

Gerd Marstedt: Solidarität und Eigenverantwortung ¹

Das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Deutschlands ist eine sozialpolitische Antwort auf die auch wissenschaftlich fundierte Einsicht, dass gerade bei Bürgerinnen und Bürgern mit hohen Erkrankungsrisiken die Fähigkeit zur Selbsthilfe, zur materiellen und sozialen Bewältigung der Krankheit besonders gering ausgeprägt ist.² Viele empirische Studien belegen das Faktum der „sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod“, zeigen auf, dass es einen hohen statistischen Zusammenhang gibt zwischen Erkrankungshäufigkeit und Lebenserwartung einerseits, sowie geringen materiellen Ressourcen und sozialen Kompetenzen (Einkommen, Bildungsniveau, Stellung im Beruf) andererseits. Anders als in der Privaten Krankenversicherung werden daher in der GKV medizinische Versorgungsleistungen nach dem Bedarfsprinzip gewährt und es findet zugleich eine Umverteilung von Beiträgen statt, wobei Ältere von Jüngeren, Kranke von Gesunden, Verheiratete und Familien von Alleinstehenden, Schlechterverdienende von Beziehern höherer Einkommen unterstützt werden.

Zwar wurde das Solidarprinzip durch eine Reihe gesetzlicher Regelungen bereits graduell eingeschränkt, etwa durch Zuzahlungsvorschriften (bei Kuren, Medikamenten, zahnärztlichen Leistungen usw.) oder auch durch die Beitragsbemessungsgrenze, die Bezieher sehr hoher Einkommen finanziell geringer belasten als dies – aufgrund des festgelegten Kassen-Beitragssatzes - eigentlich ihrem Einkommen entspräche. Gleichwohl gab es immer wieder politische Initiativen, die eine noch weitergehende Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien auch in der GKV forderten. Waren es anfänglich insbesondere Stimmen zur Einführung von Bonus- und Malus-Regelungen (für gesundbewusste oder gesundheitsriskante Verhaltensweisen wie Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Rauchen, Ausübung gefährlicher Sportarten), die immer wieder laut wurden, so wurde später in vielen parteipolitischen Programmatiken und Pressemitteilungen vor allem der Abbau „bürokratischer“ Einheitlichkeit in der GKV durch Einführung von Selbstbeteiligungs- oder Kostenerstattungs-Tarifen gefordert oder zuletzt die Einführung von Grund- und Wahlleistungen und der Ausschluss so genannter Luxus- und Bagatelleleistungen aus dem GKV-Finanzierungskatalog.

Bislang sind die allermeisten dieser Vorstöße gescheitert, oft nicht erst im politischen Entscheidungsprozess, an Machtverhältnissen und „Veto-Spielern“, sondern schon im Vorfeld daran, dass kostensparende Effekte nicht belegt werden konnten oder eindeutige und praktikable Definitionen zur Umsetzung auch von wissenschaftlichen Experten nicht geleistet werden konnten. Waren es früher sehr häufig Kostenargumente, mit denen Selbstbeteiligungs- oder auch Malus-Regelungen begründet wurden, so ist in jüngster Zeit auffällig, dass vermehrt Entscheidungs-Souveränität und Differenzierungsbedürfnisse von Bürgerinnen und Bürgern in den Vordergrund gestellt werden. Die „Wahlfreiheit für Versicherte“ etwa wurde zuletzt mehrfach von CDU/CSU und FDP in den Vordergrund gestellt: „Die Versicherten sollen künftig eine größere Wahlfreiheit über den Umfang ihres Versicherungsschutzes erhalten. Sie sollen künftig selbst entscheiden können, ob sie den bisherigen Versorgungsumfang beibehalten, zusätzliche Leistungen erhalten oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen oder einen Selbstbehalt übernehmen wollen.“³

GKV und Solidarprinzip - Wesentliche Ergebnisse anderer Befragungen

Fundierte wissenschaftliche Studien und Befragungen darüber, wie es Bürgerinnen und Bürger denn nun tatsächlich mit dem Solidarprinzip und der GKV halten, wurden in Deutschland erst recht spät durchgeführt. Anfang der 90er Jahre zeigte eine Untersuchung von Claus Offe eine für viele überra-

1 Der Aufsatz wurde in gekürzter Form hier veröffentlicht: Gerd Marstedt: Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV, in: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002, Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2002, S. 112-129

2 vgl. ausführlicher hierzu: Braun, B., Kühn, H., Reiners, H.: Das Märchen von der Kostenexplosion, Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main, 1998, insbes. S. 124ff

3 Gemeinsames Regierungsprogramm 2002 – 2006 von CDU und CSU. Ähnlich fordert die FDP in ihrem Regierungsprogramm 2001-2006 „die Definition eines Grundleistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung“ und auch „mehr Wahlmöglichkeiten über den gewünschten Versicherungsumfang und mehr Wettbewerb zwischen den Kassen über differenzierte Leistungspakete und Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten (Bonussysteme wie in der Zahnmedizin)“, Das Regierungsprogramm der Freien Demokratischen Partei (2001 - 2006), S. 61; Die SPD lehnt in ihrem Programm „die Aufteilung der Leistungen in Grund- und Wahlleistungen ab“ (SPD Regierungsprogramm, 15. Für ein leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitswesen), ähnlich die Grünen: „Mit den Grünen ist eine Aufteilung in Grund- und Zusatzleistungen nicht zu machen.“ (Wahlprogramm Bündnis 90 – Die Grünen, S. 40f)

schend hohe Zustimmung von Versicherten zum Solidarprinzip.⁴ Diese sehr hohe Akzeptanz bestätigte sich auch in einer anderen Studie 1996, gleichzeitig wurde jedoch auch deutlich, dass dort viele Versicherte durchaus einen Differenzierungsbedarf sahen: 45% plädierten für Malus-Regelungen (bei "ungesunder Lebensweise"), 33% hätten es begrüßt, wenn man bestimmte medizinische Leistungen abwählen, 54%, wenn man unübliche Leistungen zusätzlich versichern könnte.⁵ Eine 1995 in Nordrhein-Westfalen durchgeführte repräsentative Studie mit dem Titel „GKV 2000“ erbrachte unter anderem eine starke Ablehnung von Selbstbeteiligungs-Regelungen und „massive Bedenken gegen eine Aufweichung des Solidarprinzips in der GKV“.⁶ Deutlich wurde dort auch, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern in der GKV von 85% der Befragten gutgeheißen wird.

Die starke Verankerung des Solidarprinzips in der Bevölkerung wurde später dann erneut in der Umfrage von Wasem 1999 deutlich: „Das Solidarprinzip [...] wird von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung akzeptiert. Ein Ausbau obligatorischer Selbstbehalte oder der Übergang zu einem Modell der Grundversorgung werden auch dann abgelehnt, wenn hierdurch Beitragsreduktionen ermöglicht werden. [...] Auch die Beitragsfreiheit für mitversicherte Familienangehörige ist aus Sicht der Bevölkerung unantastbar“⁷ Hervorgehoben wurden dort andererseits aber auch schon Interessen zumindest bestimmter Bevölkerungsteile an differenzierenden Modellen wie etwa Beitragsrückerstattung oder leistungsergänzende Wahltarife. Solche Wahltarife finden bei 42% der Versicherten Zustimmung, von 51% werden sie eher abgelehnt. „Individuelle Zusatzversicherungen“ stoßen dann wiederum in einer Studie des WidO (Wissenschaftliches Institut der AOK) bei knapp drei Viertel aller Befragten auf positive Resonanz.⁸

Solche Wahlmöglichkeiten innerhalb der GKV standen im Mittelpunkt der erst jüngst veröffentlichten Untersuchung „Der Patient vor der Wahl“⁹. Wesentliche Befunde der Studie waren, dass sich Versicherte mehr Information und Transparenz wünschen, sich aber gleichzeitig in der Gesundheitspolitik nur unangemessen vertreten fühlen. Für Gesundheitspolitiker ganz unterschiedlicher Couleur überraschend dürfte das Ergebnis sein, dass es in der Bevölkerung keine Mehrheit gibt für eine „einseitig an der Eindämmung der Beitragssätze orientierte Politik“ – oder positiv gewendet: Unter bestimmten Voraussetzungen würde die Mehrheit der Versicherte einer Erhöhung der GKV-Beiträge durchaus Positives abgewinnen.

Ob es an einem tatsächlichen Meinungsumschwung liegt oder der unterschiedlichen Art der Befragung – was in der Janssen-Cilag Studie 1999 noch als Interesse nur eines Teils der Bevölkerung deutlich wurde (42% votieren für die Einführung von Wahltarifen in der GKV), erweist sich in der neueren Janssen-Cilag-Studie nun aber als ganz deutliche Mehrheitsposition. Versicherten waren 14 verschiedene Modelle und Tarife zur Auswahl und individuellen Gestaltung der Krankenversicherungsvertrags vorgegeben worden (darunter etwa: Hausarztmodell, Einschluss von Alternativmedizin, Ausschluss von Bagatellerkrankungen, verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen usw.), die jeweils exakt bezifferte Beitragssenkungen oder auch Beitragserhöhungen mit sich brachten. Das Ergebnis: 94% aller Befragten hatten zumindest an einem der 14 Wahlmöglichkeiten Interesse, im Durchschnitt wurden 5,4 Tarifangebote ausgewählt. Die populärsten beitragsenkenden Tarife waren: verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen, Hausarztmodell, Arzneimittelliste. Bei den beitrags erhöhenden Modelle lagen eine „Innovationsgarantie“ (Kasse übernimmt neue Therapien, wenn der Arzt dies für richtig hält) und die Finanzierung von Alternativmedizin ganz vorne.

Versucht man, ein Zwischenfazit des Forschungsstands zu ziehen, dann sind folgende Befunde wohl besonders hervorzuheben. Erstens: Die immer wieder neuen Gesetzesänderungen in den letzten ein bis zwei Jahrzehnten, die auf eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen und rigide Beitragssatz-

4 Offe, C., Hinrichs, K., Ullrich, C., Walter, H., Wemken, I.: Gesetzliche Krankenversicherung und sozialpolitische Kultur, DFG-Forschungsbericht, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen o.J.

5 Marstedt, G., Mergner, U., Müller, R.: Prävention, Rehabilitation und Kassenpolitik - Institutionelle Regulierung im Wandel? Sonderforschungsbereich 186, Universität Bremen, DFG-Forschungsbericht, Bremen, 1996

6 Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): GKV 2000 – Einstellungen zu Reformplänen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf 1995

7 Wasem, J.: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen in der Bevölkerung, Janssen-Cilag GmbH, Neuss, 1999, S. 74

8 WidO - Wissenschaftliches Institut der AOK: GKV-Monitor 2002 – Was erwarten die Versicherten von der Gesundheitsreform? Bonn 2002

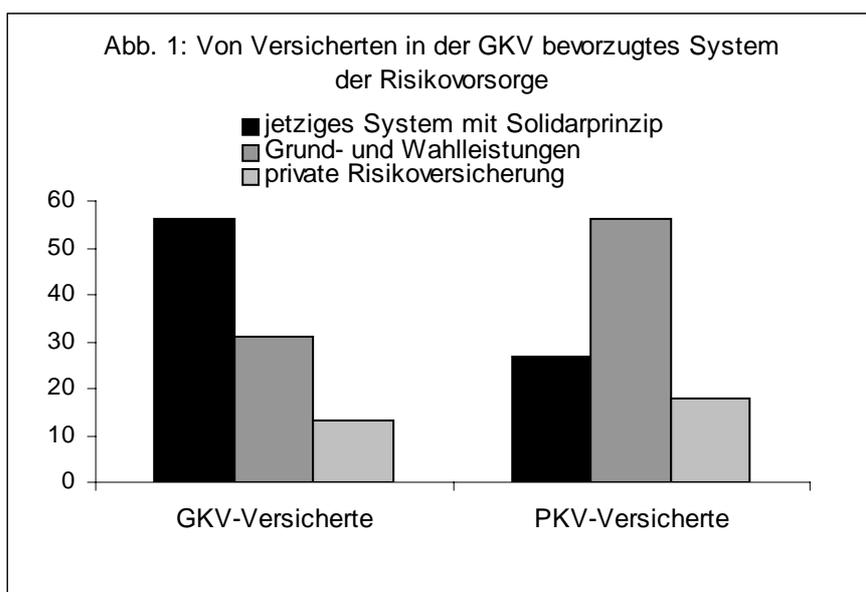
9 Janssen-Cilag GmbH: Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung, Eine Auswahl der Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002, wissenschaftliche Konzeption und Betreuung: H.-D. Nolting, J. Wasem, Neuss 2002

stabilität abzielen, stehen keineswegs auch so eindeutig im Einklang mit Versicherteninteressen, wie Politiker uns Glauben machen wollen. Viele Versichertengruppen wären durchaus zu höheren Beiträgen bereit, wenn dafür auch ein Mehr an Versorgungsqualität und Teilhabe an therapeutischer Innovation herauskommt. Zweitens: Versicherte vermissen Information und Transparenz im Gesundheitswesen und fühlen sich auch sehr unzureichend in politischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozessen repräsentiert. Drittens: Das Solidarprinzip und die ihm innewohnenden ökonomischen Umverteilungsmechanismen von Stärkeren zu Schwächeren sind in der Bevölkerung normativ überaus fest und nahezu unverrückbar verankert. Dies umschließt auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Viertens: Gleichzeitig gibt es jedoch Hinweise, dass Versicherte sich mehr Differenzierungsmöglichkeiten wünschen durch Abwahl („Bagatell-Erkrankungen“, Psychotherapie) und Zuwahl bestimmter Leistungen (Alternativmedizin, Heilpraktiker, Innovationsgarantie) bzw. durch Eingehen eigener Verpflichtungen (Vorsorgeuntersuchungen) und Restriktionen bei der Arztwahl (Ärztepool oder Hausarztmodell).

Wir wollen im Folgenden einige dieser Ergebnisse anhand der Befragung im Gesundheits-Monitor noch einmal auf den Prüfstand stellen und zugleich versuchen, die Reichweite von Interessen, also ihre generelle Gültigkeit oder aber ihre Beschränkung nur auf bestimmte Gruppen von Versicherten in Abhängigkeit von Gesundheitszustand und Alter, Bildungsniveau und sozio-ökonomischem Status näher zu überprüfen. Wenn nicht anders angegeben, wurden alle Berechnungen dabei nur für GKV-Versicherte durchgeführt. Die herangezogene Stichprobe basiert damit auf Befragungsergebnissen von 2.497 Teilnehmern. Berücksichtigt wurden Ergebnisse der 1. und 2. Erhebungswelle gemeinsam, da sich zwischen beiden Wellen bei den hier behandelten Fragen nur minimale, statistisch insignifikante Unterschiede finden.

Versicherte mit höherem sozialem Status: Ökonomische Kalküls verstärken das Interesse an Grund- und Wahlleistungen

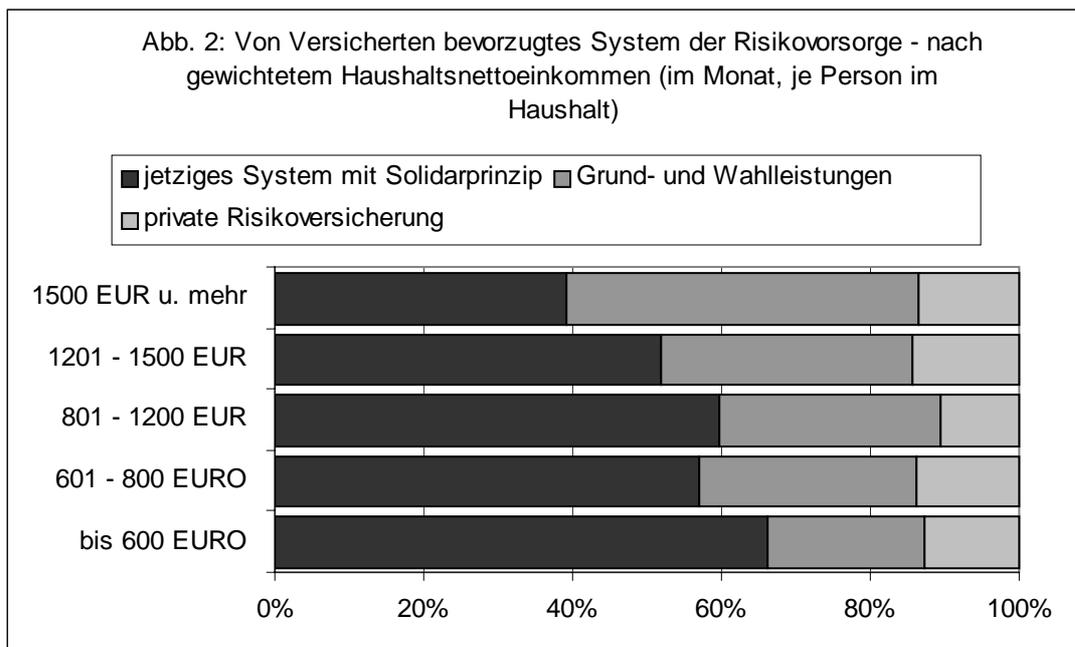
Die Einstellung zum Solidarprinzip wurde im Gesundheits-Monitor anhand von drei Alternativen erfragt. Versicherte konnten entweder für eine Beibehaltung des jetzigen Systems einschließlich der darin enthaltenen Umverteilungsfunktionen stimmen oder für eine Differenzierung durch Einführung von Grundleistungen und zusätzlichen, privat finanzierten Wahlleistungen oder aber schließlich auch das Solidarsystem ablehnen, verbunden mit dem Votum für eine umfassende private Absicherung von Krankheitsrisiken. Gut die Hälfte aller Versicherten (53%), so zeigen die Befragungsergebnisse zunächst, stimmen für das jetzige solidarische Sicherungssystem in der GKV, ein Drittel (33%) plädiert für eine Beibehaltung, jedoch auch für die Einführung von Wahlleistungen und nur eine Minderheit (13%) votiert für eine völlige Privatisierung der Risikoversorge. Dabei zeigen sich natürlich deutliche



Unterschiede zwischen Versicherten in der GKV und PKV (vgl. Abb. 1).

Die Umverteilungs- oder finanziellen Ausgleichsfunktionen innerhalb der GKV sind nicht unbeträchtlich, so dass die Frage nahe liegt, ob jene sozialen Gruppen, die andere „mit finanzieren“ möglicherweise eine ablehnendere Haltung zeigen. Es zeigt sich jedoch: Alleinstehende unterscheiden sich hier kaum von Verheirateten, Jüngere nur äußerst geringfügig von Älteren (für jetziges System: 53% der unter 25jährigen, 59% der über 59jährigen). Auch der Gesundheitszustand beeinflusst die grundlegende Einstellung zum Krankenversicherungs-System nur sehr geringfügig: Behinderte votieren ein wenig öfter (62%) für die jetzige Absicherung als Befragte ohne Behinderung (55%), die Differenz zwischen chronisch Erkrankten und „Gesunden“ ist ähnlich gering (61% : 55%). Ein immerhin moderater Einfluss zeigt sich für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Jene Gruppe, die im vergangenen Jahr sehr häufig einen Arzt aufgesucht hat, artikuliert auch entschiedener für das jetzige System.

Ein Merkmal zeigt im Vergleich hierzu dann allerdings überaus deutliche Effekte: Der sozio-ökonomische Status: Hier ändert sich das Meinungsbild, wenn man Arbeiter und Selbständige vergleicht, Befragte mit Hauptschulabschluss und Abitur oder Versicherte mit hohem und niedrigem Einkommen. Auch in dieser Perspektive bleiben zwar Stimmen, die sich eine grundsätzliche private Vorsorge wünschen, auf den sozialen Hierarchie-Ebenen durchweg in der Minderheit. Mit steigendem sozialem Status verschiebt sich jedoch das Gewicht sehr stark weg von Positionen, die das jetzige System befürworten, hin zu Tendenzen, die eine Einführung von Grund- und Wahlleistungen in der GKV favorisieren. Während sich zum Beispiel nur 18% der Versicherten mit dem niedrigsten Bildungsabschluss für eine Einführung von Grund- und Wahlleistungen aussprechen, sind dies bei der Gruppe mit Abitur-Abschluss 42%. Und ähnlich deutliche Effekte finden sich auch für die Höhe des Haushalts-Nettoeinkommens. (vgl. Abb. 2). Bei einem monatlichen Pro-Kopf-Einkommen im Haushalt von bis zu 600 EURO finden nur etwa ein Fünftel (21%) eine Differenzierung der GKV-Leistungen wünschenswert, bei einem Einkommen von 3000 EUR und mehr steigt dieser Anteil auf fast die Hälfte (47%), gleichzeitig sinkt die Zustimmung zum Solidarsystem in dieser Gruppe auf 39% ab.



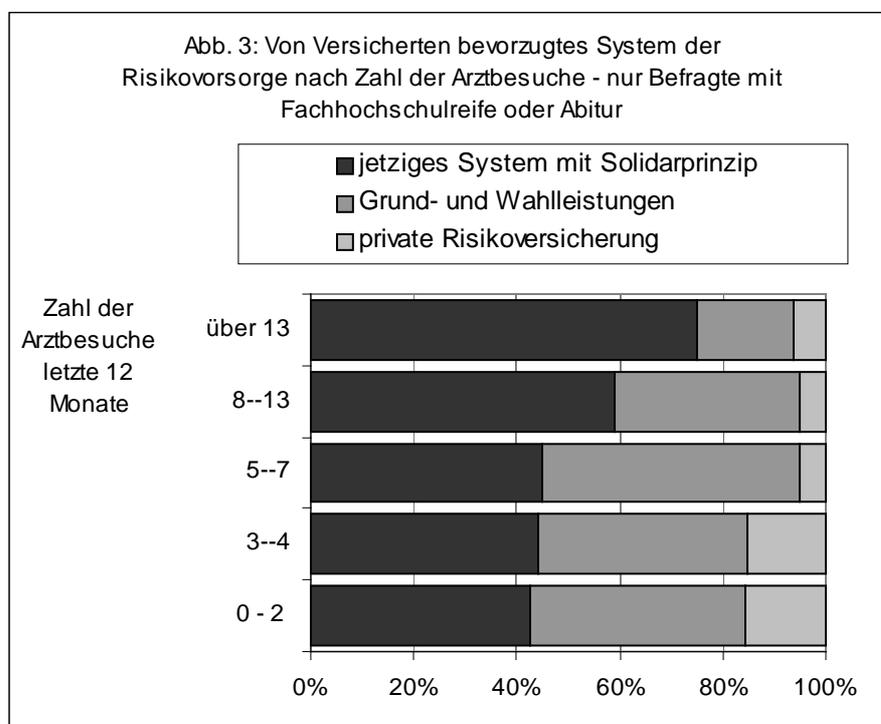
Was verbirgt sich hinter diesem Einfluss? Sind gebildete, beruflich erfolgreiche und besser verdienende Versicherte eher an persönlichen, für die individuelle Lebenssituation „maßgeschneiderten“ Versicherungsplänen auch im Bereich der Krankenversicherung interessiert, greifen sie das auf, was in Werbespots etwa privater Lebensversicherer versprochen wird als Vorsorge- und Vermögensplanung mit detaillierter Berücksichtigung individueller Lebensumstände und Zukunftsperspektiven? Ist ihnen das GKV-System also zu pauschal, zu anonym und unpersönlich, wünschen sich mündige Bürgerinnen und Bürger mehr Wahlfreiheit und Differenzierungschancen? Oder sind es eher ökonomische Kalküls, Input-Output-Berechnungen, ausgehend von dem möglichen Eindruck, dass die eigene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Vergleich zu anderen Versichertengruppen den sehr hohen Krankenkassenbeitrag nach subjektiver Überzeugung kaum rechtfertigt? Oder – eine dritte Erklärungsmöglichkeit - verbirgt sich dahinter der Wunsch nach einer finanziellen Absicherung oder solcher Behandlungsmethoden, die derzeit in der GKV nicht ohne weiteres oder gar nicht gewährt werden (bestimmte Methoden der Alternativmedizin, Heilpraktiker, kosmetische Chirurgie usw.)? Erste Hinweise auf diese Frage finden sich, wenn man zusätzlich zum www.FORUM-GESUNDHEITSPOLITIK.DE

Hinweise auf diese Frage finden sich, wenn man zusätzlich zum sozialen Status andere Variablen, nämlich den medizinischen Versorgungsbedarf die Analyse einbezieht. Hierzu bieten sich zwei Indikatoren an: Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung, die Einschätzung des Gesundheitszustands und die tatsächliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im vergangenen Jahr.

Tabelle 1: Bevorzugte Form der Absicherung gegen Krankheit – nach höchstem Schulabschluss und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (alle Zahlenangaben in Prozent)

höchster Schulabschluss	Anzahl Arztbesuche letzte 12 Monate	Bevorzugte Form der Absicherung gegen Krankheit			Gesamt
		jetziges System mit Solidarprinzip	Grund- und Wahlleistungen	private Risikoversicherung	
Haupt-/Volks-Schule oder ohne	0-3	61	23	16	100
	4-9	68	16	17	100
	10 und mehr	72	16	13	100
Mittl.Reife / Polytechn. Oberschule	0-3	58	24	18	100
	4-9	54	32	14	100
	10 und mehr	59	32	9	100
Fachhochschulreife / Abitur	0-3	43	39	18	100
	4-9	47	47	6	100
	10 und mehr	68	27	6	100

Deutlich wird insbesondere bei der Gruppe mit sehr hohem Bildungsniveau ein differenzierender Einfluss durch die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Eine niedrige Zahl von Arztbesuchen führt bei dieser Gruppe dazu, dass die Einführung von Grund- und Wahlleistungen (und zum Teil auch eine private Risikoabsicherung) deutlich stärker bevorzugt wird bzw. senkt die Attraktivität des jetzigen Solidarsystems. Bei sehr intensiver Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verläuft dieser Effekt in genau umgekehrter Richtung. Bei Versicherten mit mittlerem und niedrigem Bildungsabschluss findet sich diese Tendenz zwar auch, quantitativ ist sie jedoch weitaus schwächer ausgeprägt. Abbildung 3 verdeutlicht diesen Einfluss noch einmal beschränkt auf Versicherte mit Fachhochschulreife oder allgemeiner Hochschulreife.



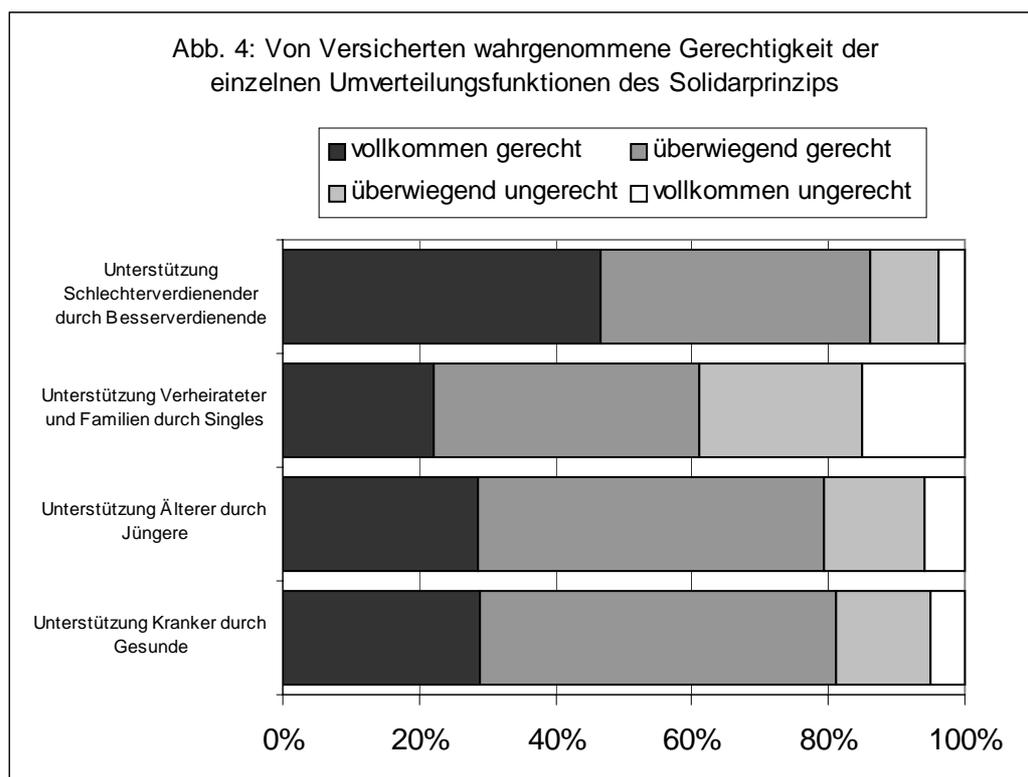
Dass es weniger Interessen an einer zusätzlichen Absicherung neuer und ungewöhnlicher Therapiemethoden, die hinter dem Interesse an Grund- und Wahlleistungen stehen, zeigen die Befragungsergebnisse, wenn man Versicherte nach dem Umfang ihrer Erfahrungen mit „Alternativmedizin“ mitein-

ander vergleicht. Hier finden sich nämlich sehr viel geringere Differenzen als bei der obigen Analyse der Arztbesuche. Versicherte, die gar keine Erfahrungen mit Alternativ- und Komplementärmedizin haben, wünschen sich zu 27% Grund- und Wahlleistungen in der GKV, bei Versicherten, die im letzten Jahr sehr umfangreiche Erfahrungen mit alternativen Heilmethoden gemacht haben, sind dies nur unwesentlich mehr, nämlich 33%. Auch bei zusätzlicher Berücksichtigung des Bildungsniveaus verändert sich dieser Befund nicht.

Wie gerecht ist das Solidarprinzip? Auch bei „Gebern“ gibt es kaum moralische Zweifel

Weitere Aufschlüsse lassen sich finden, wenn man einmal differenziert die dem Solidarprinzip zugrunde liegenden Prinzipien der Umverteilung anspricht und Versicherte befragt, für wie gerecht sie es halten, dass gesunde Beitragszahler die Kranken unterstützen, Jüngere die Älteren, Alleinstehende die Verheirateten und Versicherte mit Kindern, hohe Einkommensbezieher die schlechter Verdienenden. Die Urteile aller Versicherten in Bezug auf diese vier Prinzipien dokumentieren zunächst einmal, dass die Umverteilungen insgesamt jeweils von der großen Mehrheit (mindestens 60%) als durchaus gerecht empfunden werden. Dabei gibt es jedoch Abstufungen (vgl. Abb. 4).

Jeweils etwa 80% aller Versicherten empfinden es als vollkommen oder überwiegend gerecht, dass in der Krankenversicherung weder das Lebensalter, noch der Gesundheitszustand noch das Einkommen für die Beitragshöhe und die gewährten medizinischen Leistungen maßgeblich ist. Dass die Stärkeren die Schwächeren bei der Absicherung der elementaren Risiken unterstützen, findet fast durchweg moralische Unterstützung.



Die Kritik am heimlichen „Familien-Lastenausgleich“ in der GKV

In einem Punkt steigt allerdings der Anteil Befragter, der eher Benachteiligung oder Ungerechtigkeit empfindet, recht deutlich: Dies betrifft die – offensichtlich so wahrgenommene - finanzielle Bevorzugung von Verheirateten und von Familien mit Kindern in der GKV. Hier verdoppelt sich der Anteil kritischer Stimmen, die ansonsten bei rund 20% liegen, auf nahezu 40%. Ganz augenscheinlich werden

Verheiratete und Familien mit Kindern nicht – wie Kranke, Ältere und Ärmere – als „Schwächere“ wahrgenommen, für die man bereit ist, finanzielle Unterstützung zu leisten. Die im deutschen Sozialsystem zum Teil auch über den Umweg der Krankenversicherung realisierte ökonomische Gratifikation von Ehe und Familie findet bei einer größeren Zahl von Versicherten keine Akzeptanz. Dabei ist insgesamt und unter dem Strich keineswegs ein Zerfall von Solidarität feststellbar, es dominieren keine egoistischen und materialistischen Wertorientierungen, die eine Absicherung von Krankheitsrisiken von der Einkommensstärke abhängig machen und Äquivalenz-Prinzipien den Vorrang geben. Der in der GKV gewisser Massen vollzogene „Familienlastenausgleich“ erscheint vielen jedoch als ein Element, das innerhalb des Solidarprinzips aus der Reihe fällt, das systemfremd und tendenziell ungerecht erscheint.

Inwieweit zeigen sich nun Unterschiede in den Gerechtigkeits-Maßstäben zwischen einzelnen sozialen Gruppen, gibt es insbesondere Differenzen zwischen „Gebern“ und „Nehmern“, also Jüngeren und Älteren, Gesunden und Kranken, Besser- und Geringer-Verdienenden? Die folgende Tabelle 2 zeigt die Befragungsergebnisse hierzu aufgeschlüsselt nach den jeweils besonders interessierenden Gruppen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden dabei die Urteile „vollkommen gerecht“ und „überwiegend gerecht“ einerseits zusammengefasst sowie die Urteile „überwiegend ungerecht“ und „vollkommen ungerecht“ andererseits. Ferner wurden nur die positiven Urteile abgebildet, die negativen Urteile ergeben sich spiegelbildlich als Differenz zu 100 Prozent.

Tabelle 2: Moralische Zustimmung zu unterschiedlichen Aspekten des Solidarprinzips (Befragte in Prozent, die den jew. Aspekt als vollkommen oder überwiegend gerecht wahrnehmen)

	Gesundheitszustand		„Kranke“ *	„Gesunde“	Behinderte	Nicht Behinderte
	chronisch Erkrankte	nicht chron. Erkrankte				
Unterstützung Kranker durch Gesunde	86	80	86	80	84	80
Unterstützung Älterer durch Jüngere	Lebensalter		35-44	45-54	55-64	über 64
	bis 24	25-34				
	73	73	78	80	82	87
Unterstützung Verheirateter und Familien durch Singles	Familienstand		67	53		
	verheiratet	alleinstehend				
Unterstützung Schlechtdienender durch Besserdienende	Monatseinkommen je Haushaltsmitglied (in EURO)		801-1200	1201-1500	über 1500	
	bis 600	601-800				
	90	86	89	85	82	

* Befragte mit „lang andauernder Krankheit, Behinderung oder körperlicher Gebrechlichkeit“

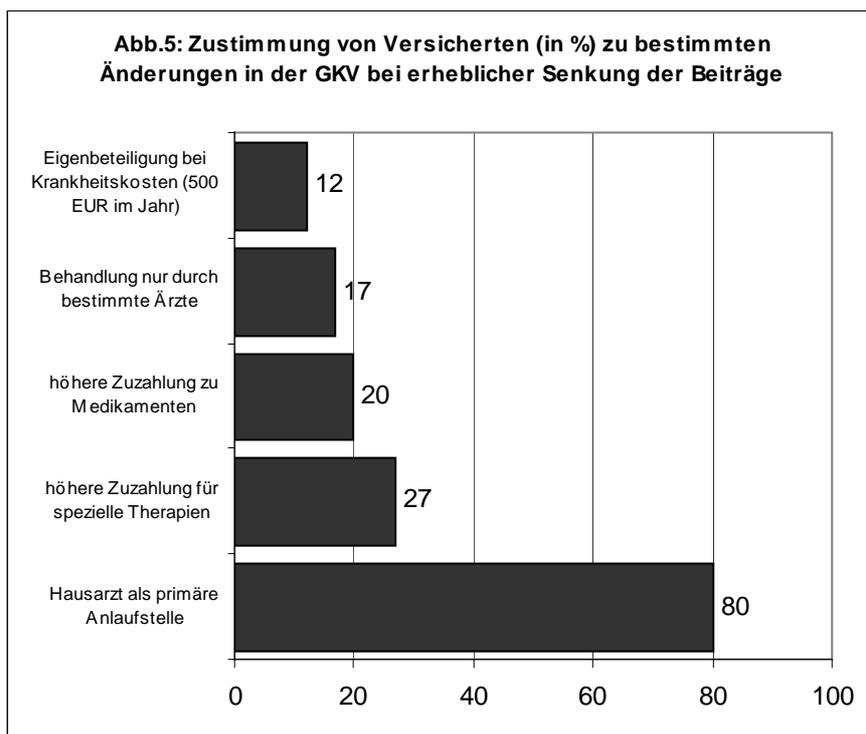
Deutlich wird für alle vier Aspekte des Solidarprinzips, dass die moralischen Urteile von „Gebern und Nehmern“, von Unterstützern und Unterstützten sich nicht gravierend voneinander unterscheiden. Die jeweiligen Extremgruppen liegen maximal 14 Prozentpunkte auseinander. Besonders niedrig sind die Differenzen für den Aspekt „Krankheit“, hier gibt es einen fast uneingeschränkten Konsens fast aller Versicherter, dass chronisch Erkrankte oder Behinderte in der Gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich zu den körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen nicht auch noch finanziell stärker zu belasten sind. Darüber hinaus fällt wiederum die vergleichsweise höhere Skepsis auf, ob eine Besserstellung von Verheirateten und Familien tatsächlich unter dem Aspekt sozialer Gerechtigkeit legitim ist.

Wahl-Tarife in der GKV: Nur das Hausarztmodell stößt auf breites Interesse

Die Frage im Gesundheits-Monitor, welchem System man für die Krankenversicherung die größte Sympathie entgegenbringen würde, enthielt bereits als eine Antwortalternative die Differenzierung in Grund- und Wahlleistungen. Welche Modelle und Tarife im Einzelnen wären es nun, die bei Versicherten auf besonders Interesse stoßen? Dazu wurde als Gegenleistung der Kasse eine „erhebliche Senkung der Krankenversicherungsbeiträge“ in Aussicht gestellt und als Möglichkeiten vorgegeben:

- das „Hausarzt-Modell“, das Versicherte dazu verpflichtet, vor einem Facharzt zunächst immer einen Haus- bzw. Allgemeinarzt aufzusuchen
- das Modell des „Ärzte-Pools“, das die Wahlfreiheit der Versicherten einschränkt und eine Leistungsübernahme nur für bestimmte, von der jeweiligen Kasse ausgewählte Ärzte vorsieht
- eine höhere Eigenbeteiligung bzw. Zuzahlung bei verordneten Medikamenten
- höhere Zuzahlungen für spezielle Therapien wie zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie
- eine Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten wie sie derzeit in der PKV recht häufig gewählt wird, zum Beispiel in der Höhe von 500 EURO im Jahr.

Abbildung 5 macht deutlich, dass die Zustimmung zu diesen verschiedenen Leistungseinschränkungen sehr unterschiedlich ausfällt. Während das Hausarzt-Modell auf der einen Seite eine sehr hohe Akzeptanz findet (80%), stoßen die übrigen vier Vorschläge doch eher auf Ablehnung. Es sind jeweils nur 12 bis maximal 27 Prozent der Versicherten, die solchen Änderungen Positives abgewinnen könnten.



ten.

Diese Befunde scheinen zunächst in einem gewissem Widerspruch zu anderen Befragungsergebnissen zu stehen („Die Mehrzahl der Patienten hat ein sehr großes Interesse an mehr Wahlmöglichkeiten in der GKV, etwa im Rahmen von Zusatzversicherungen und Eigenbeteiligungsregelungen“), die zuletzt veröffentlicht wurden und die wir eingangs kurz skizziert hatten. Dieser scheinbare Widerspruch ist jedoch leicht auflösbar. Bei sehr vielen Befragten dürfte eine gewisse Skepsis die Oberhand behalten haben, was den finanziellen „Output“ anbelangt: Was bedeutet eine „erhebliche Senkung der Krankenkassenbeiträge“ in Euro und Cent? Da der finanzielle Gegenwert recht vage und unbestimmt bleibt, kann er vermutlich bei vielen Versicherten auch nicht als Anreiz wirksam werden, um dafür im Gegenzug Leistungseinschränkungen hinzunehmen. Hinzukommt, dass zwei Aspekte eine recht kompliziert und wenig durchschaubare Veränderung beinhalten: Der Beitrag wird (in unbekanntem Umfang) gesenkt, gleichzeitig jedoch auch wieder durch höhere Zuzahlungen für Medikamente bzw. spezielle Therapien (gleichfalls in unbekannter Höhe) nach oben geschraubt. Dies dürfte für viele wohl finanziell zu wenig durchschaubar sein, um zuzustimmen.

Überraschend hoch ist auf der einen Seite wohl der Anteil von rund 80% Versicherten, die dem Hausarzt-Modell zustimmen und damit also auch eine nicht unerhebliche Einschränkung ihrer derzeit verbrieften Wahlfreiheit akzeptieren. Wenn gleichzeitig auf der anderen Seite nur etwa 17% dem Ärztepool-Modell ihre Zustimmung geben (in der Janssen-Cilag-Umfrage wählt dieses „Preferred-Provider-Modell“ eine ähnlich niedrige Zahl von 23%), dann wird aus beiden Ergebnissen zusammen genom-

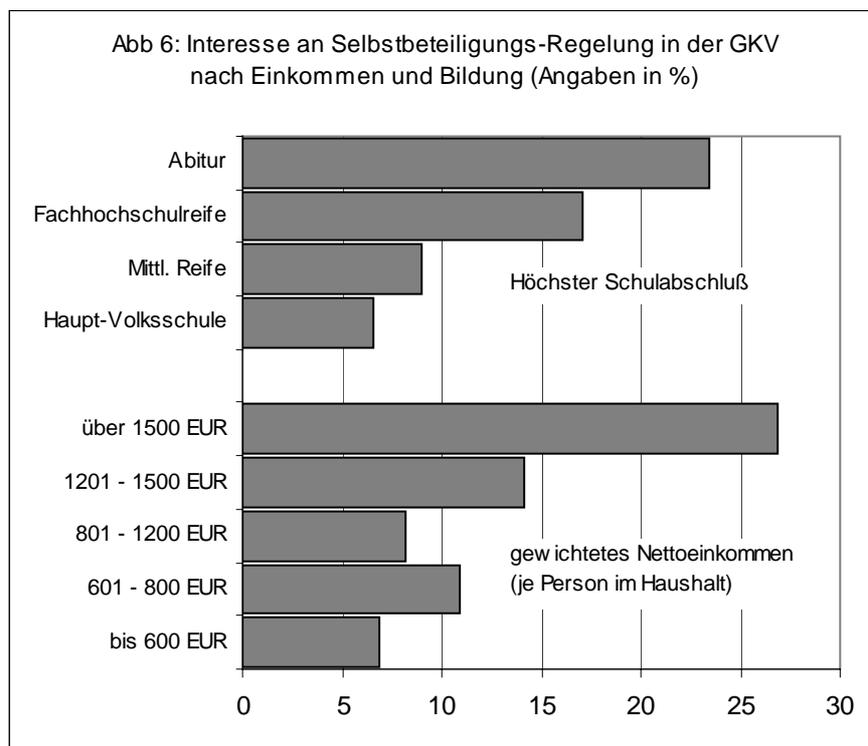
men deutlich, dass „Wahlfreiheit“ im Kontext der medizinischen Versorgung und für Versicherte kein abstraktes Rechtsgut ist, dass sie nicht auf die Wahrung verbriefter Rechte pochen. Einen Haus- oder Allgemeinarzt kennen die allermeisten auch aus persönlicher Erfahrung, die von einer Kasse zugewiesenen Ärzte eines Pools sind ihnen jedoch zwangsläufig fremd.

Wenn die Einschränkung der Arztwahl auf einen Arzttypus (Haus- bzw. Allgemeinärzte) also akzeptiert, die Einschränkung auf eine begrenzte Zahl von Ärzten (Ärztepool) jedoch gleichzeitig abgelehnt wird, dann ist dies wohl nur so interpretierbar, dass Elementen wie Kommunikation und persönliche Kenntnis, Nähe und Vertrauen zum Arzt besonders große Bedeutung im Rahmen der medizinischen Behandlung zuerkannt wird. Die Qualität ärztlichen Handelns wird nicht als abstrakte und im Prinzip anonymisierbare, von (austauschbaren) Experten lieferbare Dienstleistung wahrgenommen, sondern ist aus Sicht der Patienten ganz wesentlich definiert durch emotionale und soziale Komponenten des Arzt-Patient-Verhältnisses.

Eigenbeteiligungs-Tarife: Interessant bei hohem Status und hohem Einkommen

Der Vorschlag zu einer Eigenbeteiligung bei den Krankheitskosten, so wie sie in der PKV von vielen Versicherten als preisgünstigerer Tarif gewählt wird, stößt nur bei etwa jedem achten Versicherten (12%) auf Gegenliebe. In anderen aktuellen Umfragen zur GKV ist das Interesse an solchen Modellen nicht angesprochen worden. Nur in der Studie GKV 2000 wird die Einstellung hierzu ganz allgemein erfragt mit dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit (65%) der Aussage zustimmt: „Eine höhere Selbstbeteiligung ist für Bürger nicht zumutbar.“ Insofern bestätigt die Gesundheits-Monitor-Befragung noch einmal bnachdrücklich Ergebnisse früherer Studien: Selbstbeteiligungen sind für die ganz überwiegende Mehrheit der GKV-Versicherten derzeit unattraktiv.

Betrachtet die Ergebnisse unserer Umfrage differenziert nach sozialen Gruppen, dann zeigt sich allerdings, dass je höher das Einkommen oder das Bildungsniveau oder die Stellung im Beruf, desto häufiger wird auch eine Eigenbeteiligung an den Krankheitskosten akzeptiert, wenn dies eine Beitrags-



senkung mit sich bringt.

Bei einem Haushaltseinkommen bis zu 1200 EUR je Person (vgl. Abb. 6) sind nur jeweils etwa 10% oder weniger an einem Eigenbeteiligungstarif interessiert, bei einem Einkommen von über 1500 EUR sind dies mehr als doppelt so viele (27%). Ähnliche hohe Differenzen zeigen sich für den höchsten

Schulabschluss. Versicherte mit Volks- oder Hauptschulabschluss haben nur zu 7% Interesse, Versicherte mit Abitur wiederum vier mal so oft (23%).

Wahltarife – für Versicherte mit höherem Status sehr viel interessanter

Betrachtet man einmal insgesamt, wie viele von den vorgegebenen fünf Tarifen (Hausarztmodell, Ärzteepteil, Zuzahlungen für Medikamente, Zuzahlung für spezielle Therapien, Eigenbeteiligung) von den Versicherten gewählt werden, dann zeigt sich ein interessantes Ergebnis, wenn man Versicherte nach ihrem sozialen Status aufteilt (vgl. Tabelle 3).

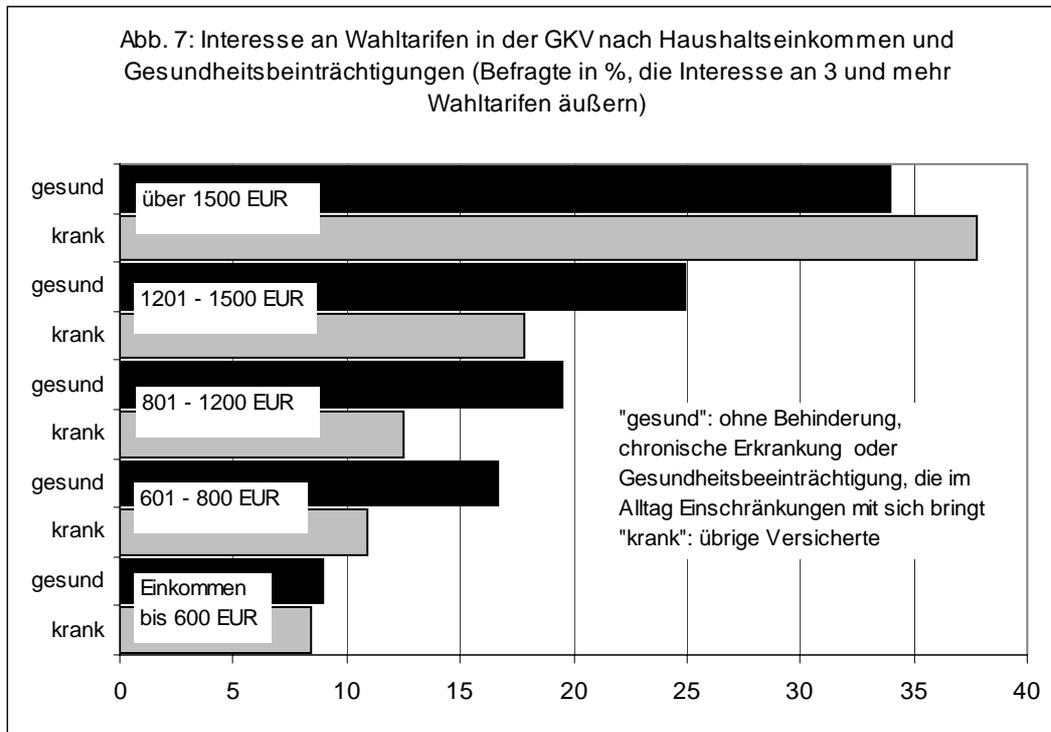
Tab. 3: Anzahl der von Versicherten gewählten speziellen Tarife oder Modelle (Zahlenangaben in %), nach Status

	0-1	2	3 und mehr	insgesamt
höchster Schulabschluss				
mit/ohne Haupt-/Volks-Schule	59	28	13	100
Mittl.Reife / Polytechn.Oberschule	59	26	16	100
Fachhochschulreife	52	26	22	100
Abitur	43	32	25	100
gewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (je Person / Monat)				
bis 600 EUR	65	27	9	100
601 – 800 EUR	58	27	15	100
801 – 1200 EUR	55	28	17	100
1201 – 1500 EUR	50	28	23	100
über 1500 EUR	38	26	36	100
insgesamt	55	28	17	100

Versicherte mit sehr niedrigem Einkommen oder Bildungsniveau verhalten sich sehr zögerlich und eher ablehnend, was spezielle Wahltarife anbetrifft. Die große Mehrheit dieser Gruppen (von etwa 60%) wählt maximal einen speziellen Tarif zur Beitragsreduktion – meist das Hausarztmodell. Bei Befragten mit sehr hohem Einkommen und Bildungsniveau auf der anderen Seite liegen die Verhältnisse genau umgekehrt. Bei einem monatlichen Einkommen je Haushaltsmitglied von über 1500 EUR ist es gut ein Drittel aus dieser Gruppe (36%), die an drei oder noch mehr Zusatztarifen in der Krankenversicherung interessiert wären.

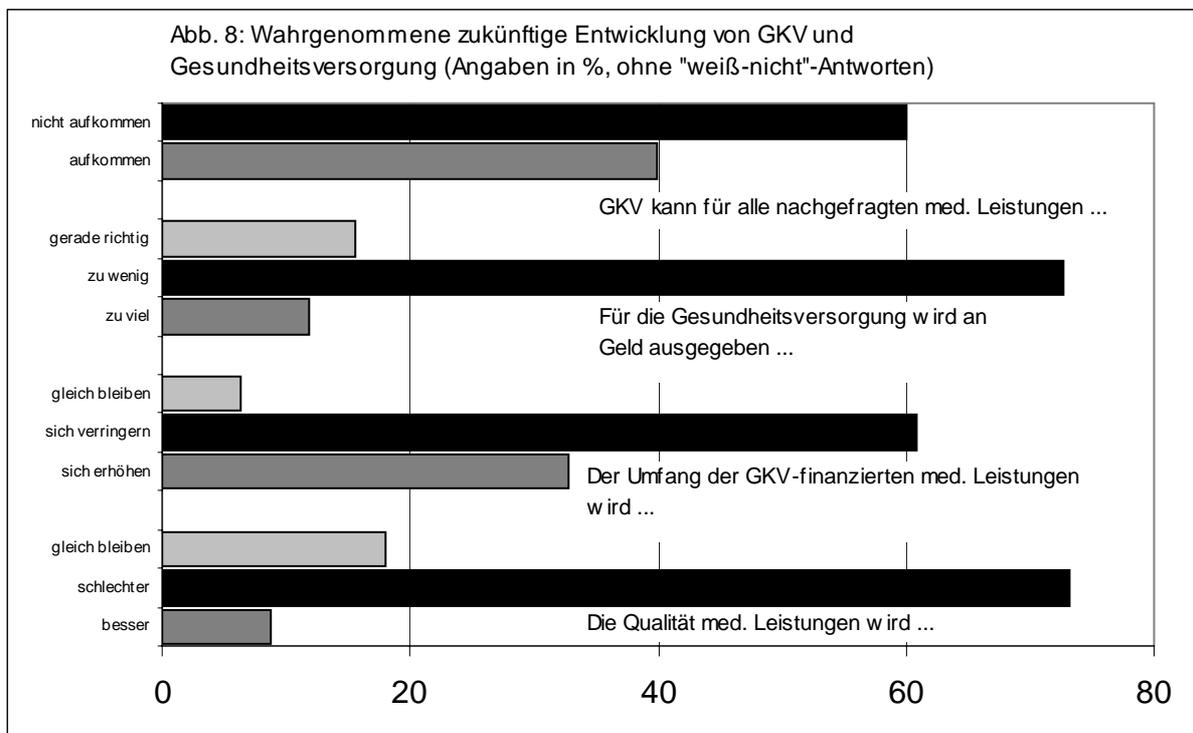
Der Gesundheitszustand spielt für das Interesse an Wahltarifen keine größere Rolle, ganz gleich, welchen Indikator man dafür heranzieht (chronische Erkrankung, Behinderung, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen). Die Zugehörigkeit zur eher „wahltarif-interessierten“ oder zur „wahltarif-distanzierten“ Gruppe schwankt bei Berücksichtigung von Morbiditäts-Indikatoren um maximal 5-8 Prozentpunkte. Vergleicht man einmal, welchen Einfluss der ökonomische Status einerseits und der Gesundheitszustand bzw. der Bedarf an medizinischer Versorgung andererseits darauf haben, ob ein größeres Interesse an individuellen Tarifen in der Krankenversicherung besteht, dann zeigt sich (vgl. Abbildung 7), dass zwar beide Faktoren eine Rolle spielen. Quantitativ gesehen ist es jedoch sehr viel stärker der sozio-ökonomische Status, der in dieser Frage unterschiedliche Positionen hervorruft als der unterschiedliche Gesundheitszustand.

Dies macht deutlich, dass die Neigung zur individuellen Modifikation von Krankenversicherungsverträgen weitaus weniger bestimmt ist von einer Einschätzung zukünftiger Erkrankungsrisiken und des Therapiebedarfs, als sehr viel stärker von ökonomischen Input-Output-Kalküls einerseits und möglicherweise auch intellektuellen, status-betonten Bedürfnissen nach einer individualisierten, weniger anonymen Pauschalversicherung andererseits.



Zukunftsansichten: Bei Versicherten überwiegt Pessimismus – Kritik an der „Sparpolitik“ im Gesundheitswesen

Wie sehen Versicherte die zukünftige Entwicklung von Krankenversicherung und medizinischem Versorgungsangebot? Einige hierzu im Gesundheitsmonitor gestellte Fragen dokumentieren eine sehr negative, pessimistische Zukunftssicht der meisten Versicherten (vgl. Abb. 8). 60% befürchten, dass nicht alle nachgefragten medizinischen Leistungen von der Kasse finanziert werden können, ein ähnlich hoher Anteil (61%) vermutet daher, dass der Leistungsumfang reduziert werden dürfte, nahezu drei Viertel aller Versicherten (73%) erkennen auch eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität in der Zukunft. Die in solchen Aussagen indirekt enthaltenen Befürchtungen, dass es zu Rationierungen, Leistungsausgrenzungen oder auch einer Verschlechterung der Versorgung kommen könnte, stimmen dann recht logisch mit der Aussage überein, dass die vorhandenen Finanzmittel im Grunde keine Wirtschaftlichkeitsreserven mehr beinhalten, die unter Wahrung des ökonomischen status quo den aktuellen Versorgungsstandard sichern könnten. In dieser Perspektive ist dann das von 73% gefällte Urteil „Für die Gesundheitsversorgung wird zu wenig Geld ausgegeben“ zugleich auch ein Votum für einen gesundheitspolitischen Umkehr und den Verzicht auf die bislang vorherrschende strikte Kostendämpfungspolitik.

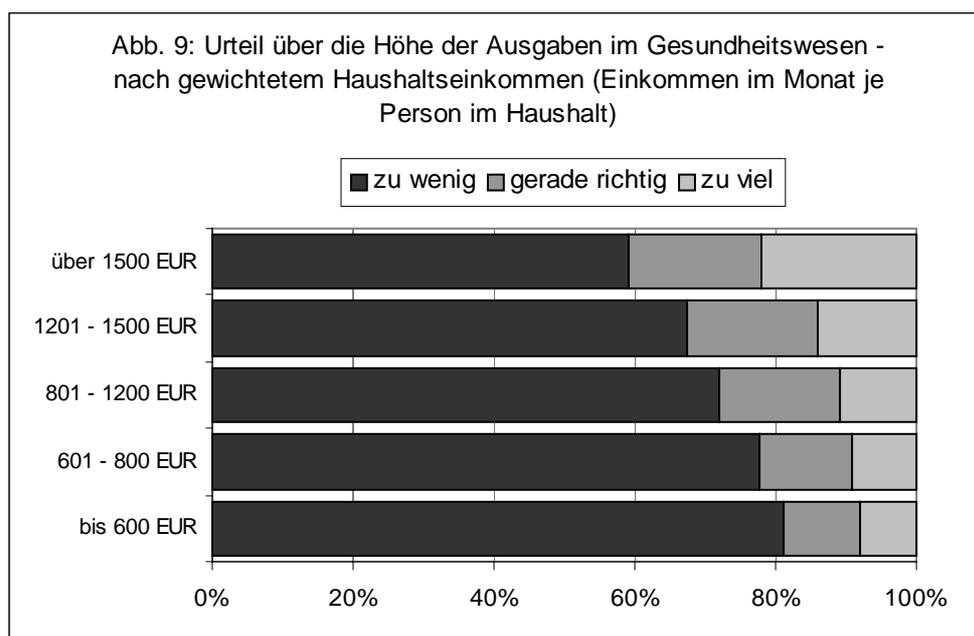


Hier tritt das in der Janssen-Cilag-Studie hervorgehobene Ergebnis „Es gibt keine Mehrheit für eine einseitig an der Eindämmung der Beitragsentwicklung orientierte Gesundheitspolitik“ noch einmal sehr viel klarer als Votum der Bevölkerungsmehrheit hervor. Dabei zeigen sich überraschenderweise kaum Unterschiede zwischen Gesunden und chronisch Erkrankten, Behinderten und Nicht-Behinderten. Die Differenzen in der Frage, ob zu viel oder zu wenig Geld für die gesundheitliche Versorgung ausgegeben wird, liegen bei nur 2-3 Prozentpunkten. Lediglich die aktuelle Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist von gewissem Einfluss: Versicherte, die häufiger zum Arzt gehen oder umfangreiche Erfahrungen mit alternativer Medizin haben, kritisieren die aktuelle „Sparpolitik“ noch schärfer als andere, die das Versorgungssystem wenig beanspruchen.

Noch frappierender ist jedoch ein anderes Ergebnis in diesem Zusammenhang: Je höher das Einkommen, umso weniger werden die im Gesundheitssystem eingesetzten Geldmittel als „zu niedrig“ taxiert. Oder umgekehrt: Bei Befragten mit sehr geringen ökonomischen Einkünften ist die Kritik noch schärfer. (vgl. Tabelle 4 und Abb. 9) Während Besserverdienende nur etwa zur Hälfte angeben, es werde im Gesundheitswesen an notwendigen Ausgaben zu stark gespart, sind dies bei Befragten mit sehr niedrigen Einkünften sehr viel mehr (80%). Deutlich wird hier wohl weniger eine bestimmte Mentalität der finanziell besser gestellten Versicherten, die dem Staat mehr Sparsamkeit vorschreiben, als vielmehr eine konkrete Alltagserfahrung der Bezieher niedriger Einkommen, für die persönliche, nicht GKV-finanzierte Gesundheitsausgaben oder Zuzahlungen eine spürbar höhere Belastung darstellen.

Tabelle 4: Urteil über die Höhe der Ausgaben im Gesundheitswesen (Angaben in %) nach gewichtetem Haushaltseinkommen (Einkommen im Monat je Person im Haushalt)

	zu wenig	gerade richtig	zu viel	
bis 600 EUR	82	11	8	100
601 - 800 EUR	77	13	9	100
801 - 1200 EUR	72	17	11	100
1201 - 1500 EUR	68	19	14	100
über 1500 EUR	59	19	22	100
insgesamt	73	16	12	100



Zusammenfassung und Fazit

Welche Ergebnisse unserer Analyse sind nun besonders hervorzuheben? Deutlich geworden ist zunächst, dass es in der Bevölkerung, oder genauer: bei den Mitgliedern und Mitversicherten der GKV nach wie vor einen breiten Konsens für das Solidarprinzip gibt. Radikale marktwirtschaftliche Positionen, die eine flächendeckende Einführung privater Risikovorsorge in der Krankenversicherung wünschen, finden nur bei einer sehr kleinen Minderheit der Versicherten Zustimmung. Ebenso findet die zuletzt vielfach diskutierte und in Wahlprogrammen angekündigte Einführung von Grund- und Wahlleistungen nur etwa bei jedem Dritten Sympathie, auch wenn man sich dabei vergegenwärtigen muss, dass das Interesse an solchen Systemänderungen mit zunehmendem Bildungsniveau nicht unerheblich ansteigt. Bemerkenswert erscheint uns, dass die mit dem Solidarprinzip verbundenen finanziellen Umverteilungsmechanismen, von denen man nicht voraussetzen kann, dass sie zum elementaren Wissensbestand aller Versicherten zählen, gleichwohl auch bei expliziter Benennung dieser ökonomischen Umverteilungsströme in der Befragung von der großen Mehrheit als durchweg gerecht empfunden werden. Mit anderen Worten: Auch die sozialen Gruppen der „Geber“ in der GKV akzeptieren es als moralische Verpflichtung, dass gesunde Beitragszahler die Kranken unterstützen, Jüngere die Älteren, hohe Einkommensbezieher die schlechter Verdienenden, Alleinstehende die Verheirateten und Versicherte mit Kindern. Dieser letzte Punkt findet allerdings nicht mehr jene breite Zustimmung wie die zuvor genannten. Der in der GKV unter der Hand vollzogene „Familienlastenausgleich“ erscheint zwar nicht der Mehrheit, aber doch vielen Versicherten (etwa 40%) als ein Element, das innerhalb des Solidarprinzips aus der Reihe fällt, das systemfremd und tendenziell ungerecht erscheint.

Für die von Versicherten wahrgenommene zukünftigen Entwicklung in der GKV, was den Umfang und die Qualität der finanzierten medizinischen Leistungen anbetrifft, lässt sich nur ein Begriff finden: Düstere Pessimismus. 60% befürchten, dass nicht alle nachgefragten medizinischen Leistungen von der Kasse finanziert werden können, ein ähnlich hoher Anteil (61%) vermutet daher, dass der Leistungsumfang reduziert werden dürfte, nahezu drei Viertel aller Versicherten (73%) erkennen auch eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität in der Zukunft. Von daher erscheint es nur logisch, wenn die bislang vorherrschende Politik der Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität von Versicherten ganz überwiegend (73%) als unangemessen kritisiert wird. Die Sparpolitik im Gesundheitswesen erscheint GKV-Versicherten als ein massives Gesundheitsrisiko sui generis, als Bedrohung einer angemessenen medizinischen Versorgung auch in der Zukunft.

Ein Interesse an der Einführung von Wahl- und Grundleistungen in der GKV lässt sich auch in den Ergebnissen des Gesundheits-Monitors wiederfinden. Allerdings können wir hier nicht jene quantitative Verbreitung bestätigen, die aus anderen Umfragen zuletzt berichtet wurde. Hypothetische, in die Zukunft verlagerte Wahlsituationen, prospektive Entscheidungen über Produkte und Dienstleistungen, die es noch gar nicht gibt und zu denen erst recht keine persönlichen Erfahrungen vorliegen, sind in Meinungsumfragen immer mit Vorbehalt zu betrachten. Hier sei nur ganz kurz erinnert an jene Prognosen auf der Basis von Meinungsumfragen, die kurz vor Einführung der Kassenwahlfreiheit auch für Arbeiter Wechselströme in der Größenordnung von 10-25 Prozent vorhersagten und die spielerische Unverbindlichkeit eines Fragebogen-Kreuzes mit finanziell (Beitragshöhe) und sozial (Service, Vertrauen) gravierenden Entscheidungen der Alltagsrealität in eins setzten. Insofern dürfte einerseits die in der Janssen-Cilag-Umfrage mitgeteilte 95%ige Zustimmung zu Wahlтарifen möglicherweise ebenso überhöht sein, wie andererseits die im Gesundheitsmonitor für vier von fünf Modellen gefundene Zustimmung von unter 30% (mit Ausnahme des Hausarztmodells) eine Unterschätzung tatsächlicher Interessen von Versicherten darstellt.

Das wohl auffälligste Ergebnis unserer Analysen ist allerdings ein anderer Fakt: Die bei nahezu allen Fragen zur GKV und zum Solidarprinzip festgestellten Differenzen zwischen Versichertengruppen. Dabei spielen jedoch jene Merkmale kaum eine Rolle, die man aus inhaltlichen Überlegungen für relevante Einflussfaktoren halten könnte: Alter und Gesundheitszustand als Indikatoren des aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarfs. Ob es um die grundsätzliche Entscheidung für oder gegen Grund- und Wahlleistungen geht oder um konkret auszuwählende individuelle Tarife: Je höher der soziale Status ist, gemessen am Bildungsniveau oder auch Einkommen, umso häufiger werden Interessen an differenzierenden Tarifen innerhalb der GKV artikuliert. Unsere Analyse zeigt, dass dafür weniger ökonomische Kalküls, persönliche „Input-Output-Überlegungen“ (GKV-Einzahlungen und medizinische Gegenleistungen) maßgeblich sind: In diesem Falle müsste der Einfluss des Gesundheitszustands und der damit verbundene Versorgungsbedarf eine sehr viel größere Rolle spielen.

Auch wenn es für diese Frage im Rahmen der im Gesundheits-Monitor erhobenen Daten keine definitive empirische Auflösung gibt, so liegt doch die Interpretation nahe, dass bei den besser ausgebildeten und besser verdienenden Versicherten hier ein eher soziales und intellektuelles als versorgungsorientiertes Interesse manifest wird. „Wahlfreiheit“, eine differenziertes, auf persönliche Bedürfnisse abgestimmtes System unterschiedlicher „Tarifmodule“ in der GKV – dies sind in erster Linie nur für Akademiker, beruflich erfolgreiche und gut situierte Versicherte erstrebenswerte Veränderungen. Es sei dahingestellt, ob dahinter ein Bedürfnis nach Selbstvergewisserung und Bestätigung von Individualität steht, ob es sich eher um einen Reflex handelt auf die in Werbespots von Lebensversicherern und Banken suggerierten, individuellen und maßgeschneiderten ökonomischen Risiko- und Geldanlagekonzepte, oder ob es sich um ein Bedürfnis nach Statusabgrenzung handelt, nach einer Absicherung auch „luxurierender“, aber durch den gesellschaftlichen Status ja begründbarer Therapiewünsche. In jedem Fall wird deutlich: Je höher der soziale Status, desto größer die Distanz zu dem als pauschal und uniform wahrgenommenen GKV-System der generellen und undifferenzierten Absicherung von Krankheitsrisiken.

Hinter dem Wunsch nach mehr „Wahlfreiheit“ und Wahlтарifen, nach „individuellen Zusatzversicherungen“ oder wie immer man die Modelle nennen mag, steckt nach unserer Auffassung dann auch kein Wunsch nach einer Aufspaltung der GKV-Solidargemeinschaft, kein Interesse an einer sozialen Schichtung der GKV-Versicherten, bei der man sich selbst dann gerne in einem oberen privilegierten Segment mit allumfassender Risikoversorge verorten möchte. Auch die Janssen-Cilag-Umfrage hatte ja gezeigt, dass Abwähl- und Zuwähl-Entscheidungen, die Auswahl beitrags erhöhender und beitragsreduzierender Tarife sich in etwa die Waage halten, auch wenn beitragsreduzierende Entscheidungen etwas öfter getroffen wurden. Das Votum für Grund- und Wahlleistungen würde dann eher den Wunsch nach mehr „Supermarkt“-Charakter in der Krankenversicherung beinhalten: Mehr Auswahlmöglichkeiten, eine größere Angebotsvielfalt, allerdings bei staatlich kontrollierter Qualität – denn die

Alternative der Privaten Krankenversicherung, die diese Vielfalt schon jetzt offeriert, wird ja von nur sehr wenigen Befragten befürwortet.

Für Gesundheitspolitiker bleibt gleichwohl ein Dilemma zurück. Die Einführung von Grund- und Wahlleistungen in der GKV wurde des öfteren schon als Einstieg in eine „Zwei-Klassen-Medizin“ vehement abgelehnt. Zugleich sind jedoch (in denselben politischen Lagern) immer noch Modelle in der Diskussion und Planung, die über ökonomische Anreize (Beitragsrabatte) das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Versicherten (Vorsorgeuntersuchungen, Arztwahl) zu beeinflussen trachten, die also Versicherten ebenfalls mehr Wahlfreiheit bieten möchten. Auch werden viele GKV-Versicherte heute schon in Arztpraxen mit Angeboten konfrontiert (sog. „IGEL“-Leistungen), die sie zumindest temporär in die Rolle des Privatpatienten versetzen und ihnen Entscheidungen abverlangen über unübliche, von der GKV gar nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen oder nur partiell finanzierte medizinische Leistungen. Ebenso wählen viele chronisch erkrankte Versicherte, denen die von der GKV-finanzierte Schulmedizin nicht hat helfen können, heute schon den selbst finanzierten Weg zum Heilpraktiker oder Alternativmediziner und fühlen sich von der „Ein-Klassen-Medizin“ der GKV im Stich gelassen. Die generalisierte Frage nach der Legitimität oder sozialen Gerechtigkeit von Wahlmöglichkeiten in der GKV ist insofern eher sophistischer Natur und hat nur noch geringen Realitätsbezug. Vielmehr käme es darauf an, jeweils im Einzelfall (bezogen auf „Wahltarife“ und darin beschriebene medizinische Leistungen) zu entscheiden, ob Individuen aufgrund materieller Zwänge der privaten Lebenssituation einerseits und ökonomischer Anreize von Beitragssenkungen andererseits das Risiko eingehen könnten, für sie zukünftig relevante medizinische Leistungen abzuwählen.