

natlich zur Seite legen. Armes Deutschland. Dabei müssen gerade Frauen finanzielle Engpässe im Alter befürchten: Im Bundesdurchschnitt liegen die Renten für Männer derzeit bei rund 929 Euro im Monat, während Frauen nach Angaben des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) nur über durchschnittlich 555 Euro verfügen. Diese Versorgungslücke im Alter hat mehre-

re Gründe. Aber dies ist ein anderes Thema. Damit ich nicht missverstanden werde, mehr Selbstverantwortung der Menschen, beispielsweise für ihre eigene Altersvorsorge, kann unsere Gesellschaft gut gebrauchen, nur müssen alle Menschen sich diese auch aus ihren Einkommen erlauben können. Mit der riesterschen Teil-Privatisierung hat die rot-grüne Bundesregierung unbe-

dacht das bewährte Rentensystem zerbrochen. Diese grundsätzliche Kritik an der reaktionären Reform ist nicht Gegenstand dieses Aufsatzes. Aber auch der hier vorgestellte pragmatische Ansatz offenbart substantielle Schwächen der Riester-Rente, die in einem klugen System des staatlich regulierten Austausches zwischen den Generationen vermeidbar wären.

spw 3 / 2003

Regimewechsel im Gesundheitswesen?

Zur Einschränkung des Solidaritätsprinzips durch die Vorschläge der Rürup-Kommission

Von Rolf Schmucker

Die Debatten um gesundheitspolitische Reformen werden derzeit von der Kostenfrage dominiert. Die Behauptung einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist empirisch mittlerweile eindeutig widerlegt (der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist seit Jahrzehnten relativ konstant). Dennoch sind die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der zentrale Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Anlass für diese Perspektivverengung ist die Entwicklung der paritätischen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten GKV-Beiträge, die zur Zeit durchschnittlich bei 14,4 % liegen. Die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge wird in der herrschenden Lesart dafür verantwortlich gemacht, dass der „Faktor Arbeit“ zu teuer sei; dies sei ursächlich für die hohe Arbeitslosigkeit. Obwohl sowohl theoretisch als auch empirisch berechtigte Zweifel am Zusammenhang zwischen der Höhe der Lohnnebenkosten und der Arbeitslosenquote existieren, sind wirtschafts- und sozialpolitische Alternativkonzepte in einer von neoliberalen Argumentationsmustern durchtränkten Debatte wenig präsent. Die Forderung nach einer „Senkung der Lohnnebenkosten“ hat parteiübergreifend einen Fetischcharakter angenommen, der in der politischen Klasse kaum noch hinterfragt wird. Auch innerhalb der SPD spiegelt sich diese wirtschaftspolitische Konzeptionslosigkeit wider.

Nun hat die Rürup-Kommission ihre Vorschläge präsentiert, mit denen die Beitragsätze der GKV auf 12 % gesenkt und die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig gesichert werden soll. In diesem Beitrag wird kritisiert, dass die vorgeschlagenen kurzfristigen Einsparungen, mit denen die

GKV-Beiträge gesenkt werden sollen, einseitig auf Kosten von Menschen mit gesundheitlichen Problemen und damit überproportional zu Lasten sozial schwächerer Gruppen gehen. Zweitens beinhalten die langfristigen Finanzierungsvorschläge die Wahl zwischen zwei Modellen. Die Erwerbstätigenversicherung würde eine Stärkung des Solidaritätsprinzips bedeuten. Dagegen würde eine individualistisch ausgerichtete Kopfprämie den Abschied von elementaren Grundsätzen der sozialen Krankenversicherung einleiten.

Solidarität in der Krankenversicherung

Die Ziele eines solidarischen Gesundheitssystems bestehen darin, allen Menschen mit gesundheitlichen Problemen den freien Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung auf dem höchsten verfügbaren qualitativen Niveau zu gewähren, unabhängig vom sozialen Status und den finanziellen Ressourcen des Einzelnen. Im Rahmen der GKV ist das Solidaritätsprinzip in einer Reihe von Regelungen verankert. Die prozentuale Festlegung des Beitragssatzes gewährleistet einen Ausgleich zwischen unterschiedlichen Einkommensniveaus. Die Familienversicherung ermöglicht auch kinderreichen Familien einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz. Gesunde Versicherte und solche mit häufigen bzw. chronischen gesundheitlichen Beschwerden zahlen den gleichen Beitrag, d.h. es gibt keine Risikoäquivalenz wie in der privaten Krankenversicherung, die für chronisch Kranke zu schwindelerregenden Prämien oder gar der Einstufung zu einem nicht versicherbaren Risiko führen. Schließlich beruht die Finanzierung der GKV auf der Beitragsparität von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, die die Unter-

nehmen automatisch an der Finanzierung des Gesundheitssystems beteiligt und Ausdruck ihrer Mitverantwortung für ein solidarisch organisiertes Gesundheitssystem ist. Solidarische Gesundheitssysteme resultieren aus der Erkenntnis, dass die Absicherung von Risiken die Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen und seiner Familie übersteigen können (vgl. Rosenbrock 2002).

Erste Stufe: Kurzfristige Einsparungen

Die Vorschläge der Rürup-Kommission werden als „Y-Modell“ bezeichnet, weil sie aus einem „Stamm“ kurzfristiger Einsparungen bestehen, über den bei den Autoren Einigkeit herrscht, und sich dann beim mittel- bis langfristigen Umbau der Finanzierungsbasis in zwei optionale „Arme“ trennen. Die kurzfristigen Einsparungen umfassen die von verschiedenen Seiten schon lange geforderte Steuerfinanzierung gesellschaftspolitisch relevanter Leistungen, wie z. B. von Leistungen rund um die Schwangerschaft und des Sterbegelds, sowie den wiederholten Versuch, den rasanten Ausgabenanstieg im Arzneimittelsektor zu bremsen, indem die Preisbindung für Generika aufgehoben wird. Im Gegensatz zu diesen beiden Maßnahmen betreffen die anderen Einsparungsvorschläge unmittelbar das Prinzip des solidarischen Ausgleichs in der GKV. Die geplante Ausgliederung des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV, bzw. seine Herauslösung aus der paritätischen Finanzierung stellen eine Umverteilung der Finanzierungslast zu Ungunsten der Versicherten dar. Die Einsparung von 0,7 bis 0,8 Beitragssatzpunkten (ca. 7,5 Mrd. Euro) kommt allein den Arbeitgebern zugute. Die Finanzierung des Krankengeldes müsste danach komplett von den Beschäftigten getragen werden. Damit wird das Argument ad absurdum geführt, eine Senkung der Beiträge verbessere auch die finanzielle Situation der Versicherten. Die Auslagerung des Krankengeldes würde die Mitverantwortung der Arbeitge-

Artikel zur Gesundheitspolitik in den letzten spw-Heften:

- Andreas Mielck, Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, spw 122 (6/2002), S. 8-12
 Martin Pfaff, Perspektive sozialdemokratischer Gesundheitspolitik, spw 124 (2/2002), S. 12-14
 Holger Paetow, Ökonomisierung der Gesundheit – Über die Rolle der Gesundheitsökonomie, spw 125 (3/2002), S. 17-21
 Rolf Rosenbrock, Das GKV-System – mehr Effizienz durch noch mehr Wettbewerb?, spw 125 (3/2002), S. 24-26
 Karl Lauterbach, Die neuen Disease Management Programme der GKV, spw 125 (3/2002), S. 32-34
 Wolfgang Wodarg, Vorwärts – und nicht vergessen ...! – Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, spw 128 (6/2002), S. 52-54

Die Artikel können als Datei oder Kopien bei spw angefordert werden. Für Kopien bitte frankierten Rückumschlag beilegen.

ber in der paritätischen Finanzierung paradoxerweise in einem Leistungsbereich beenden, der in vielen Fällen durch Belastungen am Arbeitsplatz erst notwendig wird. Die zweite unsolidarische Stoßrichtung der kurzfristigen Einsparungsvorschläge betrifft die systematische Ausweitung der Zuzahlungen. Grundsätzlich schränken Zuzahlungen die paritätische Finanzierung ein, da sie den Anteil der Versicherten an den Kosten medizinischer Versorgung erhöhen. Sie schränken den sozialen Charakter der Krankenversicherung auch deshalb ein, weil sie die Patienten einseitig belasten. Der Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken ist ein wichtiges Element des Solidaritätsprinzips. Eine Praxisgebühr sowie die deutliche Erhöhung der Zuzahlungen für Arzneimittel und zahnärztliche Behandlungen sind vollständig von Versicherten mit gesundheitlichen Problemen aufzubringen. Die soziale Schieflage dieser Maßnahmen wird noch deutlicher, wenn man die soziale Ungleichheit bei Morbidität und Mortalität berücksichtigt. Alle sozialepidemiologischen Studi-

en verweisen für die BRD und andere Industrieländer auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Gesundheitszustand (vgl. z. B. Mielck/Helmert 1998). Grundsätzlich gilt: Je niedriger das Einkommen, das Bildungsniveau und der berufliche Status, desto höher die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und desto geringer die Lebenserwartung. Selbst die „Managerkrankheit“ Herzinfarkt ist ein Mythos. Die Erklärungsansätze für diesen Befund verweisen auf ein komplexes Wechselverhältnis von Belastungen und Bewältigungskapazitäten. Die dem Individuum zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen sind nur ein Aspekt der Bewältigungsmöglichkeiten. In einem solidarisch organisierten Gesundheitssystem mit einem kostenfreien Zugang zu medizinischer Behandlung spielt dieser eher eine untergeordnete Rolle. Er gewinnt allerdings an Bedeutung, je mehr die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung führt. Die Entscheidung, eine Behandlung nicht durchführen zu lassen, weil

sie die finanziellen Möglichkeiten des Betroffenen übersteigt, wird dann wahrscheinlicher. Der Wunsch des Bundeskanzlers, dass man den sozialen Status eines Menschen nicht wieder an seinem Gebiss erkennen soll, wird konterkariert, wenn zwei Drittel der GKV-Ausgaben für Zahnersatz privatisiert werden.

Zweite Stufe: Regimewechsel

Während die erste Stufe der Kommissionsvorschläge sich mehr oder weniger problemlos im Rahmen des bestehenden Krankenversicherungssystems umsetzen lässt, berührt die zweite Stufe des „Y-Modells“ die Grundprinzipien des gegenwärtigen Finanzierungssystems und wird daher auch als „Regimewechsel“ bezeichnet. Dem liegt die Einschätzung zugrunde, dass die lohnzentrierte Finanzierung der GKV an ihre Grenzen gerate. Die Kommissionsmitglieder schlagen daher einen Umbau der Finanzierungsbasis noch für dieses Jahrzehnt vor, ohne sich allerdings auf ein gemeinsames Konzept einigen zu können. Von vielen Beobachtern wurde die Präsentation zweier Alternativmodelle als Eingeständnis des Scheiterns der Kommission gewertet. Die Uneinigkeit ist jedoch vielmehr Ausdruck der Tatsache, dass es sich bei der Debatte über die Zukunft der GKV um eine gesellschaftspolitische Richtungsentscheidung handelt, die nicht als Ergebnis wissenschaftlicher Berechnungen getroffen werden kann. Der Kommissionsvorschlag markiert vielmehr das Scheitern eines Politik-Verständnisses, in dem die Lösung politischer Probleme an einen „Rat der Weisen“ delegiert wird, um einer kontroversen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung aus dem Weg zu gehen.

So gesehen ist es für die politische Debatte durchaus hilfreich, dass nun zwei Alternativvorschläge existieren, die ordnungspolitisch gegensätzliche Richtungen einschlagen. Die Erwerbstätigenversicherung zielt auf eine umfassende Einbeziehung aller Erwerbstätigen und aller Einkunftsarten in die Finanzierung der GKV ab, während das Kopfprämienmodell einen grundlegenden Systemwechsel der Finanzierungsbasis des Gesundheitswesens bedeutet. Für die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens haben die beiden Modelle sehr unterschiedliche Konsequenzen.

Die Erwerbstätigenversicherung zielt darauf ab, alle Bürger in die Finanzierung der GKV einzubeziehen. Damit würden auch die 10 % der Bevölkerung, die zur Zeit in einer privaten Krankenversicherung sind (v.a. Beamte, Selbständige und Besserverdienende), in das Solidarsystem mit einbezogen. Wie bisher würde die Höhe des individuellen Beitrags von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen abhängen. Mit der vorgesehenen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde eine Steigerung der GKV-Einnahmen realisiert, die v.a. die ein-



Foto: Felix Welti (Lübeck)

kommensstarken und vermögenden Schichten belastet. Die Einbeziehung zusätzlicher Einkunftsarten reflektiert die Tatsache, dass die sinkende Lohnquote der vergangenen Jahrzehnte eine zentrale Ursache der Einnahmenprobleme der GKV darstellt. Die größere Bedeutung von Zins- und Mieteinkünften würde sich damit auch in der Finanzierung des Gesundheitssystems niederschlagen. Von großer Bedeutung ist das mit Erwerbstätigenversicherung verbundene Ziel, die GKV als Vollversicherung zu erhalten, die alle medizinisch notwendigen Leistungen abdeckt. Einen Markt für private Zusatzversicherungen gäbe es allenfalls im Bereich der sogenannten „Luxusmedizin“. Die Entscheidung für die Erwerbstätigenversicherung erfordert daher den politischen Mut, sich zum Vorteil eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems gegen die Profitinteressen der privaten Versicherungsgesellschaften durchzusetzen.

Die Funktionsprinzipien des Kopfprämienmodells unterscheiden sich grundsätzlich von denen der GKV. Die Finanzierung wird völlig von den Löhnen entkoppelt und auf ein Äquivalenzprinzip umgestellt. Jeder Bürger, ob erwerbstätig oder nicht, zahlt der Versicherung eine einheitliche Kopfpauschale. Der soziale Ausgleich wird über steuerfinanzierte Zuschüsse für Geringverdiener geleistet. Die Finanzierung des Systems wird stärker auf Kapitaldeckung umgestellt, und der Wettbewerb zwischen

den Krankenversicherungen (sowohl gesetzlich als auch privat) wird verschärft. Der Systemwechsel zum Kopfprämienmodell würde zahlreiche grundsätzliche Veränderungen mit sich bringen, deren Konsequenzen für die Krankenversorgung umstritten sind (vgl. Reiners 2003). Mit Blick auf das Solidaritätsprinzip ist eine grundsätzliche Abkehr von den Regelungen der GKV zu erkennen: Die Finanzierungsparität wird abgeschafft. Damit sind die Arbeitgeber nicht mehr automatisch an höheren Versicherungskosten beteiligt. Ihr Beitrag zur Krankenversicherung wird als Lohnbestandteil ausgezahlt und damit zum Gegenstand von Tarifverhandlungen. Das Ziel niedrigerer Lohnnebenkosten wird über eine Verringerung des Arbeitgeberanteils an der Finanzierung der Krankenversicherung realisiert. Die Höhe des Einkommens spielt keine Rolle mehr bei der Beitragsbemessung. Die Einheitsprämie für alle Versicherten bedeutet somit, dass der Anteil für Gesundheitsausgaben bei sinkendem Einkommen prozentual stark ansteigt. Der Umfang des nötigen steuerfinanzierten sozialen Ausgleichs wird auf mindestens 20 bis 25 Mrd. • geschätzt. Angesichts chronisch knapper öf-

fentlicher Mittel und der fortgesetzten Politik der Haushaltskonsolidierung werden die Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens lediglich von den Lohnnebenkosten auf die öffentlichen Haushalte umgewälzt. Die Probleme verschärfen sich in Zeiten der Rezession, wenn der Bedarf an Mitteln für den sozialen Ausgleich steigt, während gleichzeitig die Steuereinnahmen sinken. Im Resultat ist zu erwarten, dass die jeweiligen Regierungen versuchen werden, die sozialen Transferausgaben möglichst gering zu halten, wie das im Schweizer Kopfprämienmodell bereits zu beobachten ist (vgl. Gerlinger 2003).

Fazit

Die Vorschläge der Rürup-Kommission umfassen beträchtliche Einschnitte in die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung, die überwiegend zu Lasten Kranker und sozial Schwacher Personen gehen. Der Regimewechsel zu einem Kopfprämienmodell hätte die folgenschwersten Konsequenzen, die in ihrem gesamten Ausmaß noch gar nicht abzusehen sind. Verschärfte Zuzahlungen, Ausgliederungen aus dem Leistungskatalog und Kopfprämien folgen einer sozialpolitischen Grundtendenz, die die Individualisierung und Privatisierung sozialer Sicherung vorantreibt. „Eigenverantwortung“ bedeutet in dieser Sichtweise vor allem die verstärkte finanzielle Selbstbeteiligung des

Einzelnen bei gleichzeitiger Ausblendung gesellschaftlicher Wirkungszusammenhänge. Um so positiver ist der Vorschlag einer Erwerbstätigenversicherung zu bewerten, der den Entsolidarisierungstendenzen in der GKV gezielt

entgegenwirkt. Über die konkrete Stärkung solidarischer Elemente im Gesundheitssystem hinaus hat dieser Vorstoß eine große politisch-symbolische Bedeutung, weil seine Grundlogik der scheinbar alternativlosen Individualisierungs- und Privatisierungspolitik entgegengesetzt ist.

spw 3 / 2003

Literatur

- Gerlinger, Thomas (2003), Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Jahrbuch Kritische Medizin 38, Hamburg, im Erscheinen.
- Mielck, Andreas / Helmert, Andreas (1998), Soziale Ungleichheit und Gesundheit, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München, S. 519-535.
- Reiners, Hartmut (2003), Kopfpauschale und Versicherungspflicht für alle Bürger. Sinnvolle Alternative zur GKV?, in: Soziale Sicherheit 2/2003, S. 42-45.
- Rosenbrock, Rolf (2002), Kann die solidarische Krankenversicherung in der Marktgesellschaft überleben?, in: Deppe, Hans-Ulrich / Burkhardt, Wolfram (Hrsg.), Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg, S. 24-35.

Die Einheitsprämie für alle Versicherten bedeutet, dass der Anteil für Gesundheitsausgaben bei sinkendem Einkommen stark ansteigt.

www.dampfboot-verlag.de



Werner Rügemer

Colonia corrupta

Globalisierung, Privatisierung und Korruption im Schatten des Kölner Klüngels
4. Auflage - 2003 - 157 S.
€ 15,00 - SFR 26,30
ISBN 3-89691-525-8

Ulrich Brand/Werner Raza (Hrsg.)

Fit für den Postfordismus?

Theoretisch-politische Perspektiven des Regulationsansatzes
2002 - 331 S. - € 24,80 - SFR 42,90
ISBN 3-89691-529-0

Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.)

Gut zu Wissen

Links zur Wissensgesellschaft
2002 - 349 S. - € 20,50 - SFR 35,50
ISBN 3-89691-527-4

PROKLA

Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft

Prokla 130

Gewerkschaften ...

zur Sonne, zur Freiheit?

2003 - ca. 160 S. - € 10,50 - SFR 19,00
ISBN 3-89691-330-1

Prokla 129

Arbeit und Arbeitsmärkte

2002 - 160 S. - € 10,50 - SFR 19,00
ISBN 3-89691-329-8

PERIPHERIE. Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt

Peripherie 89

Tourismus

2003 - 144 S. - € 9,10 - SFR 16,40
ISBN 3-89691-803-6
Erscheinen: Februar 2003

Peripherie 88

Kommunikation und Terror

2002 - 156 S. - € 9,10 - SFR 16,40
ISBN 3-89691-802-8



WESTFÄLISCHES DAMPFBOOT

Dorotheenstr. 26a - 48145 Münster
Tel.: 0251/60 860 80 - Fax: 0251/60 860 20
email: info@dampfboot-verlag.de