

Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitspolitik*

Thomas Gerlinger

■ Die gesundheitspolitischen Steuerungsbemühungen zielen darauf, bei allen Akteuren einen finanziellen Anreiz zu schaffen, die Erbringung, Gewährung oder Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz werden die Versicherten bzw. die Patienten stärker denn je in dieses Anreizsystem integriert. Dadurch werden existierende soziale Schief lagen weiter verstärkt.

■ Recent German health care policy has at its core the introduction of financial incentives aiming to motivate all actors involved to help contain the costs of health care delivery. The new Compulsory Health Insurance Modernization Act, to an unprecedented extent, involves patients in this system of incentives. As a result, social imbalances will be further extended.

Sieht man sich die einschlägigen Debatten über die Gesundheitspolitik näher an, so fällt auf, dass wir es mit höchst unterschiedlichen Befunden zu tun haben. Dies gilt bereits dort, wo es um die bloße Beschreibung von Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems geht: Die einen sprechen von einer administrativen Bevormundung des Patienten, die anderen von seiner Auslieferung an die Kräfte des freien Marktes; hier ist von »staatlicher Zuteilungsmedizin« die Rede, während dort die Gesundheitspolitik als »neoliberal« charakterisiert wird. Viele sehen im Gesundheitswesen das Paradebeispiel für die Reformunfähigkeit der Bundesrepublik, manche hingegen ein Politikfeld, das einem raschen Wandel unterliegt. Und nicht zuletzt gibt die Behandlung des Themas »Gesundheitspolitik« durch die Parteien selbst einige Rätsel auf: Gesundheitspolitik ist immer wieder Gegenstand heftigster Kontroversen, und dennoch gelang es den Parteien vor einigen Monaten, sich sehr rasch und recht mühelos auf eine doch recht weitreichende Gesundheitsreform zu verständigen. Ich möchte im Folgenden auf die Frage eingehen, welche übergreifenden Entwicklungslinien sich in der deutschen Gesundheitspolitik aufspüren lassen, also ein Angebot zur Interpretation der Wandlungsprozesse vorlegen, die wir in der jüngeren Vergangenheit beobachten können.

Ich werde dabei zunächst in knapper Form den Wandel jüngerer Gesundheitspolitik nachzeichnen, zweitens die Stellung des GKV-Modernisierungsgesetzes in diesem Wandlungsprozess erläutern, drittens

darauf eingehen, wie sich dieser Wandel in der Pflegeversicherung widerspiegelt, viertens einige Auswirkungen und Widersprüche dieser Politik skizzieren und abschließend einen Ausblick auf künftige Entwicklungen in der Gesundheitspolitik vornehmen. Dabei sollte selbstverständlich sein, dass sich zahlreiche Probleme nur in groben Zügen skizzieren lassen und daher der Mut zur Lücke gefordert ist.

Entwicklungstendenzen jüngerer Gesundheitspolitik

Es ist bekannt und sicherlich nicht übertrieben, wenn man feststellt, dass seit Mitte der 70er Jahre die Kostendämpfung das wichtigste Ziel der Gesundheitspolitik ist. Allerdings haben sich dabei die von Parteien und Regierungen verfolgten Handlungsstrategien im Zeitverlauf recht deutlich gewandelt. Waren die Veränderungen bis zum Beginn der 90er Jahre noch eher moderat geblieben, so haben wir es seitdem mit einer Phase tiefgreifender Strukturereformen zu tun, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eingeleitet und in den nachfolgenden Jahren mit der so genannten Dritten Stufe der Gesundheitsreform 1996/97, der GKV-Reform 2000 und jüngst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 – wenn auch mit jeweils unterschiedlichen Akzenten – weiter verfolgt wurde. Dieser Wandel dauert bis heute an, und ist auch gegenwärtig keineswegs abgeschlossen.

Das GSG ist gar nicht einmal deshalb

von Bedeutung, weil der Gesetzgeber mit ihm die Beitragssatzstabilität in den Rang einer verbindlichen Zielgröße hob und sie die meiste Zeit durch eine sektorale Budgetierung der Ausgaben flankierte. Vor allem aber kamen nun und in der Folge eine Reihe von Steuerungsinstrumente zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so ausgebaut wurden, dass sie die Anreizstrukturen für die Akteure nachhaltig veränderten. Dabei handelt es sich um folgende Instrumente:

- den mit der freien Kassenwahl konstituierte Kassenwettbewerb,
- die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets bei der Vergütung der Leistungserbringer,
- die Privatisierung von Krankheitsbehandlungskosten, die insbesondere mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 (GMG) einen starken Schub erhielt.

Parallel dazu wurden die Kassen in ihren Handlungsmöglichkeiten gegenüber den Leistungserbringern allmählich gestärkt, u.a. durch eine einsetzende Liberalisierung des Vertragsrechts. In diesem Zusammenhang wurden auch eine Reihe von Maßnahmen getroffen, um die Effizienz des Versorgungssystems zu erhöhen, insbesondere die Abschottung der Versorgungssektoren zu überwinden, also die viel beschworene Integration der Versorgungssektoren auf den Weg zu bringen. Zu den Bemühungen um Effizienzsteigerung lässt sich auch eine stärkere Qualitätsorientierung zählen, wie sie etwa in den Disease

* Dieser Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Vortrags, den der Verfasser am 24.9.2004 aus Anlass des 15jährigen Bestehens des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft in Hannover gehalten hat.

Management Programmen sowie in den erweiterten gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung deutlich werden. Auch die Bestrebungen zur Aufwertung des Präventionsgedankens (§ 20 SGB V, Planungen für ein Präventionsgesetz) zielen in diese Richtung, wenngleich sie bisher kaum im Versorgungsalltag zu spüren ist.

Gemeinsames Ziel dieser Instrumente ist es, die Handlungsrationalitäten aller Akteure in der GKV auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen auf das Ziel der Ausgaben- und Mengenbegrenzung hin auszurichten. Die Krankenkassen verloren mit der Einführung der freien Kassenwahl nun ihre bisherige Bestandsgarantie. Indem der Beitragssatz zum entscheidenden Wettbewerbsparameter in der Konkurrenz um Mitglieder wurde, war fortan jede Beitragssatzanhebung mit dem drohenden Verlust von Marktanteilen verbunden.

Auf Seiten der Leistungserbringer kehrte die Einführung von Pauschalen bzw. Individualbudgets die Leistungsanreize um: Der Gewinn errechnete sich nun aus der Differenz zwischen dem prospektiv festgelegten Vergütungssatz und den Behandlungskosten. Damit schufen die Vergütungsreformen einen Anreiz, die Leistungen je Patient zu reduzieren bzw. nicht über die definierten Grenzen hinaus ansteigen zu lassen.

Auch die Versicherten und Patienten wurden zunehmend in dieses System der finanziellen Anreize integriert. Seinen bisherigen Höhepunkt erreichte dieser Trend durch jene Regelungen, die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 in Kraft traten und die gegenwärtig eine große Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Wie stark die Privatisierung der Behandlungskosten seit dem Beginn der 90er Jahre vorangeschritten ist, mögen folgende Zahlen verdeutlichen: Im Jahr 1991 belief sich das Zuzahlungsvolumen für GKV-Leistungen auf umgerechnet 3,3 Mrd. Euro – dies entsprach 4,4 % der GKV-Leistungsausgaben (Pfaff et al. 1994); 10 Jahre, also im Jahr 2001, waren es mit nunmehr 9,9 Mrd. Euro bereits 8,0 % der Leistungsausgaben (Statistisches Bundesamt 2003). Bei diesen Summen ist noch nicht der vermutlich beachtliche Umfang von informellen Rationierungen eingerechnet, der Versicherte veranlasst, bestimmte Leistungen in vollem Umfang privat zu finanzieren.

Wandel des Regulierungsmodells

Die skizzierte Aufwertung von Wettbewerbsmechanismen und der Bedeutungszuwachs der Individualebene bedeutet nicht einfach, dass wir auf dem Weg in ein neoliberal geprägtes Gesundheitswesen wären. Vielmehr ist zu beobachten, dass sich parallel dazu eine Ausweitung staatlicher Interventionen und eine Erhöhung der Regulierungsdichte vollzieht. Erstens setzt der Staat einen zunehmend restriktiven Handlungsrahmen für die kollektivvertraglichen Regelungen in der GKV. Dies betrifft insbesondere die Ausgabenentwicklung und wird sowohl in der Verpflichtung der GKV-Akteure auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität als auch in der Festsetzung von Budgets deutlich. Zweitens betätigt sich der Staat in bisher nicht bekannter Intensität als Architekt der politischen Ordnung im Gesundheitswesen (Döhler 1995). Durch die Gestaltung von Verfahrens- und Abstimmungsregeln, durch die Zuweisung von Entscheidungskompetenzen und durch finanzielle Anreize werden die Handlungsmöglichkeiten und Interessen der Akteure in den Verhandlungssystemen, in denen die staatliche Rahmensezung in der Gesundheitspolitik konkretisiert wird, gezielt konfiguriert, um sie mit den staatlichen Zielen kompatibel zu machen. Drittens bedeutet die Aufwertung der Individualebene nicht, dass korporatistische Steuerungsmechanismen, also die Steuerung durch Verbände, verschwinden würde; vielmehr werden diese in mancher Hinsicht sogar aufgewertet und mit neuen Aufgaben betraut. Dies wird insbesondere deutlich im Bedeutungszuwachs des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der seit 1997 z.B. alle Leistungen auf ihren Nutzen hin zu bewerten hat (Urban 2001). Das GMG hat dem Bundesausschuss – nunmehr: Gemeinsamer Bundesausschuss – auch weitreichende Kompetenzen zur Steuerung des neuen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin zugewiesen und damit diesen Trend bestätigt.

Sowohl staatliche als auch verbandliche Steuerung ist in vielen Fällen eine Reaktion auf die wahrgenommenen oder antizipierten Fehlsteuerungen, die von Budgets, Pauschalvergütungen und Wettbewerbsmechanismen ausgehen (Gerlinger 2002). Dies wird insbesondere deutlich im Hinblick auf die erwähnte Aufwertung der Qualitätssi-

cherung. Gerade wegen der geschilderten Anreize zur Leistungsbegrenzung bzw. -minimierung sind kollektiv verbindliche Qualitätsstandards unverzichtbar, wenn verhindert werden soll, dass Einsparungen zu einer Minderung der Versorgungsqualität führen. Die Beharrungskraft staatlicher und verbandlicher Regulierung ist Ausdruck der Tatsache, dass die skizzierte Ökonomisierung und die Einführung von Wettbewerbsmechanismen in einen hochkomplexen, staatsnahen Sektor wie das Gesundheitssystem ohne ein Mindestmaß an Re-Regulierung offenkundig nicht möglich ist (Rosenbrock/Gerlinger 2004).

Rot-grüne und konservativ-liberale Gesundheitspolitik

Rot-grüne und konservativ liberale Gesundheitspolitik unterscheiden sich in den meisten Gesichtspunkten nicht prinzipiell, sondern nur graduell voneinander. Beide Konzeptionen verfolgen eine Modernisierungsstrategie, der wichtige Ziele (Beitragssatzstabilität bzw. Kostendämpfung) und wichtige Steuerungsinstrumente (Wettbewerb, Einführung von Pauschalvergütungen) gemeinsam sind. Mittlerweile gilt dies auch für den Abschied von der paritätischen Finanzierung unter Verlagerung der Kosten auf die Schultern von Versicherten und Patienten – ein Punkt, der lange Zeit heftig umstritten war. Beide Lager stehen also auf der Basis, der mit dem Paradigmenwechsel der frühen 90er Jahre eingeleitet wurde. Gleichwohl lassen sich gewisse Unterschiede zwischen beiden Konzeptionen feststellen. Diese betreffen zum einen die Wettbewerbskonzeptionen der beiden Lager. SPD und Grüne verfolgen das Ziel, die Leistungsanbieter, und hier vor allem die niedergelassenen Ärzte, in die wettbewerbliche Orientierung einzubeziehen. CDU/CSU und FDP geht es hingegen vor allem darum, den Krankenkassen die Differenzierung von Versicherungsangeboten zu gestatten und damit die Privatisierung von Risiken in der GKV zu forcieren. Einen weiteren wichtigen Unterschied sehe ich in der stärkeren Orientierung von Rot-Grün auf eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen und eine Verbesserung der Versorgungsqualität und die größere Bereitschaft, dafür einen staatlichen Rahmen zu schaffen, während in konservativen und liberalen Konzeptionen die Sicherung von Qualität und die Modernisierung von Ver-

sorgungsstrukturen eher dem Wahl- und Suchverhalten der Patienten überlassen werden soll.

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Das zu Beginn dieses Jahres in Kraft getretene GMG steht in weiten Teilen in deutlicher Kontinuität zu den vorangegangenen Reformen. Erstens beinhaltet das Gesetz eine weitere Liberalisierung des Vertragsrechts. Sie wird vor allem deutlich in der Teilung des Sicherstellungsauftrags für die ambulante Versorgung, in der Pflicht der Kassen zur Gewährleistung einer hausarztzentrierten Versorgung und im Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen von Verträgen zur integrierten Versorgung. Zweitens umfasst es eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung neuer Versorgungsformen, so etwa neue Anreize zur Integration der Versorgungsstrukturen und die Möglichkeit zur Etablierung medizinischer Versorgungszentren. Dabei sehe ich einen neuen Akzent darin, dass das finanzielle Interesse der Versicherten mit der Unterstützung neuer Versorgungsformen weitaus enger verknüpft wurde als in der Vergangenheit, denn nun können die Kassen ihren Versicherten Beitragsboni und Zuzahlungsnachlässe anbieten, wenn sie sich an Hausarztmodellen, integrierten Versorgungsformen etc. beteiligen. Drittens sieht es erweiterte Bestimmungen zur Qualitätssicherung vor, u.a. die Schaffung eines »Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin« und die Einführung einer Fortbildungspflicht für Vertragsärzte. Mit Hilfe dieser Strukturreformen soll die Effizienz des Versorgungssystems erhöht werden, wobei nun nicht mehr so sehr das Ziel der Kosteneinsparung im Mittelpunkt steht, sondern die Verbesserung der Versorgungsqualität.

Eine Kehrtwende gegenüber ihrer bisherigen Gesundheitspolitik vollzog Rot-Grün aber in der Frage der Finanzierung und des Leistungsrechts in der GKV. Durch die deutliche Verlagerung der Finanzierungslasten von Versicherten und Patienten werden die Arbeitgeber von Lohnnebenkosten entlastet. Hier näherte sich die Koalition mit großen Schritten den Vorstellungen von CDU/CSU und FDP an. Dabei wäre es unzutreffend, die einschlägigen Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes allein der notwendig gewordenen Einigung

mit CDU und CSU zuzuschreiben, denn bereits der erste rot-grüne Gesetzentwurf sah weit reichende Privatisierungsschritte vor (Deutscher Bundestag 2003a), die allerdings in den Verhandlungen mit der Union noch einmal deutlich verschärft wurden.

Auswirkungen

Die Gesundheitspolitik hat nach eigenem Bekunden in den zurückliegenden Jahren drei Hauptziele verfolgt: Die Stabilität der Beitragssätze, das Festhalten an einer solidarischen Krankenversicherung und die Modernisierung der Versorgungsstrukturen. Inwieweit wurden diese Ziele erreicht?

Stabilität der Beitragssätze

Das Ziel, die Beitragssätze stabil zu halten, wurde in der Vergangenheit offenkundig verfehlt, sind sie doch mehr oder weniger kontinuierlich bis auf 14,4 % zu Beginn dieses Jahres angestiegen. Allerdings hat diese Entwicklung nur zu einem geringen Teil etwas mit der Gesundheitspolitik zu tun, sondern ist in erster Linie eine Folge der makroökonomischen Schwäche, die auf die Einnahmenbasis der Krankenkassen drückt.

Zwar dürften in der Folge des GMG die Beitragssätze sinken, aber bei weitem nicht so stark, wie zunächst von den politisch Verantwortlichen behauptet. Nicht nur, dass die Einsparungen der Krankenkassen überschätzt wurden – zu berücksichtigen ist auch, dass zahlreiche Krankenkassen in den vergangenen Jahren einen beträchtlichen Schuldenberg aufgebaut haben, weil sie sich aus Konkurrenzgründen gezwungen sahen, den Beitragssatz künstlich niedriger zu halten, als dies gemäß den Rechtsvorschriften zulässig gewesen wäre. Viele von ihnen werden nun die Entlastungen durch das GMG nutzen, um ihre Schulden abzubauen. Zudem ist fraglich, ob die Beitragssatzsenkungen von Dauer sein werden, denn viele der kostentreibenden Strukturen im Gesundheitswesen wurden konserviert, und die Einnamenschwäche der Kranken- wie der Pflegeversicherung dürfte weiter anhalten. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Beitragssatzsenkungen, wie erwähnt, von den Versicherten und vor allem den chronisch kranken Patienten finanziert wird.

Festhalten am Solidarausgleich

Zwar existiert nach wie vor ein umfassender Leistungskatalog in der GKV und wurden die jahrelang diskutierten Varianten eines Rechts zur individuellen Abwahl bestimmter Leistungen nicht verwirklicht. Aber ungeachtet dessen ist das Solidarprinzip in den vergangenen Jahren in vielfältiger Hinsicht geschwächt worden. So gibt das GMG nicht nur den Grundsatz der paritätischen Finanzierung auf, sondern beinhaltet auch eine bisher nicht da gewesene Umverteilung zu Lasten der Versicherten, insbesondere der chronisch kranken Patienten. Das Entlastungsvolumen für Arbeitgeber in 2004 auf rund 10 Mrd. Euro, von denen 8,5 Mrd. Euro die Versicherten zu tragen haben – bei einem Gesamtumfang der GKV-Leistungsausgaben der GKV von rund 136 Mrd. Euro im Jahr 2003 (Deutscher Bundestag 2003b: 171 f.). Weitere Mehrbelastungen in Höhe von mehr als 4 Mrd. Euro entstehen für die Versicherten durch die Neuregelungen beim Zahnersatz und beim Krankengeld.

Jedoch sind es nicht allein diese Bestimmungen zur finanziellen Umverteilung zwischen Arbeitgebern und Versicherten, die eine Schwächung des Solidarprinzips in der GKV darstellen. Erhebliche Auswirkungen dürfte auch die Einführung solcher Prinzipien in die Architektur der GKV nach sich ziehen, die – denen in der PKV entsprechend – auf eine Differenzierung von Beitragslasten in Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsrisiko hinauslaufen. So können Krankenkassen nun denjenigen Versicherten, die sich für die Kostenerstattung entscheiden, die Wahl eines Selbstbehalts, also eines Eigenanteils an den entstandenen Behandlungskosten, ermöglichen und ihnen dafür einen ermäßigten Beitragssatz gewähren. Außerdem können sie eine Beitragsrückerstattung in Höhe eines Monatsbeitrages vorsehen, wenn ein Mitglied während eines Kalenderjahres keine Leistungen in Anspruch genommen hat. Beide Regelungen sind auf die freiwillig Versicherten beschränkt. Ihnen liegt die Intention zugrunde, der in den vergangenen Jahren forcierten Abwanderung von freiwillig Versicherten in die PKV entgegenzuwirken. Die gesetzlichen Krankenkassen werden von diesen Möglichkeiten Gebrauch machen, um ihre Position im Wettbewerb untereinander und gegenüber den PKV-Unternehmen zu stärken. Im Ergebnis dürfte dies zu einer deutlichen Dif-

ferenzierung der Tarifangebote in der GKV führen (Popp 2003). Ob die Abwanderung in die PKV auf diesem Wege gestoppt werden kann, ist allerdings überaus fraglich. Nach wie vor ist für junge, gesunde, allein stehende und gut verdienende Versicherte die PKV die kurz- und mittelfristig attraktivere Option.

Schließlich ist davon auszugehen, dass bereits in der Vergangenheit die Festsetzung von Budgets für einzelne GKV-Leistungsarten und für die individuellen Leistungsanbieter (Krankenhäuser, Vertragsärzte) sowie die Einführung pauschalierter Vergütungsformen zu einer informellen Rationierung von Leistungen geführt hat, also Leistungserbringer aus Kostengründen ihren Patienten Leistungen vorenthalten bzw. Kassenleistungen privat verordnen, Leistungen in das folgende Abrechnungsquartal verschieben oder Patienten an andere Institutionen des Versorgungssystems weiterleiten (Braun 2000; Simon 2001). Zwar lässt sich das Ausmaß dieser Rationierung nicht exakt abschätzen, aber dennoch verfügen wir über einige harte Hinweise darauf, dass es sich dabei nicht um eine Randerscheinung in der gesundheitlichen Versorgung handelt. Es ist nicht unberechtigt, den Rechtsanspruch auf alles medizinisch Notwendige als eine formale Hülle zu bezeichnen, unter der bereits vielfältige Formen der Rationierung von Leistungen Platz gegriffen haben.

Modernisierung von Versorgungsstrukturen

Die Bemühungen zur Etablierung neuer Versorgungsformen (Praxisnetze, Hausarztnetze, sektorenübergreifende Versorgung) und zur Verbesserung der Versorgungsqualität haben sich bisher kaum in der Praxis niedergeschlagen (z.B. Tophoven 2002). Dies gilt insbesondere für die Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsformen. Auch die in die Etablierung von Praxisnetzen gesetzten Hoffnungen auf eine Qualitätsverbesserung bei ausgabenneutraler oder sogar kostengünstiger Finanzierung bisher überwiegend nicht erfüllt. Zwar sind seit dem Inkrafttreten dieser Regelungen eine Reihe von Versorgungsprojekten auf den Weg gebracht worden. Aber eine Veränderung von Versorgungsverläufen hat sich in vielen Fällen ebenso wenig eingestellt wie eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Auch Ein-

sparungen lassen sich meistens nicht nachweisen oder fallen nur gering aus. Diese Bilanz verweist darauf, dass die Gesundheitspolitik vor allem am Widerspruch zwischen Steuerungszielen und Steuerungsinstrumenten krankt. Damit ist gemeint, dass die Ökonomisierung gesundheitlicher Handlungskalküle zu diversen Fehlsteuerungen führt, die einer Modernisierung der Versorgungsstrukturen unter Verbesserung der Qualität und dem Festhalten am Solidarausgleich entgegenstehen.

So schafft der Zuschnitt der GKV-Wettbewerbsordnung für die Krankenkassen einen Anreiz, ihre Konkurrenz in erster Linie auf dem Wege der Selektion »guter Risiken« auszutragen. Außerdem können die Krankenkassen kein Interesse daran haben, innovative Versorgungsstrukturen für chronisch Kranke aufzubauen und für sie zu werben, denn sie würden Gefahr laufen, damit die teuren Patienten anderer Krankenkassen anzulocken.

Auf Seiten der Leistungserbringer führt die Verlagerung des Finanzierungsrisikos, wie erwähnt, zu starken Anreizen, den Patientinnen und Patienten Leistungen vorzuenthalten oder sie in minderer Qualität zu erbringen. Die Erfolgsaussichten dieser Reaktionsweise werden dadurch erhöht, dass der Patient im Gesundheitswesen nicht der souveräne Konsument sein kann, wie er der neoliberalen Gesundheitsökonomie vorschwebt. Auch wenn es sicherlich wünschenswert und auch möglich ist, die Autonomie des Patienten im Gesundheitswesen zu stärken, wird die strukturelle Asymmetrie der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Leistungserbringer von Beziehungen – der Patient als Laie, und zwar als hilfeschuchender Laie – nicht aufgehoben werden können. Im Übrigen werden dadurch insbesondere Angehörige unterer sozialer Schichten benachteiligt, die sich in den Institutionen nicht so gut artikulieren können und weniger durchsetzungsfähig sind. Darüber hinaus besteht das grundsätzliche Problem der gegenwärtigen Ausgabenbudgets darin, dass ihr Volumen nicht an einem gesundheitlichen Versorgungsbedarf, sondern an einer volkswirtschaftlichen Bestimmungsgröße ausgerichtet ist. Für die Versorgung aber bringen derartig konstruierte Budgets das Problem mit sich, dass sie undifferenziert wirken und sie für die Leistungserbringer keinen Anreiz bergen, nach sinnvollen oder sinnlosen Einsparungen zu unterscheiden.

Ob die skizzierten Fehlsteuerungen mit

den mittlerweile angelaufenen Disease Management Programmen oder mit dem für 2007 geplanten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich beseitigt werden können, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht verlässlich abschätzen.

Ausblick

Im Zentrum künftiger Reformvorhaben dürfte die Finanzierung der GKV stehen, denn es ist nicht in Sicht, dass die chronische Einnahmenschwäche auf der Basis des gewachsenen Finanzierungsmodells beendet werden kann. Bei der bevorstehenden Reform der GKV-Finanzierung stehen sich mit dem Konzept der Kopfpauschale und dem der Bürgerversicherung zwei Grundmodelle gegenüber. Sollte sich das Kopfpauschalenmodell durchsetzen, würden auf die Versicherte, zumal auf die sozial Schwächeren unter ihnen, noch weit größere Belastungen zukommen, als bereits das GMG mit sich gebracht hat.

Des Weiteren ist davon auszugehen, dass sich die Liberalisierung des Vertragsrechts, d.h. die Ausweitung des Wettbewerbs auf die Leistungsanbieter, in Zukunft fortsetzen wird. Dabei dürften staatliche und kollektivvertragliche Regelungen aber nach wie vor von großer Bedeutung sein. Es steht wohl nicht der Marsch in den gesundheitspolitischen Neoliberalismus bevor, sondern es geht eher darum, das Verhältnis von staatlichen, verbandlichen und wettbewerblichen Steuerungsinstrumenten – sicherlich unter Aufwertung der letzteren – neu zu justieren. Diese Entwicklung bietet einerseits Chancen zur Ausdifferenzierung von Versorgungsangeboten, ist aber auch mit erheblichen Risiken verbunden. Denn aus gegenwärtiger Perspektive ist nicht sichtbar, mit welchen Instrumenten den Anreizen zur Ausdünnung vorgehaltener Versorgungseinrichtungen und zur Unterversorgung von Patienten entgegengewirkt werden kann.

*Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger
FH Fulda, FB Pflege und Gesundheit
thomas.gerlinger@pg.fh-fulda.de*

Literatur

- Braun B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? Asgard, St. Augustin
- Deutscher Bundestag (2003a): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) (Bundestagsdrucksache 15/1170 vom 16.6.2003)
- Deutscher Bundestag (2003b): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 8.9.2003)
- Döhler M. (1995): The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care. *Governance* 3: 380–404
- Gerlinger T. (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02–204). WZB, Berlin
- Pfaff A.B. et al. (1994): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten. Campus, Frankfurt a.M./New York
- Popp E. (2003): Vom Einprodukt- zum Mehrproduktanbieter. Die neuen Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenkassen. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 9–10: 10–17
- Priester K. (2004): Pflegeversicherung und Demenz. Probleme, Handlungsbedarf und Gestaltungsoptionen. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 40: Demenz als Versorgungsproblem: 102–119
- Rosenbrock R., Gerlinger T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle:
- Simon M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01–205). WZB, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2003): Auskunft an den Autor (Mai 2003)
- Tophoven C. (2002): Der lange Weg zur integrierten Versorgung. *Arbeit und Sozialpolitik* 9–10: 12–17
- Urban H.-J. (2001): Wettbewerbsorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01–206). WZB, Berlin