

## Hagen Kühn

Das diesjährige Treiben um die schwarzgelbe "Gesundheitsreform" musste selbst diejenigen erstaunen, die ohnehin keine hohe Meinung von der Kompetenz bundesdeutscher Gesundheitspolitiker haben. Nicht realitätsfern aber ungewöhnlich schätzte der CSU-Generalsekretär Alexander Dobrindt die Mannschaft des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) als "Gurkentruppe" ein, während der freidemokratische Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr, die CSU-Gesundheitspolitiker als "Wildsäue" bezeichnete. Das sieht nach viel Chaos und Inkompetenz aus.

Bei genauerem Hinsehen jedoch lassen sich durchaus Konturen und Widersprüche erkennen, die auch bei mehr Kompetenz eine gewisse Hilf- und Ratlosigkeit hätten aufkommen lassen. Denn die Regierungen der letzten 30 Jahre haben die Gesundheitspolitik mit schleichender Privatisierung, Entsolidarisierung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems in solche Widersprüche verwickelt, aus denen es keine leichten Auswege gibt. Diese mussten zunächst gefunden werden.

Über die Interessen und Ziele ist man sich, trotz des Getöses, grundsätzlich durchaus einig: Beitragsentlastungen für die Unternehmen ("Kostendämpfung"), Ausbau eines expandierenden und weitgehend privatisierten "Gesundheitsmarktes", weitere Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und schließlich die Legitimation dieser Politik, die die Interessen der überwiegenden Mehrheit geradezu mit Füßen tritt. Gestritten wird um unterschiedliche Gewichtungen. Wie schwierig das allerdings ist, kann erst vor dem Hintergrund der folgenden drei großen und langfristigen Tendenzen verständlich werden. Dazu muss man über den Rand des Gesundheitswesens hinaus die politisch-ökonomische Entwicklung im Ganzen betrachten.

Seit den späten 1970er Jahren beobachten wir eine globale Tendenz der Umverteilung, die in Deutschland seit Ende der 1990er Jahre besonders stark politisch vorangetrieben worden ist – Stichwort: Hartz IV, Ausweitung des Niedriglohnbereichs. So haben die Bruttolöhne zwischen 2000 und 2008 stagniert (+ 1,0 %), während sie in Ländern wie Großbritannien um 25,5 % oder Frankreich um 8,4 % gestiegen sind. In der Alt-EU liegt die deutsche Lohnentwicklung laut aktuellen Zahlen des statistischen Amtes der EU (Eurostat) an letzter Stelle.

Wenn die Löhne als Grundlage der Beitragsberechnung stagnieren, während die GKV-Ausgaben im Tempo des Bruttoinlandsprodukts (BIP) wachsen, muss es zu erheblichen Einnahmedefiziten kommen. Also steigen die Beitragssätze. Das ist die Hauptursache des Finanzierungsdilemmas der GKV, das nicht "Kostenexplosion", sondern Einnahmeschrumpfung heißen müsste. Die Folgerungen der schwarzgelben, schwarzroten und rotgrünen Bundesregierungen lauteten: Ausgabendämpfung durch Leistungsausgrenzung, Selbstbeteiligung, Verbilligungsdruck. Begründet wird das mit dem Weltmarkt, der nach konkurrenzfähigen Lohnkosten verlange. Tatsache ist jedoch, dass die deutschen Lohnstückkosten

niedriger sind als die aller vergleichbaren Weltmarktkonkurrenten. Parallel zu diesen Bemühungen, mit der gleichen Begründung, wird permanent Druck in Richtung Steuersenkungen für Kapitaleinkommen aufgebaut.

Die zweite, ebenfalls globale Tendenz ist die Privatisierung öffentlicher Güter und Einrichtungen. Das geschieht nicht aus Gründen des Allgemeinwohls. Der Druck geht aus von der globalen Umverteilung zugunsten der Kapitaleinkommen. So sank in Deutschland der Anteil der Nettolöhne am Sozialprodukt zwischen 1991 und 2009 von 48,1 auf 38,4 %, während die Nettogewinnquote von 29,8 auf 36 % wuchs. Nettolöhne und Sozialeinkommen sind Konsumnachfrage. Diese stagniert und daher auch viele Märkte.

Sinken die Löhne, dann erhöhen sich die Gewinne, die aber bei stagnierenden Absatzmärkten Probleme haben, rentable Anlagemöglichkeiten zu finden. Es häuft sich überschüssiges Kapital, das mit Macht auf neue Anlagemöglichkeiten drängt. Im Visier waren von Anfang an die "Filetstücke" des öffentlichen Eigentums (z. B. Telekom, Bahn, Energie, Wasserversorgung), die Sozialversicherungen und einzelne öffentlich geförderte bzw. finanzierte Branchen. Deren größte sind die medizinischen Versorgungssysteme, die immerhin etwa ein Zehntel des gesamten BIP ausmachen.

Seit zwei Jahrzehnten feiern die Consulting-Industrie und Propagandisten im Gewande von Sachverständigen den "Zukunftsmarkt Gesundheit" als unaufhaltsam expandierendes Feld für Kapitalanlagen. Wie etwa der Krankensektor zeigt, ist man damit weit vorangekommen. Hier haben sich zusätzlich zu Pharma- und Geräteindustrie und Ärzteverbänden politisch mächtige Privatinteressen etabliert. Diese Interessen zielen nicht auf Ausgabendämpfung, sondern fordern, "mehr Geld ins System" zu lenken.

Der dritte bedeutende Trend ist die Entsolidarisierung der GKV. Während sie bei den "Gesundheitsreformen" der 1980er und 1990-er Jahre überwiegend als unerwünschte Nebenwirkung angesehen wurde, ist sie inzwischen zu einem eigenständigen Ziel geworden, das besonders aggressiv von FDP und neoliberalen Medien verfochten wird, zu dem aber auch Teile der CDU, SPD und der Grünen mit Wort und Tat beigetragen haben. Das zielt auf Abschaffung der Solidarausgleichsfunktion, auf Wettbewerb, Selbstbeteiligung, private Zusatz- und Vollversicherung.

In diesem Umfeld hatten sich die Koalitionäre zu bewegen. Die Auseinandersetzung wurde eröffnet mit der extremistischen wirtschaftsliberalen Forderung nach einer "Kopfpauschale" zur Finanzierung der GKV. Damit sollen die letzten Reste von Solidarausgleich eliminiert werden. Alle Versicherten müssten die gleiche Beitragssumme bezahlen. Je niedriger das Einkommen, desto höher faktisch der Beitragssatz.

Das Konzept birgt mindestens drei Probleme in sich: Zum einen ist der klassenkämpferische Charakter so unverkennbar, dass es mit erheblichen Legitimationsproblemen für das gesamte Projekt, ja sogar für die Regierungskoalition verbun-

den ist. Das wurde besonders von der CSU moniert. Zweitens würde die Kopfpauschale eine Spirale nach unten in Gang setzen, an deren Ende die GKV nur noch eine schlechte und unterfinanzierte Mindestsicherung sein wird. Das fördert automatisch die privaten Krankenversicherungen, denn je schlechter die Sozialversicherung, desto mehr Anreiz wird geschaffen zum Abschluss von Privatversicherungen. Das praktiziert man seit den 90er Jahren mit der Zerrüttung der Rentenversicherung und man will es auch in der GKV weiter verfolgen.

Drittens steht das Konzept des wirtschaftsliberalen Gesundheitsministers in schroffem Konflikt zur Finanzpolitik seiner eigenen Regierung. Denn auf einen Schlag umgesetzt, würde die Kopfpauschale einen großen Teil der Bezieher niedriger und mittlerer Einkommen in finanzielle Bedrängnis, wenn nicht Armut stürzen. Daher sieht man es zunächst als unvermeidlich an, Kompensationen aus Steuermitteln zu leisten, um die Höhe der Pauschale zu begrenzen, aber zugleich dem "Gesundheitsmarkt" nicht das Geld zu entziehen. Für einen halbwegs erträglichen Ausgleich wären – so haben die Beamten der Bundesregierung im Februar errechnen lassen – jährliche Zuschüsse von zwischen 22 Milliarden und 35 Milliarden Euro erforderlich. Und das in einer Situation, in der gerade die (unsinnige) "Schuldenbremse" in Verfassungsform gegossen wurde, die Länder und Gemeinden ihren fundamentalen Aufgaben der Daseinsvorsorge kaum mehr nachkommen können und man noch immer nicht von der Steuersenkungsrhetorik abgerückt ist. Das macht die Aufregung verständlich.

Der wohl gewichtigste Konfliktpunkt ist der zwischen den Interessen an Ausgaben- bzw. Lohnsenkungen, die generell von den Arbeitgebern und ihren politischen Helfern verfolgt werden und dem Konzept des "Zukunftsmarkts Gesundheitswirtschaft". Will man unter gegebenen Bedingungen die Beiträge drücken, werden die Möglichkeiten, auf Gesundheitsmärkten Kapital rentabel zu investieren, stark beeinträchtigt. Den Akteuren stellte sich also die Frage, wie man den Arbeitgebern etwas zukommen lassen kann, ohne es den Anbietern von Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens abzunehmen.

Der Regierungsbeschluss zur neuen Gesundheitsreform enthält Lösungen, die jedem der genannten Interessen etwas bieten:

1. Die Interessen der Unternehmen an noch niedrigeren Lohnkosten werden bedient, ohne der Gesundheitswirtschaft etwas zu nehmen. Der Interessenkonflikt wird entschärft zu Lasten Dritter, nämlich der Sozialversicherten. Ab 2012 soll der Arbeitgeberanteil am allgemeinen Beitragssatz der GKV auf 7,3 % des Bruttolohns begrenzt werden. Die "Gesundheitskosten werden von den Arbeitskosten für die Zukunft entkoppelt".

2. Die Interessen des "Zukunftsmarktes Gesundheit" werden folgendermaßen berücksichtigt: Die sich – bei weiterhin stagnierenden Löhnen – auftuende Lücke zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds bzw. der GKV plus dem fixen Bundesanteil von 14 Milliarden Euro ab 2012 und den Gesamtausgaben soll durch einen Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer und Rentner geschlossen werden.

3. Dem Verlangen nach konsequenter Fortsetzung der Entsolidarisierung kommt man entgegen – durch einen, zunächst noch moderaten, Einstieg in die nach oben offene Kopfpauschale. Denn die Kassen werden verpflichtet, diesen Zusatzbeitrag nicht als Prozentsatz vom Einkommen, sondern als einheitliche Summe zu erheben. Für Bedürftige soll ein gewisser Ausgleich aus Steuermitteln konzipiert werden, der erfahrungsgemäß im Laufe der Jahre unter die Räder der "Haushaltskonsolidierung" kommen wird.

4. Auch die Versicherungswirtschaft kommt nicht zu kurz: Neben den hohen Beiträgen werden weitere, noch nicht explizit beschlossene, Selbstbeteiligungen, Leistungsausgrenzungen und bürokratische Kleinlichkeiten die GKV so unattraktiv machen, dass der Markt für private Zusatz- und Vollversicherungen expandieren wird. Je mehr das geschieht, desto geringer wird dann auch das politische Gewicht der GKV, der die Mittelschicht davonlaufen wird. Sie wird tendenziell zu einer unterfinanzierten Mindestsicherung degenerieren, wie es von den Wirtschaftsliberalen aller Couleur seit langem angestrebt wird, ähnlich dem amerikanischen Medicaid-System. Das wiederum kommt dem Gesundheitskapital und den Ärzten entgegen, denn diese haben es dann nicht mehr mit Krankenkassen und somit einem Gegengewicht zu tun, sondern mit individuellen Patienten, die man bereits heute realistischerweise als Kunden bezeichnet. Die PKVen aller Länder neigen dazu, die Rechnungen der Anbieter zu bezahlen und die Ausgaben in Gestalt höherer Prämien an die Versicherten weiterzureichen.

Dieser Weg wird – über die aktuelle Gesundheitsreform hinaus – so lange fortgesetzt werden, wie die Arbeitnehmer und Rentner dieser Republik es sich bieten lassen.