

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Knappe, Eckhard

Working Paper

Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich

ZeS-Arbeitspapier, No. 08/2007

Provided in cooperation with:

Universität Bremen

Suggested citation: Knappe, Eckhard (2007) : Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich, ZeS-Arbeitspapier, No. 08/2007, <http://hdl.handle.net/10419/27137>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Eckhard Knappe

**Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen
nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und
sozialem Ausgleich**

ZeS-Arbeitspapier Nr. 8/2007

eMail: knappe@uni-trier.de

Der Beitrag ist die Wiedergabe eines öffentlichen Vortrags, den der Autor am 10. Mai 2007 in Bremen anlässlich der Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des Zentrums für Sozialpolitik gehalten hat.

Prof. Dr. Eckhard Knappe ist seit 2002 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Zentrums für Sozialpolitik.

Herausgeber:
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
- Barkhof -, Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-4362
Fax: 0421/218-7540
e-mail: srose@zes.uni-bremen.de
<http://www.zes.uni-bremen.de>
ZeS-Arbeitspapiere
ISSN 1436-7203

Zusammenfassung

Die „Performance“ eines Gesundheitswesens, aber auch jede „Gesundheitsreform“ kann nur anhand bestimmter Kriterien beurteilt werden. Hierzu zählen mindestens die „Nachhaltigkeit der Finanzierung“, die „Effizienz der Leistungserbringung und der Abdeckung des Krankheitsrisikos“ sowie ein „zielführender Sozialausgleich“. Anhand dieser drei Kriterien wird das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdiskussion kritisch analysiert.

Summary

The “performance” of a health system, but also any “health reform” can only be judged by certain criteria. Among these are at least the “sustainability of financing”, the “efficiency of service provision and of coverage of the health risk” as well as “fair financing”. Based on these three criteria, the German statutory health insurance is analysed in particular against the background of the actual reform discussion.

Inhalt

Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich.....	5
Die drei Problemlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland	7
Das Finanzierungsproblem.....	7
Das Effizienzproblem.....	12
Das Solidaritäts- und Gerechtigkeitsproblem.....	14

Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich

„Zahlen sind geduldig“ – je nachdem, welche Zahlen betrachtet und in welchen Zusammenhang sie gestellt werden, kann man ganz unterschiedliche Botschaften vermitteln. Wird zum Beispiel die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Zeitablauf und als Anteil am Bruttoinlandsprodukt betrachtet, dann stellt man fest, dass sich dieser Anteil in den letzten 10 Jahren kaum geändert hat. Auch ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben zeigt nichts Besorgniserregendes. So liegt der Ausgabenanteil in Deutschland zurzeit bei etwa 10,5% des Bruttoinlandsproduktes, während andere Länder wie die USA immerhin 15% des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheitsleistungen ausgeben; andererseits weist Großbritannien mit 8% deutlich niedrigere Ausgaben auf. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich des Anteils der Gesundheitsausgaben in der Spitzengruppe: eine durchaus angemessene Position für ein Industrieland mit hohem Wohlstandsniveau. Die Betrachtung dieser Zahlen lässt daher nicht deutlich werden, warum zum wiederholten Male in Deutschland heftig über Gesundheitsreformen gestritten wird. Letztlich lassen sich derartige Zahlen nur vor dem Hintergrund einer Systemanalyse, aus der die Funktionsweise eines Gesundheitssystems erklärt wird, sinnvoll interpretieren. Dabei besteht ein Gesundheitssystem sowohl aus einem Leistungsgeflecht, in dem für Versicherte Krankenversicherungsschutz gewährt wird, als auch aus einem System unterschiedlichster Leistungserbringer, die für Patienten direkt Gesundheitsdienstleistungen erbringen. Dieses Dreiecksverhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten, Patienten und Leistungserbringern sowie schließlich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern hat sich in Deutschland zu einem schwierig durchschaubaren Geflecht von Wechselbeziehungen entwickelt.

Circa 85% der Bevölkerung (70,2 Millionen) erhalten aus derzeit etwa 240 Krankenkassen Versicherungsschutz und bezahlen für diesen € 143 Milliarden (2005) an Beiträgen. Diese Beiträge werden als Prozentsatz vom Bruttolohn (bis zur Beitragsbemessungsgrenze von € 3.562,50 (2007)) von den Arbeitnehmern (im Durchschnitt 7,85% (2007)) beziehungsweise den Arbeitgebern (im Durchschnitt 6,95% (2007)) aufgebracht. Der durchschnittliche Beitragssatz beträgt daher insgesamt 14,8% vom Bruttolohn, der Beitragssatz der einzelnen Krankenkassen weicht jedoch um plus/minus 1,4 Prozentpunkte (2007) von diesem Durchschnittswert ab.

De facto beziehen heute circa 90% der Versicherten binnen eines Jahres als Patienten Gesundheitsleistungen, die über die Krankenkassen abgerechnet werden. Diese Gesundheitsleistungen werden von 135.000 Ärzten, 64.000 Zahnärzten und in 2.100 Krankenhäusern erbracht, wobei zusätzlich über 21.000 Apotheken Medikamente geliefert werden. Rechnete man auch die Pharma-Industrie und Medizingerätehersteller zu den Erbringern von Gesundheitsleistungen, dann sind insgesamt circa 4,3 Millionen Erwerbstätige im Gesundheitswesen beschäftigt. Für die Gesundheitsleistungen werden nur in wenigen Ausnahmefällen von den Patienten direkte Zahlungen (z. B. Praxisge-

bühr) entrichtet. Stattdessen werden diese Leistungen von den Krankenkassen im Rahmen des so genannten Sachleistungsprinzips direkt an die Leistungserbringer bezahlt. Die Einzelheiten und Modalitäten dieser Entgelte werden überwiegend gesetzlich und/oder in gemeinsamen und einheitlichen Kollektivverhandlungen zwischen den Krankenkassen und den einzelnen Leistungserbringern bzw. -gruppen festgelegt.

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde auf nahezu allen Ebenen und nach unterschiedlichsten Kriterien in dieses Beziehungsgeflecht eingegriffen. So sollen zukünftig die Beiträge, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt werden, in Höhe eines gesetzlich festgelegten einheitlichen Beitragssatzes in einen Gesundheitsfonds fließen, aus dem die Krankenkassen Zahlungen in Form von Kopfpauschalen für ihre Versicherten erhalten. Diese Zahlungen differieren nach den unterschiedlichen Risikoprofilen ihrer Mitglieder, wobei der bestehende Risikostrukturausgleich durch einen so genannten morbiditätsorientierten Ausgleich (Morbi-RSA) verfeinert werden soll. Krankenkassen, deren Beiträge zur Finanzierung ihrer Ausgaben nicht ausreichen, müssen von ihren Versicherten eine zusätzliche Prämie erheben, die bei 1% des Versicherteneinkommens gedeckelt ist. Umgekehrt können Krankenkassen nicht benötigte Einnahmen als Boni oder Beitragsrückerstattungen an ihre Versicherten zurückgeben. Das Versicherungsvertragsrecht wird erheblich aufgelockert, indem Wahltarife (Hausarzttarife, Bindung an Versorgermodelle, Tarife mit Direktbeteiligungen) angeboten werden können beziehungsweise zum Teil müssen. Schließlich sind die Organisationsmöglichkeiten vor allem der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte – sofern sich diese zu integrierten Versorgungseinheiten, medizinischen Versorgungszentren oder Ähnlichem zusammenschließen – erweitert worden. Diese „integrierten Versorger“ können zudem auch mit einzelnen Krankenkassen individuelle Versorgungs- und Entgeltverträge abschließen (selektives Kontrahieren).

Ohne in die Einzelheiten zu gehen erkennt man, dass die einzelnen Maßnahmen der Reform 2007 auf unterschiedlichen Hintergrundvorstellungen basieren. Während Maßnahmen wie Wahltarife, selektive Verträge und Integrierte Versorgung eher als Zeichen einer wettbewerblichen Orientierung angesehen werden können, sind Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag, aber auch der vorgesehene einheitliche Bundesverband der Krankenkassen, Elemente einer zentralistischen Steuerung und somit das Gegenteil von Wettbewerb. Andere Maßnahmen, wie zum Beispiel die Verfeinerung des RSA, lassen sich nur schwer einem zentralistischen oder wettbewerblichen Bild zuordnen.

Will man daher diese und vorausgegangene Reformen des Gesundheitswesens beurteilen, wird man um eine Analyse des Gesamtsystems und eine Aufschlüsselung der verschiedenen Problemlagen nicht umhinkommen.

Die drei Problemlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

In der Diskussion um die gesetzliche Krankenversicherung Deutschlands geht es zum einen um die Lösung eines Finanzierungsproblems, damit die Politik nicht immer wieder erneut infolge neu auftretender Finanzierungsengpässe in das System eingreifen muss (Stichwort: nachhaltiges Finanzierungskonzept).

Da der Gesundheitssektor – wie gesagt – mehr als 10% der wirtschaftlichen Wertschöpfung und deutlich mehr als 10% der Erwerbstätigen absorbiert, sollten für diesen Bereich dieselben Effizienzkriterien angelegt werden, die für alle Wirtschaftsbereiche, die knappe Ressourcen verwenden, zu gelten haben.

Da der Gesundheitssektor vor allem mit der gesetzlichen Krankenversicherung Teil des Sozialsystems ist, sollten zudem allgemeine Gerechtigkeits- und Solidaritätskriterien eingehalten werden.

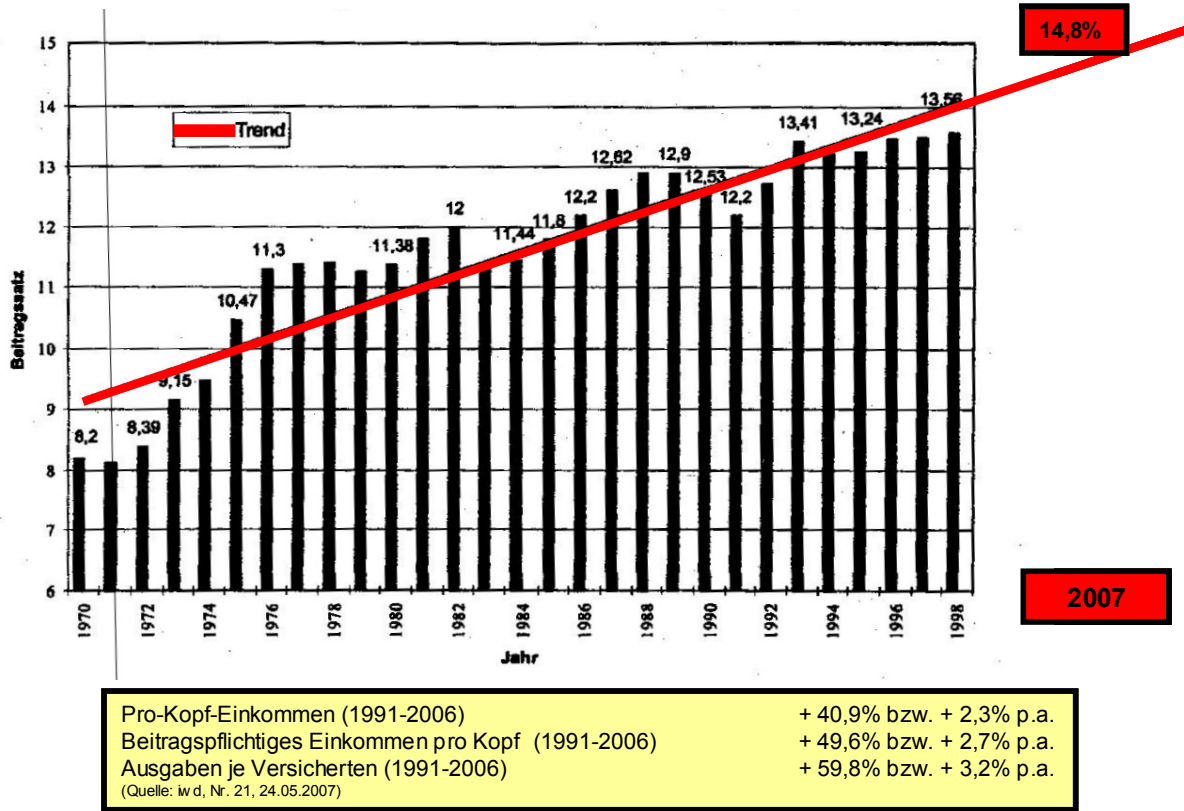
Eine Gesundheitsreform, die positiv beurteilt werden soll, muss positive Beiträge zu einer oder allen drei Problemlage(n) des Gesundheitswesens leisten.

Das Finanzierungsproblem

Politisch eindeutig im Vordergrund und auch in der öffentlichen Debatte immer wieder vorrangig diskutiert ist das Finanzierungsproblem, genauer gesagt, die Stabilisierung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Beitragssatz, der im Jahre 2007 bei 14,8% liegt, ist in der Zeit der so genannten „Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen“ sehr schnell von 8,2% (1970) auf 11,3% (1976) gestiegen. Diesem raschen Anstieg hat dann im Sinne einer „Notbremsung“ das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (vorübergehend) Einhalt geboten (KVKG, 1977). Wie man jedoch an Abbildung 1 unschwer erkennen kann, wurde dadurch der generelle Aufwärtstrend des Beitragssatzes nicht gebrochen.

Vielmehr muss durch immer neue „Ausgabendämpfungsprogramme“ das Auseinanderdriften von Ausgaben und Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung, und damit der immer neu wirksam werdende Aufwärtstrend des Beitragssatzes eingefangen werden. Die Reform 2007 stellt dabei lediglich den aktuellen Endpunkt dieser ausgabenorientierten Reformbemühungen dar. Wie die Abbildung ebenfalls zeigt, ist der Streit, ob es sich dabei vorrangig um ein Ausgaben- oder Einnahmenproblem handelt, müßig, denn im Zeitraum zwischen 1991 und 2006 sind die beitragspflichtigen Einkommen (pro Kopf) mit 49,6% durchaus schneller gestiegen als die Pro-Kopf-Einkommen insgesamt (40,9%). Die Einnahmehbasis der gesetzlichen Krankenversicherung ist damit schneller gestiegen als die gesamtwirtschaftliche Einkommensentwicklung. Noch schneller war allerdings der Anstieg der Ausgaben je Versicherten mit

Abbildung 1: GKV-Beitragssatzentwicklung

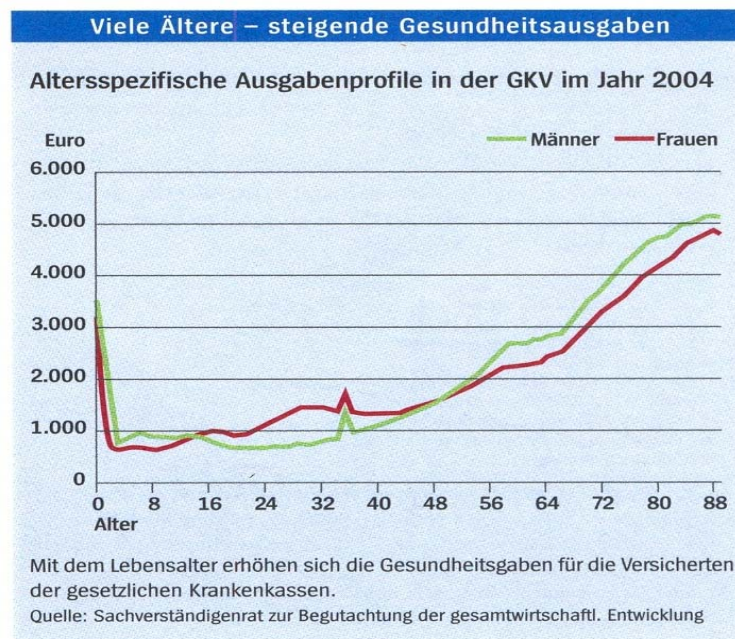


59,8%, was erklärt, warum trotz überproportional schnell wachsender Einnahmen die Beitragssätze angehoben werden müssen, da im Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung die laufenden Ausgaben durch entsprechende laufende Einnahmen zu decken sind.

Es ist daher sinnvoll, sich die Hintergrunddynamik dieses immer wieder neu entstehenden Finanzierungsproblems klar zu machen.

Auf der *Ausgabenseite* geht man sinnvollerweise zunächst von den bekannten altersspezifischen Ausgabenprofilen in der gesetzlichen Krankenversicherung aus (vgl. Abbildung 2). Es zeigt sich, dass abgesehen vom Ausgabenrisiko im Kleinkindalter die durchschnittlichen Ausgaben für Männer und Frauen bis etwa zum Alter von 40 Jahren zurzeit bei circa € 1.000 pro Jahr liegen. Jenseits dieses Alters steigen die Ausgabenprofile (sowohl für Männer als auch für Frauen) deutlich an.

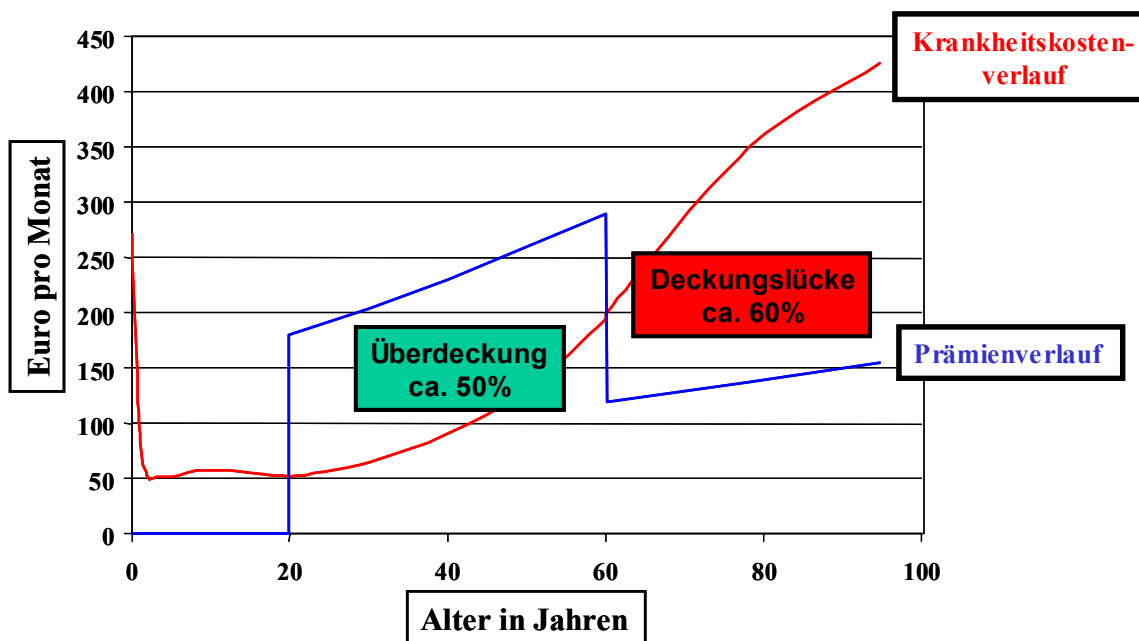
Abbildung 2:



Daraus ist erkennbar, dass der Bedarf an Gesundheitsleistungen im höheren Alter deutlich ansteigt und z. B. bei den Achtzigjährigen im Durchschnitt um das Fünffache höher liegt als bei denen, die jünger als 40 Jahre sind. Damit wird deutlich, dass eine Verschiebung in der Altersstruktur der Bevölkerung, wie sie im demographischen Wandel zukünftig zu erwarten ist, das Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen deutlich erhöhen muss, weil ein immer größerer Teil der Bevölkerung in den kostenträchtigen älteren Jahrgängen einen überproportionalen Bedarf an Gesundheitsleistungen haben wird. Allerdings ist dieser Ausgabenanstieg erst in der Zukunft zu erwarten, während in der Vergangenheit eher ausgabendämpfende Effekte durch einen hohen Anteil Jüngerer (Erwerbstätiger) und einen mittleren Anteil Älterer (Rentner) ausschlaggebend waren. Wissenschaftliche Untersuchungen haben zudem gezeigt, dass nicht das Alter direkt, sondern eher mit dem Alter indirekt verbundene Faktoren für den hohen Ausgabenbedarf Älterer verantwortlich sind. Insbesondere die starke Konzentration der Ausgaben in den beiden letzten Lebensjahren ist hierfür ausschlaggebend. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Person in diesen beiden letzten Lebensjahren befindet, ist jedoch für Jüngere um ein Vielfaches niedriger als für Ältere. Vor allem dieser indirekte Zusammenhang führt dazu, dass *im Durchschnitt* der Ausgabenbedarf für Ältere deutlich höher liegt als der entsprechende Ausgabenbedarf für Jüngere.

Das altersbezogene *Einnahmen*profil der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung hat demgegenüber eine vollkommen andere Gestalt (vgl. Abbildung 3). Kinder bringen zwar für eine Krankenversicherung nur geringe Ausgaben mit sich, andererseits sind sie aber gleichzeitig beitragsfrei mitversichert. Aus der Sicht der Krankenversicherung verursachen daher Kinder pro Kopf im Durchschnitt ein Einnahmefizit von circa € 80 im Monat.

Abbildung 3: Einnahmen- und Ausgabenverlauf



Mit dem Beginn der Erwerbsphase, welcher in Deutschland etwa bei einem Alter von 20 Jahren liegt, fließen Beiträge von zurzeit durchschnittlich 14,8% des Bruttolohnes an die Krankenversicherung, so dass ein erwerbstätiger Versicherter im Durchschnitt etwa doppelt so hohe Beiträge bezahlt als es seinem Ausgabenrisiko entspricht. In Deutschland beginnt die „dritte Lebensphase“ mit dem Alter von 60 Jahren. Bis zu diesem Alter sind die Ausgabenrisiken bereits deutlich angestiegen und nehmen auch weiterhin mit steigendem Alter zu. Auf der Einnahmenseite kommt es jedoch mit dem Eintritt in die Rente, die im volkswirtschaftlichen Durchschnitt nur etwas mehr als 50% des Bruttolohnes beträgt, zu einer deutlichen Absenkung der Beitragszahlungen, so dass man davon ausgehen kann, dass für den durchschnittlichen Rentner die Deckungslücke zwischen Ausgabenbedarf und Einnahmen etwa 60% beträgt.

Damit wird deutlich, dass sich im demographischen Wandel das Einnahmen-Ausgaben-Problem der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl von der Ausgabenseite als auch *gleichzeitig* von der Einnahmenseite her verschärft wird. Während allerdings der mit dem Alter zunehmende Ausgabenbedarf grundsätzlich kaum geändert werden kann, lässt sich das Wegbrechen der Einnahmen mit dem Eintritt in die Rente durch eine neue Finanzierungsart der Krankenversicherung „relativ leicht beheben“.

Diese Zeitpunkt Betrachtung macht deutlich, dass die durchschnittliche Lebenssituation eines Versicherten durch drei Phasen gekennzeichnet ist: durch eine Defizitphase in der Jugend, eine Überzahlungsphase in der Zeit der Erwerbstätigkeit und eine erneute Defizitphase im Alter beziehungsweise nach dem Eintritt in die Rente. Ein Teil dieser Problematik, nämlich das Wegbrechen der Beitragseinnahmen durch den Eintritt in die Rente, wäre durch die gegen Ende der letzten Wahlperiode diskutierte Finanzierungsreform in Form von „Gesundheitsprämien“, deren Höhe im Alter gleich bleibt, aufgehoben

worden, während die ebenfalls diskutierte „Bürgerversicherung“ die prozentuale Bindung der Beiträge an das Einkommen (allerdings in einer verbreiterten Definition) beibehalten wollte und daher an dieser grundsätzlichen Finanzierungsproblematik nichts geändert hätte.

Das eigentliche Finanzierungsproblem, wie es durch den immer wieder erneut auftretenden Trend zu steigenden Beitragssätzen in Abbildung 1 verdeutlicht wurde, liegt jedoch in der *zeitlichen Dynamik* dieser Ausgaben-Einnahmen-Situation. Im Allgemeinen steigen die *Kosten aller Dienstleistungen* im Zeitablauf schneller an als die Kosten für Industrieprodukte. Das liegt vor allem an der hohen Arbeitsintensität von Dienstleistungen und den vergleichsweise geringen Rationalisierungsmöglichkeiten. Da die Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor zwar am Einkommensanstieg aller Erwerbstätigen teilnehmen wollen, ihre Produktivität aber unterdurchschnittlich steigt, muss ein größerer Teil des Kostenanstiegs auf die Preise überwälzt werden. Das gilt im Prinzip für alle (insbesondere die personenbezogenen) Dienstleistungsbereiche. Der Gesundheitssektor stellt in dieser Hinsicht keine Ausnahme dar. Hinzu kommt im *Gesundheitswesen* die *hohe Dynamik des medizinisch-technischen Fortschritts*, der immer mehr Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten eröffnet, die ihrerseits höhere Ausgaben nach sich ziehen. Dagegen sind Innovationen, die die Produktionskosten senken würden, im Gesundheitssektor eher die Ausnahme. Das ist untypisch für marktgesteuerte Produktionen. Ursache sind letztlich die spezifischen Anreiz- und Entgeltsysteme des Gesundheitswesens. Eine weitere ungewöhnliche Dynamik im Gesundheitssektor kommt hinzu. Immer neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten steigern die durchschnittliche Lebenserwartung, so dass allein durch diese Entwicklung der Anteil älterer – und damit aus der Sicht der Krankenversicherung ausgabenintensiverer – Mitglieder ansteigt. Und noch ein Weiteres kommt hinzu: Während im Zeitablauf die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben für alle ansteigen, sind die Wachstumsraten des Ausgabenanstiegs für Jung und Alt deutlich unterschiedlich. Ein Vergleich über 20 Jahre (1980 bis 2000) zeigt, dass die Ausgaben für Ältere in diesem Zeitraum mehr als doppelt so stark gestiegen sind wie die Ausgaben für Jüngere. Mithin öffnet sich die Schere zwischen der Ausgabenhöhe von Jung und Alt jedes Jahr stärker. Diese Scherentwicklung lässt sich bis heute nachweisen, wenn sich auch die Geschwindigkeit der Auseinanderentwicklung abgeflacht hat.

Es ist also letztlich das Zusammenspiel mehrerer Einflussfaktoren, das zu der eingangs erwähnten Finanzierungsproblematik führt. Im *Zeitpunkt* sind es die im Alter höheren Ausgaben und gleichzeitig die nach Eintritt in die Rente geringeren Einnahmen, weshalb die im Rentenalter entstehende Defizitphase durch eine entsprechende Überzahlungsphase in der Zeit der Erwerbstätigkeit kompensiert werden muss. Im *Zeitablauf* ergibt sich eine Dynamik, die automatisch die Zahl der Personen, die sich in der Defizitphase befinden, und den Umfang des Defizits schrittweise ausweitet, was letztlich durch eine Anhebung der Beitragssätze kompensiert werden muss. Sofern die Politik glaubt, diesen Anstieg nicht tolerieren zu können, entsteht daraus die immer wieder neue Notwendigkeit einer auf Ausgabendämpfung ausgerichteten Gesundheitsreform.

Dieser Zwang zu Gesundheitsreformen entsteht teils dadurch, dass die Abgabenlast der Erwerbstätigen durch Steuern und Sozialabgaben bereits so hoch ist (deutlich über 40%), dass ein weiterer Anstieg, zum Beispiel durch die Erhöhung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht hinnehmbar erscheint. Dieser politische Zwang zur Beitragssatzstabilisierung wird aber durch die Form der Finanzierung, die die Beitragseinnahmen an die Bruttolöhne und über den Arbeitgeberbeitrag an die Lohnkosten koppelt, deutlich verschärft, da ein Anstieg der Beitragssätze nicht nur die allgemeine Abgabenlast erhöht, sondern gleichzeitig die Gefahr mit sich bringt, dass der beschäftigungspolitisch neutrale Anstieg der Arbeitskosten überschritten wird und damit ein Beitrag zu zunehmender Arbeitslosigkeit entsteht. Durch diese Rückwirkung käme es zu einem Teufelskreis aus steigenden Beitragssätzen, höheren Arbeitskosten, zunehmender Arbeitslosigkeit, die ihrerseits wiederum zu einem Wegbrechen der Einnahmen und damit zu einer erneut notwendigen Beitragserhöhung führen würde.

Aus dieser Falle der Beitragssatzstabilisierung führt letztlich nur ein neues Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung heraus. Durch die Absenkung der hälftigen Finanzierung (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag) der Krankenversicherungsbeiträge um 0,9% wurde ein erster zaghafter Versuch unternommen diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Alle anderen genannten Ursachen für die immer wieder neu auftretende Finanzierungsproblematik bleiben jedoch weiterhin wirksam.

Das Effizienzproblem

Ein Wirtschaftsbereich wie das Gesundheitswesen, der mit 10% des Bruttoinlandsproduktes größer ist als die gesamte Wirtschaft der ehemaligen DDR, lässt sich zentralverwaltungswirtschaftlich, das heißt durch gesetzliche, bürokratische und zentrale Maßnahmen nur dann steuern, wenn ein Effizienzverlust in hohem Maße in Kauf genommen wird. Denn individuellen Bedürfnissen angepasste, qualitativ hochwertige und gleichzeitig kostengünstige Leistungserbringung kann zentral nicht befohlen werden. Vielmehr entstehen effiziente Strukturen nur dadurch, dass die Rahmenordnung den einzelnen Akteuren (im Gesundheitswesen wie gesagt 4,3 Millionen Menschen) einerseits weite Entscheidungsspielräume zugesteht, sie andererseits aber einem Wettbewerb aussetzt, in dem derjenige Vorteile hat, der Leistungen bedarfsgerechter, besser und kostengünstiger anbietet. In den normalen Wirtschaftsbereichen entstehen diese Anreizstrukturen durch die marktwirtschaftlichen Anreize, durch die Notwendigkeit, dass die Güterpreise kostendeckend sein müssen, und durch die Konkurrenz der Anbieter um die Zahlungsbereitschaft der Konsumenten. Ein solches direktes Markt- und Wettbewerbsystem lässt sich in den Dreiecksverhältnissen eines Gesundheitssektors nicht verwirklichen. Wenn also Effizienz letztlich nur durch Wettbewerb entstehen kann, so muss dieser im Gesundheitssektor dort ansetzen, wo ein Preis- und Leistungswettbewerb um Konsumenten möglich ist, und dies ist ausschließlich auf der Beziehungsebene Krankenversicherung – Versicherungskunde gegeben. In dieser Hinsicht hat, wie gesagt, die

Reform 2007 durch die Zulässigkeit von Wahlтарifen, von Direktbeteiligungs- und Bonusverträgen einen kleinen Schritt in Richtung eines Wettbewerbs getan, gleichzeitig aber durch die Zentralisierung des Beitragssystems in Form des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes einen Schritt in die Gegenrichtung. Da in einem funktionierenden Wettbewerb auf der Ebene eines Versicherungsmarktes Prämien erhoben werden müssen, die die entstehenden Kosten vollständig decken, hätte man hier den Schritt zu kostendeckenden „Pauschalprämien“ wagen müssen, da nur diese die Kosten eines langfristigen Versicherungsschutzes gedeckt hätten. Prozentuale Beiträge vom Bruttolohn haben mit kostendeckenden Prämien nichts zu tun. Auch täuscht die Beibehaltung der Arbeitgeberbeiträge den Versicherten eine falsche Belastung durch Krankenversicherungskosten vor. Der Gesundheitsfonds und die als Ergänzung vorgesehene Zusatzprämie werden dieses Manko nicht heilen können. Auf diese Weise kann auf dem Versicherungsmarkt ein Wettbewerbssystem, welches die gewöhnlich mit Wettbewerb verbundenen Vorteile mit sich bringt, nicht entstehen. Ein solches System wäre jedoch notwendig, um überhaupt Wettbewerbsprozesse im Gesundheitswesen wirksam werden zu lassen.

Der mit weitem Abstand größte Kostenblock im Gesundheitswesen entsteht jedoch durch die Bereitstellung der Gesundheitsleistungen selbst und damit durch die Kosten der Behandlung vor allem im stationären und ambulanten Bereich, aber auch durch die ergänzende Arzneimittelversorgung. Da es in den Beziehungen der Leistungserbringer zu den Patienten ex definitionem nicht zu einem Wettbewerb im Sinne von Marktbeziehungen kommen kann – schließlich sollen die Gesundheitsleistungen dem Patienten ja gerade ohne eine Kostenbelastung (von Direktbeteiligungen einmal abgesehen) zugute kommen – können Wettbewerbsanreize für die Leistungserbringer nur durch die Vertragsbeziehungen zwischen ihnen und den Krankenversicherungen entstehen. Diese müssen dann aber auch als dezentrales Wettbewerbssystem, als Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit den Krankenversicherungen und als Wettbewerb der Krankenversicherungen um Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern gestaltet werden können. Das heißt, sie müssen auf dezentraler, letztlich sogar individueller Ebene zulässig sein. Dass es im Rahmen eines solchen „Vertragswettbewerbs“ nicht zu individuellen Verträgen, wohl aber zu konkurrierenden Verträgen mit unterschiedlichen Krankenversicherungen und verschiedenen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern (Stichwort Integrierte Versorger) kommen wird, liegt allein daran, dass Individualverträge die Vertragspartner sowohl in Bezug auf die Informationen als auch in Bezug auf die Organisations- und Überwachungskosten überfordern würden. Die im Rahmen der Reform 2007 weiterhin zulässigen und durch die Anschubfinanzierung geförderten Verträge zwischen Krankenkassen und einzelnen integrierten Versorgungseinrichtungen deuten zwar an, dass sich der Gesetzgeber der Notwendigkeit eines solchen Vertragswettbewerbs bewusst ist, doch steht eine umfassende Deregulierung dieser Vertragsbeziehungen und vor allem der Organisationsmöglichkeiten der Leistungserbringer noch aus. Die Zusammenfassung der Krankenkassen in einem bundeseinheitlichen Zentralverband deutet jedenfalls eher in die Gegenrichtung. Die Frage einer effizienten Ge-

sundheitsversorgung und damit die Frage einer wettbewerblich organisierten Struktur des Gesundheitswesens bleibt weiterhin eine Daueraufgabe der Reformpolitik. Bleibt es jedoch bei dem staatlich gesteuerten Gesundheitswesen, dann wird man möglicherweise die Ausgabensumme unter Kontrolle halten können, im Rahmen der politisch kontrollierten Ausgabenvolumina bleibt es jedoch bei der typischen Ineffizienz staatlich-bürokratischer Leistungserbringung. Geringe Ausgaben insgesamt haben jedenfalls mit effizienter Versorgung in der Regel nicht das Geringste zu tun.

Das Solidaritäts- und Gerechtigkeitsproblem

Im Rahmen der öffentlichen Diskussion hat man zuweilen den Eindruck, als würden sich die Verteidiger eines gerechten Gesundheitssystems und die Ungerechtigkeiten in Kauf nehmenden Befürworter wettbewerblicher Optionen gegenüberstehen. Dass eine solche politisch bedingte Konfrontation den Sachproblemen nicht gerecht werden kann, ergibt sich schon allein daraus, dass sich glühende Befürworter von Solidaritätszielen beharrlich weigern, sich einer Diskussion der Zielinhalte zu stellen.

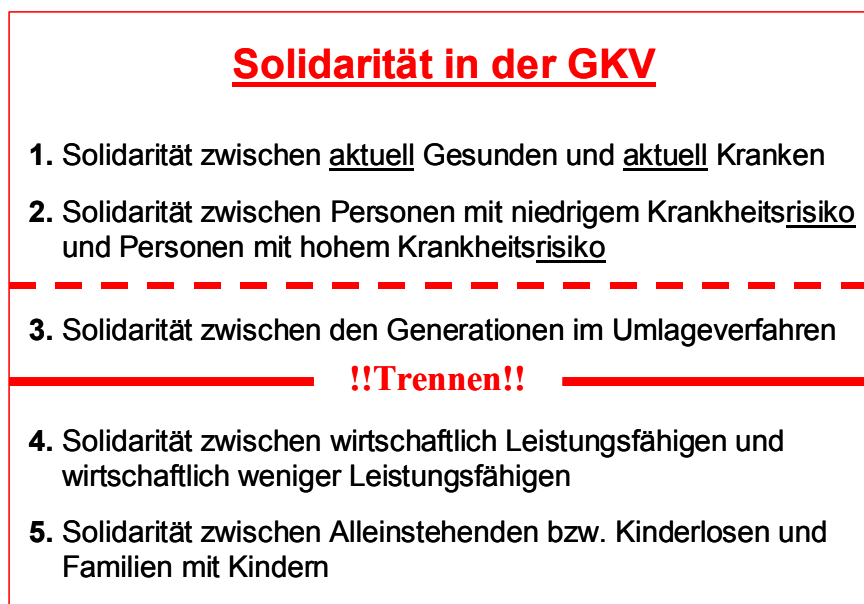
Einigkeit in den Zielinhalten besteht jedoch insofern, als einerseits alle einen hinreichenden Krankenversicherungsschutz erhalten sollen (was für eine allgemeine Versicherungspflicht spricht) und dass dieser Krankenversicherungsschutz auch für alle bezahlbar sein soll. Auch Versicherte mit geringem Einkommen dürfen durch die Zahlung von Krankenversicherungsprämien finanziell nicht überfordert werden, was natürlich bei kosteneffizienter Leistungserbringung leichter fällt als bei gravierender Verschwendung von Ressourcen. Diese allgemein akzeptierte Zielformulierung entbindet jedoch nicht von der Pflicht, genauer zu definieren, welchen Inhalts das Solidarprinzip insgesamt sein soll und wie dieses Ziel mit möglichst geringen Kosten erreicht werden soll. In dieser Hinsicht inhaltlich vage zu bleiben und die Kosten der Erreichung von Solidaritätszielen zu negieren, kommt einer Diskussionsverweigerung gleich. Es ist daher auch in Bezug auf das Solidaritäts- und Gerechtigkeitsproblem dringend erforderlich, die dahinter stehende Sachproblematik aufzuschlüsseln.

Zuweilen wird das Solidaritätsziel auf den Bereich der beiderseitigen Bezahlung der Krankenversicherungsbeiträge durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber verlagert und verkürzt. Dass ein solches Problemverständnis der Realität nicht standhält, ergibt sich bereits daraus, dass – von vorübergehenden Anpassungsschritten abgesehen – auf mittlere Sicht auch die Arbeitgeberbeiträge als „vorenthaltener Lohn“ aus der Produktivität der Arbeitnehmer bezahlt werden müssen. Selbst wenn die Arbeitgeberbeiträge 100% des Krankenversicherungsbeitrages ausmachen würden, würden die Arbeitnehmer, die einen Arbeitsplatz haben, die von den Arbeitgebern überwiesenen Zahlungen aus ihrem eigenen produktivitätsorientierten Lohnanspruch bezahlen müssen. Bei unveränderter Beschäftigung ist die Summe aus Bruttolohn und Arbeitgeberbeitrag immer dieselbe, gleichgültig wie hoch der Arbeitgeberanteil letztlich ist. Lediglich *bei der Anpassung* der Beitragssätze wird dieser Zusammenhang eines vorenthaltenen Lohnes vorüberge-

hend außer Kraft gesetzt. Steigen die Beitragssätze und damit die Arbeitgeberbeiträge überproportional, kann es zur Freisetzung von Arbeitskräften kommen. Diejenigen, die ihren Arbeitsplatz behalten, tragen jedoch wiederum den vollen Krankenversicherungsbeitrag aus ihrem Lohnanspruch. Ein Solidaritätsziel im Sinne eines Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung ist daher bestenfalls ein „Nebenkriegsschauplatz“.

Solidaritätsaspekte treten dagegen in Bezug auf Krankenversicherungen in unterschiedlichster Gestalt auf (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4:



Auf der einen Seite geht es um die Solidarität von Gesunden und Kranken. Das ist der Kernbestandteil einer Krankenversicherung und ist grundsätzlich in jeder, selbstverständlich auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu realisieren – und ist dort auch realisiert. Allerdings hat die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken mehrere unterschiedliche Aspekte:

Einerseits geht es um das Einstehen für Patienten, die eine vorübergehende Behandlungsnotwendigkeit trifft. Typische Beispiele sind hier Grippebehandlungen, Blinddarmoperationen, die Behandlung von Beinbrüchen und vieles andere mehr. Charakteristisch hierfür ist die Kurzfristigkeit und das nur vorübergehende Auftreten eines Krankheitsproblems.

Davon zu unterscheiden ist die Solidarität von Versicherten, die auf Dauer eine erkennbar unterdurchschnittliche Morbidität aufweisen, mit anderen Versicherten, deren Krankheitsrisiko erkennbar und auf Dauer den Durchschnitt (z. T. weit) übersteigt. Hier geht es um angeborene oder erworbene dauerhaft hohe Risiken, die bei risikoäquivalenten Prämien entsprechend hohe Beitragszahlungen nach sich ziehen würden. Gerade diese Krankheitsprobleme sind, da dauerhaft und in der Regel besonders kostenträchtig,

zumeist mit Existenzgefährdungen verbunden. Vor allem eine *soziale* Krankenversicherung muss diese Art von Gesundheitsrisiken abdecken, was die heutige gesetzliche Krankenversicherung ohne Zweifel auch tut. In Deutschland treten Probleme mit einem Mangel an Solidarität dieser Art nur in Randbereichen auf, so z. B. wenn Personen mit erkennbar hohem Gesundheitsrisiko neu in eine private Krankenversicherung eintreten müssen, oder auch im Bereich der Auslandskrankenversicherung, die in der Regel nur Jahresverträge abschließt und bei der hohe Beiträge oder ein Versicherungsausschluss die Folge sind, wenn eine Person im Laufe der Zeit ein ungewöhnlich hohes Krankheitsrisiko erworben hat. Zu Recht wurde daher in der letzten Reformdebatte dieser Solidaritätsanspruch weder von den Befürwortern der Bürgerversicherung noch von den Befürwortern der Pauschalprämien je in Frage gestellt.

Ein dritter, wiederum anders gelagerter Solidaritätsanspruch zwischen Gesunden und Kranken ergibt sich dann, wenn systematisch auch für durchschnittlich gesunde Personen das Risiko mit zunehmendem Alter steigt. Welcher Ausgabenanstieg mit dem Alter derzeit in Deutschland einhergeht, ergibt sich aus den bereits diskutierten altersspezifischen Ausgabenprofilen. Im Durchschnitt muss jeder damit rechnen, dass im Laufe seines Lebens das Ausgabenrisiko ab einem Alter von 40 Jahren deutlich zu steigen beginnt und im Alter von 80 Jahren auf etwa das Fünffache angestiegen sein wird. Sollen die Beiträge diese Entwicklung des altersbedingten Risikoanstiegs nicht mitmachen, so wird quasi in die Krankenversicherung eine „Art Altersvorsorge“ eingebaut. Sie hat mithin die gleiche Wirkung wie eine entsprechende Ausweitung der gesetzlichen Rentenversicherung. Für den Durchschnittsversicherten handelt es sich dabei um eine Umschichtung des Lebenseinkommens vor allem aus der Phase der Erwerbstätigkeit (infolge überhöhter Beiträge) in die Phase des höheren Alters (in Form von Beiträgen, die deutlich niedriger sind als das altersspezifische Risiko). Wandelt sich jedoch gleichzeitig die demographische Struktur der Bevölkerung hin zu den Alten, dann entsteht daraus eine echte Umverteilung zulasten der jüngeren Erwerbstätigen und zugunsten der Älteren.

Wegen der sich wandelnden Bevölkerungsstruktur und der eingebauten Altersvorsorge in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die jeweils nachwachsende kleinere Bevölkerungskohorte mit Sonderlasten belegt. Diese Sonderlasten ergeben sich in der gesetzlichen Krankenversicherung aus zwei Ursachen: Einmal aus der zunehmenden Lebenserwartung, die die Zahl der Älteren und das Ausgabenvolumen für Ältere nach oben treibt, wobei das Gros der Einnahmen von den Erwerbstätigen aufgebracht werden muss. Hier kommt es zwar zu einer Einkommensumverteilung zwischen den Generationen zulasten der Jüngeren und zugunsten der Älteren, doch kann man diese Umverteilung insofern als „fair“ ansehen, als auch die Jüngeren im Laufe ihres Lebens ihrerseits von der steigenden Lebenserwartung profitieren. Gänzlich anders sieht es in Bezug auf die Fairness der Umverteilung aus, wenn im demographischen Wandel die Last der nachwachsenden Generation nur deswegen steigt, weil ihre Zahl, bedingt durch geringe Geburtenraten, kleiner ist als die der Eltern. Hier entstehen die Sonderlasten der Jüngeren dadurch, dass gleiche oder steigende Ausgaben auf weniger „Köpfe“ umgelegt wer-

den müssen. Der Tatbestand einer Sonderlast infolge zahlenmäßig kleiner werdender Generationen kommt jedoch den Jüngeren keineswegs im Laufe ihres Lebens zugute, sondern diese Sonderlasten beziehungsweise die Sondervorteile der Älteren ergeben sich aus den eingesparten Erziehungsleistungen der Eltern. Daraus erwächst ein ernstzunehmendes Generationenproblem, gleichzeitig aber auch ein ernstzunehmendes Umverteilungsproblem *innerhalb einer Generation* zwischen Kindererziehenden und nicht Kindererziehenden. Da heute mehr als ein Drittel eines Geburtenjahrgangs keine Erziehungsleistungen mehr auf sich nehmen, stattdessen durch hohe Einkommen und geringen Bedarf die größeren Freiräume für individuelle Vorsorge nutzen, wird es in Zukunft vermehrt zu Klagen derjenigen kommen, die viele Kinder erzogen haben, gleichzeitig aber für die Finanzierungslasten, die durch die Kinderlosen verursacht wurden, mit aufkommen müssen.

Von diesen Solidaritätsproblemen, die sich aus dem Tatbestand unterschiedlicher Betroffenheit von unterschiedlichen Risiken in Bezug auf Krankheit ergeben, sind streng diejenigen Solidaritätsziele zu trennen, die zumindest direkt mit Gesundheit nichts zu tun haben. Konkret sind hier die Solidarität zwischen wirtschaftlich Leistungsfähigen und wirtschaftlich weniger Leistungsfähigen sowie die Solidarität zwischen Alleinstehenden beziehungsweise Kinderlosen und Familien mit Kindern zu nennen. Hierbei handelt es sich um krankensicherungsferne, gesamtgesellschaftliche Umverteilungsziele, bei denen in der Regel Einigkeit besteht, dass eine Umverteilung „von oben nach unten“ angestrebt wird.

Allerdings steht das Ziel „Einkommensausgleich“ in einem gewissen Widerspruch zum Ziel „Familienlastenausgleich“. Hat z. B. ein Haushalt mit besonders hohem Einkommen gleichzeitig besonders viele Kinder, so muss entschieden werden, ob er aufgrund der Kinderzahl begünstigt oder aufgrund des hohen Einkommens belastet werden soll. Eine klare Entscheidung über den jeweiligen Stellenwert dieser beiden Solidaritätsziele ist daher erforderlich.

In der Ökonomie und der Finanzwissenschaft geht es hierbei um eine Finanzbelastung der Bevölkerung nach dem so genannten *Leistungsfähigkeitsprinzip*. Die besonders Leistungsfähigen sollen demnach die Finanzierungslasten der weniger Leistungsfähigen wenigstens zum Teil mittragen. Es dürfte Einigkeit darüber bestehen, dass grundsätzlich jede zielgerichtete Einkommensumverteilung von oben nach unten und nicht etwa umgekehrt zu erfolgen hat. In der Finanzwissenschaft wird dabei zwischen horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit differenziert, das heißt, Haushalte und Personen, die sich in der selben Situation befinden, sollen demzufolge auch die gleichen Finanzlasten zu tragen haben (horizontale Gerechtigkeit), während gleichzeitig diejenigen mit überproportionaler Leistungsfähigkeit auch höhere Beiträge leisten sollen (vertikale Gerechtigkeit).

Obwohl unsere gesetzliche Krankenversicherung insbesondere mit einem gewissen Stolz auf ihre soziale Funktion im Sinne eines Einkommens- und Familienlastenausgleichs verteidigt wird, sind gerade in Bezug auf diese Solidaritätsaspekte die ärgsten Kritikpunkte anzubringen.

In der Realität wird versucht, diese beiden Solidaritätsziele durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten ohne eigenes Einkommen sowie durch proportionale Beiträge (von zurzeit 14,8%) vom Bruttolohn bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze innerhalb der Gruppe der Versicherungspflichtigen zu realisieren. Diese Art der Umsetzung verletzt jedoch die horizontale wie die vertikale Gerechtigkeit in der gravierendsten Weise.

Auf der einen Seite sind in dieses gesamtgesellschaftliche Umverteilungssystem lediglich diejenigen eingebunden, die aufgrund ihres Lohneinkommens versicherungspflichtig sind. Das heißt, von vornherein wird auf die Solidaritätsbeiträge der besonders leistungsfähigen Gesellschaftsmitglieder verzichtet, da diese aufgrund ihres hohen Lohneinkommens der gesetzlichen Krankenversicherung nicht beitreten müssen (Versicherungspflichtgrenze: € 3.975 (2007)), dies jedoch dürfen und auch tun werden, wenn sie sich Umverteilungsgewinne versprechen, z. B. aufgrund ihrer hohen Kinderzahl. Ein Solidaritätssystem nach ökonomischer Leistungsfähigkeit, das sich von vornherein auf den Teil der am wenigsten leistungsfähigen Bevölkerung konzentriert und zudem vielen zur Wahl stellt, ob sie sich an der Solidarität beteiligen möchten, weist allein aufgrund dieser Konstruktion gravierende Solidaritätsmängel auf.

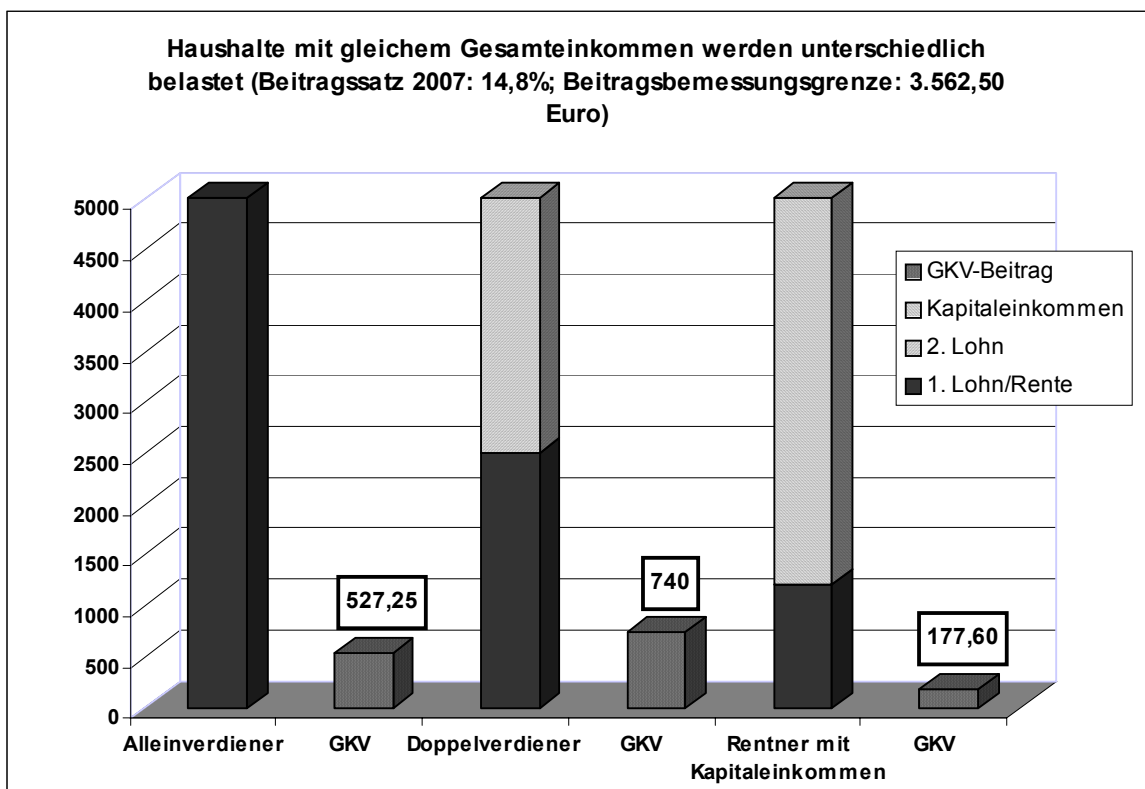
Ein weiterer gravierender Mangel entsteht dadurch, dass die ökonomische Leistungsfähigkeit der Pflichtversicherten allein anhand ihres Bruttolohnes festgestellt wird. Dabei handelt es sich um einen vollständig ungeeigneten Maßstab für ökonomische Leistungsfähigkeit. Diese ist offensichtlich umso höher, je höher das *Gesamteinkommen* eines Haushaltes – gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Vermögenswerten – ist und je weniger Personen von diesem Gesamteinkommen ihren Lebensunterhalt bestreiten müssen. Sozialpolitiker, aber auch die OECD, haben daher als geeigneten Maßstab zur Feststellung der ökonomischen Leistungsfähigkeit das so genannte *Äquivalenzeinkommen* vorgeschlagen. Danach ergibt sich die ökonomische Leistungsfähigkeit eines Haushaltes aus der Gesamtsumme aller Nettoeinkommen dividiert durch die Zahl der Personen, die von diesem Nettoeinkommen leben. Allerdings wäre auch das Netto-Pro-Kopf-Einkommen eines Haushaltes insofern kein geeigneter Maßstab, als die doppelte Personenzahl nicht die Halbierung der ökonomischen Leistungsfähigkeit bedeutet, da bei zunehmender Haushaltsgröße der Bedarf zum Beispiel an Wohnraum und sonstigem technischen Gerät nicht – wohl aber z. B. in Bezug auf Kleidung – linear steigt. Die OECD hat daher vorgeschlagen, bei gleichem Einkommen verschiedener Haushalte die ökonomische Leistungsfähigkeit durch eine Division des Nettogesamteinkommens durch 1 (Single-Haushalt), 1,5 (Haushalt mit zwei Erwachsenen beziehungsweise einem Erwachsenen und einem Kind älter als 14 Jahre) und 2,3 (Standardhaushalt mit zwei Erwachsenen, einem Kind über und einem Kind unter 14 Jahren) zu ermitteln. Es handelt sich damit um ein bedarfsgewichtetes Nettogesamteinkommen eines Haushaltes, wobei die Bedarfsgewichte für den ersten Erwachsenen mit 1, für weitere Erwachsene und ältere Kinder mit 0,5 und für jüngere Kinder mit 0,3 angesetzt werden. Nach diesem Vorschlag würde zum Beispiel ein Standardhaushalt mit einem Monatseinkommen

von € 5.290 (dividiert durch 2,3) als gleich leistungsfähig eingestuft werden wie ein Single-Haushalt mit einem Monatseinkommen von € 2.300 (dividiert durch 1).

Ganz offensichtlich weicht die Anbindung der Krankenversicherungsbeiträge an den Bruttolohn bzw. die Rente (und keine weiteren Einkommen) vollständig von einer vernünftigen Leistungsfähigkeitsermittlung ab. Zudem steigt die Beitragslast linear mit steigendem Bruttolohn, eine Tarifgestaltung, die z. B. in der Einkommensteuer als grob ungerecht kritisiert wird. Da die Beitragszahlungen darüber hinaus nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze des Bruttolohnes erhoben werden, wird der Tarif bei steigendem Lohneinkommen in hohem Maße regressiv, ein Tatbestand, der im Rahmen der Steuerpolitik besondere Kritik auf sich zieht (zum Vergleich: der immerhin leicht progressive Einkommensteuertarif, der vor der letzten Bundestagswahl von Kirchhof vorgeschlagen wurde, wurde in der öffentlichen Diskussion als im höchsten Maße ungerecht abgelehnt).

Vor allem die Beitragsbemessungsgrenze und die Vernachlässigung sonstiger Einkommen (über Bruttolohn und Rente hinaus) führen gleichzeitig zu einer eklatanten Verletzung der horizontalen Gerechtigkeit, wie sich unschwer am Beispiel von drei gleich leistungsfähigen Haushalten (gleiche Personenzahl, gleiches Gesamteinkommen von z. B. € 5.000 monatlich) feststellen lässt (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5



Während der Alleinverdienerhaushalt mit ausschließlich Lohneinkommen in Höhe von € 5.000 einen Beitrag von monatlich € 527,25 zu zahlen hat, beläuft sich der Beitrag bei zwei Verdienern (je € 2.500) desselben Gesamteinkommens auf € 740 monatlich. Ein Rentnerhaushalt mit einer Durchschnittsrente von € 1.200, gleichzeitig aber Einkommen aus sonstigen Quellen in Höhe von € 3.800 wird dagegen als arm eingestuft und mit € 177,60 Monatsbeitrag belastet.

Nach groben Überschlagsrechnungen ergibt sich bei der heutigen Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Umverteilungsvolumen von circa € 25 Milliarden pro Jahr. Es erfolgt eine Umverteilung von Haushalten mit Bruttolöhnen über dem Durchschnitt der beitragspflichtigen Bruttolöhne bis zur Beitragsbemessungsgrenze hin zu den Haushalten mit unterdurchschnittlichen Bruttolöhnen. Parallel dazu und ohne Aufrechnung erfolgt eine Umverteilung von Singles zu Großfamilien, so dass mitunter arme Singles reiche Haushalte mit vielen Kindern unterstützen. Berücksichtigt man auch, dass niedrige Bruttolöhne, aber auch niedrige Renten und sogar niedrige Arbeitslosenunterstützung nicht immer heißen, dass es sich um „arme“ Haushalte handelt, dann gehen nur circa 15 Milliarden Umverteilungsvolumen wenigstens grundsätzlich in die erwünschte Richtung (von Reich zu Arm).

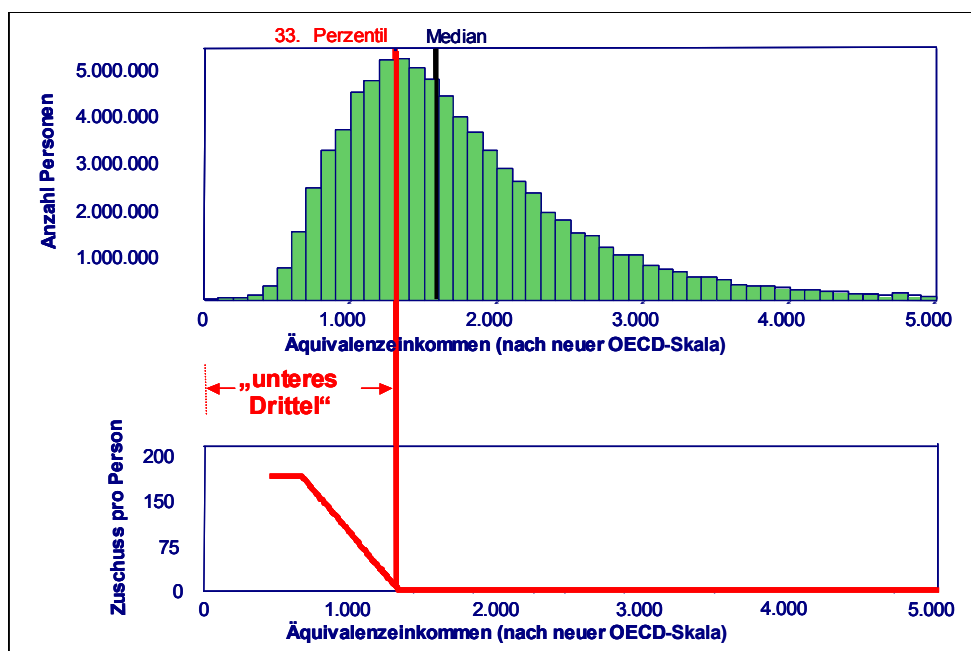
Angesichts dieser Mängel und Widersprüche die gesetzliche Krankenversicherung vor allem mit dem Argument ihres „sozialen Charakters“ zu verteidigen, erscheint zumindest verwunderlich.

Noch verwunderlicher ist es allerdings, dass gerade Vorschläge, die diese Mängel grundsätzlich beheben wollen, mit dem Argument der Unsolidarität torpediert werden. Man muss sich klarmachen, dass das Ziel einer gerechten Umverteilung nach Leistungsfähigkeitskriterien nur dann erreicht werden kann, wenn die Maßnahmen der Umverteilung grundsätzlich von den Maßnahmen der Finanzierung der Krankenversicherung *getrennt werden*. Solange die Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beiden Zielen dienen soll, lassen sich notwendigerweise auch beide Ziele nicht erreichen. Es sollte daher die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließlich auf das Ziel Nachhaltigkeit und auf das Ziel „Kompatibilität mit einer wettbewerblichen Ordnung“ (z. B. in Form von Pauschalprämien) ausgerichtet werden. Gleichzeitig sollten die Umverteilung nach *Leistungsfähigkeit* und die Umverteilung nach *Familiengröße* aufeinander abgestimmt werden, z. B. dadurch, dass eine steigende Zahl von Haushaltsmitgliedern dann – und nur dann – einen Anspruch auf Unterstützung darstellt, wenn die Zahl der Haushaltsmitglieder gleichzeitig die ökonomische Leistungsfähigkeit eines Haushaltes unter eine tolerierte Grenze drückt. In dieses Umverteilungssystem ist die *gesamte Gesellschaft* einzubeziehen, also z. B. auch Mitglieder der privaten Krankenversicherung, nicht die private Krankenversicherung als Institution. Zudem sind Grenzen der Leistungsfähigkeit festzulegen, bei deren Überschreitung Haushalte tendenziell zu netto Belasteten werden und bei deren Unterschreitung Haushalte (z. B. durch direkte Transferzahlungen) unterstützt werden. Vom Verfasser

ist vorgeschlagen worden, die Bevölkerung nach Äquivalenzeinkommen in Drittel einzuteilen, wobei das untere Drittel Ansprüche auf Transferzahlungen zur Minderung ihrer Beitragslasten erhalten soll, während das obere Drittel netto zur Finanzierung dieser Transferzahlungen beitragen soll. Das mittlere Drittel, so wurde argumentiert, sollte in einer wohlhabenden Gesellschaft als hinreichend leistungsfähig angesehen werden, um seine eigenen Belastungen durch Krankenversicherungsbeiträge selbst zu tragen. Dabei steigt nach diesem Vorschlag der Transferanspruch linear bis zur Höhe des zu zahlenden

Krankenversicherungsbeitrages je weiter ein Haushalt, gemessen an seinem Äquivalenzeinkommen, die Drittelgrenze unterschreitet (vgl. Abbildung 6). Werden diese Mittel (erforderlich wären etwa € 25 Milliarden pro Jahr) durch die Einkommensteuer aufgebracht, so sind alle in das Umverteilungssystem eingebunden und mit steigendem Äquivalenzeinkommen steigt auch im heutigen Steuersystem tendenziell die Zahllast.

Abbildung 6: Sozialausgleich nach Äquivalenzeinkommen



Trennt man also die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung von den gesundheitsfremden gesamtgesellschaftlichen Solidaritätszielen, so ist es möglich, auf der einen Seite den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstärken und gleichzeitig die größten Widersprüche des heutigen Umverteilungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zu überwinden.

Insgesamt sei zusammenfassend festgestellt, dass ein Urteil über die Sinnhaftigkeit der unterschiedlichen Gesundheitsreformen letztlich an den drei vorrangigen Zielen eines Gesundheitswesens gemessen werden muss: an der Nachhaltigkeit der Finanzierung ohne ständige staatliche Nachjustierung, an der Effizienz der Gesundheitsversorgung in

Bezug auf die Abdeckung gesundheitlicher Risiken und die Leistungserbringung für Patienten sowie schließlich an der Einlösung von Solidaritätszielen, sofern sie mit einem Ausgleich zwischen Gesund und Krank zu tun haben, insbesondere aber, wenn eine gesamtgesellschaftliche Umverteilung nach Kriterien der Leistungsfähigkeit stattfinden soll. Die derzeitige politische Diskussion ist allerdings von einer solchen Problemanalyse noch weit entfernt.