
Anmerkungen zur Zukunft der Sozialpolitik

ULRICH ROPPEL

Dr. Ulrich Roppel, Abteilungsleiter im Bundeskanzleramt a. D.

Zusammenfassung: Die deutsche Sozialpolitik steht vor enormen Herausforderungen. Die gesetzlichen Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungen stehen nicht zuletzt wegen des absehbar starken demographischen Wandels unter Druck. In Zukunft werden immer mehr Leistungsempfängern immer weniger Beitragszahler gegenüber stehen. Die Politik ist gefordert, einem drohenden Generationenkonflikt entgegenzuwirken. In diesem Beitrag wird für eine einnahmenorientierte Steuerung der Sozialleistungen plädiert. Zusätzlich wird eine wettbewerbsorientierte Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert.

→ JEL Classification: J11, P30

→ Keywords: Sozialpolitik, demographischer Wandel, Krankenversicherung, Rentenversicherung, einnahmeorientierte Steuerung

Der Beitrag gibt ausschließlich die Meinung des Autors wieder.

I Vorbemerkung

„Mehr ist nicht zwingend besser als weniger.“ Diese Feststellung ist aus der Monopoltheorie bestens bekannt; dort wird darauf hingewiesen, dass nicht jede Preissteigerung zu höheren Umsätzen führt. Vergleichbares gilt für die Steuerung von Sozialleistungen; auch dort sind Rückwirkungen zu beachten. Umstritten ist dabei stets die Grenze: Welche weitere Preissteigerung führt zu sinkenden Umsätzen, welche weitere Anhebung der Beitragssätze zur Sozialversicherung wirkt kontraproduktiv? Hier wird für eine einnahmenorientierte Steuerung der Sozialleistungen auf Grundlage der 40-Prozent-Regel – die Summe der paritätisch finanzierten Beitragssätze soll die 40-Prozent-Grenze nicht übersteigen – plädiert. Ein Überschreiten der Grenze ist allenfalls kurzfristig – aus konjunkturellen Gründen – tolerierbar, aber nicht dauerhaft.

Dieses Plädoyer stützt sich nicht allein auf Erfahrungen der jüngsten Vergangenheit. Die Regierung Schröder musste aufgrund von Sorgen über die Rückwirkungen weiterer Anhebungen der Beitragssätze die Reißleine ziehen und sogar einen Bruch mit zahlreichen Gewerkschaften in Kauf nehmen. Sie hat nicht nur erkennen müssen, dass sich eine Sozialpolitik, die sich primär an dem statischen Ziel der Umverteilung orientiert, durchaus den wirtschaftlichen Ast absägen kann, auf dem sie sitzt; dass es eben nicht nur auf das sozial Wünschbare, sondern auch auf das dauerhaft finanziell Leistbare ankommt. Sie hat zugleich erkennen müssen, dass eine Steuerung von Gesellschaften nach dem Prinzip „wir treffen die Entscheidungen, ihr tragt die Verantwortung“ nicht zukunftsfähig ist. Dieses Prinzip hat nicht nur auf dem Arbeits-, sondern auch auf dem Kapitalmarkt zu fatalen Folgen geführt und radikale Eingriffe erzwungen.

Das Plädoyer orientiert sich auch an dem absehbar starken demographischen Wandel. Wenn die Zahl der Beitragszahler drastisch sinken und die der Leistungsempfänger drastisch steigen wird, dann würden die Beitragssätze zur Sozialversicherung zu galoppieren beginnen. Die Konsequenzen wären fatal. Unmittelbar einsichtig ist, dass eine Generation nicht mit Beiträgen und Steuern belastet werden kann, die größer sind als ihre Einkommen. Faktisch liegt die Belastungsgrenze jedoch deutlich niedriger, die Transferansprüche können bereits sehr viel früher entwertet werden. Diese Sorge spiegelt sich auch in dem Hinweis wider, dass nur „finanzierbare Renten sichere Renten“ sind. Daher sollten die Sozialleistungen selbst im demographischen Wandel auf der Basis der 40-Prozent-Regel gesteuert werden – wissend, dass dies ein sehr schwieriges und konfliktreiches Unterfangen sein wird.

Ein häufig geäußelter Einwand ist, dass bei einem Festhalten an dieser Regel das Armutsrisiko in Deutschland zunehmen wird. Die diesem Einwand zugrunde liegende Armutsdefinition, die sich allein auf die Einkommensverteilung bezieht, ist allerdings absurd. Nach dieser Definition steigt das Armutsrisiko selbst in denjenigen Marktwirtschaften, die ihren Bürgern eine Grundsicherung anbieten. Hingegen haben Planwirtschaften, in denen die (jedenfalls die von der Parteiführung berichtete) Einkommensverteilung gleich ist, kein Armutsrisiko, auch wenn die Bürger nur dadurch vor dem Verhungern gerettet werden können, dass in (nach dieser Definition von Armut bedrohten) Marktwirtschaften um Nahrungsmittelhilfe gebettelt wird.

Vorab wird jedoch kurz auf eine Erfahrung hingewiesen, die im Zuge der Bewältigung der aktuellen Wirtschaftskrise deutlich wurde: darauf, dass Sozialpolitik erheblich dazu beitragen kann, Protektionismus zu verhindern.

2 **Sozialpolitik kann Protektionismus verhindern**

Zwar sind offene Volkswirtschaften eine für materielle Wohlstandssteigerungen zentrale Quelle, das aber ist nur die eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist, dass internationaler Wettbewerb einhergeht mit Strukturwandel. Daher reicht es nicht aus, allein auf die Chancen der Globalisierung zu verweisen; die Sorgen zahlreicher Arbeitnehmer vor Einkommens- und Beschäftigungsverlusten sollten gleichermaßen ernst genommen werden.

Sie werden ernst genommen in einer Sozialen Marktwirtschaft, da dort beide Facetten ihren Stellenwert haben: Wettbewerb – einschließlich globaler Wettbewerb – als Wohlstandsquelle und Sozialpolitik als Schutz vor Risiken. Sozialpolitik kann verhindern, dass das Risiko des Scheiterns eine Angst vor dem Risiko wettbewerblicher Prozesse induziert. Sie erinnert damit an die Funktion einer Bremse: Diese dient nicht allein dem Ziel, die Geschwindigkeit zu verringern, sondern auch dem Ziel, höhere Geschwindigkeiten zu ermöglichen.

Sozialpolitik gerät jedoch dann in eine Schiefelage, wenn sie Rückwirkungen auslöst, die ihre materiellen Grundlagen gefährden. Wohlstand entsteht nicht zuletzt durch Arbeit; es ist deshalb auch keine gute Strategie, Arbeit im kommenden demographischen Wandel kontinuierlich teurer zu machen. Ebenso allerdings wird eine Wachstumspolitik dann kontraproduktiv, wenn sie Sozialleistungen ausschließlich als Kostenfaktor betrachtet.

Dass die Konzeption der Sozialen Marktwirtschaft beide Facetten hat (Sozialpolitik und Wettbewerb), ist jedoch vielerorts verdrängt worden. Die jüngste Wirtschaftskrise hat dies deutlich in Erinnerung gerufen. Damit ist nicht allein die konjunkturpolitische Bedeutung der Sozialleistungssysteme (Stabilisierungswirkung) gemeint, sondern vor allem, dass diese wesentlich dazu beigetragen haben, Protektionismus zu verhindern.

Daher ist auch zu begrüßen, dass die Regierung Merkel den Kontakt nicht nur mit den nationalen Gewerkschaften, sondern auch mit der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Welthandelsorganisation (WTO) gesucht hat, um für das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft zu werben. Im Fokus der ILO stehen isoliert die wirtschaftlichen Risiken, im Fokus der WTO isoliert die wirtschaftlichen Chancen der Globalisierung. Das ist zwar dem jeweiligen Auftrag geschuldet und insofern auch nicht zu beanstanden. Eine verantwortungsbewusste Politik muss diese isolierte Betrachtungsweise jedoch überwinden.

3 **Eine einnahmenorientierte Steuerung der Sozialleistungen kann eine kontraproduktive Sozialpolitik verhindern**

Die 40-Prozent-Regel entspricht einem Politikkonzept, das verhindern soll, dass die Sozialpolitik in einem schleichenden Prozess kontraproduktiv wird. Vergleichbare Wirkungen hat die im Grundgesetz verankerte neue Schuldenregel. Sie verpflichtet den Bund, die strukturelle (nicht die konjunkturelle) Nettokreditaufnahme auf maximal 0,35 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zu begrenzen; den Ländern ist eine strukturelle Kreditaufnahme sogar gänzlich verboten (Grundgesetz Art. 115). In einem Übergangszeitraum kann davon abgewichen werden, vom Bund in engen Grenzen bis Ende 2015, von den Ländern bis Ende 2019. Diese Regel limitiert den Handlungsspielraum des Staates nicht nur mit Blick auf eine Ausweitung der staatlichen Beteiligung bei der

Finanzierung der Sozialleistungssysteme deutlich. Sie soll auch verhindern, dass das Interesse an möglichst kleinen Belastungen der gegenwärtigen Generationen auf lange Frist zu desaströsen Folgen für die kommenden Generationen führt.

Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit eines für die Sozialpolitik höchst problematischen Generationenkonfliktes zu veranschlagen? Zwei Sachverhalte sind hier zentral: zum einen, dass mit der Staatsverschuldung faktisch Rechnungen an unsere Kinder und Enkelkinder weitergereicht werden; zum anderen, dass die demographische Entwicklung den Rechnungsbetrag, den wir an unsere Nachkommen weitergeben, dramatisch steigern kann. Der Betrag, den die gegenwärtigen Generationen für die von ihnen in Anspruch genommenen Sozialleistungen zu bezahlen haben, wurde bereits über viele Jahre hinweg klein gehalten. Die Einsicht, dass für das bezahlt werden muss, was ausgegeben wird („no free lunch“), wurde im politischen Wettbewerb zurückgedrängt. Verdrängt wurde dabei auch, dass wir Verantwortung für die kommenden Generationen tragen. Das ist keine populistische Politikerschelte, da nicht nur wirtschaftliche Führungskräfte bei ihrem Angebot wirtschaftlicher, sondern auch politische Führungskräfte bei ihrem Angebot politischer Produkte dem Wettbewerb unterliegen. Letztlich ist diese Entwicklung dem Wähler geschuldet.

Wie groß ist in etwa der Rechnungsbetrag, der den kommenden Generationen überreicht wird? Und welchen Einfluss hat darauf die demographische Entwicklung? Das Bundesfinanzministerium veröffentlicht seit einigen Jahren sogenannte „Tragfähigkeitsberichte“, die sich konkret mit diesen Fragen befassen. Sie basieren auf den demographischen Prognosen des Statistischen Bundesamtes. Das ist wichtig, da es sich hierbei um amtliche Prognosen handelt, das dort gezeichnete Bild folglich nicht von Wissenschaftlern stammt, die keine politische Verantwortung tragen.

Prognosen sind konditionierte, an Annahmen gebundene Aussagen. Diese können – auch bei Nutzung des besten verfügbaren Wissens – falsch sein; sämtliche Prognosen sind daher immanent unsicher. Warum dann, so die bisweilen gestellte Frage, sollte sich die Sozialpolitik an demographischen Prognosen orientieren? Dieser Einwand ist jedoch nur auf den ersten Blick, nicht aber bei genauerem Hinsehen tragfähig. Denn das Bild, das die demographischen Prognosen für Deutschland zeichnen, vermittelt zu einem großen Teil lediglich Einsichten über in der Vergangenheit getroffene Entscheidungen. Es informiert über den Preis, den wir dafür zahlen müssen, dass individuelle Entscheidungen für niedrige Fertilitätsraten getroffen wurden, und zugleich auch über den Preis, den wir dafür zahlen müssen, dass erfreulicherweise unsere Lebenserwartung gestiegen ist. Der Vorwurf der „Unsicherheit“ sollte sich deshalb auch primär darauf richten, dass zugleich der Status quo in die Zukunft extrapoliert wird. Darauf, dass angenommen wird, die Geburtenraten würden in etwa auf dem gegenwärtigen Stand verharren und die Lebenserwartung würde weiter zunehmen. Für die mittlere Frist entscheidend sind aber nur die bereits in der Vergangenheit angelegten Prozesse. Das zeigen auch Sensitivitätsrechnungen mit extrem optimistischen Wirtschaftsannahmen, die den grundlegenden Befund des demographischen Wandels nicht substantiell korrigieren. Allerdings ist nicht nur vor einer Verharmlosung, sondern auch vor Katastrophenszenarien zu warnen. Denn beides führt zu einer gefährlichen Blockadepolitik.

4 Einnahmenorientierte Steuerung der Gesetzlichen Rentenversicherung

Die Bedeutung des demographischen Wandels wurde von der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) nicht nur früh gesehen, es wurde auch früh gehandelt. Welchen Stellenwert die Demographie hat, kann anhand der GRV-Budgetgleichung transparent gemacht werden. Zahlreiche institutionelle Regelungen brauchen dabei nicht berücksichtigt zu werden; der Informationswert der nachfolgenden Darstellung wird dadurch nicht substantiell geschmälert.

Kasten 1

Definitionen

- E: Bevölkerung im Erwerbsalter
- a_e : Anteil der Bevölkerung im Erwerbsalter, die Beiträge an die GRV leistet
- b: der Beitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil)
- e: die Höhe des versicherungspflichtigen Pro-Kopf-Einkommens
- R: Bevölkerung im Rentenalter
- a_r : Anteil der Bevölkerung im Rentenalter, die Renten von der GRV bezieht
- r: die Höhe der Pro-Kopf-Rente

$$b \cdot e / r = R \cdot a_r / E \cdot a_e \quad (1)$$

Gleichung (1) (zur Herleitung siehe Kasten 2) bringt zum Ausdruck, dass der Quotient $b \cdot e / r$, also das Verhältnis von Beiträgen zu Rente, durch den Rentner-Quotienten ($R \cdot a_r / E \cdot a_e$) festgelegt ist, der wiederum dem Produkt aus dem demographischen Alten-Quotienten (R/E) und dem Rentenbezieher/Beitragszahler-Quotienten (a_r/a_e) entspricht. Insofern determiniert der Rentner-Quotient zwar den Beitragssatz; dieser hängt aber nicht allein von der demographischen Entwicklung, sondern auch vom Rentenrecht und der Erwerbsbeteiligung ab.

$$b = (R \cdot a_r / E \cdot a_e) \cdot (r / e) \quad (2)$$

Durch Gleichung (2) wird deutlich, dass der Beitragssatz (b) auch vom Renten/Lohn-Quotienten (r/e) abhängt. Diese Ersatzrate ist eine sozialpolitische Kenngröße, sie kennzeichnet das einkommenspolitische Ziel der Rentenversicherung. Dieses wird zentral über die Rentenanpassungsformel gesteuert (Sachverständigenrat 2004, Ziffer 313 ff.); steigt im Zeitablauf die Durchschnittsrente weniger stark als der Durchschnittslohn, sinkt die Ersatzrate.

Das demographische Problem ist, dass es zukünftig zu einem massiven Anstieg des Alten-Quotienten kommen wird. Wird angenommen, dass diese Entwicklung nicht vollständig durch eine höhere Erwerbsbeteiligung aufgefangen werden kann, wird es auch zu einem Anstieg des Rentner-Quotienten kommen. Hinsichtlich der somit erforderlichen Entscheidung über das

Kasten 2

Einnahmen-Ausgabengleichgewicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)

Auf der Einnahmenseite ist der Ausgangspunkt die Bevölkerung im Erwerbsalter (E). Nur ein Teil davon, der hier mit a_e bezeichnet wird, zahlt Beiträge an die GRV. Dementsprechend benennt das Produkt aus E und a_e die Personenzahl, die Beiträge an die GRV leistet. Wird ferner mit b der Beitragssatz (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) und mit e die Höhe des versicherungspflichtigen Pro-Kopf-Einkommens bezeichnet, lassen sich die Einnahmen wie folgt darstellen:

$$\text{Einnahmen} = E * a_e * b * e$$

Vernachlässigt wird hier, dass die Finanzierung der GRV nicht nur durch Beiträge, sondern auch durch Bundesmittel erfolgt (zurzeit sind dies etwa 65 Milliarden Euro, das entspricht etwa 26 Prozent der GRV-Ausgaben).

Auf der Ausgabenseite ist der Ausgangspunkt die Bevölkerung im Rentenalter (R). Auch hier ist zu berücksichtigen, dass nur ein Teil davon (a_r) Renten von der GRV bezieht. Dementsprechend benennt das Produkt aus R und a_r die Personenzahl, die Renten von der GRV erhält. Wird mit r die Höhe der Pro-Kopf-Rente bezeichnet, können die Rentenausgaben wie folgt dargestellt werden.

$$\text{Ausgaben} = R * a_r * r$$

Vernachlässigt wird hier, dass die GRV noch andere Aufgaben wahrnimmt, unter anderem bietet sie Leistungen der Rehabilitation an.

Im finanziellen Gleichgewicht müssen sich Einnahmen und Ausgaben entsprechen:

$$E * a_e * b * e = R * a_r * r$$

Durch Umformung erhält man Gleichung (1), welche die Bestimmungsfaktoren für das Verhältnis von Beiträgen zur Rente $b * e / r$ widerspiegelt. Eine erneute Umformung von (1) ergibt Gleichung (2). Sie zeigt, welche Faktoren die Höhe des Beitragssatzes b im Einnahmen-/Ausgabengleichgewicht bestimmen.

Verhältnis von b und r/e sind im Prinzip drei Lösungen denkbar: Bei einem Anstieg des Rentner-Quotienten kann (i) der Beitragssatz konstant bleiben, wenn die Ersatzrate entsprechend sinkt, (ii) die Ersatzrate konstant bleiben, wenn der Beitragssatz entsprechend steigt, (iii) die Ersatzrate verringert und der Beitragssatz angehoben werden. Die Regierung Schröder hat zwar grundsätzlich die Lösung (iii) gewählt, faktisch jedoch die Entscheidung primär zugunsten von (i) getroffen: Das Rentenrecht fixiert den Anstieg des Beitragssatzes; dieser soll bis 2020 nicht über 20 und bis 2030 nicht über 22 Prozent steigen. Insoweit wird auch davon gesprochen, dass die Regierung Schröder die 40-Prozent-Regel lediglich für den Zeitraum bis 2020 vereinbart und für den Zeitraum danach eine 42-Prozent-Regel vorgesehen hat. Zwecks Umsetzung des Beitragssatzziels wurden dabei zwei wesentliche Maßnahmen vereinbart: eine Ausweitung der Lebensarbeitszeit („Rente mit 67“) und eine Dämpfung der Rentenanpassung.

Die Rentenanpassung orientiert sich zwar grundsätzlich an der Lohnentwicklung (und nicht an der Preisentwicklung); jedoch wird sie durch weitere Faktoren gedämpft. Von langfristig zen-

traler Bedeutung sind dabei der „Nachhaltigkeitsfaktor“ und das Gewicht, mit dem er auf die Anpassung einwirkt. Der aktuelle Wert ($\alpha = 0,25$) soll sicherstellen, dass der Beitragssatz unterhalb der fixierten Werte bleibt. Diese Vorgehensweise ist in jüngster Zeit mittelbar infolge des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zu den so genannten Hartz IV-Kinderregelsätzen unter Druck geraten. Das Verfassungsgericht hat den Verbund zwischen der Renten- und der Regelsatzanpassung („steigen die Renten um x Prozent, steigen auch die Regelsätze um x Prozent“) als verfassungswidrig eingestuft. Als Folge davon könnten die Regelsätze stärker steigen als die Rentenanpassung. Das hat bereits zu der Forderung geführt, die Rentenanpassung in den Jahren, in denen die Regelsatzanpassung größer ausfällt, mindestens in Höhe der Regelsatzanpassung vorzunehmen. Damit wird eine weitere „Schutzklausel“ gefordert, was aber nichts anderes darstellt als eine Änderung der Rentenanpassung. Nicht nur ein Aussetzen der „Rente mit 67“, sondern auch ein Umsetzen dieser Forderung würde dem GRV-Beitragsziel widersprechen. Zudem wäre eine Rentensteigerung mindestens in Höhe der Regelsatzanpassung alles andere als zielgenau, da diese allen Rentnern unabhängig von Bedürftigkeit zugute käme – und nicht nur denen, die sich an der Grenze zur Grundsicherung im Alter befinden.

5 Einnahmenorientierte Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Weniger bekannt als die Folgen für die GRV sind die Auswirkungen der demographischen Entwicklung für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Erneut können diese mittels ihrer Budgetgleichung transparent gemacht werden. Da bereits auf die wirtschaftliche Bedeutung der Erwerbsbeteiligung hingewiesen wurde, kann hier ausgeblendet werden, dass weder alle Erwerbstätigen noch alle Rentenbezieher GKV-Beitragszahler und GKV-Leistungsempfänger sind. Ferner wird vernachlässigt, wie zuvor bei der GRV, dass die Finanzierung der GKV nicht nur durch Beiträge, sondern auch durch Bundesmittel erfolgt (derzeit sind dies gut 15 Milliarden Euro, das sind fast neun Prozent der GKV-Ausgaben).

Gleichung (3) (zur Herleitung siehe Kasten 3) zeigt die Bestimmungsgründe des Beitragssatzes in der GKV im Einnahmen-Ausgabengleichgewicht:

$$b = a_e / e * 1 + [(a_r / a_e) * (R / E)] / 1 + [(r / e) * (R / E)] \quad (3)$$

Die gesundheitspolitische Diskussion erstreckt sich typischerweise auf den Quotienten (a_e/e), mithin auf das Verhältnis zwischen den Einkommen und den Ausgaben der Erwerbstätigen. Die Kritik richtet sich zumeist darauf, dass die Einkommen der Erwerbstätigen stark konjunkturabhängig sind und dass aus haushaltspolitischen Gründen diskretionär in die Lohnsteuerung zu Lasten der GKV eingegriffen wurde (Vorwurf des „Verschiebebahnhoofs“). Hier hingegen stehen im Fokus die strukturellen Faktoren (R/E), (a_r/a_e) sowie (r/e) und die Frage, welchen Einfluss die demographische Entwicklung darauf haben wird.

Zwar ist, wie erwähnt, die Entwicklung des Rentner-Quotienten (R/E) zentral mit der demographischen Entwicklung verknüpft. Gleichung (3) zeigt jedoch, dass dessen Einfluss auf den Beitragssatz der GKV insofern unbestimmt ist, als der Rentner-Quotient sowohl im Zähler als auch im Nenner vertreten ist. Dadurch wird auf einen wichtigen Unterschied aufmerksam gemacht: In der GRV fallen die Rentner als Beitragszahler in der Phase des Leistungsbezugs aus, nicht

Kasten 3

Einnahmen-Ausgabengleichgewicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Unter Beibehaltung der eingeführten Definitionen (siehe Kasten 1) lassen sich die Einnahmen der GKV als Summe der Produkte aus den Beitragseinnahmen der Erwerbstätigen ($b \cdot e \cdot E$) und denen der Rentenbezieher ($b \cdot r \cdot R$) darstellen:

$$\text{Einnahmen} = b(e \cdot E + r \cdot R)$$

Die Ausgaben ergeben sich als Summe der Produkte aus den Ausgaben der Erwerbstätigen ($a_E \cdot E$) und denen der Rentenbezieher ($a_R \cdot R$):

$$\text{Ausgaben} = a_E \cdot E + a_R \cdot R$$

Das finanzielle Gleichgewicht erfordert die Übereinstimmung von Einnahmen und Ausgaben:

$$b(e \cdot E + r \cdot R) = a_E \cdot E + a_R \cdot R$$

Aufgelöst nach dem Beitragssatz folgt daraus:

$$b = (a_E \cdot E + a_R \cdot R) / (e \cdot E + r \cdot R)$$

Durch Umformung erhält man die Gleichung für den Beitragssatz:

$$b = a_E / e \cdot 1 + [(a_R / a_E) \cdot (R / E)] / [1 + [(r / e) \cdot (R / E)]]$$

aber in der GKV. Allerdings wird der Rentner-Quotient im Zähler und Nenner unterschiedlich gewichtet: im Zähler mit dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Rentner und denen der Erwerbstätigen (a_R/a_E), im Nenner mit dem Verhältnis zwischen dem Einkommen der Rentner und dem der Erwerbstätigen (r/e). Daher hängt es von der Höhe dieser Gewichte ab, in welcher Weise sich der Rentner-Quotient auf den Beitragssatz auswirkt. Steigt das Verhältnis der Ausgaben je Rentner zu den Ausgaben je Erwerbstätigen (a_R/a_E), dann steigt auch der Beitragssatz. Einen beitragsatzsteigernden Effekt hat auch eine Entwicklung, bei der das Verhältnis zwischen dem Einkommen der Rentner und dem der Erwerbstätigen (r/e) sinkt.

Die zentrale Frage ist demzufolge erstens: Welches Gewicht wird das Verhältnis der Ausgaben je Rentner zu den Ausgaben je Erwerbstätigen (a_R/a_E) haben? Umstritten ist hier vor allem, wie die Zunahme der Lebenserwartung wirken wird. Im Rahmen der Expansionsthese (Medikalisierungsthese) wird argumentiert, dass es zu einem überproportionalen Anstieg der Ausgaben der Rentner im Verhältnis zu denen der Erwerbstätigen, mithin zu einer Versteilerung der Ausgabenprofile kommen wird. Im Rahmen der Kompressionsthese wird genau dieser Zusammenhang bestritten (Statistische Ämter 2010). Diese Kontroverse macht auf einen weiteren wichtigen Unterschied zwischen GRV und GKV aufmerksam: auf die Bedeutung des medizinischen Fort-

schritts. Die Vertreter der Expansionsthese weisen darauf hin, dass der medizinische Fortschritt im Zusammenwirken mit der steigenden Lebenserwartung zu einem massiven Anstieg des Beitragssatzes in der GKV führen wird; die Vertreter der Kompressionsthese hingegen betrachten allein die weitaus geringeren Wirkungen des demographischen Wandels. Für die Größenordnung des Beitragssatzsteigernden Effektes ist folglich entscheidend, welche Wirkung der medizinische Fortschritt haben wird. Hier liegt eine zentrale Zukunftsaufgabe für Wissenschaft und Politik. Die Wissenschaft ist gefordert, dessen Wirkungen zu präzisieren; die Aufgabe der Politik wird sein, diesen in die gewünschte Richtung zu lenken. Keine gute Strategie ist, den medizinischen Fortschritt grundsätzlich als Störfaktor zu betrachten.

Und welches Gewicht wird zweitens das Verhältnis zwischen dem Einkommen der Rentner und dem der Erwerbstätigen (r/e) haben? Dieses ist zwar nicht unmittelbar, aber mittelbar von der demographischen Entwicklung abhängig. Rentner verfügen über ein geringeres Einkommen als Erwerbstätige, die Ersatzrate liegt unter 100 Prozent. Dieser Niveauunterschied wird sich jedoch zukünftig vergrößern, da – wie dargelegt – von einem längerfristigen Rückgang der Ersatzrate auszugehen ist.

Die GKV wird deshalb nicht nur ein Ausgaben-, sondern auch ein Einnahmenproblem bekommen. Das Ausgabenproblem wird (auch) aus dem Zusammenwirken von medizinischem Fortschritt und steigender Lebenserwartung, das Einnahmenproblem aus dem Rückgang der Ersatzrate resultieren. Das Spektrum der Beitragssatzentwicklung wird dabei in Anbetracht der erwähnten Unsicherheiten über die Wirkung des medizinischen Fortschritts breit veranschlagt. In etwa liegt die Bandbreite der Vorausschätzungen bei Steigerungsraten von plus drei Prozentpunkten bis plus acht Prozentpunkten bis zum Jahr 2030.

Dieses breite Spektrum verweist darauf, dass die Faktoren, die zu einem Ungleichgewicht (Nachfrageüberhang) führen werden, unterschiedlich eingeschätzt werden. Hier wird dafür plädiert, dieses Ungleichgewicht nicht durch einen Anstieg des GKV-Beitragssatzes zu schließen. Wie kann vorgebeugt werden? In ähnlicher Weise wie in der GRV. Das ist grundsätzlich bereits durch die aktuelle GKV-Reform erfolgt, da mit dem Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) nicht nur der Beitragssatz der Arbeitgeber, sondern auch derjenige der Arbeitnehmer fixiert wird. Es wird aber großer politischer Kraft bedürfen, dieses Ziel durchzuhalten.

6 Wettbewerbsorientierte Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Voraussetzung für eine zukunftsorientierte Sozialpolitik ist aber nicht allein, dass Rücksicht auf die Einkommensentstehung genommen wird. Voraussetzung ist ebenso ein effizienter Ressourceneinsatz. Zahlreiche medizinische Leistungserbringer betrachten diese Forderung jedoch als Bedrohung ihrer Einkommen.

Zur Produktion von Leistungen sind Ressourcen notwendig, die verschieden eingesetzt werden können. Dementsprechend gibt es Ressourcenkonflikte; auch zwischen der Produktion von Gesundheitsgütern und sonstigen Gütern. In der Beantwortung der Frage, welcher Ressourceneinsatz optimal ist, unterscheiden sich die Positionen von medizinischen Leistungserbringern und Ökonomen deutlich. Während Ökonomen ein Gesundheitssystem typischerweise dann als effi-

zient betrachten, wenn Grenznutzen und Grenzkosten der Versorgung mit Gesundheitsgütern übereinstimmen, fordern medizinische Leistungserbringer typischerweise ein Gesundheitssystem, das zu einer Nachfrage nach Gesundheitsgütern führt, die noch irgendeinen zusätzlichen positiven Nutzen versprechen. Diese unterschiedliche Betrachtungsweise hat erhebliche Konsequenzen für die Ausgaben; hierauf lässt sich oftmals die Feststellung von Leistungserbringern zurückführen, das GKV-System sei „unterfinanziert“.

Eine effiziente Steuerung von Sachleistungen (die GKV ist primär ein Sachleistungssystem) bedarf des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs (Wittag 2009). Dessen Kraft liegt nicht ausschließlich in der Kosteneffizienz, sondern ebenso in der Generierung von Qualitätssteigerungen und Innovationen. Vielerorts ist schnell vergessen worden, dass der Zusammenbruch planwirtschaftlicher Systeme kein Betriebsunfall, sondern das systematische Ergebnis fehlenden Wettbewerbs war – mit der Folge, dass der Mangel nur verwaltet, nicht aber durch Innovationen überwunden wurde. Daher sollte eher eine plan- als eine marktwirtschaftliche Steuerung des Gesundheitswesens Sorge bereiten. Für große Teile der Politik hat diese geänderte Sichtweise jedoch die Wirkung einer Kriegserklärung. Es ist im Grunde ein leichtes Unterfangen, Marktmängel (beispielsweise externe Effekte) zu konstatieren und Staatseingriffe zu verlangen. Sehr viel schwieriger ist hingegen, die Überlegenheit von Staatseingriffen gegenüber Marktlösungen zu rechtfertigen. Geht man jedoch davon aus, dass in Planwirtschaften Markteingriffe und in Marktwirtschaften Staatseingriffe begründungspflichtig sind, hat dies substantielle politische Konsequenzen.

Gleichwohl stößt die Bereitschaft, marktwirtschaftlichen Wettbewerb bei der Suche nach Qualitätssteigerungen und Innovationen im GKV-System zu akzeptieren, in der Politik auf weitaus weniger Akzeptanz als in anderen Wirtschaftsbereichen. Es kann jedoch keine Rede davon sein, dass dies grundsätzlich nicht möglich ist. Die Kernaufgabe jeder Krankenversicherung ist die der Risiko-Umverteilung; umverteilt werden Risiken von Kranken auf Gesunde. Einvernehmen besteht dabei über die ethische Norm, dass letztlich kein Bürger von der Inanspruchnahme substantieller medizinischer Leistungen aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit ausgeschlossen werden sollte. Zwar verhindert bereits diese Norm „reinen“ marktwirtschaftlichen Wettbewerb. Das bedeutet aber lediglich, dass Rücksicht zu nehmen ist auf die Besonderheiten des Gutes „Gesundheit“.

Die Grundlage für marktwirtschaftlichen Wettbewerb wurde bereits mit dem Kassenwahlrecht gelegt. Vor dem Jahr 1996 waren die Wechselmöglichkeiten zwischen GKV-Kassen nur sehr begrenzt möglich, vielmehr wurden diesen die Versicherten im Regelfall gesetzlich zugewiesen (Zuweisungssystem). Seit 1996 müssen sich die Kassen jedoch im Wettbewerb um Mitglieder behaupten (Wahlssystem). Der hieraus resultierende kassenindividuelle Beitragssatzwettbewerb ist allerdings wenig effizient („dysfunktional“).

GKV-Mitglieder zahlen grundsätzlich einkommensabhängige Beiträge. Zwar wird diese Finanzierung begründet mit distributiven Normen, sie stellt aber nicht sicher, dass die Bürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des GKV-Systems beteiligt werden. Im Mittelpunkt des Gesundheitsfonds steht jedoch nicht diese distributive, sondern die alloкатive Schwäche, dass eine einkommensabhängige Vergütung deutliche Wettbewerbsmängel hat. Mit dem Gesundheitsfonds wird deshalb der kassenindividuelle Wettbewerb mittels Beitragssätzen überführt in den kassenindividuellen Wettbewerb mittels Zusatzbeiträgen und Erstattungen. Zu diesem Zweck wird das GKV-System seit Januar 2009 über einen bundesweit einheitlichen (vom Gesetzgeber festgelegten) Beitragssatz finanziert. Die Beiträge der Arbeitnehmer und Renten-

bezieher werden dabei wie bisher auf der Grundlage der beitragspflichtigen Einkommen ermittelt; sie werden jedoch einem Fonds – dem Gesundheitsfonds – zugeführt, der die einzelnen GKV-Kassen weiterhin mittels risikoadjustierter Pauschalen (wenngleich in modifizierter Form) finanziert (Wissenschaftlicher Beirat 2010).

Welchen Einfluss hat der Gesundheitsfonds auf die Finanzierung der Kassen und deren Angebot an Versicherungsprodukten? Es gibt drei Möglichkeiten: (i) Die GKV-Kassen erhalten vom Fonds exakt den Betrag, den sie für die Finanzierung ihrer Ausgaben planen. (ii) Der zugewiesene Betrag ist kleiner als der Betrag, den sie für die Finanzierung ihrer Ausgaben planen. In diesem Fall müssen die Kassen von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag fordern. (iii) Der zugewiesene Betrag ist größer als der Betrag, den sie für die Finanzierung ihrer Ausgaben planen. Hier können die Kassen ihren Versicherten eine Erstattung anbieten (SGB V, §24I ff.). Es sind diese kassenindividuellen Zusatzbeiträge und Erstattungen, über die der Kassenwettbewerb zukünftig ausgetragen wird. Die GKV-Kassen können mittels Zusatzbeiträgen beziehungsweise Erstattungen um Versicherte und damit verbunden um unterschiedliche Versorgungsangebote konkurrieren. Deshalb sollte ein Zusatzbeitrag auch nicht zwingend als Indikator für „Unwirtschaftlichkeit“ gewertet werden. Merkwürdig ist auch die Vorstellung, der Gesundheitsfonds sei lediglich ein modifizierter Risikostrukturausgleich. Immerhin überführt dieser den Beitragssatzwettbewerb in den Wettbewerb mittels Zusatzbeiträgen beziehungsweise Erstattungen; davon ausgehend, dass das von Zusatzbeiträgen ausgehende Preissignal funktionaler ist als das von kassenindividuellen Beitragssätzen ausgehende Preissignal.

In der Vergangenheit war allerdings die Möglichkeit der Finanzierung mittels Zusatzprämien dadurch eingeschränkt, dass deren Höhe prinzipiell auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder begrenzt war. Diese Form der Überforderungsklausel entspricht einem Höchstpreis, zudem einem kassenindividuellen Höchstpreis, da über die Höhe des maximal möglichen Zusatzbeitrages die Einkommensverteilung derjenigen Mitglieder entscheidet, die bei einer GKV-Kasse versichert sind. Dieser Mangel wurde durch das GKV-FinG behoben. Die Überforderung wird nun anhand der beitragspflichtigen Arbeits- und Renteneinkommen im Verhältnis zum durchschnittlichen Zusatzbeitrag gemessen (GKV-FinG 2010). Dabei bleibt das Preissignal des Zusatzbeitrages auch bei Anspruch auf den Sozialausgleich erhalten. Zudem führt der Zusatzbeitrag zu einer Steigerung der Nachhaltigkeit der Finanzierung, da die Krankenkassen unabhängig davon, ob ein Arbeitseinkommen oder ein (niedrigeres) Renteneinkommen vorliegt, einen pauschalen Zusatzbeitrag erhalten. Dadurch wird die GKV-Finanzierung unabhängiger vom demographischen Wandel.

Der Einwand, dass ein vom Gesetzgeber bundeseinheitlich festgelegter Beitragssatz einem Einstieg in eine staatliche Einheitsversicherung ohne Versicherungswettbewerb entspricht, ist nicht überzeugend. Der Wettbewerb der Kassen mittels Beitragssätzen entfällt zwar zukünftig; er wird jedoch ersetzt durch den Wettbewerb der Kassen mittels Zusatzbeiträgen beziehungsweise Erstattungen. Entscheidend ist die differentielle Wirkung, die Frage also, welches Instrument die besseren Wettbewerbswirkungen hat. Pauschale Zusatzbeiträge beziehungsweise Erstattungen, die für die Versicherten sehr transparent sind, können zu heftigem intensivem Kassenwettbewerb führen. Mit neuen Angeboten können die Kassen um Versicherte konkurrieren; die Zusatzprämie wird dabei, wie in anderen Wirtschaftsbereichen auch, nicht der alleinige Wettbewerbsfaktor sein, sondern das Verhältnis von Zusatzprämie zu Leistungen.

Die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung wird an Bedeutung verlieren; vielmehr müssen sich die Kassen zu marktorientierten Unternehmen – vom „Payer“ zum „Player“ – entwickeln. Sie müssen dabei selektiv kontrahieren können, um die Versorgung der Patienten durch die Leistungserbringer bezüglich Umfang und Qualität beeinflussen zu können. Die Regelungen zur Integrierten Versorgung bieten den Krankenkassen diese Chance; sie können jedenfalls in Teilbereichen Leistungserbringer auswählen und die nach Sektoren gegliederte medizinische Versorgung der Patienten überwinden. Sektorenübergreifende Behandlungspfade stabilisieren dabei nicht nur die Kooperation der an der Integrierten Versorgung beteiligten Partner, sondern können auch die Qualität der medizinischen Versorgung sichern.

Wie erwähnt, war zu Beginn der 90er Jahre die Grundsatzfrage zu entscheiden, ob an der Zuweisung von Versicherten auf verschiedene Krankenkassen im GKV-System festgehalten oder ob den Versicherten das Recht auf freie Kassenwahl eingeräumt werden sollte. Aufgrund des Zuweisungssystems hätten jedoch Kassen mit überdurchschnittlich vielen einkommensschwachen und beitragsfrei zu versichernden Personen Startchancennachteile auf der Einnahmenseite gehabt. Beim Wechsel von einem Zuweisungs- zu einem Wettbewerbssystem sollten jedoch allen Kassen faire Startchancen geboten werden. Dementsprechend wurde dem Systemwechsel für eine Übergangsphase ein Risikostrukturausgleich (RSA) flankierend an die Seite gestellt; gleichzeitig sollte es dessen Aufgabe sein, Risikoselektion in der Folgezeit zu verhindern.

Im „alten“ RSA erfolgte der Risikoausgleich auf der Ausgabenseite auf der Basis von Risikogruppen, zu deren Bildung vier Merkmale herangezogen wurden: Alter, Geschlecht, Anspruch auf Krankengeld und Anspruch auf Erwerbsminderungsrente. Kritisiert wurde an diesem Verfahren, dass die vorgenannten Merkmale die Unterschiede in der Morbidität der Versicherten allenfalls indirekt erfassen; mit der Konsequenz, dass das Kasseninteresse an Risikoselektion auch nicht neutralisiert worden sei. Daher seien auch nicht falsche Anreize, die ihre Ursache im Finanzierungssystem hätten, sondern falsche Anreize, die ihre Ursache in einem mangelhaft konstruierten RSA hätten, dafür verantwortlich, dass sich die Kassen lieber auf die Suche nach guten Risiken als nach guten Versorgungskonzepten begeben würden. Mit dieser Argumentation werden Defizite im Angebot innovativer Versorgungskonzepte nicht auf die Wirkungsweise der Vergütung, sondern auf die des RSA zurückgeführt. Das GKV-WSG folgt dieser Kritik insoweit, als für eine begrenzte Zahl von Erkrankungen zusätzlich Merkmale zur Risikogruppenbildung herangezogen werden, die Informationen über Krankheitsrisiken und deren typische Ausgaben beinhalten. Insoweit sieht das GKV-WSG gleichzeitig nicht nur einen schrittweisen Umstieg in ein geändertes Finanzierungssystem und eine Ausweitung des Angebotsspektrums der Kassen vor, sondern auch eine Ausweitung des RSA auf der Ausgabenseite in Richtung „Morbi-RSA“ (Bundesversicherungsamt 2008).

Diese Ausweitung kann kritisch gesehen werden. Zum Beispiel sind per se weder ältere Personen ein „schlechtes Risiko“, noch sind jüngere ein „gutes Risiko“. Entscheidend ist nicht das Alter, sondern das Verhältnis von zu erwartender Versicherungsleistung und Vergütung. Das Finanzierungssystem stand allerdings Anfang der 90er Jahre für den Gesetzgeber nicht zur Disposition. Diese Ausgangslage hat sich jedoch geändert. Daher stellt sich erneut die Frage nach den Aufgaben eines RSA, und zwar nicht nur aufgrund des Ablaufs der Übergangsphase. Mit der schrittweisen Änderung des Finanzierungssystems und der Ausweitung des Angebotsspektrums, die die Kassen unabhängiger von Risikoselektion machen, verringert sich die Notwendigkeit eines selektionsverhindernden RSA. Auch sind Merkmale wie Alter, Geschlecht, Anspruch auf Krankengeld und Erwerbsminderungsrente vergleichsweise einfach zu ermitteln und zu

kontrollieren, Angaben über Krankheitsrisiken und deren typische Ausgaben hingegen nicht. Ein bürokratiebedingter Ausgabenanstieg sollte jedoch bei der Beurteilung der Frage, ob ein „perfektionierter“ RSA effizienter ist, nicht unterschlagen werden.

7 Effizienz gleich Ausgabenenkung?

Gegen eine wettbewerbsorientierte Ausrichtung der GKV wird auch eingewandt, dass diese bisher nicht erkennbar zu Ausgabenenkungen geführt habe. Ein Ausgabenrückgang ist aber weder ein hinreichender Indikator für ein effizientes GKV-System, noch ist ein Ausgabenanstieg ein hinreichender Indikator für ein ineffizientes GKV-System. Die Gründe dafür können vielfältig sein.

Sofern zum Beispiel steigende Gesundheitsausgaben die Folge von Bevölkerungsalterung und zunehmender Einkommen sind, können sie prinzipiell als Indikator für effiziente Anpassungen und nicht als Beleg zunehmender Ineffizienzen des GKV-Systems angesehen werden. Diese Ausgabenwirkungen sind weitgehend unabhängig vom jeweils praktizierten Gesundheitssystem, sie sind insoweit systemexogen. Bei der Forderung nach einer Intensivierung des Wettbewerbs im GKV-System geht es hingegen um systemendogen bedingte Ineffizienzen und deren Auswirkungen.

Ferner ist es zweckmäßig, zwischen Ineffizienzen zu unterscheiden, die vorrangig dem Leistungsprozess für „Gesundheitsgüter“ zugewiesen werden können und solchen, die vorrangig auf die Ausgestaltung des GKV-Systems zurückzuführen sind. Die These großer Effizienzpotentiale des GKV-Systems ist in vielen Fällen auf besondere Eigenschaften des Gutes „Gesundheit“ und nicht auf systemendogene Ineffizienzen zurückzuführen. Mit den Folgen von Informationsasymmetrie, anbieterinduziertem Verhalten und Moral-hazard-Verhalten ist jedoch jedes Gesundheitssystem konfrontiert, unabhängig davon, wie es organisiert ist.

Nicht zu beanstanden ist hingegen das Ziel, diejenigen Ausgabensteigerungen zu beseitigen, die auf endogene Defizite des GKV-Systems zurückzuführen sind. Dort liegt der Hauptansatzpunkt des Wettbewerbstärkungs- und des Finanzierungsgesetzes; beide Gesetze sind keine klassischen Kostendämpfungsgesetze mit der Absicht einer unmittelbaren Beitragssatzsenkung.

8 Auswirkungen auf die Gesetzliche Pflegeversicherung

Da die Finanzierung der Gesetzlichen Pflegeversicherung derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend entspricht, sind auch die Auswirkungen der demographischen Entwicklung grundsätzlich vergleichbar. Ein wichtiger Unterschied resultiert jedoch aus den Quantitäten; die im Verlauf der demographischen Entwicklung massiv steigende Zahl von Pflegebedürftigen wird zu heftigen politischen Diskussionen führen.

Zu erwarten ist eine Wiederholung derjenigen Kontroversen, die bereits innerhalb der schwarz/gelben Regierung bei der Einführung der Pflegeversicherung (Mitte der 90er Jahre) eine entscheidende Rolle gespielt haben. Seinerzeit wurden zwei zentrale Entscheidungen getroffen: Die

Finanzierung sollte zwar im Umlageverfahren erfolgen, jedoch einnahmenorientiert und ohne Verletzung des 40-Prozent-Ziels. Als Einnahme sollte dabei der Pflegeversicherung der Wert eines Arbeitstages zur Verfügung stehen; daraus resultierte die Umwandlung eines Feiertages (Buß- und Betttag) in einen Arbeitstag (Ausnahme: Sachsen). Der Politik war dabei bewusst, dass der wirtschaftliche Wert eines Arbeitstages nur ausreichen würde, um einem begrenzten Personenkreis (daher: Konzentration des Bedürftigkeitsbegriffes auf somatische Pflegebedürftigkeit) begrenzte Leistungen (daher: Teilkostendeckung) zur Verfügung zu stellen. Diese doppelte Begrenzung wurde folglich nicht versehentlich vorgenommen, sondern war das Ergebnis der Entscheidung, die Pflegeversicherung einnahmenorientiert zu steuern. Es wird ohne Zweifel schwer werden, bei der anstehenden Reform an der seinerzeit getroffenen Grundsatzentscheidung festzuhalten.

9 Auswirkungen auf die Rehabilitation

Auf die infolge der demographischen Entwicklung zunehmende Zahl der Personen im Rentenalter, die Bedarf an Geldleistungen (Renten) haben, wurde bereits mit dem Konzept der Beitragssatzfixierung in der GRV reagiert. Konsequenterweise stellt sich die Frage (nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die „Rente mit 67“ der Flankierung durch die Rehabilitation bedarf), wie reagiert werden soll, wenn infolge der demographischen Entwicklung die Zahl der Personen mit Rehabilitationsbedarf signifikant zunehmen wird. Denkbare Optionen wären, das (i) Vergütungsverfahren der medizinischen Rehabilitation dem der Krankenhäuser anzupassen und (ii) den Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation auf Leistungen der Anschlussheilbehandlung (AHB-Leistungen) zu fokussieren.

Die erfolgte Umstellung des Vergütungsverfahrens von Krankenhausleistungen dient dem Ziel der Effizienz; die Vergütung wurde grundsätzlich von einem verweildauerabhängigen Pflegesatzsystem auf ein verweildauerunabhängiges Fallpauschalensystem umgestellt. In der Rehabilitation dominiert allerdings weiterhin die Vergütung nach Pflegesätzen. Dort ist die Gesundheitspolitik nicht den anreizorientierten Weg der Umstellung des Vergütungsverfahrens, sondern den der gesetzlichen Vorgaben gegangen; die Verweildauer der Patienten in der medizinischen Rehabilitation wurde gesetzlich auf grundsätzlich drei Wochen begrenzt. Teil einer effizienzorientierten Reform der Rehabilitation könnte dementsprechend die Änderung des Vergütungsverfahrens auch von Rehabilitationsleistungen sein.

Zusätzlich könnte an eine Fokussierung der medizinischen Rehabilitation auf AHB-Leistungen gedacht werden; sie würde der in der Rentenversicherung getroffenen Grundsatzentscheidung hinsichtlich der Renten entsprechen. Leitvorstellung für die Bestimmung der gesetzlich zu versichernden Risiken sollte sein, dass es sich nicht nur um medizinisch notwendige, sondern zugleich um Leistungen handelt, die medizinisch so bedeutsam sind, dass sie von jedem Versicherten – unabhängig von seinem Einkommen – nachgefragt werden können. Diese Kriterien werden von AHB-Leistungen erfüllt.

Ein zentrales Problem wird allerdings sein, dass AHB-Maßnahmen grundsätzlich eine krankenhaushnahe Rehabilitation erfordern. Diese würde jedoch nicht nur bei den Trägern der Sozialversicherung und den Sozialverbänden, sondern auch in den so genannten Kurorten und damit in verschiedenen Bundesländern auf erheblichen Widerstand stoßen.

IO **Ausblick**

Die 40-Prozent-Regel ist Ausdruck der Grundsatzentscheidung, die Sozialleistungen einnahmenorientiert zu steuern. Dieses Politikkonzept kann auf eine lange Geschichte zurückblicken: Vor rund fünfzehn Jahren wurde – von der schwarz/gelben Koalition – vereinbart, der Gesetzlichen Pflegeversicherung den wirtschaftlichen Wert eines Arbeitstages zur Verfügung zu stellen; vor rund zehn Jahren wurde – von der rot/grünen Koalition – beschlossen, den Anstieg des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Rentenversicherung zu begrenzen; in jüngster Zeit wurden – basierend auf dem von der schwarz/roten Koalition beschlossenen Gesundheitsfonds – die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung fixiert. Beide Regeln, die 40-Prozent-Regel ebenso wie die Schuldenregel, sind folglich im großen politischen Konsens beschlossene Verpflichtungen. Sie haben ohne Zweifel massive Konsequenzen; zum Erliegen bringen sie die Sozialpolitik aber sicherlich nicht.

Literaturverzeichnis

- Bundesversicherungsamt (2008): *So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds*. Bonn.
- Knappe, Eckhard (1995): Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Gesundheitssektor. In: Peter Oberender (Hrsg.): *Transplantationsmedizin*. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 11–41.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): *Jahresgutachten 2004/2005: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*. Wiesbaden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland*. Heft 2. Wiesbaden.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010): *Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (Hrsg.), Berlin.
- Wittag, Reinhard (2009): *Die Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung im Lichte der jüngeren Rechtsentwicklung*. München, Grin Verlag.