

Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker

Mehr Gerechtigkeit durch den Gesundheitsfonds?

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch zwei zentrale Steuerungsprobleme gekennzeichnet. Zum einen ist es im internationalen Vergleich relativ teuer und weist eine hohe Streuung in der Qualität der Leistungserbringung auf. Zum anderen wird die solidarische Finanzierung von Krankheitsausgaben durch die Doppexistenz von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) unterlaufen. Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine „Zwei-Klassen-Medizin“ charakterisiert. Ein großer (und zunehmender) Teil der Bevölkerung entzieht sich der solidarischen Finanzierung durch den Beitritt zur PKV. Von einem umfassend solidarischen Gesundheitssystem kann daher keine Rede sein. Vielmehr existiert ein wachsendes Gerechtigkeitsdefizit.

Die herrschende Gesundheitspolitik wird vom neoliberalen Dogma der Senkung der „Lohnnebenkosten“ angetrieben und setzt seit einiger Zeit auf die Einführung von „mehr Wettbewerb“ in allen Versorgungsbereichen und bei der Finanzierung des Gesundheitssystems. Die dabei gern ins Spiel gebrachte „Kostenexplosion“ im deutschen Gesundheitswesen ist jedoch ein Mythos, denn der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist seit Jahrzehnten nahezu konstant, während der Anteil der privaten Krankenversicherung und der privaten Haushalte gestiegen ist – ein Hinweis auf die fortschreitende Privatisierung der Leistungsfinanzierung. Aufgrund von Massenarbeitslosigkeit, sinkender Lohnquote und zunehmender prekärer Beschäftigung ist die Finanzierungsbasis der GKV in der Vergangenheit stetig erodiert. Dies

hat seit den 1970er Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Beitragssätze der GKV geführt.

Die vor der Bundestagswahl beschlossenen gesundheitspolitischen Konzepte von CDU/CSU (Kopfprämie) und SPD (Bürgerversicherung) unterscheiden sich deutlich, insbesondere in ihren Auswirkungen auf die Finanzierungsgerechtigkeit. Der nun von der großen Koalition vorgelegte Kompromiss für die Gesundheitsreform 2006 – das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) – beinhaltet eine Neuordnung der Finanzierungsstruktur der GKV. Es stellt sich allerdings die Frage, ob der Gesetzentwurf geeignet ist, die Finanzierung des Gesundheitssystems auf eine breitere, solidarisch strukturierte Grundlage zu stellen.

Der aktuelle Gesetzentwurf berührt eine Vielzahl gesundheitspolitischer Themenfelder. Die folgende Analyse konzentriert sich auf Finanzierungsfragen. Neben dem neuen Finanzierungsmechanismus der GKV (Gesundheitsfonds) wird die Neujustierung des Verhältnisses von GKV und PKV betrachtet.

Der Gesundheitsfonds

Ab dem 1. Januar 2009 wird ein Gesundheitsfonds die Finanzströme der GKV bündeln. Die Beiträge der Versicherten werden wie bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht, wobei die Arbeitnehmer zusätzlich zum paritätischen Beitragssatz seit Juli 2005 einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten tragen müssen. Die Beiträge werden von den Krankenkassen eingezo-

gen und an den Fonds weitergeleitet. Der Mechanismus zur Festsetzung des Beitragssatzes wird geändert. Bisher konnte jede einzelne Kasse ihren Beitragssatz festlegen; künftig wird es einen bundesweit für alle Kassen einheitlichen Satz geben, der von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bestimmt wird. In diesem Punkt wird Entscheidungskompetenz von der Selbstverwaltung der Kassen hin zum Staat verlagert.

Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag, der nach den Merkmalen Alter und Geschlecht sowie nach bestimmten Krankheitsmerkmalen differenziert ist. Durch die Berücksichtigung dieser Merkmale sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen ausgeglichen werden. Indem Krankenkassen, die einen höheren Anteil chronisch kranker, „teurer“ Versicherter aufweisen, einen höheren Betrag aus dem Fonds erhalten, sollen sie im Wettbewerb mit anderen Kassen konkurrenzfähig werden.

Erwirtschaftet eine Krankenkasse einen Überschuss, so kann sie diesen in Form eines Geldbetrags an ihre Versicherten ausschütten oder zusätzliche Leistungen gewähren. Übersteigen die Ausgaben hingegen die Einnahmen, so muss eine Kasse einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben oder kassenspezifische Leistungen kürzen. Die Krankenkassen können den Zusatzbeitrag in Form eines Prozentsatzes vom brutto Arbeitseinkommen oder in Form einer einkommensunabhängigen Pauschale erheben. Er darf für den einzelnen Versicherten aber höchstens ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen betragen. Allerdings kann ein pauschaler Zusatzbeitrag in Höhe von bis zu acht Euro auch ohne Einkommensprüfung erhoben werden. Für Empfänger von Sozialhilfe oder Grundsicherung in der Rente übernimmt das zuständige Amt den Zusatzbeitrag. Empfänger von Arbeitslosengeld II müssen den Zusatzbeitrag grundsätzlich selbst entrichten. Erhebt oder erhöht die Kasse einen Zusatzbeitrag, besitzen die

Versicherten ein Sonderkündigungsrecht und können in eine andere Kasse wechseln. Für Empfänger von ALG II trägt der Bund den Zusatzbeitrag während der Dauer der Kündigungsfrist.

Zum Startzeitpunkt des Fonds sollen die von ihm bereitgestellten Mittel die Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zu 100 Prozent decken. Danach müssen sich diese Ausgaben zu mindestens 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds finanzieren. Dies bedeutet, dass die Summe der allein von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeiträge auf bis zu fünf Prozent der GKV Ausgaben ansteigen kann. Darin sind die im Krankheitsfall zu tragenden Zuzahlungen noch nicht enthalten. Damit wird die Höhe des Zusatzbeitrags beziehungsweise der Beitragsrückerstattung künftig der wichtigste Wettbewerbsparameter für die Krankenkassen sein. Davon erhofft man sich eine Intensivierung des Kassenwettbewerbs, denn die absolute Höhe des Zusatzbeitrags – so die Erwartung – stellt ein eindeutigeres Preissignal dar als der – vielen Versicherten häufig unbekannte – Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung.

Zum Verhältnis von GKV und PKV

Die in der gesundheitspolitischen Debatte geforderte Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in die solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems wird nicht vollzogen. Es bleibt bei der Trennung von GKV und PKV. Die Trennlinie wird jedoch modifiziert und die Tarifgestaltung der PKV wird neuen Bedingungen unterworfen. Ziel ist es, den Wettbewerb innerhalb der PKV sowie zwischen beiden Systemen zu intensivieren. Zu diesem Zweck werden die privaten Versicherungen künftig dazu verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV entspricht. Den Versicherungen ist es in diesem Tarif nicht gestattet, eine individuelle Risikoprüfung des Gesundheitszustands der Versicherten durchzuführen.

Eine Prämiendifferenzierung ist jedoch weiterhin in Abhängigkeit von Eintrittsalter und Geschlecht des/der Versicherten gestattet. Der Basistarif wird für alle freiwillig in der GKV Versicherten geöffnet, um die PKV auch bei diesem Personenkreis zu verpflichten, schlechte Risiken aufzunehmen. Der Beitrag für den Basistarif darf den durch die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV begrenzten Höchstbeitrag (derzeit etwa 500 Euro pro Monat) nicht überschreiten. Ist der Versicherte mit der Bezahlung der Prämie finanziell überfordert, wird der Tarif reduziert. Zudem ist ein staatlicher Zuschuss zur Versicherungsprämie möglich. Mit der Einführung des Basistarifs in die PKV wird eine Annäherung an die Versorgungsprinzipien der GKV vollzogen, um Vergleichbarkeit und Wettbewerb zwischen den Systemen zu intensivieren. Auf Seiten der GKV wird gleichzeitig eine Erweiterung der tariflichen Wahlmöglichkeiten vorangetrieben, die privatwirtschaftlichen Kalkulationsprinzipien entspricht. Künftig können alle GKV-Versicherten einen Selbstbehalttarif wählen. Dieses Angebot war bislang auf freiwillig Versicherte beschränkt. Bei Selbstbehalttarifen verpflichtet sich ein Versicherter, die Behandlungskosten in einem Jahr bis zu einer bestimmten Höhe selbst zu tragen. Im Gegenzug gewährt ihm die Krankenkasse einen Beitragsnachlass. Ein solches Angebot ist insbesondere für junge und gesunde Versicherte finanziell interessant, die davon ausgehen können, dass ihr Beitragsnachlass höher ausfällt als der tatsächlich zu zahlende Selbstbehalt. Die solidarische Umverteilung finanzieller Lasten zwischen gesunden und kranken Versicherten im GKV-System wird durch diese tarifliche Gestaltungsoption eingeschränkt.

Innerhalb der PKV dürfen die Versicherten bei einem Versicherungswechsel künftig einen Großteil ihrer Altersrückstellungen mitnehmen. Diese bislang fehlende Möglichkeit gilt als wesentliches Hindernis für einen Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungsunter-

nehmen. Der Wettbewerb in der PKV hat sich daher in der Vergangenheit weitgehend auf die Erstversicherung beschränkt. Die PKV geht davon aus, dass die Regelungen zum Basistarif und die Mitnahmemöglichkeiten bei den Altersrückstellungen zu einer Erhöhung der Prämien führen werden.

Kein Abbau von Gerechtigkeitsdefiziten

Die Pläne der Großen Koalition tragen nicht zur Lösung der skizzierten Probleme des Gesundheitswesens bei. Insbesondere gilt dies für die Gerechtigkeitsdefizite bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Weder das Kernelement der geplanten Reform, der Gesundheitsfonds, noch die Bestimmungen über die Beziehungen zwischen GKV und PKV tragen substantiell zu deren Verminderung bei. Eher ist das Gegenteil der Fall.

Der Gesundheitsfonds stellt zwar eine neue organisatorisch-institutionelle Struktur dar, beinhaltet aber kurzfristig gegenüber dem Status quo keine wesentliche Veränderung der Verteilungslasten bei der Finanzierung der GKV. Weder sollen die Versicherungspflichtgrenze oder die Beitragsbemessungsgrenze erhöht noch andere Einkunftsarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Die zentralen Reformkomponenten einer Bürgerversicherung finden sich dort somit nicht wieder. Auch der vorerst moderate steuerfinanzierte Anteil an der GKV-Finanzierung, der deutlich unter dem von der Bundesregierung ab 2007 gestrichenen Zuschuss aus der Tabaksteuer liegt, dürfte kaum ein höheres Maß an Finanzierungsgerechtigkeit mit sich bringen. Zwar werden auf diese Weise auch die privat Krankenversicherten – in ihrer Eigenschaft als Steuerzahler – in die Finanzierung der GKV einbezogen, allerdings ist deren Beteiligung angesichts eines Steuerzuschusses von nur 1,5 Mrd. Euro im Jahr 2008 und 3,0 Mrd. Euro 2009 vernachlässigenswert gering. Freilich wäre auch eine stärkere Steuererfi-

finanzierung unter dem Gesichtspunkt des Solidarausgleichs durchaus problematisch, denn ein Ausbau der Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen über Steuern würde die Frage nach der Gerechtigkeit des Steuersystems aufwerfen. Derzeit wird der Großteil des Steueraufkommens über die Einkommen- und Verbrauchsteuern von den Versicherten aufgebracht. Unter diesen Bedingungen bedeutet eine Erhöhung des steuerfinanzierten Anteils der GKV-Ausgaben daher eine weitere Entlastung der Arbeitgeber. Die politischen Kräfteverhältnisse sind derzeit wohl nicht so beschaffen, dass über eine Erhöhung des Steuerzuschusses eine Umverteilung zugunsten der Versicherten realistisch wäre.

Auch wenn der Gesundheitsfonds die Lastenverteilung innerhalb der GKV unmittelbar nicht substanziell tangiert, dürfte die von der Bundesregierung vorgesehene Konstruktion des Fonds in den kommenden Jahren weitere Belastungen für die Versicherten mit sich bringen. Zum einen bedeutet die Regelung, der zufolge der Gesundheitsfonds mindestens 95 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben ausmachen muss, dass der nur von den Versicherten zu tragende Zusatzbeitrag immerhin bis zu fünf Prozent der Ausgaben betragen kann. Eine Anhebung des Beitragssatzes, der von Versicherten und Arbeitgebern nahezu paritätisch getragen wird, ist demnach erst dann vorgesehen, wenn die Mittel des Gesundheitsfonds weniger als 95 % der GKV-Ausgaben betragen. Da absehbar ist, dass die Krankenkassen mit den Fondsmitteln allein nicht auskommen werden, bleibt ihnen nur die Alternative, Satzungsleistungen – also freiwillige Leistungen der jeweiligen Kasse – zu kürzen oder einen Zusatzbeitrag zu erheben. In jedem Fall hat dies eine weitere Umverteilung zu Lasten der Versicherten zur Folge. Schließlich kann bei sich verschärfenden Finanzierungsproblemen – in Abhängigkeit von den politischen Mehrheiten – der Anteil der über den Zusatzbeitrag finanzierten GKV-Leistun-

gen schnell erhöht werden. Der Trend zur Entlastung der Arbeitgeber wird sich daher auch mit dieser Reform fortsetzen.

Zudem beinhaltet die den Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit, den Zusatzbeitrag nicht prozentual in Abhängigkeit vom Einkommen, sondern als einkommensunabhängige Pauschale festzulegen, auch den Einstieg in eine – wenn auch zunächst „kleine“ – Kopfpauschale.

Zugleich erhöht der Gesundheitsfonds die Belastungen gerade für die niedrigsten Einkommensgruppen. Zwar ist die Höhe des Zusatzbeitrags auf ein Prozent des Bruttoeinkommens begrenzt, jedoch kann ein Zusatzbeitrag bis zu einem Betrag von 8 Euro auch ohne Einkommensprüfung erhoben werden. Für Personen mit einem Einkommen von weniger als 800 Euro liegt damit die Belastung über einem Prozent. Darin sind die diversen Zuzahlungen noch nicht enthalten. Zwar wird den Empfängern von Arbeitslosengeld II bei Beitragsanhebungen ein aufkommensneutraler Kassenwechsel ermöglicht. Jedoch hilft ihnen dieses Recht dann wenig, wenn alle Kassen ihre Zusatzbeiträge anheben. Zudem setzt dies voraus, dass die betreffenden Versicherten darüber informiert sind, welche Krankenkassen geringere oder keine Zusatzbeiträge erheben.

Hingegen stellt die erwähnte Erweiterung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen um Morbiditätsmerkmale (es werden Krankheitsmerkmale der Versicherten berücksichtigt) einen gewissen Fortschritt dar. Allerdings wird auch sie den Anreiz zur Risikoselektion nicht beseitigen, weil mit den berücksichtigten Krankheiten nur ein Teil der Morbiditätslast einer Krankenkasse erfasst wird. Auch weiterhin werden die Krankenkassen also darauf setzen, ihre Wettbewerbsposition durch Risikoselektion zu verbessern. Dabei werden ihnen mit der Möglichkeit, nunmehr allen Versicherten – und nicht mehr nur den freiwillig in der GKV Versicherten – günstigere Selbstbehalttarife und Kostenerstattungtarife anzubieten, erweiterte Möglichkei-

ten an die Hand gegeben. Da auch die vorgesehene Erweiterung des Risikostrukturausgleichs die unterschiedlichen Morbiditätslasten der einzelnen Krankenkassen nur teilweise berücksichtigt, bleiben die Krankenkassen, deren Versicherte einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aufweisen – also vor allem die Ortskrankenkassen –, im Wettbewerb strukturell benachteiligt. Sie werden sehr wahrscheinlich gezwungen sein, den Zusatzbeitrag früher zu erheben und ihn stärker anzuheben als andere Krankenkassen.

PKV bleibt privilegiert

Der rot-schwarze Gesetzentwurf hält auch an der prinzipiellen Trennung zwischen GKV und PKV fest. Die Veränderungen der Geschäftsgrundlagen der PKV (Möglichkeit zur Mitnahme der Altersrückstellungen, Basistarif ohne Risikoprüfung und mit Kontrahierungszwang) gehen im Wesentlichen nicht über das hinaus, was die PKV selbst im Jahr 2005 angeboten hatte. Nicht einmal die in den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ vom Juli dieses Jahres noch vorgesehene Möglichkeit zur Mitnahme von Altersrückstellungen beim Wechsel in die GKV ist im Gesetzentwurf enthalten. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Personen mit Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV in der Regel erst dann in die GKV wechseln wollen, wenn diese für sie günstiger geworden ist als die PKV – also z.B. beim Eintreten chronischer Erkrankungen oder bei einer Erhöhung der Zahl nicht erwerbstätiger Familienangehöriger.

Die Wechselmöglichkeit von der GKV in die PKV für abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze wird zwar etwas erschwert, indem sie die Grenze künftig an drei aufeinander folgenden Jahren überschritten haben müssen. Bisher ist ein Wechsel bereits dann möglich, wenn Arbeitnehmer die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und diese im näch-

sten Jahr nicht unterschreiten werden. Dies ist jedoch weit entfernt von der im Konzept der Bürgerversicherung ursprünglich anvisierten Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Darüber hinaus wurde kein Konsens über einen Finanztransfer von der PKV zur GKV erzielt. Damit bleibt eine Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens bestehen: Zumindest in der alten EU gestattet kein anderes Land den Besserverdienenden, sich der Solidargemeinschaft der Versicherten bei der Finanzierung von Krankenbehandlungskosten derart weitgehend zu entziehen.

Größerer Einfluss des Staates

Mit der Schaffung eines Gesundheitsfonds geht zudem eine bedeutsame Veränderung im Verhältnis von Staat und Krankenkassen einher. Denn nun wird den Krankenkassen die Kompetenz zur Festsetzung des Beitragssatzes entzogen. Der wichtigste Wettbewerbsparameter für die Krankenkassen soll künftig die Höhe des Zusatzbeitrags bzw. der Beitragsrückstattung sein. Davon erhofft man sich eine Intensivierung der Kassenkonkurrenz, weil man meint, dass ein absoluter Euro-Betrag ein eindeutiger identifizierbares Preissignal darstellt als ein Beitragssatz. Zwar werden gleichzeitig die Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss differenzierter Versorgungsverträge und zur Pluralisierung der Versicherungstarife weiter ausgebaut. In diesem Sinne erweitert sich auch ihr Handlungsspielraum gegenüber Leistungsanbietern und Versicherten. Allerdings vollzieht sich diese Entwicklung vor dem Hintergrund eines zunehmend restriktiven finanziellen Rahmens, auf den die Krankenkassen immer weniger Einfluss nehmen können.

Resümee

Die vorgesehenen Maßnahmen tragen nicht zur Lösung der Finanzprobleme in der Gesetzlichen Krankenversicherung

bei. Einen kurzfristig wirksam werdenden Systemwechsel in der GKV-Finanzierung beinhaltet der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2006 zwar nicht. Aber das Reformvorhaben behebt auch nicht die Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der Krankenbehandlung, sondern ist eher geeignet, diese zu verschärfen. In der Vergangenheit haben gesundheitspolitische Reformvorhaben auf dem langen Weg vom Eckpunktepapier hin zum Gesetz vielfältige und oft gravierende Veränderungen erfahren. Grundlegende Veränderungen sind diesmal jedoch wenig wahrscheinlich. Ein Aufschnüren des Reformpakets, das in einem mühsamen Ab-

stimmungsprozess zustande kam, würde das Vorhaben insgesamt in Frage stellen. Daher ist davon auszugehen, dass die vorgesehene Finanzierungsreform bis in die nächste Legislaturperiode hinein Gültigkeit haben wird und erst nach der kommenden Bundestagswahl durch ein weiter reichendes Konzept abgelöst wird. Dessen inhaltliche Gestalt hängt entscheidend von der Zusammensetzung der nächsten Bundesregierung ab. Freilich stellt der vorliegende Gesetzentwurf dafür alles andere als eine gelungene Vorlage dar, öffnet er doch eher die Tür für eine Kopfpauschale als für eine Bürgerversicherung.

Wo Menschen Wissenschaft nützlich machen wollen.

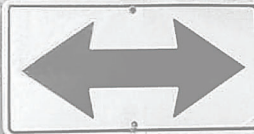
Wo Wissenschaft sich auf sich selbst anwendet.

Wo sie Verschwiegenes benennt, Handlungsmöglichkeiten diskutiert.

Wo sie nützlich wird, kritisiert, eingreift –

– da ist FORUM WISSENSCHAFT. Das kritische Wissenschaftsmagazin.

Jedes Vierteljahr. Immer politisch. Immer mit einem aktuellen Themenschwerpunkt. Jüngst behandelt: Kunst und Kultur. Alter. Gesundheit! – ?. WM, Fußball, Sport. In den nächsten Ausgaben: Migration; „Daseinsvorsorge“-Debatte. Außerdem immer mit Beiträgen in unterschiedlichen Rubriken zu wechselnden Fragen. Immer von kompetenten AutorInnen. Immer mit ansprechendem Layout und anspruchsvoller fotografischer Illustration.



FORUM
Wissenschaft

FORUM WISSENSCHAFT. Bewegt.

Vierteljährlich · Einzelheft 7,- € · Jahresabo 26,- € · www.bdwi.de/forum · forum@bdwi.de

Hrg. vom Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler (BdWi) · www.bdwi.de