

Denn sie wissen nicht, was sie tun.

Anmerkungen zum gesundheitspolitischen Programm der schwarz-gelben Koalition

Das gesundheitspolitische Programm der schwarz-gelben Koalition ist ein Dokument des Sieges der Ideologie über den Sachverstand und stößt auch auf internen Widerstand. Die von Gesundheitsminister Rösler favorisierte Kopfpauschale ist nicht nur sozial ungerecht. Sie überfordert auch den eh schon hoch defizitären Staatshaushalt, erhöht den Verwaltungsaufwand bei Arbeitgebern und Krankenkassen und verletzt die Geschäftsinteressen der PKV. Dafür wird es in der Union keine Mehrheit geben. Die dort ins Auge gefasste Ausdünnung des RSA benachteiligt vor allem die AOKs und die ostdeutschen Versicherten. Das gleiche gilt für die Forderung der CSU nach einem regionalisierten RSA. Auch das ist in der Union nicht unumstritten. Zu den wirklich wichtigen Problemen wie Sicherung der Versorgung auf dem Land oder die Neuordnung des Vertragsrechts und der Sicherstellungsauftrages findet man in den Koalitionsvereinbarungen so gut wie nichts.

■ Hartmut Reiners

Zur Adventszeit 2009 startete Gesundheitsminister Rösler eine publizistische Offensive mit einer Reihe von Interviews (Die Zeit 26.11., SZ 5.12., Berliner Zeitung 9.12.). Während die Bundeskanzlerin in einem ARD-Interview am 6. November 2009 sich zur Gesundheitspolitik sehr bedeckt hielt und alle konkreten Fragen der Journalisten etwa nach der Kopfpauschale mit dem Hinweis abwehrte, das werde laut Koalitionsvertrag von einer Arbeitsgruppe geklärt, hat Herr Rösler Konturen seiner Vorstellungen einer GKV-Reform erkennen lassen. Zusammen mit den wenigen konkreten Ansagen des Koalitionsvertrages ergibt sich folgendes Bild:

- Der Arbeitgeberanteil wird auf 7% eingefroren, der Versichertenbeitrag soll auf eine Kopfpauschale mit einem aus Steuern finanzierten Sozialausgleich oder teilweise in einen aus dem Gesundheitsfonds ausgegliederten Zusatzbeitrag umgestellt werden.
- Der Ausgleich der Krankheitsrisiken unter den Krankenkassen wird zurückgefahren.
- Die Geschäftsinteressen der PKV werden gestützt. Deshalb wird u. a. der Wechsel von der GKV zur PKV durch

eine Verringerung der Wechselfrist auf ein Jahr erleichtert.

- In der Pflegeversicherung wird ein Zusatzbeitrag mit Kapitaldeckung eingeführt.

Dieses Programm ist ein Roll-back auf die Zeit vor dem GKV-WSG, in dem die SPD sich in wichtigen Punkten wie der Einführung des Morbi-RSA und dem vollen Finanzausgleich durchsetzen konnte. Die FDP sah darin ein „staatsbürokratisches Monster“. Auch für etliche Unions-Gesundheitspolitiker(innen) war der übrigens von Angela Merkel höchstpersönlich ins Gespräch gebrachte Gesundheitsfonds mit seinem vervollständigten RSA eine nur mit großem Widerwillen geschluckte Kröte, die man nun wieder ausspucken möchte. Die öffentlich geführte Diskussion innerhalb der Union lässt aber bereits jetzt erkennen, dass man – zurückhaltend formuliert – große Mühe haben wird, das in sich nicht gerade konsistente gesundheitspolitische Programm des Koalitionsvertrages zu realisieren. Diese Agenda führt die ideologischen Schlachten von gestern, was sich u. a. in der abgedroschenen Phrase äußert, nur die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit sichere die Therapiefreiheit (Zeilen 3978-79.).¹ Dazu passt auch die Forderung, in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) müsste die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zustehen; außerdem sollen Krankenhäuser nur in Ausnahmefällen MVZ eröffnen dürfen (Zeilen 3986-93).

*Hartmut Reiners,
Ökonom und Publizist, bis August 2009 Referatsleiter im
Gesundheitsministerium Brandenburg*

Diese und andere Passagen des Koalitionsvertrages zeigen, dass die schwarz-gelbe Koalition (nicht nur) in der Gesundheitspolitik einen in der Politik verbreiteten strategischen Fehler macht: Sie sitzt der eigenen Ideologie auf. Diese beruht auf folgenden offenbar faktenresistenten Annahmen:

- Das Absenken der Sozialabgaben der Arbeitgeber senkt die Arbeitskosten und fördert damit wirtschaftliches Wachstum.
- Die Kopfpauschale mit einem aus Steuern finanzierten Sozialausgleich ist sozial gerechter als die Beitragsfinanzierung.
- Der Gesundheitsfonds behindert mit seinem Morbi-RSA den Kassenwettbewerb.
- Die Umlagefinanzierung der GKV ist nicht demografiefest und geht zu Lasten zukünftiger Generationen.

Wirtschaftswachstum durch Senkung der Lohnnebenkosten?²

Die Kanzlerin predigt bei jeder sich bietenden Gelegenheit, man müsse die Arbeitskosten senken, um Wachstum zu ermöglichen. Gesundheitsminister Rösler stößt in dasselbe Horn: „In Deutschland sind nicht die Löhne zu hoch, sondern die Lohnzusatzkosten“ (Berliner Zeitung, 9.12.2009). Diese auch von den meisten Journalisten wie ein Mantra heruntergeleierte Behauptung hat schon die rot-grüne Koalition zur Grundlage ihrer „Hartz“-Gesetze gemacht und sich damit politisch in die Grütze geritten. Der einzige Unterschied zwischen Merkel und Schröder besteht diesbezüglich darin, dass sie von „Lohnzusatz-“, er von „Lohnnebenkosten“ redet. Dieser lächerliche Streits ums „wording“ weist auf den ideologischen Charakter dieser Begrifflichkeit hin. Ivan Nagel hat sie mal korrekt als „Falschwort“ bezeichnet, weil es nur Lohnkosten gäbe, aber keine imaginären Lohnnebenkosten (SZ, 30.5.2003). Das brachte ihm eine wütende Replik des damaligen SZ-Ressortchefs Wirtschaft Nikolaus Piper ein (1.6.2003). Spätestens beim Erhalt einer Handwerkerrechnung werde er die Existenz der Lohnnebenkosten spüren.

Nun stehen auf Handwerkerrechnungen in der Regel die Mehrwertsteuer, aber nicht die in den Lohnkosten enthaltenen Sozialversicherungsabgaben. Aber sei's drum. Ein Beispiel der Handwerkskammern Bayern zeigt, welche geringe Dimension diese haben. Demnach kostete 2003 eine Handwerkerstunde 43 Euro. Davon entfielen bei einem Stundenlohn von 12,30 Euro auf die gesetzlichen Sozialaufwendungen der Arbeitgeber 4,70 Euro und 5,90 Euro auf die Mehrwertsteuer. Senkt man die Sozialabgaben um 1 Prozentpunkt, sinken die Gesamtkosten in diesem Fall um gut 12 Cent – kein die Nachfrage nach Handwerkerleistungen wirklich anheizender Effekt.

Aber selbst wenn man die nirgendwo empirisch belegte Behauptung akzeptiert, dass steigende GKV-Beitragsätze wegen der damit steigenden Lohnkosten Arbeitsplätze

gefährden, müsste man diesen Effekt mit dem Jobzuwachs saldieren, den mehr Krankenkassenausgaben ermöglichen. Denn dieses zusätzliche Geld verschwindet nicht in einem „Fonds perdu“, sondern landet in einem personalintensiven Wirtschaftszweig und schafft Jobs. Der Gesundheits-Sachverständigenrat hat diesen Effekt vom DIW einmal durchrechnen lassen. Man kam auf einen positiven Saldo von bis zu 95.000 neuen Jobs (SVR-G 1997: Ziffern 340-383). Es wäre an der Zeit, diese Modellrechnung zu aktualisieren.

Die Ideologen der „Lohnnebenzusatzkosten“ (Kurt Kister, SZ 3.6.2006) blenden einen ganz entscheidenden Sachverhalt aus: Sozialabgaben sind unverzichtbare Lebenshaltungskosten und damit genuine Bestimmungsfaktoren des allgemeinen Lohnniveaus. Von einer Verlagerung der Sozialabgaben auf die Lohnempfänger bleibt dieser Sachverhalt unberührt, selbst wenn man den Arbeitgeberanteil komplett den Versicherten zuschlagen würde. Die dadurch steigenden Lebenshaltungskosten würden die Gewerkschaften bei den nächsten Tarifverhandlungen mit Sicherheit in Rechnung stellen. Daher ähnelt die Vorstellung, sinkende Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung würden die Lohnkosten senken, dem Glauben von Kleinkindern, man könne sie nicht mehr sehen, wenn sie sich die Hände vors Gesicht halten.

Die Fallstricke der Kopfpremie

Kein ernst zu nehmender Mensch wird behaupten, dass die Kopfpauschale per se mehr soziale Gerechtigkeit bringt als die einkommensbezogene Beitragsfinanzierung. Norbert Blüm bringt es auf den Punkt: „Wenn der Chef den gleichen Beitrag zur Krankenversicherung zahlt wie sein Chauffeur und der Meister den gleich wie der Hausmeister, dann musst du nicht Plato, Aristoteles oder Kant gelesen haben, um das für ungerecht zu halten. Es genügt der gesunde Menschenverstand.“ (Tagesspiegel, 26.10.2009) Gesundheitsminister Rösler kann dieses Argument aber nicht beeindrucken. Heute zahle der Generaldirektor „oft gar nicht ins solidarische System, sondern ist privat versichert, oder er zahlt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Im Steuersystem werden alle Bürger und alle Einkünfte für den Ausgleich zwischen Arm und Reich herangezogen. Die Krankenversicherung ist da für den Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden. Den Ausgleich zwischen Arm und Reich muss es geben – aber er ist besser aufgehoben im Steuersystem.“ (Die Zeit 26.11.2009)

Die Behauptung, ein über Steuern finanzierter Sozialausgleich sei zielgenauer als der über die einkommensbezogenen GKV-Beiträge, war schon immer zentrales Argument der Befürworter einer Kopfpauschale (Breyer 2003, Leinert et al. 2004, Rürup und Wille 2004). Richtig ist, dass sich in dem bestehenden GKV-System Besserverdienende entweder als privat Versicherte ganz oder als freiwilliger GKV-Versicherter durch die Beitragsbemessungsgrenze von 45.000 Euro pro Jahr (ab 1.1.2010) teilweise der solidarischen Finanzierung entziehen können. Gäbe es diese

sachlich nicht zu rechtfertigenden Privilegien nicht, wäre das Argument, die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs sei gerechter, per se ohne Substanz. Aber auch unter den gegebenen Bedingungen wäre die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs nur dann solidarisch, wenn sie nur aus direkten Steuern bestritten würde. Das aber ist in unserem Steuersystem nicht möglich, so dass der Sozialausgleich in der GKV auch aus den Umsatz- und Verbrauchssteuern finanziert würde. Das Steueraufkommen belief sich 2007 auf insgesamt 540 Mrd. Euro, davon entfielen 157 Mrd. Euro (= 29%) auf die Lohn- und Einkommenssteuer. Die den Löwenanteil der Staatseinnahmen stellenden indirekten Steuern werden aber von Arm und Reich gemeinsam getragen; dort gibt es keinen Sozialausgleich. Hinzu kommt, dass das bestehende Einkommenssteuersystem Spitzenverdienern reichlich Möglichkeiten bietet, ihren Steueranteil zu reduzieren. Eine Auswertung der Finanzstatistik des Statistischen Bundesamtes für die TAZ (23.11.2009) ergab, dass es keinen Unterschied macht, „ob man 20 Millionen im Jahr kassiert oder nur 190.000 Euro – die durchschnittliche prozentuale Belastung bleibt ungefähr gleich.“ Zu gleichen Ergebnissen kam 2007 eine Studie des WSI (Brischkat und Roberts).

Nicht nur das Argument, der steuerfinanzierte Sozialausgleich sei zielgenauer, hat ein brüchiges Fundament, sondern auch diese Finanzierung an sich. Eine Berechnung von Lauterbach et al. (2009) ergibt folgendes Bild:

- Für das Jahr 2011 wird der Gesundheitsfonds auf 180 Mrd. Euro geschätzt, von denen 14 Mrd. Euro aus dem Steuerhaushalt kommen. Von den verbleibenden 166 Mrd. Euro müssen die Versicherten 88 Mrd. tragen. Die Kopfpauschale pro Mitglied betrüge dann 145 Euro. Würden nur Kinder beitragsfrei mitversichert, nicht aber Ehegatten, wäre eine Prämie pro erwachsenem Versicherten von 125 Euro fällig.
- Setzt man die Belastungsgrenze auf 8% des Einkommens fest, betrüge bei der mitgliederbezogenen Prämie von 145 Euro der aus der Staatskasse zu bestreitende Sozialausgleich 35,66 Mrd. Euro, bei einer Erwachsenenprämie von 125 Euro 38,66 Mrd. Euro. Diese Zahlen entsprechen den von Pfaff et al. 2004 angestellten Schätzungen zu den Auswirkungen der von der Rürup- und der Herzog-Kommission gemachten Vorschläge,

Nach Lage der Dinge scheint Rösler das Modell der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Ehegatten zu favorisieren. Das ließe jedenfalls in einem Interview anklingen (Die Zeit, 26.11.2009). Wie dem auch sei, der aus dem Staatshaushalt zu finanzierende Sozialausgleich wird mindestens 35 Mrd. Euro erfordern. Es ist völlig unklar, wie dieses Geld aufgebracht werden soll. Der Bund muss bereits für den aktuellen Haushalt neue Kredite in Höhe von 100 Mrd. Euro aufnehmen. Wo soll er da das zusätzlich erforderliche Geld für die soziale Abfederung der Kopfpauschale hernehmen? Auf eine entsprechende Nachfrage der Süddeutschen Zeitung (5.12.2009) antwortete Philipp Rösler: „Wir setzen darauf, dass die Steuersenkungen Wachstum und somit höhere Einnahmen bringen.“ Dass er wie in einem Spielcasino auf etwas „setzt“, lässt auf eine

Mischung aus Hilflosigkeit und Zockerei schließen. Seriöse Finanzpolitik sieht jedenfalls anders aus.

Auch das Versprechen der schwarz-gelben Koalition, sie würde Bürokratie abbauen, wird mit der Kopfpauschale ad absurdum geführt. Diese ist nämlich mit einem deutlich erhöhten Verwaltungsaufwand verbunden. Soll der Beitragseinzug weiterhin über die Arbeitgeber bzw. Sozialversicherungsträger laufen, müssen diese den Familien- und den Beschäftigungsstand der Versicherten erfassen und laufend auf den aktuellen Stand bringen. Das erhöht nicht nur die Verwaltungskosten beträchtlich, sondern ist auch datenschutzrechtlich ein Problem. Sollte der Beitragseinzug auf die Kassen übergehen, müssten diese ein aufwändiges Einzugsverfahren einschließlich Mahnwesen aufbauen. „Wer einen Sozialausgleich für 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte organisieren will, schafft das größte bürokratische Ungeheuer“, spottet Horst Seehofer. „Ich wünsche Herrn Rösler viel Freude dabei.“ (Die Welt, 8.12.2009).

Sogar mit der PKV wird sich Philipp Rösler nolens volens anlegen, wenn er die Kopfpauschale einführen will. Denn mit einer Prämie von 145 Euro, die auch die Mitversicherung von Kindern und Ehegatten einschließt, hätte die GKV einen großen Vorteil im Wettbewerb mit der PKV um junge freiwillig Versicherte. Deshalb lehnten PKV-Vertreter bereits das von der CDU bzw. der Herzog-Kommission 2004 entwickelte Kopfprämienmodell entschieden ab und kündigten ihren Ausstieg aus dem Vollversicherungsgeschäft an, falls dieser Vorschlag realisiert werden sollte. Vor diesem Hintergrund könnte man sogar auf die Idee kommen, dass Philipp Rösler ein verdeckter Agent der Bürgerversicherung ist, wenn man nicht wüsste, dass seine Partei und auch viele Unions-Politiker fest zur PKV stehen. Das schlägt sich auch im Koalitionsvertrag nieder, der u. a. die Wechselfrist von freiwilligen GKV-Versicherten in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr zurückfahren will. Die Geschäftsinteressen der PKV sind auf jeden Fall sakrosankt, wie auch Herr Rösler klar stellt: „Wir haben im Koalitionsvertrag vereinbart, das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu erhalten. Dabei bleibt es.“ (Berliner Zeitung 9.12.2009)

Halten wir fest: Die Kopfpauschale ist nicht nur sozial ungerecht. Sie überfordert auch den eh schon hoch defizitären Staatshaushalt, erhöht den Verwaltungsaufwand bei Arbeitgebern und Krankenkassen und verletzt die Geschäftsinteressen der PKV. Jeder einzelne dieser Sachverhalte ist schon für sich in der schwarz-gelben Koalition ein gewichtiges Argument gegen einen solchen von Rösler angekündigten „Systemwechsel“. In ihrer Summe sind sie ein Killereffekt für seine Pläne. Man darf gespannt sein, wie die geplante Arbeitsgruppe zur GKV-Reform mit diesem krassen Widerspruch zwischen Wunsch und Realität umgehen wird.

„Wettbewerbsbeitrag“ und Reduzierung des RSA

Da haben andere im Zuge der Koalitionsverhandlungen diskutierte Vorschläge eine größere Realisierungschance,

die alle weiteren Ausgabensteigerungen der GKV auf die Versicherten abwälzen. Sie weiten nicht nur den von diesen zu tragenden Zusatzbeitrag aus, sondern wollen auch den Risikostrukturausgleich (RSA) reduzieren. Sicher ist, dass der Arbeitgeberbeitrag von gegenwärtig 7 % beibehalten werden soll. Darüber könnte man sogar nachdenken, wenn diese Quote sich wie in den Niederlanden auf die gesamte Lohn- und Gehaltssumme beziehen und so die höheren Gehaltsgruppen stärker als heute in den Solidar- ausgleich einbezogen würden. Aber davon ist nirgendwo die Rede. Man will vielmehr den von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag von 0,9% aus dem Gesundheitsfonds und dem RSA auskoppeln und in einen so genannten „Wettbewerbsbeitrag“ umformen, der alle Ausgabensteigerungen der Kassen abzudecken hat. Das würde Kassen mit vielen einkommensschwachen und chronisch kranken Versicherten benachteiligen. Nachstehende Tabelle zeigt diesen Effekt sehr deutlich.

Tabelle: Effekte des „Wettbewerbsbeitrags“ bei den 15 größten Krankenkassen

Kranken- kasse	Rechnerischer Zusatzbeitrag bezogen auf			Effekt ins- gesamt
	GKV-Schnitt von 0,9 %	Erwartete Finanzlücke von 7,5 Mrd. Euro	Rückzahlung eines Liquidi- tätsdarlehens 1,5 Mrd. Euro	
GKV insg.	0,9%	0,73%	0,15%	1,78%
BEK	0,9%	0,7%	0,1%	1,7%
DAK	0,9%	0,8%	0,2%	1,8%
TK	0,7%	0,6%	0,1%	1,4%
AOK Bayern	1,0%	0,8%	0,2%	2,0%
AOK BaWü	1,0%	0,8%	0,2%	1,9% *
AOK Plus	1,2%	1,0%	0,2%	2,4%
AOK Rh-HH	1,1%	0,9%	0,2%	2,1% *
AOK Nie- ders.	1,1%	0,9%	0,2%	2,1% *
AOK WL	1,1%	0,9%	0,2%	2,1% *
KKH	0,9%	0,7%	0,1%	1,8% *
BuKn	1,0%	0,8%	0,2%	1,9% *
GEK	0,8%	0,6%	0,1%	1,6% *
AOK Hessen	1,1%	0,9%	0,2%	2,2%
AOK B-BB	1,4%	1,2%	0,2%	2,7%

* Auf- bzw. Abrundungseffekte
Quelle: AOK-BV, eigene Zusammenstellung

Die AOKs müssten einen rechnerischen Zusatzbeitrag von zwischen 1,9% (Baden-Württemberg) und 2,8% (Mecklenburg-Vorpommern) erheben, während die mit einer besseren Einkommens- und Morbiditätsstruktur der Versicherten gesegnete TK nur 1,4% zusätzlich zum paritätischen Beitrag von 14% verlangen müsste. Die durch den Gesundheitsfonds und den M-RSA eigentlich unattraktiv gemachte Risikoselektion hätte wieder eine Basis. Deshalb ist die Bezeichnung „Wettbewerbsbeitrag“ glatter Etikettenschindeln; korrekt wäre eher „Rosinenpickerbeitrag“. Aber damit nicht genug, Union und FDP wollen auch den Morbi-RSA im Gesundheitsfonds weiter reduzieren. Wie das geschehen soll, ist noch nicht klar. Der als Berater

allgegenwärtige Jürgen Wasem hat in einem Interview (Ostfriesische Nachrichten, 6.10.2009) Union und FDP den Tipp gegeben, die Zahl der im M-RSA zu berücksichtigenden Krankheiten von 80 auf 20 zu reduzieren. Er weiß sehr genau, dass die Eingrenzung des M-RSA auf eine bestimmte Zahl von Krankheiten per se fachlicher Unsinn ist (Jacobs 2009). Wenn man sie nun noch weiter ausdünn, ist der Weg in die Risikoselektion vorprogrammiert. Welcher Teufel reitet Wasem, einen solchen, seinen Ruf als Wissenschaftler beschädigenden Vorschlag zu machen?

Die CSU wartet mit der Forderung auf, den RSA über die im § 272 SGB V festgelegte Konvergenzklausel hinaus weiter zu regionalisieren. Damit trifft sie allerdings auf heftigen Widerstand auch von Ländern mit einer von der CDU geführten Regierung. Insbesondere Ostdeutschland wäre von dieser Entsolidarisierung der GKV-Finanzierung negativ betroffen. Deshalb hat die von der CDU und FDP gebildete Landesregierung von Sachsen gleich nach ersten Berichten über diese Pläne in einer Pressekonferenz am 20.10.2009 heftig protestiert. Aber auch andere von schwarz-gelben Koalitionen regierte Länder wie Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen dürften kaum damit einverstanden sein und entsprechende Vorhaben spätestens im Bundesrat blockieren. Es zeigt sich also, dass die Koalitionsparteien sich nicht nur bei der Kopfprämie, sondern auch bei der Revision des Gesundheitsfonds bzw. M-RSA in internen Widersprüchen verheddern. Philipp Rösler macht nicht den Eindruck, als habe er das wirklich begriffen.

Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

Dagegen ist das Vorhaben der schwarz-gelben Koalition intern weit weniger umstritten, die Umlagefinanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch einen kapitalgedeckten Zusatzbeitrag zu ergänzen (Zeilen 4258-4264). Denn: „In Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung ... ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen.“ Vorgeschlagen wird „eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ Näheres soll eine interministerielle Arbeitsgruppe klären.

Die Behauptung, das Kapitaldeckungsverfahren sei besser als die Umlagefinanzierung geeignet, die sich aus der demographischen Entwicklung ergebenden Gesundheits- und Pflegerisiken abzusichern, ist weder theoretisch noch empirisch stichhaltig (Reiners 2008). Zunächst einmal gilt Mackenroths Gesetz, wonach aller Sozialaufwand immer aus der Wertschöpfung der laufenden Periode abgedeckt werden muss. Sowohl private als auch soziale Alterssicherungssysteme basieren auf Rechtsansprüchen an zukünftige Generationen, die diese mit ihrer Wirtschaftskraft einlösen müssen. Unstreitig ist, dass vor allem dann, wenn die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1969 in das von den Risiken Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit besonders betroffene Alter kommen, höhere Belastungen auf die

Kranken- und Pflegeversicherung zukommen. Diese kann man aber keineswegs mit Kapitaldeckung besser finanziell absichern als mit dem Umlageverfahren.

Ersteres benötigt zu seiner Refinanzierung ein ausgewogenes Verhältnis von Sparen und Entsparen. Die akkumulierten Reserven können nur dann ohne Verluste für die Abdeckung der Altersrisiken aktiviert werden, wenn die wirtschaftliche aktive bzw. ansparende Generation entsprechend hohe Mittel zu ihrer Refinanzierung einschießt. Bringen mehr Entsparer ihr Portfolio auf den Markt, als Sparer zu kaufen bereit oder in der Lage sind, werden die Altersrückstellungen entsprechend entwertet („asset meltdown“). Auf Basis der erwartbaren Entwicklung von Produktivität und Inflation benötigt die Versicherungswirtschaft zur Refinanzierung ein Verhältnis von Entsparenern zu Sparern von 1:1,2. Die demographische Entwicklung läuft aber darauf hinaus, dass diese Relation sich spätestens ab 2040 umkehren und den aufgebauten Kapitalstock entwerten wird. Da ist nichts „demographiesicher“. Der wesentliche Unterschied zwischen der sozialen und der privaten Absicherung von Altersrisiken besteht darin, dass die erstere von der nationalen wirtschaftlichen Entwicklung und politischen Entscheidungen abhängig ist, letztere hingegen von den internationalen Finanzmärkten. Dass diese alles andere als sicher sind und die Finanzwirtschaft selbst sich im Krisenfall lieber auf den Steuerstaat verlässt, als auf die eigene Branche, sollte sich eigentlich herumgesprochen haben. Aber auf diesem Ohr ist die schwarz-gelbe Koalition offenbar taub.

Ideologische Spiegelfechterei statt Problemlösungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das gesundheitspolitische Programm von Union und FDP größtenteils auf ideologischen Spiegelfechtereien beruht und keine wirklichen Problemlösungen bietet. Das ist aber nicht das eigentliche Ärgernis. Fatal ist, dass mit diesem die politischen Schlachten von gestern schlagenden Programm die eigentlich drängenden Probleme im Gesundheitswesen nicht angepackt werden, zu deren Lösung viel Zeit verloren wird. Als da vor allem sind:

- Nachhaltige Sicherung der GKV-Finanzierung.
- Reform des Vertragsrechts mit einer Neugestaltung des Verhältnisses von Kollektiv- und Selektivverträgen.
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen mit einer alternden und abnehmenden Bevölkerung.

- Neuordnung der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.
- Revision der Aufgabenteilung zwischen Bund und Ländern in der Aufsicht des GKV-Systems.
- Anpassung des Wettbewerbsrechts an die spezifischen Bedingungen des Gesundheitswesens.

Zu all diesen Fragen gibt das gesundheitspolitische Programm der schwarz-gelben Koalition so gut wie keine Antworten. Die politische Opposition, die Gewerkschaften, aber auch die Länder sollten vor allem diese Versäumnisse aufgreifen und sich nicht auf Abwehrkämpfe gegen erkennbar unsinnige Projekte beschränken.

Zitierte Literatur:

- Breyer, F. (2003): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge. DIW-Diskussionspapier Nr. 330 (Berlin)
- Brischkat, G. und Roberts, C. C. (2007): Steuerprogression in Deutschland – Annahmen und Wirklichkeit. WSI-Mitteilungen 60 Jg. Heft 3: 145-151
- Jacobs, K. (2009): Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Wettbewerb. Göppfahrd, D. et al. (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA. Asgard (St. Augustin): 133-152.
- Lauterbach, K., Lungen M. und Büscher, G. (2009): Anmerkungen zur geplanten Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen in der Krankenversicherung. Studien zur Gesundheit, Medizin und Gesellschaft Nr. 07/2009 vom 17.11.2009. www.igke.de/sgmg
- Leinert, J., Grabka, M.M. und Wagner, G.G. (2004): Bürgerprämie für die Krankenversicherung als Alternative zu den Reformvorschlägen der Bürgerversicherung. www.boeckler.de > Themen > Debatte um Gesundheitsreform > Bürgerprämie als Alternative
- Pfaff, M., Pfaff, A. und Langer, H. (2004): Kritik am Modell der Kopfprämie. Engelen-Kefer, U. (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung. VSA (Hamburg): 29-47
- Reiners, H. (2008): Kapitaldeckung in der Krankenversicherung: Die Fallen der „Hausväterökonomie“. G+G-Wissenschaft 8. Jg. Heft 3: 24-30
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Huber Verlag (Bern)
- Rürup, B. und Wille, E. (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. www.sozialpolitik-aktuell.de > Dokumente > Kopfpauschale-rürup_wille
- SVR-G (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (1997): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung. Noms Verlag (Baden-Baden)

Fußnoten:

- 1 Sachsen-Anhalts Ministerpräsident Böhmer, ein Gynäkologe und langjähriger Chefarzt in einem Krankenhaus, gab bei den Gesprächen zum Gesundheits-Modernisierungsgesetz 2003 der Unions-Abgeordneten Widmann-Mauz auf diese Auffassung die passende Antwort: „Wollen Sie damit sagen, dass ich 25 Jahre meines Berufslebens als angestellter Arzt vergeudet habe?“
- 2 Vgl. hierzu Reiners 2009: 41 ff