

Zentralisierung und Wettbewerb
Die gesundheitspolitischen Vorhaben der Regierungskoalition unter
kritischer Würdigung der Opposition

Wissenschaftliches Symposium
am 30. Oktober 2009 in Berlin

Inhaltsverzeichnis

Seite

Zentralisierung und Wettbewerb

**Die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des
Gesundheitswesens in Deutschland**

Prof. Dr. Norbert Walter

2

Entwicklungsszenarien der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Volker Ulrich

2

Uns zur Verfügung gestellte Abstracts und Folien werden zusätzlich im Internet unter
www.grpg.de/Aktivitäten/Veranstaltungen veröffentlicht.

Die gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens in Deutschland

Prof. Dr. Norbert Walter

Die Bedeutung des Gesundheitswesens wird bis heute genauso unterschätzt wie die Bedeutung des demographischen Wandels für die Volkswirtschaft. Die Kosten für Gesundheit werden mit der steigenden Alterung und anhaltendem Fortschritt in Krankheitsdiagnose und Therapie weiter drastisch wachsen. Ohne die rigiden Sparzwänge im fehlgeleiteten staatlichen Bereich könnte das Gesundheitswesen ein dynamischer Zukunftsmarkt sein. Der hohe Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung an den Gesundheitsausgaben lässt sich indes nicht halten. Schon heute wendet der Staat über zehn Milliarden Euro aus Steuermitteln auf, um das Gesundheitssystem zu stützen. Eine radikale Reform weg vom Sachleistungsprinzip hin zu mehr Übernahme von Eigenverantwortung ist zwingend notwendig. Der Patient muss zukünftig wissen und spüren, wie hoch die Kosten für seine Behandlung sind.

Entwicklungsszenarien der Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Volker Ulrich

Kostenfaktor oder Wachstumsbranche?

Ist Gesundheit, ökonomisch betrachtet, ein Kostenfaktor oder ein Wachstumsmotor und damit auch ein Jobmotor? Bei der Antwort auf diese Frage kommt es auf die Betrachtungsweise an. Natürlich stellen die Gesundheitsausgaben einen Kostenfaktor dar, zumal wenn sie über lohnabhängige Beiträge finanziert werden. Da Gesundheitsleistungen aber in aller Regel mit einer ökonomischen Wertschöpfung verbunden sind, haben sie auch Wachstums- und Beschäftigungsrelevanz. Der Gesundheitssektor ist die größte Branche in Deutschland mit über 4 Mio. Beschäftigten. Im Zeitraum von 1980 bis 2000 entstanden rund 1 Mio. neue Arbeitsplätze; Prognosen der Forschungsinstitute gehen von bis zu 800.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2020 aus. Der Umsatz bzw. die Ausgaben könnten sich in Deutschland im gleichen Zeitraum von 260 Mrd. € auf 450 Mrd. € (2020) erhöhen, für den Weltgesundheitsmarkt wird ein Anstieg von 3.000 Mrd. \$ (2000) auf 7.000 \$ geschätzt.

Die deutsche Wirtschaft schwankt zwischen Hoffen, dass sich der Aufschwung fortsetzt, und Bangen, dass die Krise noch weitere Opfer fordern wird. Seit dem Frühjahr 2009 ist immerhin die Rezession gestoppt. Der Rückgang des Bruttoinlandsprodukts (BIP) von rund 6 % war der tiefste Einbruch der Wirtschaftsleistung seit dem Zweiten Weltkrieg. Im dritten Quartal 2009 (Juli bis September) dürfte das BIP nach Ansicht der Wirtschaftsforschungsinstitute zwischen 0,7 % und 1 % gestiegen sein. Dennoch droht aktuell eine erneute Abschwächung. Das Hauptrisiko für die Konjunktur bildet die steigende Arbeitslosigkeit, die den bislang recht stabilen Konsum schwächt. Die staatlichen Konjunkturpakete laufen zudem nach und nach aus. Entscheidend für die bislang glimpfliche Entwicklung war wohl das Instrument der Kurzarbeit, das vor allem die Industrie stark nutzt. Mehr als 1,4 Millionen Beschäftigte arbeiten derzeit kurz, das entspricht etwa 400.000 Vollzeit Arbeitsplätzen. Nach dem Auslaufen der Kurzarbeit in diesem Herbst wird sich zeigen, ob Massenentlassungen vermieden werden können. Unter diesen Aspekten besitzt das Ziel der Abkopplung der Gesundheitsausgaben von der Lohnkostenentwicklung nach wie vor hohe Priorität.

Wie stellt sich der Zusammenhang zwischen der Finanzmarktkrise und dem Gesundheitssystem gegenwärtig dar? Die gesetzlichen Krankenkassen haben Vermögensanlagen in Milliardenhöhe. Gesetzlich ist geregelt, dass bei diesen Anlagen Sicherheit und Liquidierbarkeit Vorrang vor Renditebestrebungen haben müssen. Bisher waren alle getätigten Anlagen durch geeignete Sicherungseinrichtungen gedeckt. Dennoch wurde Ende Oktober 2008 bekannt, dass u.a. die Barmer 200 Mio. € und die Knappschaft 90 Mio. € bei Lehmann angelegt hatten, die sich allerdings unterhalb des Maximums von 285 Mio. € belaufen, für den der Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes deutscher Banken einspringt. In der PKV werden weit höhere Summen für die Altersrückstellungen zur Rendite-Erwirtschaftung in unterschiedlichen Kapitalanlagearten investiert. Bisher scheinen aber auch hier die Risiken begrenzt. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie die Grundsätze der Risikodiversifikation gewährleisten dauerhafte und sichere Erträge. Sicherlich wird es aber zu niedrigeren Überschüssen durch die Finanzmarktkrise kommen.

Der nach wie drohende Anstieg der Arbeitslosigkeit könnte die größte Herausforderung für die GKV werden, da die Sozialversicherungen niedrigere Einnahmen erhalten. Der Gesundheitsfonds weist den Krankenkassen im laufenden Jahr ein festes Budget in Höhe von 167 Mrd. € zu. Bereits heute wird ein Defizit in der GKV für nächstes Jahr in Höhe von 7,5 Mrd. € erwartet. Dieses Defizit soll durch Staatshilfen zwar gemindert werden, für einen Teil müssen die Krankenkassenmitglieder aber mit Zusatzbeiträgen aufkommen. Damit

tragen sowohl die Steuerzahler als auch die GKV-Versicherten die zukünftigen finanziellen Risiken.

Auf der Finanzierungsseite der GKV gilt es, folgende zentrale Probleme zu lösen:

- Entkopplung der Beitragssatzentwicklung von den Lohnnebenkosten
- Begrenzung der intergenerativen Umverteilung
- Segmentierung des Versicherungsmarktes.

Entwicklungsszenarien

Auf der Finanzierungsseite stellt der Gesundheitsfonds als Geldsammelstelle nicht das eigentliche Problem dar. Auch vor 2009 gab es durch den Risikostrukturausgleich einen impliziten Fonds, der 92% der GKV-Einnahmen ausglich. Nun beläuft sich das Niveau dieser Geldsammelstelle auf 100%. Den Fonds trifft keine Schuld am erwarteten Defizit. Das eigentliche Problem besteht darin, dass der Gesundheitsfonds unter Zielaspekten weder Fisch noch Fleisch ist. Wenn man den Wettbewerb über den pauschalen Zusatzbeitrag stärken möchte - die ursprünglich wichtigste Aufgabe des Fonds - gibt die Begrenzung des Zusatzbeitrags wenig Sinn. Hinzu kommt, dass die Deckelung der Zusatzbeiträge auf 1 % des Einkommens mit der 95 %-Regel für die Anpassung der Beitragssätze nicht zusammenpasst. Hier besteht sicherlich Handlungsbedarf.

Nach dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP bleibt 2010 noch alles beim Alten. Erst ab 2011 soll es zu größeren Reformschritten kommen, die im Kern die folgenden zentralen Komponenten beinhalten:

- Einkommensunabhängige Beiträge der Arbeitnehmer, die durch einen steuerfinanzierten Ausgleich sozial abgedeckt werden;
- Fixierung des Arbeitgeberanteils auf heutigem Niveau, der allerdings einkommensbezogen bleibt;
- stärkere Beteiligung der PKV-Versicherten an der GKV-Finanzierung über die Steuerfinanzierung des sozialen Ausgleichs;
- regionale Differenzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Ob eine stärkere Abkopplung von den Arbeitskosten gelingt, hängt von der konkreten Umsetzung ab. Zu beachten ist allerdings, dass die Gegenfinanzierung des sozialen

Ausgleichs durch Steuern wiederum Verzerrungen bedingt, so dass ein Teil der Vorteile der einkommensunabhängigen Finanzierung auf der Arbeitnehmerseite wieder verloren geht. Allerdings besteht kein Automatismus mehr zwischen höheren Gesundheitsausgaben und höheren Lohnkosten; nur noch indirekt über höhere Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen kann es zu Erhöhungen der Lohnnebenkosten kommen.

Es ist auch interessant zu sehen, ob und wie der eingeschlagene Weg weiter gegangen wird. Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung besteht im Übergang zu krankenkassenspezifischen Gesundheitspauschalen, die im Vergleich zu der nun beschlossenen Reformvariante eine vollständige Ablösung der lohnabhängigen Beitragsgestaltung vorsehen, d.h. eine Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge an die Arbeitnehmer sowie die Verlagerung der Einkommensumverteilung und des Familienlastenausgleichs aus der GKV in das Steuer- und Transfersystem vornimmt. In der Wissenschaft wird bereits über die Weiterentwicklung zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland nachgedacht, der die bisherige Trennung in GKV und PKV aufhebt. Ein zweiter Weg der Weiterentwicklung bestünde somit in der Aufhebung der bestehenden Segmentierung. Die hier vorgeschlagenen Modelle, etwa das Modell der Bürgerpauschale des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, das Modell der Bürgerprivatversicherung (Eekhoff et al.) oder die Modelle von Wasem und Greß sowie von Wille und Ulrich müssen in der gesundheitspolitischen Diskussion noch zeigen, ob sie mehr als Referenzmodelle mit der Funktion des Leuchtturms sind, der zwar für Vergleichszwecke erwünscht ansonsten aber kaum ernsthaft angestrebt wird.