

RPG

Band 22 | Heft 1 | 2016

1 | 2016

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Überblick

**Das Phänomen der Nicht-Versicherung
im Gesundheitssystem der USA.**

**E-health, insbesondere Telemedizin als
Teil einer veränderten Arbeitsteilung
im Gesundheitswesen:
eine gesundheitsökonomische
Einordnung**

■ Zur Diskussion gestellt

Braucht die Sozialpolitik einen Ruck?

HERAUSGEBER

V. Ulrich
G. Marckmann,
J. Taupitz
E. Wille
S. Moser
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

S. Böhm
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

Ines Läufer
Andreas Meusch
Günther Schneider
Jürgen Zerth

Editorial

Auch in diesem Heft finden Sie wieder interessante Beiträge, die zur Diskussion über die weitere Entwicklung unseres Gesundheitswesens anregen sollen. Da ist zum einen Blick in die USA und zum anderen eine Betrachtung der sozialpolitischen Entwicklungen in Deutschland.

In den USA verfügen schätzungsweise 50 Millionen Menschen über keinen Krankenversicherungsschutz – eine Umstand, der hierzulande nicht nur unvorstellbar ist, sondern auch in unseren Medien immer wieder thematisiert wird. Was die tatsächlichen Hintergründe dafür sind, wird jedoch nur selten dargestellt. In diesem Heft finden Sie einen sehr interessanten Beitrag, der das Phänomen der Nicht-Versicherung im Gesundheitssystem der USA aus volkswirtschaftlicher Sicht beleuchtet.

Eine ganz andere Entwicklung als jenseits des Atlantiks hat bekanntlich die Sozialpolitik in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten genommen. Entstanden ist ein System, das für nahezu alle Lebenslagen eine soziale Unterstützung bietet – was in den USA wiederum unvorstellbar ist. Um zu verstehen, warum hierzulande vieles so ist, wie es ist, lohnt sich ein Blick zurück. Der Autor unseres Beitrags in diesem Heft knüpft daran die Frage, ob die Sozialpolitik jetzt nicht sogar einen „Ruck“ braucht, um nicht in Erstarrung zu verharren. Ein Beitrag, der zur Diskussion ermuntern soll.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.

Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Überblick

Das Phänomen der Nicht-Versicherung im Gesundheitssystem der USA.

Ines Läufer 3

Zur Diskussion gestellt

Braucht die Sozialpolitik einen Ruck?

Andreas Meusch 11

Überblick

E-health, insbesondere Telemedizin als Teil einer veränderten Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: eine gesundheitsökonomische Einordnung

Jürgen Zerth 25

Mitteilungen der Gesellschaft

23. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

31

Aus der Rechtsprechung

24

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2, 80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung
Universität Mannheim
Schloss Mittelbau West
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille
Mitglied des Sachverständigenrates
Universität Mannheim, L7, 3–5,
68131 Mannheim

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser
Kederbacherstraße 42
81377 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

S. Böhm
B. Brennecke
A. Elmer
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
K. Maag
G. Noelle
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
K. Schulz-Asche
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2016 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrdorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2016 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Ines Läufer

Das Phänomen der Nicht-Versicherung im Gesundheitssystem der USA:

Zur unvollständigen Absicherung des Krankheitskostenrisikos über die Arbeitgeber-Gruppenversicherung – versicherungsökonomische und institutionelle Bestimmungsparameter ihrer Attraktivität¹

1. Einleitung, Hintergrund der Fragestellung²

In den USA verfügten vor der Einführung des Affordable Care Acts von Präsident Obama rund 50 Millionen Personen unter 65 Jahren weder über einen privaten Krankenversicherungsvertrag noch über eine Absicherung im öffentlichen System Medicaid.

Ob diese hohe Zahl von nicht versicherten Personen ein Problem darstellt und wenn ja, aus welchem Grund, wird in den USA kontrovers diskutiert. Die Reform von Präsident Obama ist primär darauf gerichtet, die hohe Zahl der nicht versicherten Personen zu reduzieren und Personen mit Vorerkrankungen, also schon höheren Risiken, in den privaten Versicherungsmarkt zu integrieren. Dafür sieht diese unter anderem eine Versicherungspflicht und das Verbot der Prämiendifferenzierung nach Gesundheitszustand auf dem privaten Krankenversicherungsmarkt vor. Nicht zuletzt aufgrund dieser starken Regulierung des Versicherungsmarktes wurde diese Reform von Beginn an von großem Protest begleitet und in Politik und

Gesellschaft kontrovers diskutiert.³ In der Diskussion über die Angemessenheit der Reform geht aber die Frage unter, wie es überhaupt zu der hohen Zahl nicht versicherter Personen kommen konnte. Gerade vor dem Hintergrund der Diskussion über die Folgen der Reform für den Versicherungsmarkt und das Sozialsystem der USA, kann die Analyse möglicher Ursachen der Nicht-Versicherung eine Bewertung der Reform erlauben.

Betrachtet man die nicht versicherten Personen, so sind zwei Merkmale auffallend: Zum einen liegt das Einkommen vieler Personen ohne Krankenversicherung deutlich oberhalb der Armutsgrenze in den USA. Es sind keineswegs nur die ärmsten oder gering verdienenden Personen, welche über keine Krankenversicherung verfügen (*Kunreuther/Pauly/Mc Morrow* 2013, S. 246 f.). Allerdings kann eine Krankenversicherungsprämie auch die Zahlungsfähigkeit gutverdienender Personen übersteigen, wenn sie die Versicherung erst dann abschließen, wenn bereits Vorerkrankungen bestehen. In diesem Fall gilt es aber noch zu erklären, weshalb diese Personen keine Versicherung zum früheren Zeitpunkt abgeschlossen haben, als noch keine Risi-

kofaktoren vorlagen. Zum anderen sind die heute nicht versicherten Personen keineswegs durchgängig ohne Krankenversicherungsschutz gewesen. Viele der Nicht-Versicherten waren zwischenzeitlich in einer sogenannten Arbeitgeber-Gruppenversicherung versichert, haben diese aber aufgrund eines Jobverlusts oder -wechsels verloren. Eine Gruppenversicherung über den Arbeitgeber stellt aufgrund der Abhängigkeit des Versicherungsschutzes vom Arbeitsplatz daher keine langfristige Garantie dar, vor den finanziellen und/oder gesundheitlichen Folgen von Krankheit geschützt zu sein. Grundsätzlich könnte man davon ausgehen, dass risikoaverse Individuen sich gegen genau diese negativen finanziellen Folgen langfristig absichern möchten. Gerade aus europäischer Sicht ist es erstaunlich, dass eine solche langfristige Absicherung in den USA oft unterbleibt. Langfristige Verträge sind für viele Personen in Europa selbstverständlich und in Deutschland wurden langfristige Krankenversicherungsverträge auch schon vor der Einführung der Versicherungspflicht freiwillig abgeschlossen.

Den Verzicht auf einen frühzeitig abgeschlossenen langfristigen Versicherungsvertrag könnte man als irrationales, anomales Verhalten klassifizieren und über eine Unterschätzung der Risiken erklären (*Kunreuther/Pauly/Mc Morrow* 2013, S. 246 f.). In diesem Beitrag wird aber

¹ Dieser Beitrag stellt eine gekürzte Version des Artikels dar, der in der Zeitschrift „Sozialer Fortschritt“, Ausgabe 12/2015 veröffentlicht wurde.

² Die Autorin dankt Steffen J. Roth und Christine Arentz für wertvolle Anmerkungen, kritische Fragen und Diskussionen, sowie den anonymen Gutachtern für ihre hilfreichen Hinweise.

³ Eine Darstellung und Analyse der Reform erfolgt in Gerlinger (2014); Harrington (2010); Eibner/Carter (2012); Abraham/Feldman/Graven (2014); Für eine ausführlichere Analyse der Folgen für den Versicherungsmarkt siehe Läufer (2013) und die dort zitierte Literatur.

(vorbehaltlich der Möglichkeit, dass unterschiedlich hohe Risikoaversionen bestehen) der Frage nachgegangen, welche Anreize für die Arbeitnehmer bestehen, sich in der Gruppenversicherung zu versichern und das Risiko, später einmal einer Situation ohne Versicherungsschutz und geringem Versorgungszugang ausgesetzt zu sein, in Kauf zu nehmen, anstatt einen langfristigen Versicherungsvertrag abzuschließen. Dafür gilt es, versicherungsökonomische und institutionelle Bedingungen zu analysieren, welche das Preis-Leistungsverhältnis der beiden Versicherungsvarianten maßgeblich determinieren.

2. Reduktion des Krankheitskostenrisikos durch kollektive Versicherungsformen

Das individuelle Krankheitskostenrisiko wird in den USA durch zwei kollektive Versicherungsformen reduziert. Erstens erfolgt im Alter von 65 Jahren ein automatischer Eintritt in die Pflichtversicherung Medicare, so dass man trotz mangelnden Zugangs zum privaten Versicherungsmarkt oder sozialstaatlichen Fürsorgesystem nicht langfristig dem vollständigen Krankheitskostenrisiko ausgesetzt ist. Des Weiteren geht mit der Nicht-Versicherung kein gänzlicher Verzicht auf Gesundheitsversorgung einher.

2.1. Pflichtversicherung Medicare

In den USA sind Personen ab 65 Jahren im staatlichen System Medicare versichert. Die bundesstaatliche Pflichtversicherung umfasst in erster Linie stationäre Krankenhausbehandlungen und wird über Lohnabgaben von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie Steuern finanziert.⁴

⁴ Die hohe Zahl der nicht versicherten Personen bezieht sich daher nur auf die Personen unter 65 Jahren.

Somit besteht kein individuelles Krankheitskostenrisiko für jene Krankheiten, die ab dem Alter von 65 Jahren auftreten und stationär behandelt werden. Ebenso kann sich das erwartete Krankheitskostenrisiko von früher eingetretenen (chronischen) Erkrankungen reduzieren, wenn davon auszugehen ist, dass Medicare für die ab dem Alter von 65 weiter anfallenden Kosten aufkommen wird. Medicare kann des Weiteren zu einer Reduktion der Krankheitskostenrisiken führen, wenn eine Verschiebung medizinischer Behandlungen auf einen späteren Zeitpunkt möglich ist, die im Leistungskatalog der Medicare Pflichtversicherung enthalten sind. Zu denken ist hier bspw. an jene Behandlungen, deren Aufschub unter Umständen schmerzhaft sein kann, jedoch weder lebensbedrohlich ist, noch zu chronischen Folgeerkrankungen führen kann (bspw. eine Operation von Hüft- oder Kniegelenk).

2.2. Notfallbehandlung im Krankenhaus (Emergency Room)

Des Weiteren ist nicht versicherten Personen zumindest eine Behandlung lebensbedrohlicher Zustände im Krankenhaus garantiert. Diese erfolgt zunächst einmal unabhängig vom Versicherungsstatus und Einkommen in den Notfallaufnahmen („Emergency Room“) der Krankenhäuser. Die Kosten der Behandlung werden später dem Patienten in Rechnung gestellt. Wenn dieser jedoch nicht über hinreichend Einkommen verfügt, werden die Kosten auf die anderen (versicherten) Patienten umgelegt (Gaynor 2006; Kunreuther/Pauly/Mc Morrow 2013, S. 248). Personen mit geringem Einkommen ohne Krankenversicherung erhalten also unentgeltlich lebensnotwendige Maßnahmen im Krankenhaus und sind damit über kollektive Finanzierungsmechanis-

men abgesichert.⁵ Die Gewährung einer Notfallbehandlung reduziert folglich das Versorgungsrisiko, welches durch unmittelbar lebensbedrohende Verletzungen oder akute Krankheitsphasen⁶ entsteht. Für Personen mit höherem Einkommen bleibt aber das Kostenrisiko bestehen, wenn ihnen das Krankenhaus die Behandlung im Nachhinein in Rechnung stellt. Die unentgeltliche Notfallbehandlung reduziert für Personen mit geringen Einkommen das Versorgungsrisiko, eine Versicherung der Leistungen ist also nicht notwendig. Ob dieser Personenkreis jedoch aus diesem Grund eine private Versicherung unterlässt, ist fraglich. Schließlich kann bei einem sehr geringen Einkommen die Absicherung mit dem Konsum anderer Güter zu Befriedigung dringender und unmittelbar anfallender Bedürfnisse konkurrieren. Das Risiko wird unter Umständen in Kauf genommen, weil der Verzicht auf andere wesentlichen Alltagsgüter noch unattraktiver ist. Wenn die Prämienzahlungen das laufende Einkommen überschreiten würden, scheitert der Versicherungserwerb an der relativen Armut (Schönbäck 1988, S. 49 und S. 60). Die kollektive Bereitstellung von Notfalleleistungen für einkommensschwache Personen führt lediglich dann zum Verzicht auf Versicherung, wenn das verfügbare Einkommen die Finanzierung

⁵ Für den Zeitraum bis zur Einführung des Affordable Care Acts von Präsident Obama gilt: Das öffentliche und steuerfinanzierte Fürsorgeprogramm „Medicaid“ bietet bedürftigen Personen eine Gesundheitsversorgung, jedoch ist das mangelnde Einkommen in den meisten Bundesstaaten nur notwendige, keine hinreichende Bedingung für den Hilfsanspruch. Hinzukommen müssen weitere Merkmale wie Behinderung oder unterhaltspflichtige Kinder. Somit haben also auch Personen mit geringem Einkommen keine Gewissheit darüber, ob eine Reduktion des Krankheitskostenrisikos erfolgen kann.

⁶ Hier wird bewusst von Krankheitsphase oder akuten lebensbedrohlichen Zuständen gesprochen, um diese von langfristigen Krankheiten, die zum Tode führen können, abzugrenzen. Eine Notfallbehandlung im Emergency Room ist nicht auf die Heilung tödlicher Krankheiten ausgelegt.

der Prämien für diesen Versicherungsschutz gerade noch erlauben würde, aber die direkte Bezahlung der Notfallleistungen bei mangelndem Versicherungsschutz das Einkommen übersteigt: Denn in diesem Fall kann mit der kollektiven Finanzierung der Behandlungen im Notfall gerechnet werden, so dass der Versicherungsschutz aus individueller Sicht nicht notwendig ist.

3. Absicherung des verbleibenden Krankheitskostenrisikos: Arbeitgeber-Gruppenversicherung versus langfristiger Individualvertrag

Für risikoaverse Personen, deren Einkommen einen Konsum jenseits der elementaren Alltagsbedürfnisse zulässt und die nicht mit der unentgeltlichen Bereitstellung der Notfallbehandlungen rechnen können, (so dass also ein Kostenrisiko durch Krankheitsrisiken besteht) kann der Abschluss eines Versicherungsvertrages attraktiv sein. Theoretisch kommt jener Umfang an Leistungen in Frage, der unter Beachtung der späteren Absicherung in Medicare verbleibt. Hier stehen zwei Alternativen zur Auswahl: Zum einen die Gruppenversicherung über den Arbeitgeber, zum anderen ein langfristiger (bis zum Alter von 65 Jahren bestehender) Individualvertrag.⁷

Die beiden Versicherungsalternativen unterscheiden sich hinsichtlich ihres gewährten Schutzes vor dem Prämienän-

⁷ Die Pflichtversicherung Medicare deckt nur stationäre Leistungen und ist damit lediglich eine Teilkaskoversicherung. Es kann also nach dem Alter von 65 Jahren noch ein Bedarf an privater Versicherung bestehen. Für gewisse Leistungen könnte also der frühe Abschluss eines lebenslänglichen Versicherungsvertrages attraktiv sein. Hier wird jedoch nur der Zeitraum bis zum Alter von 65 Jahren untersucht. Erstens wird in den Diskussionen über das Phänomen der Nicht-Versicherung in den USA meist nur diese Personengruppe fokussiert. Zweitens besteht tendenziell nur bis zu diesem Zeitraum die Option der Gruppenversicherung, bei Eintritt in das Rentenalter bleibt nur die Individualversicherung.

derungsrisiko. Viele Krankheiten verursachen nicht nur Kosten zur Behandlung innerhalb einer Periode, sondern können die Kostenwahrscheinlichkeit in zukünftigen Perioden aufgrund von Folgekrankheiten und erhöhter Anfälligkeit ansteigen lassen. Somit besteht das Risiko hoher Einkommensverluste aufgrund der Risikoveränderungen. Demgegenüber beinhaltet ein langfristiger Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko auch einen Schutz vor den Folgekosten einer Krankheit: Das Risiko einer Prämienveränderung aufgrund individueller Risikoentwicklung muss ebenfalls abgesichert sein, wenn eine risikoaverse Person die zukünftigen Kosten- und Versorgungsrisiken durch Krankheit absichern will (*Jankowski* 2006).

Die Gruppenversicherung kann nur unvollständig die Gesundheitsleistungen für den Zeitraum bis zum Alter von 65 absichern, weil der Schutz an den Arbeitsplatz geknüpft ist und somit das Risiko, den Job zu verlieren, mit dem Risiko des Versicherungsverlusts verbunden ist. Die bis dahin erfolgten Risikoveränderungen würden sich bei einem kompensatorisch abgeschlossenen individuellen Vertrag prämienerhöhend auswirken.

Demgegenüber schützt ein langfristiger Versicherungsvertrag den Versicherungsnehmer vor höheren Prämien aufgrund einer individuellen Verschlechterung des Krankheitskostenrisikos. Die Finanzierung langfristiger Verträge muss so gestaltet sein, dass jene Versicherten, die sich nach Vertragsschluss als gutes Risiko erweisen, den Vertrag nicht nachträglich auflösen können, indem sie sich zu einer dann günstigeren Prämie neu versichern (*Jankowski* 2006, S. 127 ff.). Daher hängt die Gewährleistung eines effektiven Schutzes langfristiger Verträge von deren Finanzierungsform ab. Besteht ein Kündigungsrecht nach Vertragsschluss, muss gewährleistet werden, dass

die für den Risikoausgleich notwendigen Mittel schon vor der Ausdifferenzierung der Risiken aufgebaut werden, damit eine Abwanderung guter Risiken nicht den Ausgleich im Versicherungskollektiv gefährdet. Eine Möglichkeit ist der rechtzeitige Aufbau von Rückstellungen durch entsprechende Prämienaufschläge. Diese können theoretisch genau so kalkuliert werden, dass nach der ersten Vertragsperiode die zu zahlenden Prämien immer in der Höhe der niedrigen Risiken bemessen sind, zuzüglich eines Aufschlag für die Absicherung der zukünftigen Risikoentwicklung (*Pauly/Kunreuther/Hirth* 1995; Zusammenfassung in *Jankowski* 2006, S. 127). Diese Prämienkalkulation ermöglicht, dass die innerhalb einer Periode anfallenden Ausgaben für gute Risiken durch die laufenden Prämienzahlungen gedeckt werden und die in der jeweiligen Periode anfallenden Kosten für hohe Risiken schon durch die zuvor geleisteten Prämienaufschläge finanziert werden können. Wenn die guten Risiken den Pool verlassen würden, wäre in diesem Modell die Finanzierung der Ausgaben für hohe Risiken durch die aufgebauten Rückstellungen nicht gefährdet (*Pauly/Kunreuther/Hirth* 1995, S. 148).

Der Großteil der *Lebensversicherungsverträge* in den USA wird über anfängliche Prämienaufschläge zur Gewährleistung langfristigen Schutzes finanziert (*Hendell/Lizzeri* 2000). Für den Bereich der Krankenversicherung bestehen sowohl Unklarheiten darüber, inwiefern langfristige Verträge bestehen als auch über deren genaue Finanzierung und davon abhängigem tatsächlich gewährleisteten Risikoausgleich (*Feldmann/Schultz* 2004).⁸ Seit der Einführung des Bundesgesetzes „Health Insurance Portability and

⁸ Nach Pauly/Herring (1999) beinhalteten in den 80er Jahren rund 75 Prozent der Krankenversicherungsverträge eine Garantie der Vertragsverlängerung.

Accountability Act“ (HIPAA) im Jahre 1996 müssen alle individuellen Krankenversicherungsverträge die Möglichkeit der Vertragsverlängerung vorsehen. In den meisten Bundesstaaten wurde dieses Gesetz mit der Vorschrift umgesetzt, dass die Prämien bei Vertragsverlängerung nicht an die seit Vertragsschluss aufgetretenen Risikoveränderungen angepasst werden dürfen. Das in vielen Bundesstaaten eingeführte Mandat „Guaranteed renewability at class average“ zwingt die Versicherer, die Verträge ohne individuelle Prämienhöhungen weiterzuführen (Patel/Pauly 2002).

Allerdings ist die empirische Relevanz dieser Vorgaben gering, weil individuelle Krankenversicherungsverträge in den USA sehr wenig verbreitet sind. Die meisten Personen unter 65 Jahren mit einem Versicherungsschutz sind über ihren Arbeitgeber versichert (Pauly 2010). In diesem Beitrag steht vor dem Hintergrund der hohen Zahl nicht versicherter Personen die Frage im Vordergrund, warum vor der Einführung des Affordable Care Act offensichtlich keine Nachfrage nach langfristigen Krankenversicherungsverträgen besteht. Im Folgenden werden Faktoren aufgezeigt, die einen Beitritt zur arbeitgeberabhängigen Gruppenversicherung, attraktiver machen als den Abschluss eines langfristigen Versicherungsvertrages.

4. Arbeitgeber-Gruppenversicherung als unausweichlicher Lohnbestandteil – Vermeidung von (adverser) Selektion

Ein Beitritt des Arbeitnehmers zur Gruppenversicherung muss nicht das Ergebnis einer bewussten Abwägung mit einem individuellen langfristigen Vertrag sein. Denn die Entscheidungsoptionen des schon angestellten Arbeitnehmers sind begrenzt: Ein Arbeitgeber, der eine Grup-

penversicherung anbietet, legt die ihm entstehenden Kosten auf alle Arbeitnehmer um, unabhängig von deren Beitritt (Gruber 2011). Für den Arbeitgeber macht es keinen Unterschied, ob er den Angestellten Barlohn ausbezahlt oder eine Gruppenversicherung finanziert und den Lohn um die Kosten der Versicherung reduziert. Es besteht für die angestellten und anspruchsberechtigten Arbeitnehmer keine Option, anstatt der Krankenversicherung einen höheren Lohn auszuhandeln und damit einen individualvertraglichen Versicherungsschutz zu erwerben. Ein Verzicht auf die Gruppenversicherung bietet keinen finanziellen Vorteil gegenüber dem Beitritt zur Versicherung. Eine Arbeitsplatzwahl des Arbeitnehmers wird von vielen Faktoren bestimmt. Wenn sich die Arbeitgeber, die eine Gruppenversicherung als Lohnbestandteil vorsehen, hinsichtlich anderer Parameter wie Nähe zum Wohnort, Familienfreundlichkeit etc. unterscheiden, kann ein Arbeitnehmer aufgrund dieser Kriterien diesen Arbeitgeber bevorzugen und die Krankenversicherung quasi billigend in Kauf nehmen. Die damit verbundene Versicherung in der Gruppenversicherung wäre dann kein Ergebnis eines bewussten Vergleiches zweier Versicherungsformen, sondern Nebeneffekt. Diese geringe Entscheidungsfreiheit für den Arbeitnehmer kann eine hohe Beitrittsquote zur Gruppenversicherung der Angestellten bei einem Arbeitgeber erklären (Cacace 2010, S. 192).

5. Absicherung in der Gruppenversicherung als bewusste Entscheidung des Arbeitnehmers gegen individuellen langfristigen Vertrag

Allerdings ist es auch möglich, dass Arbeitnehmer bei ihrer Arbeitsplatzsuche

und -auswahl ganz gezielt das Angebot einer Gruppenversicherung durch den Arbeitgeber berücksichtigen. Unter der Annahme, dass das Angebot der Gruppenversicherung schon ausschlaggebend für die Anstellung des Arbeitnehmers bei dem Unternehmen war, kann der Beitritt zur Gruppenversicherung als Bevorzugung der Gruppenversicherung gegenüber der alternativen Versicherungsvariante interpretiert werden. In diesem Fall bedarf die Erklärung der Versicherungsentscheidung einer Analyse jener Faktoren, die eine höhere Attraktivität einer Gruppenversicherung auch für eine risikoaverse Person bedingen könnten.

In der Gruppenversicherung zahlen die Arbeitnehmer eine durchschnittliche Prämie, das heißt die Gruppenkosten werden auf alle Versicherten bzw. alle Arbeitnehmer umgelegt. Eine Differenzierung der Prämien (auch indirekt über Lohndifferenzierung) und der Leistungen nach Gesundheitszustand/Alter und damit Kostenrisiko der Arbeitnehmer ist nicht zulässig.⁹ Wenn die Gruppe der Arbeitnehmerschaft sich aus unterschiedlich risikobehafteten Arbeitnehmern zusammensetzt, zahlen in der Gruppenversicherung Personen mit

9 Theoretisch könnte eine indirekte Risikodifferenzierung über unterschiedlich hohe Barlöhne erfolgen. Über die empirische Verbreitung einer Lohndifferenzierung nach Alter, als Kompensation für die mit dem Alter steigenden Gesundheitskosten, besteht Unklarheit (Bundorf/Herring/Pauly 2010, Fußnote 7). Sheiner (1999) und Pauly/Herring (1999) kommen in empirischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass ältere Arbeitnehmer über Barlohnabschläge für ihre erhöhten Krankheitskosten bezahlen. Unabhängig von der Frage, ob diese Unterschiede tatsächlich eine systematische altersabhängige Prämien differenzierung darstellen: Zumindest aber wäre eine darüber hinaus gehende Anpassung der Barlöhne an unterschiedliche Risikotypen nicht mit den Anti-Diskriminierungsgesetzen (1990: Americans with Disabilities Act) und den Vorgaben des im Jahre 1996 eingeführten Bundesgesetzes „Health Insurance Portability and Accountability Act“ (HIPAA) vereinbar. Daher wird der U.S.-Literatur folgend die Annahme durchschnittlicher Versicherungsprämien aufrechterhalten (Pauly/Herring 1999, S.72-73; Bundorf/Herring/Pauly 2010, Fußnote 7; Cochrane 1995, S. 458; Carroll/Swagel 2009, S. 565; Gruber 2011, S. 518)

einem niedrigen Risiko im Vergleich zu ihren Erwartungskosten eine höhere Prämie, während Personen mit hohen Risiken eine Prämien unterhalb ihrer erwarteten Kosten bezahlen.

Demgegenüber wird in den meisten Bundesstaaten die Prämie eines individuellen Versicherungsvertrages von dem individuellen Kostenrisiko bestimmt (Merlis 2005). Persönliche Risikofaktoren und Vorerkrankungen wirken sich damit prämienerhöhend aus. Unter ansonsten gleichen Bedingungen (also der Annahme, dass keine Unterschiede in den weiteren Versicherungskosten bestehen) wären diese für Personen mit geringem Risiko folglich attraktiver als ein Gruppenversicherungsvertrag. Für Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko wäre hingegen genau umgekehrt eine Gruppenversicherungsprämie günstiger als eine am individuellen Risiko bemessene Prämie.

Im Folgenden werden sowohl versicherungsökonomische als auch staatlichen Regelungen geschuldete Kostenvorteile der Gruppenversicherung gegenüber einer individuellen Versicherung dargelegt, welche zu einem großen Preisdifferential zwischen den beiden Versicherungsformen führen und die große Attraktivität der Gruppenversicherung für unterschiedliche Risiken erklären können. Für eine Person mit niedrigem Risiko muss die Gruppenversicherung einen größeren Kostenvorteil aufweisen als für einen Arbeitnehmer mit hohem Risiko, weil annahmegemäß im individuellen Versicherungsmarkt der rein am Krankheitskostenrisiko bemessene Prämienanteil für niedrige Risiken geringer wäre als in der Gruppenversicherung.

5.1. Die versicherungsökonomischen Vorteile der Gruppenversicherung

Die Gruppenversicherung über den Arbeitgeber weist mehrere Kostenvorteile auf, die sowohl aufgrund der Verbin-

dung von Arbeitnehmerschaft und Versicherungsgemeinschaft als auch bedingt durch Größen der Gruppen zustande kommen. Von diesen Vorteilen können Arbeitnehmer profitieren, wenn der Arbeitgeber aufgrund der Größenvorteile eine entsprechend kostengünstige Selbstversicherung anbietet oder günstigere Versicherungsprämien an externe private Krankenversicherungen entrichten kann. Wenn private Versicherungen im Wettbewerb stehen, so werden diese Vorteile an die Arbeitgeber und (sofern die Gruppenversicherung einen Wettbewerbsparameter darstellt) letztendlich an die Arbeitnehmer weitergegeben.

5.1.1. Geringere Verwaltungs- und Transaktionskosten

Entscheidend für die Vorteilhaftigkeit einer Gruppenversicherung gegenüber den individuell abgeschlossenen Versicherungen ist aber, dass die Bildung einer großen Gruppe über den Arbeitgeber keinen zusätzlichen Aufwand verursacht. Die Bildung eines Versicherungspools über individuelle Vertragsabschlüsse geht mit steigenden Grenzkosten einher, insbesondere im Bereich der Risikoprüfung (Informationsgewinnung über die Risiken) und der Organisation der Versicherung (Schradin 2003, zitiert nach Jankowski 2006, S. 66).

Demgegenüber erlaubt die Gruppenversicherung Einsparungen von Transaktionskosten in Form der Vertragsabschlusskosten (Vgl. bspw. Blumberg/Nichols 2004, S. 47): Es müssen nicht mit allen Personen unterschiedliche Versicherungsverträge geschlossen werden, sondern ein zentraler Vertragspartner, der Arbeitgeber, verhandelt mit einer privaten Versicherung oder agiert als Selbst-Versicherer (Cacace 2010, S. 193 f.). Die Verbindung des Arbeitsvertrages mit dem Beitritt zur Versicherung ist weniger aufwändig als die jeweils separate Durchführung die-

ser Prozesse bei unterschiedlichen Stellen und Ansprechpartnern. Die Koppelung von Arbeitsplatz- und Versicherungswahl kann also die Generierung der Größenvorteile ohne Organisationsaufwand erlauben, sie ist ein Nebeneffekt der Bildung der Arbeitnehmerschaft.

5.1.2. Einsparung von Kosten der Risikoprüfung

Des Weiteren können Einsparungen durch den Verzicht auf individuelle Risikoprüfungen bei einer Gruppenversicherung gegenüber einer individualvertraglichen Versicherung entstehen: Wenn ein Versicherungskollektiv über individuelle Verträge zustande kommt, dann muss die Versicherung die individuellen Versicherungsprämien am jeweiligen individuellen Erwartungswert der Krankheitskosten ausrichten. Denn bei einer durchschnittlichen Prämie wäre der Abschluss der Versicherung für Personen mit geringen Kostenerwartungen unattraktiv (Jankowski 2006, S. 69). Eine Prüfung der individuellen Risiken kann für die Bestimmung der individuellen Kostenrisiken notwendig sein. Dabei müssen natürlich die Grenzkosten der Risikoprüfung mit dem Grenznutzen in Form der genaueren Prämiengestaltung abgewogen werden.

Der Grenznutzen der individuellen Risikoprüfung bei Gruppenversicherungen ist gering, wenn nur die Gruppenprämie maßgeblich für die Versicherungsentscheidung des Arbeitgebers ist. Kann der Krankenversicherer davon ausgehen, dass die Arbeitgeber, die eine Versicherung für ihre Arbeitnehmer nachfragen, eine ausgewogene Arbeitnehmerschaft haben, kann er auf eine individuelle Risikoprüfung der Mitglieder der Gruppe zur Kostenbestimmung verzichten und abhängig von der Größe und den allgemeinen Risikomerkmale der Gruppe eine Prämie kalkulieren. In großen Gruppen ist der Einfluss einzelner Ausreißer auf das gesamte Grup-

penrisiko und damit auf die Gruppenprämie gering. Wenn einzelne Ausreißer die Kosten dieses großen Gruppenschnitts nicht signifikant verändern, dann variiert auch die Prämie für die gesamte Gruppe in Abhängigkeit von der gezielten Berücksichtigung von einzelnen Ausreißern nicht signifikant. Damit können bei der Gruppenversicherung die Kosten der Risikoprüfung gespart werden.

Empirisch zeigt sich, dass Versicherungen, die eine Gruppenversicherung anbieten, bei größeren Belegschaften meist keine individuelle Risikoprüfung durchführen. Die Versicherungen beachten bei der Festlegung der Gruppenprämie großer Arbeitgeber allgemeine Merkmale, nicht aber individuelle Arbeitnehmereigenschaften.

Diese genannten Vorteile der Arbeitgeber-Versicherung können dazu führen, dass deren Verwaltungs- und Vertragsabschluss-Kosten zwischen 25 Prozent und 30 Prozent geringer sind als jene einer individuellen Versicherung (*Blumberg/Nichols* 2004, S. 47).

Der Anteil dieser administrativ bedingten Fixkosten an den Kosten für einen Versicherungsvertrag kann bei den individuellen Verträgen auch deshalb höher sein, weil deren Vertragszeitraum relativ verkürzt ist: Erstens erfolgt eine Reduktion des Versicherungszeitraumes aufgrund der regulären Versicherung in Medicare ab dem Alter von 65. Zweitens besteht Unsicherheit über den tatsächlichen Bedarf der Versicherung. Denn die große Verbreitung der Gruppenversicherung der Arbeitgeber kann für einen einzelnen Arbeitnehmer die Wahrscheinlichkeit erhöhen, zu einem späteren Zeitpunkt bei einem Arbeitgeber mit Gruppenversicherung zu arbeiten und damit quasi automatisch in der Gruppenversicherung versichert zu sein. Wie bereits dargelegt kann die Krankenversicherung des Arbeitgebers ein für den Arbeitneh-

mer unausweichlicher Lohnbestandteil sein. Selbst wenn ein Arbeitnehmer beim Eintritt auf den Arbeitsmarkt die Auswahl zwischen Arbeitgebern mit und ohne Gruppenversicherung besitzt, muss er die möglicherweise zukünftig zwangsläufig bestehende Versicherung in der Gruppenversicherung ins Kalkül ziehen. Aufgrund dieser Unsicherheit kann der individuelle Planungshorizont kurzfristiger und damit ein langfristiger Vertrag aufgrund der Fixkosten unattraktiver werden (*Pauly/Kunreuther/Hirth* 1995, S. 150).

5.1.3. Nachteile langfristiger Verträge aufgrund von Prämien-Frontloading und Unsicherheit über den Bedarf

Damit die Langfristigkeit individueller Verträge gewährt sein kann, müssen die Prämien so ausgestaltet sein, dass die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen Risiken nach Vertragsschluss keine Abwanderung unterdurchschnittlich risikobehafteten Versicherungsnehmer auf Kosten des Risikoausgleiches induzieren kann. Wenn die Prämien zu Beginn der Vertragslaufzeit einen Aufschlag zur Vor-Finanzierung der für den späteren Risikoausgleich notwendigen Rückstellungen enthalten sind (vgl. auch *Pauly et al.* 2011), dann kann diese Prämiengestaltung aufgrund der institutionellen Besonderheit des U.S.-Versicherungssystems zu Kosten führen. Denn aufgrund der möglicherweise später unausweichlichen Absicherung in der Gruppenversicherung muss der Arbeitnehmer den eventuell zukünftigen Bedarf einkalkulieren, diese individuelle Versicherung zu kündigen, um eine doppelte Absicherung zu vermeiden. Mit der Kündigung geht aber keine vollständige Ersparnis der Prämienzahlungen nach Vertragsende einher: Denn wie dargelegt beinhalten die Prämien zu Beginn der Vertragslaufzeit schon einen Aufschlag

zum Aufbau der langfristig notwendigen Rückstellungen für den Morbiditätsausgleich innerhalb des Versicherungskollektivs. Diese Vorleistungen erhält ein Versicherter im Fall der Vertragskündigung nicht mehr zurück. Die Wahrscheinlichkeit, später eine Gruppenversicherung zu besitzen und daher die Versicherung nicht mehr zu benötigen, ist schon vor dem Vertragsschluss gegeben. Daher kann sich je nach individuell kalkulierter Wahrscheinlichkeit späterer unausweichlicher Versicherungsphasen über den Arbeitgeber und damit eines reduzierten Bedarfs die Zahlungsbereitschaft für einen langfristigen Versicherungsvertrag reduzieren.

Eine risikoäquivalente Krankenversicherungsprämie müsste sich unter diesen genannten Voraussetzungen im U.S.-amerikanischen System nicht nur am individuellen Krankheitsrisiko orientieren, sondern auch an der individuellen Erwerbsbiografie. Von dieser hängen schließlich auch der Zugang zum Versicherungsschutz über den Arbeitgeber ab und damit auch der Bedarf eines individuellen Versicherungsschutzes. Lediglich im Falle einer mangelnden Verfügbarkeit der Arbeitgeber-Versicherung wäre der Zugang zur individuellen Versicherung notwendig. Da die individuelle Erwerbsbiografie auch sehr stark einem persönlichen Einfluss unterliegt, ist eine Absicherung der individuellen Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Erwerbslebens keine Absicherung über den Arbeitgeber zu besitzen, wiederum sehr schwierig und damit letztendlich kostenintensiv. Es bedürfte sowohl geeigneter Indikatoren zur Abschätzung dieser individuellen Wahrscheinlichkeiten im Vorhinein als auch der Kontrolle des Verhaltens des Versicherungsnehmers im Nachhinein, um ein verringertes Bemühen um die Absicherung durch den Arbeitgeber zu vermeiden.

5.2. Steuerliche Förderung der Gruppenversicherung

Eine Gruppenversicherung über den Arbeitgeber besitzt nicht nur die Kostenvorteile, welche aufgrund der Verbindung von Arbeitsplatz und Versicherung sowie der ermöglichten Pool-Größe bei großen Arbeitnehmerschaften entstehen. Ein großer Preisunterschied zwischen den Versicherungsformen wird durch die ausschließliche steuerliche Förderung der Gruppenversicherung erzeugt (*Pauly/Percey/Herring* 1999, S.32).

Die steuerliche Förderung der Arbeitgeber-Gruppenversicherung etablierte sich nach dem II. Weltkrieg: Damals bestanden gesetzliche Lohnobergrenzen, um inflationäre Wirkungen eines zunehmenden Wettbewerbs um Arbeitnehmer (verstärkt durch die große Nachfrage nach Arbeitern im Bereich der Kriegsproduktion) zu verhindern. Die Arbeitgeber wichen der Lohnregulierung aus, indem sie alternative Entlohnungsformen entwickelten, darunter die Pensionszusagen und das Angebot von Krankenversicherungsleistungen. Da von diesen Entlohnungsformen keine inflationsinduzierenden Effekte auszugehen schienen, sollte die Einführung der steuerrechtlichen Sonderbehandlung den Arbeitgeber die Anwerbung der notwendigen Arbeitskräfte ermöglichen (*Helms* 2008; *Thomasson* 2003).

Eindeutig und verbindlich etabliert wurde die Steuerförderung im Jahre 1954 im Internal Revenue Code (IRS)¹⁰. Die Steuerförderung der Gruppenversicherung beinhaltet die gänzliche Befreiung der Löhne, die in Form von Krankenversicherungsschutz ausbezahlt werden (*Monahan/Schwarcz* 2010, S. 14-15): Dies umfasst sowohl die Einkommensteuer auf

Bundesebene als auch die bundesstaatliche Einkommenssteuer sowie die Sozialversicherungsabgaben. Der Arbeitgeber muss auf die von ihm bezahlten Versicherungsleistungen keine Sozialversicherungsabgaben (für Medicare und die Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASD-Programm)) bezahlen, im Gegensatz zu einer Entlohnung über Barlöhne (*Gruber* 2011)¹¹. Unter der Annahme, dass diese eigentlich von den Arbeitnehmern getragen wird (in Form eines geringeren Lohnes), kommt dieser Kostenvorteil auch den Arbeitnehmern zugute (*Finkelstein* 2002; *Cutler* 2002). Auch der Teil der Prämien, den der Arbeitnehmer direkt bezahlt, kann er in vielen Fällen steuerlich geltend machen (*Monahan/Schwarcz* 2010, S. 14-15; *Cutler* 2002; *Blumberg/Nichols* 2004). Die Steuerförderung für die Gruppenversicherung ist bisher nach oben nicht begrenzt, der absolute Förderbetrag steigt mit den Versicherungsprämien.

In der U.S.-Literatur wird der Preis der Gruppenversicherung aufgrund des Steuervorteils als „after tax price“ definiert und über die Opportunitätskosten der Lohnauszahlung in Form von Versicherungsschutz definiert (*Finkelstein* 2002, S. 310). Mit einer Auszahlung Lohn in Form von einem Dollar Krankenversicherungsschutz verzichtet man also auf weniger als einen Dollar Barlohn, weil der Barlohn noch versteuert werden müsste (*Finkelstein* 2002; *Cutler* 2002; *Blumberg/Nichols* 2004). Je höher die Besteuerung des Lohnes ist, umso geringer ist der Preis der Gruppenversicherung, weil die Auszahlung von Barlohn mit weniger Konsummöglichkeiten verbunden ist.

Diese Steuerbefreiung gilt für abhängig Beschäftigte nur für die Alternative der Lohnzahlung in Form von Gruppen-Versicherungsschutz. Ein individueller Ver-

sicherungsbeitrag wird in der Regel nicht staatlich gefördert, nur Selbstständige können in begrenztem Rahmen Krankenversicherungsprämien steuerlich geltend machen (*Monahan /Schwarcz* 2010, S. 14- 15; *Blumberg/Nichols* 2004, S. 49; *Bumann/Gruber* 2005). Die steuerliche Förderung erzeugt daher einen sehr großen Preisunterschied zwischen einer Arbeitgeber-Gruppenversicherung und einer individuellen Versicherung. Die durchschnittlich eingesparte Steuer kann rund 34 Prozent der Gruppenversicherungsprämie ausmachen (*Cutler* 2002, S. 44; *Gruber* 2011, S. 516). Für einen Arbeitnehmer, der sein Krankheitskostenrisiko absichern will und die Wahl hat zwischen der Arbeitgeber-Gruppenversicherung oder einer höheren Lohnauszahlung und dem Erwerb einer individuellen Versicherung, wird der Preis der Gruppenversicherung also durch die steuerliche Förderung um rund 34 Prozent gegenüber einem individuellen Versicherungsvertrag subventioniert. Die steuerliche Förderung kann folglich die geringe Nachfrage nach individuellen Versicherungsverträgen in den USA bedingen (*Cochrane* 2013). Der steuerlich induzierte Kostenunterschied zwischen den beiden Versicherungsalternativen kann gerade für jene Arbeitnehmer relevant werden, die in der Gruppenversicherung die im Vergleich zum individuellen Risiko höchsten Prämienaufschläge zahlen und dazu führen, dass diese auch für Personen mit einem niedrigen Risiko attraktiver ist als der individuelle Vertrag.

6. Fazit der Analyse: Nicht-Versicherung als Folge einer institutionell geprägten Entscheidung

Gemessen an der Referenz, langfristigen Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko zu bieten, ist der Leistungsumfang

¹⁰ Zwar gab es schon 1913 eine Befreiung der „Lohnnebenleistungen“ (Fringe Benefits) von der Einkommenssteuer, diese war aber unklar formuliert und mit Rechtsunsicherheit für die Unternehmen verbunden.

¹¹ Eine genaue Übersicht unter: http://www.ssa.gov/policy/docs/quickfacts/prog_highlights/

einer individualvertraglichen Absicherung höher als jener einer Arbeitgeber-Gruppenversicherung. Die Gruppenversicherung bietet aufgrund der Abhängigkeit vom Arbeitsplatz nur einen begrenzten Schutz vor dem Krankheitskostenrisiko. Auch für eine risikoaverse Person kann der Verzicht auf die langfristige Absicherung jedoch aufgrund großer Preisunterschiede attraktiv sein: Personen mit hohem Krankheitsrisiko erhalten in der Gruppenversicherung aufgrund der steuerlichen Förderung und der Finanzierung über durchschnittliche Prämien im Vergleich zu einer risikoäquivalenten Prämie auf dem individuellen Versicherungsmarkt eine doppelte Subventionierung. Aber auch für Personen mit einem niedrigen Kostenrisiko kann die Gruppenversicherung zur Durchschnittsprämie aufgrund versicherungsökonomischer Effizienzvorteile und auch aufgrund der steuerlichen Förderungen attraktiver sein als ein Individualvertrag. Hinzu kommt, dass sich der Planungshorizont aufgrund der Pflichtversicherung Medicare und aufgrund der großen Verbreitung von Arbeitgeber-Gruppenversicherungen als Lohnbestandteil reduziert, was den Fixkostenanteil für Individualverträge erhöht und deren Attraktivität verringert. Die geringe Nachfrage nach langfristigen Individualverträgen in den USA lässt sich also als rationales Entscheidungsergebnis risikoaverser Personen begreifen. Angesichts der in den USA schon lange bestehenden Diskussionen über Nicht-Versicherung und der Reform mit dem Ziel der Reduktion der Nicht-Versicherung ist von Bedeutung, dass es auch staatlich etablierte Rahmenbedingungen, insbesondere die steuerliche Förderung der Gruppenversicherung, sind, welche die Bevorzugung einer weniger langfristigen Versicherungsform erklären können. Im Falle eines Verlusts der Gruppenversicherung geht eine mögliche kompensatorische Absicherung über einen individuellen Versicherungsvertrag aufgrund der dann meist herausgebildeten Risikounterschiede mit möglicherweise prohibitiv hohen Prämien einher. Das Phänomen der Nicht-Versicherung lässt sich vor diesem Hintergrund also auch als Folge einer institutionell bedingten Dominanz der Arbeitgeber-Gruppenversicherung im U.S.-Gesundheitssystem begreifen.

torische Absicherung über einen individuellen Versicherungsvertrag aufgrund der dann meist herausgebildeten Risikounterschiede mit möglicherweise prohibitiv hohen Prämien einher. Das Phänomen der Nicht-Versicherung lässt sich vor diesem Hintergrund also auch als Folge einer institutionell bedingten Dominanz der Arbeitgeber-Gruppenversicherung im U.S.-Gesundheitssystem begreifen.

Autorin:

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer

**Institut für Wirtschaftspolitik
an der Universität zu Köln**

Pohligstr. 1 (Raum 104)

D-50969 Köln

Email:

laeuer@wiso.uni-koeln.de

Literaturverzeichnis

Abraham, J.M./Feldman, R./Graven, P. (2014): How Will the Affordable Care Act Change Employers' Incentives to Offer Insurance?. US Census Bureau Center for Economic Studies Paper No. CES-WP-14-02. <http://ssrn.com/abstract=2394735>

Blumberg, L./Nichols, L. M. (2004): Why Are So Many Americans Uninsured?, in: McLaughlin, C. G. (Hrsg.): Health Policy and the Uninsured. Washington, DC: Urban Institute Press.

Bumann, L. E./Gruber, J. (2005): Tax credits for health insurance. Discussion Paper 19. Washington D.C.: The Urban Institute.

Cacace, M. (2010): Das Gesundheitssystem der USA. Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik. Frankfurt/New York: Campus.

Carroll, R./Swagel, P. (2009): The intersection of tax and health care policy, in: National Tax Journal LXII (3), 563-571.

Cochrane, J. H. (1995): Time-Consistent Health Insurance, in: Journal of Political Economy, 103 (3), S. 445-473.

Cochrane, J. H. (2013): After the ACA: Freeing the market for health care (February 6, 2013), zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=2213027>.

Cutler, D. M., (2002): Health care and the public sector, National Bureau of Economic Research. Working Paper 8802.

Eibner, C./Carter C. P. (2012): The effect of the Affordable Care Act on enrollment and premiums, with and without the individual mandate. Santa Monica, CA: RAND Corporation, zuletzt abgerufen am 10.10.2014, http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1221.

Feldman, R./Schultz, J.: Consumer Demand for Guaranteed Renewability in Health Insurance, in: Journal of Consumer Policy 27 (1), S. 75-97.

Finkelstein, A. (2002): The effect of tax subsidies to employer-provided supplementary health insurance: evidence from Canada. In: Journal of Public Economics 84 (3), S. 305-339.

Gaynor, M. (2006): Why don't courts treat hospitals like tanks for liquefied gases? Some reflections on health care antitrust enforcement, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, 13 (3), S. 497-510.

Gruber, J. (2011): The tax exclusion for employer-sponsored health insurance, in: National Tax Journal, 64 (2, Part 2), S. 511-530.

Harrington, Scott E. (2010): U.S. health care reform: The Patient Protection and Affordable Care Act, in: The Journal of Risk and Insurance, 77(3), S. 703-708.

Helms, R. B. (2008): Tax Policy and the history of the health insurance industry. Washington D.C.: American Enterprise Institute, zuletzt abgerufen am 1. Mai 2014, http://www.americantaxpolicyinstitute.org/pdf/health_conference/Helms.pdf

Hendel, I./Lizzeri, A. (2000): The role of commitment in dynamic contracts: Evidence from life insurance. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. Working Paper 7470.

Jankowski, M. (2006): Wettbewerb, Versicherungspflicht und Risikoanpassung. Zur Begründung und Gestaltung einer obligatorischen Krankenversicherung in der Wettbewerbsordnung. Köln: Institut für Wirtschaftspolitik. Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik 130.

Kunreuther, H. C./Pauly, M. V./Mc Morrow, S. (2013): Insurance and Behavioral Economics. Improving decisions in the most misunderstood industry. Cambridge: University Press.

Läufer, I. (2013): Private Krankenversicherung in den USA - Im Spannungsfeld zwischen Staat und Markt, Otto-Wolff-Discussion Paper 07/2013

Merlis, M. (2005): Fundamentals of underwriting in the nongroup health insurance market: Access to coverage and options for reform. National Health Policy Forum Background Paper, April 13, 2005.

Monahan, A./Schwartz, D. (2010): Will employers undermine health care reform by dumping sick employees? (July 30, 2010). Virginia Law Review, Vol. 97, p. 125, 2011; Minnesota Legal Studies Research Paper No. 10-37, zuletzt abgerufen am 18.10.2013, <http://ssrn.com/abstract=1651308>.

Patel, V./Pauly, M.V. (2002): „Guaranteed renewability and the problem of risk variation in individual health insurance markets“, Health Affairs, suppl. Web Exclusives 2002: W280-W289.

Pauly, Mark (2010): Health reform without side effects. Making markets work for individual health insurance. Stanford: Hoover Institution Press Publication.

Pauly, M. V./Kunreuther, H./Hirth, R. (1995): Guaranteed Renewability in Insurance, in: Journal of Risk and Uncertainty 10, S. 143-156.

Pauly, M. V./Menzel, K./Kunreuther, H./Hirth, R. A. (2011): Guaranteed renewability uniquely prevents adverse selection in individual health insurance, in: Journal of Risk and Uncertainty 43, S. 127-139.

Pauly, M. V./Herring, B. (1999): Pooling health insurance risks. Washington D.C.: The AEI Press.

Pauly, M./Percy, A./Herring, B. (1999): Individual versus job-based health insurance: Weighing the pros and cons, in: Health Affairs 18 (6), S. 28-44.

Sheiner, L. (1999): Health Care Costs, Wages, and Aging. Federal Reserve Board - Division of Research and Statistics Discussion Paper 99 (19).

Schönböck, W. (1988): Subjektive Unsicherheit als Gegenstand staatlicher Intervention, in: Rolf, G./Spahn, P. B./Wagner, G. (Hrsg.): Sozialvertrag und Sicherung: Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme. Frankfurt/Main, New York: Campus Verlag, S. 45-63.

Thomasson, M. A. (2003): The importance of group coverage: How tax policy shaped U.S. health insurance, in: The American Economic Review, 93 (4), S. 1373-1383.

Andreas Meusch

Braucht die Sozialpolitik einen Ruck? ¹

Am 11. September 2014 wurde dem 60-jährigen Bestehen des Bundessozialgerichts in einem Festakt am Sitz des Gerichtes in Kassel gedacht. Bundespräsident Gauck hielt die Festrede. Aus diesem Anlass wurde auch eine Festschrift herausgegeben². Es ist ein „Ruck-Buch“ - so wie der ehemalige Bundespräsident Herzog eine „Ruck-Rede“ gehalten hat³. Dieser Anstoß verdient es, aufgenommen zu werden.

Es stehe eine „Runderneuerung unseres Sozialmodells“ an⁴. Der „Krisenreigen“ der Finanzmarkt-, Staatsschulden- und Eurokrise erzwingt, „auch über die Reformtrends im Sozialstaat neu“ nachzudenken⁵. „Wir scheinen uns in einer Wende- oder Übergangszeit zu befinden, in einem Abschnitt, wo sich ‚nicht mehr‘ und ‚noch nicht‘ treffen⁶.“ Die Zitate finden sich in der „Denkschrift“, die auch „Festschrift“ heißen könnte, es aber nicht tut. Die Autoren wollen bewusst 60 Jahre

1 Der Beitrag basiert auf dem Buch „Sozialpolitik im Herbst des Kapitalismus“, erschienen als eBook im Meusch Verlag, Hamburg. www.meusch-verlag.de

2 Masuch, Peter/Spellbrink, Wolfgang./Becker, Ulrich/Leibfried, Stephan: Vorwort der Herausgeber, in: diess. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014.

3 Am 26. April 1997 hat der damalige Bundespräsident Roman Herzog im Berlin Hotel Adlon seine Rede „Aufbruch ins 21. Jahrhundert mit dem Kernsatz „Durch Deutschland muss ein Ruck gehen...“ gehalten <https://www.youtube.com/watch?v=FhHrzWvd-Js>.

4 Masuch, Peter et al.: Vorwort, in: dies. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014, S. V-XI, S. XI.

5 Leibfried, Stephan: Der Wohlfahrtsstaat: Ursprünge, Entwicklungen, Herausforderungen. Eine vergleichende Hinführung, in: Masuch et al. (Hrsg.) Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014, S. 3–20, S. 16.

6 Masuch, Peter et al.: Vorwort, in: dies. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014, S. V-XI, S. VI.

Bundessozialgericht nicht feiern, sondern einen Denkanstoß geben.

Die Empirie in Deutschland scheint dem zu widersprechen, die Realität zu Beginn des Jahres 2016 ist sozialpolitisch noch geprägt von einer Expansion sozialpolitischer Wohltaten in der Pflegeversicherung, der Rente und auch in der Gesundheitspolitik. Allein im ersten Halbjahr 2015 sind elf gesundheitspolitisch relevante Reformgesetze verabschiedet worden, keines mit Kostendämpfungszielen. Die wichtigsten davon zu Krankenhäuser, Pflege, Prävention und zur Versorgungsstärkung. Sie haben Mehrkosten in Milliardenhöhe zur Folge. Wollte Leibfried, einer der Autoren, mit dieser Sicht der Dinge der amtierenden Bundesregierung Mahnendes mit auf den Weg geben? Ich würde es mir zumindest so wünschen.

Die Herausgeber und Autoren konzentrieren sich auf eine Anamnese der Geschichte und Diagnose der Gegenwart des Sozialstaates. Sie halten sich mit einer Prognose für Künftiges zurück. Dies wird also noch zu leisten sein. Natürlich wird mit der Diagnose der Weg zu Prognose und Therapie gebahnt. Bevor wir uns ihnen zuwenden können, stellt sich die Frage, ob die Diagnose stimmt.

Es wird in der Denkschrift sehr viel Richtiges und Wichtiges gesagt über die Brüchigkeit der Normalarbeitsverhältnisse und der Familie als Lebensmodell. Man spürt, wie die Herausgeber darun-

ter leiden, dass der Sozialstaat eher auf Kompensation statt auf „systematische Integration von Bildung und Fortbildung setzt“ und wie sie einen Wissenschaftsbetrieb herbeisehnen, der „Neugier“-Kapazitäten vorhält. Das sind wichtige Akzente, die gesetzt werden, entscheidend ist aber, wo der Autor des Grundsatzebeitrags zum Wohlfahrtsstaat, der Bremer Professor für Institutionen und Geschichte des Sozialstaates, Stephan Leibfried, eine Zeitenwende setzt: 2008 mit dem „Krisenreigen“. Zunächst einmal bedeutet dies, dass in seiner Analyse die Phase der sozialpolitischen Bewältigung der deutschen Einheit vorbei ist oder zumindest völlig überlagert wird von den Folgen dieses Krisenreigen. Die Zukunft der Sozialpolitik wird bestimmt werden von dieser Systemkrise des Kapitalismus.

Warum unser Sozialstaat den Kapitalismus braucht

Für die OECD besteht keine Zweifel: „Ein höheres Volkseinkommen (gemessen am Pro-Kopf-BIP) wird generell mit einer höheren Lebenserwartung bei der Geburt assoziiert, obwohl der Zusammenhang bei höheren Einkommensniveaus weniger ausgeprägt ist“⁷. Und auch das Scheitern der DDR macht diesen Zusammenhang

7 Die OECD in Zahlen und Fakten 2011/2012: Wirtschaft, Umwelt, Gesellschaft.

deutlich: Die „Fürsorgediktatur“⁸ hat enorme Anstrengungen unternommen, ein vorbildliches Gesundheitswesen aufzubauen. Das Bemühen war ohne Zweifel groß. Obwohl der böse Kapitalismus die guten Polikliniken platt gemacht hat, gilt:

- „Kurz nach der Wende lebten die Bürger in den neuen Bundesländern im Schnitt 2,5 Jahre weniger. Bei Frauen ist nach rund 20 Jahren kein großer Unterschied mehr zwischen Ost und West festzustellen und auch bei den Männern wird die Differenz geringer.“⁹
- „Die Bevölkerung in Ostdeutschland holt bei der Lebenserwartung auf. Zwar liegt die mittlere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern derzeit noch niedriger als in den alten Bundesländern. Doch holt die Bevölkerung in Ostdeutschland zügig auf: Zwischen 1990 und 2002/2004 stieg in den neuen Ländern (ohne Berlin-Ost) die Lebenserwartung der Frauen um 4,59 Jahre, die der Männer um 5,27 Jahre.“¹⁰

Es kann also festgehalten werden, dass der Kapitalismus dem deutschen Sozialsystem gut tut, seine Krise somit auch perspektivisch zu einer Krise des Sozialstaates führen muss. 2008 als einen Epochenchnitt zu sehen, ist deshalb keine erfreuliche, wohl aber eine nicht unrealistische Perspektive für den Sozialstaat. Im angelsächsischen Welfarestate trifft das Auf und Ab der Wirtschaft die Sozialpolitik unmittelbarer als im deutschen Sozialstaat, der im Krisenjahr 2009 sogar einen wichtigen Beitrag geleistet hat, die Wirtschaft zu stabilisieren. Es ist aber ein fataler Irrtum anzunehmen, dass der Zusammenhang nicht besteht. Es

lohnt deshalb ein Blick über den Kanal: Wurde das britische Gesundheitssystem, der National Health Service (NHS), in der Ära Blair noch mit den sprudelnden Geldern der Londoner City modernisiert, müssen inzwischen die ambitionierten Qualitätsprogramme zusammengestrichen werden. „Gesundheitspolitische Beobachter gehen davon aus, dass bis zu 100.000 Stellen in der NHS-Verwaltung wegrationalisiert werden könnten. Inflationbereinigt kommt die geplante Ausgabenentwicklung einer Senkung von zwischen vier und 4,5 Prozent jährlich gleich. Investitionen etwa in neue NHS-Gebäude werden bis 2015 laut Ministerium um 17 Prozent jährlich gekürzt“¹¹. Eine Sozialstaatsdebatte sollte sich dieses Zusammenhangs stets bewusst sein. „Mehr Kapitalismus wagen“, dies ist ein implizites Axiom der deutschen Sozialpolitik, auch von Akteuren, die nicht Fans von Friedrich Merz sind.

Die Herausgeber der Denkschrift fordern uns dazu auf, auch über die normativen Grundlagen des Sozialstaates, den Common Sense nachzudenken. Bundespräsident Gauck formuliert es in seiner Festrede so: „Sozialpolitik wird nicht nur vom Geld, sondern auch vom gesellschaftlichen Klima bestimmt“¹².

Dafür sind auch die Politiker verantwortlich. Meinungsführerschaft über Fragen des gesellschaftlichen Klimas anzustreben, ist eine relevante Aufgabe von Parteien. Mit Blick auf die Sozialpolitik sollen hier zwei Aspekte angerissen werden:

- Im Klimaschutz gibt es inzwischen Klimaziele. Was sind denn die „Klimaziele“ in der Sozialpolitik?
- Im Klimaschutz ist es gelungen, die Ziele so zu verdichten, dass sie nicht nur Tagesschau geeignet, sondern auch über

twitter kommunizierbar sind (Reduzierung des Kohlenstoffdioxid-Ausstoßes, Verlangsamung der Erderwärmung). Um es wissenschaftlich zu formulieren: Es gibt ein Narrativ. Welches Narrativ, welche Narrative gibt es in der Sozialpolitik, die handlungsleitend sind?

Um sich Antworten auf diese Frage zu nähern, soll die sozialpolitische Großwetterlage in (West)deutschland untersucht werden. Diese lässt sich in vier lange Wellen einteilen:

1. *lange Welle: Ausbau des Sozialstaates (1949 bis 1974),*
2. *lange Welle: Konsolidierung (1974 bis 1990),*
3. *lange Welle: Sozialpolitik als Standortpolitik (1990 bis 2005),*
4. *lange Welle: Appeasement der Bevölkerung (2005 bis heute).*

1. lange Welle: Ausbau des Sozialstaates (1949 bis 1974)

In dieser Phase steigt die Sozialleistungsquote drastisch an, bis auf 33,7 Prozent im Jahr 1975. Die Leistungen haben sich aufgrund der hohen Wachstumsraten der Wirtschaft noch dynamischer entwickelt als die Steigerungsraten erkennen lassen. Der Ausbau der sozialen Marktwirtschaft zum Wohlfahrtsstaat wurde vor allem über den Anstieg der Erwerbseinkommen finanziert. Vom Anstieg der Netto-wochenlöhne der Arbeiter auf das Dreifache zwischen 1950 und 1974 profitierte das Sozialsystem in vollem Umfang. Diese lange Wellt lässt sich in zwei Phasen unterteilen:

- Nachkrieg 1949 bis 1957
- Ausbau des Sozialstaates (1957 bis 1974)

1. Welle, Phase 1: Nachkrieg (1949 bis 1957)

Klimabestimmend: Linderung der Not, Integration der Vertriebenen und Versor-

8 Dies ist die Formulierung von Bundespräsident Joachim Gauck bei seinem Festvortrag „60 Jahre Bundessozialgericht“ vom 11.9.2014.

9 Braun, Maria: Wo die Menschen in Deutschland am längsten leben, in: Die Welt, 29.4.2011

10 Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland Kapitel 1.1.1 (Gesundheit in Deutschland, 2006).

11 Striegler, Arndt: Großbritannien: Insel der Rationierung, in: Ärzte Zeitung vom 17.12.2011.

12 Joachim Gauck, Festvortrag „60 Jahre Bundessozialgericht“ vom 11.9.2014

gung der Kriegsoffer. Ludwig Ehrhardts Vision vom „Wohlstand für alle“ war Gemeingut und Ansporn. Für die Sozialpolitik galt: „Der einzig erfolgreiche Programmbegriff der Nachkriegszeit wurde die Soziale Marktwirtschaft“¹³. Es ist die Zeit, in der wichtige Grundsatzentscheidungen getroffen werden, die sehr häufig an die Traditionen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung und die Errungenschaften der Weimarer Republik anknüpfen. Dazu gehörte auch die Anknüpfung an das Erwerbssystem und die „Wieder(Errichtung der) Träger, Einrichtungen und Instrumente“¹⁴. Es war nicht nur ein „Durcheinander“¹⁵, sondern auch eine Phase sozialpolitischer Innovationen, die bis heute wirksam sind und eine Inkubationszeit für sozialpolitische Tendenzen, die erst später wirksam werden sollten. Zu den Innovationen gehören zweifellos das Kindergeld und die Vermögensbildungspolitik.¹⁶ Mit der Debatte um Studienförderung für die Elite oder nach sozialen Gesichtspunkten und dem dazu in dem Honnefer Modell erzielten Kompromiss, wurden die Diskussionen um das spätere Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG¹⁷) grundgelegt¹⁸. Das Thema „zweiter Bildungsweg“ wurde Mitte der 1950er Jahre fester Programm-

bestandteil der bildungspolitischen Diskussion¹⁹ und die Problematik der Absicherung im Pflegefall wurde bereits 1957 in einem Grundsatzpapier „Sozialplan für Deutschland“ für den SPD-Bundesvorstand aufgegriffen²⁰.

1. Welle, Phase 2: Ausbau des Sozialstaats (1957 bis 1974)

Die außerordentlich gute Wirtschaftslage des Jahres 1957 und die sprudelnden Einnahmen in den Sozialversicherungen führten 1957 wie 2015 zu Sozialgesetzen mit langfristiger Ausgabedynamik. Die wichtigste Entscheidung im Jahr 1957: Die Einführung der dynamischen Rente, deren Höhe gesetzlich an die Einkommen der erwerbstätigen Bevölkerung geknüpft wurde²¹. Für viele bezeugt diese Reform nicht nur den „Abmarsch in den Wohlfahrtsstaat (als) ein säkulares Schicksal der westlichen Industrienationen“, sondern auch Adenauers „Flair für wahlentscheidende Gesetzgebung“ sowie die „Unbedenklichkeit, mit der er [Adenauer] Staat und Gesellschaft auf langfristige Verpflichtungen festlegte“²². Je länger die Ära Adenauer dauerte, umso größer wurde seine „Scheu bei der Durchsetzung dessen, was aus rein sachlichen Gründen vielfach notwendig gewesen wäre“, was sich „lähmend“ auf die „Reformfähigkeit des Systems“ auswirkte²³. Damit hat

Adenauer die DNA der deutschen Sozialpolitik bis heute mitgeprägt.

Der wachsende Wohlstand veränderte auch die sozialpolitischen Debatten, und so wird in der Diskussion um das Bundessozialhilfegesetz die „fast sehnsüchtige Suche nach einer Armut, die es nicht mehr gibt“ thematisiert²⁴. Trotz der Kritik geht strukturell der Ausbau des Sozialstaates bis zu den Brandtschen Reformen weiter. Die Glaubwürdigkeit des „Wohlstands für alle“ sollte auch über die Sozialpolitik verwirklicht werden. Der Output der Wirtschaft wie der Sozialpolitik testierte die Legitimität des politischen Systems und erhöhte seine Attraktivität auch für die Menschen in der DDR. Der sozialpolitische Ausbau sollte die Bevölkerung auch gegen die östliche Propaganda „sozial widerstandsfähig“ machen.²⁵ Mit der Großen Koalition wurde der Keynesianismus zur wirtschaftspolitischen Staatsdoktrin, die der Sozialpolitik eine Funktion, auch für die Nachfragesteuerung durch den Staat, zuwies.

Bis 1974 entwickelte sich die Sozialpolitik zu einer aktiven Gesellschaftspolitik mit vorausschauender Orientierung²⁶ und wachsender Einbeziehung, wissenschaftlicher Expertise²⁷. Sozialdemokratische Leitbilder der „Teilhabe“ und „Demokratisierung“ gewinnen an Bedeutung

13 Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10.8.2015

14 Grundlegend zu dieser Phase: Schulz, Günther: Gesamtbetrachtung, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945 (GSD) hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales/ Bundesarchiv, Band 3: 1949–1957: Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, hrsg. von Schulz, Günter, Baden-Baden 2005, S. 937–960. Zitat S. 948.

15 Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10.8.2015

16 Mit dem Wohnungsbauprämiengesetz von 1952 trat das erste Gesetz zur Vermögenspolitik 1952 in Kraft. Siehe Dietrich, Yorck: Vermögenspolitik, in: GSD Band 3 (Endnote 21), S. 887–898, S. 887

17 Das BAFöG trat zum 1. September 1971 in Kraft

18 Siehe dazu: Anweiler, Oskar: Bildungspolitik, in: GSD Band 3, S. 653–686, zum Honnefer Modell: S. 675–680.

19 Anweiler, Oskar: Bildungspolitik, in: GSD Band 3 (Endnote 21), S. 653–686, zum Honnefer Modell: S. 675–680, S. 681.

20 Schulz, Günther: Gesamtbetrachtung, in: GSD Band 3 (Endnote 21), S. 937–960, S. 941.

21 Grundlegend dazu: Schmähl, Winfried: Sicherung bei Alter, Invalidität und Hinterbliebene, in: GSD Band 4, 1957–1966. Bundesrepublik Deutschland. Sozialpolitik im Zeichen des erreichten Wohlstandes, hrsg. von Ruck, Michael/Boldorf, Marcel, Baden-Baden 2007, S. 297–372, S. 368.

22 Schwarz, Hans-Peter: Die Ära Adenauer 1957–1963. Band 3 der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1983, S. 358.

23 Schwarz, Hans-Peter: Die Ära Adenauer 1957–1963. Band 3 der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1983, S. 156.

24 Brüggge, Peter: Unsere Armen haben das nicht nötig! Elend im Wunderland, in: Der Spiegel vom 21.12.1961.

25 Bewertung von Boldorf, Marcel: Gesamtbetrachtung, in: GSD Band 4 (Endnote 28), S. 841–872, S. 865.

26 Kaufmann betont in diesem Kontext die Dienstleistungsfunktion der Sozialpolitik; Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10.8.2015.

27 Kaufmann betont in diesem Zusammenhang die Verschiebung von den Wirtschafts- zu den Sozialwissenschaften; Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10.8.2015.

für die Sozialpolitik²⁸. Die konzeptionellen Ansätze für die Politik des aktivierenden Sozialstaates werden hier grundgelegt. Die Große Koalition hat auch die Politikverflechtung zwischen Bund und Ländern erweitert und verdichtet²⁹ und so die Politikverflechtungsfälle³⁰ geschaffen, die Reformen im Sozialstaat bis heute erschwert. „In vieler Hinsicht bildeten die Jahre 1966 bis 1974 eine Hochzeit arbeitnehmerorientierter Sozialpolitik.“³¹ Die Sozialleistungsquote stieg von 24,1 Prozent (1966) auf 30,3 Prozent (1974)³². Wenn auch mit Ausnahme der Familienpolitik alle sozialpolitischen Handlungsfelder ihren Verbrauchsanteil am Bruttoinlandsprodukt vergrößerten, spielte die Rentenversicherung hier eine herausragende Rolle. Allein die Rentenreform von 1972 verursachte bis 1974 Kostensteigerungen von rund 50 Prozent³³. Die günstige Entwicklung der Wirtschaft hat dies einerseits ermöglicht, die langfristigen Folgen aber verdeckt.

2. lange Welle: Konsolidierung (1974 bis 1990³⁴)

Heinz Kluncker³⁵, die arabischen Ölscheichs und das Scheitern der keynesianischen Nachfragesteuerung haben vermutlich mehr zum Sturz von Willy Brandt beigetragen als Günter Guillaume. Der Regierungsantritt von Helmut Schmidt war auch Ausdruck einer veränderten sozialpolitischen Großwetterlage. Der Konjunktur einbruch hatte deutlich gemacht: „Die Phase des Immer-Mehr, des Immer-Besser und des Immer-Größer gehört der Vergangenheit an“, erklärte Bundesfinanzminister Hans Apel im September 1974 im Bundestag³⁶. „Das beherrschende Ziel lag nun darin, die bereits bestehenden Leistungssysteme zu konsolidieren und die von ihnen selbst erzeugten Folgeprobleme zu bewältigen“³⁷.

34 Gerhard A. Ritter kommt zu einer anderen Phaseneinteilung und separiert die Kanzlerschaft von Schmidt von der von Kohl. Für die Jahre 1982–1989 sieht er als vordringliche Ziele der Regierungspolitik: Konsolidierung der öffentlichen Haushalte, Reduzierung des Anteils der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt, die stärkere Betonung der Eigenvorsorge im System der sozialen Sicherheit. Bei aller Zustimmung zu den Prioritäten seit 1982 überwiegen für mich aber die Kontinuitätslinien seit 1974. Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaates, München 2006, S. 387.

35 Heinz Kluncker war von 1964 bis 1982 Vorsitzender der Gewerkschaft öffentlicher Dienst, Transport und Verkehr (ÖTV). 1974 erreichte die ÖTV mit einem dreitägigen Streik der Müllwerker und Straßenbahner eine Tarifierhöhung von elf Prozent. Siehe dazu: Der Spiegel vom 18.2.1974: „Willy Brandt: Ihr lasst mich alle allein. Der Bundeskanzler trägt sich mit Rücktrittsgedanken. Seit dem Tarifkampf mit der ÖTV, der nach seiner Ansicht mit einem zu hohen Abschluss endete, glaubt sich der Regierungschef von den Genossen in der Partei und den Freunden in den Gewerkschaften im Stich gelassen.“

36 Zitiert nach: Hockerts, Hans Günter, Süß, Winfried: Gesamtbetrachtung: Die sozialpolitische Bilanz der Reformära, in: GSD Band 5 (Endnote 35), S. 943–962, S. 955.

37 Hockerts, Hans Günter, Süß, Winfried: Gesamtbetrachtung: Die sozialpolitische Bilanz der Reformära, in: GSD Band 5 (Endnote 35), S. 943–962, S. 956.

„Das Jahr 1973 ging wie eine Schockwelle durch die westliche Welt. Wirtschaftlich ging der Nachkriegsboom zu Ende, kulturell bedeutete es das Ende des Glaubens an den gesicherten Fortschritt“³⁸. Die Jahre zwischen der Ölkrise 1973 bis zur Ermordung von Hans-Martin Schleyer 1977 werden für das Meinungsklima und die Sozialpolitik in Deutschland als Wendezeit begriffen. Auf relevante Symptome einer grundlegenden Verschiebung im Meinungsklima in der Mitte der 1970er Jahre weist der Mainzer Historiker Rödder hin: Vom Ende des Autobahnbauprogramms und der Produktion von Concorde-Flugzeugen bis zum neu aufgebrachten Begriff der Postmoderne³⁹: Zukunfts- und Fortschrittsoptimismus gehörten nicht länger zu den Chiffren des Zeitgeistes. 1977 wird schließlich zum Wendejahr der Wirtschafts- und Sozialpolitik der alten Bundesrepublik⁴⁰. Das Grünbuch des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales teilt die Sozialgeschichte der Arbeit seit der Industrialisierung in vier Phasen ein. Die dritte Phase „Arbeiten 3.0“ umfasst die Zeit der Konsolidierung des Sozialstaats und der Arbeitnehmerrechte“⁴¹. Dies wird im Grünbuch zeitlich nicht klar zugeordnet⁴², passt aber zu dem hier vorgenommenen Einschnitt ab der Mitte der 1970er Jahre. Es ist die Zeit der doppelten Desillusionierung:

38 Rödder, Andreas: 21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart, München 2015, S. 96

39 S. dazu: *ibid.*, S. 98-100

40 So Geyer, Martin H.: Gesamtbetrachtung: Die Logik sozialpolitischer Reformen, in: GSD Band 6, 1974–1982: Bundesrepublik Deutschland. Neue Herausforderungen, wachsende Unsicherheiten, hrsg. von Geyer, Martin H., Baden Baden 2008, S. 885–916, S. 889.

41 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Grünbuch „Arbeiten 4.0. Arbeit weiter denken, Berlin 2015, S. 35; http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/gruenbuch-arbeiten-vier-null.pdf?__blob=publicationFile.

42 Die 1980er Jahre sind „später“ in dieser Phase „Arbeit 3.0“; *ibid.*

28 Hockerts, Hans Günter/Süß, Winfried: Gesamtbetrachtung: Die sozialpolitische Bilanz der Reformära, in: GSD Band 5, 1966–1974: Bundesrepublik Deutschland. Eine Zeit vielfältigen Aufbruchs, hrsg. von Hockerts, Hans Günter, Baden Baden 2006, S. 943–962, S. 947.

29 Hockerts, Hans Günter: Rahmenbedingungen: Das Profil der Reformära, in: GSD Band 5 (Endnote 35), S. 1–156, S. 27–37.

30 Grundlegend dazu: Scharpf, Fritz W./Reissert, Bernd/Schnabel, Fritz: Politikverflechtung.: Theorie und Empirie des kooperativen Föderalismus in der Bundesrepublik, Hamburg 1976.

31 S. 950.

32 Krause, Peter: Gemeinsame Fragen der Organisation und des Rechts der sozialen Leistungen, in: GSD Band 5 (Endnote 35), S. 381–406, S. 385.

33 Hockerts, Hans Günter/Süß, Winfried: Gesamtbetrachtung: Die sozialpolitische Bilanz der Reformära, in: GSD Band 5 (Endnote 35), S. 943–962, S. 953.

- 1977 war das Jahr, in dem im Bewusstsein der Linken die Diskurshegemonie in Deutschland, die sie ein Jahrzehnt eindeutig hatten, zu Ende ging.⁴³ Mit der Ermordung des Arbeitgeberpräsidenten durch die Rote Armee Fraktion (RAF) wird auch die Vorstellung exekutiert, der linken Politik gehöre die Zukunft. Mehr noch: Das Projekt der Aufklärung, der Moderne, der Vernunft, unhinterfragt der Grundkonsens aller, die sich für modern hielten, war nicht länger ein Naturgesetz, es wurde hinterfragbar. Theoriebildung und Verwissenschaftlichung sollten eine bessere Zukunft bringen. In diesem Wetterwechsel des Meinungsklimas wuchsen die Zweifel an der Zukunftsfähigkeit theoriegestützter Zukunftsbewältigung. Heute kann man darüber nur noch in der Zeitform der tiefsten Vergangenheit sprechen. Man kann es 2015 nur noch nostalgisch als Epoche wiederauferstehen lassen „in der das Denken noch geholfen hat“.⁴⁴ 1977 ziehen die ersten Grünen und bunten Listen in Kommunalparlamente ein,⁴⁵ Neue soziale Bewegungen gewinnen an Bedeutung und werden zu einem relevanten Faktor auch in der Sozialpolitik.
- Die zeitliche Koinzidenz von zwei Ereignissen verstärkt die Wirkung auf das Meinungsklima: Das Abkommen von Bretton Woods beendete nicht nur die Bindung des Dollars an den Goldstandard und führte so auch zu einer Aufwertung der D-Mark, was den Export erschwerte und die Grenzen des wirtschaftlichen Wachstums deutlich machte. Im selben Jahr veröffentliche

der Club of Rome sein Buch von den Grenzen des Wachstums. Damit grub sich ein wirkmächtiges Narrativ in das Bewusstsein der Menschen ein, das zur Chiffre des Zeitgeistes wurde. Stagflation, die Verbindung von wirtschaftlicher Stagnation und Inflation, prägte die Politik nach dem Ölpreisschock von 1973 und zerstörte damit die Grundlagen für eine Sozialpolitik, die auf Globalsteuerung und immerwährendes Wirtschaftswachstum gesetzt hatte. Das Narrativ vom Wohlstand für alle bot keinen glaubwürdigen Kompass mehr. Konsolidierung und Umbau des Sozialstaates waren pragmatische Realpolitik ohne visionäre Kraft.⁴⁶

Von dieser doppelten Desillusionierung sowohl derer, die das System befürworteten, wie derer, die es überwinden wollten, hat sich die deutsche Politik bis heute nicht erholt. Nichts ist bislang an die Stelle der großen Erzählungen von der systemverändernden Kraft der wissenschaftlichen Moderne (die linke Utopie) oder des Glaubens an den Wohlstand für alle durch Wirtschaftswachstum (die bürgerliche Utopie) getreten. Was bleibt, ist immerwährender Pragmatismus und das Narrativ von der Alternativlosigkeit des eigenen Tuns.

Symbol der veränderten Großwetterlage ist das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKKG) von 1977. Es ist der Beginn einer Interventionsspirale mit immer kürzer werdenden Abständen zwischen immer neuen Kostendämpfungsgesetzen mit tendenziell immer kleinteiligeren Vorschriften.⁴⁷ Hektisches Krisenmanagement und Verschiebe-

bahnhöfe⁴⁸ zwischen den Sozialversicherungszweigen werden zur Signatur dieser Phase, die geprägt ist von einem dramatischen Anstieg der Arbeitslosigkeit. Kletterte diese 1975 auf über eine Million, stieg sie nach dem zweiten Ölpreisschock 1979 auf über zwei Millionen an. Es zeichnete sich ein Muster ab, gegen das die Politik kein wirksames Mittel fand: „Von Krise zu Krise türmte sich ein höherer verfestigter Sockel von Arbeitslosigkeit auf.“⁴⁹ Das Lohnnebenkostenargument und die ‚Grenzen der Belastbarkeit‘ für die Wirtschaft gewinnen an Bedeutung im sozialpolitischen Diskurs. Der Umbau der Wirtschaft von der Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft prägt die Sozialpolitik dieser Jahre. Anpassungen am Arbeitsmarkt und die Politik der Frühverrentung zur Flankierung des Strukturwandels in der Wirtschaft belasten die Sozialhaushalte. Die gesellschaftlichen Veränderungen in Familien, in der Erwerbsarbeit und der Gesellschaft bringen neue Herausforderungen. Mit der Umweltpolitik entsteht ein Konkurrent um die knapper werdenden finanziellen Ressourcen. Auch das Thema Sozialmissbrauch gewinnt an Relevanz.

Unter Kohl/Blüm wird diese Konsolidierung mit dem Narrativ „Umbau statt Abbau des Sozialstaats“ fortgesetzt. Die Einschnitte für die Bevölkerung, ob in der Krankenversicherung, dem Rentenrecht oder der Arbeitsförderung, werden spürbarer und die Abstände zwischen den Jahrhundertreformen und Gesetzesnovellen kürzer. Mit der erstmaligen Einführung von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit mit der Blümschen Gesund-

43 So Koenen, Gerd: Das rote Jahrzehnt. Unsere kleine deutsche Kulturrevolution 1967–1977, Köln 2001.

44 Aus dem Klappentext des Verlages C.H. Beck für das Buch Felsch, Philipp: Der lange Sommer der Theorie, München 2015.

45 35 grüne Jahre: Gründung der Grünen.

46 Weiterführend dazu: Meusch, Andreas: Der Herbst des Kapitalismus. Wie ein Erfolgsmodell den Glauben an sich selbst verliert, Hamburg 2015.

47 Übersicht über die wichtigsten Gesundheitspolitischen Reformgesetze 1977 bis 2010 in: Meusch, Andreas: Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden 2011.

48 Siehe dazu: Meusch, Andreas: Verschiebebahnhof: Geschichte einer Metapher, in: Und der Zukunft abgewandt. Sozialpolitik in der Ära Kohl, Hamburg 2002, S. 94–99.

49 Rödder, Andreas: 21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart, München 2015, S. 152

heitsreform 1989⁵⁰ sollte aber auch deutlich werden, dass die Regierung bei aller Fixierung auf das Konsolidierungsparadigma auch Antworten auf neue soziale Fragen sucht. Bis 1990 gelang es durch zahlreiche Kostendämpfungs-, Struktur- bzw. Haushaltsbegleitgesetze, die Sozialleistungsquote auf 29,5 Prozent zu senken. Wie in der Ausbauphase lässt sich hier die Dynamik der Veränderungen nur begrenzt durch die Veränderungsrate der Sozialleistungsquote erkennen, war diese Periode doch durch eine Verdopplung der Arbeitslosenzahlen auf 2 Millionen bei gleichzeitigem Ausbau der Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik gekennzeichnet. Die steigende Arbeitslosigkeit hatte nicht nur wachsende Ausgaben bei der Bundesanstalt für Arbeit zur Folge, sondern verursachte auch erhebliche Einnahmeausfälle in den übrigen Sozialversicherungszweigen.

Das Thema Sozialmissbrauch ist ein Symptom für den Übergang von der Sozialpolitik erster und zweiter Ordnung. „Sozialpolitik erster Ordnung hat es mit der Bearbeitung sozialer Probleme zu tun, mit spezifischen Notlagen oder spezifischen sozialen Spannungen, welche die Politik auf den Plan rufen. Diese Art der Sozialpolitik bestimmte die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung bis in die siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts.“⁵¹ Die Bekämpfung von Sozialmissbrauch gehört zur Sozialpolitik zweiter Ordnung, die in der Konsolidierungsphase der Sozialpolitik und bis heute an Bedeutung gewinnt: „Soziale Leistungen müssen voneinander abgegrenzt und koordiniert, die Verhältnisse zwischen den sozialpolitischen Akteuren austariert werden. [...] Sozialpolitik zweiter Ordnung hat

wenig mit den Interessen der Leistungsempfänger zu tun, aber umso mehr mit den Interessen der Organisationen und ihrem Personal, die die Sozialleistungen erbringen.“⁵² Dass Sozialpolitik zweiter Ordnung weniger Potenzial für ein glaubwürdiges Narrativ hat wie es „Wohlstand für alle“ hatte, ist nachvollziehbar. Das Piecemeal-engineering ist wichtiges Handwerk. Das Potenzial, Menschen zu begeistern, gibt es hier aber nicht.

Wie stand der Sozialstaat beim Fall der Mauer da? Einiges ist erreicht worden bei „der finanziellen Konsolidierung und dem Einstieg in die institutionelle Reform der Sozialpolitik“ und die Frage, ob „die Sozialpolitik die Gesellschaft und die Politik krisenfest und stabiler mache“, wird von „vielen bejaht“⁵³. Die Konsolidierungspolitik war aber zu einem Dauerthema der parteipolitischen Auseinandersetzungen geworden. Allen relevanten Umbauaktivitäten der Regierung schallte ein Abbau-Echo der Opposition entgegen. Das untergrub nicht nur die gemeinsame Basis der Zusammenarbeit in der Politik, sondern auch die Akzeptanz des Sozialstaates in der Bevölkerung. „Eins ist sicher: Die Rente“. Dass es vom verantwortlichen Bundesminister Norbert Blüm plakatiert werden musste, macht vor allem eines deutlich: Die Bevölkerung war von der Sicherheit der Rente und des Sozialstaates insgesamt nicht mehr überzeugt. Wohlstand für alle, das konnte niemand mehr versprechen, dafür gab es zu viele, denen der Sozialstaat keine glaubwürdige Perspektive zeigen konnte. Globalisierung und die demographische Entwicklung in Deutschland schaffen Unsicherheit und nehmen dem Versprechen des Sozialstaates, ausrei-

chend vorzusorgen, Glaubwürdigkeit: Trotz wachsendem Sozialbudget bleibt für die Menschen offenkundig: Denn eins bleibt unsicher: Die Zukunft! Eine glaubwürdige Geschichte hatte der Sozialstaat am Vorabend der Deutschen Einheit also nicht. Die Erfolge der Konsolidierungspolitik der 80er Jahre, in denen die Sozialleistungsquote gesenkt wurde,⁵⁴ wurden nicht als solche wahrgenommen. Verunsicherung prägte den Zeitgeist der 80er Jahre. „Vagabundierenden Identitätsbedarf und ‚unsicheres‘ Nationalgefühl“ hatte der damalige Berater von Bundeskanzler Kohl, Werner Weidenfeld, schon 1984 als Problem der orientierungslosen Deutschen identifiziert.⁵⁵ Jürgen Habermas vermisste ein Jahr später in „Die neue Unübersichtlichkeit“⁵⁶ „den roten Faden in der gesellschaftlichen Entwicklung“ und der verstorbene Soziologe Ulrich Beck beobachtete fast zeitgleich eine „Neue Ratlosigkeit“⁵⁷. Verlust an Orientierung ist die Chiffre des Zeitgeistes.

3. lange Welle: Sozialpolitik als Standortpolitik (1990 bis 2005)

Die Übertragung der sozialen Sicherungssysteme der alten Bundesrepublik in die neuen Bundesländer hat natürlich das Klima der sozialpolitischen Diskussionen in Deutschland verändert und geprägt. Deshalb sind andere Weichenstellungen kaum wahrgenommen worden. Wie ein Frosch, der im Topf gekocht werden soll, hat die Bevölkerung den allmählichen

50 Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG); Deutscher Bundestag (20.12.1988) BGBl. I, Nr. 62 vom 29.12.1988, S. 247 ff.

51 Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10.8.2015.

52 Kaufmann, Franz-Xaver: Unter Druck, in: FAZ vom 10. 8.2015.

53 Schmidt, Manfred G.: Gesamtbetrachtung, in: GSD Band 7, 1982 bis 1989: Bundesrepublik Deutschland. Finanzielle Konsolidierung institutionelle Reform, hrsg. von Schmidt, Manfred G., Baden-Baden 2005, S. 749–812, S. 799 f.

54 Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, München 2006, S. 399.

55 Weidenfeld, Werner: Ratlose Normalität. Die Deutschen auf der Suche nach sich selbst, Zürich 1984. Siehe hierzu die Seiten 25–49.

56 Habermas, Jürgen: Die neue Unübersichtlichkeit, Frankfurt 1985.

57 Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt 1986, S. 13.

Temperaturanstieg kaum wahrgenommen, aber letztlich akzeptiert. An fünf Punkten soll dieser Klimawechsel illustriert werden:

- 1998 wird das Arbeitsförderungsrecht im Dritten Sozialgesetzbuch neu kodifiziert. Es verzichtet „auf die Zielvorgabe der Vollbeschäftigung bzw. einer substantiellen Reduzierung der Arbeitslosigkeit“.⁵⁸
- Die Finanzierung des Sozialstaates und der Deutschen Einheit musste immer mehr von den Versicherten in Form von Beiträgen geleistet werden. Dieser Anteil stieg von etwa 55 Prozent (1960) auf 65 Prozent (1994).⁵⁹ Es ist erstaunlich, wie ruhig Arbeitnehmer und Gewerkschaften das hingenommen haben, denn „fiskalische Gesichtspunkte des Finanzministeriums, rechtliche Bedenken des Justizministeriums, der Schutz der Interessen der Beamten durch das Innenministerium und der Selbständigen durch das Wirtschaftsministerium, aber auch die Erwägung der Koalition, dass Beitragserhöhungen der Sozialversicherung politisch sehr viel leichter als Steuererhöhungen durchzusetzen waren, haben letztlich den Ausschlag für diese sachfremde Entscheidung gegeben.“⁶⁰
- Im „Trümmerfrauen“-Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten in der Rente⁶¹ heißt es im dritten Leitsatz: „Der Ausschluss der vor 1921 geborenen Mütter von der Anrechnung von Kindererziehungszeiten in der

gesetzlichen Rentenversicherung nach dem Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetz war mit Art 3 Abs 1 GG vereinbar. Auch die nur stufenweise Zuerkennung von Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921 und der gleichzeitige Leistungsausschluss der Väter im Rahmen des Kindererziehungsleistungen-Gesetzes waren im Hinblick auf Art 3 Abs 1 GG durch sachliche Gründe gerechtfertigt“. Der Gesetzgeber hatte eine Regelung getroffen, die vielen wirklichen Trümmerfrauen die Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der Rente verwehrte und sie für einen späteren Zeitpunkt in Aussicht stellte, den sie vermutlich nicht mehr erleben würden. Und was macht das Bundesverfassungsgericht? Es sagt klar, der Gesetzgeber darf das!

- Die Pflegeversicherung: Sie war von Anfang an als Teilkasko-Versicherung konzipiert. Der Gesetzgeber hat sich klar positioniert, dass er sich nicht zutraut, dieses Lebens- und Armutsrisiko durch staatliche Leistungen abzusichern. Allein die Übernahme eines Anteils der Pflegekosten war ein Kraftakt, der die damalige schwarz-gelbe Koalition fast zerrissen hätte.
- In der Tarifpolitik spielen Öffnungsklauseln eine immer wichtigere Rolle.⁶² Die Nähe qualitativ hochwertiger und preislich attraktiver Produktionsstätten in den ehemaligen Warschauer-Pakt-Staaten erzwingt diese Zugeständnisse der Gewerkschaften.

Die Bevölkerung lernte und akzeptierte zunehmend, dass die Grenzen

des Sozialstaates erreicht sind und der Staat nicht mehr versprach, für alle relevanten Lebensrisiken soziale Ausgleichs zu schaffen. Regierung und Bundesverfassungsgericht hatten sich von der Hybris verabschiedet, den sozialpolitischen Himmel auf Erden zu verwirklichen⁶³, die Bevölkerung akzeptierte dies damals weitgehend. Diesen Stimmungstrend in der Bevölkerung hat die Politik inzwischen weitgehend gebrochen mit der Rücknahme von Regelungen der Agenda 2010 wie der Einführung der Rente ab 67. Die Diskussion über die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge zum Jahreswechsel 2015/16 zeigt, dass wir inzwischen in einem veränderten sozialpolitischen Klima leben.

In dieser langen Welle in der Sozialpolitik kommt ein Trend verstärkt zum Tragen, der bereits in der ersten großen Koalition (1966–1969) grundgelegt wurde: Sozialpolitik wird vor allem als Gesellschaftspolitik begriffen. Die Veränderung lässt sich am Beispiel der Sozialausgaben für Ehe und Familie am deutlichsten zeigen: Diese haben sich zunächst wenig dynamisch entwickelt. Wurden 1960 3,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für diese Leistungen ausgegeben, waren es 1996 und 1997 4,6 Prozent. Der höchste Anteil am BIP wurde 1975 mit 5,1 Prozent erreicht, um dann auf bis zu 3,6 Prozent in 1990 abzusinken und im Prozess der deutschen Einheit wieder anzusteigen. Die Ursache für die geringe Dynamik wurde darin gesehen, dass Ehe und Familie nicht über eine Sozialversicherung, sondern primär aus Steuermitteln gefördert werden. Die direkte Verantwortung des Staates wirkte hier ausgabenbremsend, die sozialpolitische Vorstellungs-

58 Rödder, Andreas: 21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart, München 2015, S. 153

59 Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, München 2006, S. 399.

60 Ritter, Gerhard A.: Gesamtbetrachtung, in: GSD Band 11, 1989–1994: Bundesrepublik Deutschland. Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung, hrsg. von Ritter, Gerhard A., Baden Baden 2007, S. 1105–1122;

61 Urteil vom 7. Juli 1992: AZ: 1 BvL 51/86, 1 BvL 50/87, 1 BvR 873/90, 1 BvR 761/91.

62 „Enthielten im Jahr 1995 nur fünf Prozent aller Tarifverträge solche „Öffnungsklauseln“, waren es zehn Jahre später schon 60 Prozent“. Bollmann, Ralph: Danke Ossis!, in: FAS vom 26.10.2014. Im Pforzheimer Abkommen von 2004 hat dann die IG Metall erstmals Eckpunkte dazu vereinbart, weil die Basis inzwischen in den Betrieben ungesteuert Öffnungsklauseln akzeptiert hatte: [http://www.bw.igm.de/news/meldung.html?id=645](http://www.bw.igm.de/news/meldung.html?id=645http://www.bw.igm.de/news/meldung.html?id=645)

63 „Die Hybris, die uns versuchen lässt, das Himmelreich auf Erden zu verwirklichen, verführt uns dazu, unsere gute Erde in eine Hölle zu verwandeln.“ Popper, Karl: Das Elend des Historizismus, Tübingen 1965, Vorwort zur deutschen Ausgabe.

welt war noch stark vom Bismarckschen Sozialversicherungsmodell geprägt. Es spielte auch eine Rolle, dass die Zuständigkeit politisch nicht beim gestaltungsmächtigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, sondern bei dem vielfach als „Handarbeitsministerium“ diffamierten Familienministerium liegt.

Dies hat sich inzwischen aber grundlegend geändert: „Die staatliche Förderung von Familien, Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen wächst neuerdings am stärksten unter den Sozialausgaben in Deutschland (so sind die Ausgaben für Kindergeld und Familienlastenausgleich von 1991–2011 um fast 300 Prozent gegenüber dem Ausgangsstand gestiegen, die der Kinder- und Jugendhilfe um 150 Prozent, während das Sozialbudget insgesamt um 93 Prozent wuchs.“⁶⁴ Diese Verschiebung geht weiter: Der Etat des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für 2015 umfasst mit 8,53 Milliarden Euro fast 700 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Die zuständige Ministerin Schwesig kommentiert dies zutreffend: „Der Haushalt 2015 ist Ausdruck einer modernen Gesellschaftspolitik.“⁶⁵ Die Prägekraft der Bismarck-Konzeption des Sozialstaats ist 25 Jahre nach der Deutschen Einheit sehr verblasst.

Dieser Trend lässt sich selbst im klassischen Bereich des Bismarckschen Sozialmodells, in der Krankenversicherung zeigen. Die gravierendste Veränderung wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 bewirkt, das ab 1996 den Versicherten die Wahlfreiheit und den Krankenkassen den Risikostrukturausgleich brachte. Damit begann eine stärker wettbewerbliche Steuerung der Gesund-

heitspolitik, in der die korporatistischen Strukturen, die das Bismarcksche Konzept prägen, einen Teil ihrer Steuerungsmacht einbüßten.⁶⁶

An zwei weiteren Aspekten aus der Krankenversicherung zeigt sich die mentale Verschiebung der Sozialpolitik weg von der Bismarckschen Sozialversicherung zur Gesellschaftspolitik:

- 2004 wurde für die bis dahin ausschließlich über Beiträge finanzierte gesetzliche Krankenversicherung ein Bundeszuschuss eingeführt, der zunächst 4,2 Mrd. Euro betrug, mehrfach modifiziert wurde und bis 2017 auf 14,5 Mrd. Euro ansteigen soll.⁶⁷
- Der Umgang mit dem Thema Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt besonders eindrucksvoll, wie sich das Koordinatensystem verschiebt: Konnte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer 1997 noch Beifall – insbesondere der Ärzteschaft⁶⁸ – dafür erhalten, dass er den Präventionsparagrafen strich,⁶⁹ um „diesen Sumpf an Unsinn (zu) beenden“;⁷⁰ wurde am 6. Juli 2015 im vierten Anlauf ein Präventionsgesetz als vierte Säule des Gesundheitswesens neben Kuration, Rehabilitation und Pflege verabschiedet. Selbsthilfeförderung und Setting-Projekte, die, anders als in der traditionellen Krankenversicherung, nicht dem versicherten Individuum zugeordnet werden können,

sondern dezidiert gesellschaftspolitisch motiviert sind, werden gestärkt. Das ist grundsätzlich zu begrüßen, aber warum wird dies nicht aus Steuermitteln finanziert, was auch Kapital- und Immobilieneinkommen an der Finanzierung beteiligen würde, ebenso wie Beamte. Die Öffentlichkeit hat offenkundig resigniert: Dass gesellschaftliche Aufgaben aus Steuern zu bezahlen sind und nicht aus Beitragsgeldern, das kann man auch keinem Journalisten mehr erklären. Das Bismarcksche Modell der Sozialversicherung ist offenkundig aus den Köpfen verschwunden, auch wenn die Rechtslage noch eine andere ist. Warum werden Präventionsprojekte im Kindergarten oder in Problembezirken der Städte aus Beitragsmitteln und damit mit unterproportionaler Beteiligung der Gutverdiener und Beamten finanziert? Es gibt kein Meinungsklima mehr, das eine solche Frage auch nur versteht, geschweige denn diskutierbar macht. Es ist kein gutes Indiz für die Zukunft des Versicherungsprinzips in Deutschland, wenn keine Partei im Bundestag mehr sagt, dass gesellschaftliche Aufgaben aus Steuern finanziert werden sollen und nicht aus Versicherungsbeiträgen. Prävention ist ein geeigneter Indikator für die Verschiebung von gesellschaftspolitischen Koordinaten. Das zeigt auch der Sachverhalt, dass teure Ausgaben beschlos-

66 Weiterführend siehe Meusch, Andreas: *Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Baden-Baden 2011, S. 90 f.

67 AOK Bundesverband: Bundeszuschuss, in: Lexikon: http://www.aok-bv.de/lexikon/b/index_00272.html

68 „Der 99. Deutsche Ärztetag begrüßt die Pläne der Regierungskoalition, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Beitragsentlastungsgesetz durch eine Änderung des § 20 Sozialgesetzbuch V gesundheitsfördernde Maßnahmen der Krankenkassen, [...] nicht mehr als Pflichtleistung zu finanzieren.“ Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages vom 4.–8. Juni 1996 in Köln, S. 6.

69 § 20 SGB V, gestrichen durch GKV-Neuordnungsgesetze vom 23. 6. 1997.

70 Zitiert nach: Ärzte Zeitung online.

64 Roth, Günter: *Familienpolitik, Transfers & Soziale Dienste/Kinder- u. Jugendhilfe* (2012), download (oa).

65 Rede von Manuela Schwesig am 27. November 2014 anlässlich der 2./3. Lesung des Bundeshaushalts.

sen wurden, ohne dass es Belege dafür gibt, dass diese zielführend sind.⁷¹

Diese dritte lange Welle „Sozialpolitik als Standortpolitik“ lässt sich in drei Phasen unterteilen:

Phase 1: Deutsche Einheit (1990 bis 1996),

Phase 2: Rückkehr zum Konsolidierungskurs (1996 bis 2003) und

Phase 3: Intermezzo: Der aktivierende Sozialstaat (2003–2005).

3. Welle, Phase 1:

Deutsche Einheit (1990 bis 1996)

Die Übertragung des Sozialsystems der Bundesrepublik auf die neuen Bundesländer führt dazu, dass die Sozialleistungsquote wieder steigt, bis auf 34,9 Prozent im Jahre 1996. Auch hier ist bei einer Bewertung zu berücksichtigen, dass sich die Arbeitslosenzahlen noch einmal auf über 4 Millionen verdoppelt haben.

Weil die Probleme, die in dieser Zeitspanne entstanden sind, noch in die aktuelle Gegenwart und die Zukunft ausstrahlen, lohnt es sich mit den Weichenstellungen dieser Zeit noch etwas näher zu beschäftigen. „Am Vorabend der Wiedervereinigung lagen die Sozialversicherungsbeiträge noch bei 35 Prozent des Bruttogehalts, Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil zusammengerechnet. Bis zum Jahr 1997 stiegen sie auf stolze 42 Prozent. Die Ausgaben für Beschäfti-

gungspolitik sind gemessen am Anteil an der volkswirtschaftlichen Wertschöpfung seit 1960 (0,6 Prozent) permanent gestiegen, am deutlichsten auf 4,6 Prozent in 1996 und 1997. Darin spiegelt sich zum einen die Veränderung von einer Industriegesellschaft mit Vollbeschäftigung zu einer Gesellschaft im Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft mit Massenarbeitslosigkeit wider. Die überproportionalen Steigerungsraten in den 90er Jahren sind aber vor allem Folge der Umstrukturierung des Arbeitsmarktes in den neuen Bundesländern. Dort wurden 1992 zum Höhepunkt der staatlichen Beschäftigungspolitik 21,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Maßnahmen bei und zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit verwandt. Die neuen Länder waren damit weltweit die Region mit den höchsten beschäftigungspolitischen Ausgaben. „Der Faktor Arbeit wurde zum Lastesel der Vereinigungskrise“, urteilt der Freiburger Historiker Ulrich Herbert.⁷² Trotz der enormen Kosten: „Die aktive Arbeitsmarktpolitik versagte im Osten weitgehend als Brücke zum ersten Arbeitsmarkt.“⁷³ Konsequenter Weise ist der Anteil der Maßnahmen bei Arbeitslosigkeit an den Sozialleistungen insgesamt von seinem Höhepunkt 1995 bei 8,5 Prozent auf 4,2 Prozent in 2013 gesunken.⁷⁴ Der Verzicht auf notwendige Strukturpassungen schafft Hypotheken für künftige Generationen. Die langfristig größte Hypothek für die Zukunft aus dieser Zeit betrifft die Alterssicherungssysteme. Mit der Übertragung des bundesdeutschen Alterssicherungssystems auf die neuen Länder wurde der Rentenversicherung eine dreifache Last aufgebürdet, die

erheblich zu Ausgabenerhöhungen beiträgt:

- Die Übertragung des gesamten Leistungsrechts einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation führt zu erheblichen Leistungsverbesserungen bei den Betroffenen und Ausgabensteigerungen für die Rentenversicherungsträger.
- Die Besitzstandswahrung führt dazu, dass auch hohe Ansprüche, die auf systemkonformem Verhalten zu DDR-Zeiten beruhen, zum Teil vom jetzigen Rentenversicherungsträger finanziell befriedigt werden müssen. Die Auseinandersetzungen um die Rentenzahlungen an Erich Honecker waren dafür das prominenteste Beispiel.
- Die Absicht, erlittenes Unrecht zu DDR-Zeiten wenigstens materiell zu kompensieren, hat mit dem zweiten SED-Unrechtsbereinigungsgesetz dazu geführt, dass der Rentenversicherung die Kosten dafür auferlegt wurden, dass Renten deshalb neu berechnet werden müssen, weil Menschen wegen politisch motivierter Verfolgungsmaßnahmen in der DDR eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben konnten oder nur ein vermindertes Einkommen erzielen konnten.

Diese dreifache Belastung, die nicht durch Beitragsleistungen gegenfinanziert ist, in Verbindung mit der zu erwartenden demographischen Entwicklung in Deutschland, verschärft die Finanzsituation der öffentlichen Alterssicherungssysteme erheblich.

Die Staatsschulden stiegen außerdem von 1989 bis 1995 um mehr als das Doppelte.⁷⁵ Die Politik dieser Jahre lässt sich als ein gigantisches Projekt Keynesianischer Nachfragesteuerung interpretieren. Trotzdem sank 1993 das Bruttoin-

71 „Die sonst hochgepriesene Evidenz-Basierung wird schlicht ausgeblendet und niemand scheint es zu bemerken. Hier wird mit zweierlei Maß gemessen und das belegt, dass Prävention nicht nur ein Trend, sondern beinahe schon den Status einer gesellschaftlichen Ideologie erhalten hat. Man kann nur hoffen, dass irgendwann, möglichst bald, eine wie auch immer geartete Evidenz für konkrete Präventionsmaßnahmen erwiesen wird“, kommentiert das Insidermagazin „Highlights Gesundheitspolitik“ die Verabschiedung des Präventionsgesetzes, Ausgabe 18/2015, S. 6. Der Deutsche Ärztetag hatte bereits 1996 gefordert, „zu gewährleisten, dass alle Präventionsangebote medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien genügen, qualitätsgesichert sind und durch eine Begleitforschung auch langfristig geprüft werden.“ Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages vom 4.–8. Juni 1996 in Köln, S. 6.

72 Zitiert in: Bollmann, Ralph: Danke Ossis! in: FAS vom 26.10.2014.

73 Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, München 2006, S. 388.

74 Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Sozialbudget 2013, Berlin .

75 Ritter, Gerhard A.: Der Preis der deutschen Einheit. Die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats, München 2006, S. 387.

landsprodukt in Deutschland, zum ersten Mal seit 40 Jahren. Die bisherige Politik war an ihr konzeptionelles Ende gekommen.

3. Welle, Phase 2:

Rückkehr zum Konsolidierungskurs (1996 bis 2003)

1997 sank die Sozialleistungsquote zum ersten Mal seit der Deutschen Einheit wieder auf 34,4 Prozent und sollte nach Plänen der Regierung Kohl bis 2001 weiter auf 30,9 Prozent sinken. Das Aussitzen wurde zur Chiffre dieser Jahre, auch weil die Bundesregierung im Bundesrat keine Mehrheit hatte. „Es gab keine politisch aktivierbare Gesamtkonzeption der Sozialpolitik“,⁷⁶ bringt die Politik der Nachvereinbarungsjahre auf den Punkt. Gerade für das sozialpolitische Klima sollte dies am Ende der Ära Kohl gravierende Folgen haben, die noch bis heute fortwirken. Die Lafontainsche Blockadepolitik hatte nicht nur den später beklagten Stillstand dieser Jahre mit verursacht, sie hatte auch den parteiübergreifenden Konsens der Sozialpolitiker zerstört, der es ermöglicht hatte, dass relevante Richtungsentscheidungen in der Sozialpolitik mit breiter Mehrheit getroffen wurden. Die Sozialpolitik in Deutschland ist seitdem eine andere, ihre Akzeptanz in der Bevölkerung ist gefährlich gesunken. Gesunken ist auch die Problemlösungskompetenz des politischen Systems. Die „Aufspaltung der Finanzierung des Sozialstaats auf Bund, Länder, Gemeinden und die auf Beitragseinnahmen beruhenden Sozialversicherungsträger“ erschwert grundlegende Reformen. Ergänzt werden muss hier die wachsende Bedeutung der Europäischen Union auch in der Sozialpolitik. Die Politikverflechtungsfalle ist nach der Deutschen Einheit und nach den Verträgen zur Schaffung der Europäischen Union deutlich kom-

plexer geworden. So wird eine Spirale in Gang gesetzt: Steigende Komplexität vermindert die Problemlösungskompetenz. Sinkende Problemlösungskompetenz schwächt die Akzeptanz des Systems. Fehlende Akzeptanz mindert das Vertrauen in die getroffenen Entscheidungen und erschwert in einem Politiksystem im Dauerwahlkampf notwendige Entscheidungen. Während der Staat keine Gewissheiten mehr bieten kann, ist der Einzelne zur Flexibilität verdammt: Der „Neue Kapitalismus“ überschreitet alle Grenzen, demontiert institutionelle Strukturen, die den Beschäftigten Berechenbarkeit, Arbeitsplatzsicherheit und Berufserfahrung boten. Die Menschen spüren die beschleunigte Veränderung der Verhältnisse, denen sie ausgeliefert sind, eine „Drift“: Von einer „langfristigen Ordnung“ zu einem „neuen Regime kurzfristiger Zeit“.⁷⁷

3. Welle, Phase 3:

Intermezzo: Der aktivierende Sozialstaat (2003–2005)

Der 14. März 2003 markiert einen Wendepunkt im sozialpolitischen Klima Deutschlands. Die Agenda 2010 von Bundeskanzler Schröder zielte auf die Verbesserung der „Rahmenbedingungen für mehr Wachstum und für mehr Beschäftigung“ sowie den „Umbau des Sozialstaats und seine Erneuerung“.⁷⁸ Die Agenda 2010 war einerseits der Höhepunkt des Lohnnebenkostenparadigmas in der Sozialpolitik und bewegte sich mit Maßnahmen wie der Einführung der Praxisgebühr im Rahmen der seit den 90er Jahre eingetretenen sozialpolitischen Pfade, versuchte aber mit der Strategie

des Förderns und Forderns in der Arbeitsmarktpolitik neue Akzente zu setzen. Mit der aktivierenden Sozialpolitik sollte ein neues Paradigma begründet werden, eine tragende Säule für die Politik der neuen Mitte. Doch es kam anders. Und das hatte nicht nur etwas mit der von SPD und Grünen verlorenen Bundestagswahl 2005 zu tun. Statt auf eingängige Narrative wie das vom „Wohlstand für alle“ haben die Spindoctors auf eine Kopfgeburt gesetzt, die Idee der „Zivilgesellschaft“.⁷⁹ Dieses Konzept sollte nach Auffassung des Historikers Andreas Rödter ein „Markenzeichen rot-grüner Politik“ sein.⁸⁰ Er verweist auf die Forschung des Zeitgeschichtlers Edgar Wolfrum, der das Ende dieses Konzeptes mit dem Tag bestimmt, „an dem eine vom Kanzleramt in Auftrag gegebene Meinungsumfrage in der Bundesrepublik zu dem Ergebnis kam: Die Deutschen können nicht zwischen Zivilgesellschaft und Zivildienst unterscheiden“.⁸¹

Das Konzept der Zivilgesellschaft war ein Aspekt des „dritten Weges“ zwischen sozialdemokratischem Wohlfahrtsstaat und marktliberalem Kapitalismus wie dem Thatcherismus. Sein geistiger Vater, Anthony Giddens, hat mit diesem Konzept⁸² zunächst das politische Programm von „New Labour“ geprägt, das Tony Blair in Großbritannien an die Macht gebracht hatte. Das Schröder-Blair-Papier

79 Mit anderen Worten wurde dieser Vorwurf bereits 2002 von Stefan Grönebaum von der Berliner SPD formuliert: „Wie sie [die SPD] dabei eine „Aura“ (Peter Glotz) bewahren soll, weiß Matthias Machnig [damals Bundesgeschäftsführer der SPD und einer der wichtigsten Verfechter des Konzeptes; A.M.] vor lauter Soziologen-Chinesisch nicht. Kann es sein, dass ihm schlicht die Nähe zur SPD, zu ihren Menschen, zu deren Problemen und Sehnsüchten fehlt?“ (Grönebaum, Stefan: Wie weiter auf den Dritten Wegen?, in: Berliner Republik. Das Debattenmagazin Nr. 1/2002

80 Rödter, Andreas: 21.0. Eine kurze Geschichte der Gegenwart, München 2015, S. 249.

81 Wolfrum, Edgar: Rot-Grün an der Macht: Deutschland 1998 – 2005, München 2013, S. 203.

82 Giddens, Anthony: Der Dritte Weg. Die Erneuerung des sozialen Demokratie, Frankfurt 1999

76 Ritter, Gerhard A.: Gesamtbetrachtung, in: GSD Band 11 (Endnote 60), S. 1105–1122; S. 1109.

77 Sennet Richard: Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin 1998, S. 26. Der Autor wird für dieses Buch 1999 von der SPD-nahen Friedrich-Ebert Stiftung mit dem Literaturpreis „Das politische Buch“ geehrt.

78 Regierungserklärung von Bundeskanzler Gerhard Schröder, Plenarprotokoll 15/32 vom 14. März 2003.

aus dem Jahr 1999⁸³ beeinflusste auf dieser konzeptionellen Grundlage die praktische Politik der Regierungen Blair bzw. Schröder. Beide Regierungschefs sind politisch gescheitert. Hier wird mit dem Historiker Herfried Münkler⁸⁴ die These vertreten, dass sie auch daran gescheitert sind, dass es ihnen nicht gelungen ist, ihre Konzepte in wirkmächtige Narrative zu übersetzen.⁸⁵ Um es mit dem Philosophen Odo Marquardt zu sagen: Blair und Schröder sind politisch auch an „narrativer Atrophie“⁸⁶ gestorben.⁸⁷

Das Meinungsklima in Deutschland ähnelte Mitte der Nuller-Jahre in erschreckender Weise dem der alten Bundesrepublik vor dem Fall der Mauer. Nach der kurzen Phase der Euphorie nach der deutschen Einheit und dem Gewinn der Fußballweltmeisterschaft im Jahr 1990 folgte die Desillusionierung. Der Narrativ von den blühenden Landschaften hatte sich im wirtschaftlichen Alltag des wiedervereinigten Deutschland schnell verbraucht, Arbeitslosigkeit und Treuhand prägten das Meinungsklima. „Wir sind kein Volk“. Mit diesem „Bestseller“ (so der Aufkleber auf dem Titel) kann man 2005 fordern, „den Wunschtraum vom ‚einig Vaterland‘ endlich zu begrä-

ben.⁸⁸ Die Einheitsverlierer im Osten und die Modernisierungsverlierer in ganz Deutschland prägen das Meinungsklima einer „verzagten Republik“⁸⁹ stärker als es ihrem Anteil in der Bevölkerung entspricht. Die Vorstellungen einer „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“⁹⁰, die in der alten Bundesrepublik die bürgerliche Variante eines „age of love, peace and understanding“ bildete, sind ausgeträumt. Auch wer noch nie etwas von Ulrich Becks reflexiver Moderne gehört hat, fühlt, dass diese „das Chaos chaotisiert, also in Unerträglichkeiten führt“.⁹¹ Ein wachsendes Sozialbudget kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Sozialstaat einerseits Benachteiligten oft nicht adäquat helfen kann, andererseits aber Investitionen in die Zukunft verhindert, weil er Mittel bindet, die einfach konsumiert werden. „Wir sind viel besser als wir denken“⁹²: Das Meinungsklima zu prägen, das schaffen solche Einsichten nicht. „Die Anbetung des Götzen Sachzwang und seiner Priester, der Experten, ersetzt die Kontroverse“, schreibt die Tochter von Günter Gaus.⁹³ Hohn und Spott über die, die in den 70er Jahren noch Hoffnungsträger einer besseren Zukunft waren, die Wissenschaftler und Experten.

4. lange Welle: Appeasement der Bevölkerung (2005 bis heute)

Auch wenn die Hartz-Gesetzgebung der Schröder-Ära noch heute gilt, für das sozialpolitische Klima in Deutschland markiert der 18. September 2005, der Tag der Bundestagswahl, einen tiefen Einschnitt. Die Abwahl der Reformagenda hat die Sozialpolitiker in Deutschland bis heute paralyisiert. Alles vermeiden, das dazu führen könnte, wieder so abgestraft zu werden wie weiland der Schröder: Das ist der einzige rote Faden, der in der Sozialpolitik zu erkennen ist. Praxisgebühr abschaffen, Rente mit 63 (zumindest für langjährige Versicherte) statt mit 67: Die Angst vor der Abwahl ist die treibende Kraft. Überall werden Gerechtigkeitslücken identifiziert und geschlossen, selbst die PKW-Maut wird vom zuständigen Minister damit begründet, dass damit eine Gerechtigkeitslücke geschlossen werde.⁹⁴

Relevanz für das sozialpolitische Klima in Deutschland hat die europäische Schuldenkrise insoweit, als das Vertrauen der Bevölkerung in die Absicherung von Risiken über den Kapitalmarkt geschwunden ist. Wenn die Rendite für Lebensversicherungen 2015 nach Abzug der Kosten auf 0,3 Prozent sinken wird,⁹⁵ dann sind die kapitalgedeckten Sicherungssysteme in der Krise. In Deutschland hat sich „mit Ausbruch der europäischen Schuldenkrise die Relation zwischen Kapitalmarktrendite und der internen Rendite der gesetzlichen Rentenversicherung umgekehrt“.⁹⁶ Die Unsi-

83 Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten. Ein Vorschlag von Gerhard Schröder und Tony Blair (London, 8. Juni 1999); <http://www.glasnost.de/pol/schroederblair.html>.

84 Er führt das Scheitern der Agenda 2010 auch darauf zurück, dass „die ohne narrativ-symbolische Rückendeckung auskommen musste“ (Münkler, Herfried: Die Deutschen und ihre Mythen, Berlin 2009, S. 11)

85 Weiterführend dazu: Andreas Meusch: Herbst des Kapitalismus. Wie ein Erfolgskonzept den Glauben an sich selbst verliert, Hamburg 2015.

86 Narrative „kompensieren Modernisierungsschäden, indem sie erzählen; und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muss erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie“. (Marquardt, Odo: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften. Vortrag vor der Westdeutschen Rektorenkonferenz. In: Ders., Apologie des Zufälligen, 1986, S. 105).

87 Zu den Kommunikationsdefiziten der Regierungen Blair bzw. Schröder s. weiterführend: Stefan Marx: Die Legende vom Spin Doctor: Regierungskommunikation unter Schröder und Blair, Bonn, 2008; hier insbesondere S. 114

88 Herles, Wolfgang: Wir sind kein Volk. Eine Polemik, München 2004.

89 Schumacher, Hajo: Kopf hoch, Deutschland. Optimistische Geschichten aus einer verzagten Republik, München 2005, Klappentext.

90 Braun, Hans: Helmut Schelskys Konzept der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ und die Bundesrepublik der 50er Jahre, Archiv für Sozialgeschichte, Band 29 (1989), S. 199–223. Hanselle, Ralf: Das Wunderland. Geschichte Der westdeutsche Traum von Gerechtigkeit: Die nivellierte Mittelstandsgesellschaft wurde nie Realität, in: Das Parlament, Nr. 38, 14.9.2009.

91 Beck, Ulrich: Die Erfindung des Politischen, Frankfurt am Main 1993, S. 16.

92 Schlesiger, Christian/Werner, Marcus: Deutschland: sehr gut. Wir sind viel besser als wir denken!, Köln 2010.

93 Gaus, Bettina: Die scheinheilige Republik. Das Ende der demokratischen Streitkultur, München 2002, Klappentext.

94 Interview mit der FAZ vom 7.7.2014.

95 Kremer, Dennis: Lohnt sich die Lebensversicherung noch? FAS vom 17.6.2014.

96 Buchholz, Wolfgang; Wiegand, Wolfgang: Wer finanziert den deutschen Sozialstaat in Zukunft, in: Masuch et al (Hrsg.), Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014, S. 751–774, S. 773

cherheit der Bevölkerung, ob die sozialen Sicherungssysteme halten, trifft jetzt kapitalgedeckte wie umlagefinanzierte Systeme gleichermaßen.

Am Beispiel Gesundheitswesen lässt sich zeigen, dass die Politik des Appeasements nicht nur aus Perspektive der regierenden Kanzlerpartei machtpolitische Rendite abwirft, sondern auch ökonomische Gründe dafür sprechen. Die Gesundheitswirtschaft ist ein Stabilisator im Konjunkturzyklus. Von den Ausnahmen in 2010 und 2011 liegen die Wachstumsraten der Bruttowertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft regelmäßig höher als die der Gesamtwirtschaft. Dies hatte besondere Bedeutung im Krisenjahr 2009, als die Bruttowertschöpfung der Gesamtwirtschaft um 4,5 Prozent sank, während die der Gesundheitswirtschaft sogar um 3,6 Prozent stieg.⁹⁷ Noch wichtiger ist ihre Bedeutung für die Beschäftigung. Hier liegen ihre Zuwachsraten regelmäßig über denen der Gesamtwirtschaft. Als 2003 die Zahl der Erwerbstätigen insgesamt um 0,9 Prozent sank, stieg die in der Gesundheitswirtschaft um 1,3 Prozent (2005: -0,1 Prozent vs. +1,4 Prozent). Im Krisenjahr 2009 stagnierte die Erwerbstätigkeit de facto mit einer bescheidenen Steigerung von 0,1 Prozent, während die Zahl der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft um 3,3 Prozent zunahm.⁹⁸ Über die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt die Politik hier über einen relevanten Hebel für Nachfragesteuerung und macht davon auch ausgiebig Gebrauch. „Regierung treibt Kassenbeiträge hoch“, titelt der Tagesspiegel und rechnet vor, dass die allein von den Versicherten zu zahlenden Zusatzbeiträge von

0,9 Prozentpunkten in 2015 sich bis 2019 verdoppeln können. Allein für 2016 wird vorgerechnet, dass die durch Reformgesetze verursachten Mehrkosten bei 1,4 Mrd. Euro liegen.⁹⁹ Fünf Mrd. Euro von Arbeitgebern und Arbeitnehmern werden für die Pflege ab 2017 jährlich zur Verfügung gestellt. FAZ und Handelsblatt betonen: Nicht solide finanziert.¹⁰⁰ „Laut dem Freiburger Ökonomen Bernd Raffelhüschen steigt allein durch die erste Stufe der Pflegereform die Staatsverschuldung einschließlich der in den Sozialkassen versteckten Schulden um 2,5 Prozentpunkte von 223,4 auf 225,9 Prozent.“

Einen Kulturwandel zum Schlechteren diagnostiziert der Branchendienst „Highlights Gesundheitspolitik“: „Vielleicht charakteristisch für diese Phase der Politik, zumindest der Gesundheitspolitik, ist aber die Politik der kleinen Verständigung, die an einen arabischen Bazar erinnert. Wie man immer wieder hört, wird dem einen dies oder das versprochen, wenn er dies oder das bewirkt, oder man zu diesem oder jenem schweigt. Naturgemäß ist nichts davon dokumentiert, diese kleinen Übereinkünfte wabern durch das System, ohne greifbar zu sein. [...] Bestehende und neue Gesetze werden kaum der Kosten-Nutzen-Prüfung unterzogen, und so perpetuiert sich auch schlichter Unsinn.“¹⁰¹ Und die industrialisierte Paragrafenherstellung im Bundesgesundheitsministerium generiert auch absurde Vorschläge: Wenn Krankenhäuser Porto sparen und Entlassbriefe per E-Mails senden, sollten sie für zwei Jahre zusätzlich noch einen Telematik-Zuschlag von einem

Euro erhalten. So sah es zumindest der im August 2015 vorgelegte Referentenentwurf zum e-Health-Gesetz vor. Zusätzlich sollten 0,50 Euro für die Entgegennahme des elektronischen Entlass-Briefs für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen gehen.

Es besteht Handlungsbedarf im „Vaterland des Sozialstaates“

2012 überstiegen die Gesundheitsausgaben in Deutschland erstmals die Marke von 300 Milliarden Euro.¹⁰² 205,5 Milliarden Euro gaben 2014 allein die gesetzlichen Krankenkassen aus.¹⁰³ Zum Vergleich: Der gesamte Bundeshaushalt betrug 2014 knapp 297 Milliarden Euro. Und für den zuständigen Bundesgesundheitsminister ist es beruhigend, dass im 1. Halbjahr 2015 der Ausgabenzuwachs bei 3,9 Prozent und damit „im Rahmen der Erwartungen“ lag¹⁰⁴ – und das bei einem von der Bundesregierung geschätzten Wirtschaftswachstum von 1,8 Prozent für das Gesamtjahr.¹⁰⁵ Sieht so nachhaltige Gesundheitspolitik aus?

Die Frage ist drängend, weil es sich nicht um einen einmaligen Ausreißer handelt. Schauen wir uns an, wie weit sich die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen inzwischen von den beitragspflichtigen Einnahmen und der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes entkoppelt haben. Seit die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko verstärkt tragen –

97 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen, Berlin 2014, S. 11.

98 Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft. Fakten und Zahlen, Berlin 2014, S. 24.

99 Woratschka, Rainer: Regierung treibt Kassenbeiträge hoch, in: Tagesspiegel vom 4.6.2015. Siehe auch Statement der Vorstandsvorsitzenden des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, vom 15.6.2015: Gesetze kosten zusätzliches Geld.

100 Mihm Andreas: Gröhes Pflege-Denkmal, FAZ vom 13.8.2015. Specht, Frank: Nicht sicher, Handelsblatt vom 13.8.2015.

101 Lehr, Andreas/Visarius, Jutta: Kulturwandel, in: Highlights Gesundheitspolitik Nr. 17/2015, S. 23 f.

102 Deutsches Ärzteblatt vom 7.4.2014; <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/58251/Gesundheitsausgaben-in-Deutschland-erstmals-ueber-300-Milliarden-Euro>.

103 http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI25.pdf.

104 Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 4. September 2015.

105 <http://www.tagesschau.de/wirtschaft/konjunkturprognose114.html>.

seit 2004 in der stationären Versorgung, seit 2009 in der ambulanten Versorgung – geht diese Schere weiter auseinander.¹⁰⁶ Setzen sich die Steigerungsraten der Jahre 2012 bis 2014 bis ins Jahr 2030 fort, liegt der Finanzierungsbedarf dann bei fast 500 Mrd. Euro.¹⁰⁷ Die gute Konjunktur und die damit verbundene Lage auf dem Arbeitsmarkt verdecken noch die gegenwärtige Ausgabendynamik.

Es befremdet vor diesem Hintergrund, dass die Bundesregierung im zurückliegenden Jahr eine Reihe von Gesetzen beschlossen hat, die relevante Kostenwirkung im Wahljahr 2017 entfalten werden. Eine knappe Übersicht über Gesetze mit Leistungsverbesserungen, sprich Mehrkosten allein aus dem Jahr 2015: Präventionsgesetz, GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Krankenhausstrukturgesetz, E-Health-Gesetz, Hospiz- und Palliativgesetz, zwei Pflegestärkungsgesetze sowie das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.

Trotz all der Milliarden, die Arbeitgeber und vor allem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufbringen: Die Kritik am System ist ein Dauerbrenner: Die Krankenhäuser rebellieren, „die Länder melden Proteste und üppige Nachforderungen an“, die Kassenärzte streben im Nachgang zu einem Honorarzuwachs um 31 Prozent (2008–2014) nach „größeren Summen“¹⁰⁸. Derweil stimmen die relevanten Gesundheitspolitiker von Union und SPD darin überein, dass sich Deutschland bei der Informationstechnologie im Gesundheitswesen lächerlich mache¹⁰⁹ und der Gesundheitsökonom und ehemalige Mit-

arbeiter des damals für die Krankenversicherung zuständigen Bundesarbeitsministeriums Jürgen Wasem stellt lapidar fest: „Nur weil viel Geld in das System fließt, bedeutet das noch lange nicht, dass es besser wird“¹¹⁰. Und was bedeutet das für das sozialpolitische Klima in Deutschland? Die Bevölkerung wirkt keineswegs beglückt davon, dass jetzt die sozialpolitischen Wahrheiten der Vergangenheit (Lohnnebenkosten sind ein Standortnachteil, der Sozialstaat kann nicht die Folgen aller relevanten Lebensrisiken ausgleichen) nicht mehr gelten sollen. Wie denn auch? Es ist nicht zu vermitteln, dass das Lebensrisiko Pflege zum relevanten Teil privatisiert bleibt, während genug Geld dafür da ist, dass kerngesunde 63-jährige aus den Verwaltungen der Konzerne, den Banken und Versicherungen jetzt auf Kosten der Allgemeinheit früher in Rente gehen dürfen. Ob es dem viel beschworenen Dachdecker hilft, ist schwerer einzuschätzen. Vielleicht ist er schon als Erwerbsunfähigkeitsrentner in Rente oder er muss sich weiter auf die Dächer schleppen, weil sein Erwerbseinkommen schlechter ist als die Rente der Menschen aus der Verwaltung, die in der Regel mehr verdienen als er und außerdem häufig noch attraktive betriebliche Altersversorgungen haben, von denen sich gut kreuzfahren lässt. Schöne neue Gerechtigkeit, insbesondere für die junge Generation, der dies mit Blick auf die demografische Entwicklung nicht zu vermitteln ist. Es passt zum aktuellen sozialpolitischen Klima, dass es so völlig egal ist. Die Menschen spüren, dass die Politik es gar nicht mehr versucht, das eigene Handeln mit einer Vision für die Zukunft zu verbinden. Es überrascht nicht, dass die SPD dafür keine politische Dividende einfahren kann und stattdessen 2014 in Thüringen mit Bodo Ramelow den ersten

Linken Ministerpräsidenten mitwählen durfte. Und was formuliert die zuständige Bundesarbeitsministerin zur Zukunft der Arbeit? Zu dem von ihr vorgelegten Grünbuch schreibt der Soziologieprofessor Stefan Kühl in der FAZ: „Das Grünbuch ist ein Beispiel dafür, wie wenig man sich in der Arbeits- und Sozialpolitik im Moment traut, heiße Eisen [...] anzufassen“. Er schließt seine Bewertung mit der Hoffnung, dass das für 2016 „geplante Weißbuch des Arbeitsministeriums aus mehr als nur einer großen ‚Begriffswolke‘ zum Thema besteht“.¹¹¹

Wir können also zu Beginn des Jahres 2016 feststellen, dass die Sozialpolitik in Deutschland völlig unabhängig von der Flüchtlingskrise ein dreifaches Problem hat:

- Defizite in der Output-Legitimation,
- Glaubwürdigkeitsprobleme und
- narrative Atrophie.¹¹²

Trotz guter Konjunktur und hohem Niveau der Sozialleistungen gibt es großen Handlungsbedarf, um die Sozialpolitik und damit Deutschland zukunftsfähig zu machen. Sozialpolitik ist seit 1949 ein Markenkern der deutschen Staatlichkeit geworden. Deshalb gilt für die Sozialpolitik in Deutschland, das, was Ernest Renan über die Nationen gesagt hat: Sie sind „*un plébiscite de tous les*

111 Kühl, Stefan: Alles so vernetzt hier, in: FAZ vom 22. 9. 2015; <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/gruenbuch-des-arbeitsministeriums-arbeit-4-0-13815910.html>. Weiterführend: Ders.: Zeitdiagnosen 4.0. Eine Rezension des Grünbuchs „Arbeit weiter denken“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Working Paper 5/2015) http://www.uni-bielefeld.de/soz/forschung/orgsoz/Stefan_Kuehl/pdf/Kuehl-Stefan-Working-Paper-5_2015-Arbeit-4-0-Zeitdiagnosen-4-0-Version-3-0-310815-SK-.pdf.

112 Für den Philosophen Odo Marquardt kompensieren Narrative „Modernisierungsschäden, indem sie erzählen; und je mehr versachlicht wird, desto mehr – kompensatorisch – muss erzählt werden: sonst sterben die Menschen an narrativer Atrophie.“ (Marquardt, Odo: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften. Vortrag vor der Westdeutschen Rektorenkonferenz, in: ders.: Apologie des Zufälligen, Stuttgart 1986, S. 105 f.). Weiterführend siehe: Meusch, Andreas: Herbst des Kapitalismus, Hamburg 2015.

106 Rödiger, Tim; Neumann, Michael; Höfinghoff, Kristin: Letzte Ausfahrt Qualität, in: Gesundheit und Gesellschaft 9/2015, S. 35–41, S. 36.

107 Ibid.

108 Schmergal, Cornelia: Wünsch dir was, in: Der Spiegel Nr. 31/2015, S. 36

109 Prof. Karl Lauterbach (SPD) und Georg Nüßlein (CSU), zitiert in: Mihm, Andreas: „Deutschland macht sich lächerlich“, in: FAZ vom 28. Juni 2015

110 Zitiert in: Schmergal, Cornelia: Wünsch dir was, in: Der Spiegel Nr. 31/2015, S. 36

jours“¹¹³. Und Plebiszite können auch verloren werden. Wie werden die Plebiszite gewonnen? Indem die Menschen zu der Überzeugung gelangen, dass der Fortbestand mehr Vorteile bringt als die Auflösung. Die Vielzahl von separatistischen Bewegungen in der EU zeigt ständig, dass Menschen bereit sind, auch Jahrhunderte alte Bindungen zu kappen, wenn die Output-Legitimität des Staates keine positive Prognose bringt. Für den „Spie-

113 Renan, Ernest am 11. März 1882 auf einer Konferenz an der Sorbonne über die Nation. „L'existence d'une nation est un plébiscite de tous les jours [...]. Les nations ne sont pas quelque chose d'éternel. Elles ont commencé, elles finiront“, zitiert nach: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/qu-est-ce-qu-une-nation/>.

gel“ ist die Output-Legitimität des gegenwärtigen Systems schon so weit erodiert, dass „die Krise des Kapitalismus bereits zu einer Krise der Demokratie geworden“ ist¹¹⁴. Wie schwierig wird die Situation erst, wenn es kein Wirtschaftswachstum und damit auch nichts mehr zu verteilen gibt. Hier schließt sich der Kreis dieses Beitrags mit dem Plädoyer, Wirtschaftswachstum und das System, das es hervorbringt, nicht zu verteufeln. Der Sozialstaat muss jeden Tag neu erarbeitet und verdient werden, um seinen Beitrag für ein gerechtes Miteinander und zur

114 Sauga, Michael: Das Zombie-System, in: Der Spiegel 43/2014, S. 66–76.

Stabilität unserer politischen Ordnung liefern zu können. Wo sind die Chancen dafür besser als in Deutschland, im „Vaterland des Sozialstaats“¹¹⁵?

Autor:
Dr. Andreas Meusch
Mühlenkamp 33
22303 Hamburg

115 Masuch, Peter et al.: Vorwort, in: dies. (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 1: Eigenheiten und Zukunft von Sozialpolitik und Sozialrecht, Berlin 2014, S. V-XI, S. VIII.

Aus der Rechtsprechung

g) Teilnahme von Psychotherapeuten BSG 6. Senat, Urteil vom 02.07.2014 - B 6 KA 23/13 R

Die Stelle eines psychotherapeutisch tätigen Arztes in einem medizinischen Versorgungszentrum kann grundsätzlich auch mit einem Psychologischen Psychotherapeuten nachbesetzt werden.

BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 103 Nr. 14 = GesR 2015, 26 = ArztR 2015, 69

h) Sozialpädiatrisches Zentrum LSG Berlin-Brandenburg 7. Senat, Urteil vom 10.12.2014 - L 7 KA 102/13

1. Sozialpädiatrische Zentren dürfen ihre Leistungen in unterschiedlichen Gebäuden bzw. unter unterschiedlichen Anschriften erbringen, wenn gewährleistet ist, dass einerseits die versicherten Kinder den Weg zwischen den einzelnen Gebäuden ungefährdet in kurzer Zeit zurücklegen können und dass andererseits der Informationsaustausch zwischen den in den einzelnen Gebäuden tätigen Mitarbeitern zügig und umfassend möglich ist (Leistungserbringung „unter einem Dach“).

2. Für die Entscheidung, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind die Zulassungsgremien zuständig, die auf Antrag entsprechende Feststellungen auszusprechen haben.

3. Es stellt keine Klageänderung dar, wenn der erstinstanzlich obsiegende Kläger erst im Berufungsverfahren einen seinem Anliegen entsprechenden sachgerechten Klageantrag stellt.

7. Vertragsärztliche Selbstverwaltung, vertragsärztliche Pflichten und Disziplinarrecht

LSG Rheinland-Pfalz 7. Senat, Urteil vom 18.12.2014 - L 7 KA 24/14

1. Eine Regelung der Bereitschaftsdienstordnung einer KV, die Befreiung eines Vertragsarztes von der Teilnahmepflicht davon abhängig zu machen, dass es ihm aufgrund seines Honorarumsatzes zugemutet werden kann, den Bereitschaftsdienst auf eigene Kosten von einem Vertreter wahrnehmen zu lassen, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

2. Bei einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der zudem als Zahnarzt an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnimmt, umfasst der dabei zu berücksichtigende Honorarumsatz auch das Honorar aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

SG Marburg 12. Kammer, Urteil vom 17.09.2014 - S 12 KA 466/13

Eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die zur Gruppe der ausschließlich, d.h. über 90 %, psychotherapeutisch tätigen Ärzten gehört und die an einer Innenohrschwerhörigkeit leidet, die es ihr nach eigenem Vorbringen unmöglich macht, einen auskultatorischen Befund zu erheben, muss nach § 3 Abs. 6 Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen nicht vom Notdienst befreit werden, wenn fachgruppendurchschnittliche Umsätze erzielt werden.

Mitgeteilt von Prof. Günther Schneider, Dresden

Jürgen Zerth

E-health, insbesondere Telemedizin als Teil einer veränderten Arbeitsteilung im Gesundheitswesen: eine gesundheitsökonomische Einordnung¹

1. Der Bedeutungsgewinn klientenorientierter Versorgung

Ein Blick auf die Veränderung medizinischer und pflegerischer Versorgung über die letzten Jahren zeigt wesentliche Treiber, die die Arbeitsteilung zwischen professionellen Medizin- und Pflegeanbietern, ehrenamtlichen Pflegekräften und letztendlich dem Patienten selbst deutlich verändern werden.² Der Bedeutungsgewinn chronischer Krankheiten zieht zwangsläufig die Interaktion verschiedener Medizin- und Pflegeanbieter mit sich, wenn etwa im Kontext einer zeitlichen Entwicklung eines Patientenpfades sich der Gesundheitszustand verändert und somit die Anpassungshäufigkeit von Diagnose- und Therapiemöglichkeiten steigt. Darüber hinaus erhöht der medizinisch-technische Fortschritt den Möglichkeitenraum im Kontext dieser

Patientenkarriere, so dass die Frage, wie die verschiedenen Schnittstellen in horizontaler Hinsicht miteinander agieren zusehends relevanter wird. Da Gesundheits- und Pflegeleistungen in aller erster Linie sich als personenorientierte Dienstleistungen charakterisieren lassen, liegt zwangsläufig somit die Frage vor, wie die für Dienstleistungen notwendige Kapazitätsvorhaltung im Lichte des Patientenflusses effizient organisiert werden kann. Somit gewinnen Organisationsfragestellungen an Bedeutung, die im institutionellen Design des Gesundheitswesens ihren Widerhall finden müssen.³

• Aufgrund der Komplexität und veränderten Fallzusammensetzung des Patientenkollektives wird die Arbeitsteilung am Klientenpfad organisatorisch komplexer und erfordert somit einerseits organisatorisch-institutionelle wie andererseits qualitative Anpassungsschritte (z. B. Qualifikationsprofile) an

eine veränderte Dienstleistungsproduktion.⁴

- Vor diesem Hintergrund verändern sich die Kapazitätsvorhaltungen in Medizin und Pflege, die flexibler in der Lage sein müssen, klientenorientierte Versorgungsanforderungen abbilden zu können. Informationstechnologien sind angebots- wie nachfrageseitig Teil der Entwicklung von Gesundheitssystemen zu „patient-driven care models“⁵.

Das Bild einer „klientenorientierten Versorgung“ reflektiert somit die Notwendigkeit in horizontalen Strukturen Gesundheitsversorgung zu denken. Gesundheitsökonomisch gewinnt somit die Bedeutung der Prozess- über der Ressourceneffizienz Oberhand (vgl. Abbildung 1).

Weiterhin stellt sich aber einzelwirtschaftlich die Frage, wie einzelwirt-

1 Abgewandelte und erweiterte Version eines Vortrages „Telemedizin quo vadis? Beförderungs- und Hemmnisfaktoren aus gesundheitsökonomischer Sicht“ am 29. Oktober 2015 im Rahmen des Entwicklerforums „Medizinelektronik“ in München.

2 Vgl. etwa Kolominsky-Rabas, P. und Schaller, S. (2015): Müssen Medizin und Pflege zusammenwachsen?, in: Oberender, P.; Zerth, J.; Brodmann, G. (Hrsg.): Patient Gesundheitswesen. Mission 2030, Berlin u. a., These 2.7.

3 Gensichen, J.; Muth, C.; Butzlaff, M.; Rosemann, T.; Raspe, H.; Müller de Cornejo, G.; Beyer, M.; Härter, M.; Müller, U.; Angermann, C.; Gerlach, F.; Wagner, E. (2010): Die Zukunft ist chronisch: das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer proaktiven Versorgung für chronisch Kranke, in: Zeitschrift ärztl. Fortbildung. Qual. Gesundh.wes. 100: S. 365-374.

4 Cutler, D. (2010): Where are the Health Care Entrepreneurs? The Failure of organizational Innovation in Health Care. Working Paper 16030. NBER Working Paper Series. Online verfügbar unter www.nber.org/papers/w16030, zuletzt geprüft am 12.09.2015.

5 Swan, M. (2009): Emerging Patient-Driven Health Care Models: An Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking, in: International Journal of Environmental Research and Public Health 6: 492-525.

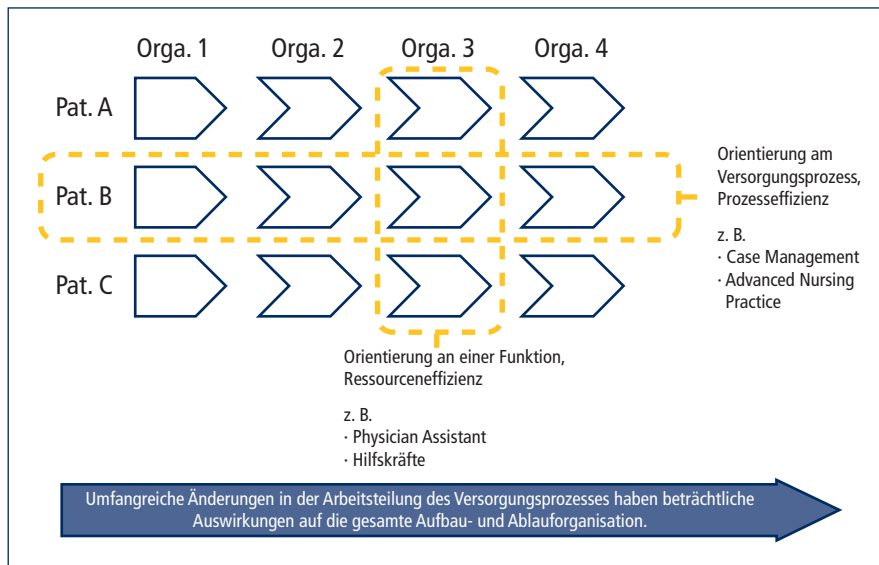


Abbildung 1: Bedeutungsgewinn Klientenorientierter Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schneider (2013)⁶

schaftlich wirksame Organisationsmodelle somit den Mix aus personell veränderten Qualifikationsprofilen, veränderter (digitalisierter) Infrastruktur und neuen (digitalen) Diagnose- und Therapiemöglichkeiten ziel- und sachgerecht verknüpfen können, da die Erwartungen an Versorgungsversprechen in den verschiedenen Beziehungskategorien, Arzt-Arzt und vor allem Arzt-Patient sich deutlich verändern.⁷ Somit lässt sich eine klientenorientierte Versorgung sowohl makroökonomisch darstellen, etwa im Sinne integrierter Versorgungsmodelle zwischen unterschiedlichen Angebotssektoren als auch mikroökonomisch innerhalb eines Versorgungsanbieters. In beiden Betrachtungsebenen verändert sich die Bedeutung von Organisationsmodellen zwischen den medizinisch-pflege-

6 Schneider, M. (2013): Wertschöpfungsorientierte Arbeitsteilung im Krankenhaus. Effizienzbewertung und Auswahl von Organisationsformen am Beispiel der Pflege. Eine organisationstheoretische Analyse, Bayreuth.

7 Trill, R. (2016): CRM im Zeichen von Social Media und eHealth, in: Pfannstiel, M./Rasche, C./Mehlich, H. (Hrsg): Dienstleistungsmanagement im Krankenhaus. Nachhaltige Wertgenerierung jenseits der operativen Exzellenz, Wiesbaden, S. 293-309.

rischen Akteuren, was unmittelbar Rückwirkung auf die betriebswirtschaftliche Kapazitätsplanung und -vorhaltung hat. Welche Bedeutung kann in dieser Hinsicht „Telemedizin“ einnehmen?

Zunächst gilt es definitorisch Telemedizin von anderen Leistungsversprechen, die im Kontext von Digitalisierung im Gesundheitswesen verknüpft sind, abzutrennen. Digitalisierung der Gesundheit bedeutet somit einerseits den gezielten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien, die andererseits in Interaktionsbeziehungen zwischen Leistungserbringern eingebunden sind⁸. Verbindendes Element aller Digitalisierungsstrategien ist eine „Entörtlichung“⁹ der medizinisch und pflegerischen Leistungserstellung, verbunden mit der Strategie entweder

- Such- und Kommunikationsprozesse im Gesundheitswesen zu erleichtern, das kann an den Patienten gerichtet

8 Reulke, K. (2015): Digitalisierung, E-Health, Telemedizin...Was ist was?, in: Public Health Forum 23(3): 133-135.

9 Vgl. ähnlich Rosenberg, B. und N. Hosten (2015): Telemedizin in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung am Beispiel transnationaler Teleradiologie, in: Public Health Forum 23(3): 1441-143.

sein, zwischen Patient- und Leistungserbringer oder ausschließlich zwischen den Leistungserbringern. Somit adressieren Digitalisierungsstrategien die Bezugsebenen der Akteure im Gesundheitswesen

- Veränderung der Kapazitätsvorhaltung und -verfügbarkeit zu ermöglichen. Diese Strategie setzt beispielsweise an einer veränderten regionalen Vorhaltung an, die durch die „Entörtlichung“ aufgelöst werden kann und somit virtuelle Arbeitsteilungsprozesse möglich macht. Es korrespondiert die Möglichkeit einer „Entörtlichung“ der medizinischen und pflegerischen Leistungserstellung mit der Strategie, Patientenversorgung kontinuierlich „remote“ anbinden zu können. Telemedizin ist folglich eine Strategie des „Remote Patient Management“

Vor diesem Hintergrund lässt sich mit folgender Abbildung 2 eine Einordnung der unterschiedlichen Digitalisierungsstrategien deutlich machen, die abhängig von der Adressierung der Zielpersonen als Telemedizin, Telecare oder Ambient Assisted Living interpretiert werden kann.

Telemedizin im engeren Sinne setzt am Dienstleistungskontext Arzt (Pflege) zum Patient an, davon zu unterscheiden sind beispielsweise Tele-Konsultationen, die im weiteren Sinne auch telemedizinisch bezeichnet werden können, letztendlich aber vor allem eine entörtlichte und flexible Form des diagnostischen Konsils darstellen. Somit bleibt festzuhalten, dass digitale Gesundheit und insbesondere Telemedizin die Veränderung und Erweiterung von Organisationsbeziehungen im Gesundheitswesen nach sich ziehen.

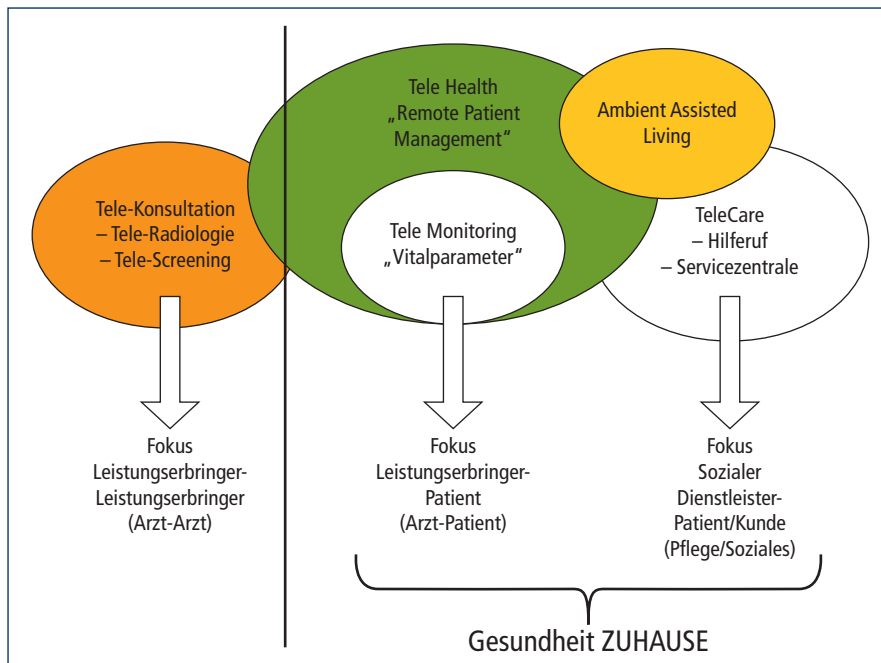


Abbildung 2: Telemedizin als Teil einer „digitalisierten Gesundheitsversorgung“

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cocir Telemedicine Toolkit 2010, p. 5.¹⁰

2. Akzeptanzaspekte von Telemedizin: eine Skizzierung

Die Versorgungsversprechen von Telemedizin oder digitalisierter Medizin sind häufig vielfältig, umso mehr gilt es daher Ergebnisse zu Versorgungs- und Akzeptanzeffekte zu reflektieren. Die übersichtliche gesundheitsökonomische Studienlage fokussiert vor allem zwei Effekte^{11 12}: Einerseits sind gesundheitsökonomische Kosten-Effektivitäts-Wirkungen unmittelbar davon abhängig, wie zielge-

nau eine telemedizinische Strategie mit Behandlungskonzepten eines Care- oder Case-Managements verknüpft worden ist. Andererseits sind häufig Zielparame- ter noch nicht adäquat fokussiert, um aussagekräftige Erfolgsparameter für Telemedi- zinkonzepte ableiten zu können. Exemplarisch lässt sich dies beispielsweise an der WSD- und der TEHAF-Studie skizzieren: Die *WSD-Studie* untersuchte die Effektivität und Effizienz einer Telehealth-An- wendung im Kontext hausärztlicher Be- treuung im englischen Gesundheitssys- tem im Zeitraum eines Jahres¹³. Konkret wurden Patienten betrachtet, die konti- nuierlichen chronischen Betreuungsbe- darf (Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes) in Form eines Disease-Management-An-

satzes aufwiesen. Bei den telemedizi- nisch eingebundenen Patienten erfolgte über ein Telemonitoring-System ein Monitoring der Vitalparameter, das dann mit einer telefonischen Kontrolle der Pati- enten verknüpft war. Diese Patienten wur- den mit Standard-Patienten verglichen, die lediglich in ungeplanten Abständen zur Diagnose und Therapie zu den medi- zinischen Leistungserbringern gingen. In der Gesamtstudie haben von 3230 Patienten 1573 Patienten an der Befra- gungsstudie teilgenommen, nach Rando- misierung 845 in der Telehealth-Gruppe und 728 in der Kontrollgruppe. Primärer Endpunkt der Untersuchung war der inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Un- terschied zwischen den Gruppen, gemes- sen in Kosten pro qualitätsadjustiertes Lebensjahr (Qaly). Nach der 12monatigen Untersuchungsphase lässt sich im Ver- gleich beider Studiengruppen kein Hin- weis auf eine Kosten-Effektivität der Tele- health-Gruppe ableiten (vgl. Abbildung 3).

Die Erklärung lässt sich kurz umreißen. So ist der Vorteil gemessen in quali- tätsadjustierten Lebensjahren in der Tele- health-Gruppe zu gering, um den Kos- tennachteil ausgleichen, weiterhin zeigt auch die Sensitivitätsanalyse, dass auch eine deutliche Verringerung der Ausstat- tungskosten nicht zu einer Verbesserung der Kosteneffektivität führt. Lediglich die Kombination aus deutlich reduzierten Ausstattungskosten und hoher Inan- spruchnahme des Systems lassen einen inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Wert von 31.000 £ pro qualitätsadjustierten Lebensjahren erwarten, der im Kontext der in Großbritannien als akzeptabel gel- tenden Schwelle von ca. 30.000 £ pro Qaly liegt¹⁴.

10 Cocir Telemedicine Toolkit for a better deployment and use of telehealth, March 2010, <http://www.cocir.org/index.php?id=88>, Abfrage vom 10.10.2015.

11 Vgl. etwa Bergmo, T. (2009): Can economic evaluation in telemedicine be trusted? A systematic review of the literature, in: Cost Effectiveness and Resource Allocation 7:18:

12 Paré, G, Poba-Nzaou, P, Sicotte, C.; Beaupré, A.; Lefrançois, É, Nault, D. and D. Saint-Julies (2013): Comparing the costs of home telemonitoring and usual care of chronic obstructive pulmonary disease patients: A randomized controlled trial, in: European Research in Telemedicine 2: 35-47.

13 Henderson, C., Knapp, M.; Fernández, J., Beecham, J. Shashivadan, P.; Cartwright, M., Beynon, M.; Rogers, A., Bower, P.; Doll, H.; Fitzpatrick, R.; Steventon, A., Bardsley, M., Hendy, J. and S. Newman (2013): Cost effectiveness of telehealth for patients with long term conditions (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested economic evaluation in a pragmatic, cluster randomized controlled trial, in: BMJ 346.

14 Neumann, P. Cohen, J. and M. Weinstein (2014): Updating Cost-Effectiveness – The Curious Resilience of the \$50,000-per-QALY Threshold, in: New England Journal of Medicine 371: 796-797.

Outcome (mean)	Usual care (n = 431)	Telehealth (n = 534)	Difference
Costs excluding management costs	5395 (4492-6297)	6322 (5712-6933)	928 (184-2040)
QALY	0.549 (0.52-0.577)	0.564 (0.535-0.585)	0.012
ICER per QALY			79.000
Equipment prices reduced by 50 %			
Costs	5395	6174	779
ICER per QALY			68.000
Operation at increased capacity and equipment prices reduced by 50 %			
Costs	5389	5697	308
ICER per QALY			31.000

Abbildung 3: Ergebnisse der WSD-Studie

Quelle: Eigene Darstellung

In Ergänzung zur WSD-Studie lässt sich die niederländische *TEHAF-Studie* aufführen, die eine telemedizinische Strategie bei Patienten mit kongestiver Herzinsuffizienz untersucht hat¹⁵. 382 Patienten wurden in eine Telemedizin- und eine Standardversorgungsgruppe randomisiert. Sowohl die krankenhausbezogenen als auch die ambulanten Kosten nach Entlassung aus dem Krankenhaus wurden betrachtet. Auch hier wurde als primärer Endpunkt der Wert in gewonnen Qaly gemessen. In dieser Studie konnte festgehalten werden, dass eine Kosten-Effektivität im engeren Sinne noch nicht festzuhalten ist, weil im Vergleich der gemessenen Lebensqualitätsunterschiede der mäßige Gewinn an Lebensqualität in der Telemedizin-Gruppe mit 0.1 Punkte im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 0.07 nicht auf signifikanten Niveau unterschiedlich war. Die Sensitivitätsanalyse konnte weiterhin zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Telemedizinalternative den in der Literatur üblichen 50.000 \$/Qaly-Schwellenwert unterschrei-

tet bei unter 50 % liegt. Der durchschnittliche Wert der zusätzlichen Kosten pro gewonnenen Qaly liegt bei 40.000 € pro Qaly. Der Strukturvergleich zwischen den beiden Therapiealternativen skizziert jedoch Kostenvorteile der Telemedizinalternative in der stationären Versorgung, die jedoch im ambulanten Bereich in den gegenteiligen Effekt laufen. Eine Meta-Analyse über verschiedene Kosten-Effektivitäts-Ergebnisse telemedizinischer Untersuchungen durch *Wootton* gibt einen weiteren Einblick in die aktuelle Diskussion¹⁶. Nach dieser Meta-Analyse (Analyse von 22 systematischen Reviews und 141 randomisierten, kontrollierten Studien) wird deutlich, dass zwar die Mehrzahl der Studien signifikante Wirkeffekte der telemedizinischen Intervention berichten, es lassen sich jedoch kaum Hinweise für die Überlegenheit aufwändigerer Verfahren gegenüber niedrigschwelligen Effekten (wie etwa regelmäßige Telefonkontakte) nachweisen. Darüber hinaus zeigt sich eine große Heterogenität in der Qualität der publizierten Studien, so dass eine Aus-

sage zu eindeutigen Vorteilen, insbesondere im Hinblick auf die Kosten-Effektivität von telemedizinischen Verfahren noch undeutlich ist. Die Interpretation der WSD- und der TEHAF-Studie lassen auch den Schluss zu, dass einerseits die Beobachtungsperiode noch sehr kurz angelegt ist und Längsschnittbetrachtungen noch nicht vorhanden sind, andererseits die Problematik der Zielgruppenfokussierung zu unterstellen ist. Mit genauerer Stratifizierung dürfte in Analogie zu den Ergebnissen in der Diskussion personalisierter Medizin gelten, dass sich die Kosten-Effektivitäts-Effekte verbessern könnten¹⁷. Darüber hinaus zeigt gerade das Beispiel der WSD-Studie, dass die Kosten-Effektivität sensitiv auf die Organisationsbedingungen der telemedizinischen Lösungen reagiert. Anker et. al. weisen darauf hin, dass als Orientierungsmaß für Erfolgsparameter einer telemedizinischen Strategie im Sinne eines „Remote-Patient-Management“ der Gleichklang von **adäquater Infrastruktur der Telemedizin**, eine darauf **angepasste Organisationsumgebung mit**

15 Boyne, J.; Van Asselt, A., Gorgels, A., Steuten, L.; De Weerd, G.; Kragten, J. and H. Vriyhoef (2013): Cost-effectiveness analysis of telemonitoring versus usual care in patients with heart failure: the TEHAF-study, in: Journal of Telemedicine and Telecare 19: 242-2448.

16 Wootton, R. (2012): Twenty years of telemedicine in chronic disease management – an evidence synthesis, in: Journal of Telemedicine and Telecare 18 (4): 211-220.

17 Vgl. in Analogie Howard, D. (2005): Life expectancy and the value of early detection, in: Journal of Health Economics 24: 891-906.

Ansatzpunkt	Gegenstand	Nutzenversprechen	Orchestratoren/Risikoträger
Home Automatisierung	Sicheres Wohnumfeld	Gefühl der Sicherheit, Lebensqualität	Mensch; Nachfrager der eigenen Lebensumgebung
Assistive Technologien	Direkte Hilfe bei Verrichtung des täglichen Lebens	Selbstmanagement, Gefühl der Unabhängigkeit, Lebensqualität	Mensch als Gepfleger/Pflegender als komplementäre Nachfrage
Serviceplattformen	Match zwischen zeitlich/örtlich verteilten Angeboten/Nachfragen	Selbstmanagement, Gefühl der Unabhängigkeit und der Teilhabe, Lebensqualität	Kommune als „neue“ Infrastruktur/Wohnungsbau-gesellschaften/geringere Rolle für Sozialunternehmen
TeleCare	Form des Hilfe-/Notrufes als Ausdruck des Sicherheitsempfindens	Sicherheitsgefühl und Lebensqualität, Teilhabermöglichkeit	Sozialunternehmen für Gepflegte/Pflegende
TeleMed	Integrative Sensoriken der Diagnose und/oder Therapie	Management (chronischer) Erkrankungen	Care-Management durch medizinisch-pflegerische Leistungserbringer

Abbildung 4: Unterschiedliche Verantwortungsrollen

Quelle: Abbildung nach Jaensch et. al. 2014

zielgruppenorientierter Vorgehensweise und eine darauf angelegte Schulung der beteiligten Akteure notwendig werden¹⁸.

3. Der gesundheits-ökonomische Ausblick

Der Hinweis auf die organisationstheoretischen Beförderungsfaktoren bei Anker et. al. wirft das Licht auf die Bedeutung einer adäquaten Produkt-Dienstleistungs-Umgebung für Telemedizin. Erfolgssteigernd wirken hier zielorientierte Abstimmungen zwischen Technik, Organisationsmodell und Qualifikationsprofil der beteiligten Akteure. Die primär guten Erfahrungen in der Teleradiologie sind daher nicht verwunderlich, da hier sowohl die fokussierte Fragestellung hinsichtlich des Patientenkontextes, die ausreichende Erfahrung der beteiligten Akteure und darüber hinaus wenig Schnittstellen zu konstatieren sind. Somit

sind zwei organisatorische Fragen zu beantworten, nämlich (1) die **Planbarkeit von Leistungen** als auch (2) die **Komplexitätsgestaltung von Leistungsanforderungen**.

Telemedizinische Lösungen unterliegen daher einer gesundheitsökonomischen Effektivitätsbetrachtung, da hier e-Health zumindest komplementär einen direkten patientenbezogenen Instrumentalcharakter hat. Von Telemedizin zu trennen sind e-Health-Lösungen, die als Infrastruktur wirken sollen, etwa die elektronische Gesundheitskarte o. ä. Hier würde die ökonomische Bewertung an der Veränderung der schon vorliegenden Prozessschritte der medizinisch-pflegerischen Leistungen ansetzen. Somit wird deutlich, dass Telemedizin am Ende nur Teil einer organisatorischen Gestaltung der Gesundheits- und Pflegeversorgung sein kann. In der Schlussfolgerung gilt es also die institutionellen und organisatorischen Bedingungsfaktoren digitalisier-

ter Gesundheitsversorgung deutlicher zu adressieren (vgl. Abbildung 4)¹⁹.

Systeme, die auf die Lebens- und Wohnumgebung des einzelnen Menschen ausgerichtet sind, etwa im Kontext von AAL oder Home-Care sind als Teil der individuellen Lebensführung einzuordnen und diesbezüglich ist zu erwarten, dass sich Lösungen durchsetzen werden, für deren Geschäftsmodell sich eine ausreichende Zahlungsbereitschaft am Markt finden wird. Risikoträger der Nachfrage- und Nutzungsentscheidung ist hier der einzelne Nutzer selbst. Je stärker jedoch Telemed- bzw. Telecare-Konzepte Medizin- und Pflegeorganisation adressieren und somit Versorgungsansprüche von Versicherten/Patienten verändern bzw. Prozessverbesserungen im Gesundheitswesen zur Folge haben, desto mehr müssen sich derartige Lösungen mit einer

18 Anker, S. Koehler, F. and W. T. Abraham (2011): Telemedicine and remote management of patients with heart failure, in: Lancet 378 (9792): 731-739.

19 Jaensch, P; Besser, J. und J. Zerth (2014): Eine Taxonomie „assistiver Technologien/AAL“ aus zielgerichteter Perspektive eines „Sozialunternehmens“, 7. Deutscher AAL-Kongress 21. Januar bis 22. Januar 2014 in Berlin.

ÜBERBLICK

Kosten-Effektivität gemessen am Patientenpfad legitimieren.

Wohingegen Lösungen, die primär das individuelle Sicherheits- und Lebensumfeld ansprechen, wie etwa Home-Automatisation-Ansätze oder auch Strategien von Ambient Assisted Living, und somit der individuellen Zahlungsbereitschaft unterliegen, greifen Ansätze der Telemedizin an der Versorgungsverantwortung des Medizinbetriebes an und sind demnach auch den institutionellen Kostenträgern, etwa Krankenversicherungen, zuzuordnen. Gerade diesbezüglich müssen sich aber telemedizinische Lösungen im Sinne eines „value for money“ definieren und sind damit, etwa im Lichte des WSD- oder TEHAF-Beispiels, hinsichtlich der Outcome-Ergebnisse oder gar der Kosten-Effektivität zu betrachten. Tele-

matikinfrastrukturen, wie sie gegenwärtig mit dem „E-health-Gesetz“ angegangen werden sollen, sind daher ein Teil der Lösung²⁰, aber in allererster Linie geht es um den Abgleich von Zielgenauigkeit, Teilnehmergröße und auch ökonomische Rentabilität. In dieser Hinsicht sind Komplementärstrategien zur integrierten Versorgung, etwa über Selektivverträge prädestiniert, für Telemedizin interessante Ansatzpunkte herauszufinden, Insgesamt können telemedizinische Lösungen wohl nur im Gleichschritt mit der Fortentwicklung der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen entwickelt werden. Kompetenzverlagerungen zwischen Medizin und Pflege, sei es in personeller Sicht (Delegation/

20 Elmer, A. (2015): Vernetztes Gesundheitswesen – zum Nutzen aller Beteiligten, in: Public Health Forum 23 (3): 138-140.

Substitution) als auch in örtlicher Sicht (z. B. Fernbehandlungsverbot) sind vor diesem Hintergrund notwendige institutionelle Ansatzpunkte zur Beförderung von Telemedizin. Diese ist letztendlich keine neue Medizin, aber eine Beschreibung sowohl organisatorisch, persönlich und zeitlich neuer Verknüpfungspunkte im medizinisch-pflegerischen Versorgungsbetrieb.

Autor:

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule für angewandte Wissenschaften
Forschungsinstitut IDC
Merkurstraße 41
90763 Fürth
Juergen.zerth@wlh-fuerth.de

Ankündigung

3. Forum Versorgungsforschung 2016

Gemeinsame Tagung der GRPG und Elsevier Health Analytics

Wann:

Dienstag, 28. Juni 2016, 13 bis 18 Uhr und Abendveranstaltung und
Mittwoch, 29. Juni 2016, 9 bis 13 Uhr

Wo:

Kaiserin Friedrich-Stiftung
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin Mitte

Sollten Sie Interesse an der Veranstaltung haben, senden Sie uns einfach eine Mail mit dem Betreff: „3. Forum Versorgungsforschung in Berlin 2016“ und Ihre Kontaktdaten an: Healthanalytics@elsevier.com

23. Mitgliederversammlung der GRPG und wissenschaftliches Symposium

Das Präsidium der GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen wird durch einen neuen Aufgabenbereich Digitale Gesundheit mit den beiden Beisitzern Professor Dr. Arno Elmer, Berlin und Professor Dr. Guido Noelle, Bonn erweitert. Das hat die Mitgliederversammlung am 16. Januar 2016 in Berlin beschlossen.

Zu Beginn der Mitgliederversammlung würdigte der Präsident der GRPG, Professor Volker Ulrich, den im vergangenen Jahr verstorbenen Professor Peter Oberender, Gründungsmitglied der GRPG und bis zu seinem Ausscheiden im Januar 2015 einer der Vizepräsidenten der GRPG. Mit seiner klar auf marktwirtschaftlichen Wettbewerb ausgerichteten Haltung habe Oberender über Jahrzehnte hinweg das Denken in der deutschen Gesundheitsökonomie beeinflusst. „Nicht nur Ökonomen, sondern auch zahlreiche Mediziner sind fasziniert von seinen Ideen und Konzepten, die stets eine klare ordnungspolitische Orientierung hatten. Wie kaum ein anderer hat er den Kompromiss zwischen ökonomischem Denken und Menschlichkeit geschafft“, sagte Ulrich.

Erstmals sei mehreren Jahren hat sich die Mitgliederzahl dank intensiver persönlicher wie schriftlicher Werbemaßnahmen sowie erheblichen Aktivitäten in verschiedenen neuen Medien leicht erholt, heißt es im Bericht des Präsidenten und der Generalsekretärin. Zum Jahresbeginn 2016 zählte die GRPG insgesamt 229 Mitglieder, darunter 18 Firmen/Körperschaften und drei Patientenverbände. Erfolgentscheidend bei der Mitgliederneugewinnung sei eine persönliche Ansprache von möglichen Interessenten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, erklärte Ulrich.

Im Berichtszeitraum hatte die GRPG insgesamt vier Tagungen organisiert. Das Symposium „Arzneimittelinnovationen – Versorgung, Diffusion und Finanzierbarkeit intelligent lösen“ am Vortag der Mitgliederversammlung in den Räumen des AOK Bundesverbandes in Berlin, war mit etwa 90 Teilnehmern gut besucht. Am 25. und 26. Juni 2015 fand in Berlin das Symposium „Neue Anstöße für mehr Qualität im Gesundheitswesen“ statt, bei dem am ersten Tag das Thema „Erwar-

tungen an den Innovationsfonds und das Qualitätsinstitut“ und am zweiten Tag das Thema „Telemedizin: Bringt das E-Health-Gesetz jetzt den Durchbruch?“ auf der Tagesordnung standen. Am 25. November 2015 veranstalteten GRPG und das Deutsche Rote Kreuz gemeinsam in Berlin ein Symposium mit dem Titel „Zukunftsaufgabe resilientes Gesundheitswesen – Eine Herausforderung für den Rettungsdienst“.



Übergabe der Wissenschaftspreis 2015 an Dr. Ilona Vilaclara (Mitte) durch den Präsidenten der GRPG, Professor Volker Ulrich (links) und den Sponsor des Preisgeldes der Firma Servier Deutschland GmbH, vertreten durch den Geschäftsführer Oliver Kirst (rechts).

MITTEILUNGEN DER GESELLSCHAFT

Der 20. Wissenschaftspreis der GRPG wurde in diesem Jahr an Dr. Ilona Vilaclara für ihre Dissertation „Kooperative Kostensteuerung in der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln – ein deutsch-französischer Rechtsvergleich“, erstellt an der Ludwig Maximilians Universität München, vergeben.

In ihrer Arbeit untersucht Vilaclara ein häufig unterschätztes, für die medizinische Versorgung der Bevölkerung aber hochwichtiges, sehr dynamisches Rechtsgebiet, dessen Ausgabevolumen in Deutschland schon jetzt eine Höhe von etwa 6,8 Mrd. Euro (ca. 3,75 Prozent der Leistungsausgaben der GKV) erreicht. Da sich der Hilfsmittelmarkt durch immer kürzer werdende kurze Produktzyklen und ein hohes Maß an technischem Fortschritt auszeichnet und zudem von der demographischen Entwicklung „profitiert“ (mehr ältere Menschen), wird unter Gesundheitsökonomen allgemein damit gerechnet, dass es in Zukunft in diesem Versorgungsbereich besonders starke Kostensteigerungen geben könnte. In Deutschland hat der Gesetzgeber auf diese sich abzeichnende Entwicklung aber ganz anders reagiert als in Frankreich. Während in Frankreich 2013 eine Kosten-Nutzen-Analyse durch eine unabhängige oberste Gesundheitsbehörde eingeführt worden ist, versucht der deutsche Gesetzgeber bereits seit dem Jahre 2007 mit § 127 SGB V n.F. eine Ausgabensta-

bilisierung durch Initiierung eines Vertrags- und Preiswettbewerbs. Seither ist in Deutschland die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nur noch im Rahmen vertraglicher Beziehungen des Hilfsmittelherstellers mit einer Krankenkasse zulässig. Dabei soll idealerweise der wirtschaftlichste Anbieter des jeweiligen Hilfsmittels zum Zuge kommen.

Der Wissenschaftspreis der GRPG, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird, ist mit 2 500 Euro dotiert und wurde in diesem Jahr wiederum von

der Firma Servier Deutschland GmbH übernommen.

Die nächste Mitgliederversammlung findet am 16. Februar 2017 in Berlin statt. Das wissenschaftliche Symposium in Verbindung mit der Mitgliederversammlung ist für den 17. Februar 2017 geplant.

Autor:

**Jürgen Stoschek
Josef-Jägerhuber-Str. 4
82319 Starnberg**



Bei der Mitgliederversammlung wurde die Ehrung der Preisträgerin des Wissenschaftspreises 2014 Dr. Franziska Streng-Baunemann (Mitte) nachgeholt, die im vergangenen Jahr aus gesundheitlichen Gründen nicht anwesend sein konnte.