeberanteil wurde bei 7,3 Prozent eingefroren. Alle Ausgabensteigerungen der GKV gehen einseitig zu Lasten der Versicherten, die mittlerweile einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 1,1 Prozent zahlen müssen, mit weiter steigender Tendenz. Warum die SPD-Spitze dem zustimmte, weiß sie wohl selber nicht mehr so genau. Womöglich ist es wie bei Karl Kraus: »Weshalb Absicht unterstellen, wo Dummheit genügt?«

Der reduzierte Arbeitgeberanteil basiert auf zwei Glaubenssätzen des politischen Mainstreams: 1) Sinkende Sozialversicherungsabgaben der Arbeitgeber sichern Arbeitsplätze. 2) Der Kassenwettbewerb führt zu einer besseren Versorgung. Dieses Credo ist offenbar faktenresistent:

- Die Bayerischen Handwerkskammern kalkulieren die durchschnittliche Handwerkerstunde mit 48,51 Euro, bei einem Stundenlohn von 13,50 Euro. Der Zusatzbeitrag senkt aktuell gegenüber der Parität die Arbeitskosten um 0,45 Prozent des Stundenlohns, also um ganze 6 Cent. Mit dem so gesparten Geld kann der Chef vielleicht für die Weihnachtsfeier ein Fass Bier spendieren, aber keinen Arbeitsplatz sichern oder gar neu schaffen. Noch viel weniger fällt das ins Gewicht bei der großen Industrie, die proportional noch weniger Personalkosten als das Handwerk hat.
- Der Gesundheits-Sachverständigenrat stellte in seinem Gutachten 2012 fest, dass es einen Kassenwettbewerb über Verträge zur Verbesserung der Versorgung kaum gibt. Die Investitionen für solche Vertragsnetze amortisieren sich nur langfristig. Kurzfristig drohen Mehrausgaben und eine Anhebung des Zusatzbeitrags, was die Kassen wegen erwartbarer Mitgliederverluste fürchten wie Bundesligaclubs den Abstieg.

Der Zusatzbeitrag fokussiert den Kassenwettbewerb noch stärker auf den Beitragssatz. Er ist wirtschaftspolitisch »weiße Salbe« und gesundheitspolitisch lähmend. Wenn man die verknöcherten Versorgungsstrukturen aufbrechen und den Weg zu regionalen integrierten Versorgungsnetzen öffnen will, hilft der Kassenwettbewerb nicht weiter. Dafür sind grundlegende ordnungspolitische Reformen notwendig, die ein neues Zusammenwirken von Krankenkassen, Arztpraxen, Krankenhäusern und staatlichen Organen auf regionaler Ebene ermöglichen. Hier muss vor allem die Landespolitik mehr Verantwortung in der Sicherstellung und Bedarfsplanung der Versorgung übernehmen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, weshalb wir überhaupt eine wettbewerblich gegliederte GKV haben. Internationale Vergleiche zeigen aber, dass Einheitsversicherungen wie in Frankreich, Polen oder Österreich keine bessere Versorgung bieten als die wettbewerblichen Systeme in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. Letztere haben den Vorteil, dass die Versicherten nicht einer Monopolbehörde gegenüberstehen, sondern bei schlechtem Service die Kasse wechseln können. Das trägt ganz erheblich zur Akzeptanz der GKV bei, auch gegenüber der PKV, wo die Wahl der Versicherung faktisch eine Lebensentscheidung ist, weil bei einem Versicherungswechsel die Ansprüche an die Altersrückstellungen verloren gehen¹. Die freie Kassenwahl hat in einer Gesellschaft große Bedeutung, in der die Menschen die Auswahl zwischen verschiedenen Angeboten gewohnt sind, auch wenn es sich dabei oft nur um Scheinalternativen mit unterschiedlicher Verpackung handelt. Auch deshalb hat die Forderung nach einer Einheitsversicherung bei uns keine Chance.

** Hartmut Reiners ist Ökonom, war bis August 2009 Referatsleiter im Gesundheitsministerium Brandenburg und lebt als Publizist in Berlin.*

1 Das gilt zumindest für PKV-Versicherte, die sich vor 2009 versichert haben. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führte zum 1. Januar 2009 für Versicherte, deren Vertrag nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, eine begrenzte Portabilität von Altersrückstellungen ein. Diese kann der PKV-Versicherte beim Wechsel in ein anderes Unternehmen mitnehmen.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA)

erklärt von Gerd Glaeske*

Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 war in Verbindung mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) eine der am meisten einschneidenden Veränderungen in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Konnten Kassen ihre Beiträge bis dahin autonom festsetzen, galt nun ein politisch im Bundestag beschlossener Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent. Gleichzeitig wurde beschlossen, dass Kassen ab diesem Zeitpunkt Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten sollten – je nach Alter, Geschlecht und ausgewählten Krankheitsbelastungen ihrer Versicherten. Diese wurden vom Bundesversicherungsamt (BVA) ermittelt und veranlasst.

Vorläufiger RSA seit Mitte der 1990er Jahre

Der Wettbewerb in der GKV, die für alle Versicherten und damit für rund 85 Prozent der deutschen Bevölkerung den gleichen Leistungskatalog anbietet, setzt einen solchen sogenannten Risikostrukturausgleich (RSA) voraus. Dieser wurde bereits 1994 in die GKV eingeführt. Er sollte dazu dienen, die unterschiedlichen Versichertenrisiken zwischen den einzelnen Kassen, die historisch durch altersbezogene, geschlechtsspezifische, regionale und sozialstrukturelle Unterschiede entstanden waren, auszugleichen: Kassen mit einer besonders ungünstigen Risikostruktur – et-

wa mit einer hohen Zahl beitragsfrei gestellter Familienversicherter oder bei besonders niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten – sollten finanziell nicht benachteiligt werden.

Seit der Einführung des RSA gab es folglich »Zahlerkassen« und »Empfängerkassen«, also Kassen mit einer geringeren und einer höheren Morbiditäts- und damit Versorgungsbelastung. Die Morbidität der Versicherten wurde anhand der Kriterien Alter und Geschlecht sowie Bezug einer Erwerbsminderungsrente erfasst, weil auch dies als zusätzlicher Risikofaktor erkannt wurde.

Finanzielle Zuschläge nach Alter und Geschlecht

Im früheren RSA wurden also zuvor ermittelte Summen »umverteilt«: Für eine 62-jährige Frau waren es 2004 nach dem früheren Modell zum Beispiel 1 757 Euro pro Jahr. Nahmen die Versicherten an einem Disease Management Programm (DMP) teil, bekamen die Kassen einen höheren Betrag. Für eine 62-jährige insulinpflichtige Diabetikerin beispielsweise erhöhte sich der Beitrag bei Teilnahme an einem DMP auf 2 599 Euro pro Jahr. Litt ein Patient allerdings an einer kostenintensiven Krankheit wie Multiple Sklerose (MS), die nicht im Rahmen eines strukturierten Programms behandelt werden konnte, gab es keine zusätzlichen finanziellen Ausgleiche (siehe Tabelle). Der

ursprüngliche RSA berücksichtigte die »Morbiditätslast« einer Krankenkasse nur unzureichend.

Weiterentwicklung zum Morbi-RSA

Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 hat der Gesetzgeber diesem Umstand Rechnung getragen und festgelegt, dass der RSA ab dem Jahr 2007 »auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikatoren, Indikatorengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale« die Morbidität unmittelbar berücksichtigen sollte. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2006, die eine stärkere wettbewerbliche Orientierung der GKV forderte, kam es allerdings zu einer Verschiebung der Einführung des Morbi-RSA auf Januar 2009.

Im System des Morbi-RSA sollten die bisherigen Ausgleichszahlungen erweitert werden. Für alle in den Morbi-RSA aufgenommenen Krankheiten, die nach bestimmten Kriterien ausgewählt, jährlich überprüft und eventuell ausgetauscht werden, gibt es zusätzliche Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen. Diese orientieren sich an den durchschnittlichen krankheitsbedingten Leistungsausgaben.

Gutachten des wissenschaftlichen Beirates

Um dieses Konzept zu entwickeln und das BVA, das den Gesundheitsfonds verwaltet und Zuweisungen an die Kassen veranlasst, bei dieser Aufgabe zu unterstützen, wurde im Mai 2007 ein wissenschaftlicher Beirat berufen. Mitglieder waren die Professoren Reinhard Busse (Berlin), Saskia Drösler (Krefeld), Wolfgang Greiner (Bielefeld) und Matthias Schrappe (Frankfurt am Main) sowie Gerd Glaeske (Bremen) als Vorsitzender und Thomas Schäfer (Gelsenkirchen) als stellvertretender Vorsitzender.

Die Beiratstätigkeit beruhte auf einem empirischen und datengestützten Vorge-

Vergleich der Zuschläge nach RSA beziehungsweise Morbi-RSA

Versicherte	Status-Quo-RSA	Morbi-RSA
Weiblich, 62 Jahre gesund	1 757 Euro	Basis 517 Euro Kein Zuschlag
Weiblich, 62 Jahre Diabetes (Insulin)	Nicht-DMP 1 757 Euro DMP 2 599 Euro	Basis 517 Euro Zuschlag 2 405 Euro
Weiblich, 62 Jahre Multiple Sklerose	1 757 Euro	Basis 517 Euro Zuschlag 8 400 Euro



hen. Als Datengrundlage stand eine Versichertenstichprobe aus der Gesamt-GKV zur Verfügung: Diagnose-, Arzneimittel- und sonstige ambulante und stationäre Daten aus den Jahren 2005 und 2006 für etwa 4,2 Millionen auswertbare Versichertenpseudonyme. Diese Daten enthielten alle Leistungsausgaben mit Ausnahme der zahnärztlichen Abrechnungen und des Krankengeldes.

Im Dezember 2007 legte der Beirat ein Gutachten vor, in dem unter anderem die Vorgaben für die Krankheitsauswahl definiert sind (Busse et al. 2007):

- Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und Anreize zur Risikoselektion sollen vermieden werden,
- die Krankheiten sollen eng abgrenzbar, schwerwiegend und chronisch sein,
- die für die ausgewählten Krankheiten anfallenden durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem müssen die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen
- und die festzulegenden 50 bis 80 Krankheiten sollen eine besondere Bedeutung für das Versorgungsgeschehen und wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkasse haben.

Ermittlung der Zuweisungen

Das System des Morbi-RSA funktioniert nach folgendem Schema: Es wird eine Grundpauschale errechnet, die sich aus dem Durchschnitt aller Ausgaben für die GKV-Versicherten ergibt. Da auf jüngere gesunde Versicherte weniger Kosten entfallen als auf ältere Versicherte, entstehen hier Abschläge. Zu diesen dann ermittelten Werten werden die Ausgaben für die

ausgewählten Krankheiten hinzugerechnet. Bei mehreren Krankheiten können auch mehrere Zuschläge kombiniert werden. Den Endbetrag bekommt die Kasse dann als Zuweisung.

Wenn die Kasse bei den Ausgaben für die Versorgung unter diesem Durchschnittsbetrag liegt, verbleibt letztlich ein Überschuss. Wenn sie die Durchschnittskosten übersteigt, muss sie diesen Betrag aus den Zuweisungen nach Alter und Geschlecht finanzieren – und wenn dies nicht ausreicht, Zusatzbeiträge von ihren Versicherten verlangen. Das Beispiel in der Tabelle verdeutlicht die Funktion und das System des Morbi-RSA gegenüber dem früheren RSA, hier wird die Krankheit MS nun ausgeglichen (IGES 2005).

Der Beirat kam in seinem Gutachten zu dem Schluss, 80 Krankheiten zu benennen, die im Morbi-RSA berücksichtigt werden sollen. Diese Anzahl wurde bis heute beibehalten.

Beteiligung des Gesundheitsfonds

Gekoppelt wurde dieses Modell mit dem neu eingeführten Gesundheitsfonds. Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz heißt es dazu: »Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. Zusammen mit der Vereinfachung und Verbesserung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs wird die Grundlage für einen intensivierten und chancengleichen Wettbewerb zugunsten einer hochwertigen und kostengünstigen gesundheitlichen Versorgung gelegt. Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.«

Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sollen eine Grundpauschale enthalten, die alters-, geschlechts- und risikobezogene Zu- und Abschläge sowie Zuweisungen für sonstige Ausgaben vorsieht (Schawo/Schneider 2007).

Abdeckung der Folgekosten

Ein Aspekt muss abschließend noch betont werden: Um mit dem Morbi-RSA keine Anreize für medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen oder für eine Risikoselektion zu fördern, hat der Gesetzgeber eine sogenannte prospektive Ausgestaltung des Modells verfügt. Dies bedeutet, dass die Zuschläge nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die

Folgekosten abdecken sollen, die im Jahr nach der Diagnosestellung anfallen. So werden die Kosten für einen Versicherten mit einem Herzinfarkt nicht im »Ereignisjahr« ausgeglichen, sondern erst im Jahr danach. Akute Krankheiten wie eine Blinddarmentzündung sind zumeist nicht mit Folgekosten belastet, sodass hier keine Zuweisung erfolgt.

Der Morbi-RSA hat für alle Kassen eine hohe finanzielle Bedeutung, schließlich wird rund die Hälfte aller Leistungsausgaben – 2015 waren es rund 200 Milliarden Euro – in diesem Rahmen aus dem Gesundheitsfonds an die jeweiligen Kassen zugewiesen. Es ist daher ohne Frage von großer Bedeutung, welche Krankheiten im Morbi-RSA berücksichtigt und wie diese bezüglich ihrer Kosten ausgeglichen werden. Es kann daher auch nicht erstaunen, dass die Diskussionen um den Morbi-RSA und seine Auswirkungen immer wieder aktuell sind.

Eine gute Zusammenfassung zum Morbi-RSA und die aktuelle Auflistung der 80 zu berücksichtigenden Krankheiten findet sich unter www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/haeufig-gestellte-fragen.html

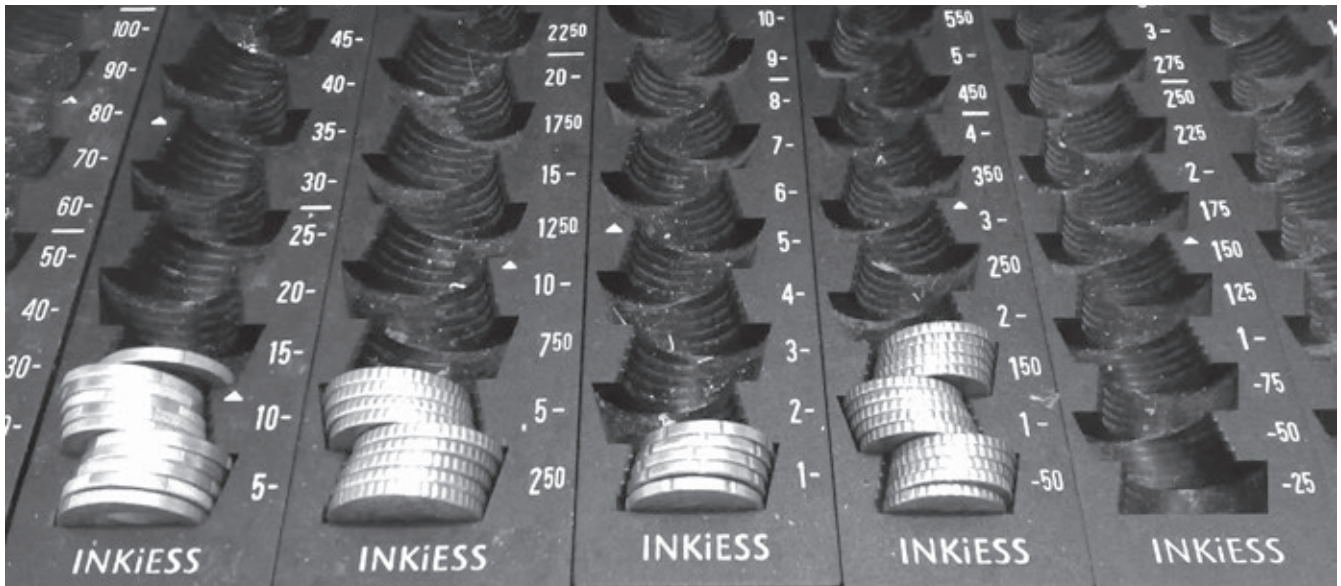
Lesenswert sind auch die Ausarbeitung des BKK-Dachverbands zu diesem Thema, www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/bkk_SA01_2015_web_2.pdf, sowie die Diskussionen auf <http://rsa-allianz.de/>

** Prof. Gerd Glaeske ist Pharmakologe an der Universität Bremen, war von 2003 bis 2010 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.*

Der Artikel ist zuerst erschienen in Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, Nr. 222, Juli/August 2016

Literatur:

- Busse, R./Drösler, S./Glaeske, G./Greiner, W./Schäfer, T./Schrapppe, M. (2007): Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Bonn. www.bva.de/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung
- IGES/Lauterbach, K. W./Wasem, J. (2005): Klassifizierungsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. In: BMG-Forschungsbericht 334.
- Schawo, D./Schneider, W. (2007): Feilen am Modell. Neuer Risikostrukturausgleich. In: *Gesundheit und Gesellschaft*. 10,9: 35–40.



Von wegen Qualität!

Thomas Böhm* zum Problem der Selektivverträge

Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen sollen einheitlich und gemeinsam sein; und sie müssen mit allen Krankenhäusern im Landeskrankenhausplan Verträge abschließen. Diese Regelungen stehen zunehmend unter Beschuss. Mehr Wettbewerb soll für mehr Qualität sorgen. Thomas Böhm erklärt, wie absurd solche Pläne sind.

Die Bundesländer haben den gesetzlichen Auftrag, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Zu diesem Zweck erstellen sie einen Krankenhausplan und entscheiden damit über die Anzahl der erforderlichen Krankenhäuser und Betten.

Ist ein Krankenhaus in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen, so ist damit der Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versicherungsvertrages mit den Krankenkassen verbunden. Diesen Rechtsanspruch nennt man **Kontrahierungszwang**. Er ist im Rahmen eines Systems der Daseinsvorsorge sinnvoll, weil sonst der Krankenhausplan unterlaufen werden könnte, weil die Plankrankenhäuser gesetzlich (Landeskrankenhausgesetze) verpflichtet sind, bei der Versorgung der Patienten zusammenzuarbeiten, und weil im anderen Fall unnötig Steuergelder für Investitionen verschwendet würden.

Bei Marktsystemen wie den DRGs wirkt der Kontrahierungszwang störend, weil er der vollständigen Entfaltung der Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander im Wege steht.

Seit Ende der 80er Jahre hat deshalb der »Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen« – der neoliberale »think-tank« zur Beratung der Bundesregierungen immer wieder die Abschaffung des Kontrahierungszwanges in seinen Gutachten gefordert: *»Notwendig ist es, die Kassen von der Verpflichtung zu befreien, mit jedem im Krankenhausbedarfsplan vertretenen Krankenhaus Verträge zur Sicherstellung der Krankhauspflege abzuschließen.«* (Jahresgutachten 1987)

»Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist vom Sachverständigenrat schon im Jahresgutachten 1987 als geeignetes Mittel angesehen worden, um unwirtschaftliche Krankenhäuser von der Versorgung auszuschließen.« (Jahresgutachten 1989)

Früher wurde diese Abschaffung auch »Einkaufsmodell der Krankenkassen« genannt, was sich aber im Zusammenhang mit Gesundheit nicht so gut anhört. »Qualitätsverträge« und »Abschaffung des Kontrahierungszwanges« oder »Selektivverträge« lässt sich da doch viel zwangloser in die Kampagne für Qualitätswettbewerb und gegen Staatswillkür und Regulierungswut einsortieren.

Die Selektivverträge sind auch eine der Grundforderungen der Gesetzlichen Krankenkassen zur Vermarktlichung der Krankenhausfinanzierung: *»Der Kontrahierungszwang führt dazu, dass Krankenhäuser mit schlechter Qualität den gleichen Vergütungsanspruch haben wie Krankenhäuser, die eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherstellen. Die Folge ist, dass die Patienten nicht optimal versorgt werden. Für planbare stationäre Leistungen sollte (...) ein Ausschreibungsmodell Anreize setzen, die Versorgungsqualität zu erhöhen.«* (14 Positionen für 2014 – Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes).

Nach der schrittweisen Einführung von einzelnen Fallpauschalen (seit 1993) und eines umfassenden Preissystems (DRGs) seit 2004 und der Aufhebung des gesetzlichen Verbots, in Krankenhäusern Gewinne zu machen (1993: »Kompromiss von Lahnstein« zwischen SPD/CDU/CSU, FPD und Gesundheitsstrukturgesetz unter Gesundheitsminister Seehofer) wurde die Aufhebung des Kontrahierungszwanges und die Einführung von Selektivverträgen aus Sicht der Neoliberalen immer zwingender.

Aber die Schleifung einer der Grundprinzipien der Daseinsvorsorge ist nicht so einfach. Deshalb hat es gedauert und es mussten Umwege eingebaut werden: Erst 2015 mit dem Krankenhausstrukturgesetz der CDU/CSU/SPD-Bundesregierung wurde dieses

Projekt konkret angegangen und es werden Konkurrenz und Wettbewerb nochmals verschärft: Aus den Festpreisen der DRGs sollen Verhandlungspreise und aus den allgemein verbindlichen Verträgen für alle Krankenhäuser sollen Selektivverträge mit einzelnen Häusern werden.

»Qualitätsbezahlung« – pay for performance (P4P) – heißt das Zauberwort. Die Krankenkassen sollen das Recht bekommen, bei guter bzw. schlechter Qualität Zu- oder Abschläge zu vereinbaren. Zunächst bei vier Leistungen bzw. Leistungsgruppen sollen sie die Freiheit haben, nur noch mit einzelnen Kliniken Verträge abzuschließen und mit anderen nicht. Vier Leistungen klingt zunächst nach wenig, aber es heißt auch »Leistungsgruppen« und das kann dann schön ganz schön viel sein (z.B. »Leistungsgruppe der Gelenkoperationen«). Hinzukommt, dass auch das DRG-System mit »nur« 16 Fallpauschalen begonnen hat. Hieraus wird klar, dass die niedrige Zahl nur den Einstieg erleichtern soll und der Rest in Form einer Salami-taktik weiter eingeführt werden soll.

Die jetzigen DRG sind ein Festpreissystem. Die Preise sind zwar zu niedrig, sie können im Moment durch Konkurrenzkampf aber nicht noch weiter abgesenkt werden. Mit der gesetzlichen Freigabe von Selektivverträgen sowie Zu- und Abschlägen wird sich das ändern, denn dann werden auch die Preise freigegeben. Der Wettbewerb droht nun ein Dumpingwettbewerb der Krankenhäuser untereinander zu werden – auf dem Rücken der Beschäftigten und der Patienten. Statt Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich qualitativ schlechte Resultate liefern, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, wird ihnen der Geldhahn zugedreht. Was dann aus der Qualität wird, ist klar. Tatsächlich geht es nicht um Qualität, sondern um »Marktberreinigung«, wie das so schön heißt.

Ganz nebenbei wird die Durchsetzung von Selektivverträgen jegliche Bedarfsplanung durch die Länder konterkarieren: Das Land legt fest, dass ein bestimmtes Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, und die Kassen schließen keinen Vertrag mit diesem Krankenhaus ab. Es wäre absurd, Investitionen für Krankenhäuser zu finanzieren, die anschließend keine Verträge und damit keine Patienten hätten. Die Planungshoheit ginge so real an die Kassen über.

Hinzu kommt, dass den Kassen das Recht eingeräumt wird, Verträge mit Krankenhäusern zu kündigen, auch wenn sie im Bedarfsplan eines Landes aufgenommen sind. Eine solche Kündigung gilt,

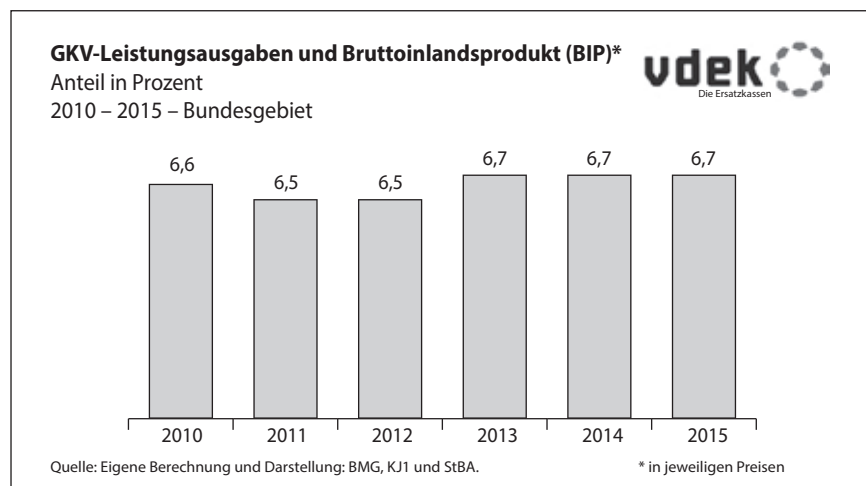
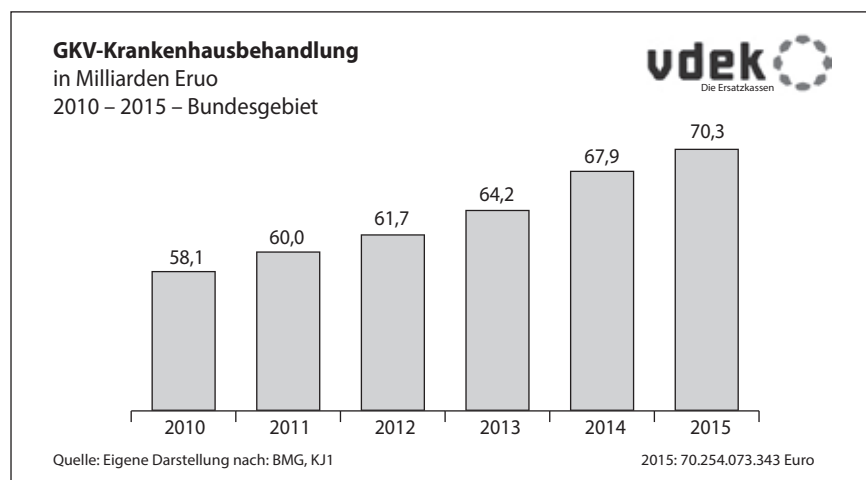
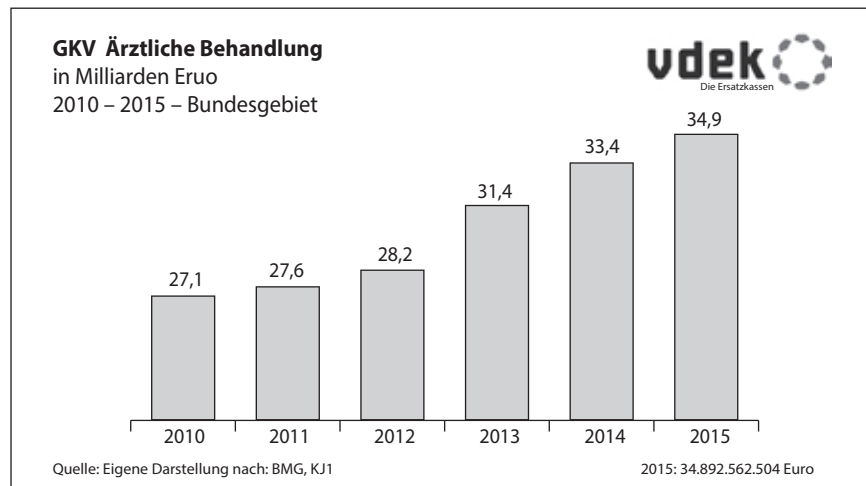
wenn das Land nicht innerhalb von drei Monaten nachweist, dass das Krankenhaus zwingend notwendig für die Versorgung ist. Die Beweislast wird also im Vergleich zu heute umgekehrt.

Qualitätsbezahlung, P4P und als Höhepunkt die Selektivverträge sind die konsequente Weiterentwicklung der DRGs und riesige Schritte in Richtung marktwirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitswesens. Angesichts dieser Entwicklung hilft auch kein Zurück zu den DRGs als

Festpreisen. Es helfen nur die konsequente Ablehnung jeder finanziellen Steuerung im Bereich der Daseinsvorsorge und der Kampf für eine Bedarfssteuerung und -finanzierung incl. Kontrahierungszwang und Gewinnverbot.

** Thomas Böhm ist Chirurg, Mitglied im Landesbezirksvorstand und im Landesfachbereichsvorstand 03 von ver.di Baden-Württemberg. Er war Vorsitzender des Personalrats im Klinikum Stuttgart und ist seit 2011 in Altersteilzeit/Rente.*

Daten zur Krankenversicherung heute II



Von hinten durch die Brust ins Auge

Nadja Rakowitz über die Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in Unternehmen

Mit dem Gesetzentwurf zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8.GWB-ÄndG) beabsichtigte im Jahr 2012 der Gesetzgeber – getrieben von der FDP –, die Anwendbarkeit des Kartellrechtes auf die gesetzlichen Krankenkassen auszudehnen. Es war nur ein einziger Satz in dem Gesetzentwurf, der sich der gesetzlichen Krankenversicherung widmet: »Schließlich wird das kartellrechtliche Bußgeldverfahren effizienter gestaltet und sichergestellt, dass das wettbewerbliche Handeln der Krankenkassen dem Kartellrecht unterliegt.«¹

Das Gesetz war im Juni 2012 ohne Anhörung der Kassen – es war ja ein Gesetz aus dem Wirtschaftsministerium – oder anderer betroffener Institutionen durch die erste Lesung gegangen; auch die 2./3. Lesung des Gesetzes erfolgte problemlos im Bundestag am 18. Oktober. Dann aber hatte der Bundesrat am 23. November 2012 diese von der Regierung geplante Anwendung des Kartellrechts auf die Krankenkassen an den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat verwiesen mit folgender Begründung: »Die im Gesetzesbeschluss vorgesehenen Änderungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation und der Rechte und Möglichkeiten der gesetzlich Krankenversicherten. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.«²

Keine Wirtschaftstätigkeit

Die gesetzlichen Kassen sind keine Unternehmen und gehen als Körperschaften öffentlichen Rechts formal keiner Wirtschaftstätigkeit nach. Dennoch wurden sie bereits in den 1990er Jahren von der rot-grünen Regierung in Konkurrenz zueinander gebracht und immer weiter an »normale« Unternehmen bzw. die private Krankenversicherung angeglichen, u.a. durch Wahl- und Selbstbehalttarife und der Möglichkeit insolvent zu gehen. Der Versuch, sie unter Kartell- und Wettbe-

werbsrecht zu stellen ist ein weiterer Schritt in dieser marktförmigen Angleichung, mit – wie das Bundesrats-Papier betont –, gewaltigen Konsequenzen.

Der DGB schrieb dazu: »Die Krankenkassen dienen (...) der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und sind Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. Darüber hinaus gibt es zahlreiche gesetzliche Regelungen, die die Krankenkassen zur Zusammenarbeit verpflichten, u.a. im GKV-Spitzenverband. Das Gebot der Zusammenarbeit dient der Wirtschaftlichkeit und einer Gleichmäßigkeit der Versorgung. Durch die Unterwerfung der gesetzlichen Krankenkassen unter das Kartellrecht werden die Möglichkeiten der Krankenkassen untergraben, ihre gesetzlich vorgegebenen und inhaltlich sinnvollen Aufgaben erfolgreich umzusetzen.«³ Auch der Verband der Ersatzkassen kritisierte das Vorhaben.⁴ Die Gewerkschaft ver.di betonte in der diesbezüglichen Pressemitteilung ebenfalls den sozialen Charakter der Krankenkassen. Deshalb unterliege die GKV eigenen gesetzlichen Bestimmungen, die im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegt sind. Diese, so ver.di weiter, »verpflichten Krankenkassen und ihre Verbände ausdrück-

lich zur Zusammenarbeit, um wesentliche Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Selbstverwaltung zu verwirklichen. Dadurch soll ein hoher Standard in der Gesundheitsversorgung ... für alle Versicherten gewährleistet werden. Dagegen gibt es in der Kartellrechtsprechung ein ausdrückliches Verbot von Absprachen«⁵, denn diese gelten als wettbewerbswidrig. Ist unter solchen Bedingungen noch ein einheitlicher Leistungskatalog denkbar?

Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Leistungserbringern – darauf verweist der GKV-Spitzenverband – fallen seit Beginn des Jahres 2011 in den Anwendungsbereich des Kartellrechts. Mit dem ursprünglich geplanten Gesetzentwurf der Bundesregierung für die Novellierung des GWB sollten die Krankenkassen und ihre Verbände auch hinsichtlich ihrer Rechtsbeziehungen untereinander und im Verhältnis zu den Versicherten grundsätzlich den Vorschriften des Kartellrechts unterstellt werden. Neben dem Kartellverbot sollten auch die Regelungen über die Zusammenschlusskontrolle bei Kassenfusionen entsprechende Anwendung finden und die Zuständigkeit des Bundeskartellamtes und





der Zivilgerichtsbarkeit sollte für diesen Rechtsbereich festgeschrieben werden.⁶ Damit hätte gedroht, so befürchtete auch der GKV-Spitzenverband, dass gesundheitspolitisch sinnvolle Kooperationen von Krankenkassen, die im Interesse der Wirtschaftlichkeit und der Gleichmäßigkeit der Versorgung der gesetzlich Versicherten erfolgen, durch kartellrechtliche Interventionen eingeschränkt oder gar verhindert worden wären.

Letztlich hat im Juni 2013 auch der Bundesrat einer Kompromisslösung zugestimmt. Das im Juni 2013 verabschiedete 8. Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-ÄndG) sieht für den Bereich der GKV die Geltung des Kartellverbotes für das Rechtsverhältnis der Kassen untereinander nicht mehr vor. Auch steht den Kassen wieder der Sozialgerichtsweg offen. Dennoch ist dies als ein weiterer Schritt in Richtung Umbau der Gesetzlichen Krankenkassen zu Unternehmen anzusehen. Es bleibt zu befürchten, dass der Europäische Gerichtshof (EuGH) bei der nächsten Klage gegen die gesetzlichen Krankenkassen diese, anders als bislang, als Unternehmen einstufen wird. Damit wäre dann durch die Hintertür erreicht, was die Ökonomen mit dem initialen Gesetzentwurf beabsichtigt hatten.

EU als Buhmann

Bislang unterliegen die nationalen Gesundheitssysteme nicht dem EU-Gemeinschaftsrecht. Zu Recht wiesen ver.di, DGB, aber auch die AOK darauf hin, dass mit dem ursprünglich geplanten 8. GWB-Änderungsgesetz mittelbar EU-Recht für die gesetzlichen Krankenkassen wirksam würde. Während Wirtschafts- und Wettbewerbsrecht nicht mehr eigenständig nationalstaatlich geregelt werden können und diesbezügliche Kompetenzen vom

nationalen Gesetzgeber auf die EU-Ebene übergegangen sind, sind nach ständiger Rechtsprechung des EuGH die gesetzlichen Krankenkassen weder im Verhältnis zu ihren Versicherten noch bei der Beschaffung von Gesundheitsleistungen (also im Leistungserbringungsrecht) als Unternehmen im kartellrechtlichen Sinne anzusehen. »Der EuGH hat bisher die Unternehmenseigenschaft für die deutschen Krankenkassen generell verneint. Wenn der deutsche Gesetzgeber nun über das Kartellrecht die Krankenkassen mit gewinnorientierten Unternehmen gleichstellt, besteht die Gefahr, dass der EuGH künftig die Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Kassen neu bewerten und bejahen wird.« (DGB a.a.O.)

Dies hätte, so die Befürchtungen und die Kritik von DGB und ver.di, die unmittelbare Anwendbarkeit weiterer EU-Normen zur Folge, die an den Unternehmensbegriff anknüpfen. Auch würden die Kassen wahrscheinlich der Mehrwert-, Umsatz- oder Körperschaftssteuer unterliegen. Damit würden Gesetzliche Krankenkassen faktisch privatisiert. Bewährte Regelungen und Instrumente wie das Festbetragsverfahren, die Nutzenbewertung von Arzneimitteln sowie Kooperationen bei Rabattverträgen, zentralen Registern (z.B. Ärztefehler-Register, Endprothesenregister, Krebsregister) u.v.m. würden in Frage gestellt bzw. bedürften spezieller, risikobehafteter gesetzlicher Ausnahme- und Sonderregelungen. (Ebd.)

ver.di erklärt dazu in einem gut aufgemachten Papier: »Kartellrecht? Was soll das bewirken?«: »Wenn der EuGH die Krankenkassen als Unternehmen einstuft, wäre es Deutschland gelungen, die Verantwortung für die Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Europa zu verlagern und dann wieder mit Rückenwind aus Brüssel den begonnenen Weg der Privatisierung der öffentlichen Daseinsversorgung weiter zu treiben.«⁷

Dieses ist seit langem Ziel liberaler Gesundheitspolitik – ob damals von der FDP oder heute von anderen liberalen Flügeln der Parteien. Aber da man weiß, dass die Mehrheit der Bevölkerung auf die Gesetzliche Krankenversicherung nicht verzichten will und man deshalb damit keine Wählerstimmen bekommt, ist dieser Umweg sicher die elegantere Lösung. Man hört und sieht schon vor sich, wie populistische deutsche Politiker dann auf »Brüssel« schimpfen werden, das uns jetzt auch noch unsere Krankenkassen kaputt macht ... Und auch wenn das letztlich beschlossene Gesetz nicht ganz so scharf ist, wie der Entwurf, gilt es doch, diese Entwicklung weiter im Auge zu behalten.

Wettbewerb im Binnenmarkt, so ver.di, hätte zu allererst die Wirkung, dass gesetzliche Krankenkassen den privaten Krankenkassen gleichgestellt würden. Sie könnten dann nicht mehr als Körperschaften des öffentlichen Rechtes auftreten und stünden im wirtschaftlichen Wettbewerb auf einem nationalen und natürlich auch auf einem europäischen beziehungsweise internationalen Markt. Kosten, Preise und Gewinne wären dann die Leitlinien für Versorgung (ebd.) – und zwar nicht mehr nur auf Anbieterseite, etwa der Ärzte und Kliniken, sondern auch auf der Seite der Versicherung bzw. des Zugangs zum Gesundheitswesen.

Auch die damaligen Vertreter im Bundesrat kannten diese Gefahr. In dem erwähnten Papier heißt es dazu: »Die uneingeschränkte Übernahme der Vorgaben zu Kartellverbot und Missbrauchsaufsicht rückt die dem Sozialstaatsprinzip verpflichteten gesetzlichen Krankenkassen in die unmittelbare Nähe gewinnorientierter Wirtschaftsunternehmen. Dagegen fallen die Krankenkassen nach der Rechtsprechung des EuGH nicht unter den europäischen Unternehmensbegriff und unterliegen daher auch nicht dem EU-Wettbewerbsrecht. Der EuGH begründet dies damit, dass die Krankenkassen nach Maßgabe des SGB V nicht wettbewerblich und gewinnorientiert sind ... Die GWB-Novelle erhöht in erheblichem Maße die Wahrscheinlichkeit, dass der EuGH in seiner zukünftigen Rechtsprechung die Unternehmenseigenschaft der deutschen gesetzlichen Krankenkassen bejahen wird.« (BR-Drs. 641/1/12)

Laut *Ärzte Zeitung* vom 26. Juni 2012 wurde diese Entwicklung nicht von allen Krankenkassen kritisiert, sondern z.B. begrüßte der *BKK-Bundesverband* die Kartellrechts-Pläne: »So könne künftig unlauterer Wettbewerb bei der Mitgliederwerbung durch Abmahnung begegnet

werden«. Auch der *Bundesverband der Deutschen Industrie* (BDI) teile die Bedenken der Gewerkschaften nicht. Das Interesse dahinter scheint relativ klar. Zum einen rechnet man sich Chancen aus, diesen Teil des Gesundheitswesens, in dem es immerhin pro Jahr um mehr als 200 Mrd. Euro geht, dem Kapital reell zu unterwerfen; zum anderen aber geht es auch darum, die Kassen zu schwächen, um z.B. der Pharmaindustrie eine andere Verhandlungsposition zu verschaffen.

Ausblick

Sollte es in Zukunft weitere Versuche geben, die Kassen zu Unternehmen zu machen und dann dem EU-Wettbewerbsrecht auszusetzen, dann, eine solche Prognose wage ich an dieser Stelle, wird es für soziale und demokratische Bewegungen ungleich schwieriger bzw. unmöglich werden, dieses Rad wieder zurückzudrehen. Wenn die Gesetzlichen Krankenkassen erst einmal auf diese Weise von innen heraus privatisiert sind, werden das deutsche Wirtschaftsministerium, der EuGH und die Europäische Kommission sie zu Recht so behandeln wie Opel, H&M und Lidl.

Wenn eine Regierung dies wieder rückgängig machen wollte, müsste sie tief ins Eigentumsrecht eingreifen, die Kassen wieder entprivatisieren (also die neuen Eigentümer irgendwie enteignen) und solidarischen Prinzipien unterwerfen, um so die EU-Institutionen zu zwingen, sie wieder als »Nicht-Wirtschaftliche Unternehmungen« anzusehen. Eine ungleich schwierigere und größere gesellschaftliche Aufgabe als Korrekturen einzelner Gesundheitsreformen, wie z.B. das »Aufbauen« des Arbeitgeberbeitrags, die Abschaffung der Zusatzbeiträge, der Zuzahlungen oder ähnlichem. Dazu braucht es nur ein neues Gesetz. Ein gutes Kriterium für eine Wahlentscheidung bei den nächsten Bundestagswahlen könnte sein: Werden sie planen, die Solidarprinzipien der Gesetzlichen Krankenkassen auszuweiten oder wollen sie die Kassen noch weiter in Unternehmen verwandeln?

Noch mehr Ungemach aus Brüssel?

Doch das ist noch nicht alles, was droht. Während die Kartellrechtsänderung eher nach einer Von-Hinten-durch-die-Brust-ins-Auge-Strategie der Bundesregierung aussieht, droht den Sozialsystemen in der EU insgesamt auch von Seiten der Kommission schon seit einer Weile Ungemach: In der »Mitteilung der Kommission: Ein

»Damit müssten zumindest Teile der Sozialwirtschaft als wirtschaftliche Tätigkeit eingestuft werden und unter die Wettbewerbsbedingungen des Binnenmarktes fallen.«

Binnenmarkt für das Europa des 21. Jahrhunderts – Dienstleistungen von allgemeinem Interesse unter Einschluss von Sozialdienstleistungen«⁹, einer programmatischen Grundlage zur Förderung von Dienstleistungen und zur Öffnung neuer Märkte in Europa, ist die grundlegende Haltung zu den Gesundheits- und Sozialdiensten beschrieben. Die Entwicklung des Binnenmarktes müsse mit der Entwicklung der Europäischen Sozialagenda Hand in Hand gehen. Hier geht es vor allem um die Förderung der Dienste in allgemeinem Interesse, die sich nach zwei Kategorien unterscheiden lassen: Zum einen gibt es »Dienstleistungen im allgemeinen wirtschaftlichen Interesse«, z.B. netzgebundene Wirtschaftszweige mit europaweiter Bedeutung wie Telekommunikation-, Strom-, Gas-, Verkehrs- und Postdienste, und auch soziale Dienste, für die Geld verlangt wird. Ihre Erbringung unterliegt entweder den Binnenmarkt- und Wettbewerbsregeln des EG-Vertrages, oder sie fallen unter die Vorschriften der Dienstleistungsrichtlinie.

Zum anderen spricht die Kommission von »nichtwirtschaftlichen Dienstleistungen«. Dazu zählen Dienste, die in der Regel dem Staat vorbehalten sind, wie Polizei, Justiz oder eben gesetzliche Sozialversicherungen. Diese Dienste unterliegen zunächst nicht den Regelungen zur Gestaltung des Binnenmarktes, sondern fallen unter die Gestaltungshoheit der Nationalstaaten. Im Prinzip gilt auch für die Kommission, dass nach dieser Definition unter Sozialdienstleistungen gesetzliche und ergänzende Systeme der sozialen Sicherung verstanden werden, die elementare Lebensrisiken absichern (Krankheit, Alter, Arbeitsunfälle, Behinderung etc.) oder solche Tätigkeiten, die zugunsten des einzelnen Bürgers erbracht werden (Arbeitsvermittlung, Sozialwohnungen, soziale Fürsorge oder Pflegeleistungen). Deshalb dürften die Wettbewerbsvorschriften des Binnenmarktes für den Bereich der Sozialdienste nicht zur Anwendung kommen.

Das aber, darauf verweist ver.di, sieht die Kommission ganz anders: Zwar bestätige sie in ihren verschiedenen Veröffentlichungen die Besonderheit der sozialen Dienste. Andererseits betone die Kommission: »Sozialdienstleistungen bilden einen

Sektor, der hinsichtlich Wirtschaftswachstum und Beschäftigung enorm expandiert. (...) Alle Mitgliedstaaten haben einen Prozess zur Modernisierung der Sozialdienste eingeleitet«. Dieser zeichne sich – aus Sicht der Kommission – durch die Übertragung öffentlicher Aufgaben an private Betriebe, die Entwicklung öffentlich-privater Partnerschaften und ein stärker wettbewerbsorientiertes Umfeld in der Erbringung der sozialen Dienste aus. Damit müssten zumindest Teile der Sozialwirtschaft als wirtschaftliche Tätigkeit eingestuft werden und unter die Wettbewerbsbedingungen des Binnenmarktes fallen. (Vgl. ver.di, a.a.O.)

Mit der Unterordnung der gesetzlichen Krankenkassen unter das Kartellrecht und ihrer tendenziellen Privatisierung wäre die Kommission mit dieser Strategie in Deutschland also ein ganzes Stück weitergekommen – ohne selbst viel dazu beigetragen zu haben. Das haben die deutschen Regierungen und ihre Wähler, die sich nicht dagegen wehren, selbst zu verantworten.

- 1 Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung Aches Gesetz zur Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, BT-Drs. 17/9852; www.bmwi.de
- 2 BR-Drs. 641/1/12 vom 9. November 12, Empfehlungen der Ausschüsse zum 8. GWB-ÄndG; www.bundesrat.de
- 3 Stellungnahme des DGB zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Wirtschaft und Technologie zur 8. GWB-Novelle am 27. Juni 2012
- 4 www.vdek.com/magazin/ausgaben/2012-0506/politik-kartellrecht.html
- 5 »Flächendeckende medizinische Versorgung ist in Gefahr«, Pressemitteilung ver.di Gesundheitspolitik vom 16. August 2012
- 6 Vgl. GKV-Spitzenverband: »Thema: Kartellrecht«, in: www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/kartellrecht/thema_kartellrecht_1.jsp
- 7 »Kartellrecht? Was soll das bewirken?«, Pressemitteilung ver.di Gesundheitspolitik vom 16. August 2012
- 8 Honorarstreit – Montgomery: »Das Machtkartell der Kassen brechen«, Pressemitteilung Bundesärztekammer vom 1. September 2012
- 9 Vgl. Kom. 724 und 725/2007; vgl. ver.di Gesundheitspolitik: »Darüber diskutiert die EU«, in: http://gesundheitspolitik.verdi.de/internationales/aktuelle_debatte

Misstrauere der Idylle

vdää on tour zur »Führerschule der Deutschen Ärzteschaft« und zum KZ Ravensbrück

»Musterdorf« Alt Rehse, Juli 2016



Diese Worte waren das Leitmotiv des Gedenkstättenleiters von Alt Rehse, Dr. Rainer Stommer, schon bei der Vorbereitung der diesjährigen »vdää on tour«, die uns diesmal nicht ins Ausland, sondern gewissermaßen in das »dunkle Herz« der deutschen ÄrztInnenschaft während des Nationalsozialismus führte. Ein konzentriertes dreitägiges Seminar zur Geschichte und Aktualität medizinethischer und medizin-politischer Fragen brachte 25 Mitglieder des vdää und hochkarätige ReferentInnen aus Alt Rehse, Halle und Berlin an den Tollensesee bei Neubrandenburg in Mecklenburg-Vorpommern.

Die nationalsozialistische »Führerschule der deutschen Ärzteschaft«, das Modellgut und Modelldorf Alt-Rhese bildeten eine idealisierte Einheit und zugleich ein hoch artifizielles »Schaubjekt« für das nationalsozialistische völkische Projekt, in dem alle ihren Anteil am »Wiedererstarcken des Volkskörpers« haben sollten: Bauern, Agrarökonomien, Ärzte und Hebammen. Die mehrwöchigen Schulungen für ausgewählte und den Nationalsozialismus bereits unterstützende TeilnehmerInnen dienten dem nochmaligen Einschwören auf die programmatischen Aspekte wie Stärkung der Volksgesundheit, eugenische Aufwertung des Volkes mit seiner Radikalisierung der Vernichtung »lebensunwerten Lebens« im Euthanasieprogramm. Zusätzlich waren die Kurse auf die Schaffung persönlicher Bindungen in einer sich radikalisierenden Gemeinschaft wichtiger Funktionsebenen ausgerichtet, die ältere,

liberale und wertkonservative Strukturen innerhalb der Ärzteschaft wie Studentenverbindungen, Freimaurerlogen und Familienbeziehungen ablösen sollten. Und auch über 100 Ärztedelegationen aus anderen Ländern wurde Alt-Rehse in den 30er Jahren als »Anschauungsobjekt« durchgeführt.

Geschätzt 10 000 der 60 000 niedergelassenen ÄrztInnen im nationalsozialistischen Deutschland absolvierten dieses Programm während der Jahre 1935–39, und allein diese Zahl macht deutlich, wie stark die Verankerung der nationalsozialistischen Ideologie innerhalb dieser Berufsgruppe war.

Als Gegenpol zu dieser Idylle am See besuchten wir auch das nahegelegene ehemalige Frauen-Konzentrationslager Ravensbrück, in dem die nationalsozialistische Medizin in ihrer brutalsten Form an den menschlichen »Versuchskaninchen« durchgeführt wurde – neue Methoden zur Infektionsbekämpfung, zur Transplantation von Körperteilen und zur Massensterilisation wurden an den Opfern entwickelt, die direkt den Bedürfnissen des Militärs und der bevölkerungspolitischen Konzepte dienen sollten.

Aber nicht nur die nationalsozialistische Geschichte stand im Seminar zur Debatte, sondern auch die Anschlüsse an hochaktuelle medizinethische Debatten um ärztlich assistierten Suizid und Sterbehilfe, um Forschung an nicht einwilligungsfähigen Demenzkranken und um neue Reproduktionstechnologien wie dem

»social freezing«, dem Aufschieben der fruchtbaren Jahre von Frauen durch das Isolieren und Einfrieren von Eizellen zur späteren Befruchtung und Schwangerschaft im Interesse von ökonomischer Profitmaximierung und oft nur vermeintlich privaten Karriereplanungen.

Hierfür waren der Medizinhistoriker Prof. Gerhard Baader aus Berlin und die Philosophin und Medizinethikerin Dr. Viola Schubert-Lehnhardt aus Halle mit nach Alt Rehse gekommen und standen nicht nur für ihre fachlichen Inputs, sondern für die ganze Zeit des Seminars für Gespräche und Diskussionen zur Verfügung – ein kaum zu unterschätzender Beitrag für den Erfolg und die Intensität der wenigen Tage, für den beiden ebenso wie Rainer Stommer, der sich ebenfalls eineinhalb Tage für uns Zeit nahm, gedankt sei.

Die Debatten werden auf jeden Fall weitergeführt werden müssen – kontrovers wurde zum Beispiel das Thema der Veränderungen von Familienkonstellationen durch das social freezing diskutiert, und welchen Begriff vom »Kindeswohl« die Akteure in dieser Debatte haben.

Als Einstieg in eine neue Art der »vdää-Touren« und als intellektuelle Bereicherung für die Teilnehmenden war das Seminar auf jeden Fall ein großer Erfolg und die Beiträge der ReferentInnen werden auf der vdää-Website auch noch verfügbar gemacht zum Nachhören und Nachdenken.

Andreas Wulf

Bürgerinnenversicherung

... wie sie sich der vdä vorstellt

Der vdä tritt in seinem Programm für eine paritätische und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens ein. Deshalb fordert der vdä die Einführung einer allgemeinen Bürgerversicherung. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung soll abgeschafft werden. Wir dokumentieren hier gekürzte Ausschnitte aus dem Programm des vdä, die sich mit der Krankenversicherung beschäftigen. Wir belassen hier die durchweg weibliche Schreibweise unseres Programms bei.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine der tragenden Säulen unseres Sozialsystems. Es beruht auf zwei Prinzipien: der Solidarität und der Parität. Solidarisch soll die Krankenversicherung insoweit sein, als jede Versicherte nach ihren Möglichkeiten, also nach ihrem Verdienst, ihren Beitrag leistet und dann im Krankheitsfall unabhängig von diesem die medizinisch notwendige Behandlung erfährt. Nach der Definition des Sozialgesetzbuches V soll jede Behandlung ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und das notwendige Maß nicht überschreitend sein.

Grenzen von Solidarität und Parität

Dieser Solidarität waren schon immer Grenzen gesetzt: Die Beitragsbemessungsgrenze legt fest, bis zu welchem Verdienst ein Einkommen prozentual zum Beitrag herangezogen wird, und die Versicherungspflichtgrenze definiert den Übergang zur möglichen Befreiung aus der gesetzlichen Versicherung und die Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung beizutreten. Hohe Einkommen werden also prozentual niedriger belastet als geringe Einkommen und sehr hohe Einkommen sind von der gesetzlichen Versicherung befreit. Auch Zins-, Kapital- und Mietentnahmen werden bei der Beitragsbemessung nicht berücksichtigt. Die Solidarität war also immer schon eine Solidarität der Armen, Schwachen und Mittelschichten, während sich die Gutverdienenden und die Beamtinnen dem System entziehen konnten. Paritätisch sollte das System insofern sein, als Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmerinnen zu gleichen Anteilen an den lohnbezogenen Beiträgen beteiligt werden. Natürlich stellt auch der Arbeitgeberinnenanteil einen Teil des Lohnes dar. Doch zwingt dieser Anteil die Arbeit-

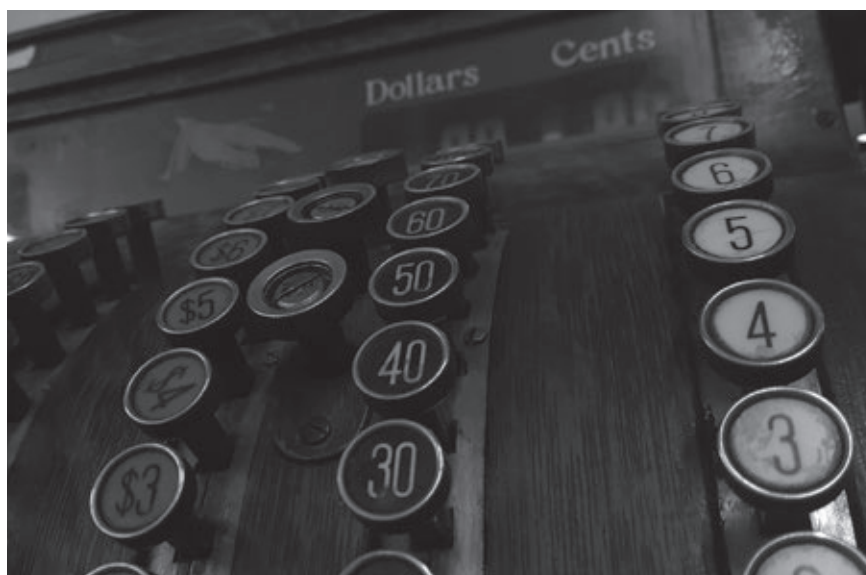
geberin, sowohl die Gesundheit »ihrer« Beschäftigten als auch die Kosten des Gesundheitswesens im Auge zu behalten.

Gesundheitsfonds

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wurde ein einheitlicher Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen geschaffen. Seine Einrichtung ist deshalb zu begrüßen. Abzulehnen ist, dass Versicherte einseitige Zusatzbeiträge leisten müssen, wenn ihre Kasse nicht mit den zugewiesenen Beiträgen zurechtkommt. Die Auszahlung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen erfolgt unter Berücksichtigung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), d.h. je höher die Morbidität der Versicherten ist, desto höher ist die Auszahlung. Die Morbidität einer Patientin ist aber nur schwer objektiv zu erfassen. So kann eine insulinpflichtige Diabetikerin gut eingestellt und komplikationsfrei leben, während eine andere Versicherte mit leichtem Diabetes schwer

zu therapieren sein kann, wobei hier besonders die soziale Situation der Patientin eine Rolle spielt. Die über den Morbi-RSA praktizierte Art des Ausgleichs verführt die Kassen dazu, sich möglichst »gesunde« Kranke als Versicherte auszusuchen. Da der RSA nicht objektiv ist und zudem nur mit bürokratischem Aufwand gehandhabt werden kann, lehnt der vdä diesen Ausgleich und seine weitere Verfeinerung ab. Der Ausgleich zwischen den Kassen sollte nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Einkommen – es ist bekannt, dass ärmere Menschen kränker sind! – erfolgen. Zusätzlich sollten aus einem Risikofonds Behandlungskosten von Patientinnen mit erheblichen Behandlungskosten kostendeckend finanziert werden.

Beide Prinzipien, die Solidarität und die Parität, wurden in den vergangenen Jahren durch die Regierungen der sozialdemokratisch-grünen als auch durch die christ- und freidemokratischen Koalitionen zunehmend ausgehöhlt. Die Patientinnen, nicht die Versicherten werden im Krank-



heitsfalle durch Praxisgebühr, die inzwischen abgeschafft wurde, und Zuzahlungen belastet, die Arbeitgeberbeiträge wurden auf ein festes Niveau eingefroren, d.h. alle zukünftigen Steigerungen der Versicherungskosten werden einseitig von den Versicherten getragen. Die Krankenkassen sollen von solidarischen, öffentlich-rechtlichen Einrichtungen zu privaten, profitorientierten Unternehmen – zu Profitcentern – umgebaut werden. Der vdä fordert die Rückkehr zu Solidarität und Parität, Abschaffung aller Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen für die Versicherten bzw. Patientinnen sowie die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeberinnen.

Beitragsgrundlage und Bemessungsgrenze

Der Anteil der Zins-, Kapital- und Mieteinkünfte nimmt im Verhältnis zu den arbeitsabhängigen Einkommen gesellschaftlich zu. Deshalb ist eine Einbeziehung dieser Einkünfte – unter Berücksichtigung eines Freibetrags – zur Finanzierung der GKV zu begrüßen. Nur dürfte eine solche Einbeziehung nicht an eine Einkommensgrenze gebunden sein, denn dann würden Menschen in unteren Einkommensgruppen, die Miet- oder Zinseinkünfte haben, belastet, während eine Eigentümerin mit höheren Einkünften aus mehrerer Immobilien wegen der Beitragsbemessungsgrenze ungeschoren davon käme. Die Einbeziehung von Mieteinnahmen in die Finanzierung der GKV stellt allerdings einen großen organisatorischen Aufwand dar. Die Krankenkassen dürfen nicht zu einer zweiten Steuerbehörde werden. Eine generelle Gesundheitsabgabe auf Kapitalerträge zusätzlich zur Abgeltungssteuer und mit ihr eingezogen ist dagegen ohne großen Aufwand zu organisieren.

Bedarfsorientierte Versorgung

Die Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen von heute ca. 150 kann sicher noch weiter reduziert werden, doch ist eine gewisse Kassenvielfalt wichtig und eine Monopolstellung einiger weniger Kassen nicht wünschenswert. Alle Kassen sollen im Prinzip den gleichen Leistungskatalog anbieten. In den letzten Jahren aber wird dieser Grundsatz zunehmend durch so genannte Selektivverträge und Ausweitung der Satzungsleistungen untergraben. Bei den Selektivverträgen rechnen Ärztinnen unter Umgehung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bestimmte Leistun-

gen von Patientinnen, die in diese Verträge eingeschrieben sind, direkt mit den Kassen oder über Berufsverbände ab. Dies führt zu einem unterschiedlichen Leistungsangebot der Krankenkassen und für Patientinnen, die in die Verträge eingeschrieben sind, und diejenigen, die nicht an den Programmen teilnehmen. Gleichzeitig wird die Abrechnung insgesamt mit verschiedenen Kassen und Verträgen verkompliziert und bürokratisiert. Der vdä lehnt Selektivverträge in der Grundversorgung ab und fordert ein einheitliches Leistungsangebot der Krankenkassen.

Der vdä tritt für eine bedarfsorientierte Versorgung ein und lehnt die ausschließlich an den Einnahmen der Kassen orientierte Erstattung medizinischer Leistungen ab. Der Leistungskatalog der Kassen und die von Krankenhäusern und Kassenärztinnen erbrachten Leistungen sollten soweit wie möglich auf Evidenzbasierter Grundlage überprüft werden. Die Einrichtung des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) ist zu begrüßen. Ihre Kompetenz muss weiter ausgebaut werden. Diese Einrichtungen müssen den Leistungskatalog der GKV überprüfen. Dabei sollte die im Sozialgesetzbuch geforderte ausreichende Behandlung auch die optimale Behandlung für die Versicherten darstellen.

Finanzierung und die Debatte über Priorisierung

Die weitere Finanzierung des Gesundheitswesens steht schon seit Jahren im Zentrum der Diskussion. Der vdä ist prinzipiell der Ansicht, dass die Mittel im deutschen Gesundheitswesen, welches weltweit eines der kostspieligsten ist, ausreichend für eine gute medizinische Versorgung sind. Auch wenn dieses System so teuer ist, gibt es keine epidemiologischen Hinweise darauf, dass es besser und qualitativ hochwertiger ist als andere Gesundheitssysteme der OECD-Staaten. Obwohl in vielen Bereichen eine Unterversorgung gegeben ist, werden generell zu viele medizinische Leistungen erbracht. Ausdrücklich lehnt der vdä die von der Bundesärztekammer angestoßene Debatte um eine »Priorisierung medizinischer Leistungen« ab. Sie ist lediglich ein ideologischer Vorwand, um notwendige medizinische Leistungen zu rationieren, sie aus dem gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen auszugliedern und privat vermarkten zu können. Das System der GKV hat ausreichend Mittel, alle notwen-

digen und medizinisch indizierten Leistungen zu finanzieren. Leider werden in dem System noch viele unnütze und überflüssige Leistungen erbracht und finanziert. Außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs sollte es keine notwendigen Leistungen geben. Der vdä lehnt die so genannten IGeL (Individuelle Gesundheitsleistungen) ab. Das Portemonnaie der Patientinnen hat im Behandlungszimmer nichts zu suchen. Die Praxis ist kein Krämerladen. Inzwischen werden auf dem IGeL-Markt zwei Milliarden Euro ohne jegliche Kontrolle und Qualitätssicherung umgesetzt. Der vdä tritt für ein Verbot von IGe-Leistungen in der Kassenpraxis ein.

Bürgerversicherung

Der vdä tritt für eine sinnvolle Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen ein. Zur kurzfristigen Verbesserung der Finanzsituation fordert der vdä eine Angleichung der Beitragsbemessung an die Versicherungspflichtgrenze. Gleichzeitig sollte die Versicherungspflichtgrenze deutlich erhöht werden. Langfristig fordert der vdä die Einführung einer Bürgerversicherung. Diese wäre eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen, deren Beitrag entsprechend ihren Einkünften bemessen wird. Eine Beitragsbemessungsgrenze darf es dabei nicht geben. Diese Versicherung wird umlagefinanziert und ihre Finanzierung beruht nicht auf Kapitaldeckung. Auch wenn sich private Versicherungen an einem solchen Versicherungsmodell beteiligen würden, so würde es doch eine PKV, wie wir sie heute haben, nicht mehr geben. Eine private Krankenversicherung mit risikoabhängigen Beiträgen als Grundversorgung lehnt der vdä ab. Sie ist Ausdruck einer Zweiklassenmedizin, in der die medizinische Versorgung abhängig von der Höhe des zu zahlenden Honorars ist. Leistungen in der PKV müssen nicht auf evidenzbasierter Grundlage erfolgen und unterliegen keiner Qualitätssicherung oder -kontrolle. Die horrenden Beitragssteigerungen in der PKV während der letzten Jahre und der hohe Anteil an Verwaltungs(= Bürokratie)kosten zeigen aber auch, dass diese Art der Versicherung der gesetzlichen, umlagefinanzierten organisatorisch unterlegen ist.

Das vollständige Programm des vdä findet sich auf der Homepage und ist als Broschüre bei der Geschäftsstelle gegen den Selbstkostenpreis von 5 Euro plus Porto erwerbbar.

Rabatte für Bändchen – die organisierte Selbstoptimierung

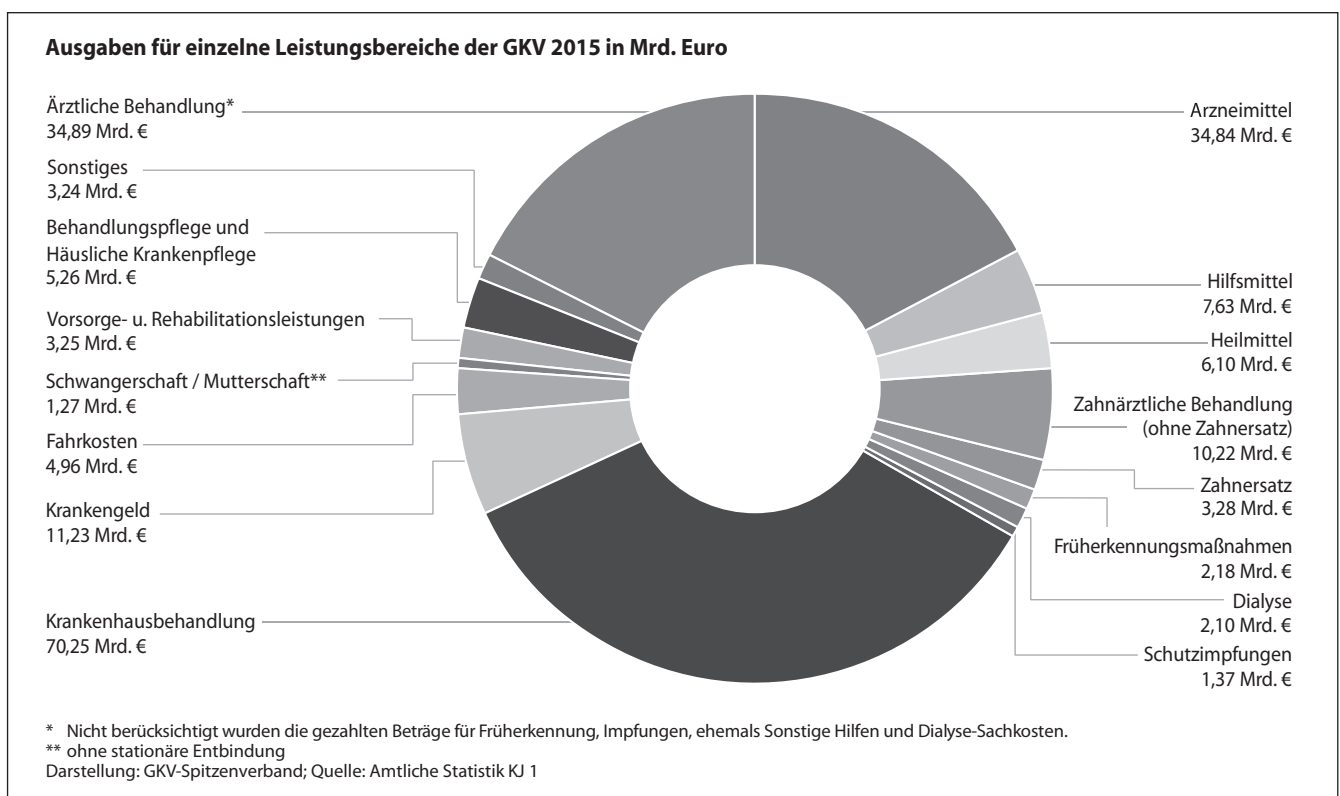
Wulf Dietrich zur Datensammelwut der Kassen

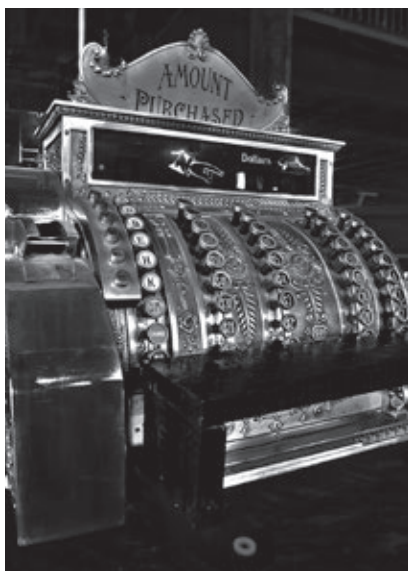
Der Markt für IT-Anwendungen im Gesundheitswesen boomt. Eine wirkliche medizinische Relevanz dieser Daten besteht nicht. Trotzdem fördern die Krankenkassen diesen Boom völlig unkritisch. Sie erhoffen sich dadurch die Anwerbung junger, gesunder Versicherter. Einige Kassen gehen schon weiter und planen, die so gewonnenen Daten mit anderen Versorgungsdaten zusammenzuführen und somit einen umfassenden Datenpool zu schaffen. Bei den Anwendern besteht eine hohe Bereitschaft, diese Daten leichtgläubig weiterzugeben.

Heute schon 7 000 Schritte gelaufen? Wann kommt der nächste Eisprung? Wie ist mein Body Mass Index im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen? Wie gebe ich das Rauchen auf, ohne zu leiden? Diese Fragen beantworten Gesundheits-Apps. Sie messen, speichern und verarbeiten gesundheitsbezogene Daten mit dem Smartphone beziehungsweise mit Gesundheits-Trackern und Fitnessarmbändern. Im Prinzip ist nichts dagegen zu sagen – solange diese Daten privat genutzt werden und den Spieltrieb oder der Selbstkontrolle des Anwenders dienen. Kritisch dagegen wird es, wenn diese Daten an Dritte weiter gegeben werden, sei es der Hersteller der App, seien es große Internet Konzerne, oder die Krankenkassen. Mehr als 100 000 dieser Apps sind zwischenzeitlich auf dem Markt. Schon heute werden 9 Mrd. US-Dollar mit mobilen Ge-

sundheitslösungen umgesetzt, 2018 sollen es bereits 20 Mrd. US-Dollar sein. Und der Datenhunger wächst. Es geht um Geld – Geld für die Entwickler der Apps – und um Daten, die dann wieder zu Geld gemacht werden können. Aber auch die Anwender wetten: Gleichgesinnte messen und sammeln angeblich gesundheitsbezogene Daten. Unkritisch werden diese dann auch ins Netz gestellt. Ein Drittel der deutschen Bevölkerung zeichnet schon heute Gesundheitsdaten auf, sei es über Fitnessarmbänder oder Smartphones. Ein Drittel der in einer Studie Befragten ist auch bereit, die Daten an die Krankenkassen weiterzuleiten – wenn er oder sie im Gegenzug Prämien oder andere Vorteile von der Kasse erhält. Die privaten Versicherungen sind die Vorreiter dieser Sammelwut. Der Generali Versicherungskonzern war der erste Privatversiche-

Daten zur Krankenversicherung heute III





rungsanbieter, der seine Prämien an die übermittelten Gesundheitsdaten gekoppelt hat. Da die Generali auch Lebensversicherungen anbietet, lassen sich diese Daten auch für diese Art von Versicherung nutzen. Ganz so weit dürfen die gesetzlichen Kassen, zumindest bisher, nicht gehen: Sie müssen immer noch Einheitstarife anbieten, die nicht an den Gesundheitszustand der Versicherten sondern an deren Einkommen gekoppelt sind. Sie dürfen allenfalls Boni auf die gemessenen und übermittelten Daten geben. So propagiert zum Beispiel die AOK Nord-Ost mit der App FitMit ein digitales Bonusheft, mit dem die Versicherten für angeblich gesundheitsbewusstes Verhalten Bonuspunkte sammeln können. Versicherungen, wie die Novitas BKK zahlen den Benutzern die monatlichen Kosten einer Gesundheits-App oder geben Zuschüsse zum Kauf von Fitnessarmbändern. Andere Kassen unterstützen den Kauf von Fitnessuhren.

Eindeutig legt das Sozialgesetzbuch V fest, dass Leistungen, die die Krankenkassen bewilligen dürfen, »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen« (§12,1). Andere Leistungen können nicht von den gesetzlichen Kassen erbracht werden. Offensichtlich erfüllt praktisch keine der angebotenen Gesundheits-Apps die Voraussetzungen des SGB V. Auch Bonuszahlungen sind letztlich finanzielle Anreize, deren Finanzierung von der Gesamtheit der Versicherten zu tragen ist. Derjenige Versicherte also, der nicht an einem Bonus Programm teilnehmen und seine Daten nicht der Krankenkasse zur Verfügung stellen möchte, wird damit finanziell benachteiligt. Ebenso, wie durch andere Bonusprogramme der Kassen, wird also auch durch

diese Programme das Prinzip der solidarischen Finanzierungen der Krankenkassen tendenziell aufgeweicht. Immer weiter entfernen sich die gesetzlichen Krankenkassen vom Gedanken einer Solidarversicherung.

Medizin-Apps nur für Gesunde

Da Medizinprodukte für den so genannten ersten Gesundheitsmarkt immerhin gewissen Zulassungskontrollen unterliegen, werden die Gesundheits-Apps fast ausschließlich für den zweiten Gesundheitsmarkt entwickelt. D.h., diese Anwendungen unterliegen keinerlei Kontrolle und die Präzision ihrer Messdaten wird nur durch die Hersteller festgelegt. Eine Qualitätskontrolle gibt es auf diesem Sektor nicht. Verpflichtende Prüfsiegel oder eine staatliche Regulierung der Weitergabe von Daten existieren nicht.

Der Markt von Gesundheits-Apps ist heute praktisch ein reiner Anbieter- und kein Bedarfsmarkt. D.h. Software-Firmen entwickeln Geräte, weil es technisch möglich ist, bestimmte Bio-Daten zu erfassen, aber nicht, weil es einen realen Bedarf an diesen Informationen gibt. Im Nachhinein versuchen dann Krankenkassen oder auch Ärztinnen und Ärzte halbwegs vernünftige Indikationen für diese IT-Anwendungen zu finden. Es ist bezeichnend, dass der Nutzen dieser Apps bisher, abgesehen von einigen sehr speziellen Anwendungen bei bestimmten Erkrankungen, wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist. Sie sind auch ohne jede epidemiologische Relevanz. Es ist eindeutig, dass diese Apps hauptsächlich von gesundheitsbewussten, meist jungen und gesunden Krankenversicherten verwendet werden. Kaum vorstellbar, dass ein 80-Jähriger schwer kranker Diabetes-Patient sinnvoll mit einer dieser Apps umgehen wird.

Auffällig ist, dass es fast nur Gesundheits-Apps für Gesunde gibt. Für wirklich kranke Patienten existiert nur eine Handvoll Anwendungen. Deshalb ist die Unterstützung bei der Anwendung von Gesundheits-Apps durch die Krankenkassen ein reines Marketinginstrument: Möglichst gesunde, junge versicherungspflichtige Menschen sollen damit für die Kasse gewonnen werden. Das »Empowerment« der Versicherten sei der angebliche Treiber dieser Entwicklung. Viele Kassen verbreiten damit die Illusion, sie gäben ihren Versicherten über die IT-Anwendungen die Möglichkeit, kompetent und selbstbestimmt ihre Gesundheit zu organisieren. Es ist deutlich, dass die Krankenkassen unter dem heutigen Finanzierungssystem

des Gesundheitswesens an gesunden Versicherten, beziehungsweise an »gesunden« Kranken interessiert sein müssen, aber möglichst keine chronisch Kranken, die »schlechte Risiken« darstellen, in der Mitgliedschaft haben wollen. Durch das Anwerben gesunder Versicherter durch IT-Lockangebote wollen sich die Kassen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber den Konkurrenzkassen verschaffen.

Body mass index gegen Geldvorteile

Einige Kassen gehen aber schon weiter. Für sie sind die IT-Anwendungen nicht nur Marketinginstrument, sondern Voraussetzung umfassender Datensammlung. Besonderes Interesse an Patientendaten entwickelt Jens Baas, der Chef der Techniker Krankenkasse. Ihm schwebt vor, die Daten aus den so genannten Fitness-Apps mit anderem gesammelten Biodaten zusammenzuführen und auf der elektronischen Gesundheitskarte abzuspeichern. Keine Frage nach der Validität dieser Daten. Messen die Geräte korrekt? Ist vielleicht der Enkel mit dem Gerät der Großmutter um die Häuser gezogen, damit diese ihre Bonuspunkte erhält? Gemeinsam mit einer elektronischen Krankenakte sollen diese Daten dann bei den Krankenkassen gespeichert werden. Dass dabei der Patient der Herr seine Gesundheitsdaten bleibt, ist wohl ein frommer Wunsch. In Zukunft könnten diese Daten Grundlage für die Entwicklung von Risikotarifen bei den gesetzlichen Kassen bilden.

Fazit: Es bestehen heute fast unbegrenzte Möglichkeiten, biologische Daten zu erfassen, zu verarbeiten und weiterzuleiten. Die Datensammelwut großer Konzerne, die Verarbeitung und Vermarktung dieser Daten scheint heute unbegrenzt zu sein. Auch die Krankenkassen sind heiß auf die Daten ihrer Versicherten. Sie unterstützen aber die Verbreitung von Gesundheits-Apps bisher eher aus Marketing-Gründen. Anwendungen, die einen wirklichen Nutzen für die Gesundheit der Patienten haben können, gibt es bisher kaum. Im Gegenteil: Das falsche Vertrauen in unsichere und unkorrekte Messdaten kann sogar zu einer Gefährdung der Gesundheit führen. Wissenschaftliche Studien zur Verwendung der Gesundheits-Apps sind kaum existent. Erschreckend ist aber auch die Leichtfertigkeit, mit der die Anwender von Gesundheits-Apps bereit sind, ihre Daten zur weiteren Verwertung zu Verfügung zu stellen.



© Flickr_Sven-Kare Evenseth

Die Gesundheitskarte für Geflüchtete

Von Mirjam Schülle, Marleen Jacobs, Dr. Rainer Neef, Dr. Vera Bergmeyer*

Seit dem kurzen Sommer der offenen Grenzen letztes Jahr hat sich einiges getan bei der Regelung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten. Dass es so schnell möglich sein würde, das Bremer Modell auszuweiten auch auf Flächenländer, hätten wenige für möglich gehalten. Zu erwarten war dagegen, dass es Schwierigkeiten geben würde mit der Realisierung...

Wortlaut und praktische Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) schränken seit 1993 die medizinische Versorgung von Geflüchteten ein. Dies wurde von vielen großen Wohlfahrtsverbänden (bspw. Diakonie Deutschland, Paritätischer Wohlfahrtsverband, PRO ASYL) und der Bundesärztekammer wiederholt kritisiert. Das AsylbLG unterscheidet zwischen Pflichtleistungen für akute, schmerzhaftes Erkrankungen sowie für Geburten und Impfungen (§ 4) und sonstigen Leistungen, die im Einzelfall übernommen werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit erforderlich sind (§ 6). Die Entscheidung über die Leistungsgewährung, besonders die der sonstigen Leistungen, liegt in vielen Bundesländern bei den Sozialämtern. Ärztliche Landesvertretungen kritisieren regelmäßig die eingeschränkte Versorgung als auch die Bewilligung von Behandlungen durch nichtärztliches Personal als medizinisch nicht vertretbar (z. B. Bundesärztetag 2016, Bundesärztekammer 2013).

Seit den Asylrechtsänderungen 2015 erhalten Asylsuchende, Geflüchtete und Geduldete bereits nach 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland (zuvor nach 48 Monaten) Gesundheitsleis-

tungen analog zur gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem wurde für die Bundesländer eine Option normiert, bereits ab dem Verlassen der Aufnahmeeinrichtungen eine Gesundheitskarte (GK) auszugeben. Somit können auch die Flächenländer, entsprechend den Stadtstaaten Bremen und Hamburg, Geflüchteten schon in den ersten 15 Monaten einen bedarfsgerechten und niedrighschwelligem Zugang zu Gesundheitsleistungen gewährleisten und zudem die Krankenbehandlung vereinfachen. Ziel der gesetzlich vorgeschlagenen Landesrahmenverträge für die GK ist, einheitliche und klar festgelegte Abläufe für die Länder zu erleichtern. Die unterschiedlichen bürokratischen, politischen und finanziellen Bedingungen der Bundesländer führen bundesweit allerdings zu einer Vielfalt ungleicher Gesundheitsversorgung der Geflüchteten.

Das Bremer Modell und die Gesundheitskarte in den Bundesländern

Im Jahr 2005 führte die damalige SPD/CDU-Regierung in Bremen im bundesweiten Alleingang die GK für Geflüchtete ein. Dies soll-

	Eingeführt ^a	Rahmenvereinbarung	Verwaltungsgebühren ^b	Finanzierung	Beigetretene Kommunen
Berlin	01.01.2016	16.12.2016	6% ^c min. 10 €	Land	Land Berlin
Brandenburg	01.07.2016	31.03.2016	trägt Land	Land	1
Bremen	2005	Nein, direkter Vertrag mit AOK	10 €	Kommune	Bremen, Bremerhaven
Hamburg	01.07.2012	Nein, direkter Vertrag mit AOK	10 €	Land	Land Hamburg
Hessen	im Prozess				
Niedersachsen	30.06.2016	14.03.2016	8% ^c min. 10 €	Land/Kommunen	1
NRW	01.01.2016	28.08.2015	8% ^c min. 10 €	Land/Kommunen	20
Rheinland-Pfalz	Feb. 2016	02.02.2016	8% ^c min. 10 €	Land/Kommunen	0
Schleswig-Holstein	01.01.2016	23.10.2015	8% ^c min. 10 €	Land (90%)/ Kommunen	alle
Thüringen	im Prozess				

^a erstmaliger Zeitpunkt der Einführung, ^b pro Person/Monat, ^c der Leistungsaufwendungen

Quelle: Eigene Darstellung, s. a. <http://gesundheit-gefuechtete.info/>¹

te eine an die Regelversorgung angenäherte und damit vereinfachte, verbesserte und nicht stigmatisierende Gesundheitsversorgung ermöglichen. Grundlage ist ein Vertrag der Kommune mit der AOK Bremen/Bremerhaven nach § 264 SGB V. Einzelne Leistungen sind aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen (z. B. Disease Management Programme, künstliche Befruchtung) oder genehmigungspflichtig (z. B. Psychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgekuren). Das Modell läuft seit über zehn Jahren für alle beteiligten Akteure außerordentlich gut. Lediglich die Einschränkung auf Kurzzeit-Psychotherapien wird wegen der hohen psychischen Belastung bei Geflüchteten wiederholt bemängelt (Mohammadzadeh et al. 2016; Jung 2011, S. 68; vgl. S. 62 ff). 2012 hat Hamburg das Modell übernommen. Frank Burmester von der Sozialbehörde Hamburg beschrieb 2015 erhebliche finanzielle und praktische Vorteile für Hamburg. Im Januar 2016 wurde in Berlin eine Versorgung analog zu Bremen eingeführt. Im September 2015 schloss Nordrhein-Westfalen als erstes Flächenland einen Rahmenvertrag ab, dem die Kommunen beitreten können. Das Land verhandelte mit den Krankenkassen Verwaltungskosten von 8 Prozent der Behandlungskosten/Monat (statt bspw. 10 Euro pauschal/Monat wie in Bremen). Bisher sind nur wenige, vorwiegend große Kommunen dem Vertrag beigetreten, viele Kommunen bemängeln die Verwaltungskosten als nicht finanzierbar. Schleswig-Holstein führte die GK im Januar 2016 flächendeckend und per Weisung verpflichtend für alle Kommunen ein – gegen Übernahme von 90 Prozent der Behandlungskosten durch das Land.

Das Saarland hatte die Einführung geplant, die Kommunen lehnten diese jedoch mit dem Argument der hohen Verwaltungsgebühren ab. In Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern konnte die Einführung trotz anfänglicher Offenheit in den Regierungsparteien politisch nicht durchgesetzt werden. Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt haben eine Einführung quasi direkt abgelehnt.

In den Rahmenverträgen zwischen den Krankenkassen und den Bundesländern wird festgehalten, wie die Krankenbehandlung erfolgen soll (Höhe der Verwaltungsgebühren, Leistungsanspruch und -ausschluss, Entscheidungshoheit für die Leistungsgewährung

u. a.). NRW, Brandenburg, Niedersachsen, Berlin, Hamburg und Rheinland-Pfalz orientieren sich am Leistungskatalog des Bremer Modells, d.h. mit einem Leistungsanspruch weitgehend nach SGB V. Die Länder zahlen dabei unterschiedlich viel der Behandlungskosten mit. Brandenburg hat die Finanzierung der Gesundheitsbehandlung ganz übernommen; in den meisten Bundesländern blieb die Kostenverteilung zwischen Land und Kommunen durch die Einführung der GK unverändert.

Vor- und Nachteile der Gesundheitskarte

- + Die Asylsuchenden erhalten einen bedarfsgerechten und niedrigschwelligen Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen. Sie müssen nicht im kranken Zustand einen Krankenschein beim Sozialamt erfragen bzw. persönlich abholen.
- + Die Sozialbehörden werden entlastet, da der Entscheidungs- und Prüfaufwand sowie die Krankenscheinausgabe wegfällt. Die gesetzlichen Krankenkassen verwalten sachkundig und routinemäßig.
- + ÄrztInnen, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer haben einen geringeren Abrechnungsaufwand; dieser verläuft normalisiert und routiniert wie für alle PatientInnen.
- +/- Asylsuchende sind in der Praxis den gesetzlich Versicherten gleichgestellt, somit reduziert die GK die Diskriminierung in der gesundheitlichen Versorgung. Dies könnte sich ändern, wenn die bundesgesetzlich geforderte Markierung auf der Karte für Asylsuchende umgesetzt würde.
- Die Kostenübernahme für DolmetscherInnen ist im SGB V nicht vorgesehen. Sie muss für Geflüchtete weiterhin gesondert nach AsylbLG beim Sozialamt beantragt werden und wird ggf. mit Hinweis auf SGB V nun häufiger abgelehnt werden.
- Einzelne Länder und Kommunen führen die GK ein, andere nicht; zudem enthalten die Rahmenverträge unterschiedliche Einschränkungen – die bestehende Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung nimmt zu.

Widerstände – wer trägt die Kosten?

Die Einführung der GK verlief in den Flächenländern bislang schwerfällig. Widerstände kommen vorwiegend aus den Kommunen und den kommunalen Spitzenverbänden mit dem Argument, die Einführung verteuere die Behandlungskosten und sei mit überhöhten Verwaltungskosten seitens der Krankenkassen verbunden. Empirisch und praktisch belegt ist allerdings, dass die Versorgung mittels GK kostengünstiger ist als bei (restriktiverer) Verwaltung durch Sozialämter (Bozorgmehr/Razum 2015; Flüchtlingsrat Berlin 2012). Gründe hierfür sind vermutlich höhere Kosten wegen Verzögerung und Verweigerung von Behandlungen durch die Sozialämter, was zu Aggravierung von Krankheiten und zu vermehrten Notfällen/Notfalleinsätzen führt; zudem die aufwendigen Verfahren der Sozial- und Gesundheitsämter. Die Einwände der Kommunen bezüglich der Verwaltungsgebühr von 8 Prozent erscheinen dagegen triftig, da keine Deckelung vorgehen ist.

Die Kostenbefürchtungen verdecken teilweise dahinterstehende politisch-ideologische Auffassungen. Im Kern bleibt das Motiv einer Abschreckungspolitik gegen weitere Zuwanderung Geflüchteter, die das AsylbLG von 1993 bis heute geleitet hat: »Zugang zu sämtlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen [...] würde unseren Anstrengungen, die Zuwanderung aus sicheren Drittstaaten zu reduzieren, entgegenwirken.« (MdB Heiko Schmelzle, CDU – Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 2015). Dies steht in offenem Widerspruch zum Leitsatz des Bundesverfassungsgerichts zum AsylbLG²: »Die Würde des Menschen ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.«

Die gleichbleibenden oder sinkenden Kosten sind ein gutes Argument gegenüber den Ländern und Kommunen, die mit der Verweigerung der GK Verstößen gegen das ‚Menschenrecht auf Gesundheit‘ Vorschub leisten.

** Mirjam Schülle, Marleen Jacobs, Dr. Rainer Neef, Dr. Vera Bergmeyer arbeiten in MediBüros oder MediNetzen.*

- 1 Einen Länderüberblick über die Einführung der Gesundheitskarte bietet auch Wächter-Raquet 2016.
- 2 BVerfG Urt. v. 18.7.2012, – 1 BvL 10/10 – 1 BvL 2/11



Quellen

Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver (2015): »Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany«, 1994-2013. *PLoS ONE* 10(7): e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483

Bundesärztekammer – Ethikkommission: Stellungnahme »Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund«, in: *Dt. Ärzteblatt*, Jg. 110 H. 18/ 3. Mai 2013, S. A899-903

Deutscher Ärztetag 2016: »Ärztenschaft fordert bessere Rahmenbedingungen für gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen«, www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerzteschaft-fordert-bessere-rahmenbedingungen-fuer-gesundheitliche-versorgung-von-fluechtlings/, zuletzt geprüft am 30. August 2016

Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll 18/ 115 vom 2. Juni 2016.

Flüchtlingsrat Berlin: »Versichertenkarten zur medizinischen Versorgung nach AsylbLG in Berlin«, Berlin 12. Oktober 2012, S. 2f. u. 6-9, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Versichertenkarte_AsyblG_Berlin.pdf, zuletzt geprüft am 30. August 2016

Jung, Felicitas: »Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender«, Bremen, Gesundheitsamt 2011

Mohammadzadeh, Zahra; Jung, Felicitas; Lelgemann, Monika (2016): Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (5), S. 561–569. doi: 10.1007/s00103-016-2331-x.

Wächter-Raquet, Marcus: »Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer«, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2016, Online verfügbar unter www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlings_2016.pdf, zuletzt geprüft am 30. August 2016



Wie viele Arztpraxen sind notwendig?

Ruedi Spöndlin* über einen aktuellen Konflikt in der Schweiz

Welche Ärztinnen und Ärzte sollen auf Rechnung der gesetzlichen Krankenversicherung praktizieren dürfen. Um diese Frage drehte sich eine der heftigsten Diskussionen in der schweizerischen Gesundheitspolitik der letzten Jahre. Letztlich ging es auch darum, ob die Krankenkassen oder der Staat das Angebot steuern. Die Entscheidung ist vorerst vertagt.

Jede neue Arztpraxis treibt die Kosten in die Höhe! So lautet seit Jahrzehnten das Mantra der Gesundheitsökonomie. Um die Jahrtausendwende machten die politisch Verantwortlichen dann Ernst und begrenzten die Zulassung neuer Arztpraxen. Unmittelbarer Anlass dafür war das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU, das allen Ärztinnen und Ärzten die Eröffnung einer Praxis in der Schweiz erlaubt hätte. Durch eine Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) verlieh das Parlament den Kantonen ab dem Jahr 2001 die Befugnis, die Zulassung neuer Arztpraxen vom Bedarf abhängig zu machen.

Die betreffende Gesetzesbestimmung (Art. 55a KVG) war auf drei Jahre befristet. Obwohl die Regelung niemanden wirklich befriedigte, verlängerte sie das Parlament aber jedes Mal kurz vor ihrem

Auslaufen in mehr oder weniger unveränderter Form. Im Jahr 2016 war es wieder einmal soweit. Die Regierung wollte das Provisorium nun aber beenden und eine definitive Zulassungsbegrenzung einführen. Die rechtsbürgerlichen Parteien, die bei den Wahlen kurz zuvor ihre Stellung ausgebaut hatten, brachten das Vorhaben im Dezember 2015 allerdings im Parlament zu Fall. Als Übergangsmaßnahme boten sie dann aber an, den seit 2001 bestehenden Zulassungsstopp nochmals um drei Jahre zu verlängern. Schon bald wird die Auseinandersetzung über die Angebotssteuerung in der ambulanten Medizin also wieder losgehen.

Markt oder staatliche Planung?

Auf den ersten Blick scheint die Auseinandersetzung um den Zulassungsstopp nur

standespolitische Interessen der Ärzteschaft zu betreffen. Dem ist aber nicht so. In Wirklichkeit geht es um grundlegende Konzepte, die die gesamte Bevölkerung betreffen. Den maßgeblichen Gegnern des Zulassungsstopps schwebt vor, das Angebot nicht staatlich zu steuern, sondern den Marktkräften zu überlassen. Eines ihrer Modelle besteht aus regional abgestuften Tarifen, ein anderes postuliert die sogenannte Vertragsfreiheit. Letztere meint die Freiheit der Krankenkassen, nicht mehr jede Arztpraxis unter Vertrag nehmen zu müssen. Das liefe darauf hinaus, dass die Krankenkassen entscheiden, in welcher Praxis sich ihre Versicherten behandeln lassen dürfen. Die freie Arztwahl wäre passé, die Macht der Krankenkassen würde gestärkt. Sie könnten sich möglichst günstige Arztpraxen aussuchen und so direkt auf die Versorgung Einfluss nehmen.¹

Weiterhin freie Zuwanderung aus der EU?

rsp. Ärztinnen und Ärzten aus dem Europäischen Wirtschaftsraum ist die Berufsausübung in der Schweiz aufgrund von Abkommen mit der EU erlaubt, abgesehen vom Zulassungstopp für neue Arztpraxen. Ob dies weiterhin der Fall sein wird, ist aber unsicher. Denn am 9. Februar 2014 haben die Stimmberechtigten mit knapper Mehrheit dem »Volksbegehren gegen die Masseneinwanderung« der SVP zugestimmt, das die Wiedereinführung von Zuwanderungskontingenten verlangt. Wird dieses wörtlich umgesetzt, müsste das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU gekündigt werden. Weitere Abkommen würden ebenfalls dahinfallen, weil sie aneinander gekoppelt sind. Die meisten politischen Kräfte in der Schweiz wollen das verhindern und suchen nun nach einem EU-kompatiblen Ausweg aus dieser Situation. Wie die Lösung aussehen wird, ist noch nicht absehbar. Am wahrscheinlichsten ist, dass längere Zeit ein Schwebezustand herrschen wird.

Der Zulassungstopp hingegen ist eine Form staatlicher Planung, die den Krankenkassen nicht soviel Macht verleiht. Deshalb befürworteten ihn letztlich auch die ärztlichen Berufsverbände FMH (*Schweizerische Ärztevereinigung*) und VSAO (*Verband Schweizerischer Assistenz- und OberärztInnen*), obwohl sie anfänglich durchaus Vorbehalte gegenüber einer Einschränkung der freien Praxiseröffnung hatten. Sie machten ihre Zustimmung auch von Bedingungen abhängig². Die gegenwärtige Regelung ist insofern relativ moderat, als Ärztinnen und Ärzte ohne Einschränkung eine Praxis eröffnen dürfen, wenn sie zuvor drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Wer an einem Schweizer Krankenhaus seine Assistenzjahre absolviert hat, ist also frei, in der Schweiz eine Praxis zu eröffnen.

Sind zusätzliche Arztpraxen wirklich Kostentreiber?

Dass die Anzahl der Arztpraxen und die Kosten ohne gesetzliche Einschränkung sprunghaft ansteigen würden, gilt als erwiesen. Denn Ende 2012 wurde der Zu-

lassungstopp nicht nahtlos verlängert, eineinhalb Jahre lang konnten uneingeschränkt neue Praxen eröffnet werden. Von Januar bis Juni 2012 sollen 1 151 Zulassungsgesuche für neue Praxen eingegangen sein, während es im Vergleichszeitraum des Vorjahrs nur 513 waren. Dabei soll jede neue Praxis Kosten von 500 000 Franken pro Jahr verursachen. Das schreibt jedenfalls der Bundesrat³. Umgekehrt wird die kostendämpfende Wirkung des Zulassungstopps bestritten. Der Krankenkassendachverband *santésuisse* hält diesen nicht für wirksam und macht geltend, dieser habe zu einer Verlagerung von Arztpraxen zu Krankenhaus-Ambulatorien geführt. Und letztere seien die größten Kostentreiber⁴. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass die Stellungnahme von *santésuisse* nicht unbeflusst von den Interessen der Krankenkassen sein könnte, denn diese streben die Vertragsfreiheit an.

Es mangelt an Hausärztinnen und Hausärzten

Trotzdem ist inzwischen klar geworden, dass es nicht einfach zu viele Ärztinnen und Ärzte gibt. So bildet die Schweiz nicht genügend Mediziner aus, um die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Ohne medizinisches und pflegerisches Personal aus den EU-Ländern, insbesondere aus Deutschland, ginge im Schweizer Gesundheitswesen nicht mehr viel. Vor allem die Krankenhäuser sind auf Mitarbeitende aus dem Ausland angewiesen. Dies missfällt natürlich denjenigen, welchen jede Form der Einwanderung ein Gräuvel ist. Aber auch wer frei von ausländerfeindlichen Abwehrreflexen ist, kann diesen Zustand nicht vorbehaltlos gutheißen. Denn die reiche Schweiz entzieht auf diese Weise anderen Ländern medizinisches Fachpersonal, dessen Ausbildung sie nicht finanzieren musste. So hat die WHO den Grundsatz formuliert, dass jeder Staat das zur Versorgung seiner Bevölkerung benötigte Personal selber ausbilden sollte. Dem soll nun politisch Rechnung getragen werden. An den Universitäten werden zusätzliche Studienplätze geschaffen und der Numerus wird clausus gelockert. Das Herauffahren der Ausbildungskapazitäten benötigt aber Zeit, so rasch lässt sich der Mangel also nicht beheben.

Ein Mangel besteht in vielen Regionen vor allem an Hausärztinnen und Hausärzten, die die Grundversorgung gewährleisten. Daneben mag es durchaus zu viele Spezialpraxen geben. Das Problem wird

sich in absehbarer Zeit verschärfen, weil ein großer Teil der Grundversorger bald in Rente gehen wird. Viele von ihnen haben eine Einzel- oder Zweierpraxis. Dafür finden sie kaum Nachfolger. Jüngere Kolleginnen und Kollegen wünschen sich neben der Medizin noch ein Privat- und Familienleben und wollen reduziert arbeiten. Das ist eher in einer größeren Gruppenpraxis möglich. Gerade Frauen wollen oft Teilzeit arbeiten, und der Frauenanteil im Arztberuf nimmt deutlich zu. Hinzu kommt, dass viele jüngere Medizinerinnen und Mediziner ein Anstellungsverhältnis dem Kleinunternehmertum vorziehen. Also arbeiten sie lieber in einem größeren Ambulatorium.

Um die Grundversorgung zu fördern, reichte der Berufsverband »Hausärzte Schweiz« am 1. April 2010 ein Volksbegehren ein. Er zog dieses im Jahr 2013 aber zurück, nachdem Bundesrat und Parlament seinen Anliegen mit einem Gegenvorschlag Rechnung getragen hatten. Diesen hießen die Stimmberechtigten in einer Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 dann mit einer Mehrheit von 88 Prozent gut. Gestützt darauf wird nun ein »Masterplan Hausarztmedizin« erarbeitet⁵. Damit sind die politischen Weichen in Richtung einer Stärkung der Grundversorgung gestellt.

** Ruedi Spöndlin lebt in Basel. Er war von 1985 bis Ende 2011 Redakteur der Zeitschrift Soziale Medizin. Die Soziale Medizin wurde Ende 2011 eingestellt, ist aber online noch in einem gewissen Ausmaß präsent (www.sozialemedizin.ch)*

- 1 Die Tarife sind heute in der Schweiz noch einheitlich. Sie beruhen auf Verträgen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer. Kommt kein Vertrag zustande, kann der Bundesrat oder die Kantonsregierung den Tarif festsetzen – je nachdem, ob es sich um einen nationalen oder regionalen Tarif handelt. Vom Gesetz her wären Spezialtarife zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern zwar möglich, faktisch wird davon aber nicht Gebrauch gemacht. Mit der Einführung der Vertragsfreiheit würde das aber zweifellos geändert. Dazu wären sowieso Gesetzesänderungen nötig.
- 2 <http://www2.vsao.ch/content/default.asp?txtParentID=47&txtCatID=664>
- 3 <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2012/9439.pdf>
- 4 <http://www.nzz.ch/schweiz/statistischer-blindflug-beim-aerzttestopp-1.18678187>
- 5 <http://www.hausaerzteschweiz.ch>

Uns weit voraus...

Wilfried Leisch über die Sozialversicherung in Österreich

Gerne schaut man in Deutschland auf Österreich herab wie auf den kleinen Bruder, der vom großen lernen muss. Bezüglich der Sozialversicherung gibt es dafür keinen Anlass. In Österreich gibt es schon lange das, was wir hier zu erstreiten nicht in der Lage sind: eine solidarische Krankenversicherung für alle. Wilfried Leisch erläutert das System.

Zu einer gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung (SV) im heutigen Sinn kam es in Österreich erstmals im Jahre 1889 mit dem Krankenversicherungs-, Bruderladen- und Arbeiterunfallgesetz. Die Gründe für die konservative österreichische Regierung Taaffe (1879–1893), nach dem Vorbild Bismarcks in Deutschland Sozialgesetze zu erlassen, waren die sinkende Volksgesundheit (sehr geringe Militärtauglichkeit junger Männer), die Angst vor der erstarkenden Arbeiterbewegung und das Bestreben, Haftungs- und Schadenersatzrisiken von den Unternehmen auf die Allgemeinheit abzuwälzen (Tálos 1982).

In der Ersten Republik wurden 1920 die gesetzliche Krankenversicherung (KV) der Staatsangestellten sowie die Arbeitslosenversicherung beschlossen. Die im Austrofaschismus erfolgte erste Gesamtkodifikation im Gesetz über die gewerbliche SV (1935) wurde nach dem Anschluss Österreichs an den deutschen Hitlerfaschismus durch das reichsdeutsche SV-Recht ersetzt und die Selbstverwaltung abgeschafft.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde mit dem SV-Überleitungsgesetz (1947) die einheitliche Kodifikation für das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) vorbereitet. 1948 wurde dazu der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) gegründet. Das ASVG trat mit 1. Jänner 1956 in Kraft (Soziale Sicherheit 2005).

Große soziale Fortschritte im ASVG gab es bis in die 70er Jahre. In den 80er Jahren kam es zu ersten Kürzungen. Es folgten »Sparpakete« und »Pensionsreform« der 90er Jahre. Die ASVG-Novellen 1994, 1998, besonders aber 2001 und 2004 brachten den Umbau der SV-Strukturen, die teilweisen Aushungerung der Kassen (Defizite) sowie die Pensionsreformen 2003 und 2004, die Gesundheitsreformen 2005, 2008 und 2013. Bis heute durchlief das ASVG 75 Novellen.

• Prinzipien

Umlageverfahren: Das Umlageverfahren bedeutet, dass die Beiträge der Versicherten nicht für jeden Einzahler oder jede Einzahlerin langfristig angespart werden, sondern sofort wieder zur Finanzierung von Leistungen für andere Versicherte verwendet werden. Da niemals alle Versicherten jede Art von Leistung gleichzeitig brauchen, funktioniert dieses System schnell und dauerhaft, solange es genug Beschäftigung gibt.

Solidarität: Die Beiträge der Versicherten sind nicht nach dem individuellen Risiko gestaffelt, sondern richten sich nur nach dem Einkommen bis zu einer Höchstbemessungsgrundlage, die jährlich angepasst wird (2016: 4 860 Euro). Das solidarische Prinzip der staatlichen sozialen Pflichtversicherung ermöglicht auch sozial und finanziell schlechter Gestellten Zugang zum Versicherungsschutz. Die Höchstbemessungsgrundlage bevorzugt allerdings Besser- und Bestverdiener.

Selbstverwaltung: Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und unter Aufsicht der Regierung (Gesundheits- und Sozialministerium) werden durch eigene öffentlich-rechtliche Verwaltungskörper unter relativer Weisungsfreiheit und gewisser finanzieller Eigenständigkeit die Kassen von den Versicherten und ihren Vertretern selbst verwaltet.

Entsendet werden Vertreter in die Verwaltungsgremien von den jeweiligen Kassen, deren Organe wiederum von den Mitgliedern gewählt werden (Sallmutter 1998).

Pflichtversicherung statt Versicherungspflicht: Bei der staatlichen Pflichtversicherung gibt es gleiche gesetzliche Leistungen für alle Anspruchsberechtigten, keinen Risikoausschluss, beitragsfreie volle Mitversicherung von Angehörigen und einen gewissen sozialen Ausgleich durch lohn-, gehalts- beziehungsweise pensionsabhängige KV-Beiträge.

Bei der Privatversicherung (Versicherungspflicht) gibt es einen Risikoausschluss, das heißt Gesundheitszustand, Geschlecht und Alter sind wesentliche Kriterien für Prämienhöhe und Leistungsumfang. Niedrigverdiener könnten sich, wenn überhaupt, nur niedrige Prämien leisten und somit viel weniger Gesundheit »kaufen« als Besser- und Bestverdiener. Privatversicherungen orientieren sich primär am Gewinn für die Aktionäre und haben einen Verwaltungsaufwand, der 10 bis 15 Mal höher ist (bis zu 25 Prozent und mehr) als bei der staatlichen SV! (Wirtschaftsmuseum 2012)

Struktur und Funktionsweise: Das SV-System ist die tragende Säule des österreichischen Gesundheitssystems, umfasst die Zweige der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung (KV, UV, PV) und trägt zur Hälfte aller Gesundheitsausgaben bei. Es gibt 22 SV-Träger und den Hauptverband (HVB) als Dachorganisation.

Der Hauptverband: Bis 2001 wurden die Vertreter gemäß den Ergebnissen der Arbeiterkammerwahlen in fünf Verwaltungsgremien entsendet. In diesen hatte die Arbeitnehmerseite die überwiegende Mehrheit, was auch der Realität entsprach, dass 80 bis 90 Prozent des Beitragsaufkommens der SV direkt von den lohnabhängigen Menschen Österreichs stammt. Den rund 5,3 Millionen Versicherten und BeitragszahlerInnen, den aktiven und pensionierten ArbeitnehmerInnen stehen rund 0,5 Millionen Selbständige und Bauern gegenüber. Der Hauptverband war »rot«.

Der Unternehmerseite war dies schon lange ein Dorn im Auge. Sie verlangte, paritätisch, bis zu 60 Prozent in den Gremien vertreten zu sein, zahle sie doch den Arbeitgeberbeitrag zur SV (Soziale Sicherheit 2005: 361). Anzumerken ist, dass die sogenannten Arbeitgeberbeiträge zur SV eigentlich Lohnbestandteil der Arbeitenden sind. Daher macht es Sinn, dass die

SV-Gremien von Arbeitnehmervertretern selbstverwaltet geführt werden.

Aufgrund der Schwäche der Sozialdemokratie (sie verlor 1999 die Nationalratswahlen) übernahm von 2000 bis 2006 die ÖVP-FPÖ/BZÖ-Mitte-Rechts-Koalition die Regierungsgeschäfte. Diese erfüllte nicht nur in der Industrie (Stichwort: Privatisierung), sondern auch im Bereich der SV die Wünsche der Wirtschaft (Gumplmaier 2004).

SV-Träger: Bei den einzelnen SV-Trägern der Gebiets- und Betriebskrankenkassen bestehen die Selbstverwaltungskörper aus Generalversammlung (GV), Vorstand (V), Kontrollversammlung (KTRV), Beirat und bei Unfall- (AUVA), Gewerbe- (SVA), Bauern- (SVB) und Beamtenversicherung (BVA) zusätzlich aus Landesausschüssen. In GV und V sind in der Regel die Arbeitnehmer zu 80, die Arbeitgeber zu 20 Prozent vertreten, in der KTRV umgekehrt.

Bei der SV-Struktur geht es nicht nur politisch, sondern vor allem materiell um viel. Wer wie viel Einfluss auf den HVB hat, ist deswegen wichtig, weil dort Grundsatzentscheidungen gefällt werden, die sich sowohl für die einzelnen Menschen auswirken, zum Beispiel durch Art und Umfang von Leistungen, als auch für die Wirtschaft, die durch den stärkeren Einfluss im HVB die Aufteilung und Verwendung der Versichertengelder für ihre Interessen steuern kann.

Kranken- und Unfallversicherung: Im Jahr 2011 waren rund sechs Millionen Menschen in der UV und 8,4 Millionen in der soziale KV (davon zwei Millionen beitragsfreie mitversicherte Angehörige). Seit Ende der 90er-Jahre sind vor allem Selbstbehalte in den Bereichen Brillen (+248 Prozent), Spitalskostenbeitrag (+88 Prozent), Rezeptgebühr (+30 Prozent) oder für Zahnersatz, E-Card oder Heilbehelfe massiv gestiegen (AKOÖ 2006).

Die SV-Reformen der 2000er-Jahre haben allein den Krankenkassen ca. 850 bis 900 Millionen Euro im Jahr entzogen (WGKK 2009). Die dann im Kassenpaket 2009 von der Regierung für die KV bewilligten 450 Millionen Euro zum Schuldenabbau und 100 Millionen Euro für einen Strukturfonds, samt der Auflage, bis 2013 weitere 1,7 Milliarden Euro einzusparen, setzten die Aushungerung der KV fort (BMG 2009). Ebenso die Gesundheitsreform 2013: Trotz Überschuss der KV-Kassen 2012 soll bis 2020 durch Deckelung der öffentlichen Gesundheitsausgaben mit 3,6 Prozent des BIP elf Milliarden Euro, davon vier Milliarden durch die KV-Kassen, eingespart werden. Kritisierte die Gewerkschaft noch 2004 den damals



vom Gesundheitsministerium vorgesehenen Kostendeckel von 5,6 Prozent des BIP als unsolidarisch und als Abwälzung der Kosten auf jeden Einzelnen (Muhm 2004), herrschte 2011 Schweigen.

Finanzierung und Ausgaben: 2011 machte das Gesamtvolumen der SV-Ausgaben 50,22 Milliarden Euro aus. Auf die KV entfielen 14,94 Milliarden, auf die UV 1,46 und auf die PV 34,07 Milliarden Euro. Damit verwaltet die SV das zweitgrößte Budget nach dem österreichischen Staatshaushalt in Höhe von 70 Milliarden Euro.

• Defizitkeule

Die Einnahmen der Sozialversicherung sind an Umfang und Art der Erwerbstätigkeit gekoppelt. Durch das Ansteigen der Arbeitslosigkeit und die Reduktion der Vollzeitverhältnisse sind die Einnahmen der Kassen gesunken. Wie stark, das macht die Lohnquote, also der Anteil der Löhne am Volkseinkommen, sichtbar. Von 1993 bis 2008 ist die Quote von 66 auf 56 Prozent gesunken, Tendenz weiter fallend. Das bedeutet für diesen Zeitraum eine Verschiebung von Arbeits- zu Einkommens in der Höhe von 98 Milliarden Euro! Dadurch wurde der PV 15 Milliarden Euro, der KV 5 Milliarden Euro an Beiträgen entzogen (Schieder 2009). Es gibt keine Kostenexplosion, sondern eine Einnahmenerosion.

Statt die Einnahmeherausfälle auszugleichen, reduzierte der Gesetzgeber ab dem Jahr 2000 weiter die Einnahmen der ASVG-Kassen im Umfang von ca. 850 Millionen Euro im Jahr (Ärztetmagazin 2008, WGKK 2009). Hinzu kommt, dass die Unternehmen den Kassen rund eine Milliar-

de Euro schulden. Mindestens noch einmal eine Milliarde Euro mussten die Kassen wegen Uneinbringlichkeit in der letzten Dekade abschreiben (Riepl 2009). Zudem betragen die Steuerschulden der Unternehmen beim Finanzministerium 1,4 Milliarden Euro und fehlen somit im Budget (Parlament 2012). Gleichzeitig sollen öffentlichen Gesundheitsmittel gedeckelt, also gekürzt werden.

• Kranke Kassen?

Seit mittlerweile 30 Jahren wird in Österreich eine Wertschöpfungsbemessung diskutiert und erfolgreich von der Industrie verhindert. Doch auf lange Sicht führt kein Weg daran vorbei. Durch Rationalisierungen, Teilzeitjobs, Kürzungen von Löhnen und Gehältern, Arbeitslosigkeit sinken die Einkommen und damit die SV-Einnahmen. Eine Umbasierung würde sich lohnen. Nach einer Studie der Wirtschaftsuniversität Wien zur Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens gäbe es ein geschätztes Potenzial für eine Wertschöpfungsgrundlage von 173 bis 198 Milliarden Euro. Allein eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage brächte über eine Milliarde Euro im Jahr (Zechmeister/Meichenitsch 2004).

Warum aber wird dieser Weg nicht beschritten? Weil nicht sein darf, was sein kann: Es gäbe dann kein Kassendefizit und keinen Grund mehr für Privatanbieter, sich als Ausweg aus dem maroden Gesundheitssystem anpreisen zu können.

• Begehrlichkeiten

Bei der SV geht es in Summe um ein Volumen von über 50 Milliarden Euro jährlich!

Dieser Sektor ist durch seine nicht auf Gewinn ausgerichtete Tätigkeit der größte Non-Profit-Betrieb des Landes und somit privaten Geschäftemachern noch entzogen. Das erklärt die Begehrlichkeit privater Investoren, Gesundheitsanbieter und politischer Interessenvertreter, die diesen riesigen Bereich dem privaten Gewinnstreben öffnen wollen.

Über Einflussnahme auf Struktur und (Unter-)Finanzierung wurde und wird die Ökonomisierung des SV-Systems unter zum Teil hinhaltendem Agieren seitens der Arbeitnehmervertreter in Politik, Kammern und Gewerkschaften, letztlich aber mit deren Zustimmung betrieben. Neue Ansätze zur Zurückdrängung oder gar Umkehrung dieses Trends werden nur von unten und außerhalb des sozialpartnerschaftlich verkrusteten Systems möglich sein.

Die Privatwirtschaftsseite wird die erreichte strukturell verbesserte Position in der SV, der Hauptsäule des österreichischen Gesundheitssystems, als Bastion zum weiteren Vorantreiben der Ökonomisierung nutzen. Um die Öffnung des Gesundheitssektors für private Versicherer und Gesundheitsanbieter zu erreichen, wird ständig über die angeblich nicht leistbare sogenannte Überalterung debattiert, Jung gegen Alt ausgespielt oder wechselseitig die Überschuldung der Kassen oder des Bundesbudgets als Ende der sozialen SV an die Wand gemalt, aber gleichzeitig gezielt eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage als wirtschaftliche Katastrophe hingestellt und so verhindert.

Weil das (Privat-)Kapital in Österreich traditionell schwach ist, versucht es, in den vorhandenen Strukturen die Arbeitnehmerseite weiter zurückzudrängen, sozusagen mit der Selbstverwaltung gegen die Selbstverwaltung, mit dem Staat gegen die gesetzliche staatliche Gesundheits- und Pensionsvorsorge vorzugehen. Zuerst durch deren finanzielle und strukturelle Aushöhlung, dann – wenn dem nichts entgegengesetzt wird – durch sukzessive Öffnung für private Anbieter und schließlich in letzter Konsequenz durch Auslieferung an meist ausländische, international agierende Gesundheits- und Versicherungskonzerne (Rümmele 2005).

Aber nachdem immer weiter eingespart wird und öffentliche Beiträge gekürzt werden (Österreich gehört zu den Ländern mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für die private Zusatzversicherung bei der Gesundheitsvorsorge), folglich Defizite mitunter keine Angst-Propaganda-Unterlage mehr für die Liberalisierer und Privatisierer bieten, wird ein neues Motto

ausgegeben. So sagt der designierte Chef Franz Schellhorn der neuen neoliberalen Denkfabrik *Agenda Austria* in Österreich: »Wenn aber eine gemeinnützige Wasserversorgung binnen drei Jahren wie in Wien 191 Millionen Gewinn erwirtschaftet, dann ist (...) das ein gewinnorientiertes Unternehmen (...)«, und dann, so Schellhorn, könne diese Aufgabe auch von Privaten hervorragend erledigt werden (*Kurier*, 18. Februar 2013). Wirklich logisch, denn aus der Sicht der Privatisierer darf es nicht sein, dass Gewinne der Allgemeinheit und nicht privaten Investoren zugutekommen.

• Aufbrüche

Die sozialpartnerschaftlich verseuchten Spitzenrepräsentanten der Arbeitnehmerseite, die unter ständigem Verweis auf den sogenannten sozialen Frieden die Unternehmenseite zu bändigen versuchen, haben dem nichts Wesentliches entgegenzusetzen, solange sie nicht die Mitglieder, die Versicherten, die sie vertreten sollten, – somit vier Fünftel der Bevölkerung – aktiv aufklären, informieren und beteiligen.

Davon sind wir allerdings weit entfernt. Die Auseinandersetzung um Sozialversicherung und Sozialstaat Anfang der 2000er-Jahre hat gezeigt, der Anstoß zum Widerstand und der Erfolg, dass die Sozialversicherung nicht zerschlagen wurde, kam von unten und außerhalb der Führungsriege von Arbeiterkammern, Gewerkschaften oder Sozialdemokratie. Möglich war dies nur, weil dieser Widerstand selbstorganisiert und getragen war von Versicherten, Gesundheitspersonal, ÄrztInnen, WissenschaftlerInnen, Betriebsräten und Gewerkschaftsmitgliedern. Wie etwa in der »Plattform keine Zerschlagung der Sozialversicherung« (proSV), durch deren Druck der ÖGB sich im Juli 2001 gezwungen sah, eine Demonstration zu organisieren, an der sich 50 000 Menschen beteiligten (proSV 2012), oder durch das Sozialstaat-Volksbegehren im Jahr 2002, das von 717 000 Menschen unterschrieben wurde (Vogt 2002).

* *Wilfried Leisch ist Politikwissenschaftler und lebt und arbeitet als Publizist, Journalist in Wien.*

Der Text ist eine leicht gekürzte und überarbeitete Fassung eines Buchbeitrags aus: Initiative Solidarisch Gesund: »Intro – Gesundheit für alle!«, Wien 2013

Eine Kasse für alle

Viola Schubert-Lehnhardt und Anne Urschl* über die Sozialversicherung in der DDR

Wenn man verstehen will, warum viele Bürger in den neuen Bundesländern mit einer Krankenkasse für alle Bürger kein Problem haben, muss man das System der Sozialversicherung der DDR in groben Zügen kennen. Ein gegliedertes Sozialversicherungssystem wie in der Bundesrepublik gab es nicht. Mit der Gründung der DDR 1949 wurde bereits die Sozialversicherung (SV) in der Verfassung der DDR festgeschrieben. Später erfolgte mit einer Verordnung des Ministerrates vom April 1951 die Übertragung der politischen und organisatorischen Zuständigkeit für die SV von den Sozialversicherungsanstalten der Länder an den *Freien Deutschen Gewerkschaftsbund* (FDGB). Die SV war **die** gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung für alle Arbeiter und Angestellte. Die Versicherungspflicht galt aber nicht nur für Arbeiter und Angestellte, sie galt auch für Lehrlinge, Studenten und Fachschüler. Sie galt ebenso für freiberuflich tätige Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte. Die Staatliche Versicherung der DDR war für die soziale Absicherung für Mitglieder *Landwirtschaftlicher Produktionsgenossenschaften* (LDG) und *Produktionsgenossenschaften des Handwerks* (PGH) sowie von selbständigen Unternehmern und freiberuflich tätigen Personen (nicht aber Ärzten). Eine gesonderte Sozialversicherung bestand für die in der SDAG Wismut¹ Beschäftigten. Hier erfolgte die Finanzierung direkt aus dem Staatshaushalt der DDR und der Sowjetunion.

Ein Kammersystem für Ärzte, Rechtsanwälte etc., wie es in der Bundesrepublik gibt, gab es also auch nicht. Der Beitragsatz war für alle Versicherten einheitlich auf 20 Prozent des Bruttoeinkommens festgelegt bei einem Höchstsatz von 120 Mark pro Monat. Jeweils die Hälfte des Betrags wurde vom Versicherten und von seinem Arbeitgeber gezahlt. Die in der SV des FDGB versicherten freiberuflich täti-

gen Personen zahlten den vollständigen Beitrag von 20 Prozent allein. Somit zahlten alle in der SV Versicherten in eine Kasse ein. Abweichungen gab es für im Bergbau Beschäftigte. Der Arbeitnehmer zahlte zehn Prozent und der Arbeitgeber hatte 20 Prozent zu zahlen. Durch die staatliche Fürsorge wurden die Beiträge konstant gehalten. Entstehende Defizite wurden durch Staatszuschüsse ausgeglichen. Der SV Haushalt war Teil des Staatshaushalts der DDR.

Für die Unfallversicherung wurden von den Betrieben zusätzliche Beiträge entrichtet. Der Satz von 0,3 Prozent pro Arbeitnehmer wurde multipliziert mit einer betriebsspezifischen Gefahrenklasse. Dieser Betrag wurde dann abgeführt. Die von der SV gewährten Versicherungsleistungen umfassten die Versorgung bei Krankheit, bei Schwanger- und Mutterschaft, im Ruhestand, bei Unfall und Invalidität sowie beim Tod von Angehörigen.

Der (grüne) Sozialversicherungsausweis war neben dem Personalausweis das wichtigste Dokument für den DDR-Bürger. Alle relevanten Angaben wie versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse, genehmigungspflichtige Heilbehandlungen, Kuren, Heil- und Hilfsmittel, Tauglichkeitsuntersuchungen z. B. für bestimmte Berufsgruppen und Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Impfungen wurden hier eingetragen. Es erfolgte somit kein Arztbesuch ohne den SV-Ausweis. Der SV-Ausweis war trotz der Fülle seiner Daten kein bürokratisches Monster. Seine Akzeptanz war unbestritten.

Viola Schubert-L. erinnert sich: Ich wurde 1955 in Leipzig geboren. Meine Mutter war Krankenschwester, mein Vater Schlosser, somit waren beide Mitglied der SVK der DDR und diese bezahlte sowohl die Klinikgeburt, als auch das Arbeitsentgelt meiner Mutter im Mutterschutz vor und nach der Entbindung (damals 11 Wochen bei Lohnausgleich²). Für beide Elternteile galt eine Beitragspflicht in Höhe von 20 Prozent des Bruttolohnes – jeweils hälftig durch den Beschäftigten und den Arbeitgeber zu entrichten, jedoch maximal 60 Mark monatlich.³

Die SVK bezahlte im weiteren Verlauf meines Lebens *vollständig* (d. h. ohne Selbstbeteiligung) sämtliche notwendigen Untersuchungen (neben allgemeinen Untersuchungen bei Krankheiten auch z. B. Krippentauglichkeit, Schuleingangsuntersuchung, Sportzeugnisse) sowie im Krankheitsfall stationäre Aufenthalte, Kuren und Medikamente. Weiterhin wurden für uns selbstverständlich die evt. notwendigen Fahrtkosten zu anderenorts befindlichen

Fehlende Versorgungsmöglichkeiten, Engpässe, Mangelercheinungen begründen sich mit politischen und wirtschaftlichen Fehlentscheidungen in der Gesamtpolitik, jedoch nicht durch das bestehende System der Sozialversicherung.

stationären Einrichtungen oder Kurheimen übernommen. Da ich als Kind häufiger krank war, erinnere ich mich auch, dass meine Mutter zur Begleitung von diversen Arztbesuchen bzw. Pflege von der Arbeit bei Lohnausgleich freigestellt war. Gleiches traf dann auf die Versorgung meines 1966 geborenen Bruders zu. In unserer Familie waren daher Kosten für Medikamente, medizinische Maßnahmen etc. nie ein Thema. Dies trifft sicher so auf die Mehrheit der DDR-Bevölkerung zu. Fehlende Versorgungsmöglichkeiten, Engpässe, Mangelercheinungen – kurz alles das, was nach 1990 dem Gesundheitswesen der DDR vorgeworfen wurde – begründen sich (neben der besonderen politischen Situation der DDR während der offenen Grenze bzw. in der Zeit des kalten Krieges) mit politischen und wirtschaftlichen Fehlentscheidungen in der Gesamtpolitik, *jedoch nicht durch das bestehende System der Sozialversicherung*.⁴

Mit Beginn meines Studiums 1973 bekam ich meinen ersten Sozialversicherungsausweis und zahlte während meines Studiums 20 Mark monatlich. Diese Summe deckte sowohl notwendige Untersuchungen bzw. Behandlungen im In- und Ausland ab (mein Studienort war Leningrad). Generell waren für DDR-BürgerInnen notwendige Behandlungen im sozialistischen Ausland ohne zusätzliche Versicherungen mit abgesichert. 1988 bekam ich meine Tochter – auch wurden alle notwendigen Maßnahmen durch die SVK abgegolten, inklusive 90 Prozent Lohnausgleich im Babyjahr.

** Viola Schubert-Lehnhardt ist Medizinethikerin, geboren und aufgewachsen in Leipzig, Anne Urschll ist langjährige Mitarbeiterin der gesundheitspolitischen Sprecherinnen der Partei die Linke im Thüringer Landtag bzw. Senat von Hamburg, geboren und aufgewachsen in Sangerhausen*

sellschaft (SAG) war die Bezeichnung für Wirtschaftsunternehmen in der SBZ/DDR, die von der Sowjetunion gegründet und geleitet wurden. Hauptzweck war die Abdeckung von Reparationsansprüchen der Sowjetunion.

- 2 Entsprechend des Gesetzes von 1950 »Gesetz für Kinder- und Mutterschutz und die Rechte der Frau«. Ab 1976 gab es dann ab dem zweiten Kind das bezahlte Babyjahr, ab 1984 galt dieses dann schon beim ersten Kind. Ebenfalls seit 1976 erhielten Mütter mit zwei Kindern unter 16 Jahren Arbeitszeitverkürzung und mehr Urlaub.
- 3 Das Durchschnittseinkommen von DDR-Beschäftigten betrug 1955 432 Mark – s. <http://de.statistik.com/statistik/daten/studie/249254/umfrage/durchschnittseinkommen-in-der-ddr> – eingesehen am 16.8.2016
- 4 Bereits 1985 begründete Norman Daniels in seinem Buch »Just health care« ausführlich, dass Untersuchungen zur Bewertung des Gesundheitswesens eines Landes nicht stillschweigend davon ausgehen können, dass das jeweilige gesamte gesellschaftliche System gerecht ist. D.h. viele auf gesundheitspolitischer Ebene auftretende Ungerechtigkeiten bzw. bestehende Probleme sind letztendlich Ausdruck gesamtgesellschaftlicher Probleme und Strukturen und können, so Daniels weiter, auch nicht allein auf der Ebene des Gesundheitswesens gelöst werden. Norman Daniels: »Just health care«, Cambridge University Press 1985, S. 113

1 Die SDAG Wismut (Sowjetisch-Deutsche Aktiengesellschaft) war ein Bergbauunternehmen, das sich zwischen 1946 und 1990 zum weltweit viertgrößten Produzenten von Uran nach der UdSSR, den USA und Kanada entwickelte. Sowjetische Aktienge-



Kanada als Vorbild

Ein Reisebericht des Gesundheitskollektivs Berlin e.V.

Im April 2016 hatten zwei Mitglieder unseres Kollektivs die Möglichkeit, an einer von der Robert-Bosch-Stiftung organisierten Studienreise nach Kanada teilzunehmen. Im Fokus standen verschiedene Einrichtungen des dortigen Gesundheitssystems und die Frage, inwieweit diese als Vorbilder für das deutsche System dienen könnten. Zugegebenermaßen wussten wir vor Abreise im Wesentlichen, dass es sich beim kanadischen Gesundheitssystem um ein öffentliches, aus Steuern finanziertes System handelt, mit vergleichbaren Gesundheitsausgaben wie Deutschland. Tatsächlich kamen wir ziemlich begeistert und mit neuem Optimismus für unser eigenes Vorhaben nach Deutschland zurück.

1. Paradigmenwechsel in der primärmedizinischen Versorgung: Die Umstellung auf eine teambasierte, patientenzentrierte Medizin

Als Kollektiv selbst von der Vision getrieben, eine Gesundheitsversorgung zu schaffen, die viel mehr ist als medizinische Versorgung, erfuhren wir in Kanada von einem beeindruckenden Paradigmenwechsel in Bezug auf die dortige Primärversorgung: Tatsächlich ist es Kanada in einer relativ kurzen Zeitspanne von ca. zwanzig Jahren gelungen, von einer ärztezentrierten, hierarchisch organisierten Medizin von »Einzelkämpfern« auf ein System umzustellen, das von der Vision einer patientenzentrierten Versorgung getragen ist und Gesundheitsversorgung als Gemeinschaftsaufgabe verschie-

dener Berufsgruppen begreift. Denn, denkt man vom einzelnen Menschen aus, ist es sinnvoll, die gesamte gesundheitliche Versorgung an nur einem Ort zu ermöglichen und mithilfe eines eng kooperierenden Teams, das fachliches Wissen miteinander teilt und sich der Belange der PatientInnen gemeinsam und umfassend annimmt.

Statt also, wie hierzulande, von der Krankheit her zu denken und die PatientInnen seinen verschiedenen Krankheitsbildern entsprechend von Facharzt zu Fachärztin zu schicken, rückt in diesem Modell der Mensch als »Einheit« in den Vordergrund. Umgesetzt wird diese teambasierte Gesundheitsversorgung u.a. in der Einrichtung sogenannter Family Health Teams, die 2005 durch ein Programm des Gesundheits- und Sozialministeriums Ontario eingeführt wurden: interprofessionelle Teams, in denen ÄrztInnen und PflegerInnen mit weiteren Gesundheitsprofessionen wie z.B. ErnährungsberaterInnen oder SozialarbeiterInnen zusammenarbeiten und die Versorgung ihrer PatientInnen gemeinsam koordinieren.

Nicht nur für PatientInnen, auch für ÄrztInnen scheint die Arbeit in Teams mittlerweile ein attraktives Modell: Man erklärte uns, dass die ÄrztInnen heute immer weniger bereit seien, das finanzielle Risiko und die persönlichen Einbußen wie Überstunden und bürokratischen Aufwand einer Einzelpraxis einzugehen, wenn sich ihnen die Möglichkeit böte, auf Angestelltenbasis zu arbeiten und sich Arbeit(szeit) und Verantwortung in einem Team

zu teilen. In einer Gegend wie Downtown Toronto, so erzählte uns beispielsweise eine Krankenhausmitarbeiterin, habe ihr Vater nach Eintritt in das Rentenalter für seine bis dahin gut laufende Praxis mit etwa 3000 PatientInnen keinen Abnehmer mehr gefunden. Natürlich gab es auch in Kanada, wandte man auf unsere ungläubige Nachfrage hin ein, viel Widerstand von Seiten der ÄrztInnen, die nicht gewillt waren, von ihrem Status als bisherige Spitze des Gesundheitssystems abzurücken; sie lehnten die Arbeit in (mehr oder minder) gleichberechtigten Teams ab. Aber die Regierung schien und scheint bereit, die notwendige Nachhilfe zu leisten, und beispielsweise in ein Ausbildungssystem zu investieren, das die interprofessionelle Zusammenarbeit zum festen Bestandteil der Ausbildung angehende Mediziner macht. Derzeit haben etwa 25-30 Prozent der EinwohnerInnen Ontarios Zugang zu einer teambasierten Primärversorgung, doch der flächendeckende Ausbau der »Family Health Teams« soll weiter vorangetrieben werden.

2. »Aus der Gemeinde für die Gemeinde«: Das Modell der Community Health Center

Eine wunderbare Inspiration für unser eigenes Vorhaben waren neben den insgesamt beachtlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen des kanadischen Systems die sogenannten *Community Health Center*, kurz CHCs genannt. Diese Einrichtungen – die man mit Gemeinde-Gesundheitszentren übersetzen könnte und die tatsächlich eine Mischung aus Gemeinwesenarbeit und Gesundheitsversorgung darstellen – repräsentieren eine in Deutschland völlig unbekannte Radikalität, wenn es darum geht, die sozialen Determinanten von Krankheit und Gesundheit mit in die (staatliche!) Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Finanziert aus dem Budget der lokalen Gesundheitsbehörden (die in Kanada für die Planung, Finanzierung und Überwachung der Gesundheitsdienste zuständig sind), schreiben sich die CHCs die Verminderung sozialer Ungleichheit offen auf die Fahnen. Häufig aus lokalen Anwohnerinitiativen heraus entstanden – das CHC Woolwich geht zum Beispiel auf die Initiative eines lokalen Farmers zurück und nahm seinen Ausgang in einer Anwohnerbefragung zu den dringlichsten Problemen der Gemeinde –, versuchen die CHCs, ihr Programm den Bedarfen ihrer community möglichst genau anzupassen. Dementsprechend individuell sind die CHCs in der Aufstellung

ihrer Teams und ihrer Angebote: Das ländlich verortete CHC Woolwich kümmert sich neben den Bedarfen der Farmerfamilien beispielsweise stark um die dort lebende mennonitische Gemeinde, bietet Alphabetisierungsprogramme an und ist den kulturellen Eigenheiten dieser Gemeinschaft besonders gut angepasst. Das CHC Toronto East Side wiederum richtet sein Angebot an eine urbane Bevölkerung aus allen Einkommensschichten. Außerdem sind die dortigen MitarbeiterInnen in vielen Gremien aktiv und nehmen auch politisch Einfluss auf die Entwicklung ihres Stadtteils.

Gemeinsam ist allen CHCs wiederum der ganzheitliche Ansatz ihrer Arbeit: Es geht immer darum, den ganzen Menschen im Blick zu haben und die Zusammenhänge zwischen seinen Problemen zum Bestandteil der Lösung zu machen. Zu einem Team aus (i.d.R.) ÄrztInnen bzw. PflegerInnen, Hebammen, SozialarbeiterInnen kann daher auch eine in das Zentrum integrierte Rechtsberatung hinzukommen – »Legal Clinic« genannt –, die sich der in enger Wechselwirkung mit gesundheitlichen Problemen stehenden rechtlichen Belange der KlientInnen (beispielsweise Wohnungsnot, Schulden oder Drogendelikte) annimmt. Ganzheitlichkeit kann aber – wie im Falle des CHCs, das wir in Guelph, 100 km westlich von Toronto besuchten – auch bedeuten, dass die Zentrumsarchitektur so angelegt ist, dass sie nicht separierend funktioniert: Im Erdgeschoss dieses CHCs fanden wir eine Spritzenvergabestation für Drogenabhängige (mit dazugehörigem Beratungsprogramm) direkt neben einem Eltern-Kind-Spielzimmer vor. Der Witz, den die MitarbeiterInnen des Zentrums machten, lautete, dass es die Drogenabhängigen seien, die sich über den Lärm der Kinder beschwerten und keineswegs umgekehrt.

Sprachliche Barrieren, die ganz wesentlich zur sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen beitragen, versucht man außerdem durch ein großes Angebot an ÜbersetzerInnen und Gesundheitslotsen abzubauen. Ein wesentlicher Teil der Arbeit, so fasste es eine Mitarbeiterin zusammen, sei deshalb eigentlich Integrationsarbeit.

3. Woher kommt der politische Wille?

Bei uns haben die CHCs tiefen Eindruck hinterlassen. Wir mussten an die Gemeinschaftspraxen der siebziger und achtziger Jahre denken, die mit ähnlichen Motiven gestartet waren, bei uns den Charakter

des Experimentellen und Besonderen jedoch nie ganz verloren haben, während sie in Kanada mittlerweile Teil der Regelversorgung sind. Allein im Bundesstaat Ontario existieren heute an die 75 solcher Zentren, viele mit kleineren Zweigstellen, in ganz Kanada sind es etwa 300.

Natürlich fragten wir uns, woher der politische Wille kommt, in diese Versorgungsformen zu investieren und Reformprozesse in diese Richtung von staatlicher Seite aus anzustoßen. Dabei lässt sich der Ansatz der bedarfsorientierten Versorgung durchaus als Kanadas staatliche Antwort auf die Angst vor steigenden Kosten im Gesundheitssystem verstehen. Zu dieser Sorge tragen in Kanada ähnliche Szenarien bei wie in Deutschland: eine alternde Bevölkerung, die zunehmende Anzahl an chronisch kranken und multimorbiden Patienten, sowie eine hohe Belastung des Gesundheitssystems durch Menschen aus unteren Einkommensschichten. Immer wieder bekamen wir den Satz zu hören, dass nur etwa fünf Prozent der Bevölkerung 50 Prozent der Kosten im Gesundheitssystem verursachen.

Darüber hinaus scheint jedoch ein wesentlicher Unterschied zu hiesigen Bestrebungen der Kostenminimierung darin zu bestehen, dass der Mensch als eigentliches Ziel und Zweck des Gesundheitssystems nicht vergessen bzw. als störender Faktor empfunden wird: Alle Einrichtungen zeichneten sich durch ein für deutsche Verhältnisse kaum vorstellbares Maß an Partizipation und Mitbestimmung von Gemeindemitgliedern und NutzerInnen aus. CHCs beispielsweise werden durch Bürger-Gremien (community boards) kontrolliert und leben von der Beteiligung ihrer Gemeinde an Evaluation und Programmentwicklung. Auch die FHTs werden durch mehrköpfige Vorstände verschiedener Professionen geleitet. Über die Definition von Qualität wird also nie von nur einer Partei, sondern immer von mehreren entschieden. Unseren kanadischen Gesprächspartnern erschien es völlig absurd, dass Finanzpläne im Gesundheitswesen ausschließlich von Ökonomen erstellt werden und sich die Arbeit der ÄrztInnen und PflegerInnen letztlich den Weisungen der Rechenstellen zu fügen hat. Jedenfalls scheint der in Deutschland so oft angeführte Konflikt zwischen Kostensenkung und Qualitätsverbesserung, gemessen an unseren Erfahrungen in Kanada, nicht besonders plausibel. Nicht zuletzt diese Einsicht stimmt uns vorsichtig hoffnungsvoll für unser eigenes Projekt.

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää

11.–13. November 2016

im Studierendenhaus der Goethe-Universität Frankfurt/Main

30 Jahren vdää – die Zukunft des Gesundheitswesens?

PROGRAMM

Freitag 20:00 Uhr

Zukunft der Gesundheitsbewegung

Einführung: Uli Deppe

Pecha Kucha-Impulsvorträge von IPPNW, medico international, MEZIS, Patientenberatung, Medizinstudierenden, ver.di. – Diskussion über Stand und Zukunft der Gesundheitsbewegung

Gesundheitspolitisches Forum des vdää – Zukunft des Gesundheitswesens

Samstagsvormittag

Prof David Klempner (TH Regensburg) und Dr. Helmut Hildebrandt (Gesundes Kinzigtal):

Was ist gute Medizin?

Prof. Gerd Glaeske (Universität Bremen) und Jörg Schaaber (BUKO Pharmakampagne):

Ist die Pharmaindustrie zu stoppen?

Grit Wolf (ver.di Betriebsgruppe Charité/Berlin) und Dr. Peter Hoffmann (Vorstand vdää):

Nur Widerstand hilft. Zur Zukunft der Krankenhäuser

Samstagnachmittag

Und wie seht Ihr das? Wie stellen sich junge Mitglieder ärztliche Opposition vor?

Was ist die Aufgabe des vdää in Zukunft? (organisiert von jungen MedizinerInnen)

Workshops zu den Themen:

Pharmaindustrie: Preispolitik bei hochpreisigen Arzneimitteln (mit Jörg Schaaber, BUKO Pharmakampagne – angefragt)

Ärzteopposition heute (mit Bernhard Winter und Wulf Dietrich, vdää)

Ethik: Forschung an nichteinwilligungsfähigen PatientInnen (mit Christiane Fischer, MEZIS und Gerhard Schwarzkopf, vdää)

Internationales: Freihandel und Gesundheit(swesen) (mit Anne Jung, medico international, und Thomas Kunkel, vdää)

Kämpfe im Gesundheitswesen: Was machen wir, was macht der vdää? (Nadja Rakowitz und Phil Dickel, vdää)

Samstagabend

30 Jahre vdää – Rückblicke und Ausblicke: Eine Revue

Anschließend: Gespräche, Musik, Tanz

Sonntag

Mitgliederversammlung des vdää (offen für alle)

Ergänzung des vdää-Programms um ein Kapitel »Flucht und Migration«

Anmeldung bei der Geschäftsstelle des vdää: info@vdaae.de; Tel: 06181 432348