

Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ohne Kopfpauschalen

Florian Blank
Simone Leiber

Nach einer längeren Phase koalitionsinterner Auseinandersetzungen über die Ausrichtung der Finanzreform im Gesundheitswesen einigte sich die schwarz-gelbe Bundesregierung Anfang Juli 2010 auf ein Eckpunktepapier¹ mit der anspruchsvollen Überschrift „Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“. Jedoch: Die im Titel geweckten Erwartungen werden durch die geplanten Maßnahmen nicht erfüllt. Der Regierungsvorschlag enthält zudem eine Reihe von Regelungen, welche die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) deutlich weiter in Richtung eines Kopfpauschalsystems bewegen.

Dieser Diskussionsbeitrag konzentriert sich auf die Vorschläge in den Eckpunkten, die die Finanzierungsseite betreffen.² Wir argumentieren, dass die vorgelegten Regierungspläne weder den Ansprüchen eines solidarischen noch eines längerfristig auf stabiler Finanzierungsgrundlage beruhenden Gesundheitssystems gerecht werden. In einem zweiten Schritt rücken wir bislang zu wenig genutzte Stellschrauben der GKV-Finanzierung ins Blickfeld, durch die eine nachhaltige und zugleich solidarische GKV-Finanzierung auch ohne den Rückgriff auf Kopfpauschalen zu erreichen wäre.

GERINGE UND MITTLERE EINKOMMEN SCHULTERN DIE REFORM

Bei einer Beurteilung der in den Eckpunkten vorgeschlagenen Maßnahmen sind unter Gerechtigkeitsaspekten zunächst die Belastungswirkungen zu berücksichtigen. Hier zeigt sich, dass Erwerbseinkommen und insbesondere kleine und mittlere Einkommen die Hauptlast der Reformen zu tragen haben.

Denn *erstens* werden Versicherte mit geringem und mittlerem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in Höhe von 3.750 € des monatlichen Bruttoeinkommens durch die Beitragssatzanhebung um 0,3 Prozentpunkte zur Finanzierung herangezogen. Darüberliegende Einkommensanteile sind nicht betroffen, denn sie werden nicht verbeitragt. Ebenso bleiben Einkommen aus Vermögen, Vermietung oder Verpachtung weiterhin außen vor. Für 2011 sind zwar zwei zusätzliche Milliarden Euro aus Steuermitteln für den Gesundheitsfonds vorgesehen, ein weiterer Ausbau der Steuerfinanzierung wird jedoch nicht angestrebt.

Zweitens werden durch den Ausbau der kassenindividuellen, einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bis zu einer Grenze von 2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens schwache Schultern stärker belastet als starke. Ein monatlicher Zusatzbeitrag von 16 €³ stellt für Versicherte mit einem monatlichen Bruttoeinkommen von 800 € eine deutlich höhere prozentuale Belastung dar (10,2 %) als beispielsweise für Versicherte mit einem Bruttoeinkommen von 5.000 € (6,5 %).⁴ Da „unvermeidbare Ausgabensteigerungen [...] durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert“ (Eckpunktepapier, a.a.O., S. 3) werden sollen, bedeutet der Ausbau der Zusatzbeiträge den Einstieg in die Kopfpauschalenfinanzierung.

Damit wird *drittens* deutlich, dass künftige Kostensteigerungen vor allem von den Versicherten getragen werden. Der Beitragsanteil der Arbeitgeber soll bei 7,3 % festgeschrieben werden. Bei künftigen Steigerungen der Arbeitnehmerbeiträge oder Zusatzbeiträge wird die Spanne zwischen den von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragenen Kosten somit immer größer.

WARUM DAS SCHWARZ-GELBE FINANZIERUNGSKONZEPT NICHT NACHHALTIG IST

Das Finanzierungskonzept mag kurzfristig die Finanzierungssituation in der GKV verbessern. Allerdings löst dieses Konzept

¹ Vgl. www.bmg.bund.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf (Zugriff 15.8.2010).

² Zum Thema leistungsseitiger Gesundheitsreformen vgl. etwa Greß, S./Maas, S./Wasem, J. (2008): Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem, Arbeitspapier 154 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

³ Das Bundesversicherungsamt gibt an, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag bis 2014 voraussichtlich 16 € nicht übersteigen wird.

⁴ Bei 800 €: 8,2 % Versichertenbeitrag = 65,60 € plus 16 € Zusatzbeitrag; bei 5.000 €: 8,2 % Versichertenbeitrag, aber nur bis zur BBG = 307,50 € plus 16 € Zusatzbeitrag; in beiden Fällen kein Sozialausgleich. Ausführlich hierzu: Greß, S./Jakobs, K./Schulze, S. (2010): GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4, S. 14–27.

Florian Blank ist Wissenschaftler im Bereich Sozialpolitik am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung. Arbeitsschwerpunkte: Deutsche und internationale Sozialpolitik, Wohlfahrtsmärkte und Privatisierung, Alterssicherungspolitik.

e-mail: florian-blank@boeckler.de

Simone Leiber, Dr., ist Professorin für Sozialpolitik an der Fachhochschule Düsseldorf. Zuvor war sie Wissenschaftlerin am WSI. Arbeitsschwerpunkte: Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Europäische Sozialpolitik, Gesundheitspolitik.

e-mail: simone.leiber@fh-duesseldorf.de

die Finanzierungsprobleme der GKV nicht nachhaltig, d.h. auf eine längerfristig tragfähige Weise.

Denn *erstens* wird die Beitragsbasis durch die angestrebten Maßnahmen kaum erweitert, die Einkommen der Versicherten aus Erwerbsarbeit bleiben die zentrale Finanzierungsquelle. Weitere Finanzierungsmaßnahmen werden nicht diskutiert, wie beispielsweise die Berücksichtigung von Einkommen oberhalb der BBG, die Verbeitragung von Kapitaleinkommen, eine Expansion der Steuermittel oder ein Solidarbeitrag von privat Versicherten. Ein solches Konzept ist angesichts des sinkenden Anteils der Erwerbseinkommen am Bruttoinlandsprodukt keine sichere Finanzierungsbasis. Wenn gleichzeitig die Steuerzuschüsse nicht steigen sollen, ist mit ungedeckten Finanzierungslücken und sozialen Härten durch direkte Kostenbeteiligung, Leistungskürzungen oder höheren Zusatzbeiträgen zu rechnen.

Zweitens werden durch die angestrebten Maßnahmen Bürokratiekosten entstehen. Dies wird der Fall sein, wenn die Pauschalen von den Versicherten nicht bezahlt werden, was sich bereits heute in Krankenkassen mit Zusatzbeitrag abzeichnet und wofür auch Erfahrungen in den Niederlanden und der Schweiz sprechen. Dort zeigt sich auch, dass ein Säumniszuschlag nur begrenzt Abhilfe schaffen kann.⁵ Bürokratiekosten entstehen aber auch als Folge des Sozialausgleichs, der durch die Arbeitgeber und die Rentenversicherungsträger durchgeführt werden soll: Wie werden freiwillig versicherte Selbstständige, Beschäftigte mit mehreren Arbeitgebern oder Rentner mit unterschiedlichen Alterseinkünften (beispielsweise Betriebsrenten) behandelt? Für sie liegen weder der Deutschen Rentenversicherung noch den einzelnen Arbeitgebern die vollständigen Informationen für den Sozialausgleich vor.⁶

Schließlich soll – *drittens* – mit den Zusatzbeiträgen der Preiswettbewerb zwischen den Kassen gestärkt werden. Die Evaluation der niederländischen Krankenversicherungsreform weist jedoch darauf hin, dass eine hohe nominale Prämie für die Konkurrenz zwischen Krankenversicherern nicht notwendig ist. Relevant sind

vielmehr die relativen Prämiedifferenzen.⁷ Ein verschärfter Preiswettbewerb unter den gegebenen Anreizstrukturen (Vermeidung der Einführung von Zusatzprämiens „um jeden Preis“) führt zudem zur Vernachlässigung anderer Aspekte, beispielsweise eines Wettbewerbs auf der Grundlage von Versorgungsqualität.

NACHHALTIGE FINANZIERUNG IST OHNE KOPFPAUSCHALE MÖGLICH

Es bestehen jedoch Alternativen zu den Vorschlägen der Regierung, um das Gesundheitssystem auf eine sichere Finanzierungsbasis zu stellen, wie sie u.a. auch in der Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“⁸ diskutiert werden. Entgegen den Vorschlägen im Eckpunktepapier halten wir es für möglich, die Finanzierung des Gesundheitssystems zu reformieren, ohne die unbestreitbaren Vorteile des Systems – seine umverteilenden Elemente und seine nach wie vor hohe Akzeptanz in der Bevölkerung – aufs Spiel zu setzen. Denn eine Reihe von seit Langem bekannten Stellschrauben für eine solidarische Finanzierung der GKV wird noch immer zu wenig genutzt. Um die GKV auf eine solide und solidarische Finanzierungsbasis zu stellen, ist es sinnvoll, in zwei Stufen zu denken:

Kurzfristig ist eine Abschaffung der Zusatzbeiträge und Rückkehr zum Kas senwettbewerb auf Basis unterschiedlicher Beitragssätze zu fordern. Kombiniert werden könnte dies mit (zumindest) einer Verstärkung der Steuerfinanzierung und deren Bindung an verlässliche Kriterien (z.B. an die GKV-Ausgaben für Kinder und Jugendliche),⁹ einer Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich der GKV, einer Anhebung der BBG und der Versicherungspflichtgrenze sowie einer Verbeitragung von Kapitaleinkünften. Außerdem wäre unter verteilungspoliti schen Gesichtspunkten eine Rückkehr zur paritä tischen Finanzierung anzustreben. Die Finanzierungsbasis wäre damit auf eine breite Grundlage gestellt und starke Schultern würden einen angemesenen Anteil an der Finanzierung und den

künftig steigenden Gesundheitsausgaben tragen. *Längerfristig* wäre die vollständige Integration von PKV und der GKV¹⁰ sowie eine Reform der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern¹¹ das Ziel. Die letztgenannten Maßnahmen sind erst in einem zweiten Schritt denkbar, da heutige PKV-Versicherte Bestandsschutz genießen und somit Ehepaare ihre Aufteilung von Erziehungs- und Erwerbsarbeit darauf einstellen können.

Insgesamt erscheint uns die Finanzierung der GKV tatsächlich als reformbedürftig. Aber das sollte nicht dazu verleiten, ein insgesamt bewährtes System radikal zu verändern, anstatt es weiter zu entwickeln. Eine solidarische Reform und Weiterentwicklung, so das hier präsentierte Argument, ist auf Basis der genannten Stellschrauben auch ohne Kopfpauschalen möglich.

5 Vgl. Greß, S./Leiber, S. (2010): Kopfpauschale: Kleiner Beitrag, große Wirkung, in: Gesundheit und Gesellschaft spezial 6, S. 10–11.

6 Greß, S. et al. (2010), a.a.O., S. 18.

7 Vgl. Greß, S./Leiber, S. (2010): Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine kritische Analyse auf der Basis internationaler Erfahrungen, in: Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft 4, S. 39–43.

8 Die Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ ist eine Kommission aus DGB, Einzelgewerkschaften, Verbänden, Parteien, Wissenschaft und Einzelpersonen, die den Regierungsvorschlägen einen solidarischen Gegenentwurf für ein gerechtes und nachhaltig finanziertes Gesundheitssystem entgegensezten will. Die Kommission wird im Oktober 2010 ihren Abschlussbericht verabschieden. Die Autoren gehören der Kommission an, stellen hier jedoch ihre persönlichen Ansichten zur Diskussion.

9 Vgl. Jacobs, K. (2009): Ring frei zur nächsten Runde. Eine „echte“ Finanzierungsreform ist weiter überfällig, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 3, S. 13–22.

10 Zu möglichen Modellen der Integration: Greß, S./Leiber, S./Manouguian, M.S. (2009): Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen, in: WSI-Mitteilungen 7, S. 369–382.

11 Zu den damit verbundenen Verteilungsproblemen und Anreizen für die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung vgl. Leiber, S. (2006): Gesundheitspolitische Reformpfade aus der Geschlechterperspektive, in: Niechoj, T./Tullney, M. (Hrsg.): Geschlechterverhältnisse in der Ökonomie, Marburg, S. 247–276.