

Generationengerechtes Gesundheits- und Pflegesystem in Deutschland

Von Stefan Sell

Vorbemerkung: „Generationengerechtigkeit“ – eine Kategorie auch für die Sozialpolitik?

Wenn man berücksichtigt, dass der Begriff der „Generationengerechtigkeit“ ursprünglich aus dem Umweltbereich stammt und hier vor allem auf die Rechte der nachwachsenden Generationen abstellt, dann muss die Frage aufgeworfen werden, was mit dem Begriff in der Sozialpolitik dargestellt werden soll. Geht es hinsichtlich der Nutzung bzw. Ausbeutung der natürlichen Ressourcen ganz offensichtlich um eine Schutzfunktionalität durch eine (auch gesetzgeberische) Operationalisierung von Generationengerechtigkeit für die (noch nicht geborenen) Nachkommen, so würde dies im einfachen Falle einer Übertragung bedeuten, dass die Inanspruchnahme der gegenwärtigen sozialen Sicherungssysteme nicht zu einer intergenerationellen Schieflage führen darf, dass also die heute Jungen nicht in einer ausschließlichen Nettozahlerposition über ihre Lebensspanne hinweg betrachtet eingemauert werden dürfen, während die heute Älteren „hohe“ Renditen aus den sozialen Sicherungssystemen herausholen.

Und genau das wird im Bereich der sozialen Sicherungssysteme in der gegenwärtigen Diskussion adressiert. Am offensichtlichsten ist diese Ausrichtung im Bereich der Alterssicherung, wo unter Bezugnahme auf die Methode der Generationenbilanzierung behauptet wird, dass die heute älteren Menschen „am meisten“ aus der umlagefinanzierten Rentenversicherung herausholen können im Sinne einer hohen „Rendite“ der früher eingezahlten Beiträge, während der Großteil der heute einzahlenden Erwerbstätigen deutlich mehr einzahlen muss als sie jemals wieder herausholen kann. Die „Alten“ als Gewinner und die „Jungen“ als Verlierer – das ist die vereinfachte und plakative Zusammenfassung des Diskurses über die Konfiguration unseres Alterssicherungssystems.

In die gleiche Richtung bewegt sich die Diskussion über die Gesundheits- und Pflegepolitik. Auch hier wird vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung unterstellt, dass die „Alten“ aus dem derzeitigen System „Gewinne“ herausziehen können, während bereits die heute erwerbsaktiven Beitragszahler fallende Renditen zu erwarten haben.

Hinter allem steht die Vorstellung vom „Generationenvertrag“ als mehr oder weniger offen gelegtes Fundament des deutschen Sozial(versicherungs)staates. Dabei wird dieser Generationenvertrag in der öffentlichen Diskussion oft verkürzt auf die Beziehung zwischen der „aktiven“ und der nicht mehr aktiven Bevölkerung im Sinne einer Gegenüberstellung der Erwerbstätigen und der Rentner bzw. Pensionäre. Dies ist unzulässig, denn korrekterweise handelt es sich um einen dreiseitigen Generationenvertrag zwischen den Jungen, den mittleren (erwerbsaktiven) Jahrgängen und den Älteren. Denn die erwerbsaktive Bevölkerung hat nicht nur die Versorgung der Älteren sicherzustellen, sondern zugleich auch für die Kinder und Jugendlichen Leistungen für ein möglichst gelungenes Aufwachsen zu erbringen. Zusätzlich verkompliziert wird die Angelegenheit durch die Tatsache, dass auch intragenerational die (im Prinzip) erwerbsaktive mittlere Bevölkerungsgruppe Versorgungslasten zu tragen hat – für alle diejenigen, die nicht selbst erwerbsaktiv sind oder sein dürfen.

Bereits diese Andeutungen mögen genügen, um zu verdeutlichen, dass der ganze Diskurs über „Generationengerechtigkeit“ bereits hinsichtlich seiner Grundlagen höchst problematisch ist: Gibt es eigentlich eine adäquate und zielgenaue Abgrenzung der Generationen und darauf aufbauend sind die Unterschiede zwischen diesen wie auch immer abgegrenzten Generationen (intergenerational) deutlich größer als die Unterschiede innerhalb der Generationen (intragenerational) oder gar die Unterschiede zwischen den Individuen unbeschadet ihrer Generationszuordnung (interindividuelle Unterschiede)? Das Auseinanderhalten dieser unterschiedlichen Ebenen ist von entscheidender Bedeutung bei der Bewertung von Strukturen oder Maßnahmen nach Kategorien der Generationengerechtigkeit, denn möglicherweise wird etwas als „nicht generationengerecht“ typisiert, was aber faktisch auf andere Ebenen wie z.B. die unterschiedliche Verteilung von Einkommen und Vermögen zwischen verschiedenen Personen verweist.

Letztendlich geht es bei der Diskussion über „Generationengerechtigkeit“ im System der sozialen Sicherung um die Frage, wie mit den Auswirkungen der absehbaren demografischen Entwicklung umgegangen werden soll. Es geht um die – gerade für das Gesundheits- und Pflegesystem hoch relevante - Problematik der „doppelten Alterung“ der Bevölkerung. Damit ist gemeint, dass zum einen der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung kontinuierlich zunimmt und sich die Relation zwischen der erwerbsfähigen Bevölkerung und den älteren Menschen entsprechend verschiebt, zum anderen erhöht sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung im Zusammenspiel mit

der steigenden Lebenserwartung. Dies hat vielfältige Auswirkungen auf die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme – aber nicht nur auf diese, wie noch zu zeigen sein wird.

1. Gegenwärtiger Stand des Gesundheits- und Pflegesystems in Deutschland

Die Versorgung der Menschen mit Gesundheits- und Pflegeleistungen in Deutschland basiert zentral auf der sozialversicherungsförmigen Absicherung des größten Teils der Bevölkerung. Kranken- und Pflegeversicherung erreichen gut 90% der Bevölkerung, etwa 10% sind über private Versicherungslösungen – teilweise in Kombination mit Beihilfeansprüchen wie bei den Beamten - abgesichert.

Mit 153 Mrd. € im Jahr 2003 entfielen auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung 22% des gesamten deutschen Sozialbudgets von 694 Mrd. €. Dies zeigt die besondere Bedeutung dieses Bereichs der sozialen Sicherung – wenn man weiterhin berücksichtigt, dass mehr als 222 Mrd. € für die Rentenversicherung ausgegeben wurden, dann verdeutlicht das Gewicht von 54% des gesamten Sozialbudgets, die auf Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung entfallen, dass eine Reform der sozialen Sicherungssysteme unbedingt an den beiden Stellschrauben Alterssicherung und Gesundheit ansetzen muss, um nennenswerte Wirkungen zu entfalten. (*Siehe auch Text: Generationengerechte Alterssicherung von Thomas Ebert in der OnlineAkademie.*)

Die Leistungsspektren der gesetzlichen Kranken- und der Pflegeversicherung sind gesetzgeberisch zu 95% über das SGB V bzw. XI vorgegeben. Den Krankenversicherungsunternehmen verbleiben nur sehr wenig Freiheitsgrade einer spezifischen Ausgestaltung von Leistungsangeboten.

Das ökonomische Gewicht, die Potenziale und Grenzen der Gesundheitswirtschaft

Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2002 entfallen über 11% des Bruttoinlandsproduktes auf gesundheitsbezogene Güter und Dienstleistungen. Am Jahresende 2002 waren 4,2 Millionen Personen im Gesundheitswesen tätig – das sind fast 11% aller Beschäftigten in Deutschland. Zum Vergleich: Die Automobilindustrie als Vorzeigebranche eines Landes, beschäftigte im vergangenen Jahr gerade einmal 800.000 Menschen.

Dabei sind diese „amtlichen“ Zahlen nur eine erste Annäherung an eine Branche, deren wirtschaftliches Gewicht noch weitaus größer ist. Denn an den Arbeitsplätzen in der eigentlichen Gesund-

heitswirtschaft hängen noch mal weitere Arbeitsplätze in den vor- und nebengelagerten Bereichen, die man mitberücksichtigen müsste, um ein realistisches Bild zu zeichnen.

Und als ob das heute bereits gegebene Gewicht der Gesundheitswirtschaft nicht schon beeindruckend genug ist – kaum ein Wirtschaftszweig wird so häufig namentlich aufgerufen, wenn es um Beispiele für Wachstumsfelder der Zukunft geht – also die Bereiche, in denen man sich die so dringend benötigten neuen und zusätzlichen Arbeitsplätze vorstellt. (*Siehe auch Text: Senioren- und Gesundheitswirtschaft – Chancen des demographischen Wandels von Karin Scharfenorth in der OnlineAkademie.*) Zumindest der Blick zurück scheint diese Einschätzung auch zu fundieren: Betrachtet man den Zeitraum von 1976 bis 2002, dann hat sich die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland um 17% erhöht. Die Zahl der Erwerbstätigen im Gesundheitswesen – also dem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft – stieg hingegen um 207%. Und die derzeit immer wieder zitierten Szenarien der weiteren Entwicklung sind bis auf wenige Ausnahmen überaus positiv:

- Die Zahl der neuen Arbeitsplätze könnte bundesweit bis 2015 um 400.000 bis 900.000 zunehmen, so die überschlägige Kalkulation von Josef Hilbert vom Institut Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen auf der Basis von Berechnungen für Nordrhein-Westfalen. 50% des möglichen Anstiegs der Beschäftigtenzahlen entfallen in seinem Szenario auf Altenhilfe und Altenpflege. Das Prognos-Institut rechnet bis 2020 mit rund 700.000 neuen Stellen im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen – und behauptet sogar, dass diese Größenordnung unabhängig sei von den politischen Rahmenbedingungen, denn wenn die öffentlichen Mittel für Gesundheitsleistungen nicht ausreichen, wird mehr aus privaten Mitteln finanziert werden.

Dennoch hat eine skeptische Einschätzung der Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens durchaus ihre gute Begründung, wenn die Skepsis getragen wird von einer nüchternen Analyse der Gesundheitspolitik der letzten 30 Jahre. Wenn man nach dem „roten Faden“ der illustren gesetzgeberischen Interventionen in das System der Krankenversorgung (und auf das reduziert sich ja eigentlich das, was wir etwas euphemistisch mit „Gesundheitsversorgung“ titulieren) sucht, dann findet man diesen in zwei Hauptsträngen der Gesundheitspolitik:

- Zum einen kreist die Debatte um die Frage, wie man Einsparungen im Gesundheitswesen realisieren kann, um auf diesem Weg den Anstieg der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit die Belastung des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit begrenzen und verringern zu können. De facto sind die über diverse gesetzgeberische Inter-

ventionen - in Verbindung mit den Steuerungsversuchen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen - erzielten (scheinbaren) Ausgabendämpfungen in der Regel lediglich Verschiebungen der Belastungsprofile zuungunsten der privaten Haushalte, in dem die Zuzahlungen ausgeweitet bzw. ganze Leistungsbereiche aus der bisherigen GKV-förmigen Absicherung herausgenommen werden. Prominentestes Beispiel für diese Entwicklung sind die Maßnahmen der jüngsten „Gesundheitsreform“ aus dem Jahr 2003. Letztendlich ist die Geschichte der gesundheitspolitischen Gesetzgebung seit Mitte der 1970er Jahre in weiten Teilen vergleichbar mit einer Art „Don Quichoterie“ gegen unausgeglichene Haushalte des parafiskalischen Krankenversicherungssystems und der mit der Lohnbezogenheit der Beitragserhebung verbundenen Belastung des Faktors sozialversicherungspflichtige Arbeit. Die umfänglichen Kostendämpfungsaktivitäten seit Mitte der 1970er Jahre haben im wesentlichen den kontinuierlichen Anstieg der Beitragssätze dergestalt beeinflusst, dass es eine Art „Bremseffekt“ gegeben hat und gibt, der den Anstieg „treppenförmig“ modifiziert, den langfristigen Trend aber nicht beeinflussen kann. Insofern haben die Maßnahmen in ihrer Gesamtheit sicherlich dazu beigetragen, dass die Entwicklung der Beitragssätze nicht noch schlimmer verlaufen ist, dies allerdings auf Kosten einer im Einzelfall immer diskussionswürdigen Belastungsumverteilung auf die Versicherten bzw. Patienten, die wenig transparent ist und die wahren Kosten der Absicherung des Krankheitsrisikos eher verschleiert. Zugleich impliziert aber die Fixierung auf das Ziel der „Beitragssatzstabilität“ innerhalb des gesundheitspolitischen Referenzrahmens (auch wenn die Beitragssatzentwicklung möglicherweise eher von externen Faktoren wie der Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungs- und Lohnstrukturen, der Arbeitsproduktivität oder dem Anbieterverhalten auf den Gesundheitsmärkten abhängig ist), dass die Maßnahmen wie ein Pawlowscher Reflex in Stellung gebracht werden müssen, wenn es zu einem Defizit im Haushalt des GKV-Systems kommt. Insofern kann man durchaus von einem „Gefangenendilemma“ der Akteure einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ sprechen.

- So ist es eigentlich nicht überraschend, dass in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion neben der konkreten Frage der Einsparungen im zweiten Hauptstrang die Frage nach einer neuen Finanzierungssystematik gestellt wird, um das ganze Handlungsfeld mittel- und langfristige (oder wie es heute modern heißt: nachhaltig) finanzieren zu können. Allerdings hat sich dieser Strang dahingehend verengt, dass es gegenwärtig auf den ersten Blick nur die Alternative zwischen einer „Bürgerversicherung“ oder einem „(Kopf-)Prämienmodell“ zu geben scheint.

Seien wir doch an dieser Stelle ehrlich – die bisherige „Gesundheitspolitik“ ist im Kern lediglich eine besondere Ausprägung von defensiver Sozialversicherungspolitik in Zeiten schwindender monetärer Freiheitsgrade. Das Budget ist dann nur der konsequente Ausdruck einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik.

Ursache für diese unbefriedigende Entwicklung ist die gegenwärtige Finanzierungsarchitektur des Gesundheits- und Pflegesystems. Betrachten wir im Folgenden die beiden Bereiche getrennt:

Zur Finanzierungsproblematik des bestehenden Gesundheitssystems

Immer wieder taucht im gesundheitspolitischen Diskurs die Aussage auf, wir hätten es mit einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen zu tun, die nur durch harte Einschnitte in den Leistungskatalog und/oder durch die Privatisierung bislang solidarisch abgesicherter Risiken bewältigt werden könne.

Abbildung 1: „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen?

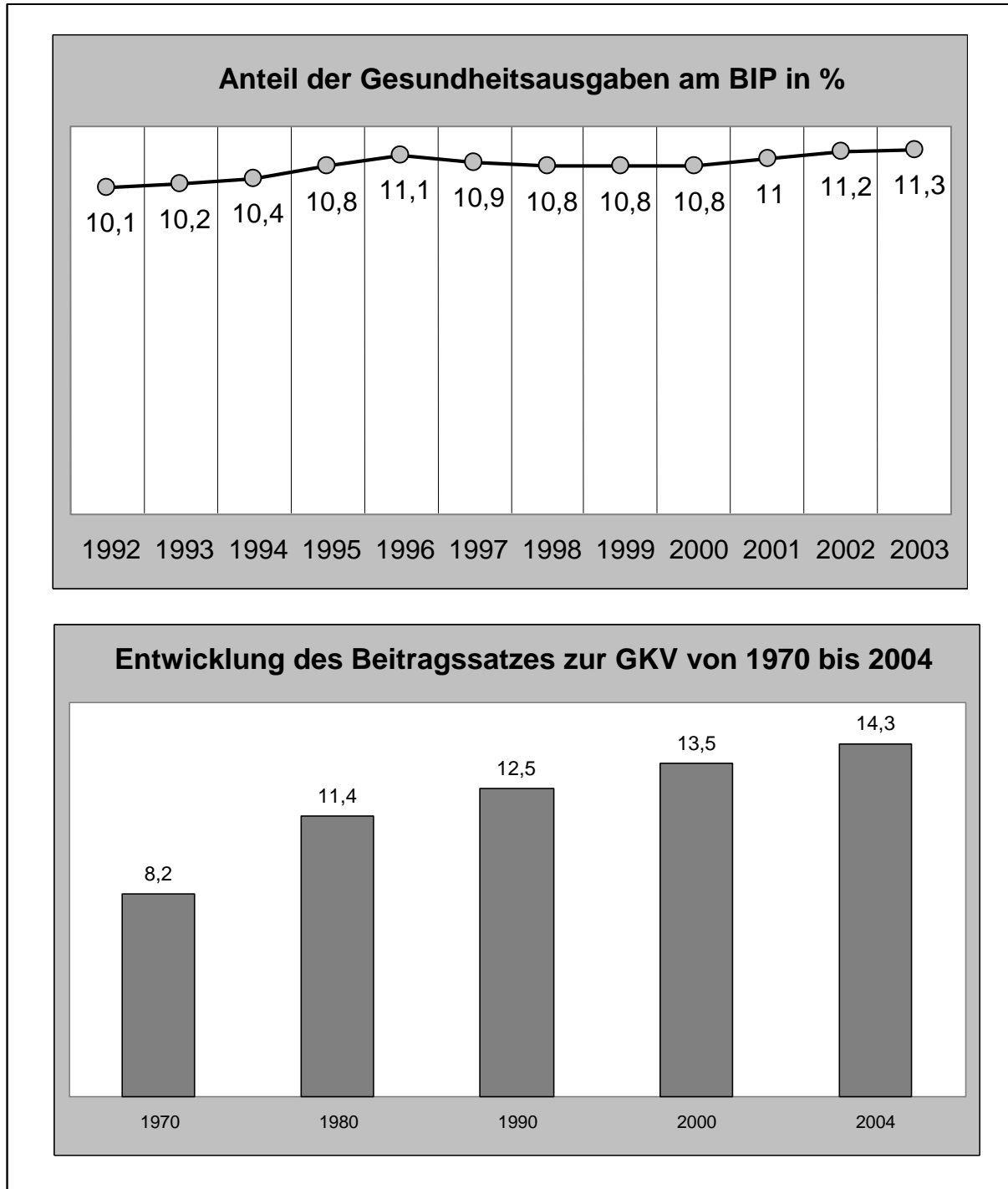


Abbildung 1 verdeutlicht, dass man auf der Grundlage des Anteils der Gesundheitsausgaben an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung, dem Bruttoinlandsprodukt, keinesfalls von einer „Kosten-

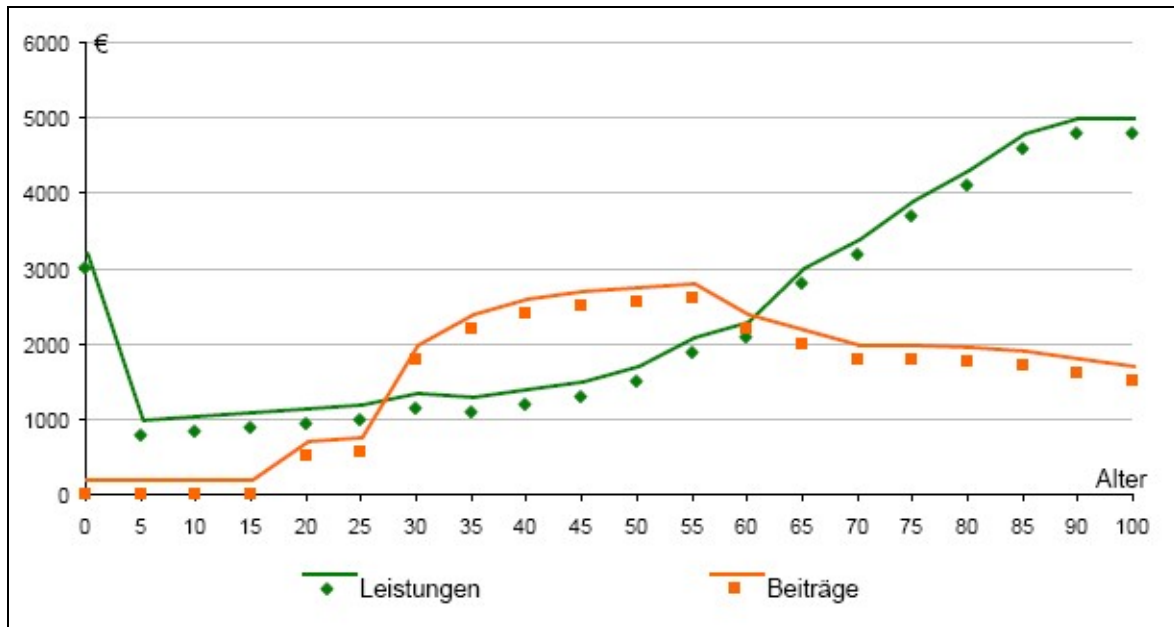
explosion“ sprechen kann. Der leichte Anstieg des Anteils in den zurückliegenden Jahren ist angesichts des bereits heute wirksamen demografischen Wandels sowie des enormen medizinisch-technischen Fortschritts sogar mehr als moderat.

Die Abbildung zeigt aber auch, dass der Anstieg der Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung das eigentliche Problem darstellt, denn die Beiträge an die GKV sind Bestandteil der so genannten „Lohnnebenkosten“ und deren Anstieg in den vergangenen Jahren wird als eine wichtige Ursache für die schlechte Beschäftigungsperformance in Deutschland herausgestellt. Das Prinzip der „Beitragssatzstabilität“ als oberstes „gesundheitspolitische“ Ziel ist sogar im § 71 SGB V verankert worden. Dort wird beispielsweise der Anstieg der Vergütungen für die medizinische Behandlung in Krankenhäusern oder bei niedergelassenen Ärzten gebunden an die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen. Dies bedeutet beispielsweise für das Jahr 2005, dass das Vergütungsvolumen für die Krankenhäuser nur um 0,38% angehoben werden durfte entsprechend der Steigerung der so genannten Grundlohnsumme. Allein schon vor dem Hintergrund der Preissteigerungsrate bedeutet dies natürlich in praxi eine reale Kürzung des Budgets für Krankenhausleistungen. Wenn man dann noch bedenkt, dass über 70% der Gesamtkosten eines Krankenhauses auf Personalkosten entfallen und dass die Tariflohnsteigerungen (plus steigenden Sozialversicherungsabgaben) deutlich höher lagen, dann wird erkennbar und verständlich, dass sich viele Einrichtungen des Gesundheitswesens im Zangengriff von Budgetierung und Kostendruck befinden, der für viele nicht auf Dauer auszuhalten ist. So gehen beispielsweise neuere Schätzungen davon aus, dass von den 2.100 Krankenhäusern etwa 25% schließen müssen, bereits ein Drittel aller Kliniken schreibt rote Zahlen.

Was ist die Ursache für diese irritierende Spirale der Kostendämpfungs- und –verlagerungsgesetze in der Krankenversicherung? Sie findet sich in den Konstruktionsprinzipien der umlagefinanzierten Krankenversicherung.

Eigentlich folgt die Finanzierung der Krankenversicherung durchaus dem Modell des Generationenvertrages. Eine lebenszyklusbezogene Betrachtung des Beitrags- und Ausgabenverlaufes kann dies verdeutlichen.

Abbildung 2: Beiträge und Leistungen nach Altersjährgängen 2001



Quelle: Fetzer/Raffelhüschchen 2005

Die schematisierende Abbildung zeichnet im Prinzip einen fast schon idealtypischen Verlauf des Drei-Generationenvertrages innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung nach. Die Jahrgänge zwischen Mitte 25 bis Anfang 60 sind die Nettozahler im Gesamtsystem und aus den dort erwirtschafteten Beitragsüberschüssen müssen eben nicht nur die höheren Leistungsausgaben für die über 60-Jährigen, sondern auch die Leistungen für die Jüngeren gegenfinanziert werden. Aus einer Lebensverlaufsperspektive bedeutet dies aber eben auch: Jeder derzeitige Nettozahler war bereits als jüngerer Mensch Nettoempfänger des solidarischen Systems und wird es als Älterer auch wieder werden. Stellen wir uns einmal fiktiv vor, die Person bleibt ihr Leben lang in der gleichen Krankenkasse versichert, dann wird deutlich, dass man in diesem Zusammenhang tatsächlich von einem funktionierenden Drei-Generationenvertrag sprechen kann.

Die tatsächliche Realisation dieses Drei-Generationenvertrages hängt nun allerdings von verschiedenen Symmetriebedingungen ab:

- Als wichtigste Voraussetzung: Die Relation der – tatsächlich auch Beitrag zahlenden – Personen in der Altersgruppe zwischen 25 und 60 zu den älteren Nettoempfängern aus der GKV darf nicht zu stark zuungunsten der Nettozahler verzerrt sein. Aber genau dies ist eine Konsequenz der demografischen Entwicklung mit der absoluten und relativen Zunahme der Älteren.

- Hinzu kommt: Von den Personen in der Altersgruppe zwischen 25 und 60 müssen auch möglichst viele die in der Abbildung skizzierte Beitragsstruktur aufweisen. Aber genau dies ist aus mehreren Gründen seit Jahren bereits aus dem Ruder gelaufen. Die wichtigsten Einschlüsse hat es durch die seit Mitte der 1970er Jahre sich verfestigende Massenarbeitslosigkeit gegeben, die natürlich unmittelbar und massiv zu Beitragsausfällen in der Krankenversicherung geführt hat und führt. Aber auch die beitragsfreie Familienmitversicherung für Erwachsene hat entsprechende Beitragsausfälle zur Folge. Gleichzeitig hat sich die Zahl der Personen, die aus Ausbildungsgründen wie einem Hochschulstudium z.B. erst gegen Ende 20 dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, deutlich erhöht. Die Beitragskurve unterstellt einen virtuellen Beitragszahler im Sinne des durchschnittlichen Beitrages. Wenn allerdings die Zahl der Beschäftigten zunimmt, die – wie viele Frauen – nur Teilzeit arbeiten und/oder ein geringeres Verdienstniveau haben, dann macht sich dies natürlich in einer Niveauabsenkung bei der Beitragshöhe bemerkbar.

Allein diese Beispiele mögen verdeutlicht haben, dass gerade das Niveau der Beitragskurve bei den Nettozahlern im System eine entscheidende Schwachstelle -und daraus resultierend eben auch eine notwendige Stellschraube - darstellt.

- Wir haben es seit einiger Zeit mit einem „doppelten Kontraktionsprozess“ der Nettozahlerposition zu tun: Zum einen nimmt mit der steigenden Arbeitslosigkeit die Anzahl der nicht oder eben nur in geringem Umfang Beiträge zahlenden Personen deutlich zu, zum anderen steigt die Teilzeitquote (mit entsprechend niedrigeren Beiträgen bei vollem Leistungsanspruch) wie auch die – sogar staatlich geförderte – Inanspruchnahme der geringfügigen Beschäftigung, die ebenfalls zu Beitragsausfällen führt.
- Hinzu kommt die „doppelt begrenzte“ Beitragsbemessungsgrundlage: Einerseits werden ausschließlich sozialversicherungspflichtige Erwerbseinkommen zur Finanzierung der GKV herangezogen, zum anderen gibt es mit derzeit 3.488 € eine Beitragsbemessungsgrenze, bei deren Überschreiten jeder zusätzliche Euro nicht mehr zur GKV-Finanzierung herangezogen wird. Wenn nun aber Löhne auch real gesenkt werden wie in den vergangenen Jahren, dann betrifft dies ganz überwiegend Personen, die mit ihrem Einkommen voll verbeitragt werden, während die „besseren Risiken“ Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze haben und sich dort positive Lohnentwicklungen nicht entsprechend bei den Finanzen der Krankenkassen abbilden.

- Neben der Beitragsbemessungsgrenze gibt es zudem die Versicherungspflichtgrenze in Höhe von derzeit 3.825 € bei deren Überschreiten man die Möglichkeit hat, entweder der GKV weiterhin als freiwilliges Mitglied anzugehören oder aber die GKV zu verlassen und in die Private Krankenversicherung zu wechseln. Diese Personen tragen dann aber nicht mehr zur Umverteilung innerhalb der GKV zwischen Nettozahlern und Nettoempfängern bei – und häufig geht es hierbei um die versicherungstechnisch „guten Risiken“.

Fazit: Die gegenwärtig fixierten Beitragsgrundlagen für die Krankenkassen schrumpfen und gleichzeitig steigen die Ausgaben für die (wachsende Gruppe der) Älteren.

Abbildung 3: Steigende Ausgaben durch die Rentner

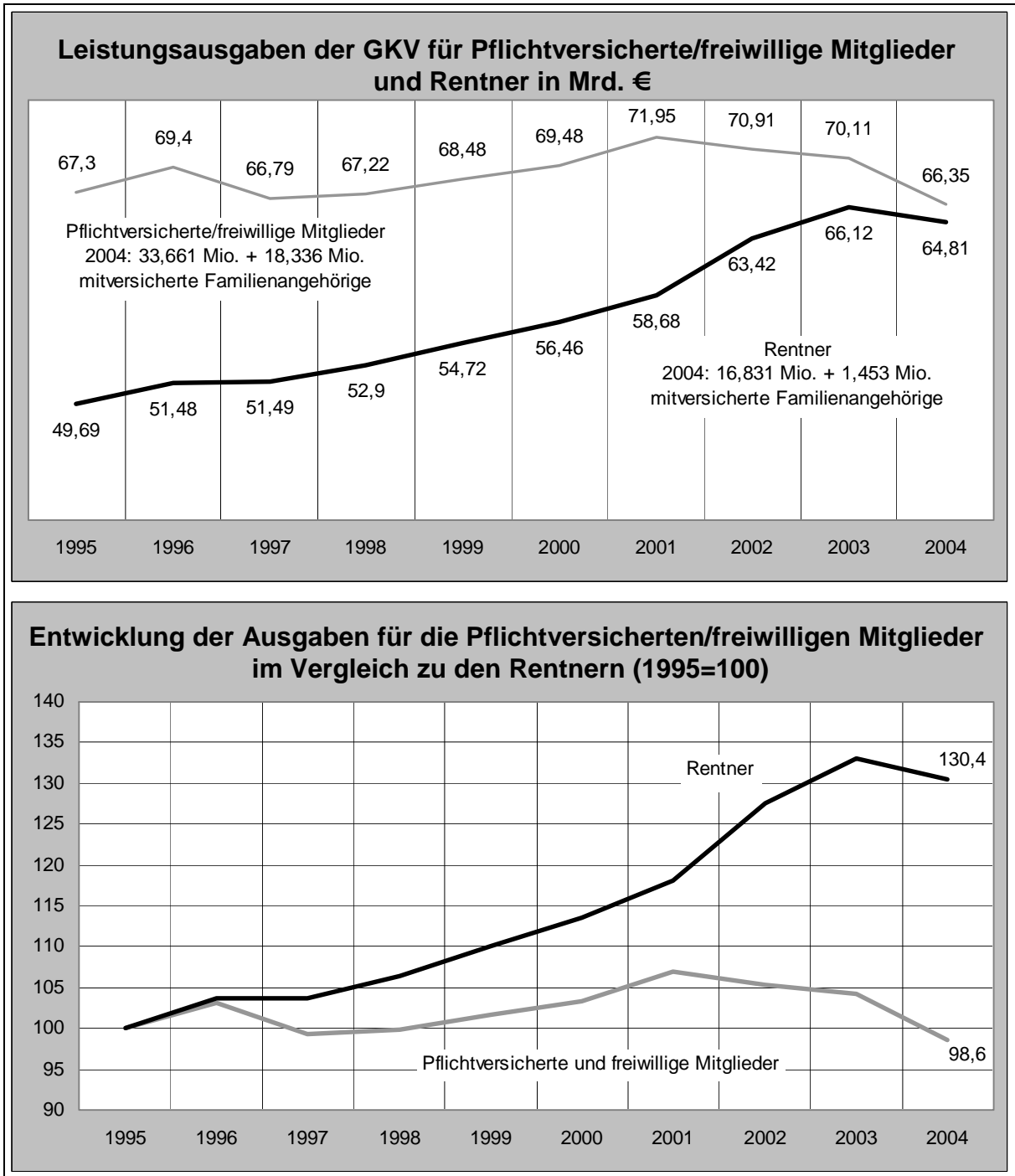


Abbildung 4: Die gegenwärtige Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland

2,04 Mio. Pflegebedürftige		
⇩		⇩
1,44 Mio. Pflegebedürftige (70%) zuhause		604.000 Pflegebedürftige (30%) in Heimen
⇩	⇩	⇩
1,00 Mio. ausschließlich durch Angehörige versorgt	435.000 durch 10.590 Pflegedienste mit 189.000 Beschäftigten	in 9.165 Pflegeheimen mit 475.000 Beschäftigten

* Gemeint sind hier die Pflegebedürftigen nach der Abgrenzung des SGB XI die Zahl der Hilfe- und Pflegebedürftige unterhalb der Schwelle des SGB XI liegt bei etwa 2,5 Mio.

... und die Pflegeversicherung?

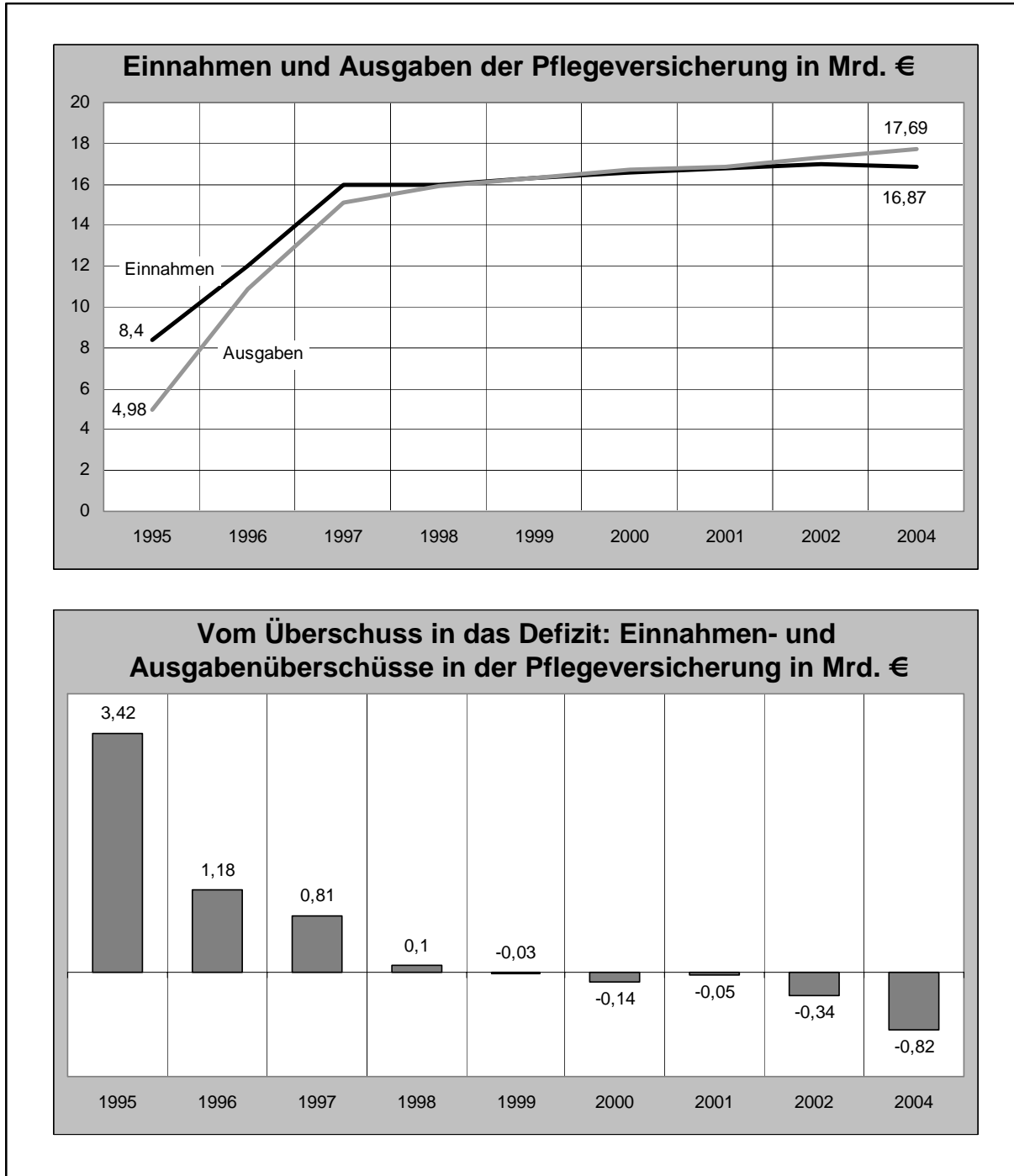
Die Pflegeversicherung ist der jüngste Zweig des sozialen Sicherungssystems klassischer Prägung. Erst 1995 erblickte sie nach langen Auseinandersetzungen das Licht der Welt. Bereits damals wurde davor gewarnt, die Pflegeversicherung nach dem Konzept der umlagefinanzierten Sozialversicherungen auszugestalten. Die einen plädierten dafür, ein steuerfinanziertes und bedürftigkeitsabhängiges Leistungsgesetz zu schaffen, während die anderen Kritiker auf eine Absicherung des Pflegefallrisikos nach den normalen Operationsmodi der kapitalgedeckten Privatversicherung verwiesen.

Die Pflegeversicherung begann im Jahr 1995 mit der Beitragserhebung, allerdings mit einem zeitversetzten Beginn der Leistungsgewährung vor allem für die stationäre Pflege. Dadurch war es möglich, gerade in der Anfangszeit ein „Sparpolster“ aus den laufenden Beiträgen zu bilden, aus dem die eigentlich seit 1998/99 im Minusbereich befindlichen Pflegekassen entlastet werden (vgl. Abbildung 5).

Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an der Einstufung der Pflegebedürftigen in eine von drei Pflegestufen und können für ambulante und stationäre Pflegeleistungen gewährt werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Feststellung einiger Besonderheiten der Pflegeversicherung:

- Bei der Pflegeversicherung handelt es sich um eine Teilkaskoversicherung. Ihre Leistungen decken nur einen Teil des Pflegebedarfs ab und anders als die nach dem Bedarfsprinzip operierende Krankenversicherung gilt hier das Budgetprinzip.
- Der Beitragssatz ist für alle Pflegekassen gesetzlich einheitlich vorgeschrieben – anders als in der Krankenversicherung, wo es einen Beitragssatzwettbewerb gibt.
- Die gewährten Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 nicht dynamisiert worden. Dadurch kommt es Jahr für Jahr zu einem schleichenden Realwertverlust der Leistungen.
- Die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen sind stark auf einen körperlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff verengt und pflegerische Anforderungen aus der Versorgung von Demenzkranken können auch nicht annähernd abgebildet werden.
- Die Leistungsunterschiede zwischen ambulanter und stationärer Pflege können einen Heimsogeffekt auslösen.
- Die starre Regelung mit den drei Pflegestufen (und daran gekoppelt höheren Leistungen) führt dazu, dass Rehabilitation sich „nicht lohnt“, denn würde man einen Pflegebedürftigen von Pflegestufe II in die Stufe I zurück holen, dann würde man geringere Leistungen aus der Pflegekasse bekommen.

Abbildung 5: Zur Finanzentwicklung der Pflegeversicherung



2. Die Herausforderungen des Gesundheits- und Pflegesystems durch die demografische Entwicklung

Für das hier relevante Thema sind trotz aller berechtigten Skepsis gegenüber Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung über Zeiträume von 30 bis 50 Jahren primär zwei relativ sichere Faktoren relevant: Zum einen die insgesamt steigende absolute Zahl an Älteren und damit verbunden die deutlich steigende Zahl an Hochbetagten (so nennt die Gerontologie die über 80-Jährigen). Denn – so die unmittelbar auch plausible These – dies wird zu einem Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führen und mithin zusätzliches Wachstum(spotenzial) in der Gesundheitswirtschaft generieren. Auf einer zweiten Ebene ist dann natürlich auch aus heutiger Sicht die steigende Anteil der Älteren an der Bevölkerung hoch relevant, wenn diese Personen nicht mehr oder nur noch deutlich eingeschränkt zur Finanzierung der umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme beitragen (können). Dies verweist auf die gesamte Finanzierungsdebatte der vergangenen Jahre.

- Heute leben 3,2 Millionen Menschen in einem Alter von über 80 Jahren in Deutschland, das sind knapp 4% der Bevölkerung; 2050 werden es etwa 9,1 Millionen oder 12% der Bevölkerung sein. Steigt die Lebenserwartung noch stärker an, dann könnten es 9,9 Millionen Menschen in diesem Altersabschnitt sein (13% der Bevölkerung). Diese Gruppe wurde deshalb hier exemplarisch herausgegriffen, weil in diesem Alter die Pflegebedürftigkeit deutlich ansteigt.

Hinsichtlich der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stellt sich also eine doppelte Herausforderung: Zum einen wird durch die zunehmende absolute Zahl an älteren Menschen die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens steigen. Hinzu kommt die stark ansteigende Zahl an Hochbetagten, die nochmals eigenständige Inanspruchnahmeprofile aufweisen, hierbei vor allem im Bereich der Pflege, aber auch im Bereich der gerontomedizinischen und –psychiatrischen Angebote.

Die Prognose einer steigenden Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen ist unstrittig – ungeachtet der differenzierten Diskussion über den Morbiditätsverlauf im Alter, der von Anhängern der Kompressions- und der Medikalisierungsthese unterschiedlich eingeschätzt wird.

- Die Medikalisierungsthese oder Expansionsthese behauptet, dass die gewonnenen Lebensjahre nicht in Gesundheit, sondern in Krankheit verbracht werden. Eine abnehmende Mortalität wird mit einer (altersbedingt) zunehmenden Morbidität kombiniert. Wenn sich dann noch die durchschnittliche Morbidität der Bevölkerung aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und

seiner lebensverlängernden Wirkung verschlechtert („Sisyphus-Syndrom“), kommt es zu einer Versteilerung der altersabhängigen Ausgabenprofile und man muss mit progressiv steigenden Gesundheitsausgaben rechnen.

- Gegen diese Position wendet sich die „Kompressionsthese“ bzw. Verbesserungshypothese. Parallel zur Lebenserwartungskurve steigt auch das Alter an, in dem die Menschen ihre chronischen Erkrankungen und Behinderungen erwerben. Gesundheitsbewussteres Verhalten und medizinischer Fortschritt führen zu einer Reduktion altersspezifischer Krankheiten sowohl hinsichtlich ihrer Prävalenz wie auch in ihrer zeitlichen Ausprägung. Die Spanne der „kranken“ Jahre verkürzt sich insgesamt und komprimiert sich auf eine schmale Lebensspanne vor dem Tod. Die Phase der gesundheitlich „schlechten Jahre“ wird also einfach mit der steigenden Lebenserwartung nach hinten mitverschoben und im besten Fall auf immer weniger Jahre reduziert.
- Gleichsam zwischen diesen beiden Thesen steht die „Differenzierungsthese“, nach der alterstypische primäre Erkrankungen durchaus mit der steigenden Altersgrenze „komprimiert“ werden können, während zugleich aber chronische Erkrankungen und andere sekundäre Beeinträchtigungen als „neues“ Massenproblem sich auf die gesamte Altersspanne ausdehnen und insgesamt – z.B. auch als Folge des Lebensstils in den jüngeren Jahren – expandieren. Weder die Systemlogik (Versorgen und Reparieren statt Vorsorgen und Rehabilitieren) noch die Infrastruktur geschweige denn deren finanzielle Grundlage ist auf diese Entwicklung hinreichend vorbereitet.

Klar erkennbar sind die Auswirkungen auf die Pflege und die Pflegeversicherung. In einer Prognose der Zahl der Pflegebedürftigen ausgehend vom Jahr 1999 kam eine Studie zu folgenden Ergebnissen: 1999 gab es 1,929 Mio. Pflegebedürftige. Bei Annahme von alters- und geschlechtsspezifisch konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um eine Millionen Personen auf 2,935 Mio. und bis 2050 auf 4,728 Mio. Personen. Parallel dazu gibt es die höchsten Steigerungen in den Altersgruppen der Hochbetagten jenseits der 80. Dies bedingt im Zusammenspiel mit den nachlassenden familialen Pflegeressourcen einen überdurchschnittlichen Anstieg der Nachfrage nach stationären Pflegesettings. Berücksichtigt man hierbei, dass bereits im Jahr 1998 die Zahl der Vollzeitkräfte je 100 Heimbewohner über alle Pflegestufen und Bundesländer gemittelt bei 48,5 lag, dann kann man sich vorstellen, welcher enormer Arbeitskräftebedarf (und

damit auch Finanzierungsbedarf) ein Anstieg der vollstationär zu pflegenden Personen von 577.000 in 1999 über 908.000 in 2020 auf 1.573.000 im Jahr 2050 haben wird.

Immer wieder hervorgehoben wird die besondere Herausforderung durch die erwartete Zunahme an dementiell erkrankten Pflegebedürftigen – auch vor dem Hintergrund, dass die Pflege dieses Personenkreises eine sehr personalintensive Angelegenheit darstellt und damit natürlich auch eine enorme finanzielle Belastung.

- Im Ergebnis von Hochrechnungen auf der Basis von in den letzten beiden Jahrzehnten durchgeführten empirischen Feldstudien kann davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig in Deutschland zwischen rund 1,2 und 2,0 Millionen Menschen über 65 Jahren von demenziellen Erkrankungen im weitesten Sinne betroffen sind, wobei sich der „harte Kern“ der mittelschweren und schweren Fälle auf etwa 1,0 bis 1,3 Millionen älterer Menschen konzentrieren dürfte. Rund drei Viertel aller demenziell Erkrankten leben in häuslicher Umgebung; ein Viertel lebt in Heimen. Legt man die gegenwärtigen altersspezifischen Demenz-Prävalenzraten zugrunde und hält diese über die nächsten Jahrzehnte hinweg stabil, dann kann die künftige Entwicklung der Zahl demenziell Erkrankter berechnet werden. Dieser Modellrechnung zufolge wird sich die Zahl der mittelschweren und schweren Fälle von Demenz – ausgehend vom Jahr 2000 – bis zum Jahr 2050 etwa verzweieinhalbfachen, d. h. von etwa einer Million auf dann rund 2,4 Millionen Menschen anwachsen. Bezieht man auch die leichteren Fälle von Demenz in die Vorausberechnung ein, dann ist in Deutschland bis 2050 mit bis zu 5 Millionen demenziell Erkrankten insgesamt bei einer auf ca. 75 Millionen zurückgehenden Gesamtbevölkerung zu rechnen. Diese Entwicklung geht auf gravierende Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurück, deren wichtigste Komponenten die extrem starken Wachstumsraten der obersten Altersgruppen sind.

Die - gerade mit Blick auf die mit großer Sicherheit zu erwartende Expansion der demenziellen Erkrankungen - besondere finanzielle Problematik ist eine doppelte: Zum einen sind die Ausgaben für Demente eindeutig alterskorreliert und werden dadurch mit einer steigenden Zahl an älteren, vor allem hochbetagten Menschen zunehmen und dies in Verbindung mit einem hoch wahrscheinlichen „Versteilerungsprozess“ aufgrund der absehbaren Fortschritte auch der medikamentösen Therapie bzw. Begleitung der Demenz. Zum anderen ist natürlich die pflegerische Versorgung dementer Patienten ungleich personalintensiver als schon die „normale“ Altenpflege. Und der Anstieg der Zahl der Dementen wird in eine demografisch bedingte „Schwächephase“ des Arbeitsmarktes fallen, in

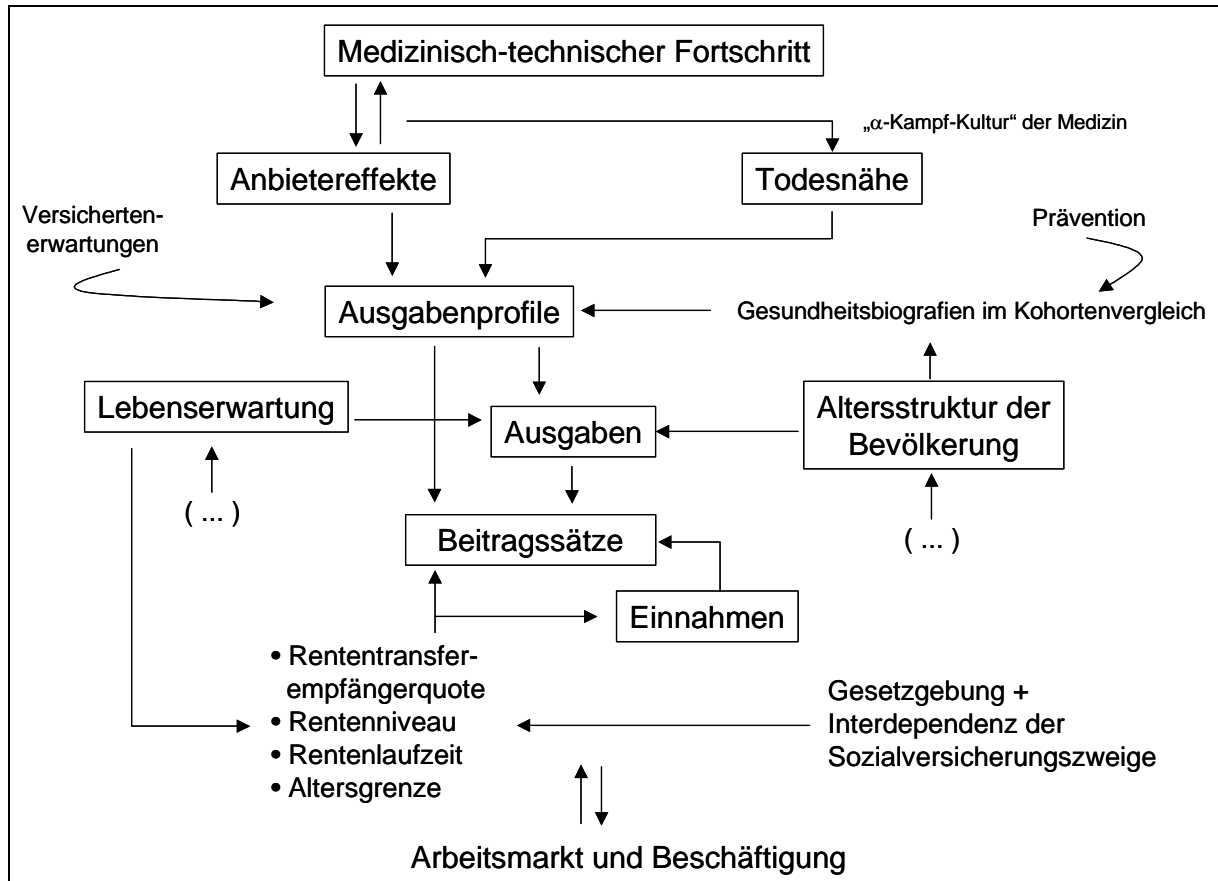
der die jüngeren Jahrgänge rein quantitativ in einem deutlich geringerem Umfang für den Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und dann sicherlich auch – sollten keine Wunder hinsichtlich der Berufsbilder in der Altenpflege passieren – andere Präferenzen haben als eine Beschäftigung im Pflegebereich.

Zwischentöne im demografischen Alarmismus und Negativismus

Üblicherweise werden die Herausforderungen durch eine älter werdende Gesellschaft in Form eines mehr oder wenigen direkten Bedrohungsszenarios hervorgehoben.

Auch wenn man angesichts des gegenwärtig dominierenden Alarmismus und Negativismus eher das Negative zu sehen gezwungen wird, lohnt – vielleicht gerade deshalb – ein Blick auf die Argumentationslinien innerhalb der Altersforschung, die immer wieder auf Zwischentöne aufmerksam zu machen versucht. Verdeutlichen kann man dies anhand der publikumswirksamen Debatte, dass wir immer älter und deshalb die Gesundheitsausgaben explodieren werden.

Abbildung 6: Der Zusammenhang zwischen Alter(n) und Ausgaben – das Erklärungsschema des Wirkungszusammenhangs



Quelle: Kruse et al. 2003: 44

Die Abbildung verdeutlicht nicht nur die generelle Komplexität des Wirkungszusammenhangs zwischen Alter(n) und Gesundheitsausgaben (die übrigens eindimensionale Beitragssatzsteigerungsprojektionen absurd erscheinen lassen), sondern sie kann auch Hinweise geben auf die Ausgestaltung eines adäquaten Finanzierungssystems. Denn zum einen wird erkennbar, dass der medizinisch-technische Fortschritt hinsichtlich seines Einflusses auf die Ausgabenprofile der kritische Faktor ist, der bei allen Relativierungen durch gegenläufige Effekte steigende Kosten wahrscheinlich und erwartbar werden lässt. Wenn man hier nicht von der heute bereits partiell gegebenen impliziten zur expliziten Rationierung größeren Umfangs übergehen oder wenn man zumindest die medizinisch-technische Fortschrittsentwicklung nicht nachhaltig hemmen will, dann wird man die Frage beantworten müssen, wie die steigenden Kosten und auch der zunehmende relative Anteil der Gesund-

heitsausgaben hinsichtlich der Mittelaufbringung behandelt werden soll. Zum anderen zeigt die im unteren Teil der Abbildung skizzierte gegenwärtige Finanzierungsarchitektur über lohnbezogene Beitragsmittel die Verletzlichkeit des gesamten Systems vor allem im Zusammenspiel mit den anderen, ähnlich finanzierten Sozialversicherungssystemen sowie dem vorgelagerten Bedingungsgefüge aus Wirtschaftswachstum und Beschäftigungsintensität. Dies verweist letztendlich auf die generelle Diskussion über die Notwendigkeit einer strukturellen Neuordnung der Finanzierungssystematik der sozialen Sicherung im Sinne einer Transformation der tradierten Umlagefinanzierung mit ihrer Beschränkung auf sozialversicherungspflichtige Einkommen bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze. Dies nicht nur aus beschäftigungspolitischen Erwägungen, sondern eben auch vor dem Hintergrund der bereits im Status-quo-Rahmen erforderlichen zusätzlichen Mittelaufbringung für die zukünftigen Gesundheitsausgaben.

3. Zwischen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ – Wie kann das Gesundheits- und Pflegesystem nachhaltiger finanziert werden?

Betrachtet man die aktuellen Diskussionslinien über eine Reform der Finanzierungssysteme im Gesundheitswesen, also vor allem hinsichtlich der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, dann ist eine gewisse – zudem noch parteipolitisch strukturierte – Verhärtung auf ein Entweder-Oder im Spannungsfeld von „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ festzustellen. Erst neuerdings wird auch von prominenter Seite versucht, Aspekte beider Systemvorschläge miteinander zu kombinieren. So plädiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004) in seinen Jahresgutachten 2004/04 für das Modell einer „Bürgerpauschale“:

- „Dringlich ist ... eine finanzierungsseitige Reform der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung ... In beiden Zweigen der Sozialversicherung sollte von einer lohnbezogenen Beitragsbemessung zu einkommensunabhängigen Pauschalen übergegangen werden. Dies sollte in beiden Versicherungszweigen verbunden sein mit einer Aufhebung der bisherigen Marktsegmentierung zwischen gesetzlichen und privaten Anbietern und einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich. In beiden Zweigen ist es zudem prinzipiell möglich, Elemente der Kapitaldeckung einzuführen. Für die Krankenversicherung wäre ein vollständiger Umstieg zur Kapitaldeckung jedoch mit hohen Kosten verbunden. Aus diesem Grund stellt der Sachverständigenrat in seinem

Gutachten das Modell der Bürgerpauschale zur Diskussion. In der Pflegeversicherung ist ein Übergang zu einem kapitalgedeckten System zu vertretbaren Umstiegskosten noch möglich. Ein entsprechendes Modell mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung stellt deshalb eine der im Jahresgutachten diskutierten Reformoptionen dar. Alternativ empfiehlt sich bei Beibehaltung des Umlagesystems auch für die Pflegeversicherung eine alle Bürger einbeziehende Finanzierung über Pauschalbeiträge.“

Die wichtigsten Komponenten des Modells einer „Bürgerversicherung“:

- Erweiterung des Versichertenkreises durch die Einbeziehung aller Gruppen der Bevölkerung, also auch der Selbständigen und Beamten. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze.
- Erweiterung der Beitragsgrundlagen durch die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, vor allem Einkünfte aus Vermietung, Zins- und Kapitaleinkünften. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 €(wie heute in der Rentenversicherung).
- Angebot von Zusatzversicherungen durch die private Krankenversicherung.

Zum Versichertenkreis:

- Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, möglicherweise in Zwischenschritten.
- Erweiterte Versicherungspflicht, was besonders die Beamten, Selbständigen und Sozialhilfeempfänger betrifft. Vertrauensschutz für bestehende Verträge in der PKV. Rückkehrrecht aus der PKV für Versicherte, die in den letzten 5 Jahren aus der GKV gewechselt sind.

Die Essentials des Modells der „Gesundheitsprämien“ mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich bestehen aus den folgenden Punkten:

- Die vollständige Abkehr von der einkommensbezogenen Beitragsbemessung in der GKV zu Gunsten einer stärker am Äquivalenzprinzip orientierten Prämiengestaltung: Jeder Erwachsene zahlt eine Gesundheitsprämie, die für alle Versicherte einer Kasse gleich hoch ist und die den durchschnittlichen Ausgaben der jeweiligen Kasse pro Person entspricht. Zwischen den Kassen werden sich unterschiedliche Prämienhöhen herausbilden. Kinder sind wie bisher beitragsfrei mitversichert.
- Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden den Beschäftigten zukünftig als (zu versteuernde) Bruttolohnbestandteile ausgezahlt. Damit entfällt die (ökonomisch gesehen bereits heute ledig-

lich formale) paritätische Finanzierung und die Prämien an die GKV werden komplett aus den Lohnzusatzkosten herausgelöst.

- Die über den krankensicherungstypischen Risikoausgleich (also zwischen Gesunden und Kranken sowie zwischen Jungen und Alten) hinausgehende Einkommensumverteilung wird auf das Steuer-Transfer-System übertragen. Versicherte mit geringen Haushaltseinkommen erhalten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse. Die steuerfinanzierten Zuschüsse werden sich je nach konkreter Ausgestaltung ganz oder teilweise aus dem zusätzlichen Aufkommen aus der progressiven Besteuerung der als Bruttolohn ausgeschütteten Arbeitgeberanteile refinanzieren und sind demnach nicht als eine zusätzliche Steuerbelastung zu interpretieren.

Der besondere grundsätzliche Charme dieser neueren Debatte über einen Systemwechsel in Richtung Prämienmodelle liegt nun darin, dass die Problematik der im öffentlichen Diskurs so dominanten Wahrnehmung einer wegbrechenden Einnahmenbasis der GKV und zugleich aufgrund des Lohnbezugs der Beitragsbemessung die negativen Anreizwirkungen auf den Arbeitsmarkt aufgrund des Charakters der Beiträge als eine Lohnsummensteuer („Lohnnebenkosten“) im neuen Modell „gelöst“ werden. Denn durch die Ablösung der Mittelaufbringung von der bisherigen Kopplung an das sozialversicherungspflichtige Arbeitseinkommen verlagert sich die Mittelaufbringung in den Haushaltkontext mit allen Einkünften, die den Haushalten zufließen, bzw. bei zu geringen oder gar fehlenden Einkünften in den Steuer-Transfer-Mechanismus einer gezielten Umverteilung. Über den Steuer-Hebel der nunmehr aus der GKV ausgelagerten Umverteilung werden zugleich gesamtgesellschaftlich „richtig“ auch die zur Finanzierung der für erforderlich gehaltenen Umverteilung herangezogen, die sich bisher dieser Aufgabe haben „entziehen“ können (Beamte, Selbständige und generell Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze).

Die Einwände gegen einen Systemwechsel zum Prämienmodell mit Kopfpauschalen stellen vor allem auf die teilweise enormen Transfervolumina ab, die für den nunmehr aus der GKV ausgelagerten sozialen Ausgleich erforderlich und aus Steuermitteln zu finanzieren wären. Hierbei wird allerdings „vergessen“, dass bereits heute dieser Ausgleich geleistet wird, nur eben innerhalb des GKV-Systems und – wie viele Befürworter eines Systemwechsels zu Recht gezeigt haben – wesentlich unsystematischer und ungezielter, als dies in einem Steuer-Transfer-System gestaltbar wäre. Man denke hier nur an die beitragsfreie Familienmitversicherung, die innerhalb des GKV-Systems eine Umverteilung von mehr als 40 Mrd. € bewegt. Insofern kann dieser Einwand im Grundsätzlichen eigentlich nicht überzeugen. Häufig eher implizit laufen Befürchtungen bei den

Kritikern mit, dass eine Fundierung des sozialen Ausgleichs über Steuermittel diesen Bereich in die jährliche Haushaltsunsicherheit integriert und anfällig machen wird für konsolidierungsbedingte Interventionen. Nur – spiegelbildlich passiert aufgrund des Drucks auf die Beitragssätze im bestehenden System doch das gleiche, wie die zahlreichen „Spargesetze“ zeigen.

Gewichtiger erscheint der Einwand, dass es durch den Systemwechsel zu einer deutlichen Belastungsverschiebung kommen wird, denn es liegt in der Systemlogik, dass erst einmal die unteren Einkommensgruppen stärker be- und die höheren Einkommensgruppen entlastet werden im Vergleich zum bestehenden System der GKV-typischen Einkommensumverteilung. Einige Kritiker monieren an dieser Stelle, dass dies mit dem Gerechtigkeitsempfinden konfliktieren wird, das hinsichtlich der gegebenen Umverteilungseffekte des GKV-Systems relativ stark ausgeprägt ist.

Die Finanzierungsreformdiskussion aus Sicht einer wachstums- und beschäftigungsorientierten Gesundheitswirtschaftspolitik

Die derzeit vorliegenden Modelle einer „Bürgerversicherung“ sind vor allem deshalb nicht wirklich zielführend, weil sie zum einen den bestehenden „Schleier des Nichtwissens“ über den tatsächlichen (gegebenen und vor allem zukünftigen) Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen wie auch über die zahlreichen, heute schon vorhandenen aber eben „verdeckt“ ablaufenden Umverteilungseffekte mit teilweise gravierenden Auswirkungen auf das Arbeitsangebot und auf die Arbeitsnachfrage in die Zukunft fortschreiben würden. Zum anderen aber eröffnet ein Prämienmodell grundsätzlich die Option, ein qualifiziertes Mindestsicherungssystem in Verbindung mit neuen Zusatzversorgungsangeboten zu kombinieren, parallel ergänzt um eine partielle Teilkapitaldeckung. Aus volkswirtschaftlicher Sicht relevant erscheint vor allem der Effekt einer stärkeren Indienstnahme der älteren Versicherten und Patienten.

An dieser Stelle sei nur angemerkt, dass auch der steuerfinanzierte Einkommensausgleich im Gesamtkonzert einer Reform der sozialen Sicherungssysteme in Richtung auf eine stärkere Steuerfinanzierung von Mindestsicherungsleistungen und Öffnung darüber hinausgehender Bereiche für neue, teilweise kapitalgedeckte Sicherungsformen sinnvoll im Sinne eines intergenerationalen Ausgleichs ausgestaltet werden kann, z.B. in Form einer stärkeren Finanzierung über indirekte Steuern. Wichtig an dieser Stelle ist die Hervorhebung, dass die weit verbreitete Kritik am Pauschalprämienmodell, dass der über Steuermittel zu leistende Ausgleich das Haushaltswesen überlasten

würde, nicht korrekt ist, da so getan wird, als müssten die erforderlichen Steuermilliarden quasi zusätzlich zu den Sozialversicherungsbeiträgen aufgebracht werden. „Vergessen“ wird dabei, dass ja auch im bestehenden GKV-System milliardenschwer und dies mit durchaus problematischen Effekten umverteilt wird.

Letztendlich geht es um die Verlagerung in eine andere Finanzierungsarchitektur mit unterstellten geringeren negativen Auswirkungen z.B. auf das Arbeitsmarktgefüge. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung weist in seinem Jahresgutachten 2004/05 selbst auf die erforderliche Bedingungskonstellation des steuerfinanzierten Einkommensausgleichs hin, der die unterstellten positiven Effekte eines Pauschalprämienmodells auf Arbeitsangebot und – nachfrage entweder deutlich verringert oder aber ermöglicht:

- „Zu berücksichtigen ist, dass der soziale Ausgleich selbst und seine Finanzierung verzerrende Wirkungen hervorrufen, die den grundsätzlichen allokativen Vorteilen einer Pauschalbeitragsfinanzierung teilweise zuwiderlaufen. Denn der Status quo und ein umlagefinanziertes System mit einheitlichen Pauschalbeiträgen unterscheiden sich hinsichtlich der allokativen Wirkungen wenig, wenn der soziale Ausgleich im gleichen Umfang vom selben Personenkreis durch die Erhebung einer proportionalen Lohnsteuer (bis zu einem Höchstbetrag) aufgebracht würde. Signifikant unterschiedliche allokativen und distributive Ergebnisse können nur erzielt werden, wenn etwa das Umverteilungsvolumen insgesamt reduziert würde (zum Beispiel, indem Mitnahmeeffekte durch die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten eliminiert würden), der zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogene Personenkreis erweitert wird oder indem die Finanzierung nicht über eine proportionale, sondern über eine progressive, alle Einkunftsarten belastende Steuer erfolgt und auch eine Bemessungsgrenze nicht existiert.“

Genau an diesen Stellen könnten nun potenzielle Einigungspunkte der in einer Großen Koalition versammelten Anhänger des Bürgerversicherungs- und des Pauschalprämienmodells liegen, die eine Perspektive eröffnen können, aus dem Lager-Denken auszubrechen und ein Mischsystem zu installieren.

Mit Blick auf die Generationengerechtigkeit wird man nicht umhin kommen, im Lichte der demografischen Entwicklung zum einen die solidarischen Elemente einer Finanzierung des Gesundheits- und Pflegesystems zu stärken, also die Beitragsbemessungsgrundlage und auch die Grundgesamt-

heit der Beitragszahler zu erweitern. Dies kann man über eine Umwandlung der Kranken- und Pflegeversicherung in eine „Bürgerversicherung“ machen und dabei bei der einkommensabhängigen Beitragserhebung verharren. Aus guten volkswirtschaftlichen Gründen – vor allem hinsichtlich der Arbeitsmarkteffekte – spricht aber vieles dafür, den Weg über eine Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten zu gehen, um das Damoklesschwert der permanenten Budgetierung vom Gesundheits- und Pflegesystem zu nehmen und diesen Bereich als Wachstumsbereich unserer älter werdenden Volkswirtschaft auszubauen, neue Arbeitsplätze zu generieren und zugleich den berechtigten Versorgungsbedarf der Menschen zu befriedigen. Hierfür allerdings eignet sich eine einkommensunabhängige Prämienfinanzierung besser, wenn sie denn gekoppelt ist mit einem über Steuern finanzierten Einkommensausgleich. Bei intelligenter Wahl der dafür heranzuziehenden Steuerarten kann eine sozial deutlich gerechtere Umverteilung erfolgen, als sie bislang im System der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung der GKV stattfindet.

Eine teilweise und zusätzliche Kapitaldeckung sollte vor allem im Bereich der Pflegeversicherung ins Auge gefasst werden – so wie es nunmehr auch Eingang in den Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD gefunden hat. Denn zum einen ist der Pflegebereich eindeutig alterskorreliert und zumindest die jüngeren Jahrgänge hätten genügend Zeit, sich im Sinne einer Risikodiversifizierung einen zusätzlichen kapitalfundierte Sicherungsstock aufzubauen. Und zum anderen wird der Pflegebereich das eigentliche Problemfeld der demografischen Entwicklung darstellen, während im Gesundheitssystem viel stärker der medizinisch-technische Fortschritt die Ausgabenentwicklung bestimmt – und der kann beim besten Willen nicht seriös prognostiziert werden, so dass hier Kapitaldeckungsverfahren hilflos wären.

Die „Generationengerechtigkeit“ im Verständnis einer „aktiven Gesundheitswirtschaftspolitik“ liegt also weniger in der Antwort auf die Frage, wie stark die nachwachsenden Generationen mit Beiträgen (oder Steuern) belastet werden oder ob die Renditen stimmen, sondern in der Schaffung dringend benötigter Arbeitsplätze (und damit wiederum von Steuer- und Beitragszahlern sowie Konsumenten) durch eine Expansion im Bereich des Gesundheits- und Pflegesystems, die eigentlich doch nur logisch ist, wenn wir denn eine alternde Wohlstandsgesellschaft sind. Dies allerdings würde einen fundamentalen Paradigmenwechsel in der Sicht auf den Gesundheits- und Pflegebereich erfordern. Die Frage der dafür nützlichen Finanzierungsarchitektur ist dann nur eine sekundäre. „Generationengerechtigkeit“ darf nicht nur auf die monetären Ströme zwischen Generationen reduziert werden, sondern beinhaltet auch die Frage, wie wir die Älteren adäquat versorgen können (denn das

werden wir müssen) und gleichzeitig durch eine intelligente Expansion des Gesundheits- und Pflegewesens den Jüngeren durch positive Wachstumseffekte neben den notwendigen Lasten auch wieder zusätzliche ökonomische Freiheitsgrade eröffnen können. Das ist allerdings ein anderer Begriff von „Generationengerechtigkeit“ als die sehr verkürzte und methodisch fragwürdige Generationenbilanzierung, die uns Auskunft geben will, ob jemand auch mindestens das, was er eingezahlt hat, an „Rendite“ auch wieder herausziehen kann.

Stefan Sell, Prof. Dr., ist Direktor des Instituts für Bildungs- und Sozialmanagement der FH Koblenz (ibus).