

Warum die Basissicherung kommen wird

ULRICH ROPPEL

Dr. Ulrich Roppel ist Ministerialdirektor a.D.; im Kanzleramt war er unter anderem zuständig für das BMG sowie BMAS

Die Konsequenzen der Bevölkerungsentwicklung sind weitreichend, auch für das Gesundheitssystem. Der staatliche Zugriff auf das Einkommen der Erwerbstätigen muss auf das Notwendigste – die Basissicherung – beschränkt werden. Damit die Krankenversicherung für Geringverdiener bezahlbar bleibt, ist der Kassenwettbewerb zu intensivieren. Er wird die Kassen veranlassen, nach effizienten Lösungen zu suchen. Mit dem Gesundheitsfonds ging die Politik in die richtige Richtung. Mit dem Koalitionsvertrag legt sie wieder den Rückwärtsgang ein. Die pauschalen Zusatzbeiträge werden abgeschafft, an ihre Stelle treten lohnabhängige Zusatzbeiträge. Weil der Wettbewerb geschwächt wird, geht diese Kehrtwende zu Lasten der Geringverdiener.

1. Erwerbspersonen

Einkommen wird nur in der Erwerbsphase erwirtschaftet – weder in der Vorerwerbsphase (von Kindern und Jugendlichen), noch in der Nacherwerbsphase (von Rentnern). Es entspricht dem Produkt von drei Faktoren: der Zahl der Arbeitskräfte, ihrer Erwerbsbeteiligung und ihrer Arbeitsproduktivität.

Wie wird sich das Arbeitskräftepotential (Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 Jahren) entwickeln? Nach Einschätzung der Bundesregierung wird es in den kommenden drei Jahrzehnten zu einem Rückgang um mehr als 20 % (von rd. 53 auf 41 Mio.) kommen.¹ Das ist keine Kaffeesatzleserei, mit der die Sozialpolitik diszipliniert werden soll, weil bei Prognosen stets eine Bestandsgröße mit Hilfe der sie verändernden Stromgrößen fortgeschrieben wird. Folglich ist ihre Validität abhängig von der Gewichtsverteilung zwischen der Bestandsgröße und den Stromgrößen sowie der Geschwindigkeit, mit der die Stromgrößen die Bestandsgröße subs-

tantiell ändern. Da die Bestandsgröße das mit weitem Abstand größte Gewicht hat und die Geschwindigkeit, mit der die Stromgrößen (Geburten, Sterbefälle, Ein- und Auswanderung) auf sie einwirken, gering ist, sind Bevölkerungsprognosen zuverlässig – auch dann, wenn sie sich auf einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten erstrecken.

Zentral für die Entwicklung der Geburten ist die Höhe der Fertilitätsrate. Sie liegt mit derzeit rd. 1,4 Kindern je Frau bereits seit mehreren Jahrzehnten unterhalb des bestandserhaltenden Wertes. Für die Zukunft wird angenommen, sie würde in dem Korridor von $1,4 \pm 0,2$ Kindern schwanken, also bei 1,4 Kindern verharren (Annahme: „Konstanz“), ggfls.

¹ Die Bundesregierung (Bundesministerium des Innern 2011) stützt sich auf die vom Statistischen Bundesamt (2009) berechnete „mittlere Bevölkerung“. Mit dem Zensus 2011 kam es erstmals seit 1987 (alte Bundesländer) bzw. 1990 (neue Bundesländer) wieder zu einer Volkszählung. Danach war die Bevölkerung rund 1,5 Mio. geringer als auf der Basis der laufenden Fortschreibungen ausgewiesen. Für die Altersstruktur ergaben sich so gut wie keine Änderungen.

moderat auf den Wert von 1,6 Kindern zunehmen (Annahme: „leichter Anstieg“) oder auf den Wert von 1,2 Kindern zurückgehen (Annahme: „leichter Rückgang“). Gegen einen sprunghaften Anstieg spricht, dass der beste Einzelindikator für die Erklärung der Fertilitätsrate das Ausbildungsniveau der Frauen ist, das weiter steigen wird. Allerdings ist es an dieser Stelle müßig, über die Entwicklung der Fertilitätsrate zu streiten, da selbst ein sprunghafter Anstieg der Rate auf das bestandserhaltende Niveau zu spät käme, um in den kommenden drei Dekaden den Anstieg des Altenquotienten spürbar zu bremsen.

Die Höhe der Lebenserwartung ist für die Zahl der Sterbefälle maßgebend. Sie nimmt schon seit vielen Jahrzehnten zu. Gegenwärtig beträgt sie für Männer etwa 78 und für Frauen 83 Jahre. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts war die Zunahme insbesondere die Folge einer geringeren Sterblichkeit bei Geburt und im Kindesalter, während in der zweiten Hälfte vor allem die Sterblichkeit im Rentenalter

Die Agenda 2010 war zwar wirtschaftlich effizient, aber aus Sicht der SPD politisch ineffizient. Dies hat zum gesetzlichen Mindestlohn beigetragen.

zurückging. Für die Zukunft wird ein weiterer Gewinn an Lebensjahren unterstellt. „Geringer Anstieg“ bedeutet, dass die Lebenserwartung bei Geburt bis zum Jahr 2060 auf etwa 85 (Männer) bzw. 89 Jahre (Frauen) zunehmen wird. „Hoher Anstieg“ heißt, die Lebenserwartung bei Geburt würde für Männer fast 88 und für Frauen gut 91 Jahre erreichen. Für Frauen entspricht dies einem Zuwachs von etwa 9 und für Männer von 10 Jahren bis 2060. In der Vergangenheit wurde der Gewinn an Lebensjahren zumeist unterschätzt. Ist das erneut der Fall, wird die auf Deutschland zukommende Alterswelle größer sein als prognostiziert.

Unmittelbare – und je nach Größenordnung auch erhebliche – Bedeutung hat allein die Migration. Hier geht die Regierung davon aus, dass selbst bei dem bestehenden Einwanderungsrecht in drei Dekaden mehr als 20 Mio. Personen einwandern werden. Sie unterstellt einen Migrationsüberschuss von jährlich

100 bis 200 Tsd. Personen. Bei einer als weitgehend konstant betrachteten Auswanderung von pro Jahr etwa 600 Tsd. entspricht dies einer jährlichen Zuwanderung von 700 bis 800 Tsd. Personen.

Kann jedoch eine Entwicklung nicht mehr vermieden werden, weil sie das Echo der Vergangenheit ist, stellt sich nur noch die Frage nach der richtigen Anpassung. Zukunftsfähig ist dabei allein die Basissicherung.

2. Erwerbsbeteiligung

Wie wird sich die Erwerbsbeteiligung entwickeln? Davon hängt es ab, ob aus Erwerbspersonen auch Erwerbstätige werden. Nach Einschätzung der Bundesregierung wird sie durch den Fachkräftemangel, der auf die Struktur des Arbeitskräftemangels abstellt, in die Höhe getrieben. Allerdings ist die Arbeitsnachfrage nur die eine Seite der Medaille, die andere ist das Arbeitsangebot. Für eine größer werdende Erwerbsbeteiligung kommt es auf beide Seiten an. An

dieser Stelle entwertet der Koalitionsvertrag das Argument des Fachkräftemangels, da beschlossen wurde, zunehmend auf das Einkommen der Arbeitskräfte zurückzugreifen. Es wird zu einer galoppierenden Belastung der Arbeitseinkommen kommen, wenn dieser Beschluss mit dem Wechsel

der Baby Boomer von der Erwerbs- in die Nacherwerbsphase zusammentrifft.²

Hochbrisant ist die Frage, welches Potential eine sinkende Arbeitslosigkeit für eine steigende Erwerbsbeteiligung hat. Wer sich damit befassen will, muss sich dem Geschäftsmodell der Gewerkschaften zuwenden, das sich auf Mitglieder richtet. Die Gewerkschaften gehen davon aus, dass es bei steigender Arbeitslosigkeit zu Mitgliederverlusten kommt. Daher sind sie bereit, denjenigen Teil ihrer Tarifautonomie auf den Staat (via gesetzlichem Mindestlohn) zu übertragen, der für Geringverdiener zu Arbeitslosigkeit führt, was bei der SPD aus Gründen der politischen Effizienz auf offene Ohren stößt, weshalb sie sich auch vehement gegen eine Kommission wehrt, die eine arbeitsmarktorientierte Anpassung des Mindestlohns empfehlen soll. Sie ist allein an einer politikorientierten Anpassung interessiert. In diesem Zusammenhang ist an die Agenda 2010 zu erinnern. Die

Arbeitslosigkeit war in drei Jahrzehnten von etwa 1 Mio. auf 5 Mio. gestiegen und unmittelbar nach der Agenda in einem Jahrzehnt auf etwa 3 Mio. zurückgegangen. Mithin war die Agenda zwar wirtschaftlich effizient, aber aus Sicht der SPD politisch ineffizient. Das hat zum gesetzlichen Mindestlohn beigetragen.

Weil Arbeitslosigkeit ein Ungleichgewicht ist, bei dem das Angebot die Nachfrage übersteigt, ist auch die Erwartung fragwürdig, die kleiner werdende Zahl der Arbeitssuchenden werde sie automatisch verringern. Ist der Nachfragerückgang größer als der Angebotsrückgang, wird sie sogar steigen. Darauf richtet sich die 40-Prozent-Regel, nach der die Summe der Beitragssätze zur Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung den Wert von 40 % nicht übersteigen soll. Mit ihrer Hilfe soll verhindert werden, dass es infolge der demographischen Entwicklung zu einem Rückgang der Arbeitsnachfrage kommt. Sie ist zwar rechtlich weniger gut abgesichert als die im Grundgesetz verankerte Schuldenbremse, aber nicht ohne politische Bedeutung, da in parlamentarischen Systemen mit Verhältniswahlrecht politische Prozesse stets durch Vereinbarungen zwischen den an der Regierung beteiligten Parteien gekennzeichnet sind.

Viele Arbeitnehmer bezweifeln das Potential einer höheren Erwerbsbeteiligung älterer Menschen. Hingegen zeigt der Verlauf der Erwerbsquoten, dass ein höheres Alter keineswegs zwangsläufig ein Handicap ist. Zugleich widerspricht ihr Anstieg der Behauptung, die Rente mit 67 sei allein eine Kürzung der Rentenansprüche. Die Empirie stützt auch nicht den Einwand, es käme zu keiner Änderung der Erwerbsbeteiligung insgesamt, sondern lediglich zu einer höheren Jugendarbeitslosigkeit. Vielmehr sind in zahlreichen Staaten mit hohen Beschäftigungsquoten älterer auch die Beschäftigungsquoten jüngerer Arbeitnehmer groß. Eine steigende Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer versperrt daher den Jüngeren den Zugang zum Arbeitsmarkt keineswegs zwangsläufig. Der Verdrängungseffekt ist ein fragwürdiges Konstrukt.

2 Dass das Rentenniveau infolge des Koalitionsvertrages steigen wird, bestreitet die Regierung nicht. Umstritten ist allein die Frage, in welchem Umfang es zunehmen und welche Konsequenzen die Struktur der Belastung (steuer- vs. beitragsfinanzierte Abgaben) haben wird, wobei sich das Niveau der Abgaben nicht ändert, wenn mehr Beiträge und weniger Steuern verlangt werden.

3. Arbeitsproduktivität

Wie wird sich das Wachstum der Arbeitsproduktivität entwickeln? Davon, dass es nicht wesentlich beeinträchtigt wird, geht die Bundesregierung aus (Werdung (2014)). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011) befasst sich mit dem Einwand, sie würde in Folge des steigenden Durchschnittsalters der Arbeitskräfte zurückgehen. Es mag zwar sein, so seine Argumentation, dass mit steigendem Alter die physische Leistungsfähigkeit der Beschäftigten abnimmt. Gleichzeitig nehme jedoch ihr Erfahrungswissen zu, so dass es bei einem Ausgleich der Teilprozesse zur Konstanz der Arbeitsproduktivität kommen könne.

Allerdings kann das Wachstum der Arbeitsproduktivität aus anderen Gründen kleiner werden, worauf Diamond (1965) hingewiesen hat. Er betrachtet die Produktivitätsfolgen der demographischen Entwicklung im Kontext eines neoklassischen Wachstumsmodells, in dem die Ersparnis die Investitionen vor sich her treibt. Damit sie finanziert werden, muss auf Konsum zugunsten von Sparen verzichtet werden. Es kann dadurch unter Druck geraten, dass die Sparquote der Jüngeren größer ist als die der Älteren. Dafür spricht, so Lee/Mason (2011), die Empirie. Eine geringere nationale Ersparnis führt jedoch nicht zwingend zu sinkenden Investitionen, da sie auch durch das Ausland finanziert werden können. Fraglich ist aber, ob das Ausland die Lücke schließen wird. Gleicht es den Verlust an Ersparnis nicht aus, geht die inländische Investition zurück.

4. Altenquotient

Wie wird sich die Relation zwischen der Zahl der Rentner und derjenigen der Arbeitskräfte ändern? Da die Bundesregierung für die kommenden drei Jahrzehnte nicht nur einen Rückgang der Zahl der Arbeitskräfte, sondern zugleich einen Anstieg der Zahl der Rentner um etwa 40 % (von rd. 17 auf 24 Mio.) prognostiziert, wird sich der Altenquotient 65, der für das Lebensalter 65 die Relation zwischen der Zahl der Rentner und der Arbeitskräfte misst, fast verdoppeln (er wird von etwa 33 auf 58 % zunehmen).³ Er wird vor allem dann größer werden, wenn die sog. Baby Boomer in den Ruhestand gehen. Er wird nicht auf einen Berg klettern, der „untertunnelt“ werden kann, sondern auf ein Hochplateau steigen.

Da das Rentenniveau den Prozentsatz des von den Arbeitskräften erwirtschafteten Einkommens benennt, der den Rentnern zur Verfügung steht, steigt der Zugriff auf das Erwerbseinkommen nicht allein dann, wenn der Altenquotient steigt, sondern ebenso, wenn der Prozentsatz zunimmt. Unverändert bleibt die Belastung nur dann, wenn das Rentenniveau in dem Maße sinkt, wie der Altenquotient steigt. Das ist ein rechnerischer Zusammenhang, der nicht dadurch überwunden werden kann, dass eine Absenkung des Rentenniveaus als unanständig empfunden wird.

5. Konsolidierungsbedarf

Welche Konsequenzen wird ein Steigen der Altenquotient für den gesamtwirtschaftlichen Haushalt (Bund, Länder, Sozialversicherungen) haben? Zu welchen Folgen wird es bereits dann kommen, wenn das Rentenniveau nicht zunimmt? Über diese Fragen informieren die von der Regierung veranlassten Tragfähigkeitsberichte.⁴

In der Abbildung 1 ist die Vorgehensweise skizziert. Bei den Einnahmen wird angenommen, dass sie sich parallel zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) entwickeln (konstante Quote). Hinsichtlich der Ausgaben wird zwischen „demographie-sensitiven“ und „sonstigen“ Bereichen unterschieden. Für die demographie-sensitiven Ausgaben wird unterstellt, dass sich die Lage der Altersprofilkurve, die den Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von Leistungen und dem Alter der Versicherten misst, nicht ändert. Mithin wird davon ausgegangen, dass allein die Besetzungszahlen (reiner demographischer Effekt) steigen werden. Die Entwicklung der verschiedenen Teilhaushalte (GRV, GKV usw.) wird zunächst getrennt abgeschätzt. Anschließend werden sie zusammengefasst, so dass eine aggregierte Ausgabenquote entsteht. Bei den sonstigen Ausgaben wird angenommen, dass sie sich in gleicher Weise wie die Einnahmen – also parallel zum BIP – entwickeln (konstante Quote). Auf diese Weise entstehen Zeitreihen für die Einnahmen und Ausgaben des gesamtwirtschaftlichen Haushalts, den daraus resultierenden Finanzierungssaldo und die damit einhergehende Schuldenstandsquote. Das wiederum ermöglicht die Berechnung der Tragfähigkeitslücke.

Dabei ist hinsichtlich der Gesundheitsausgaben zu beachten, dass die Krankenversicherung Sachleistungen bereitstellt, die dem aktuellen medizinischen Wissen entsprechen sollen, so dass ihr Angebot von der prinzipiell schlecht abschätzbaren Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts abhängt. Umstritten ist auch, ob es infolge der längeren Lebenserwartung zu einer Zunahme der Morbidität kommen wird. Die Auffassungen darüber unterscheiden sich erheblich. Zum Teil wird davon ausgegangen, dass der Verlauf der Altersprofilkurve nicht variieren wird, sondern nur die Besetzungszahlen steigen werden. Bisweilen wird jedoch unterstellt, es käme zu einem „Versteilerungseffekt“. Dann würden die Gesundheitsausgaben zusätzlich wegen zunehmender Fallkosten steigen. Diese unterschiedliche und für die Beurteilung der Entwicklung der Gesundheitsausgaben sehr wichtige Einschätzung ist Bestandteil der Kontroverse „Kompressions- versus Expansionsthese (Medikalisierungsthese)“.⁵

Ferner ist der von der Bundesregierung konstruierte Korridor, der von den Basisvarianten T- und T+ gebildet wird, nicht für die Realität geeignet, da das eigentliche Problem – die Belastung der Arbeitskräfte und ihre Folgen für die Erwerbstätigkeit – ausgeklammert wird. Allenfalls brauchbar ist die mit T- bezeichnete Variante. Darauf beziehen sich die folgenden Angaben.

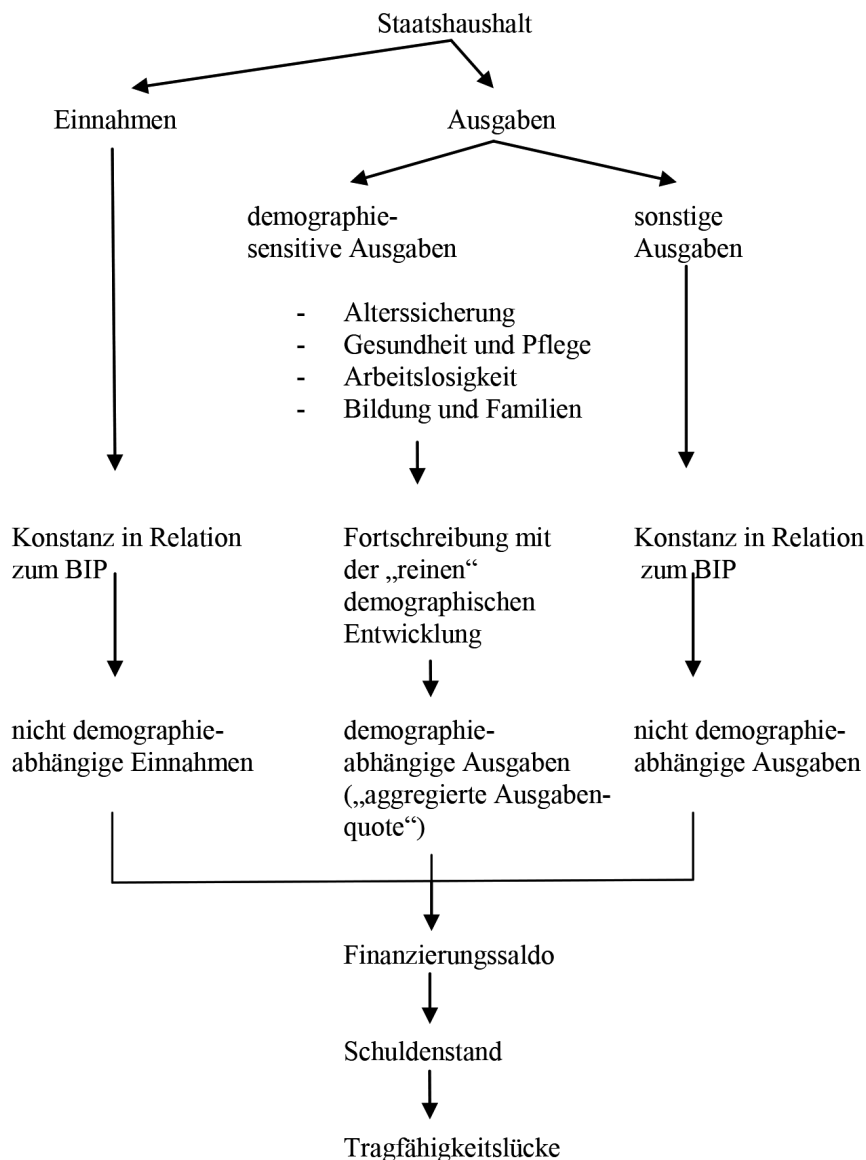
Die Perspektiven sind bedrückend. Der Finanzierungssaldo wird in den kommen-

3 Mit anderen Worten: Es wird davon ausgegangen, dass sich Deutschland auf dem Weg in ein Altenheim befindet und dass die personellen Ressourcen zur Finanzierung dieses Weges wegbrechen. Das ist nicht die Prognose einer Privatperson, die keine politische Verantwortung trägt, sondern die der Bundesregierung.

4 Vgl. dazu Bundesministerium der Finanzen (2014) sowie Werdung (2014).

5 Während im Rahmen der Kompressionsthese vermutet wird, dass die Morbidität bei steigender Lebenserwartung sogar sinken könnte, wird im Rahmen der Expansionsthese angenommen, dass der Anstieg zu neuen Formen der Multimorbidität führen wird. In den Sonderrechnungen der Tragfähigkeitsberichte wird die daraus resultierende Unsicherheit dadurch quantitativ abzuschätzen versucht, dass die Altersprofile zum einen im Umfang der Lohnwachstumsrate, zum anderen mit einem Aufschlag von 1 Prozentpunkt auf die Lohnwachstumsrate fortgeschrieben werden. Das führt sowohl zur niedrigsten als auch zur höchsten Tragfähigkeitslücke. In den Basisvarianten werden allein die rein demographisch bedingten Änderungen abgeschätzt.

Abbildung 1: Vorgehensweise bei der Abschätzung der Tragfähigkeit des gesamtstaatlichen Haushalts



Quelle: eigene Darstellung

den drei Jahrzehnten auf fast 8 % und der Schuldenstand auf mehr als 100 % des BIP zunehmen. Beide Größen würden sich weit von den Maastricht-Referenzwerten entfernen. Allerdings liefert der Finanzierungssaldo nur Hinweise darauf, dass der Haushalt nicht tragfähig ist. Er ist jedoch kein Indikator, der über die Höhe der Tragfähigkeitslücke Auskunft gibt. Diese informiert über den Gegenwartswert der Summe der künftigen Defizite bzw. Überschüsse in Relation zum BIP. Um ihre Größenordnung zu ermitteln, darf weder ein Zielwert für den Schuldenstand zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgegeben noch der Zeithorizont beschränkt werden. Zugrunde zu legen ist vielmehr die intertemporale Budgetbeschränkung, die

eine zeitlich unbeschränkte Perspektive verlangt. Derjenige Indikator, der diesen Konsolidierungsanspruch misst, wird von der Bundesregierung – internationalen Konventionen folgend – S2 genannt. Danach ist die Größenordnung der Tragfähigkeitslücke für die kommenden drei Dekaden auf etwa 2,5 % des BIP – das wären gegenwärtig rund 70 Mrd. € – zu veranschlagen. Um diesen Betrag müsste der primäre Finanzierungssaldo ab sofort und dauerhaft aufgestockt werden.

6. Politische Effizienz

Warum wurde der Koalitionsvertrag vereinbart, obwohl er die Tragfähigkeitslücke größer macht? Wer auf diese Frage

eine realistische Antwort haben will, muss sich dem Geschäftsmodell der Politik zuwenden. Es richtet sich auf Wähler. Genau das fordern wir, weshalb wir auch nicht empört reagieren sollten. Da politische Ämter in einer Demokratie auf Zeit vergeben und die Frage, ob sie den in der Vergangenheit gewählten Parteien erneut anvertraut werden, vom künftigen Wahlergebnis abhängig gemacht wird, orientieren sich die politischen Interessen zwangsläufig an Wählerstimmen. Angeboten werden Leistungen, um Stimmen zu kaufen. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Politik nicht von Unternehmen, die Leistungen anbieten, um Gewinne zu erwirtschaften.

Aus genau diesem Grund sollten wir auch kein kontinuierlich steigendes Rentenniveau erwarten, trotz des zunehmenden Altenquotienten. Weil aus der politischen Wirkung der Agenda 2010 der Schluss gezogen wurde, keine Entwicklung mehr zu akzeptieren, die eine Big-Bang-Lösung erforderlich macht, kam es zu der neuen Schuldenregel, bezeichnet als Schuldenbremse, die erneut in der Verfassung verankert wurde.⁶ Sie entstand, um den politischen Handlungsspielraum zu erhalten, da neue Kapitalmarktschulden, die benötigt werden, um alte zu bezahlen, den Handlungsspielraum umso mehr einengen, je größer der Bestand alter Schulden ist. In der Vergangenheit kannte die Schuldenstandsquote im Trend nur die Richtung nach oben. Gemessen am BIP ist sie von etwa 20 % in 1970 auf etwa 80 % in 2010 gestiegen. Eine Fortsetzung dieser Entwicklung wäre nicht tragfähig gewesen. Allerdings wurde die Implikation des Beschlusses, die Neuverschuldung des Bundes auf maximal 0,35 % des BIP zu beschränken, nicht überall gesehen. Da die Schuldenstandsquote langfristig rechnerisch dem Quotienten aus Defizitquote und Wirtschaftswachstum, jeweils gemessen am BIP, entspricht⁷, führt eine Defizitquote von 0,35 % selbst bei einem Wirtschaftswachstum von 5 % zu einer Schuldenstandsquote von 7 % (0,0035/0,05). Daher ist die Schuldenbremse, ebenso wie die 40-Prozent-Regel,

⁶ Diejenigen, die aktuell ein Aussetzen der Schuldenbremse verlangen, vergessen nicht nur, dass sie ihr noch vor wenigen Jahren im Bundestag bzw. Bundesrat zugestimmt haben. Sie fordern auch die Regierung zum Verfassungsbruch auf.

⁷ Auf diesen rechnerischen Zusammenhang bezieht sich die im Maastricht-Vertrag vereinbarte Bestandsquote von 60 %.

auch eine Gerontokratiebremse. Ferner widerspricht dem politischen Interesse die Perspektive einer neuen Protestpartei („Generationengerechtigkeitspartei“).

7. Krankenversicherung

Mit der Frage, wie die Basissicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Medizinischen Rehabilitation umgesetzt werden kann, befassen sich die weiteren Ausführungen. Dabei gibt es nur zwei Möglichkeiten, um Ausgaben auf das Notwendigste zu beschränken (da sie dem Produkt aus Preis und Menge entsprechen): Die Fallkosten (die Ausgaben pro Patient) und die Fallzahlen (die mengenmäßig nachgefragten Leistungen) müssen reduziert werden. Dauerhaft möglich ist das nur bei Rahmenbedingungen, die zur Effizienz führen, sowie einer wirksamen Eigenbeteiligung.

Zahlreiche internationale und nationale Studien weisen darauf hin, dass die von der Krankenversicherung bereitgestellten Sachleistungen ineffizient produziert werden. Bspw. belegt in der von Afonso und St. Aubyn (2005) durchgeführten Untersuchung Deutschland innerhalb der OECD-Staaten einen durchweg hinteren Effizienzplatz. Allerdings werden internationale Studien häufig mit dem Hinweis auf landesspezifische Besonderheiten kritisiert, bei national ausgerichteten Analysen ist dieser Einwand nicht tragfähig. In der von Augurzyk u.a. (2008) vorgenommenen Studie werden innerdeutsche Unterschiede herangezogen. Betrachtet werden zwei Varianten. In Szenario A wird angenommen, dass die teuren Bundesländer ihre Preise und Mengen jeweils auf den Bundesdurchschnitt senken, während in Szenario B dasjenige Bundesland als Maßstab gewählt wird, das im unteren Viertel der Verteilung liegt. Das Ergebnis ist, dass es selbst im Szenario A zu einer spürbaren Entlastung der Versicherten kommen kann. Auf Effizienzmängel verweisen auch Münch und Scheytt (2014), die eine „industrialisierte“ Medizin für erforderlich halten.⁸

Der Einwand, von Ineffizienz könne bereits deshalb keine Rede sein, weil die Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen im Großen und Ganzen zufrieden sei, steht auf tönernen Füßen, da es keines-

wegs überraschend ist, dass Umfragen zu dem Ergebnis kommen, eine umfangreich steuerfinanzierte und augenscheinlich nur zur Hälfte von den Arbeitnehmern bezahlte Versorgung sei zufriedenstellend. Dadurch wird den Bürgern nicht nur suggeriert, die Nachfrage sei letztlich preiswert, sondern sie werden auch über die Verteilungswirkungen in die Irre geführt. Vermutlich käme es zu noch „besseren“ Zufriedenheitsumfragen, wenn die Zahl last auf Null reduziert und die Beteiligung des Bundes ausgeweitet würde.

Das Gesundheitswesen ist nicht zwangsläufig ein Wachstumsmotor, es kann auch ein Milliardengrab sein.

Dürftig ist auch der Hinweis, bereits die Ausgabenentwicklung vergangener Jahre, die zu einem mehr oder minder permanenten Wachstum des Gesundheitssektors geführt habe, belege einen ineffizienten Umgang. Ein direkt auf Ausgaben (oder Ausgabenquoten) bezogenes Urteil, das nicht nach den Ursachen der Entwicklung fragt, ist stets unbefriedigend, da Ausgaben auch Änderungen in den Wünschen der Bevölkerung einschließlich medizinischer Neuerungen widerspiegeln können. Dann ist das Wachstum eine flexible Reaktion des Angebots auf eine sich ausweitende Nachfrage. Einige Sektoren weisen seit Jahren niedrige und andere hohe Wachstumsraten auf. Das Gesundheitssystem zählt zu den Bereichen mit hohen Raten, insofern war es eine Wachstumsbranche. Das bedeutet nicht, dass dies auch zukünftig der Fall sein wird. Das Gesundheitssystem ist nicht zwangsläufig ein Wachstumsmotor, es kann auch ein Milliardengrab sein.

Damit es dazu nicht kommt, müssen die Kassen selektiv mit allen Einrichtungen über Preise und Qualität verhandeln können. Das wird noch einige Zeit dauern, so dass der Handlungsspielraum, den die Kassen auf ihrer Beschaffungsseite benötigen, zunächst eingeschränkt bleibt. Ein Beispiel dafür ist die stationäre Versorgung. Die Bundesländer argumentieren, Selektivverträge würden die flächendeckende medizinische Versorgung der Patienten gefährden und ihren Sicherstellungsauftrag in Frage stellen. Ähnlich äußern sich die Apotheken mit Blick auf das Fremd- und Mehrbesitz-

verbot. Diese Einwände können durch Erreichbarkeits- und Qualitätsvorgaben überwunden werden. Der Widerstand der Bundesländer wird aber erst dann einer „wohlwollenden Prüfung“ weichen, wenn die Schuldenbremse von ihnen ausgeglichene Haushalte (ab 2020) verlangt.

Worauf ist der ineffiziente Umgang zurückzuführen? Es sind vor allem drei Gründe: (i) Der in der GKV praktizierte Versicherungswettbewerb ist dann unbefriedigend, wenn die von den Versicherten zu zahlenden Preise – sie werden in der Sozialpolitik Beiträge genannt – keinen Bezug zur Qualität und zum Umfang der Leistungen haben. Das ist der Fall, wenn sie vom Einkommen der Versicherten abhängen. (ii) Die Patienten können medizinische Leistungen im Behandlungsfall ohne direktes Entgelt in Anspruch nehmen. Dann spielen die Kosten keine Rolle; der Patient kennt sie nicht, und er hat auch keine Veranlassung, auf niedrige Kosten hinzuwirken. (iii) Ebenso können Honorarverhandlungen zur Ineffizienz führen. Hier ist allerdings vor unrealistischen Erwartungen zu warnen, da die Politik den direkten Konflikt mit den Ärzten scheut.

Damit ist der Reformweg benannt. Es muss nach der Interessenlage der Versicherten und ihren Möglichkeiten gefragt werden, das Gewollte auch faktisch umzusetzen. Dafür ist der Wettbewerb zwischen den Versicherungen – nicht derjenige auf der Patienten-Arzt-Ebene – zentral. Ohne ihn ist der Einfluss der Versicherten gering.

Einem forcierten Wettbewerb stehen aber nicht nur die Bundesländer und zahlreiche Krankenkassen, sondern auch viele Ärzte und Patientenorganisationen ablehnend gegenüber. Bei der Kritik wird vor allem auf drei Sachverhalte verwiesen: (i) Zum einen lasse die spezielle Eigenart von Gesundheitsleistungen eine autonome Beurteilung ihres Nutzens durch die Konsumenten nicht zu. Über die Diagnose und Therapie von Krankheiten könne nur der Arzt – stellvertretend für den Patienten – entscheiden, so dass eine wettbewerbsorientierte Steuerung bereits infolge des vollständigen Mangels an Konsumentensouveränität nicht sinnvoll sei. (ii) Zudem müssten alle Leistungen

⁸ Die Folgen der demographischen Entwicklung für die Gesundheitspolitik können bereits heute bei der Knappschaff analysiert werden, da die Altersstruktur ihrer Versicherten derjenigen entspricht, die von der Regierung für Deutschland in drei Jahrzehnten prognostiziert wird.

bereitgestellt werden, die einen positiven Nutzen stiften – und nicht nur diejenigen, deren zusätzlicher Nutzen größer ist als deren zusätzliche Kosten. Genau das würde Wettbewerb verhindern. (iii) Schließlich seien Gesundheitsleistungen Basisgüter („ohne Gesundheit ist alles nichts“). Im Bedarfsfall wäre der Bezug von einer solchen Dringlichkeit, dass fehlende Einkommen den Leistungsbezug nicht bremsen dürften. Auch das widerspreche der Wettbewerbsorientierung.

Selbst dann, wenn man diesen Vorbehalten uneingeschränkt folgen würde, sollte zwischen Vor- und Nachteilen alternativer Regelungen abgewogen werden. Dazu gehört auch die Frage, wie die medizinische Versorgung angesichts der kommenden demographischen Entwicklung für Geringverdiener aufrechterhalten werden kann.

7.1 Versicherungspflichtgrenze

An welchen Stellen lauern im Gesundheitssystem Wettbewerbsbarrieren? Die erste Hürde taucht bereits mit der Versicherungspflichtgrenze auf. Sie ist Ausdruck eines Zuweisungs- und nicht eines Wettbewerbssystems, da die Versicherten – von Ausnahmen abgesehen – kein Wahlrecht haben, sondern der PKV oder der GKV zugewiesen werden.⁹ Diese Hürde sollte einem einheitlichen Versicherungssystem weichen – in Anlehnung an das holländische oder schweizerische Modell.¹⁰ Erforderlich ist nicht die Trennung zwischen verschiedenen Trägern, sondern die zwischen verschiedenen Leistungen (Pflicht- und Optionsleistungen). Während eine vertikale Trennung („der linke Teil

tungen sind, sollte – wissenschaftlich gestützt – vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) getroffen werden.

7.2 Portabilität

Anschließend stoßen die der PKV zugewiesenen Versicherten auf die Hürde der Portabilität. Sie reduziert die Bereitschaft zum Anbieterwechsel und beschränkt den Wettbewerb auf Neuversicherte. Auch das ist nicht notwendig.¹¹ Die von den PKV-Versicherten zu zahlenden Prämien sind das Ergebnis einer Paketlösung, bei der eine Risikoversicherung mit einem Sparplan kombiniert wird. Zu diesem Zweck werden die Ersparnisse prospektiv ermittelt. Errechnet wird derjenige Betrag, der erforderlich ist, damit die zu erwartenden (und mit dem Alter tendenziell steigenden) Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Mitnahme der Ersparnisse von der Kasse A zur Kasse B wird den Versicherten jedoch verweigert; dementsprechend verringert sich das Wechselinteresse mit zunehmendem Bestandsalter der Versicherten.

Zudem ist es widersprüchlich, Wettbewerb und Kapitaldeckung zu fordern, und gleichzeitig darauf zu verweisen, dass wegen der Kapitaldeckung Wettbewerb nicht möglich ist.

7.3 Lohnunabhängige Vergütung

Die der GKV zugewiesenen Versicherten stoßen auf die Barriere der lohnabhängigen Vergütung. Sie ist verantwortlich dafür, dass der alte Wettbewerb unbefriedigend war. Das kann an einem einfachen Beispiel gezeigt werden.¹² Angenommen sei, eine Kasse A biete einen Tarif mit einer Ersparnis von 10 % an und im Durchschnitt aller Lohnbezieher lägen die Kasseneinnahmen bei monatlich 250 €. Ein Mitglied, das die Hälfte des Durchschnittslohns (Geringverdiener) bezieht, zahlt allerdings nicht den Durchschnittsbetrag, sondern den Betrag von 125 €. Folglich würde es bei einem Wechsel nicht 25, sondern 12,50 € sparen. Ferner

hat die paritätische Finanzierung zur Folge, dass der Arbeitgeber die Hälfte erhält. Dadurch halbiert sich die potentielle Ersparnis für den Arbeitnehmer zusätzlich von 12,50 auf 6,25 €. Mithin ist das finanzielle Interesse der Beitragszahler an

einem Anbieterwechsel umso kleiner, je geringer die Lohneinkommen sind und je größer die Beteiligung des Arbeitgebers ist.

Die empirische Bedeutung des Beispiels untersuchen Schmitz und Ziebarth (2013). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Preisunterschiede, die in Absolutwerten (€-Werten) ausgedrückt sind, die Wechselbereitschaft der Versicherten deutlich stärker vergrößern als in Relativwerten (%-Werten) ausgedrückte Unterschiede.¹³ Auf die Überwindung dieses Defizits richtet sich der Gesundheitsfonds, ihm geht es um die Intensivierung des Wettbewerbs durch eine neue Preispolitik. Schmitz und Ziebarth analysieren den Einfluss des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) auf die Wahrscheinlichkeit des Kassenwechsels und zeigen, dass seit 2009 (Inkrafttreten des Fonds) die Wechselbereitschaft nach einem Preisanstieg deutlich höher ist als vorher. Vor der Reform wechselten jährlich 5,4 % der Versicherten ihre Krankenkasse. Erhöhte die Kasse den monatlichen Beitrag um 10 € (ausgedrückt in einer Erhöhung des prozentualen Beitragssatzes), stieg die Wechselwahrscheinlichkeit der Versicherten auf 6,8 %. Ein Beitragsanstieg in Höhe von 10 € (ausgedrückt im einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag) vergrößerte sie jedoch auf 13,2 %.

Es ist keineswegs überraschend, dass der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag nicht allein bei den Gewerkschaften, sondern auch den Krankenkassen auf Widerstand stieß. Um zu erkennen, warum das der Fall ist, muss ihr Geschäftsmodell betrachtet werden, das sich auf Versicherte richtet. Die PKV-Kassen befürchteten, dass der Pauschalbetrag die Motivation der Versicherten zurückdrängt, einer umverteilungsbedingten Belastung auszuweichen. Die GKV-Kassen waren um ihre Quasi-Monopolposition besorgt („einheitlich und gemeinsam“). Ferner erkannten zahlrei-

Es ist keineswegs überraschend, dass der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag nicht alleine bei den Gewerkschaften, sondern auch bei den Krankenkassen auf Widerstand stieß.

gehört euch, der rechte uns“) Wettbewerb verhindert, wird er durch eine horizontale Trennung („alle Versicherungen müssen Pflicht- und können Optionsleistungen anbieten“) ermöglicht. Die Entscheidung darüber, was Pflicht- und Optionsleis-

⁹ Um Missverständnissen vorzubeugen: Die PKV/GKV-Dualität hat viele Ursachen; die Versicherungspflichtgrenze ist nicht die einzige, aber primäre Quelle.

¹⁰ Die Unterschiede werden ausführlicher in Leu u.a. (2008) dargestellt. Zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Forderung nach einem einheitlichen Versicherungssystem vgl. Schulze Ehring/Köster (2010).

¹¹ Vgl. dazu Meier/Werding (2007) sowie Eekhoff u. a. (2008).

¹² Vgl. zu diesem Beispiel Richter (2007).

¹³ Dieses Ergebnis ist auf anderen Märkten bestätigt worden. Vgl. dazu DellaVigna (2009).

che Beteiligte mit Schrecken, dass nicht das gesamte Finanzierungssystem von lohnabhängigen auf lohnunabhängige Zahlungen („Kopfpauschalen“) umgestellt werden musste, was sie für politisch nicht mehrheitsfähig hielten. Vielmehr kann der größte Teil der Finanzierung einkommensabhängig bleiben, sofern der einkommensunabhängig finanzierte Zusatzbeitrag wirksam ist. Daher richteten sich die Bemühungen der Kassen und die der Gewerkschaften zuletzt darauf, dessen Wirksamkeit zu verhindern.

7.4 Lohnabhängige Vergütung

Unwirksam wird der lohnunabhängige Zusatzbeitrag dann, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu hoch sind, was durch die 95-Prozent-Regel vermieden werden sollte.¹⁴ Damit sollte sichergestellt werden, dass stets ein Teil der Kasseneinnahmen – maximal 5 % – durch Zusatzbeiträge erwirtschaftet werden. Dann hätten die meisten Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, und es gäbe eine ausreichend große Preisdifferenzierung. Bei einer nur geringen Unterdeckung des Gesundheitsfonds müssen dagegen nur wenige Kassen einen Zusatzbeitrag verlangen.

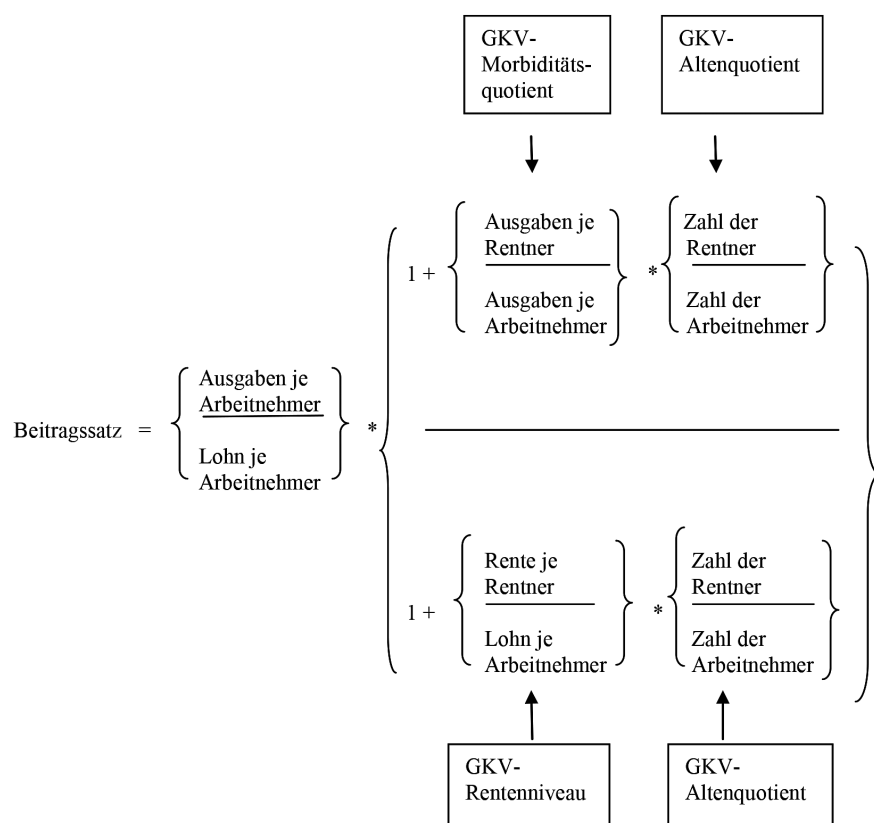
Es werden aber nicht wenige, sondern viele Zusatzbeiträge gebraucht. Dazu muss der Beitragssatz gesenkt werden. Das wird zwar von der Politik beabsichtigt. Allerdings wandelt sie gleichzeitig den lohnunabhängigen Zusatzbeitrag in einen lohnabhängigen um. Dadurch senkt sie wieder die Wechselwahrscheinlichkeiten der Versicherten bei Preisunterschieden und reduziert den Effizienzdruck für die Krankenkassen. Sie verringert vor allem den Wechselanreiz für Geringverdiener.

7.5 Versorgungsmanagement

Der schärfere Wettbewerb hat auch ein größeres Engagement der Kassen beim Versorgungsmanagement zur Folge. Warum das der Fall ist, zeigt Abbildung 2, die lediglich die GKV-Budgetgleichung visualisiert.¹⁵

Zur Vereinfachung sei angenommen, dass die Einnahmen der GKV mit dem Produkt aus der Zahl der Arbeitnehmer und ihrem Durchschnittseinkommen sowie dem Produkt aus der Zahl der Rentner und ihrem Durchschnittseinkommen übereinstimmen (jeweils multipliziert mit

Abbildung 2: Altenquotient, Rentenniveau und Morbiditätsquotient



Quelle: eigene Darstellung

dem für beide Gruppen übereinstimmen den Beitragssatz) und die Ausgaben dem Produkt aus der Zahl der Arbeitnehmer und ihren Durchschnittsausgaben sowie dem Produkt aus der Zahl der Rentner und ihren Durchschnittsausgaben entsprechen. Dann können die Bestimmungsgründe der GKV-Ausgaben in zwei Bestandteile zerlegt werden, wobei der linke Klammerausdruck über das Verhältnis zwischen den Ausgaben und Einkommen der Arbeitskräfte und der rechte über demographische Faktoren informiert. Dadurch wird sichtbar, dass der (reine) demographische Einfluss auf die Ausgaben insofern unbestimmt ist, als der GKV-Altenquotient sowohl im Zähler als auch im Nenner vertreten ist. Er wird allerdings unterschiedlich gewichtet, und zwar im Zähler mit dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Rentner und denen der Arbeitskräfte (Morbiditätsquotient) und im Nenner mit dem Verhältnis zwischen den Einkommen der Rentner und denen der Arbeitnehmer (GKV-Rentenniveau). Daher hängt es von der Höhe der Gewichte ab, in welcher Weise sich die demographische Entwicklung auf die Ausgaben auswirkt. Wird sich nur der Altenquo-

tient und nur das Rentenniveau ändern, bekommt die GKV aus zwei Gründen ein Problem: weil die Relation zwischen der Zahl der Rentner und der Zahl der Arbeitnehmer steigen und das Einkommen der Rentner im Vergleich zu dem der Arbeitnehmer fallen wird. Steigt zusätzlich der Morbiditätsquotient, entsteht aus drei Gründen ein Problem, da auch die Ausgaben der Rentner im Vergleich zu denen der Arbeitnehmer zunehmen.

Die Entwicklung des Altenquotienten und des Rentenniveaus entzieht sich weitgehend der Kassenkontrolle. Das ist anders beim Morbiditätsquotienten, er kann durch das Versorgungsmanagement der Kassen gesteuert werden. Im Regelfall kennt der Patient nur die Symptome, die ihn veranlassen haben, den Arzt aufzusuchen, so dass der Arzt die Diagnose stellt und die Therapie benennt. Diese arztinduzierte Nachfrage ist nicht zu beanstanden. Es sollte auch nicht kritisiert werden, dass die Ärzte – ebenso wie die Anbieter anderer

¹⁴ Vgl. ausführlicher Augurzky/Roppel/Schmitz (2014).

¹⁵ Vgl. zur Herleitung der Darstellung Knappe (1995).

Leistungen – daran interessiert sind, die Nachfrage nach ihren Leistungen auszuweiten. Dieses Interesse hat jeder Anbieter. Entscheidend ist, dass sie dazu – und zwar in weitaus stärkerem Maße als andere Anbieter – in der Lage sind. Verantwortlich dafür ist die arztinduzierte Nachfrage im Zusammenwirken mit der Nulltariflösung. Dann sind die Patienten bestrebt, möglichst den Arzt aufzusuchen, der über die qualitativ beste Praxisausstattung verfügt und – daran gemessen – den größten Heilungserfolg verspricht. Ist aber medizinischer Fortschritt, der zu Kostensenkungen führt, für die Ärzte und Patienten (nicht jedoch für die Versicherten, die ihn letztlich bezahlen müssen) finanziell uninteressant, sondern lediglich medizinischer Fortschritt, der Qualitätsverbesserungen mit sich bringt, ist nicht überraschend, dass er einseitig qualitätssteigernd und nicht – wie zumeist in anderen Branchen – qualitätssteigernd und zugleich kostensenkend wirkt. In dieser Situation, in der die Patienten und Ärzte gleichermaßen an einem möglichst umfassenden und qualitativ hochwertigen, nicht aber an einem begrenzten und möglichst kostengünstigen Angebot interessiert sind, ist ein Gegengewicht notwendig. Das ist der Versicherungswettbewerb. Er wird die Kassen veranlassen, vermehrt auf kostensenkende Innovationen zu drängen, so dass es mehr kostensenkenden und weniger qualitätssteigernden Fortschritt gibt. Die nutzenstiftende Wirkung der Versicherungslösung wird dadurch nicht in Frage gestellt.

7.6 Direktbeteiligung

Notwendig ist auch ein Mehr an wirk-samer Direktbeteiligung. Es muss das Eigeninteresse der Patienten an einer reduzierten Inanspruchnahme geweckt werden. Das ist über Direktbeteiligung möglich. Sie wird jedoch von den Bürgern als Abkassieren und nicht als Steuerungsinstrument betrachtet und stößt deshalb bei den Parteien auf Widerstand.

Dass die Lenkungswirkungen von der Form der Direktbeteiligung abhängen, ist bekannt. Während sich generelle Selbstbehalte auf die Gesamtheit aller Leistungen und spezielle Selbstbehalte auf einzelne Leistungsarten beziehen, erstreckt sich die prozentuale Selbstbeteiligung auf einen bestimmten Prozentsatz der Ausgaben (bspw. 50 % für

Zahnersatz) und die absolute auf einen bestimmten Geldbetrag (bspw. 1.000 € pro Jahr). Da die Patienten bei absoluten Selbstbehalten alle Ausgaben bis zu einer bestimmten Größenordnung selbst bezahlen müssen, ist ein Versicherter nach Überschreiten des betreffenden Betrages – also mit Beginn der vollständigen Kostenerstattung durch die Versicherung – nicht weiter auf Spar-samkeit bedacht. Dann kommt es nur zu einer zeitlichen Verlagerung – durch das bewusste Nachholen einer zurück-gestellten Nachfrage sowie das bewusste Verlagern der Nachfrage in diejenigen Jahre, in denen mit einer Überschreitung des Selbstbehalts gerechnet wird – und nicht zu einem Nachfragerückgang insgesamt. Deshalb ist nur die prozentuale Beteiligung zielgerichtet.¹⁶

8. Pflegeversicherung

Höchst umstritten ist die Anpassung der Gesetzlichen Pflegeversicherung an den demographischen Übergang, die in der Amtssprache Soziale Pflegeversicherung (SPV) genannt wird. Der Kompromiss, der Mitte der 1990er Jahre zur SPV führte, war an zwei Voraussetzungen gebunden. Erstens wurde die Umwandlung eines Feiertages in einen Arbeitstag vereinbart. Als Einnahme sollte ihr der wirtschaftliche Wert eines Arbeitstages, der in einen Beitragssatz umgerechnet wurde, zur Verfügung stehen. Dass er nur ausreichen würde, um einem eng begrenzten Personenkreis eng begrenzte Leistungen zur Verfügung zu stellen, war bekannt. Die Konzentration des Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf somatische Beeinträchtigungen und die Teilkostendeckung waren die Folge dieser Vereinbarung. Zweitens wurden Karenzzeiten beschlossen. Während Beiträge zur Pflegeversicherung bereits ab Januar 1995 verlangt wurden, wurden Leistungen für die ambulante Pflege erst ab April 1995 und für die stationäre ab Juli 1996 angeboten. Die Leistungspflicht der Pflegeversicherung setzte also erst nach Ablauf eines vorab festgelegten Zeitraums ein.

Was hat sich seitdem geändert? Es ist nicht die demographische Prognose. Während die SPV auf der Einnahmeseite weitestgehend mit der GKV übereinstimmt, also dort in gleicher Weise demographie-

abhängig ist, ist sie auf der Ausgabenseite sehr viel demographieabhängiger. Bekannt war, dass es deshalb zu einem steigenden Bedarf kommen wird. An dieser Stelle ist die Zahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) von essentieller Bedeutung. Gegenwärtig leben etwa 4 Mio. in Deutschland. Ihre Zahl wird bis 2045 auf etwa 8 Mio. steigen, sich also im Vergleich zu heute verdoppeln. Würde das Ziel in der Aufrechterhaltung des Status quo bestehen, soll also der bestehende Leistungskatalog in vollem Umfang durch das Beitragsaufkommen finanziert werden, würde daher bereits der reine Demographieeffekt zu einer Verdoppelung des Beitragssatzes führen. Wird zusätzlich angenommen, dass der Anteil der kostenintensiven Pflege steigt und die Preise für Pflegeleistungen überproportional größer werden, würde der Anstieg noch stärker ausfallen.

Geändert hat sich auch nicht die Einschätzung über die Auswirkungen psychosomatischer Erkrankungen auf die Nachfrage nach Pflegeleistungen. Die daran anknüpfende Kritik hat jedoch deshalb an politischem Gewicht gewonnen, weil das BMAS den Beirat zur Überprü-

Soll der bestehende Leistungskatalog der SPV in vollem Umfang durch das Beitragsaufkommen finanziert werden, würde der Demographieeffekt zu einer Verdoppelung des Beitragssatzes führen.

fung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Erarbeitung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments aufgefordert hat. Dabei wurde weitgehend ausgeblendet, dass eine Ausweitung des Begriffs zu einer Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises führt, für die zusätzliche finanzielle Ressourcen benötigt werden – es sei denn, es käme zu einer Ausgliederung von Leistungen.

Einen in diese Richtung gehenden Vorschlag unterbreiten Häcker, Hackmann und Raffelhüschen (2011). Sie erinnern

¹⁶ Bspw. sieht die in der Schweiz praktizierte Regelung eine Eigenbeteiligung von 10 % vor. Sie ist gedeckelt, um das finanzielle Risiko der Versicherten zu begrenzen.

an die beschlossenen Karenzzeiten. In diesem Fall bleibt der Leistungsanspruch zwar bestehen, wird aber erst nach Ablauf einiger Monate wirksam. Schließt der Bürger für den betreffenden Zeitraum eine private Versicherung ab, muss er eine Versicherungsprämie zahlen. Da sie nur von denjenigen finanziert werden kann, die dazu in der Lage sind, bedarf es auch in der SPV eines Sozialausgleichs.

Nicht zuletzt deshalb präferiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2013) die Integration der SPV in die GKV. Dann würden jedoch, so der Einwand der Politik, die Leistungen der SPV faktisch verschwinden. Das ist nicht zu erwarten. Vielmehr würden sie zum Bestandteil des GKV-Kataloges werden, wobei der Risikostrukturausgleich um die Pflegeleistungen ergänzt würde.

9. Medizinische Rehabilitation

Die Nachfrage nach Leistungen der Medizinischen Rehabilitation ist ebenfalls altersabhängig und wird infolge der demographischen Entwicklung steigen – auch deshalb, weil sie wegen der Anhebung des gesetzlichen Rentenzugangsalters zunehmen wird. Der Nachfrageanstieg kann dadurch gebremst werden, dass an die Unterscheidung zwischen Allgemeinen Vorsorgemaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen (AHB) angeknüpft und das gesetzliche Angebot konsequent auf Letzteres konzentriert wird. Leitvorstellung für die Bestimmung der gesetzlich zu versichernden Risiken sollte sein, dass es sich um medizinisch notwendige Leistungen handelt. Das ist bei AHB der Fall. Dieser Vorschlag stößt jedoch in einer Reihe von Bundesländern auf Widerstand, da AHB-Leistungen grundsätzlich eine krankenhausnahe Rehabilitation erfordern. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Finanzierung der Rehabilitation nicht allein gesundheits-, sondern ebenso beschäftigungspolitischen Zielen dient.¹⁷

Zudem ist es notwendig, die Leistungen einer Rehabilitationsklinik konsequent durch einen Festpreis pro Behandlung („Fallpauschalen“) zu vergüten. Einen in diese Richtung gehenden Vorschlag unterbreitet Neubauer (2010). Dadurch werden die Leistungen transparent. Sie könnten dann miteinander verglichen werden, was wiederum zur Folge hat, dass sie zum Gegenstand von Effizienzanalysen gemacht werden können.

10. Schlussbemerkung

Die von der Regierung prognostizierte Bevölkerungsentwicklung hat weitreichende Konsequenzen – nicht nur für das Gesundheits-, sondern das Sozialleistungssystem insgesamt.

Da die demographische Alterung das Echo der Vergangenheit ist, kann sie nicht mehr vermieden werden; es geht nur noch um die richtige Anpassung. Davon betroffen ist auch das Rentenniveau, mithin der Anteil der Renten am Lohneinkommen. Von Bedeutung ist allein die „Wie-Frage“ (wie soll es gesenkt werden) und nicht die „Ob-Frage“ (muss es gesenkt werden).

An dieser Stelle ist der Koalitionsvertrag kein Vorbild. Er ist kein Zukunftssicherungsvertrag, sondern das Gegenteil. Gleichwohl sind wir nicht, weil der Altenquotient steigt, auf dem Weg in die Gerontokratie. Käme es zu einem fortlaufend steigenden Rentenniveau, würde dies den Handlungsspielraum der Politik zunehmend einengen.

Welche Konsequenzen hat die Bevölkerungsentwicklung für die Einnahmen und Ausgaben der GKV. Auf der Einnahmenseite wird die Beteiligung der Bürger mittels Steuer- und Beitragszahlungen durch die Schuldenbremse und die 40-Prozent-Regel gebremst. Auf der Ausgabenseite ist allein die Frage zu beantworten, wie es zur Basisversicherung kommen soll: mittels expliziter Rationierung, durch interventionistische oder ordnungspolitische Eingriffe. Im Zentrum des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) steht die Ordnungspolitik.

Die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQVG) vereinbarte Finanzierungsreform schwächt diesen Weg an entscheidender Stelle. Der Beschluss, den lohnunabhängigen durch den lohnabhängigen Zusatzbeitrag zu ersetzen, reduziert den Kassenwettbewerb und mit ihm die Effizienz der medizinischen Versorgung. Das nützt nicht den Geringverdienenden, sondern schadet ihnen. ■

17 Auch aus diesem Grund wird der Forderung des Bundesrechnungshofes widersprochen, die Belegung der Kliniken an Wirtschaftlichkeitskriterien auszurichten.

Literatur

- Afonso, A./St. Aubyn, M. (2005), Non-parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries, *Journal of Applied Economics*
- Augurzy, B./Roppel, U./Schmitz, H. (2014): *Kehrtwende in der Gesundheitspolitik*, Essen
- Augurzy, B./Tauchmann, H./Werblow, A./Felder, S. (2008), *Effizienzreserven im Gesundheitswesen*, Essen
- Bundesministerium der Finanzen (2014): *Monatsbericht März*, Berlin
- Bundesministerium des Innern (2011): *Demografiebericht*, Berlin
- DellaVigna, S. (2009), Psychology and economics: evidence from the field, *Journal of Economic Literature*
- Diamond, P. (1965), National Debt in a Neoclassical Growth Model, *American Economic Review*
- Eekhoff, J./Brünnagel, V./Kochskämper, S./Menzel, K. (2008): *Bürgerprivatversicherung*, Tübingen
- Häcker, J./Hackmann, T./Raffelhüschen, B. (2011): *Soziale Pflegeversicherung heute und morgen*, Köln
- Knappe, E. (1995), Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor, in: P. Oberender (Hrsg.): *Transplantationsmedizin*, Baden-Baden
- Lee, R. und A. Mason (2011), *Population Aging and the Generational Economy*, Cheltenham
- Leu, R./Rutten, F./Brouwer, W./Rütschi, C./Matter, P. (2008): *The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems*, Baden-Baden
- Meier, V./Werding, M. (2007): *Übertragbarkeit risikoabhängiger Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung*, München
- Münch, E./Scheytt, St. (2014): *Netzwerkmedizin*, Wiesbaden
- Neubauer, G. (2010): *Steigenden Behandlungsbedarf in der Rehabilitation über Schweregradgruppen abbilden und vergüten*, München
- Richter, W. (2007): *Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform*, in: Göppfarth, D./Greß, S./Jacobs, K./Wasem, J. (Hrsg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*, St. Augustin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011), *Herausforderungen des demografischen Wandels*, Wiesbaden
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2013): *Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik*, Wiesbaden
- Schmitz, H./Ziebarth, N. (2011): *In Absolute oder Relative Terms? How Framing Prices Affects the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice*, *Ruhr Economic Papers*
- Schulze Ehring, F./Köster, A.-D. (2010), *Gesundheitssysteme im Vergleich*, Köln
- Statistisches Bundesamt (2009): *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*, Wiesbaden
- Werding, M. (2014): *Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*, München