

Deutschland wird digitaler

qualifizierte Ingenieure und hervorragende IT-Spezialisten. Wir haben eine der besten FuE-Infrastrukturen weltweit. Die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Wirtschaft in Deutschland ist beispielhaft. Diese gute Ausgangslage müssen wir für die Stärkung der internationalen Wettbewerbsposition des IKT-Standortes Deutschland konsequenter nutzen.

Wir haben immer noch Defizite im Bildungswesen. Wir haben Probleme mit der Einstellung zum unternehmerischen Risiko. Und wir haben Schwierigkeiten mit der Finanzierung für innovative Unternehmen. Wichtig sind vor allem gute Rahmenbedingungen. Wir wollen das geistige Eigentum besser schützen und mit guten und transparenten Normen und Standards und Wertschöpfung nach Deutschland ziehen. Wir wollen junge Unternehmensgründungen stärken, zum Beispiel mit der Fortführung des erfolgreichen Hightech-Gründerfonds und mit speziellen Gründer-Wettbewerben für innovative IKT-Unternehmen. Und wir wollen dort, wo es sinnvoll ist, innovative Unternehmen – vor allem kleine und mittlere Betriebe – nach Kräften unterstützen. Export bzw. Außenwirtschaft sei hier nur ein Stichwort.

Mit der neuen IKT-Strategie wollen wir den IKT-Standort Deutschland stärken und die Wettbewerbsfähigkeit der Hersteller und Anwender von IKT verbessern. Die Volkswirtschaft und die Gesellschaft werden davon genauso profitieren wie jeder Einzelne im Alltag.

Hans-Joachim Otto,

Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Wirtschaft und Technologie.

Heike Göbel

Mit langem Atem zur Prämie

Gesundheitspolitik der kleinen Schritte

Die Gesundheitsprämie hat in Deutschland wenige offene Unterstützer und viele Gegner. Verfemt als »Kopfpauschale« klebt an ihr das Stigma »sozial ungerecht« zu sein, politisch kommt das fast einem Todesurteil gleich. Eine Mehrheit der Bürger kann sich nicht vorstellen, dass auch die sozial ausgerichtete gesetzliche Krankenversicherung davon profitieren könnte, wenn sie nach ähnlichen Prinzipien funktionierte wie private Versicherungen. Deren Prämien richten sich nicht am Einkommen, sondern am Risiko des Versicherten aus. Sie finanzieren einen Kapitalstock, der helfen soll, die Prämien über den Lebenszyklus einigermaßen konstant zu halten. Solche Prämien sind ein Unterscheidungsmerkmal im Wettbewerb und liefern echte Preissignale, die helfen, mit dem knappen Gut der Gesundheitsleistungen sparsam umzugehen.

Vom Einkommen unabhängig erhobene Prämien sind damit gedanklich natürlich zunächst weit weg von der gesetzlichen Krankenversicherung nach deutschem Muster. Hier legt der Staat den Versichertenkreis fest. Er definiert einen einheitlichen Beitragssatz,

der von den Versicherten (und ihren Arbeitgebern) zwangsweise erhoben wird. Damit bestimmt der Staat zugleich den Kostenrahmen, dem sich die Leistungserbringer im Gesundheitssystem zu fügen haben. Das Geld ist am Jahresende aufgezehrt, es wird kein Kapital angespart, das vorsorgen hülfe.

Die Beiträge haben keinerlei Preisfunktion und damit keine Lenkungswirkung. Sie bemessen sich nach dem Arbeitseinkommen und tragen damit unterschiedlicher Zahlungsfähigkeit Rechnung. Gleichwohl versprechen sie für jedermann, ob er wenig oder viel einzahlt, im Wesentlichen dieselben Gesundheitsleistungen, und zwar stets auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts. Das ist nicht nur ein Gerechtigkeitsproblem. Hier wird auch die Illusion genährt, endliche Beitragseinnahmen gewährten – ohne Ansehen der Person und der Kosten – prinzipiell unendliche Gesundheitsleistungen. Weil sich die Knappheit nicht im Preis, also dem Beitrag zur Sozialversicherung ausdrücken darf, bricht sie sich auf unterschiedlichsten Wegen der Kostendämpfung Bahn: Es gibt längst eine schleichende Rationierung medizinischer Leistungen. Sie spiegelt sich in dem zunehmend enger definierten Katalog der »medizinisch notwendigen Leistungen«, welche die Kasse auf Gesundheitskarte tatsächlich noch übernimmt. Rationierung schlägt sich in Wartezeiten für Diagnose und Behandlung nieder und in Ärztemangel in ländlichen Gebieten. Denn staatliche Rationierung findet auch schon weit vor dem Arzt-



besuch statt: Ob Eingriffe in die Vergütung der Ärzte und der Pharmaindustrie, Zulassungsregeln für Medikamente, Bettenkapazitäten – nichts bleibt ohne Folgen für das tatsächliche Leistungsangebot. Die Knappheit zeigt sich natürlich auch in den immer wieder aufflackernden Kämpfen zwischen den Lobbygruppen, die ihre Gesundheitsleistungen nicht angemessen vergütet sehen und sich heftige Auseinandersetzungen um die größten Teile des Kuchens liefern. Und die Knappheit wird für den gesetzlich Versicherten mittlerweile auch an den zahlreichen Zuzahlungen sichtbar, die ihm abverlangt werden.

Den Kostenschleier lüften

Von einer Umstellung der einkommensabhängigen Beiträge auf einkommensunabhängige Prämien in der gesetzlichen Krankenversicherung versprechen sich die Befürworter keine Wunder im Umgang mit der Knappheit. Sie sind bescheidener. Für sie liegen die Vorteile der Prämie im Wesentlichen auf zwei Feldern: Erstens schafft die Prämie, selbst wenn sie nicht am individuellen Risiko orientiert ist, zumindest Klarheit über die durchschnittlichen Kosten der Krankenversicherung für den Einzelnen. Dadurch wird die soziale Umverteilung im Gesundheitssystem erst sichtbar und so einer öffentlichen Diskussion zugänglich. Das lüftet den Schleier der Unwissenheit und sollte eine heilsame Wirkung haben: Nur wer weiß, was er schon alles bekommt

Mit langem Atem zur Prämie

von der Allgemeinheit, oder was er schon zahlt für die Gesundheit der anderen, kann ein sachgerechtes Urteil über die Gesundheitspolitik fällen und neue Forderungen wirklich beurteilen.

So kommt eine offene Debatte über den sozialen Ausgleich in Gang: Wie viel Umverteilung ist erforderlich? Und wonach bemisst sich die Bedürftigkeit: Werden neben dem Arbeitseinkommen auch andere Einkünfte (Mieteinnahmen, Zinsen) einbezogen, dürfte sich der Ausgleichsbedarf verringern. Das würde die Gerechtigkeit fördern. Der soziale Ausgleich sollte dann als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus dem Steueraufkommen finanziert werden und damit von allen Steuerzahlern, nicht nur von den Beitragszahlern der gesetzlichen Kassen.

Zweitens trennt die Prämie die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Jeder Kostenschub, der sich in höheren Beitragssätzen vom Lohn niederschlägt, verteuert bisher sofort den Arbeitsplatz. Wird dieser Konnex gelöst, kann dies die Beschäftigung fördern. Man darf sich allerdings nichts vormachen: Geringeren Lohnnebenkosten stehen dann möglicherweise höhere Steuern für die Gesundheit gegenüber.

Mit zusätzlichen Einnahmen für die Krankenversicherung ist die Umstellung auf eine Prämie nicht notwendig verbunden. Allein die Umstellung auf eine zumindest anfänglich weitgehend einheitliche Prämie entfaltet natürlich auch noch keine steuernde Wirkung auf die Ausgabenseite. Hinzukommen müssen größere Spielräume der Kassen auf der Leistungsseite. Hier liegt der Hase im Pfeffer. Die Kassen müssen sich unterscheiden dürfen. Das bedeutet, dass nach und nach mit der

Illusion aufgeräumt wird, dass die Leistungen überall gleich sein müssen.

Die Prämie fördert einen Suchprozess

Im Idealfall befördert die Prämie in der Sozialversicherung einen Suchprozess, der die Kassen zwingt, Versicherte als Kunden zu begreifen, deren Wünsche zu erkunden und sie an die Ärzte, Apotheker und Krankenhäuser weiterzugeben – und an die Politik. Die Versicherten erfahren, welchen Preis die Absicherung des Krankheitsrisikos hat. Sie könnten über Selbstbehalte und andere Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten angeregt werden, und lernen, ergänzend für kleinere Risiken zu sparen. Die Prämie eröffnet mehr Perspektiven als eine wettbewerbliche Kostenkontrolle. Wenn es politisch gewollt ist, könnten nach und nach die Grenzen zwischen privaten und gesetzlichen Kassen fallen. Auch ließe sich mit der Prämie ein Kapitalstock ansparen – und damit endlich im Gesundheitssystem angemessene Vorsorge für die Kosten der alternden Gesellschaft treffen.

Von der Theorie zur Praxis

Diesen Prozess wenigstens behutsam in Gang zu setzen und zu sehen, welche Wirkung er auf Kosten, Leistung und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem hat, darauf käme es an. Und es scheint, als habe sich die schwarzgelbe Koalition unter Bundeskanzlerin Angela Merkel nun so weit ein Herz gefasst, dass sie der Prämie nach und nach ein größeres Gewicht im Finanzierungsmix des deutschen Gesundheitssystems geben will.

Als Anknüpfungspunkt dient die schon von der großen Koalition eingeführte Mög-

lichkeit, dass die Kassen eine Zusatzprämie erheben, wenn sie mit dem Geld, das ihnen die Politik aus dem Gesundheitsfonds anweist (der von Beitragseinnahmen und Steuerzuschüssen gespeist wird) nicht auskommen. Dieser Zusatzbeitrag ist bisher auf ein Prozent des Einkommens gedeckelt, einen sozialen Ausgleich gibt es nicht.

Wenn der Kompromiss hält, auf den sich CDU, CSU und FDP nach langem Streit kurz vor der Sommerpause verständigt haben, fällt der Deckel auf der Zusatzprämie weg. Das gibt den Kassen mehr Freiheit, über ihre Finanzen zu entscheiden. Ein Teil des Zusatzbeitrags soll dabei künftig – wie versprochen – aus Steuermitteln sozial ausgleichen, um Härten zu verhindern. Erkennbar ist das Bestreben, das Ausgleichsverfahren unbürokratisch und für Betroffene nicht stigmatisierend abzuwickeln. Der Preis für diese Vereinfachung liegt darin, dass (zumindest vorläufig) darauf verzichtet wird, die Bedürftigkeit zielgenau festzustellen, also unter Einschluss auch anderer Einkünfte als dem Lohn.

Die schwarz-gelbe Koalition begibt sich, angetrieben vom liberalen Gesundheitsminister Philipp Rösler, auf unbekanntes, schwieriges Terrain. Das neue Zusatzprämien-Modell ist sehr erklärungsbedürftig. Und es erfordert, um seine Wirkungen abschätzen zu können, politischen Atem über eine Legislaturperiode hinaus. Denn leider reicht der Mut der Regierung Merkel dann doch nicht so weit, unverzüglich Voraussetzungen zu schaffen, unter denen die neuen Prämien rasch wirken könnten. So hätte das für 2011 erwartete Defizit von rund zehn Milliarden Euro durchaus schon über die Zusatzprämien finanziert werden können. Im Schnitt wären auf jeden der 52 Millionen Beitragszahler 16 Euro entfallen.

Für den Sozialausgleich hätte man nach Einschätzung des Gesundheitsministers weniger als eine Milliarde Euro gebraucht.

Doch als Zugeständnis auch an die CSU, die Kopfpauschalen ablehnt, wird die Finanzausstattung der Krankenkassen zunächst noch einmal nach altem Muster ausgeweitet: Der Beitragssatz soll zum Jahresende von 14,9 auf 15,5% des Bruttolohns steigen: Je 0,3% des Anstiegs tragen Arbeitgeber und Arbeitnehmer: insgesamt sechs Milliarden Euro. Zudem steigt der Steuerzuschuss um zwei Milliarden Euro. Bis vier Milliarden Euro verspricht man sich durch Kostendämpfungsmaßnahmen, die dem Anspruch der FDP, eine möglichst marktnahe wettbewerbliche Steuerung zu erreichen, kaum entsprechen.

Das zeigt, welche Hindernisse und Widerstände zu überwinden sind, bevor die Zusatzprämien irgendwann greifen können. Ob sie tatsächlich helfen, die planwirtschaftlich anmutende Spirale aus ständigen Beitragssatzsteigerungen, höheren Steuerzuschüssen und phantasieloser Kostendämpfung per staatlich verordneten Deckeln zu stoppen? Das weiß niemand. Gut möglich, dass durch die Zusatzprämie die Geschichte der deutschen Gesundheitspolitik um einige Irrtümer reicher wird. Aber es wären immerhin neue Irrtümer, aus denen sich dann neue Lehren und Erfahrungen gewinnen ließen – für ein besseres, bezahlbares Gesundheitssystem.

Heike Göbel,

*Leiterin des Ressorts Wirtschaftspolitik bei der
Frankfurter Allgemeinen Zeitung.*
