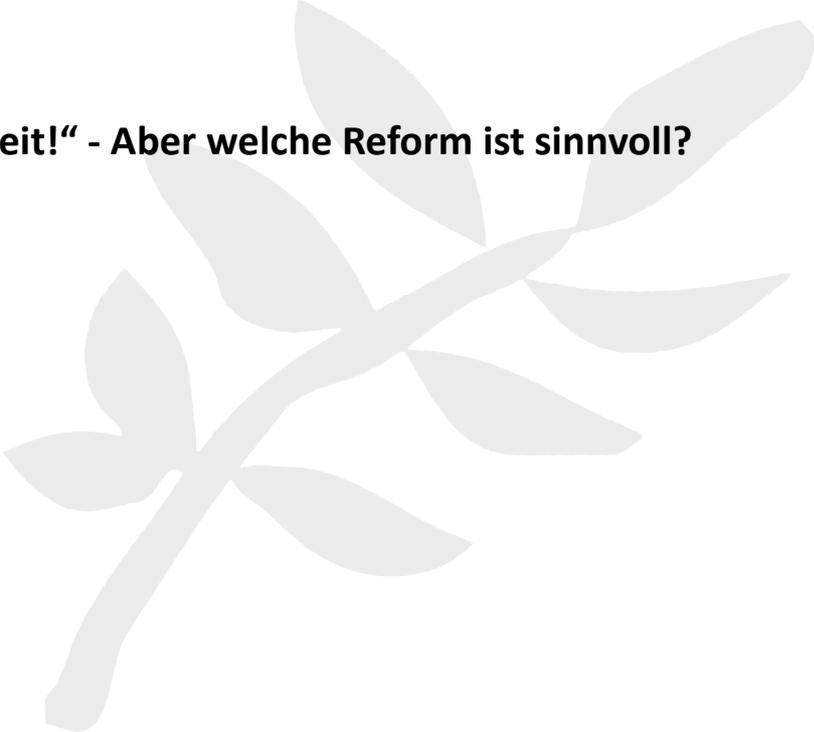


Themenblätter

„Auf Ihre Gesundheit!“ - Aber welche Reform ist sinnvoll?



Herausgeber: pax christi-Kommission „Globalisierung und soziale Gerechtigkeit“

Juli 2010



Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gesundheitspolitik ist zurzeit ein brisantes Thema in Deutschland. Die Koalition aus CDU/CSU und FDP zeigt in diesem Politikfeld mehr Dissonanzen als Konzepte. Die Bedeutung der Krankenversicherung als solidarisches Instrument und eben nicht als etwas, woraus jemand Profit schlagen sollte, droht aus dem Blick zu geraten. In dieser politischen Situation hat sich die pax christi-Kommission „Globalisierung und soziale Gerechtigkeit“ des Themas angenommen. Im Folgenden finden Sie eine Zusammenstellung von Stefan Leibold, dem Sprecher der Kommission, der die Grundzüge der aktuellen Richtungskämpfe in der Gesundheitspolitik aufzeigt.

Solidarität der Gesunden mit den Kranken und soziale Umverteilung zwischen Leistungsstarken und Bedürftigen müssen in den Mittelpunkt der deutschen Gesundheitspolitik gerückt werden: eine Bürger/innenversicherung, die alle einbezieht, wäre für die Krankenversicherung der richtige, weil solidarische Weg – und ein Beitrag zum sozialen Frieden.

Eine interessante Lektüre wünscht

Christine Hoffmann
Generalsekretärin pax christi-deutsche Sektion

Erläuterungen zum deutschen Gesundheitssystem, den Ursachen seiner Krise, den Koalitionsplänen zur Reform und möglichen Alternativen

1. Wie funktioniert eigentlich unser Gesundheitssystem?

Dass Deutschland ein Sozialstaat sein soll, ist im Grundgesetz Artikel 20 Absatz 1 verankert: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“. Was das im Einzelnen heißt, ist dem Gesetzgeber überlassen. De facto hängt die Einrichtung und Ausgestaltung sozialer Institutionen entscheidend von gesellschaftlichen Kräften, die diese durchsetzen können (insbesondere der Arbeiterbewegung und der Gewerkschaften) bzw. von strategisch-politischen Beweggründen der Machthaber ab. (Z. B. waren für Bismarck dominierende Motive für die Einführung sozialer Sicherungen, dass er die Bindung der Arbeiter zum Staat stärken und die aufkommende Sozialdemokratie schwächen wollte).

Die Ziele des Sozialstaats kann man zusammenfassen in *soziale Grundsicherung*, eine *gerechte Verteilung von Ressourcen* und die *Verbesserung sozialer Chancengleichheit*. Darauf hinzuweisen ist, dass im deutschen Sozialstaat bestehende Unterschiede im Lebensstandard bewahrt werden, etwa durch die Bemessung von Arbeitslosengeld und Rente am vorherigen Einkommen.

Am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die ins System eingebaute *Solidarität* deutlich: Die Beiträge vom Lohn, die die Finanzierungsbasis darstellen, richten sich nach den Einkommen der Versicherten, so dass Geringverdiener (absolut) niedrigere und Besserverdiener höhere Einzahlungen leisten. Insofern kann man von



einem einkommensbezogenen Solidarausgleich sprechen. Solidarität wird institutionalisiert:

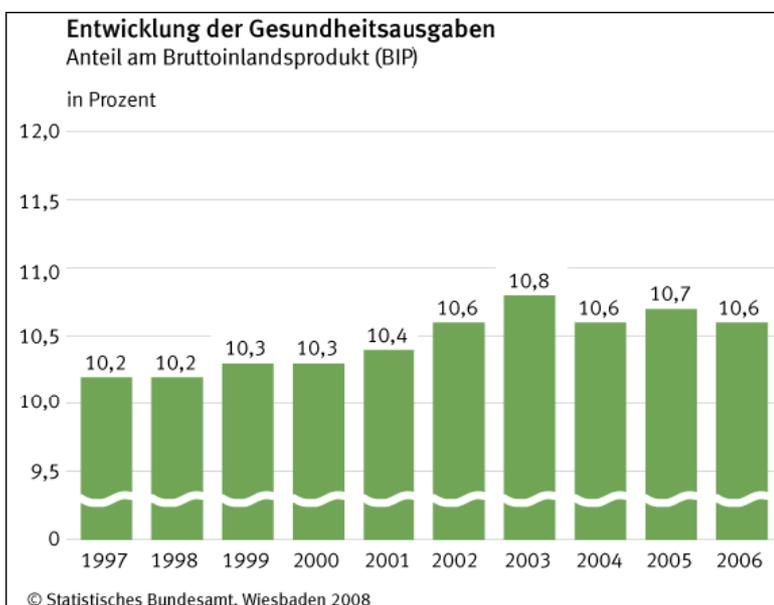
- zwischen Gesunden und Kranken: Die „chronisch Gesunden“ kommen für die chronisch Kranken auf
- zwischen Jungen und Alten: Junge Menschen verursachen i. d. R. geringere Kosten als ältere
- zwischen Kinderlosen/Singles und Familien: Nicht bzw. gering erwerbstätige Ehegatten und Kinder werden beitragsfrei mitversichert
- zwischen Männern und Frauen: Frauen erhalten Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Umfragen zeigt sich regelmäßig eine hohe Akzeptanz dieser in den Strukturprinzipien des deutschen Sozialstaats eingebauten Solidarität. Diese wird allerdings teilweise konterkariert durch die Möglichkeit für Besserverdienende, sich privat zu versichern bzw. innerhalb der gesetzlichen Versicherung prozentual weniger zu bezahlen, indem nur bis zur sog. Beitragsbemessungsgrenze Beiträge entrichtet werden. Auch der Grundsatz der „paritätischen Finanzierung“, die prozentual gleiche Beteiligung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern an der Sozialversicherung, ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung mittlerweile deutlich eingeschränkt (7 zu 7,9%) und wurde in der Sozialen Pflegeversicherung durch die Streichung eines Feiertages gleich ganz aufgegeben. Dieses solidarische Gesundheitssystem ist schon länger – wie der Sozialstaat generell – unter Beschuss, nicht erst durch die Pläne von CDU und FDP zur Einführung von „Gesundheitsprämien“ oder „Kopfpauschalen“.

2. „Unser Gesundheitssystem lässt sich nicht mehr bezahlen und ist in der Krise!“ - Einige Daten und Fakten zur Debatte

Man weiß doch, dass im Gesundheitsbereich und insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Kosten explodieren!

Absolute Steigerungen sagen über die Entwicklung eines Ausgabepostens noch nicht viel aus. Aussagekräftig ist die Untersuchung, wie viel Prozent des BIP für einen Bereich verwendet werden.

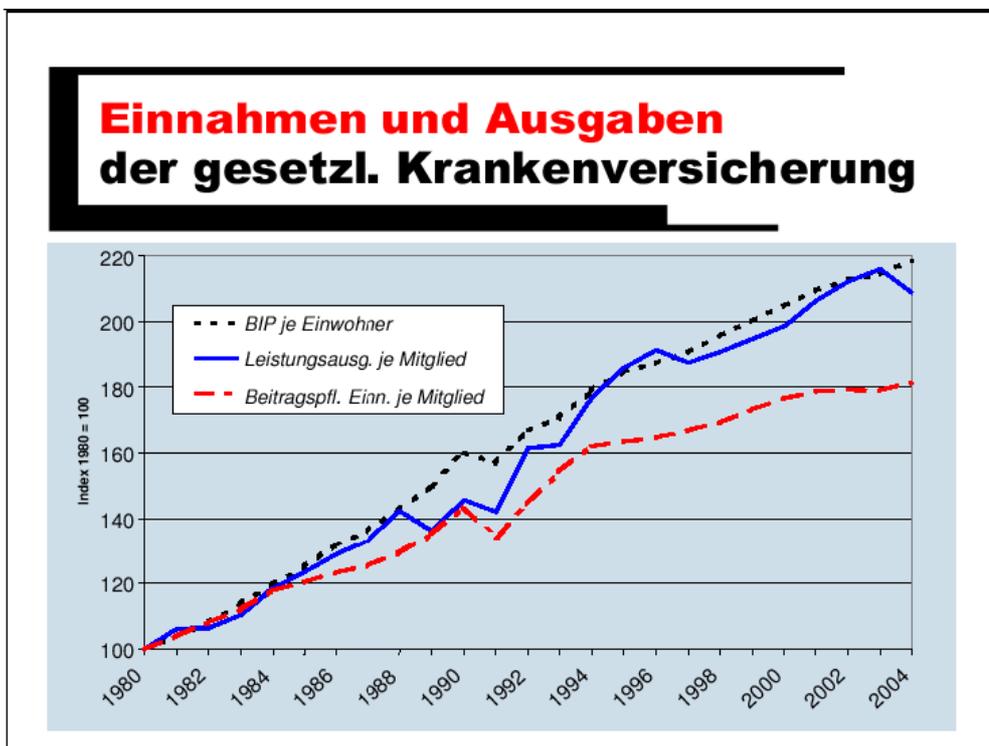




Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP betrug in den letzten 20 Jahren zwischen 10 und 11% und ist kaum gestiegen. Die privaten Gesundheitsausgaben sind leicht gestiegen u. a. wegen Ausgliederungen aus dem Leistungskatalog der GKV, gestiegener Arzneimittelpreise und anderer Ursachen, die später thematisiert werden. Von einer Kostenexplosion im Gesundheitsbereich und insbesondere der GKV kann aber keine Rede sein.¹

Aber warum steigen dann die Beiträge zur Krankenversicherung ständig?

Die Beiträge lagen 1970 bei 8,2 %, 1980 bei 11,4 % und heute bei 14,9%. Der Beitragssatz sagt aber zunächst nur etwas über das Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben. Wenn er steigt, können die Einnahmen gesunken oder die Kosten gestiegen sein. Tatsächlich sind nicht die Ausgaben explodiert, sondern die Einnahmen eingebrochen. Das folgende Schaubild zeigt, dass die Ausgaben sich an der Entwicklung des BIP orientieren, die Einnahmen aber zurückbleiben.

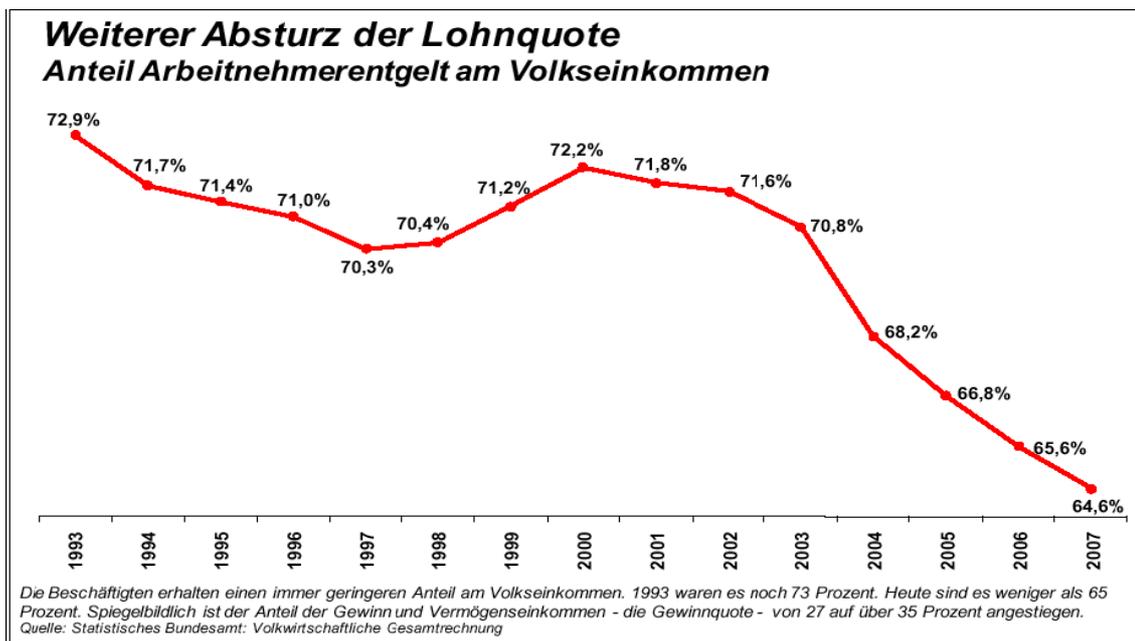


1 Für die genauere Entwicklung und eine ausführlichere Argumentation siehe Bernard Braun/Hagen Kühn/Hartmut Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt/M. 1998; Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, Bern 2009.



Welche Ursachen hat der Einnahmerückgang?

Eine wichtige Rolle spielt natürlich die steigende Arbeitslosigkeit der letzten Jahrzehnte: Immer weniger Beschäftigte zahlen aufgrund sinkender Reallöhne (das sind Nominallohne minus Inflation) immer weniger ein. Dadurch sinkt die Lohnquote, d. i. der Anteil der Löhne am Volkseinkommen im Verhältnis zu Unternehmergewinnen und Vermögen. Dieses wiederum ist die Summe *aller* Erwerbs- und Vermögenseinkommen, die in einem bestimmten Zeitraum (gewöhnlich ein Jahr) den Bewohnern eines Landes zugeflossen sind.



Das große Problem der Sozialversicherungszweige ist, dass sie nur von (Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-) Beiträgen auf die Löhne finanziert werden. Andere Einkunftsarten bleiben außen vor. Bei steigenden Gewinnen und Vermögen auf der einen Seite und fallenden Löhnen auf der anderen verschärft sich das Problem der Sozialversicherungen trotz steigenden gesellschaftlichen Reichtums (dieses Problem will die Bürgerversicherung lösen, siehe das letzte Kapitel).

Aber haben wir nicht zu hohe Ansprüche?

Wer entscheidet i.d.R. über die Art und Weise der Behandlung? Das sind nicht die Patient/innen, sondern die Kliniken und Ärzte. Die Steuerung des Angebots von Gesundheitsleistungen ist „angebotsorientiert“ und kaum von der „Nachfrage“ der Patienten abhängig. Das gilt insbesondere für die 5 % chronisch Kranken, auf die ca. 60 % aller Kosten entfallen.

Aber sind wir nicht selbst verantwortlich für unsere Gesundheit? Wer Sport treibt, verursacht doch z. B. weniger Kosten?

Er hat möglicherweise mehr Sportunfälle, die kosten. Und der Raucher entlastet



zumindest die Rentenversicherung durch die deutlich geringere Lebenserwartung. Es ist nicht immer so einfach. Kein Mensch kann die Risiken absehen, die auf ihn zukommen. Heute kann ich kerngesund sein und morgen eine schwere Krankheit bekommen. Das spricht für eine solidarische Finanzierung des Krankheitsrisikos. Gesundheit ist auch keine Ware: Weder habe ich das Bedürfnis nach immer mehr Operationen noch kann ich den Markt überschauen und habe eine „Konsumentensouveränität“. Ich kann wahrscheinlich auch auf die Behandlung meiner Krankheit nicht erst einmal verzichten und in Ruhe viele Angebote einholen. Es gibt einen uneinholbaren Informationsvorsprung der Ärzte. Krankheit ist mit vielen Emotionen verbunden. Das erschwert ein rationales Abwägen im Krankheitsfall.²

Ist es nicht hilfreich, wenn es mehr Wettbewerb zwischen den Kassen gäbe? Dann würden alle Kosten sparen!

Wie gerade erwähnt, ist es für Versicherte kaum überschaubar, welche Kasse in welchem Krankheitsfall für sie die beste ist und zu welcher sie wechseln könne, wenn sie unzufrieden sind – und wie die Politik der Kassen in einem Jahr ist. Der Wettbewerb findet auch tatsächlich zwischen den Kassen statt – und zwar um die guten Risiken, die jungen Gesunden und gut verdienenden. Das spart den Kassen Geld. Gewinner sind in erster Linie die Privatversicherungen. Verlieren die Kassen relativ in diesem Wettbewerb, werden sie Leistungen kürzen. Für die Versicherten hat dieser Wettbewerb (der durch den sog. „Risikostrukturausgleich“ zwischen den Kassen nicht verhindert wird) insgesamt keine Vorteile. Gäbe es nur eine Kasse für alle Versicherten (mit angemessenen Leistungen), wären die Transparenz höher und die Verwaltungskosten geringer.

Aber der medizinisch-technische Fortschritt verursacht doch ständig steigende Kosten?

Der medizinisch-technische Fortschritt kann die Kosten in die Höhe treiben, muss es aber nicht. Er kann in bestimmten Fällen auch Kosten sparen. Wie er wirkt, hängt davon ab, in welchem wirtschaftlichen Zusammenhang er eingesetzt wird. Und der ist in Deutschland eher kostentreibend: In der Medizintechnik und -chemie bestimmen wenige Hersteller, wann ihre Medikamente, Geräte und Verfahren veraltet sind: wenn sie selbst neue anbieten, auch wenn der therapeutische Nutzen minimal oder nicht nachweisbar ist. Diese Dynamik ist mehr eine des Geldverdienens als eine des medizinisch-technischen Fortschritts.

Zum anderen ist das deutsche Gesundheitswesen vom doppelten Aufbau medizinisch-technischer Kapazitäten geprägt. Oft gibt es in vielen Krankenhäusern und Arztpraxen dieselben Ausrüstungen, die alle natürlich optimal auslasten wollen. Das führt zu überflüssigen Mehrausgaben.

Medizinischer Fortschritt kann aber auch Kosten sparen: Herzoperationen, die früher große Öffnungen im Brustkorb erforderten, können heute unter minimalen Verletzungen des Körpers mittels Kathetern durchgeführt werden. Viele Operationen

2 Ausführlich zu diesen Aspekten: Stefan Leibold, Gesundheit als Ware? Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung: soziale Folgen und ethische Bewertungen, online unter: <http://www.paxchristi.de/fix/files/doc/Gesundheit%20als%20Ware.2.PDF>



können heute ambulant, d.h. in Arztpraxen, statt stationär, d.h. im Krankenhaus, durchgeführt werden. Das spart erhebliche Kosten.

Wenn wir aber alle immer älter werden, müssen doch die Gesundheitsausgaben deutlich steigen?

Mit dem Alter steigt die Anzahl der Krankheiten, aber nicht die Kosten. Das zeigen verschiedene Studien, z. B. Die von Scitovsky 1989 und aktuell die von Yang, Norton und Stearns von 2003. Sie werteten Daten von 26.000 Männern und Frauen zwischen 65 und 100 aus. Ihre Ergebnisse sind, dass ab dem 80. Lebensjahr nicht die Arzneien, Ärzt/innen und Klinikaufenthalte der größte Posten waren, sondern die Kosten für die Pflege in Heimen. Während die Pflegekosten mit dem Alter kontinuierlich stiegen, blieben die Ausgaben für die medizinische Versorgung bis etwa ein Jahr vor dem Tod relativ niedrig und konstant. Erst zum Lebensende hin begannen sie leicht zu steigen, vier Monate vor dem Tod schnellten sie auf das Zehnfache des langfristigen Durchschnitts hoch. Die letzten Monate vor dem Tod sind teuer – für alle. Nach den Berechnungen der Forscher kostet die Behandlung im letzten Lebensmonat eines/r Über-85-jährigen fast ein Drittel weniger als die eines/r sterbenden 65-bis 70-Jährigen. Wenn man so will, wird der Tod mit dem Alter billiger. Die Bremer Sozialwissenschaftlerin Hilke Brockmann hat festgestellt, dass die Kassen für Patienten, die älter als 90 sind, nur halb so viel ausgegeben haben wie für die 65- bis 70-Jährigen. Das kann an Rationierungen liegen, dass Ärzt/innen sagen: „Das lohnt sich nicht mehr“, aber auch daran, dass viele alte Patient/innen bestimmte Behandlungen selbst nicht mehr wollen. Außerdem sind die älteren Menschen heute in fortgeschrittenem Alter viel fitter als früher, was an besseren Arbeitsbedingungen in ihrem Leben und auch an besserer gesundheitlicher Bildung und einem größeren Gesundheitsbewusstsein liegt. Das nennt man „Kompressionsthese“, die Zeit mit vielen Krankheiten zieht sich quasi zusammen. Dies ist aber offenbar schichtbedingt und führt nicht automatisch zu weniger Ausgaben: Angehörige der Mittel- und Oberschicht sind auch im Alter gesünder, geben aber ggf. mehr für ihre Gesundheit aus als die kränkeren Angehörigen der unteren Schichten.

Insgesamt schätzen Expert/innen die demographiebedingten Steigerungen der Ausgaben im Gesundheitswesen deutlich unter 1% jährlich. Wir haben also die Möglichkeit, (im Schnitt) mehr Jahre unseres Lebens gesund zu genießen.

Gibt es von der Finanzierung abgesehen Systemfehler unseres Gesundheitssystems?

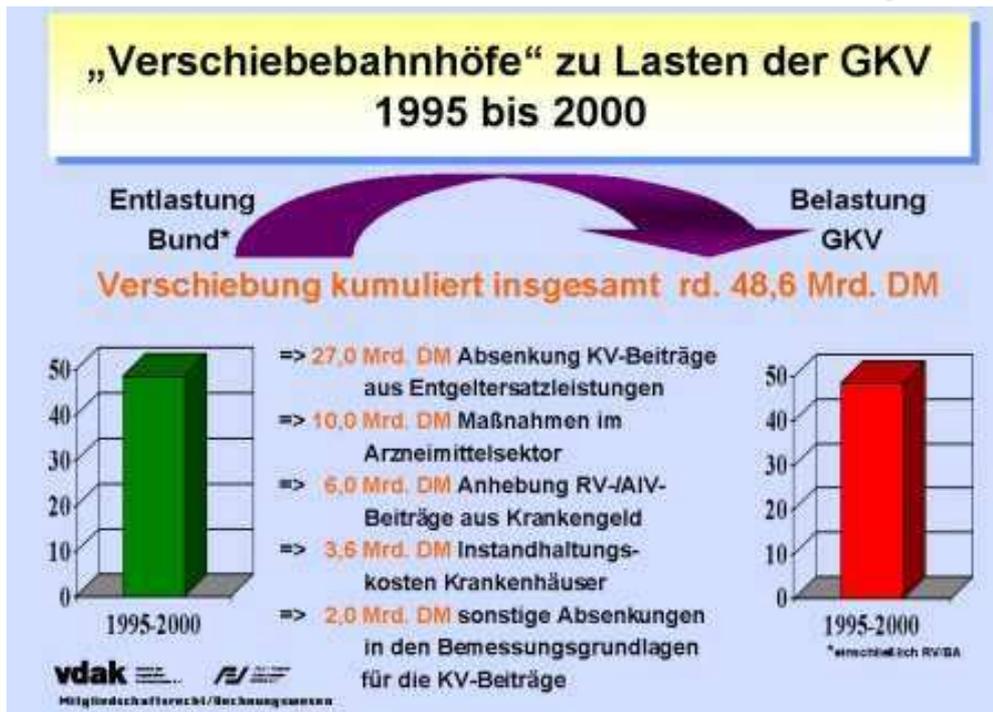
Deutschland hat die vierthöchsten Gesundheitsausgaben weltweit. Jeder Bundesbürger geht im Jahr 18,1 mal zum Arzt. Das ist Spitze. Allerdings nimmt sich der Arzt im Schnitt nur 7,8 Minuten Zeit – im internationalen Vergleich sehr wenig. Bei den zu erwartenden gesunden Lebensjahren liegt Deutschland nur im Mittelfeld. Der ehemalige Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist davon überzeugt, dass mehr Effizienz und größere Sorgfalt in Krankenhäusern und Praxen sowie Preisverhandlungen mit Arzneimittelherstellern erheblichen finanziellen Spielraum schaffen und die Qualität der Versorgung deutlich verbessern könnten.³

³ Vgl. zu den folgenden Ausführungen bes. verschiedene Artikel in Cicero Heft März/2010.



- Die Oberärztin der Charité in Berlin, Almut Tempka, ließ 2006 erfassen, ob es sich bei Behandlungen um einen „Reparaturfall“ handelte, bei dem der Pfusch eines anderen Mediziners korrigiert werden musste. Das war bei fast 50% der Kreuzbandrisse sowie einem Drittel der Eingriffe bei Fuß und Wirbelsäule der Fall.
- Viele Behandlungen finden doppelt statt: Patienten, die der Arzt in der Praxis geröntgt hatte, werden im Krankenhaus noch einmal geröntgt.
- In vielen Praxen wird geklotzt: Die Kassen erstatten jährlich die Kosten für 6,7 Mio. Röntgenbilder, 700.000 Computertomografien und 1,2 Mio. Kernspinaufnahmen. Der Kassenverband schätzt, dass 80% der Rückendurchleuchtungen überflüssig sind und man 275 Mio. Euro im Jahr einsparen könnte.
- Trotz konstanter Mengen wachsen die Arzneimittelkosten jedes Jahr um mehrere Prozent. 1996 gaben die Krankenkassen 17 Mrd. Euro für Arzneimittel aus, 2006 26 Mrd. Euro. 60% gehen offiziell auf innovative Mittel ohne Therapiealternative zurück. Experten schätzen, dass mindestens die Hälfte davon Scheininnovationen sind. Ist ein solches Mittel zugelassen, bestimmen die Hersteller, wie viel sie dafür verlangen. Nach wie vor gibt es keine „Positivliste“ von nachgewiesenen wirksamen Medikamenten, die allein verschrieben werden dürften.
- Es gibt vielfache Verflechtungen von Ärzt/innen und den Pharmaunternehmen: Lukrative Vorträge und Aufträge sollen Ärzte abhängig machen und üben Druck aus.⁴
- Die Umstellung auf Fallkostenpauschalen im Krankenhaus (Bezahlung nicht mehr nach Liegezeit/Bett, sondern nach festgelegtem Krankheitsbild, also bspw. erhält das Krankenhaus einen festen Betrag für eine mittlere Blinddarmentzündung) führt u. a. zu einem „Drehtüreffekt“: Die Patienten werden frühzeitig entlassen, um Geld zu sparen; wenn sie mit derselben Krankheit oder Verletzung wiederkommen, kann das Krankenhaus noch einmal abrechnen.
- Auf die Krankenversicherung werden Lasten aus den steuerfinanzierten öffentlichen Haushalten verlagert. Die AOK Hessen zahlt bspw. 126 Euro für jede/n ALG II-Bezieher/in an die Kassen – die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem liegen aber etwa beim Doppelten.

4 Vgl. ausführlich Markus Grill. Kranke Geschäfte, Reinbek bei Hamburg 2007.



An all diesen Punkten würde sich eine Reform lohnen, besteht dringender Änderungsbedarf. In Deutschland existieren Über- und Unterversorgung gleichzeitig nebeneinander. Das Gesundheitssystem belohnt diejenigen am meisten, die eine möglichst große Menge an Leistungen produzieren: Operationen, Therapien, Tabletten usw. Ärzte werden nicht nach Leistung, sondern nach Behandlungsmengen bezahlt. Für die Ärzt/innen bietet das Vorteile: Sie können mehr abrechnen und besonders durch Privatversicherungen mehr Gehalt erreichen, sie können den Patient/innen als „Halbgott in Weiß“ Hilfe versprechen, auf „rituelle Medizin“ zurückgreifen und müssen sich im Zweifelsfall nicht wegen unterlassener Behandlungen rechtfertigen. An dieser Stelle sollen aber nicht die einzelnen Ärzt/innen schlecht gemacht werden, sondern die Systemfehler beschrieben werden.

Peter Sawicki hat deshalb u. a. gefordert, Ärzt/innen sollten nach Ergebnis bezahlt werden und angestellt sein, damit der Anreiz zur Überversorgung für sie weg fällt.⁵

Aber haben wir nicht eins der besten Gesundheitssysteme weltweit?

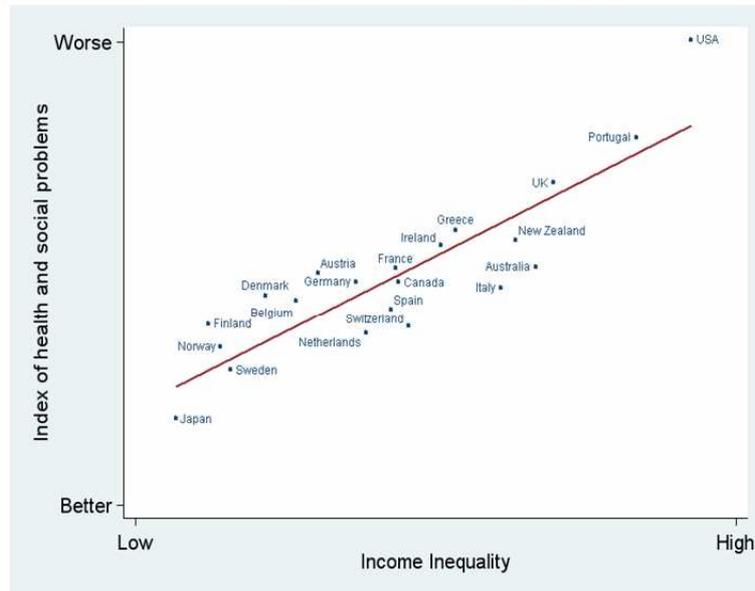
Insgesamt schon. Eine Stärke dabei ist die (noch) relativ geringe soziale Ungleichheit. Diese ist für die Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung insgesamt positiv.

⁵ Cicero Heft März/2010, S. 86.



Health and Social Problems are Worse in More Unequal Countries

- Index of:**
- Life expectancy
 - Math & Literacy
 - Infant mortality
 - Homicides
 - Imprisonment
 - Teenage births
 - Trust
 - Obesity
 - Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
 - Social mobility



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

www.equalitytrust.org.uk Equality Trust

Dieses Schaubild zeigt, dass die gesundheitlichen und sozialen Probleme in Gesellschaften mit größerer Einkommensungleichheit größer sind. Anders gesagt: Je weniger die Scheren zwischen Arm und Reich auseinander gehen (positives Beispiel: Japan, einsam vorn in Sachen Ungleichheit: die USA; Deutschland liegt im Mittelfeld) desto gesünder ist die Bevölkerung im Schnitt. Davon profitieren insgesamt auch die Wohlhabenden bzw. es entstehen relativ die geringsten Kosten. Das spricht für ein solidarisch organisiertes Gesundheitssystem und dafür, die Scheren zwischen Reich und Arm nicht noch weiter zu öffnen.

3. Die letzte Gesundheitsreform: Der Gesundheitsfonds seit 2009

*Was ist eigentlich der Gesundheitsfonds?*⁶

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Seit dem 1. Januar 2009 gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung bundesweit ein einheitlicher Beitragssatz. Das bedeutet: Alle Krankenkassen verlangen den gleichen prozentualen Beitragssatz, den die Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegt hat.

Die Beiträge werden nach wie vor von den beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und fließen gemeinsam mit Steuermitteln in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten vom Gesundheitsfonds eine einheitliche Grundpauschale pro Versicherten plus alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge zur

⁶ Quelle der folgenden Informationen zum Gesundheitsfonds:

http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossarbeginn-Gesundheitsfonds.html



Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben. Hierdurch wird die unterschiedliche Versicherten- und Krankheitsstruktur berücksichtigt. Krankenkassen mit älteren und kranken Versicherten erhalten mehr Finanzmittel als Krankenkassen mit einer Vielzahl an jungen und gesunden Versicherten. Darüber hinaus erhalten sie weitere Zuweisungen zur Deckung der sonstigen standardisierten Ausgaben (z. B. Verwaltungsausgaben, Satzungs- und Ermessensleistungen). Die Einkommen, die die Mitglieder der einzelnen Krankenkassen erzielen, spielen bei den Finanzzuweisungen keine Rolle mehr. Erhält eine Krankenkasse Zuweisungen, die ihren eigenen Finanzbedarf überschreiten, so kann sie an ihre Mitglieder Prämien auszahlen, soweit sie über eine ausreichende Finanzreserve verfügt. Kommt eine Krankenkasse mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie Effizienzreserven erschließen; reicht auch dies nicht aus, erhebt sie von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag. Bis 8€ monatlich findet keine Einkommensprüfung statt. Über 8€ kann dieser max. bis zu 1 v.H. der beitragspflichtigen Einnahmen des jeweiligen Mitglieds betragen. Die Versicherten können der Zahlung eines Zusatzbeitrags durch Wechsel zu einer anderen Krankenkasse entgehen.

Der Gesundheitsfonds war ein Kompromiss der Großen Koalition: Die CDU verband mit der Möglichkeit, die Zusatzbeiträge zu streichen den ersten Schritt Richtung „Kopfpauschale“. Die SPD erhoffte sich Ausbaumöglichkeiten – insbesondere die Einbeziehung privat Versicherter als ersten Schritt Richtung „Bürgerversicherung“. Mit dem gleichen Beitragssatz und den Pauschalen sollte der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt werden, was de facto zu einer Reduktion der Anzahl der Kassen führte. Die Arbeitgeber/innen werden mit diesem Konzept entlastet, kommen die Kassen mit ihren Pauschalen nicht aus, tragen die Arbeitnehmer/innen die Zusatzlast. Die Kassen werden, das ist ja auch das Ziel, versuchen, keine Zusatzbeträge erheben zu müssen, um Abwanderung zu verhindern. Die Möglichkeiten, die sie haben, sind, gezielt „gute Risiken“ einzuwerben oder ggf. Leistungen, die zusätzlich in den etwa zu 90% einheitlich festgeschriebene Leistung, die speziell diese Kasse anbietet (sogenannte Satzungsleistungen), zu kürzen. Darüber hinaus bedeuten die Einführung des Gesundheitsfonds und das Eintreiben der Zusatzbeiträge einen enormen zusätzlichen bürokratischen Aufwand.

4. Zur Bewertung des geplanten „Kopfpauschalen“-Modells

Was hat die Koalition vor in Bezug auf das Gesundheitssystem?

Im Koalitionsvertrag steht folgender Satz: "Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt." (S. 78, Zeile 3909)

Was damit gemeint ist: Zunächst bleibt der umstrittene Gesundheitsfonds mit seinem Einheitsbeitrag von derzeit 14,9 Prozent - sieben Prozent zahlen die Arbeitgeber, 7,9 Prozent die Arbeitnehmer bestehen. Je nach Ergebnissen der Kommission könnte es ab 2011 grundsätzliche Änderungen geben: Der Arbeitgeberanteil würde erstens



eingefroren, um die Lohnzusatzkosten stabil zu halten. Streit gibt aber zweitens vor allem wegen eines Projektes: dem „einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeitrag“, der dem Modell einer "Kopfpauschale" nahe käme. Der bisherige Beitrag, dessen Höhe sich nach dem Arbeitseinkommen richtet, würde dann womöglich teilweise auf eine Pauschale umgestellt. Im Klartext: Alle Versicherten zahlten so im Prinzip denselben Pauschalbeitrag - unabhängig davon, was sie verdienen. Gesundheitsminister Philipp Rösler stellte nun klar, dass es einen "automatischen Sozialausgleich" für Pflichtversicherte mit geringem Einkommen geben soll. Dies werde durch Steuern finanziert. Ein automatischer Sozialausgleich ist nicht umsetzbar. Um den Sozialausgleich über Steuern zu finanzieren, müsste der Spitzensteuersatz auf ca. 73% erhöht werden.

Wie das Modell genau aussehen und wie es finanziert werden soll, ist umstritten. Das Ziel, das dahinter steht, ist die Abschaffung der solidarisch organisierten gesetzlichen Krankenversicherung und die Privatisierung des Gesundheitsrisikos (zur „Eigenverantwortung“ im Gesundheitssystem siehe vorne).

Wer würde von dem neuen Modell profitieren?

Nach Schätzungen müssten 30 bis 60% der Bevölkerung einen höheren Beitrag zahlen. Das betrifft besonders auch die Minijobber und Teilzeitbeschäftigten. Verdient bspw. jemand 800 Euro brutto und zahlt bei 7,9% 63,20 GKV-Beitrag heute, müsste er bei Einführung einer Kopfpauschale, die vermutlich zwischen 120 und 200 Euro liegen würde, erheblich mehr zahlen. Ein/e Gutverdiener/in mit bspw. 3.500 Euro im Monat entrichtet im Moment 276,50 Euro und würde entlastet. Damit ist die Frage gestellt, wer von dem neuen Modell profitieren würde. Ein Single, der heute 290 Euro zahlt (Einkommen 3.750 Euro), würde zwar durch eine Kopfpauschale entlastet, die Frage ist aber, wie viel Geld er mehr in den steuerfinanzierten Sozialausgleich stecken müsste. Während ein Ehepaar mit zwei Verdienenden ebenfalls entlastet würde, ist das bei einem Alleinverdienerpaar nicht der Fall, weil der nicht berufstätige Partner ja auch die Pauschale bezahlen müsste. Ein traditionelles Rollenmodell würde also klar benachteiligt. Daher hat Gesundheitsminister Rösler bereits versprochen, die Mitversicherung von Ehegatt/innen beizubehalten.

Aber es soll doch einen Sozialausgleich geben!

Die gering Verdienenden sollen vom Modell entlastet werden, denn dass der Vorstandsvorsitzende dasselbe für seine Gesundheit bezahlt wie seine Putzfrau, ist offenkundig ungerecht. Der Sozialausgleich wird aber sehr teuer werden. Die Schätzungen reichen von bis zu 10 Milliarden (Rösler) bis zu 22 bis 35 Milliarden Euro (IGES Institut GmbH bzw. Institut für Gesundheitsökonomie der Universität Köln), die zusätzlich vom Steuerzahler aufgebracht werden müssen. Um diese Gelder aufzubringen müsste z.B. bei einer linearen Verlängerung des bestehen Steuertarifes die Spitzensteuersätze auf 73 beziehungsweise 100 Prozent steigen.⁷ Möglicherweise die Hälfte der Bevölkerung müsste einen Antrag auf Unterstützung stellen und würde damit zu Bittstellern gegenüber dem Sozialsystem. Das ist psychologisch etwas ganz

7 siehe Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage 17/691 der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Antwort und Kommentierung unter: http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/326/326937.ohne_durchblick_und_taschenrechner.html



anderes als Rechtsansprüche aufgrund eigener Beitragszahlung. Der Sozialausgleich wird als bürokratisches Monster überdies alles in den Schatten stellen: Angesichts der Höhe der Pauschalen wird man den Ausgleich nicht erst mit dem Jahresausgleich abwickeln können, sondern es wird direkte Transfers zu den Kassen oder den Versicherten geben müssen. Deren Höhe müsste sich an einer festen Belastungsgrenze orientieren. Wie hoch soll diese Grenze sein? Wer kontrolliert sie? Wie beim ALG II müsste der Bedarf individuell berechnet werden. Und wie sollten einmalige Einkommen und Ausschüttungen aus Versicherungen gehandhabt werden? Was ließe sich als Abgaben absetzen? Und nach dem Einkommenssteuerausgleich müsste der soziale Ausgleich neu festgelegt werden. Ein „Kopfpauschalen-sozialausgleichszuschussjahresausgleich“⁸ müsste durchgeführt werden.

Im Übrigen wäre die Höhe des Sozialausgleichs von der jeweiligen Regierung abhängig und könnte leicht gekürzt werden angesichts zunehmender Verschuldung, beschlossener „Schuldenbremse“ und aktuellen politischen Entwicklungen. Es ist anzunehmen, dass die Ungerechtigkeiten der Kopfpauschale durch den Sozialausgleich nicht aufgefangen würden (könnten).

Aber die Entlastung der Schwachen durch Steuern ist doch prinzipiell gerechter! Da gibt es einen progressiven Steuertarif, den es in der Sozialversicherung nicht gibt!

Das stimmt. Theoretisch zahlen die Gutverdienenden einen höheren Steuersatz („progressive“ Steuertarife), während bei den Sozialversicherungen jeder denselben Satz seines Einkommens zahlt. Allerdings hat bspw. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung 2003 festgestellt, dass das Steuersystem trotz Progression „nur geringe Umverteilungswirkungen aufweist.“⁹ Für Borchert steht die Idealvorstellung eines progressiv wirkenden Steuersystems in krassem Gegensatz zur „regressiven“ Steuerrealität: So überwiege der Anteil an den „regressiv“ wirkenden Verbrauchssteuern zu Lasten von Familien und Niedrigverdienern, zum anderen nähmen bei den direkten Steuern die Steuervermeidungsmöglichkeiten mit wachsendem Einkommen überproportional zu.¹⁰ Aber auch eine gleichmäßige Erhöhung des Einkommensteuertarifes (3 bis 5 Prozent wären notwendig, um 22-35 Mrd. € zu erzielen) wäre ungerecht und unsozial. Mindestens ein Drittel der Steuerpflichtigen wäre auf einen Sozialausgleich angewiesen. Sie müssten diesen jedoch mit 3 bis 5 Prozent ihres Einkommens mitfinanzieren. Damit würde es gerade für sie deutlich teurer (bis zu 12,9 % des Einkommens). Bei einer Prämie von monatlich 140 € müssten Personen mit einem Monatseinkommen von 5.000 Euro deutlich weniger zahlen (maximal 7,8%)¹¹. Im Übrigen wird der Anteil der Einkommensteuern am gesamten Steueraufkommen im Vergleich zu Gewinn- und Unternehmenssteuern beständig größer. Die abhängig Beschäftigten tragen immer

8 Vgl. zur Bürokratie Barbara Stolterfoht, Vom Ansatz falsch und in der Zielsetzung verfehlt: warum Kopfpauschalen ein Rückschritt sind, in: E. Beck/J. Borchert, Kopfpauschale – ein Anschlag auf die Bürgerfreiheit, Frankfurt/M. 2005, 85-104, 94 ff.

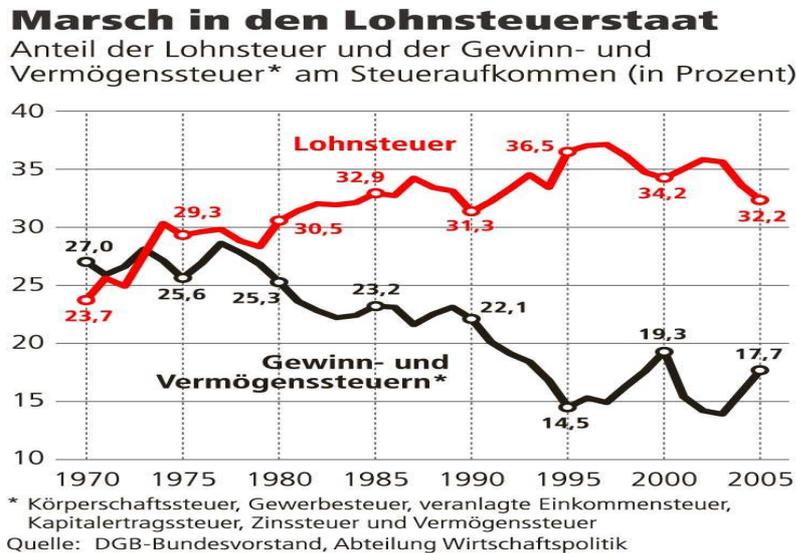
9 Vgl. zum Folgenden Martin Pfaff, Die Bürgerpauschale – eine kritische Würdigung, in: Beck/Borchert (Hg), 31-53, Jürgen Borchert, Kopfpauschale: Karlsruhe und zurück. Der Umweg zur Bürgerversicherung, ebd. 55-83; Stolterfoht, ebd.

10 Vgl. auch Claus Schäfer, Die Verteilung der Steuerlast in Deutschland, FES-Stiftung, Bonn 1998.

11 siehe Fußnote 7



mehr Lasten im Steuersystem, während sich auch hier die Gutverdienenden und Vermögenden aus ihrer Verantwortung immer mehr verabschieden (und nach Willen der FDP noch weiter verabschieden sollen).



Gegenüber allen Versuchen, den Spitzensteuersatz zu erhöhen, Steuerschlupflöcher zu schließen, zu einer faireren Besteuerung zu gelangen usw. erlauben einkommensbezogene Beiträge den sozialen Ausgleich auf geniale Art und Weise: geringer Aufwand und effektiv.

Wie hoch wäre die Kopfpauschale?

Es gibt verschiedene Modelle. Was aber zu befürchten ist, ist, dass die Kopfpauschale durch die Entlastung der Arbeitgeber, die sinkenden Löhne und steigende Arbeitslosigkeit beständig steigen wird. Der Sachverständigenrat für die wirtschaftliche Entwicklung prognostiziert eine Erhöhung von bspw. 200 Euro auf 300 Euro im Jahr 2030. Steigende Pauschalen werden dazu führen, dass die Kassen dazu übergehen, Leistungen zu kürzen bzw. die Zwei-Klassen-Medizin weiter auszubauen.

Aber eine Entlastung der Arbeitgeber von Lohnnebenkosten wie den Krankenversicherungsbeiträgen schafft doch mehr Arbeitsplätze für die Versicherten und ist wichtig für den Wirtschaftsstandort Deutschland!

Im verarbeitenden Gewerbe belastet die Krankenversicherung die Unternehmen mit ca. 4%, die Arbeitskosten betragen etwa 27% der Gesamtkosten. Der GKV-Anteil an den Gesamtkosten beträgt also ca. 1,1%. Selbst wenn sich der Beitragssatz der GKV um 10%, d.h. vom Arbeitgeberanteil 7 auf 7,7% erhöhte, stiege die Kostenbelastung der Unternehmer damit um 0,1%. Umgerechnet würde sich der Preis eines Gutes z.B. von 1.000 Euro auf 1.001 Euro erhöhen. Dass die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ausgesprochen gut ist, kann man auch am ständig wachsenden Exportüberschuss sehen.

Die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen hängen von vielen Faktoren ab, von



denen die Lohnkosten nur einer sind. In der verarbeitenden Industrie beträgt der gesamte Lohnkostenanteil an den Gesamtkosten im Übrigen nur ein Viertel. Der anhaltende Trend zum Abbau von Arbeitsplätzen in den westlichen Gesellschaften wird sich ebenso verstärken wie die Arbeitslosigkeit aufgrund der Wirtschaftskrisen (und die meisten stehen uns noch bevor...) Das Solidarprinzip der GKV wird man nur aufrecht erhalten können, wenn die hohen (und wachsenden) Einkommen und Gewinne erheblich stärker in die Finanzierung mit einbezogen werden. Genau dieses wäre heute wichtig.

Ist die Kopfpauschale rechtlich überhaupt abgesichert?

Der ehemalige Sozialrichter Jürgen Borchert glaubt, dass die Kopfpauschale weder mit dem Grundgesetz noch mit dem Europarecht vereinbar ist. Sie verletze u. a. das Sozialstaatsprinzip, das das Verbot an den Gesetzgeber beinhalte, öffentliche Mittel so zu verteilen, dass sie dorthin fließen, wo der Bedarf gering ist, wenn dadurch höherer Bedarf anderswo ungedeckt bleibt. Außerdem benachteilige es Familien und beachte nicht die Verfassungsrechtsprechung zur Berücksichtigung der Kindererziehung bei der Belastung durch Beiträge zum Sozialstaat (die bei Kinderlosen in der Pflegeversicherung zu höheren Beiträgen geführt hat).¹²

Wie kann man das Konzept bewerten?

In Zeiten einer immer ungleicher werdenden steuerlichen Beteiligung an den Gemeinschaftsaufgaben, einer Umverteilung von unten nach oben und sich öffnender Scheren zwischen Reich und Arm dient die Kopfpauschale dazu, die Besserverdienenden und Vermögenden aus ihrer Solidarität für den Rest der Bevölkerung zu entlassen. Die als ungerecht empfundene Umverteilung zu den geringer Verdienenden soll im Sinne der „Eigenverantwortung“ beendet werden. Jeder soll (nicht nur in der Absicherung gegen Krankheitsrisiken) „seines Glückes Schmied“ sein. Als viele Menschen vor einigen Jahrhunderten noch ihre eigene „Schmiede“ besaßen, mag das vertretbar gewesen sein. Aber die westlichen kapitalistischen Staaten sind heute in großem Maß „vergesellschaftete“ arbeitsteilige Industriegesellschaften. In diesen sind die Risiken sehr ungleich verteilt. Wer über weniger Ressourcen verfügt, weil er seine Arbeitskraft zu einem schlechten Preis verkaufen muss (oder gar nicht mehr verkaufen kann), hat ungleich schlechtere Möglichkeiten, sich gegen die Risiken des Lebens abzusichern als Gutverdienende und Vermögende. Deshalb wurden solidarisch organisierte Sozialversicherungen ab Ende des 19. Jahrhunderts von der Arbeiterbewegung erkämpft. Schließlich hatte auch der Staat ein Interesse an der Erhaltung der Arbeitskraft für den kapitalistischen Verwertungsprozess. Heute scheint eine größere soziale wie gesundheitliche Ungleichheit akzeptabler zu werden. Viele Arbeitskräfte werden offenbar nicht mehr benötigt, so dass ihr Gesundheitszustand nicht entscheidend ist und die institutionalisierte Solidarität aufgekündigt werden kann. Bei allen oben angesprochenen Mängeln des bisherigen Gesundheitssystems würde sich der Abschied von einem solidarischen System für viele Menschen als verheerend erweisen. Daran arbeiten auf Seite der Parteien CDU und FDP nun schon länger.

¹² Vgl. zu dieser Frage Borchert 2005.



5. Die Alternative zum Kopfpauschalenmodell: die solidarische Bürgerversicherung

Wie kann das bisherige System seine Finanzierungskrise überwinden?

Das solidarische Gesundheitssystem hat sich im Wesentlichen bewährt und trifft bei großen Teilen der Bevölkerung auf Akzeptanz. Die Reformen der letzten Jahre, die diese Solidarität und Akzeptanz untergraben haben (Leistungskürzungen, Zusatzbeitrag nur für Arbeitnehmer von 0,9%, Praxisgebühr, Gesundheitsfonds u.a.) sollten zurückgenommen werden. Wichtig ist es, die Finanzierungsbasis zu erweitern. Bisher werden Beiträge nur vom Lohn gezahlt, was die Einnahmefundament aufgrund von fallenden Löhnen, Arbeitslosigkeit usw. erodieren lässt. Menschen, die Einkommen aus Mieten, Vermögen, Aktiengewinnen usw. beziehen, sind in diese Solidarität nicht eingebunden. Die Finanzierung allein über Lohneinkommen ist ungerecht und ökonomisch unsinnig, weil Löhne und Gehälter nie so schnell wachsen wie das Bruttoinlandsprodukt (BIP). Dadurch kommt es auch zur Erhöhung der Beitragssätze, wenn die Gesundheitsausgaben nicht stärker steigen als das BIP. Sinnvoll ist es auch, die Beamten, Selbständigen und anderen privat Versicherten einzubeziehen. Damit würden sich nicht einfach nur Einnahmen und Ausgaben erhöhen, denn die Einnahmen der privat Versicherten liegen überdurchschnittlich hoch, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aber unter dem Durchschnitt, so dass es insgesamt zu einer Entlastung kommen würde. Ein Modell mit einer solchen veränderten Finanzierungsbasis ist das einer *Bürgerversicherung*.

Was kann man sich unter einer „Bürgerversicherung“ genau vorstellen?

Viele Parteien (SPD, Grüne, Linkspartei) und Verbände haben Modelle entwickelt, die sich in bestimmten Punkten unterscheiden. Einige wollen z. B. die Beitragsbemessungsgrenze (die angibt, bis zu welcher Höhe das Einkommen mit Beiträgen belastet wird: 2010 liegt sie bei 3.750 Euro; wer 4.000 Euro verdient, ist gesetzlich versichert (Wechselgrenze 4.162,50), zahlt aber nur für 3.750 Euro Beiträge) beibehalten, andere abschaffen. Ein Modell „aus einem Guss“ ist bspw. das des Kölner Politikwissenschaftlers Christoph Butterwegge. Für ihn muss eine Bürgerversicherung *allgemein, einheitlich* und *solidarisch* sein:

- *Allgemein* zu sein bedeutet, dass die Bürgerversicherung sämtliche dafür geeignete Versicherungszweige (Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung) umfassen muss.
- *Einheitlichkeit* heißt, dass neben der Bürgerversicherung keine mit ihr konkurrierenden Versicherungssysteme existieren dürfen. Auch, weil abhängige und selbstständige Arbeit, Selbstständigkeit und sog. Scheinselbstständigkeit zunehmend fließend in einander übergehen, bedarf es einer Versicherungspflicht *aller* Erwerbstätigen, einschließlich jener Gruppen, die bislang in Sondersystemen bzw. zu besonderen Bedingungen abgesichert werden (Beamte, Landwirte, Handwerker, Künstler, freie Berufe). Private Versicherungsunternehmen müssten sich auf die Abwicklung noch bestehender Verträge (Wahrung des Bestandschutzes), Zusatzangebote und Ergänzungsleistungen beschränken.



- *Solidarisch* zu sein meint, dass die Bürgerversicherung zwischen ökonomisch unterschiedlich Leistungsfähigen einen sozialen Ausgleich herstellen muss (wie bisher auch). Nicht nur auf Löhne und Gehälter, sondern auf sämtliche Einkunftsarten (Zinsen, Dividenden, Tantiemen, Miet- und Pächterlöse) werden Beiträge erhoben. Dies bedeutet nicht, dass Arbeitgeberbeiträge entfallen. Vielmehr könnten diese als Wertschöpfungs- bzw. als sog. Maschinensteuer erhoben und damit gerechter als bisher auf beschäftigungs- und kapitalintensive Unternehmen verteilt werden.

Nach oben darf es weder Beitragsbemessungs- noch Versicherungspflichtgrenzen geben, die es privilegierten Personengruppen erlauben würden, sich ihrer Verantwortung zu entziehen.

Alle Menschen, die in Deutschland dauerhaft wohnen, sollen einbezogen werden. Auf diesem verbreiterten finanziellen Fundament ließe sich die Krankenversicherung mit einem umfassenden Gesundheitsangebot stabilisieren. Das heißt natürlich nicht, dass die notwendigen Verbesserungen der Qualität und der „Systemfehler“ (s. o. Kap. 2) überflüssig werden!

Eine gerechte und solidarische Finanzierung eines qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems ist notwendig und möglich! Das Kopfpauschalmodell bewirkt das Gegenteil davon.

Auf Ihre Gesundheit!

Stefan Leibold

Sprecher der pax christi-Kommission „Globalisierung und soziale Gerechtigkeit“
Sommer 2010