

Rationale Gesundheitspolitik – Ziel oder Illusion?

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Das Verständnis von rationaler beziehungsweise sachgerechter Gesundheitspolitik steht zum einen vor der generellen Frage nach der Rationalität von politischen Entscheidungen in pluralistischen, von unterschiedlichen sozialen oder ökonomischen Interessen und kulturellen Normen geprägten Gesellschaften. Zum anderen geht es um die vielfältigen Aufgaben der Gesundheitspolitik und deren möglichst sachgerechte Erfüllung. Dafür müssen politische Mehrheiten gefunden werden. Daher besteht die Rationalität (nicht nur) der Gesundheitspolitik auch in der Abwägung von politischen Realisierungschancen. Das lässt sich anhand von Fragen der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen.

Schlüsselwörter: Rationalität, Gesundheitspolitik, Entscheidungsfindung

How we understand rational or appropriate health policy depends on our general notion of rational decision making in politics in pluralistic societies, which are influenced by differing social and economical interests and cultural norms. It also hinges on the many functions health policy fulfills and on how those involved think they should bring about the desired effects. Finding majorities is crucial. Therefore rationality (not only) in health policy consists partly in weighing political chances. A look at how health insurance in Germany is financed provides a good example.

Keywords: rationality, health policy, decision making

1 Einleitung

Das Gemeinwohl gilt als Richtschnur für rationale Politik. Aber dieses Postulat ist ebenso eingängig wie beliebig. Die Idee, dass es ein solches Ziel „als sichtbaren Leitstern der Politik gibt, das jedem normalen Menschen mittels rationaler Argumente sichtbar gemacht wird“, verspottete Joseph Alois Schumpeter (1972, 397), der neben John Maynard Keynes wohl bedeutendste Ökonom des 20. Jahrhunderts, als naive Vorstellung aus dem 18. Jahrhundert. Probleme wie Migration, Klimawandel oder ökonomische und soziale Disparitäten taugen nicht für populistische Patentrezepte, die so tun, als lägen die Lösungen auf der Hand, wenn nur die unfähigen Politiker nicht wären.

Das gilt in besonderer Weise für die Gesundheitspolitik. Hier geht es um die Steuerung eines riesigen Wirtschaftszweiges, in dem weit über fünf Millionen Beschäftigte fast zwölf Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaften.

Seine Wertschöpfung wird zu rund 80 Prozent öffentlich finanziert. Anders ist der unter anderem in der Sozialcharta der Europäischen Union festgehaltene Grundsatz, allen Bürgern eine umfassende gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, nicht zu gewährleisten. Auch die privat getragenen restlichen etwa 20 Prozent werden über staatliche Berufs- und Gebührenordnungen sowie das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht öffentlich-rechtlich gesteuert (Abbildung 1).

Damit sind Entscheidungsprozesse verbunden, bei denen selten eindeutig klar ist, welcher Weg „richtig“ und welcher „falsch“ ist. Unbestrittene Wahrheiten sind (nicht nur) in der Gesundheitspolitik eher dünn gesät. Oft stellen sich rechtliche und ökonomische Probleme in den Weg, deren Beseitigung mit bestimmten Kollateralschäden verbunden ist, von Ökonomen werden diese auch Opportunitätskosten oder externe Effekte genannt. Hinzu kommen wirkungsmächtige Einflüsse von parteipolitischen Auseinandersetzungen und Machtinteressen, wobei es ein unter Politikern und Journalis-

¹ Hartmut Reiners, Friedbergstraße 45 · 14057 Berlin · Telefon: 030 3126628 · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

ten verbreiteter Fehler ist, der im eigenen Mikrokosmos vorherrschenden Ideologie aufzusitzen. Auch ist in unserer repräsentativen Demokratie die Annahme plausibel, dass der Anteil der Dummköpfe unter den Politikern in etwa dem in der Bevölkerung entspricht.

Aus dieser Gemengelage ergibt sich ein Zwang zum politischen Kompromiss und selektiven Setzen von Handlungsschwerpunkten. Die Forderung nach einer „richtigen“, die Probleme auf Dauer lösenden Reform des Gesundheitswesens ist eine Illusion. Bestimmte politische Ziele können oft nur in Etappen realisiert werden. Deshalb geht es nicht nur um die Analyse von Sachfragen, sondern auch um Einschätzungen des politischen, rechtlichen und ökonomischen Umfeldes von Reformvorhaben.

2 Die Grenzen der wissenschaftlichen Politikberatung

Die Vorstellung, man könne Politik auf rein wissenschaftlicher Grundlage quasi objektiv betreiben, folgt dem aufklärerischen Leitbild des 18. und frühen 19. Jahrhunderts einer enzyklopädischen Bildung. Das ist heute ein angesichts der ungeheuren Wissensmenge völlig unrealistisches Paradigma. Das Wissen der Menschheit existiert nur virtuell im Internet, nicht in den Köpfen von Menschen. Deren Cloud-Intelligenz hat sich als in hohem Maße anfällig für gezielte Desinformation durch Halbwahrheiten und selektive Fakten erwiesen, neuerdings auch Fake News genannt. Der amerikanische Philosoph Harry Frankfurt hat dieses Phänomen als Bullshit analysiert: „Dem Bullshitter ist es gleichgültig, ob seine Behauptungen die Realität korrekt beschreiben. Er wählt sie einfach so aus oder legt sie so zurecht, dass sie seiner Zielsetzung entsprechen“ (*Frankfurt 2006, 63*). Es ist eine Methode der scheinbar faktengestützten Desinformation. Wir können sie bei notorischen Talkshowgästen auch aus der Wissenschaftsgemeinde beobachten, die Bullshitting zum Geschäftsmodell gemacht haben.

2.1 Soziale Indikatoren und Frühwarnsysteme

In den 1970er-Jahren spielte in der politikwissenschaftlichen Diskussion das Sozialindikatoren-Konzept eine wichtige Rolle. Es hatte sich zum Ziel gesetzt, mit Hilfe datengestützter Frühwarnsysteme eine aktive Wirtschafts- und Sozialpolitik zu ermöglichen und ein Phänomen zu überwinden, das sein Wortführer Wolfgang Zapf in Anlehnung an Anthony Downs den „Problemmodenzklus“ (*Zapf 1973, 143*) nannte. Dieses Narrativ hat folgende Verlaufsform. Zunächst bleiben bestimmte Probleme unbemerkt. Der breiten Öffentlichkeit drängen sie sich erst durch spektakuläre Ereignisse auf. Es folgt eine Flut von Reformplänen und Versprechungen, gepaart mit der Gründung von Arbeitskreisen und Kommissio-

nen. Diese Aufbruchstimmung macht einer allgemeinen Ernüchterung Platz, sobald sich abzeichnet, was die Problembewältigung kostet und welche Besitzstände berührt sind. Mittlerweile haben sich zudem andere Fragen in den Vordergrund gedrängt, die dann den gleichen Prozess erneut in Gang setzen. So stolpert die Politik von einem ungelösten Problem zum anderen.

Das Sozialindikatoren-Konzept sah die Ursachen dieser Politik des *muddling through* („Durchwursteln“) weniger in sozialen Disparitäten und wirtschaftlichen Interessen mit den daraus entstehenden Handlungsblockaden und Konflikten, sondern eher in Steuerungs- und Informationsdefiziten. Den Politikern wurde unterstellt, dass sie keine „richtige“ Politik machen, weil es ihnen an entsprechenden Informationen fehlt. Der wissenschaftlichen Gemeinde wurde die Aufgabe zugeordnet, der Politik Instrumente für eine nachhaltige Steuerung gesellschaftlicher Probleme zu liefern.

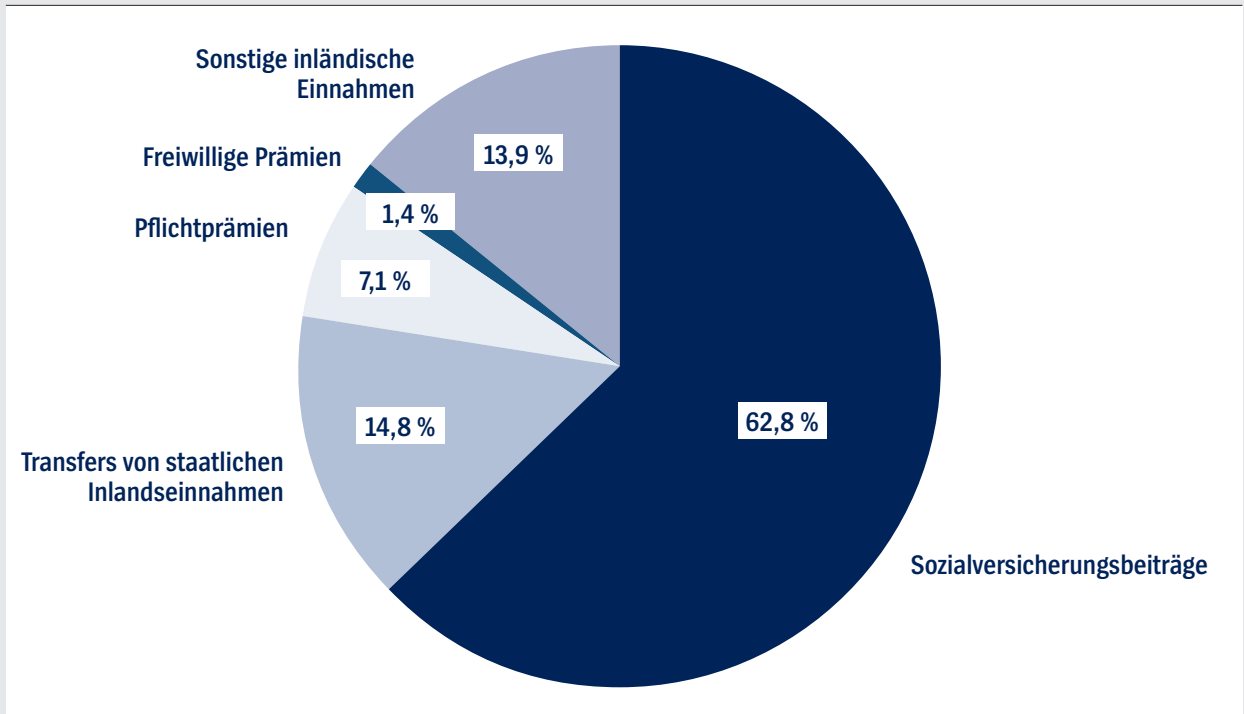
Mittlerweile haben wir hinreichend die Erfahrung machen können, dass es angesichts der immer komplexer werdenden Realität und sich zuspitzender Verteilungskämpfe einerseits und einer wachsenden Informationsflut andererseits unmöglich ist, solche wissenschaftlich rundum abgesicherten und praxisfähigen Politikmodelle zu entwickeln. In politisch relevanten Disziplinen wie Jura, Ökonomie, Soziologie und Politologie gibt es nur wenige exakte und allgemein anerkannte Erkenntnisse, sondern verschiedene Lehrmeinungen. Das machte der in den 1960er-Jahren geführte Streit über die Logik und Objektivität der Sozialwissenschaften zwischen der Frankfurter Schule um Theodor Adorno und Jürgen Habermas auf der einen sowie den kritischen Rationalisten Karl Popper und Hans Albert auf der anderen Seite deutlich (*Maus und Fürstenberg 1969*). In der Ökonomie fehlt es fast völlig an einer solchen wissenschaftstheoretischen Debatte über das Selbstverständnis der herrschenden Lehre. Die wird nur von akademischen Außenseitern kritisch durchleuchtet (*Ötsch et al. 2017*). Es gilt das Bonmot, die Ökonomie sei die einzige Wissenschaft, in der sich zwei Leute den Nobelpreis teilen, deren Theorien sich gegenseitig widerlegen (1974 zum Beispiel bekamen diesen Preis der libertäre Marktwirtschaftler Friedrich A. Hayek und der Sozialist Gunnar Myrdal).

2.2 Die Rolle der Spin Doctors

Das hat massive Auswirkungen auf den Charakter der wissenschaftlichen Politikberatung. Es ist nicht verwunderlich, wenn sich Politiker in dem Gestrüpp von scheinbar wissenschaftlich untermauerten Behauptungen nicht zurechtfinden und sich an den Erfahrungen, vorherrschenden Sichtweisen und Wertsetzungen ihres sozialen Milieus orientieren. Für Fachleute in den politischen Apparaten erwächst daraus ein Vermittlungsproblem. Sie müssen nicht nur die täglich auf sie einprasselnden Informationen sortieren und für sich ver-

ABBILDUNG 1

Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland 2016



Im Jahr 2016 betragen die Gesundheitsausgaben 350,221 Milliarden Euro. Davon wurden fast 80 Prozent öffentlich finanziert: 219,866 Milliarden Euro entfielen auf Sozialversicherungsbeiträge und 51,756 Milliarden auf Transfers von staatlichen Inlandseinnahmen.

Quelle: www.gbe-bund.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

arbeiten, sie müssen auch überlegen, wo sie die politische Klasse abholen müssen. Dabei spielen dann neben der Sachinformation vor allem das Timing und die Chancen auf Reaktion im öffentlichen Diskurs eine Rolle.

Deshalb hat die Informationsvermittlung in der Politikberatung eine zunehmende Bedeutung gegenüber der Informationsgewinnung bekommen. PR-Berater ersetzen in der Politik mehr und mehr die Hauswissenschaftler. Während der Ökonom John Maynard Keynes seinerzeit noch vermuten konnte, dass „Wahnsinnige in hoher Stellung, die Stimmen in der Luft hören, ihren wilden Irrsinn aus dem (zapfen), was irgendein akademischer Schreiber ein paar Jahre vorher verfasste“ (Keynes 1974, 323), spielen mittlerweile die sogenannten Spin Doctors die Hauptrolle in der politischen Kommunikation. Sie kümmern sich weniger um die politischen Inhalte an sich als um deren Verpackung und Präsentation. Politikberatung wird auf Politik-Marketing reduziert. „Die besondere Kunst besteht darin, Inhalte so aufzubereiten, dass sie auch für die Medien relevant erscheinen und zum Gegenstand der

Berichterstattung werden“, zitierte Tom Schimmeck 2005 in einer Reportage über die Medienszene in Berlin-Mitte einen führenden PR-Berater.

Politiker leben mit den Massenmedien quasi in Symbiose. Beide bilden ein selbstreferenzielles System (Luhmann 2009, 19 ff.), das mit den neuen sozialen Medien im Internet eine neue Dimension bekommen hat. Die Fachreferenten in den politischen Apparaten haben immer dann Vermittlungsprobleme, wenn die eigenen Erkenntnisse dem Mainstream der politischen Gemeinde oder der Medien beziehungsweise der sogenannten öffentlichen Meinung widersprechen. Besonders schwierig wird es, wenn es verbreitete Alltagserfahrungen gibt, die bestimmte Parolen zu bestätigen scheinen, obwohl deren wissenschaftliche Belege eher dünn oder zumindest umstritten sind. Aber auch wenn man mit Sachargumenten diesen falschen Vorstellungen begegnen kann, stößt die politische Umsetzung der sich daraus ergebenden Reformpolitik auf Hindernisse, die sich nicht mit politischen Kraftakten umgehend beseitigen lassen.

Vor diesem Hintergrund besteht die praktische Kunst der Gesundheitspolitik darin, ausgehend von bestimmten Zielvorstellungen „Reformviren“ zu implementieren, von denen man nicht immer genau weiß, ob, wann oder wie sie wirken (Reiners 2009). Daher zeichnen sich bei der Verabschiedung eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) meist schon die Konturen der nächsten Reform ab. In der wird dann bei unerwünschten Nebenwirkungen früherer Reformen nachjustiert, können politisch zunächst nicht durchsetzbare Schritte auf ein dafür günstigeres Klima treffen, oder es haben sich bestimmte Widersprüche so zugespitzt, dass die Beharrungskräfte der Reformgegner an Wirkung verlieren. Es gilt der Grundsatz „Nach der Reform ist vor der Reform“. Für diese politische Dramaturgie des Inkrementalismus bieten die GKV-Reformen der vergangenen 30 Jahre reiches Anschauungsmaterial (Knieps und Reiners 2015). Sie gilt auch für eine Neuordnung der GKV-Finanzierung vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung.

3 Inkrementalismus als Prinzip: das Beispiel GKV-Finanzierung

Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und die Ausgaben der GKV nehmen mit dem wachsenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung zu. Die über 65-Jährigen stellen gegenwärtig etwa 20 Prozent der Bevölkerung, beanspruchen aber fast die Hälfte der GKV-Ausgaben (Böhm et al. 2009). Demnach scheint die Sachlage klar zu sein: Mit dem in den kommenden Jahren wegen der geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1965 wachsenden Anteil dieser Altersgruppe werden die Beitragssätze der Krankenkassen steigen. Aber so einfach sind die Dinge nicht, wie die Sachverständigenräte für Gesundheit und Wirtschaft betonen (Deutscher Bundestag 2009; SVR-W 2018).

3.1 Demografische Entwicklung und GKV-Finanzierung

In der Analyse der Morbidität infolge der demografischen Entwicklung stehen sich zwei Postulate gegenüber (Deutscher Bundestag 2009, 279–297). Die Medikalisationsthese geht davon aus, dass mit der Alterung der Bevölkerung die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden wächst und mit ihr quasi synchron die Behandlungsausgaben. Dem steht die Kompressionsthese gegenüber. Sie sieht zwischen steigender Lebenserwartung und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands keinen linearen Zusammenhang. Die Phase ausgeprägter Multimorbidität werde in ein immer höheres Alter verschoben. Zugleich ließen sich als Folge besserer Lebensbedingungen (Ernährung, Hygiene, Vermeidung von Altersarmut) sowie einer verbesserten medizinischen Versorgung die Lebensphasen in guter Gesundheit ausweiten. Das wiederum steht in engem Zusammenhang

mit dem sozialen Status und der Vermeidung von Altersarmut, also beeinflussbaren Faktoren.

Der Wirtschafts-Sachverständigenrat (SVR-W) sieht in seinem Jahresgutachten 2018/19 vor diesem Hintergrund die demografischen Risiken eher in der Finanzierung der GKV als in deren Ausgaben. Durch einen steigenden Rentneranteil der GKV-Mitglieder gingen die Beitragseinnahmen zurück. Es entstehe eine wachsende „Tragfähigkeitslücke“ der GKV-Finanzien, die bis 2080 auf 4,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) anwachsen würde (SVR-W 2018, 393 ff.). Eine derart langfristige Schätzung ist zwar substanzlose Spekulation, weil die in den nächsten 50 oder 60 Jahren zu erwartenden ökonomischen Entwicklungen, gesellschaftlichen Strukturbrüche und kulturellen Veränderungen heute gar nicht erfasst werden können (Bosbach 2012). Aber richtig ist schon, dass der in den kommenden Jahren durch die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1965 steigende Altenquotient eine finanzielle Herausforderung für die GKV ist.

Die Lösung dieses Problems liegt in der Erweiterung der Finanzierungsbasis beziehungsweise des versicherungspflichtigen Personenkreises der GKV. Für das in Europa einmalige duale System von GKV und privater Krankenversicherung (PKV) gibt es keine belastbare ökonomische Begründung, ganz zu schweigen von dem Beihilfesystem für Beamte. Schon in seinem Jahresgutachten 2004/2005 stellte der SVR-W (2004, 516) fest, „dass sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die damit verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“. Es führe zu gesamtwirtschaftlich unsinnigen Risikoentmischungen und zur Fehlallokation von Ressourcen. Daher sollte es in ein einheitliches System für alle Bürger überführt werden.

Das hält der SVR-W auch in seinem aktuellen Gutachten für wünschenswert, aber aus vor allem rechtlichen Gründen für nicht realisierbar (SVR-W 2018, 407 ff.). Nun sind rechtliche Hindernisse meist politisch aus dem Weg zu räumen. Es fragt sich nur, wie realistisch es ist, dafür parlamentarische Mehrheiten zu erlangen, und in welchen Abläufen Reformen unter rechtlichen Aspekten realisiert werden können. Dabei stehen vier Aspekte im Mittelpunkt (Tabelle 1):

- Die Gewerbefreiheit der PKV wäre nur dann berührt, wenn ihr auch das Geschäft mit der Zusatzversicherung untersagt würde. Aber das fordert niemand. Ansonsten hat der Gesetzgeber alle Freiheiten zur Einführung einer allgemeinen Pflichtmitgliedschaft in der GKV (Bieback 2005).
- Die Eigentumsrechte an den Rückstellungen der PKV sind verfassungsrechtlich nicht abschließend geklärt (Kingreen 2014). Aus der ökonomischen Perspektive wäre es sinnvoll, den für die Absicherung von Altersrisiken angesparten Kapitalfonds anteilig je nach Zahl der Wechsler

TABELLE 1

Probleme auf dem Weg zum einheitlichen Krankenversicherungssystem

Problem	Rechtliche und ökonomische Grenzen
Einschränkung der Gewerbefreiheit der privaten Krankenversicherung (PKV)	Der Gesetzgeber hat bei der Festlegung des in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherungspflichtigen Personenkreises einen breiten Spielraum. Die Gewerbefreiheit der PKV wäre nur dann unzulässig eingeschränkt, wenn ihr das Geschäft mit der Zusatzversicherung untersagt würde. Aber das fordert niemand.
Alimentationspflicht des Staates gegenüber Beamten	Der Staat würde seiner Alimentationspflicht auch nachkommen, wenn Beamtinnen und Beamte in der GKV versichert sind und der Dienstherr den Arbeitgeberanteil an den GKV-Beiträgen übernimmt. Aber es sind Übergangsregelungen erforderlich (Vertrauensschutz).
Einheitliches Vergütungssystem für GKV und PKV	In Krankenhäusern gelten die Diagnosis Related Groups (DRGs) für GKV und PKV. In der ambulanten ärztlichen Versorgung wäre eine einheitliche Vergütung an die Einbindung der PKV in das Vertragssystem der GKV gebunden.
Eigentumsrechte an den Alterungsrückstellungen der PKV	Da mit einem Wechsel von PKV-Mitgliedern in die GKV auch die Alterungsrisiken an die GKV übergehen, wäre eine anteilige Mitnahme von Rückstellungen ökonomisch sinnvoll. Dieser Transfer ist aber verfassungsrechtlich nicht abschließend geklärt.

Die oben aufgeführten vier Aspekte sollten bedacht werden, wenn man gesetzliche und private Krankenversicherung zu einem System zusammenführen will. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob man dafür parlamentarische Mehrheiten erzielen kann und wie man den Ablauf der Reform organisiert.

von der PKV zur GKV in den Gesundheitsfonds der GKV zu überführen. Aber das würde mit Sicherheit von der PKV mit einer Klage beim Bundesverfassungsgericht beantwortet mit der Folge eines langwierigen Verfahrens.

- Für ein einheitliches Vergütungssystem sprechen gewichtige ökonomische Argumente, zumal es das in der stationären Versorgung mit dem System der Diagnosis Related Groups (DRGs) bereits gibt (in Krankenhäusern ist der Privatpatienten-Status an einen entsprechenden PKV-Tarif oder eine Zusatzversicherung gebunden, die auch über sechs Millionen GKV-Mitglieder haben). Aber in der ärztlichen Versorgung ist es an die Einbindung der PKV in die korporatistischen Beziehungen zwischen Ärztenverbänden und Krankenkassen gebunden.

- Das Beihilfesystem für die Beamtinnen und Beamten hat keinen Verfassungsrang. Der Staat käme auch mit einem hälftigen Arbeitgeberanteil zur GKV seiner Alimentationspflicht nach. Allerdings müssten vor allem für Pensionäre, die in der Regel 70 Prozent ihrer Behandlungskosten vom Dienstherrn erstattet bekommen, unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes Sonderregelungen gelten.

3.2 Alter Wein in neuen Schläuchen: Vorschlag der Wirtschaftssachverständigen

Vor diesem Hintergrund wird klar, dass eine einheitliche Krankenversicherung zwar ökonomisch rational ist, dieses Ziel nur aber nur langfristig mit einem schrittweisen Reform-

prozess erreicht werden kann. Der SVR-W schlägt vor, zunächst die GKV-Finanzierung auf eine neue Grundlage zu stellen. Für ihn ist die lohnbezogene Finanzierung seit jeher ein Kardinalfehler der GKV. Durch sie würden die wachsenden Gesundheitsausgaben die Abgabenbelastungen der Arbeitgeber und der Versicherten erhöhen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft beeinträchtigen. An ihre Stelle sollten ein fester Arbeitgeberbeitrag und eine der Ausgabenentwicklung regelmäßig anzupassende „Bürgerpauschale“ treten. Diese dürfe einen der heutigen Beitragsbelastung von 15 Prozent entsprechenden Betrag nicht überschreiten. Das wären aktuell 260 Euro im Monat. Der Sozialausgleich und die Mitversicherung von Kindern sollten vom Bundeshaushalt finanziert werden. Zusammen belaufe sich das auf circa 20 Prozent des heutigen GKV-Haushalts beziehungsweise auf 45 Milliarden Euro. Dieses Konzept vertritt der SVR-W seit 2004, damals noch mit einem offenen Bekenntnis zu einer einheitlichen Krankenversicherung, alias „Bürgerversicherung“. Die hält er heute aus den genannten Gründen für nicht umsetzbar. Stattdessen sollte privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit gegeben werden, GKV-Tarife anzubieten. Welches Interesse die PKV an diesem Geschäftsmodell haben sollte, verrät uns der SVR-W nicht. Auch sonst ist es erstaunlich, mit welcher Unbekümmertheit der SVR-W am Kopfpauschal-Projekt festhält, das wegen seiner fiskalischen Kollateralschäden politisch längst beerdigt wurde.

Dieses Modell wollten 2009 auch die FDP und ihr Gesundheitsminister Philipp Rösler einführen. Sie lieferten sich dazu mit der CSU ein mit Verbalinjurien („Gurkentruppe“ versus „Wildsäue“) angereichertes Scharmützel, das sie verloren. Das Bundesfinanzministerium rechnete auf Anfrage der Grünen die Kosten eines vom Bund zu finanzierenden Sozialausgleichs durch und kam bei einem Umfang von damals 35 Milliarden Euro zu folgendem Ergebnis (*Deutscher Bundestag 2009*):

- Würde er nur aus der Einkommensteuer finanziert, müsste man diese linear um etwa fünf Prozentpunkte anheben. Beschränkte man sich auf die oberen Einkommensgruppen als Finanzierungsquelle, müssten diese jenseits von 180.000 Euro zu 100 Prozent besteuert werden.
- Würde man ihn stattdessen über die volle Mehrwertsteuer finanzieren, müsste diese von 19 auf 23 Prozent angehoben werden.

Das war ein politischer Blattschuss, den der SVR-W aber ignoriert. Er behauptet weiterhin ungeniert, der Sozialausgleich in der GKV sei über Steuern effektiver als über die GKV-Beiträge zu finanzieren.

3.3 Wege zur einheitlichen Krankenversicherung

Richtig ist, dass wir eine grundlegende Reform der GKV-Finanzierung brauchen. Unter den gegebenen Bedingungen gehen die wachsenden GKV-Ausgaben allein zulasten der un-

teren und mittleren Einkommen. Dafür sorgen die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenzen. Selbstständige, Beamte und Angestellte der höheren Gehaltsklassen leisten entweder gar keinen oder nur einen reduzierten Beitrag zu diesem Solidarsystem. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von aktuell 5.052,50 Euro auf die in der Rentenversicherung geltende Grenze von 6.700 Euro könnte zwar den durchschnittlichen Beitragssatz je nach versicherungspflichtigem Personenkreis um zwischen einem und mehr als drei Prozentpunkte senken (*Rothgang und Domhoff 2017*). Allerdings ist auch dieser Weg mit großen Hindernissen gepflastert. Er ist zwar rechtlich möglich, stößt aber auf großen politischen Widerstand in den meisten Parteien. Dieser Schritt wäre zudem nur mit einer zeitgleichen Abstimmung mit der Einkommensteuer sinnvoll, um eventuelle Doppelbelastungen durch die Steuerprogression zu vermeiden.

Eine unter den gegebenen Bedingungen realistischere Perspektive zur Erweiterung der GKV-Finanzierungsbasis besteht in der allmählichen Überführung der Beamten in den Kreis der GKV-Mitglieder. Seit 1989 haben die Beamten keinen Zugang zur GKV. Vorher konnten die Krankenkassen Beamten einen Sondertarif mit Komplementärleistungen zur Beihilfe anbieten. Der war jedoch nicht attraktiv, weil er die Restkosten zur Beihilfe nur teilweise abdecken konnte. Aber das lässt sich ändern. Beamte stellen fast die Hälfte der PKV-Mitglieder. Ihre Überführung in die GKV wäre der Anfang vom Ende der PKV als Vollversicherung.

Das Beihilfesystem hat in seiner bestehenden Form keinen Verfassungsrang. Der Staat ist nach dem Alimentationsprinzip zwar verpflichtet, seinen Beamten einen angemessenen Krankenversicherungsschutz zu gewähren. Aber es ist verfassungsrechtlich unerheblich, ob dies in Form des Arbeitgeberanteils am GKV-Beitrag oder, wie jetzt, als anteilige Übernahme der Arzt- und Krankenhausrechnungen geschieht (*Kingreen und Kühling 2013*). Eine Modellrechnung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung (*Ochmann et al. 2016*) hat ergeben, dass eine Überführung der Beamten in die GKV die öffentlichen Haushalte entlasten würde, wenn alle Beamten mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze und die Beamten mit darüber liegenden Bezügen als freiwillig Versicherte in die GKV gehen.

Diese Vorteile der GKV für den Staatshaushalt lassen sich jedoch wegen der Verpflichtungen für die älteren Beamten in den meisten Ländern meist nur mittel- bis langfristig realisieren. Brandenburg, Sachsen oder Sachsen-Anhalt zum Beispiel haben nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung eine Beamtenstruktur, die Mehrkosten in den Übergangsjahren verursachen. Für jüngere Beamte ist die Beihilfe kostengünstiger als die GKV, weil sie keine Solidarbeiträge für die älteren und kränkeren Kolleginnen und Kollegen enthält. Unterm Strich ist die Einbindung der Beamten in die GKV aber eine

Zur Rationalität von Politik

„Gesundheit kann von allen gewünscht werden, und doch können die Menschen immer noch verschiedener Ansicht über Impfung und Vasektomie sein. Und dergleichen gibt es viel. Die utilitaristischen Väter der demokratischen Lehre sahen nicht die volle Bedeutung dieses Problems ... und wenig über die Welt eines Eisenwarenhändlers des achtzehnten Jahrhunderts hinaus.“
Joseph Alois Schumpeter, Ökonom und Soziologe

„Wahnsinnige in hoher Stellung, die Stimmen in der Luft hören, zapfen ihren wilden Irrsinn aus dem, was irgendein akademischer Schreiber ein paar Jahre vorher verfasste.“
John Maynard Keynes, Ökonom

„Dem Bullshitter ist es gleichgültig, ob seine Behauptungen die Realität korrekt beschreiben. Er wählt sie einfach so aus oder legt sie so zurecht, dass sie seiner Zielsetzung entsprechen.“
Harry Frankfurt, Philosoph

„Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“
Max Weber, Ökonom und Soziologe

Investition, die sich für die öffentlichen Haushalte auszahlt, zumal die Altersstruktur der Beamten auf große zukünftige Kostensteigerungen hinweist (*Haun und Jacobs 2014*).

Hamburg hat ab 2019 seinen Beamten eine Wahl zwischen Beihilfe und GKV in begrenztem Umfang ermöglicht, indem der Senat den in der GKV versicherten Beamten einen Zuschuss in Höhe des Arbeitgeberbeitrages in der GKV als Ersatz für die Beihilfe zahlt. Andere Länder wie Berlin oder Thüringen wollen Hamburg folgen. Das ist eine unter den gegebenen Umständen sinnvolle Regelung (*Kingreen 2018*). Eine Wahl für alle Beamten zwischen Beihilfe und GKV ist aber erst dann möglich, wenn Beamte im Sozialgesetzbuch dem in der GKV versicherungsberechtigten Personenkreis zugeordnet werden und die Beihilferegelungen des Bundes und aller Länder entsprechend geändert werden. Beamtinnen und Beamte allgemein in der GKV versicherungspflichtig zu machen, kommt aus rechtlichen Gründen (Vertrauensschutz) nur für neu verbeamtete Personen in Frage. Man müsste, um allen Beamten den Zugang zur GKV zu gewährleisten, die Beamtengesetze auch in den 16 Bundesländern ändern. Das ist angesichts der unterschiedlichen politischen Mehrheiten in den Ländern aktuell unrealistisch, aber in der Zukunft nicht ausgeschlossen.

4 Fazit

„Das Gesundheitswesen ist kein Gelände für Vereinfacher“, stellte der Ökonomie-Nobelpreisträger Paul Krugman (2018) in einem Nachruf auf den Gesundheitsökonom Uwe Reinhardt fest. Wer sich auf dieses Terrain begibt, muss damit rechnen, sich permanent mit interessengebundenen Ideologien, politischen Machtspielen und einer schlagkräftigen Lobby auseinanderzusetzen zu müssen. Politisch rationales Handeln erfordert Stehvermögen, Gelassenheit und geduldiges Warten auf den richtigen politischen Zeitpunkt für eine Reform. Der Begründer der Politikwissenschaft Max Weber (2006, 610) bringt es in seinem wohl berühmtesten Zitat auf den Punkt: „Die Politik bedeutet ein starkes, langsames Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmaß zugleich.“

Literatur

- Bieback K-J (2005):** Verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden: Nomos
- Böhm K, Tesch-Römer C und Ziese T (Hrsg.) (2009):** Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Gesundheit im Alter → GBE-Berichte
- Bosbach G (2012):** Lügen mit Zahlen. Wie wir von der Statistik manipuliert werden. München: Heyne
- Deutscher Bundestag (2009):** Unterrichtung durch die Bundesregierung: Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770 vom 2. Juli 2009. Berlin; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>
- Deutscher Bundestag (2010):** Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Gerhard Schick, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 17/499: Gestaltung des von der Koalition geplanten steuerfinanzierten Sozialausgleichs für Krankenversicherungsbeiträge und dessen soziale Auswirkungen. Drucksache 17/691 vom 10.02.2010. Berlin
- Frankfurt HG (2006):** Bullshit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Haun D, Jacobs K (2014):** Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitsabsicherung für Beamte. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 1, 23–30
- Keynes JM (1974):** Allgemeine Theorie der Beschäftigung und des Geldes. Berlin: Duncker & Humblot
- Kingreen T (2014):** Niemals geht man so ganz: Die Altersrückstellungen in der PKV. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 14, Heft 1, 16–22
- Kingreen T (2018):** Einwohnerversicherung „light“? Reformen und Reformationen für die Weiterentwicklung der dualen Krankenver-

sicherungsordnung. KrV – Kranken- und Pflegeversicherung, Jg. 70, Heft 2, 45–52

Kingreen T, Kühling J (2013): Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen einer Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 2–3, 28–35

Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Verlag Hans Huber Hogrefe AG

Krugman, P (2018): A Tribute to Uwe Reinhardt. New York Times vom 22. April 2018; <https://www.nytimes.com/2018/04/22/opinion/a-tribute-to-uwe-reinhardt.html>

Luhmann N (2009): Die Realität der Massenmedien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Maus H, Fürstenberg F (Hrsg.) (1969): Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Neuwied: Luchterhand

Ochmann R, Albrecht M, Schiffforst G (2016): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte. IGES Institut im Auftrag der Bertelsmann Stiftung; www.bertelsmann-stiftung.de → Publikationen → Alle Publikationen → Suchbegriff: Beamte

OECD (2017): Health at a Glance 2017. OECD Indicators; www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm

Ötsch W, Pühringer S, Hirte K (2017): Netzwerke des Marktes.

Ordoliberalismus als Politische Ökonomie. Wiesbaden: Springer VS

Reiners H (2009): Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen

GKV-Reform. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 9, Heft 3, 7–12

Reiners H (2018): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hogrefe
Rothgang H, Domhoff, D (2017): Beitragseffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung; www.rosalux.de

→ Suchbegriff: Gesundheits- und Pflegeversicherung

Schimmeck T (2005): Arschlochalarm! Die Tageszeitung vom 17. November 2005; <http://www.taz.de/!544478/>

Schumpeter JA (1972): Kapitalismus, Sozialismus und Demokratie. München: Francke

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Jahresgutachten

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2018): Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 2018/19; www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de → Jahresgutachten

Weber M (2006): Politik als Beruf. In: Politik und Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Zweitausendeins, 565–610

Zapf W (1973): Gesellschaftliche Dauerbeobachtung und aktive Politik. Allgemeines Statistisches Archiv, Vol. 57, 143–163

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 17. Dezember 2018)

DER AUTOR



Hartmut Reiners,

Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist. Von 1992 bis August 2009 Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Zuvor in gleicher Funktion im Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Publikationen zur Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Sein Buch „Mythen der Gesundheitspolitik“ erschien im Oktober 2018 in einer vollständig überarbeiteten dritten Auflage.

Foto: privat