
Heinz-J. Bontrup

Wieder keine wirkliche Gesundheitsreform*



Prof. Dr. Heinz-J. Bontrup, geb. 1953 in Haltern/Westfalen, Studium der Wirtschaftswissenschaften und Betriebswirtschaftslehre in Bremen und Bielefeld, lehrt an der FH Gelsenkirchen, Fachbereich Wirtschaftsrecht, Betriebswirtschaft, insbesondere Arbeitsökonomik; Forschungsschwerpunkte: Wirtschafts- und Gesundheitspolitik, Beschäftigungstheorie und Mitbestimmung; Mitglied der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik.

Die geplante „Gesundheitsreform“ geht an den eigentlichen Problemen eines gesellschaftlich wichtigen und somit aus- und nicht abzubauenen Gesundheitsmarkts völlig vorbei. Erneut soll mittels einer einseitigen „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ sowie durch eine mehr gespaltene wettbewerbliche Marktsteuerung auf der Nachfrageseite (Stichwort: Kassenwettbewerb) in Verbindung mit einer Risiko- bzw. Leistungsäquivalenz bei den Versicherten das deutsche Gesundheitswesen genesen. Mehr Wettbewerb auf der Anbieterseite (Ärzte, Pharmabranche u.a.) ist hingegen nicht vorgesehen. Es wird nicht im geringsten beachtet, dass nicht die Ausgaben das entscheidende Problem darstellen, sondern die immer mehr wegbrechenden Einnahmen. Diese gehören im Hinblick auf eine politische Umsteuerung auf den Prüfstand. Der Handel mit Gesundheitsgütern muss in Zukunft als ein sinnvoller Wachstumsmarkt (anders als Rüstungsgütermärkte!) begriffen werden – gerade vor dem Hintergrund der vielzitierten demographischen Entwicklungen. Außerdem soll gezeigt werden, dass von einer übermäßigen Belastung der Arbeitgeber mit angeblich zu hohen Lohnnebenkosten (Gesundheitsausgaben sind hier immanenter Bestandteil) nicht im geringsten gesprochen werden kann. Dies dient nur als Vorwand, um weiter interessenorientiert und in neoliberaler Manier von der Lohn- zur Gewinnquote, mit mittlerweile katastrophalen gesamtwirtschaftlichen Folgen, umzuverteilen. Offensichtlich nimmt die Politik dabei eine weitere Entsolidarisierung und Zementierung einer heute schon breit angelegten Klassenstruktur im Gesundheitswesen in Kauf.

* Diesen Text widme ich dem ganz plötzlich verstorbenen Gesundheitswissenschaftler Holger Paetow. Er war Dozent an der HWP in Hamburg und aktiver Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik. Die Arbeitsgruppe hat ihm viel zu verdanken.

Noch mehr soziale Ungerechtigkeit und ökonomische Instabilität

In den letzten Jahren wird verstärkt mit einem ideologischen Unterton von einem „kranken“ deutschen Gesundheitswesen gesprochen. Dies in erster Linie deshalb, weil die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen im Frühjahr 2003 die Schallmauer von 15 Prozent auf breiter Front zu durchbrechen drohten. Nur durch Ad-hoc-Maßnahmen in Form von „Vorschaltgesetzen“ konnten die Fehler der rot-grünen Bundesregierung - wie u.a. die Aufhebung des Arzneimittelbudgets - kaschiert werden. Insbesondere die Arbeitgeber betrachten dabei die jüngsten Beitragssatzsteigerungen - obwohl zum größten Teil konjunkturbedingt - im Kontext einer hysterisch und ideologisch geführten Debatte um angeblich zu hohe Lohnnebenkosten als eine nicht mehr akzeptable (finanzierbare) Größe. Dem stimmt der neoliberale Mainstream-Chor aus Politik, Medien und Wissenschaft weitgehend zu. Aber auch die Arbeitnehmer empfinden die Beitragssatzentwicklung im Hinblick auf ihre Nettoentgeltsituation als zu belastend, obwohl es hier auch Stimmen gibt, die höhere Beiträge bei einer verbesserten Versorgungsqualität und -quantität in Kauf nehmen würden.¹ Hinzu kommen ideologisch verpackte, aber wissenschaftlich nicht zu verantwortende Dramatisierungen prognostizierter säkularer Beitragssatzerhöhungen. Diese Hochrechnungen - bestückt mit mehr als unsicheren und wenig seriösen Prämissen - malen das „Horror-Gespenst“ eines Beitragssatzes von bis zu 26 Prozent für das Jahr 2030 an die Wand.² An Gründen werden hier in erster Linie der „demografische Wandel“, das „Altern der Gesellschaft“, der „medizinisch-technische Fortschritt“ und die so genannte „Anspruchsinflation der Versicherten“ genannt, die angeblich nicht wenige Versicherte nach Entrichtung ihres Beitragssatzes veranlasst, Gesundheitsleistungen praktisch unbegrenzt in Anspruch zu nehmen. Es würde quasi mit Gesundheitsgütern „geaast“, es käme wie bei allen Versicherungsleistungen zum Problem des „Moral Hazard“, bei dem der Umfang der Leistung eines Vertragspartners auch von der Mitwirkung des Kontrahenten abhängt, etwa durch Beachtung von Sorgfaltspflichten oder durch Risikominimierungen. Vor diesem gesamten Hintergrund seien deshalb nachhaltige „Einschnitte“ ins Gesundheitswesen, d.h. ein „Ausgabenrückbau“ und eine möglichst „marktwirtschaftliche Aussteuerung“ am Gesundheitsmarkt unumgänglich.

In diesem Kontext liegt nun die seit 1976 fünfte größere „Gesundheitsreform“ - ausgehandelt zwischen SPD/Bündnis90/Die Grünen und CDU/CSU/FDP - auf dem Tisch. Ziel dieser „Reform“ ist es, bis zu 23 Mrd. Euro im Jahr 2007 einzusparen - im kommenden Jahr etwa 10 Mrd. Euro -, um so den durchschnittlichen Beitragssatz bis 2007 von derzeit 14,3 Prozent auf rund 13 Prozent zu senken. Dies bezweifeln allerdings die meisten Krankenkassenvertreter. Offensichtlich nur auf Druck des Bundesgesundheitsministeriums sind die Kassen bereit, die Beitragssätze 2004 auf etwa durchschnittlich 13,6 Prozent zu senken, wobei das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) dies als „reichlich optimistisch“ bezeichnet. Viele Betriebskrankenkassen wollen sogar die Beitragssätze noch in diesem Jahr drastisch erhöhen. Dennoch wird vom „größten Reformwerk der jüngsten Sozialgeschichte“ (Seehofer) gesprochen. Aber gleichzeitig wird - wenn auch nur nebulös - betont, dass das Werk wohl

1 Vgl. M. Greiffenhagen, Soziale Sicherheit und politische Legitimität, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 10/1998.

2 Vgl. B. Hof, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln 2001; F. Breyer/V. Ulrich, Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: DIW-Wochenbericht Nr. 24/2000, S. 374ff.

nur eine „Reichweite“ bis 2010 habe. Danach müsse es dann noch einmal zu einer entsprechenden „Strukturreform“, zu einer „Weiterentwicklung“, wie die CDU-Vorsitzende Merkel betont, an den Gesundheitsmärkten kommen. Dennoch ist Bundeskanzler Schröder mit einem Ergebnis der heutigen „Reform“ zufrieden, „das sich sehen lassen kann. Es gibt eine sorgsam ausgewogene Balance“, so seine Meinung, „die alle Beteiligten im Gesundheitswesen in die Verantwortung nimmt.“ Vom linken Flügel seiner Partei kommen da ganz andere Töne. Die Reform sei „sozial völlig unausgewogen“, da von den 10 Mrd. Euro Einsparungen im nächsten Jahr allein die Mitglieder, Kranken und Arbeitnehmer etwa 8,5 Milliarden Euro aufbringen müssen, während die Leistungsanbieter wie Ärzte, Pharmabranche u.a. weitgehend verschont und die Arbeitgeber sogar nachhaltig entlastet werden.

Wirtschaftspolitisch erschreckend sind die Ergebnisse der „Reform“ vor allem auch im Zusammenhang mit den geplanten Steuerentlastungen aus dem Vorziehen der dritten Stufe der Steuerreform auf 2004. Konjunkturelle Nachfragebelebungen durch mehr Binnennachfrage sind hier wohl kaum noch zu erwarten. Insbesondere bei den unteren und mittleren Einkommen mit einer hohen marginalen Konsumquote werden neben den womöglich anderen Belastungen zur Gegenfinanzierung der geplanten Steuerreform³ nun auch noch die Belastungen an den Gesundheitsmärkten negativ hinzu kommen und damit endgültig die marginalen positiven Steuerentlastungen für einen Wachstumsimpuls nicht nur aufheben, sondern sogar überkompensieren. Gleichzeitig muss der Finanzminister zumindest bis zum Jahr 2007 mit höheren Ausgaben rechnen, weil Eichel mit einer schnelleren Verschiebung der Gesundheitsausgaben zu Lasten der Versicherten auf 53 Prozent (Aufhebung der paritätischen Finanzierung) bereits ab 2004 gerechnet hat. Diese Veränderung sollte auch für Rentner gelten, die entsprechend mehr hätten zahlen müssen. Der Bundeszuschuss zur Rentenversicherung sollte so um etwa eine Milliarde Euro gekürzt werden.

Der DGB und die Sozialverbände machen zu Recht Front gegen die „Reform“. Die Vorschläge implizieren einseitige Belastungen der Arbeitnehmer und Versicherten sowie der Kranken und perforieren neben den schädlichen gesamtwirtschaftlichen Wirkungen zusätzlich endgültig das Solidaritätsprinzip, nach dem jeder laut Sozialgesetzbuch eine bestmögliche Versorgung mit Gesundheitsgütern erhalten soll, unabhängig vom sozialen Status und den finanziellen Ressourcen des Einzelnen. „Die paritätische Finanzierung wird bei dieser Reform weiter ausgehöhlt, die Versicherten werden mit zweistelligen Milliardenbeträgen zusätzlich belastet. Das ist genau jene „Privatisierungsorgie“, gegen die sich Horst Seehofer noch vor einigen Wochen aus wahlkampfaktischen Gründen gewandt hat und die er jetzt offensichtlich mit aller Macht durchgepaukt hat, so Horst Schmitthener, bis August 2003 geschäftsführendes Vorstandmitglied der IG Metall. Während der Ärztekammerpräsident Hoppe die „Reform“ als „erhebliche Verbesserung“ begrüßte, äußerte sich der Vorsitzende des Klinikärzteverbandes Marburger Bund, Montgomery, enttäuscht über den „Pakt gegen die Schwachen“. Von einer „Schmerzlinderung statt Therapie“ sprechen die Betriebskrankenkassen. Der AOK-Bundesverband sieht eine Chance auf sinkende Beiträge allerdings nur, wenn die Konjunktur anspringt und Arbeitgeberpräsident Hundt rügte, dass die Beitragszahler zu wenig und zu spät entlastet würden. Er fordert, wie FDP-Chef Westerwelle, weitere radikale Ausgabenkürzungen und eine Aussteuerung der Gesundheitsmärkte durch Wettbewerb und in Abhängigkeit vom Einkommen - also eine nachhaltige

3 Vgl. Arbeitskreis Konjunktur des DIW, Effekte des Vorziehens der dritten Stufe der Steuerreform auf 2004, in: DIW-Wochenbericht Nr. 27-28/2003, S. 457ff.

Entsolidarisierung und Privatisierung von gesundheitlichen Risiken. Nicht zuletzt spricht die Vereinigung der Apotheker davon, dass ihr Berufsstand bis „ins Mark getroffen“ sei, während die Pharmabranche „schmerzhaft, aber verkraftbare“ Belastungen in Höhe von etwa einer Milliarde Euro anführt.

Nicht die Ausgaben sind das entscheidende Problem

Alle bisherigen Reformen im Gesundheitswesen wurden von der Ausgabenseite dominiert. Seit es 1976 durch die damalige sozial-liberale Bundesregierung Schmidt mit dem „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ zur ersten größeren staatlichen Intervention kam, implizieren die Reformen eine „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“. Immer dann, wenn sich die Ausgabenzuwächse deutlich von den Einnahmenezuwächsen der Kassen entfernten - häufig genug aus rein konjunkturellen Gründen -, griff der Staat mit Ausgabensenkungen zu Lasten der Versicherten, Kranken und Arbeitnehmer ein, um die erforderliche Beitragssatzanhebung der Kassen insbesondere zu Gunsten der Arbeitgeber in Grenzen zu halten. Dies hatte stets nur temporäre Erfolge. Es wäre allerdings ganz falsch, eine überbordende Ausgabenentwicklung dafür verantwortlich zu machen. Vielmehr lag und liegt es an rückläufigen Einnahmen. Eine so genannte „Kostenexplosion“ bezogen auf den Anstieg der Einkommen, aus denen die Ausgaben entrichtet werden, hat es im deutschen Gesundheitswesen allenfalls im Zeitraum von 1970 bis 1975 gegeben. Hier stiegen die gesamten Gesundheitsausgaben bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 10,1 Prozent auf 12,8 Prozent. Der Anstieg geht dabei auf politisch bewusst herbeigeführte und auch notwendige Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung durch die sozial-liberale Regierung Brandt zurück. In den folgenden Jahrzehnten war nur noch eine marginale Eskalation der relativen Gesundheitsausgaben, also bezogen auf das BIP, um einen halben Prozentpunkt auf 13,4 Prozent zu beobachten. Auch ein Vergleich der Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zeigt, dass sich die Relation der Leistungsausgaben der GKV zum BIP lediglich von 5,7 Prozent im Jahre 1975 auf 6 Prozent im Jahre 1998 in den alten Bundesländern erhöht hat.⁴ „Eine ähnliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben wie für das alte Bundesgebiet ist für Gesamtdeutschland im Zeitraum 1992 bis 2000 festzustellen. Hier pendelt die Relation der Gesundheitsausgaben der GKV zum BIP um 6 Prozent (1992: 6,1 Prozent; 2000: 6 Prozent).“⁵ Von „Kostenexplosionen“, genauer „Ausgabenexplosionen“, weil in den Ausgaben neben den Kosten auch die Gewinne der Leistungsanbieter enthalten sind, kann demnach empirisch nicht die Rede sein.⁶ Dennoch ist die Ausgabenentwicklung in der GKV der zentrale Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussionen und Auseinandersetzungen. Anlass für diese Perspektivverengung ist die Entwicklung der paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten Beitragssätze, die in der alten Bundesrepublik im Durchschnitt von 8,2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens im Jahre 1970 auf 13,6 Prozent im Jahre 1998 angestiegen sind und in Gesamtdeutschland heute bei etwa 14,3 Prozent liegen.⁷

4 Vgl. V. Meinhardt/E. Schulz, Kostenexplosion im Gesundheitswesen?, in: DIW-Wochenbericht Nr. 7/2003, S. 107.

5 Meinhardt/Schulz, Kostenexplosion, S. 108.

6 Vgl. B. Braun/H. Kühn/H. Reiners, Das Märchen von der Kostenexplosion. Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M. 1998.

7 Meinhardt/Schulz, Kostenexplosion, S. 108.

Enttäuschende „Reformvorschläge“

Das Ziel der momentan einseitig herrschenden (neoliberalen) Politik ist eine Rückführung der Beitragssätze auf zumindest 13 Prozent, um die angeblich zu hohen Lohnnebenkosten zu senken. Auf diese Weise wird der real bereits existierende „Unternehmerstaat“ - im naiven Glauben an eine dann eintretende wirtschaftliche Prosperität - weiter umorgt. Dazu sollen u.a. auch die Gesundheitsausgaben durch Umverteilungen von unten nach oben nachhaltig gesenkt werden. So wollen es insbesondere CDU/CSU und FDP sowie natürlich die Arbeitgeberverbände. Die Versicherten, Kranken und Beschäftigten werden künftig mit der Einführung einer Praxis- und einer erhöhten Klinikgebühr von 10 Euro pro Quartal belastet; bei Überweisung zum Facharzt fällt in den Praxen keine Gebühr an, während der Krankenhausaufenthalt zukünftig ebenfalls 10 Euro pro Tag, maximal 280 Euro kostet. Außerdem werden die Zuzahlungen für Medikamente erhöht (10 Prozent je Medikament, mindestens 5, höchsten 10 Euro, wobei nicht verschreibungspflichtige Medikamente – Ausnahmen: Kinder und Jugendliche - selbst bezahlt werden müssen). Diese Regelung der Zuzahlung gilt auch für alle Sachleistungen wie z.B. Massagen etc. Patienten mit niedrigem Einkommen sollen statt 10 Euro nur einen Euro zuzahlen müssen. Eine so genannte „Härtefallregelung“ soll für Sozialhilfeempfänger und Rentner mit niedrigem Einkommen gelten. Das Sterbe- und Entbindungsgeld sowie die Zuschüsse für Brillen werden mit wenigen Ausnahmen quasi gestrichen bzw. privatisiert. Als Obergrenze für alle Zuzahlungen wurden 2 Prozent des Bruttoeinkommens festgelegt (chronisch Kranke 1 Prozent; Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit und es soll Bonusregelungen für Vorsorge und Prävention geben).

Besonders schwerwiegend und belastend ist der Wegfall des Zahnersatzes ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Diesbezüglich stellt der Präsident des Sozialverbands (VdK), Hirrlinger, fest: „Jetzt wird man an den Zähnen erkennen können, wie viel Geld jemand im Portemonnaie hat.“ Noch schwerwiegender ist die ab 2007 vorgesehene Eliminierung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die abhängig Beschäftigten müssen dann den bisherigen Arbeitgeberanteil von rund 7,8 Mrd. Euro oder 0,35 Beitragssatzprozentpunkten selbst aufbringen. „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 Arbeitgeber in der paritätischen Finanzierung paradoxerweise in einem Leistungsbereich beenden, der in vielen Fällen durch Belastungen am Arbeitsplatz erst notwendig wird.“⁸ Auch die Rentner mit einem zusätzlichen Einkommen müssen höhere Beiträge zahlen. Für Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit gilt der volle Beitragssatz. Ökonomisch bedeuten diese Ausgabenverschiebungen eine größere Belastung bei den privaten Haushalten, so dass es bei gleich hohem verfügbarem Einkommen an anderer Stelle zu einem Nachfrageausfall kommt; es sei denn, die Menschen greifen ihre Ersparnisse an. Dies wird in den meisten Fällen auf Grund mangelnder Rücklagen gar nicht möglich sein. Zwar werden auch die Beschäftigten durch ein marginales Absenken der Beitragssätze entlastet, dennoch wird unter dem Strich für die Arbeitnehmer eine höhere Endbelastung zu verbuchen sein. Die wesentlichen Profiteure über einen ebenfalls abgesenkten Beitragssatz sind dagegen die Arbeitgeber.

8 R. Schmucker, Regimewechsel im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Sozialistische Politik und Wirtschaft, Heft 131/2003, S. 29f.

Ist im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das Solidaritätsprinzip in einer Reihe von Regelungen heute noch verankert, so kommt es mit dieser „Reform“ zu einer weiteren nachhaltigen Privatisierung von Gesundheitsleistungen. Anstatt das bewährte System in Richtung eines bedarfsgerechten einheitlichen Leistungskatalogs unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts für alle Menschen ohne Diskriminierungen auszubauen und eine eh schon nicht mehr vorhandene paritätische Finanzierung durch eine Rückführung der bereits aufgebauten Patientenzuzahlungen zu heilen, geht die Politik den umgekehrten Weg einer weiteren und einseitigen Belastung der Versicherten, Patienten und Arbeitnehmer bei gleichzeitig noch stärkerer Entlastung der Arbeitgeber. Hier wird ein völlig falsches Signal bezüglich der Forderung nach gesundheitlicher Prävention vor Kuration, vor Rehabilitation, vor Pflege gegeben, weil gerade Arbeitgeber durch einen vorbeugenden Gesundheitsschutz in ihren Unternehmen gefordert werden müssten. Um dafür ökonomische Anreize zu setzen, sollten die Beitragsätze für die Unternehmen erhöht und die der Arbeitnehmer gesenkt werden.

Zur Abschaffung der seit langem vorliegenden „Verschiebebahnhöfe“ in der GKV, d.h. zur indirekten Finanzierung von z.B. familien- oder rentenpolitischen Maßnahmen aus dem GKV-Etat, soll die Tabaksteuer in den Jahren 2004 und 2005 in drei Stufen um insgesamt einen Euro je Packung angehoben werden. Versteckt darin enthalten sind auch geplante allgemeine Preiserhöhungen der Zigarettenindustrie. Die Politik erhofft sich aus dieser Maßnahme ein jährliches zusätzliches Gesamtsteuervolumen von rund 4,5 Milliarden Euro. Neben dem grundsätzlich nicht unproblematischen Verstoß gegen das Non-Affektationsprinzip, wonach eine Zweckbindung einzelner staatlicher Steuern für einen bestimmten Ausgabenbereich ausgeschlossen ist, schafft diese Zweckbindung außerdem eine nicht akzeptable Abhängigkeit vom jeweiligen konjunkturellen Verlauf der Tabakindustrie. Richtig wäre eine Finanzierung aus dem allgemein zur Verfügung stehenden Steueraufkommen, was eine Erhöhung der Tabaksteuersätze zur Eindämmung des Tabakkonsums (weil eindeutig gesundheitsgefährdend!) nicht ausschließt.

Während bei den Versicherten, Patienten und Arbeitnehmern abkassiert wird, sind die Leistungsanbieter an den Gesundheitsmärkten keinesfalls von Einkommens- oder Gewinnreduzierungen betroffen. Im Gegenteil: Die ärztlichen Honorare, die sich derzeit über ein kompliziertes Punktesystem zusammensetzen, werden auf feste Preise je Leistung umgestellt, und die Einkommen der Kassenärzte in den neuen Bundesländern sollen bis Ende 2006 an das Westniveau angeglichen werden. Derzeit betragen die Einkommen in den neuen Ländern rund 96 Prozent des Niveaus der alten Länder. Hier wird ganz nebenbei umgesetzt, was vor kurzem noch durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts den Beamten in Ostdeutschland verweigert wurde, nämlich die Angleichung der Ost- an die Westbezüge und damit die im Grundgesetz Art. 72 Abs. 2 geforderte räumliche bzw. regionale Angleichung der Lebensverhältnisse, wofür übrigens vor kurzem auch die IG Metall einen erbitterten Arbeitskampf führte, als es um eine bis 2011 gestreckte Angleichung der Arbeitszeit durch die Einführung der 35-Stunden-Woche auch in den ostdeutschen Unternehmen der Metall- und Elektroindustrie ging. Ausgaben senkungen durch Gewinnreduzierungen bei den niedergelassenen Ärzten sowie den Chefärzten in den Krankenhäusern wären durchaus möglich. Regelmäßig wird übersehen, dass Ausgabensteigerungen zu einem ganz erheblichen Teil auf Gewinn- und Einkommenssteigerungen der Anbieter auf den Gesundheitsmärkten zurückzuführen sind. Gewinne werden in den offiziellen statistischen Veröffentlichungen immer noch nicht ausgewiesen. Nur durch mühselige Untersuchungen lassen sich Aussagen hierzu treffen. Umfangreiche Gewinn-Daten liegen immerhin für die Zahn-

ärzte vor, während insbesondere die Datenlage über den Pharmasektor weitgehend intransparent ist. So hat sich die Einnahmenstruktur der Zahnärzte seit Beginn der 1980er-Jahre immer mehr zu den Privateinnahmen verschoben. 1997 lag der Anteil bereits bei 35 Prozent. Hierdurch manifestiert sich bereits eine eindeutige Marktöffnung weg vom Solidaritäts- zum individuellen Einkommensprinzip. Die jetzt beschlossene vollständige private Zahlung des Zahnersatzes wird diese Relation noch vergrößern, wobei die absolute Gewinnsituation der Zahnärzte von dieser Privatisierungstendenz und Entsolidarisierung bisher eindeutig profitiert hat. So lag das durchschnittliche Bruttoeinkommen nach Abzug aller Aufwendungen einer Zahnarztpraxis im Jahr 2000 (neuere Daten stehen nicht zur Verfügung) bei fast 95.000 Euro. Auch die immanent gemessenen Umsatz- und Kapitalrenditen liegen weit über dem Durchschnitt der privaten Wirtschaft und anderer Freien Berufe mit Ausnahme der Wirtschafts- und Buchprüfer. Zum Teil wird die gute Einkommenssituation der Zahnärzte allerdings durch eine Einkommensschichtung relativiert. Andererseits liegen 74,4 Prozent aller Zahnärzte mit ihrem Einkommen über 50.000 Euro im Jahr. Verschlechtert hat sich dagegen die Einkommensposition in Relation zum gesamten Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen. Hierfür gibt es zwei wesentliche Ursachen: Erstens nahm die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte stark zu und zweitens stieg die bereinigte allgemeine Gewinnquote relativ stärker als die Summe der Bruttogewinne der Zahnärzte. Hierdurch verfiel der Anteil am Bruttoeinkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen. Auch die relative Einkommensposition bezogen auf alle Erwerbstätigen (gemessen am Volkseinkommen) ging faktorbezogen zurück. Dieser relative Einkommensrückgang bereitet den Zahnärzten subjektiv betrachtet offensichtlich große Probleme. Bei ökonomisch objektiver Betrachtung besteht dagegen kein Grund zum Klagen.⁹

Das jetzt offensichtlich geplante Festpreissystem im Bereich der niedergelassenen Humanmediziner wird die Gesundheitsausgaben über entsprechende Mengenausweitungen (jeder Arzt verschreibt sich seine Nachfrage selbst; Problem der angebotsinduzierten Nachfrage!) nicht reduzieren, sondern erhöhen und gleichzeitig die Profite weiter sprudeln lassen. „Ärzte (...) im Gesundheitswesen haben angesichts der bestehenden Informationsassymmetrien die Möglichkeit, Art und Umfang ihrer Leistungen selbst zu definieren und es gibt keinen vernünftigen Zweifel daran, dass sie der Versuchung kaum widerstehen, ihre Informationsvorsprünge „opportunistisch“ zur Förderung ihrer Einkommensinteressen zu nutzen, indem sie ggf. auch gegen die medizinische Vernunft ihre Leistungen ausweiten.“¹⁰ Anstatt die Marktmacht der ärztlichen Anbieter durch eine Rückführung der Monopolposition der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und anderer Anbieterverbände zu beschränken sowie für die Wiedereinführung eines variablen Budgets (abhängig von der Entwicklung des Bruttoarbeitnehmereinkommens) zu plädieren und das Zulassen von differenzierten Verträgen zwischen Kassen und einzelnen Leistungsanbietern auf breiter Front zu ermöglichen, sieht der jetzt ausgehandelte politische Kompromiss lediglich vor, nur den letzten Punkt (differenzierte Verträge) in speziellen Kooperationsformen zwischen Ärzten und Kliniken umzusetzen - und zwar in der so genannten „integrierten Versorgung“. Zu begrüßen ist dabei die damit zusammenhängende Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung, wenn auch nur für noch zu definierende „hoch qualifizierte Leistungen“. Außerdem ist die Einrichtung von geplanten Gesundheitszentren, in denen freiberufliche Ärzte

9 Vgl. dazu ausführlich H.-J. Bontrup, Zwischen Goldgrube und Jammertal, in: G+G Gesundheit und Gesellschaft, Heft 12/2002, S. 32ff.

10 L. Hajen/H. Paetow/H. Schumacher, Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele, Stuttgart/Berlin/Köln 2000, S. 61.

neben angestellten Medizinern verschiedener Fachgebiete zusammen arbeiten und für den Patienten eine Versorgung aus einer Hand (holistisch) bieten, sicher ein richtiger Weg. Ebenfalls positiv zu werten ist die nun vorgeschriebene Ärztefortbildung und die auf Verlangen des Patienten zu erstellende Kosten- und Leistungsinformation. Dagegen bietet das vorgesehene „Qualitätsinstitut“, geführt in Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen unter einem Mitspracherecht des Gesundheitsministeriums, wohl kaum eine objektive Basis zur Beurteilung von medizinischen Leistungen bzw. Fehlleistungen. Hinzu kommt, dass es eine wünschenswerte Kosten-Nutzenanalyse von Arzneimitteln nicht geben wird. Problematisch ist auch die bereits eingeleitete Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in den Krankenhäusern. Dies wird die Krankenhauslandschaft drastisch in Richtung Profitorientierung und einer unverantwortlichen Dominanz der Ökonomie gegenüber der Medizin verändern. Es wird nur noch die erbrachte Leistung bezahlt, unabhängig von den entstandenen Kosten. Vorhalteleistungen werden nicht mehr für alle Krankenhäuser finanziert. Somit werden Anreize zur Verweildauerverkürzung und zu Kapazitäts- und Personalabbau in den Krankenhäusern gegeben. Vielmehr wäre ein Ausbau der Arbeitsplätze analog zum demographisch steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen notwendig. Schon heute ist die Personaldecke in den Krankenhäusern viel zu knapp. Ärzte und Pflegepersonal müssen gegenüber den Patienten in unverantwortlicher Weise Mehrarbeit leisten. Die fortschreitende und politisch gewollte Privatisierung von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird diesen unheilvollen Trend von Kapazitäts- und Personalabbau auf der einen und zu leistender Mehrarbeit bei verschlechterten Arbeitsbedingungen auf der anderen Seite nicht umkehren, sondern, so ist zu befürchten, eher verschärfen. Dies wird außerdem die heute schon unzureichende tarifliche Entlohnung der im Gesundheitswesen Beschäftigten (im ambulanten medizinischen Bereich existieren bis heute keine Tarifverträge!) nicht verbessern. Hierauf geht die neue „Gesundheitsreform“ mit keinem Wort ein.

Einsparungen wären insbesondere im Pharmasektor möglich, der im letzten Jahr 23,4 Milliarden Euro von den Krankenkassen überwiesen bekam. „An die Kernprobleme der Arzneimittelversorgung traut sich die Gesundheitsministerin hingegen nicht einmal ansatzweise heran. Der Pharmasektor ist nach wie vor massiv durch Marktmacht geprägt. Es gibt in Deutschland - anders als in den meisten europäischen Staaten - keine wirksame Preiskontrolle. (...) Was fehlt, ist eine Möglichkeit, die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch die Kassen auch von Wirtschaftlichkeits-, Preis- und Bedarfskriterien abhängig zu machen, sowie die Umsetzung der Positivlistenregelung und eine verpflichtende qualitätsorientierte herstellerunabhängige pharmakologische Weiterbildung der ÄrztInnen.“¹¹ Die Festbetragsregelung, die sich am Pharmamarkt als eine erstaunlich wirksame Preisbremse erwiesen hat, kann dennoch durch Scheininnovationen umgangen werden. Es gibt kaum einen Sektor des Gesundheitswesens, in dem Über-, Unter- und Fehlversorgung so verbreitet sind wie auf dem Arzneimittelmarkt. Aber der Politik ist nicht einmal die Umsetzung der schon im Jahr 2000 erwogenen Positivliste geglückt, die es in fast allen europäischen Nachbarstaaten gibt und die dort einen beachtlichen Beitrag zur Qualitätssicherung und Ausgabenreduzierung erbringt. Rund 4 Mrd. Euro hätte die Liste wohl an Einsparungen gebracht. Diese Liste wird seit mehr als einem Jahrzehnt von der Pharmaindustrie mit offensichtlichem Erfolg vehement bekämpft. Rot-Grün hatte einen bereits ausgearbeiteten Gesetzentwurf zu Beginn der Verhandlungen mit der Union gestoppt. Zum Aus für Positivliste und Kosten-Nutzen-Analy-

11 Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 2002, Blauer Brief für falsche Wirtschaftspolitik – Kurswechsel für Arbeit und Gerechtigkeit, Köln 2002, S. 134.

sen für Medikamente sagt die pharmakritische Vereinigung „Coordination gegen Bayer-Gefahren“ (CBG): „Es ist beschämend zu sehen, dass die Gesundheit der Bevölkerung einen niedrigeren Stellenwert besitzt als die Profitinteressen der Pharmaindustrie.“ Die Schutzräume und die Marktmacht der Pharmaindustrie wurden mit der jetzigen „Gesundheitsreform“ nicht einmal im Ansatz angegangen. Der monetäre Beitrag der Pharmabranche beschränkt sich lediglich auf eine Milliarde Euro in Form einer Erhöhung der Herstellerrabatte (den Krankenkassen zu gewährende Zwangsabschläge) von 6 auf 16 Prozent im Jahr 2004. Danach soll eine neue Festbetragsregelung kommen, die dann auch für patentgeschützte Medikamente gelten soll. Dies ist und bleibt aber unter dem Strich eine nicht wettbewerbliche, sondern eine völlig auf vermachteten und patentrechtlich geschützten Märkten sich vollziehende Preisbildung mit der Möglichkeit einer Monopolrentenabschöpfung. Wenn auch die Preisbindung für rezeptfreie Mittel fällt - weil sie künftig von den Patienten voll selbst bezahlt werden müssen - und Reimporte günstiger abgegeben werden sollen, so gereicht dies eher auf Grund eines asymmetrischen Informationsstandes zwischen Patienten und Anbietern von Gesundheitsgütern zum Vorteil als zum Nachteil der Pharmabranche. Es wird wohl kaum einen Patienten geben, der sich im Krankheitsfall - wie die Gesundheitskommission unterstellt - zunächst einmal eine Markttransparenz verschafft, bis er die günstigste Apotheke mit den niedrigsten Preisen für die jeweils benötigten Gesundheitsgüter gefunden hat. Aber selbst wenn der Patient sich diese Transparenz verschafft, wird er feststellen müssen, dass nicht selten der Anbieter von Pharmaprodukten über ein räumliches Monopol oder in der Regel zumindest über ein enges Oligopol verfügt, das Preisabsprachen vor Ort leicht ermöglicht. Hieran werden auch der nun erlaubte Medikamentenhandel übers Internet und die Abschaffung des Filialverbots bei Apotheken (künftig sind bis zu drei Filialen erlaubt; fremde Apotheken dürfen allerdings nicht übernommen bzw. aufgekauft werden) nichts Entscheidendes ändern.

Mit dem einseitigen bzw. sich nur auf die Nachfrageseite beziehenden „gespaltenen“ Kassenwettbewerb sind falsche Wege der Ausgabensenkungen gegangen worden. Dieser versucht seit 1998 das Solidaritäts- und Wettbewerbsprinzip im Gesundheitswesen zu versöhnen oder wenigstens kompatibel zu machen. „An eine Rückkehr zum ständisch organisierten "gegliederten Kassensystem" mit kaum durchlässiger Mitgliederzuweisung ist aber ebenfalls nicht zu denken. Daher drängt sich der Gedanke an die Einführung einer Einheitsversicherung für alle Versicherungspflichtigen oder auch für alle ArbeitnehmerInnen auf.“¹² Diese stand aber bei der jetzigen „Gesundheitsreform“ nicht auf der Tagesordnung. Dennoch gibt es mittlerweile Stimmen, die die Einführung der „Bürgerversicherung“ fordern. Danach müssten nicht nur Arbeitnehmer, sondern alle Bürger - also auch Beamte und Selbständige - Beiträge zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall zahlen. Herangezogen würden auch Miet- und Pachteinnahmen sowie Zins- und Aktiengewinne. Ein solches Modell hält Bundesgesundheitsministerin Schmidt für eine „wichtige Alternative“. Ähnlich äußerte sich der CSU-Politiker Seehofer. Bundesaußenminister Fischer ist sich sogar sicher, „dass die Bürgerversicherung auch die Entscheidungsphase erreichen wird.“ Anstatt aber diesen grundlegenden „Systemwechsel“ umzusetzen, der auch ein massives Zurückdrängen der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit sich brächte, sollen mit der jetzt vorgelegten „Reform“ lediglich die Krankenkassen freiwillig Versicherten in der GKV Tarife mit Beitragsrückzahlungen oder Selbstbehalten anbieten. Damit will man gut Verdienende in der GKV halten bzw. ein Abwandern zur PKV verhindern. „Durch Wahltarife wie Beitragsrückerstat-

12 Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 2002, S. 139.

tion wird das Solidarprinzip der Krankenversicherung (aber) durchbrochen. Die „Jungen“, „Gesunden“, „Gutverdienenden“ und „Kinderlosen“ können sich die niedrigsten Beiträge erlauben, während Familien, chronisch Kranke, ältere Menschen, die auf Volleinstellungen der GKV zwingend angewiesen sind und das finanzielle Risiko der Selbstbeteiligung nicht tragen können, gerade deswegen hohe Beiträge zahlen müssen.“¹³

Die Einnahmen in der GKV sind zurückgeblieben

Der bei einer nur einigermaßen richtigen Wirtschaftspolitik sicher vermeidbare, aber dennoch ökonomisch nicht bedrohliche Anstieg der Beitragssätze ist eindeutig auf der Einnahmen- und nicht auf der Ausgabenseite begründet.¹⁴ Hierfür gibt es drei wesentliche Gründe: erstens die seit langem bestehende Massenarbeitslosigkeit. Zweitens die Nichtausnutzung des verteilungsneutralen Spielraums in den Tarifverhandlungen und die daraus folgende Umverteilung von der Lohn- zur Gewinnquote. Beides höhlt die Bemessungsgrundlage in der GKV aus. „Zudem wird ein steigender Anteil der Bruttolohn- und Gehaltssumme der Versicherungspflicht entzogen, weil die Einkommensgrenzen für geringfügige sozialversicherungsfreie Beschäftigungsverhältnisse erhöht und die Beitragsbemessungsgrenzen nicht adäquat an die Lohn- und Gehaltsentwicklung angepasst werden.“¹⁵ Die beste Gesundheitspolitik ist demnach Vollbeschäftigungspolitik sowie eine Ausschöpfung des verteilungsneutralen Spielraums bei der jährlichen Anpassung der Löhne und Gehälter an die Produktivitäts- und Inflationsentwicklung. Bereits 1982 schrieb die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: „Die Entschärfung des Finanzierungsproblems auf der Einnahmenseite ist grundsätzlich nur im wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Zusammenhang denkbar, da die Grundlohnsumme als Finanzierungsbasis von den makroökonomischen Verteilungskonstellationen abhängig ist.“¹⁶ Dies widerspricht dem heute vorliegenden ökonomisch-politischen Mainstream, der einseitig auf eine totalitäre Marktherrschaft und eine von Wettbewerb geprägte neoliberale Wirtschaftspolitik setzt. Notwendig wäre dagegen ein nachhaltiger Paradigmenwechsel in Richtung einer kompensatorischen staatlichen Fiskal- und Steuerpolitik sowie ein grundsätzliches Umschwenken auf eine post-keynesianische Wirtschaftspolitik. Eine solche emanzipatorische und partizipative Politik setzt schwerpunktmäßig auf eine ökologisch orientierte Beschäftigungspolitik und eine sozial gerechte Verteilung der arbeitsteilig geschaffenen gesellschaftlichen Neuwerte. Gleichzeitig verlangt sie nach einer Zurückdrängung bisher aufgebauter privatwirtschaftlicher Macht, die durch eine sich immer schneller drehende Konzentrationsspirale manifest wird. Auch setzt eine solche alternative Politik auf eine europaweit abgestimmte Fiskal-, Steuer- und Geldpolitik zur Behebung konjunktureller Krisen, und zwar unabhängig von ökonomisch falsch gesetzten bzw. „dummen“ Maastricht-Kriterien.¹⁷

13 G. Bäcker/R. Bispinck/K. Hofemann/G. Naegele, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2, 3. Aufl., S. 139.

14 Vgl. H.-U. Deppe, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems, Frankfurt/M. 2000, S. 216-226; Bäcker/Bispinck/Hofemann/Naegele, Sozialpolitik, S. 129f.

15 M. Schratzenstaller, Wer bezahlt die Rechnung? Zur Finanzierung des Sozialstaats aus finanzwirtschaftlicher Sicht, in: Zeitschrift für Sozialistische Politik und Wirtschaft, Heft 131/2003, S. 16.

16 Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Memorandum 1982, Quantitatives Wachstum statt Gewinnförderung – Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln 1982.

17 Vgl. H.-J. Bontrup/R. Marquardt, Hartz und die vulgär neoliberale Ideologie des Arbeitsmarktes, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Heft 2/2003, S. 93ff.

Die aktuell geführte Diskussion über die Finanzierung der GKV blendet diese Sicht einer Wirtschaftspolitik dagegen völlig aus. Selbst von der durch den Arbeitsmarkt geprägten Schwäche der Einnahmenseite will der Mainstream neoliberaler Couleur nichts wissen. Im Gegenteil: Hier pocht man auf marktwirtschaftliche Lösungen zur Stabilisierung der Beitragssätze. Dabei ist wissenschaftlich hinlänglich bekannt, dass die „Selbsteilungskräfte des Marktes“ eben nicht für eine optimale Allokation auf den Gesundheitsmärkten sorgen.¹⁸ Daneben will der neoliberale Mainstream die medizinische Versorgung durch eine drastische Beschneidung der Ausgaben in Form von Leistungskürzungen, Unterscheidung in Grund- und Wahlleistungen, Zuzahlungen der Patienten sowie einer Aufhebung der paritätischen Finanzierung immer mehr vom jeweiligen Einkommen und Vermögen der Versicherten abhängig machen und sie damit entsolidarisieren. Das wird im Ergebnis zu einem noch größeren und nachhaltigeren Ausbau der Zweiklassenmedizin führen.

Insbesondere gibt es keinen ökonomischen Grund, die bereits ausgehöhlte paritätische Finanzierung der GKV durch eine weitere Umverteilung zu Gunsten der Arbeitgeber zu pervertieren. Von 1980 bis 2000 ist der Finanzierungsanteil der Unternehmen an den gesamten Sozialleistungen bereits von 33,3 Prozent auf 27,7 Prozent zurückgegangen.¹⁹ Auch der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber an den gesamten Gesundheitsausgaben ging im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1997 von 23,7 Prozent auf 12,7 Prozent zurück, während der Anteil der solidarisch finanzierten GKV im gleichen Zeitraum von 35,5 Prozent auf 46,5 Prozent zulegen.²⁰ Trotzdem werden aus dem Arbeitgeber- und Politiklager immer umfangreichere „Bedrohungsthesen“ in Richtung GKV formuliert. Diese münden fast ausnahmslos in die Klage, dass die in den Lohnnebenkosten enthaltenen Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung viel zu hoch seien. Hierdurch würde die „Deutschland AG“ in ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit bedroht, es käme zu Wachstumsausfällen, Kapitalflucht und damit zu Arbeitsplatzverlusten.

Hierzu ist festzustellen, dass die Bundesrepublik Deutschland, bei extrem hohen positiven Außenbeiträgen - allein 2002 lag der Außenbeitrag an Gütern und Diensten bei 83,8 Mrd. Euro - alles andere als nicht wettbewerbsfähig ist. Eher gefährden wir mit unserer aggressiven Außenwirtschaft die Binnenkonjunktur anderer Länder. Denn was wir exportieren, müssen andere importieren und vor allen Dingen finanzieren. Außerdem sind die Lohnnebenkosten unter Berücksichtigung der Produktivität nicht zu hoch. Die Lohnstückkostenentwicklung, in der neben den direkten Arbeitsentgelten auch alle Lohnnebenkosten enthalten sind, ist stabil bis rückläufig und auch im internationalen Vergleich deutet sich keine Benachteiligung im Wettbewerb an.²¹ Im Durchschnitt der EU stiegen die Lohnstückkosten zwischen 1997 und 2001 um jährlich ein Prozent. Gegenüber diesem Durchschnitt lag Deutschland mit einem Anstieg von lediglich 0,5 Prozent pro Jahr deutlich zurück. Nur in Österreich haben sich die Lohnstückkosten noch etwas geringer entwickelt. Zum Vergleich: In den arbeitsmarktpolitisch vielgelobten Niederlanden stiegen die Lohnstückkosten im gleichen Zeitraum um 2,8 Prozent pro Jahr.²² Die in Deutschland zurückhinkende Lohnentwicklung ist vielmehr ein wesentlicher Grund für die nur schwache und von allen Wirt-

18 Vgl. Hajen/Paetow/Schumacher, Gesundheitsökonomie.

19 Schratzenstaller, Rechnung, S. 17.

20 Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1999, S. 973; Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 2001, S. 226.

21 Vgl. H.-J. Bontrup, Lohn und Gewinn, München/Wien 2000, S. 175-189.

22 Vgl. DIW-Wochenbericht Nr. 1-2/2003.

schaftsexperten beklagte Binnennachfrage. Außerdem ist bei der angeblich nicht mehr zu verantwortenden Kostenbelastung durch Gesundheitsausgaben deren marginale Bedeutung für eine unternehmerische Gesamtkostenfunktion zu beachten. Nach empirischen Erhebungen liegt die aktuelle Beitragsbelastung der Unternehmen durch die GKV exakt bei gerade 1,004 Prozent im Jahr. „Eine zehnprozentige Erhöhung des Beitragssatzes, z. B. von 13,5 Prozent auf 14,85 Prozent (1,35 Prozentpunkte sind dabei deutlich mehr als die Hälfte der Beitragssatzsteigerung von 1980 bis 2000) würde bei voller Überwälzung auf den Preis ein Produkt, das 1.000 Euro kostet, um ein Promille auf 1.001 Euro verteuern.“²³ Bereits allergeringste Produktivitätssteigerungen führen hier zu einer Überkompensation. Auch eine Alternativrechnung für die gesamte deutsche Wirtschaft auf Basis empirischer Daten der Deutschen Bundesbank zeigt,²⁴ dass es im umgekehrten Fall der angestrebten Beitragssatzsenkung um etwa zwei Prozentpunkte auf insgesamt durchschnittlich 13 Prozent nur zu einer marginalen Kostenentlastung der Unternehmen in Höhe von 0,0107 Prozent käme (siehe dazu die folgende Berechnung).

Gesamte Aufwendungen der deutschen Wirtschaft im Jahr 2000	3.509,3 Mrd. EUR
davon Personalaufwendungen inkl. Sozialabgaben	603,6 Mrd. EUR
Prozentanteil an den Gesamtaufwendungen	17,2 %
Personalaufwendungen ohne Sozialabgaben (Beaufschlagungsbasis)	503,0 Mrd. EUR
Bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 15 % für Gesundheitsausgaben (davon 50 % = 7,5 % Arbeitgeberanteil) impliziert dies eine Kostenbelastung von insgesamt	37,7 Mrd. EUR
Bezogen auf die Gesamtaufwendungen ergibt dies den relativen Wert von	1,07%
Eine Beitragssatzabsenkung um 2 Prozentpunkte (Arbeitgeber einen Prozentpunkt) entspricht einer absoluten Kostenentlastung von	0,377 Mrd. EUR
bezogen auf die unternehmerischen Gesamtaufwendungen impliziert dies eine relative Kostenentlastung in Höhe von	0,0107 %

Demnach kann angesichts der geplanten Beitragssatzsenkungen durch die „Gesundheitsreform“ weder von einer Wettbewerbsgefährdung der deutschen Wirtschaft bei den bestehenden Beitragssätzen noch von einem Wettbewerbsvorteil die Rede sein. Dennoch wird zur Stabilisierung des Beitragssatzes die „Stärkung der Eigenverantwortung“ gefordert, durch die man sich mehr „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ und eine „Entlastung der Solidargemeinschaft“ verspricht. Hinzu kommt nun auch noch eine verstärkte Aufhebung der paritätischen Finanzierung in der GKV.

Alternativen

Von einer nicht tragfähigen gesellschaftlichen Belastung mit Gesundheitsleistungen kann in Deutschland nicht gesprochen werden. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP ist seit Jahrzehnten relativ konstant. Hält man dagegen die gestiegenen Beitragssätze in der GKV

23 H. Kühn, Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung, Berlin 2001, S. 6.

24 Vgl. Deutsche Bundesbank (Hrsg.), Monatsbericht April 2000, S. 38.

für zu hoch, so sollte man sich in erster Linie um eine Vollbeschäftigungspolitik und um eine Ausschöpfung des verteilungsneutralen Spielraums in den Tarifverhandlungen bemühen. Dies würde die Einnahmenseite stärken und damit die Beitragssätze senken. Niemand würde über eine Krise im Gesundheitswesen klagen, was übrigens auch für die anderen Sozialversicherungen zutrifft. Da aber das marktwirtschaftlich-kapitalistische System zu einer krisenfreien, zumindest Vollbeschäftigung garantierenden Wirtschaft (autonom, d.h. aus sich heraus) offensichtlich nicht fähig ist, muss der Staat als gesellschaftlicher Überbau intervenieren und sich permanent verschulden. Dies ist seit den Ausführungen von John Maynard Keynes aus dem Jahr 1936 im Grunde ökonomisches Basiswissen²⁵, wenn auch der politische und ökonomische Zeitgeist dies mit seiner neoliberalen Angebotsökonomie ständig zu negieren versucht. Der bekannte amerikanische Ökonom Paul Krugman stellt dazu treffend fest: „Die Angebotsideologie hat daher durchaus etwas von einem afrikanischen Virus, welches man in den besiedelten Gebieten schon hundert Mal ausgerottet hat, das aber draußen im Busch nach wie vor auf neue Opfer lauert.“²⁶ Mit Angebotsökonomie versucht auch die vorgelegte „Gesundheitsreform“ eine vermeintliche Krise am deutschen Gesundheitsmarkt zu bekämpfen. Dies wird aber nicht gelingen, sondern weitere ökonomische und auch soziale Fehlentwicklungen fördern. Not täte dagegen, ein Ausbau des solidarisch und paritätisch finanzierten Gesundheitswesens. Dazu muss dringendst das Modell einer „Bürgerversicherung“ zur nachhaltigen Ausweitung der bisherigen Finanzierungsbasis umgesetzt werden, auch wenn FDP-Chef Westerwelle das Modell in demagogischer und populistischer Art und Weise für „Sozialismus in Scheibchen“ hält.²⁷ Innerhalb der „Bürgerversicherung“ muss es zu einer Anhebung der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze kommen. Die Höhe der jährlich dynamisch angepassten Bemessungsgrenze entspricht nur 75 Prozent der Bemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Das jetzige System limitiert somit bis zu dieser Grenze die Einkommensproportionalität der Beitragszahlungen. „Für darüber hinausgehende Einkommensanteile begrenzt sie aber die absolute Belastung des Einzelnen. Insofern ist die Beitragsbemessungsgrenze ein Residual des Äquivalenzprinzips in der GKV. Bei entsprechend hohem Einkommen kommt es sogar zu regressiven Verteilungswirkungen durch die Beitragsbemessungsgrenze, d.h. der effektive Beitragssatz sinkt mit steigendem Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze.“²⁸

Eine strikte Absage bei der Finanzierung ist dagegen der von der Rürup-Kommission in die Diskussion gebrachte „Kopfprämie“ zu erteilen. Demnach soll jeder Bürger, ob erwerbstätig oder nicht, eine einheitliche Kopfpauschale zahlen. Die Höhe des Einkommens spielt dabei keine Rolle mehr. Die Einheitsprämie für alle Versicherten bedeutet, dass der Anteil für Gesundheitsausgaben bei sinkendem Einkommen überproportional ansteigt. Außerdem würde die Finanzierungsparität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern abgeschafft. Aufgrund eines steuerfinanzierten sozialen Ausgleichs von mindestens 20 bis 25 Mrd. Euro wird das „Kopfprämienmodell“ aber wohl nur Theorie bleiben. Geht es auch im Gesundheitswesen um eine neoliberal intendierte Umverteilung von unten nach oben? Die vorgelegte „Reform“ legt diesen Verdacht nahe. Zu hoffen bleibt, dass sich letztlich jene durchsetzen werden, die die Einführung einer „Bürgerversicherung“ fordern. Viel Zeit bleibt dafür allerdings nicht mehr.

25 Vgl. J. M. Keynes, *The General Theory of Employment, Interest and Money*, London 1936.

26 P. Krugman, *Schmalspur-Ökonomie. Die 27 populärsten Irrtümer über Wirtschaft*, München 2002, S. 57.

27 Vgl. dazu ausführlich: H.-J. Bontrup, *Solidarische Finanzierung von Gesundheitsausgaben*, in: H. Paetow/M. Fiedler/M. Leonhardt (Hrsg.), *Therapien für ein krankes Gesundheitswesen*, Hamburg 2002, S. 90ff.

28 Wissenschaftliches Institut der AOK (Hrsg.), *Finanzierung und Leistungen*, S. 43.