



Auf dem Weg in die Einheitskasse

Keine neue Finanzbasis für die Kassen, sondern nur altbekannte Steuer-Versprechen; kein Ausbau des Vertragswettbewerbs, sondern der Einstieg in die Einheitsversicherung – keine Reform wäre besser als diese Reform, meint Klaus Jacobs.

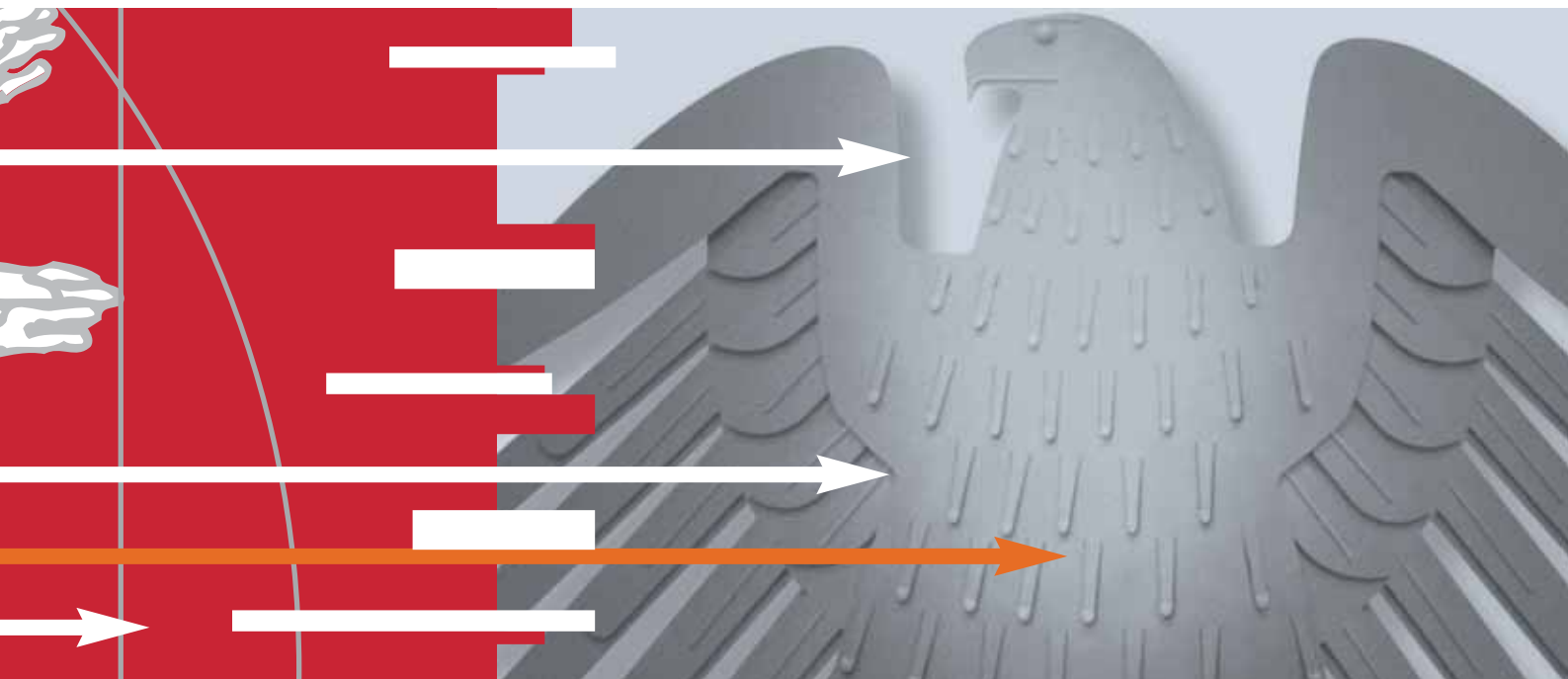
Die Latte war hoch gelegt: Am Erfolg der Gesundheitsreform wollte sich die Große Koalition messen lassen. Seit Anfang Juli liegen nun die „Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006“ der Koalitionsparteien auf dem Tisch. Gemessen am eigenen Anspruch, vor allem aber im Hinblick auf die Lösung drängender Finanzierungs- und Ausgabenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann das Urteil nur lauten: Latte glatt gerissen.

Die Probleme der GKV sind vielschichtig. Seit Jahren erodiert die Einnahmehasis, und auf der Ausgabenseite wird viel zu viel Geld in unwirtschaftliche Versorgungsstrukturen gesteckt und für medizinisch fragwürdige Leistungen ausgegeben. Erste Strukturreformen auf der Ausgabenseite wurden bereits mit dem 2003 von Rot-Grün und Union verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Angriff genommen. Jetzt sollte es erklärtermaßen vor allem um die Reform der Finanzierungsstrukturen gehen. Stabil, nachhaltig, gerecht und wettbewerbstauglich sollte die Finanzierung werden und zudem den Faktor Arbeit entlasten. Dass es schwer würde, ein derart breites Zielepanorama umfassend zu bedienen, war allen

Experten stets klar. Dass es die Großkoalitionäre aber schaffen (und wagen) würden, ein Konzept vorzulegen, das für kein einziges der genannten Ziele einen Lösungsweg präsentiert, dürfte selbst bei den größten Pessimisten blankes Entsetzen ausgelöst haben.

Kernstück der Reform ist der so genannte Gesundheitsfonds, in den künftig alle Beitragszahlungen sowie Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt fließen sollen. Während derzeit vor allem über den Beitragseinzug für den Fonds gestritten wird, droht fast aus dem Blick zu geraten, dass das Fondsmodell an den derzeitigen Finanzierungsgrundlagen der GKV im Prinzip überhaupt nichts ändert. Weder wird die Finanzierungsbasis verbreitert, indem alle Bürger an der solidarischen Finanzierung beteiligt werden – also auch die Privatversicherten, deren Einkommen im Durchschnitt deutlich über denen der GKV-Mitglieder liegen –, noch werden weitere Einkommensarten in die Beitragsbemessung mit einbezogen. Ein Beitrag für mitversicherte Ehepartner von Gutverdienern ist ebenfalls nicht vorgesehen. Schließlich wird die vorgesehene Steuerfinanzierung

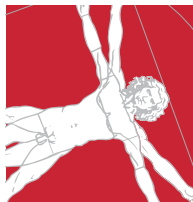
Foto:



bis auf Weiteres nicht einmal das schon heute bestehende Ausmaß erreichen. Die einseitige Belastung der sozialversicherungspflichtigen Erwerbs- und Erwerbsersatz Einkommen bleibt damit unverändert bestehen. Obwohl die anhaltende Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen maßgeblich für die Beitragssatzsteigerungen der Vergangenheit verantwortlich war, sieht die Große Koalition dieser Entwicklung weiter tatenlos zu. Dass damit gleichfalls keinerlei Vorkehrungen für künftige demographische Herausforderungen getroffen werden, versteht sich fast von selbst. Ebenso, dass von einer Entlastung des Faktors Arbeit keine Rede sein kann.

Im Grunde könnte man die Bewertung des Finanzierungskonzepts der Koalitionsparteien damit praktisch abschließen: Thema verfehlt, setzen und es noch einmal versuchen, und zwar von Grund auf neu. Aber so

einfach geht das wohl leider nicht. Obwohl ihr von allen Seiten komplettes Versagen im Hinblick auf die zentralen Reformziele attestiert wird, scheint die Große Koalition wild entschlossen, am Fondsmodell festzuhalten.



Die Politik hat sich ihre eigene Welt geschaffen, in der es um Machtfragen und nicht um Problemlösungen geht.

Augenscheinlich hat sich die Politik längst ihre eigene Welt geschaffen, in der es nicht mehr um die Lösung realer Probleme geht, sondern nur noch um reine Machtfragen und den Nachweis vermeintlicher Handlungsfähigkeit. Der sonst vor allem gegenüber Wissenschaftlern gern erhobene Vorwurf, fernab von jeglicher Realität praxisuntaugliche Vorschläge zu produzieren, scheint mittlerweile in der Politik den richtigen Adressaten gefunden zu haben – allerdings mit dem gravierenden Unterschied, dass die Politik damit selbst neue Realitäten schafft. Und zu denen gehört beim Gesundheitsfonds, dass er in der geplanten Ausformung nicht nur kein einziges Finanzierungsproblem löst, sondern neue Probleme schafft.

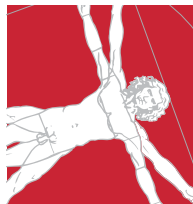
Gespeist wird der Fonds vor allem durch Beitragszahlungen von Mitgliedern und Arbeitgebern entsprechend der „heutigen Relation“, also unter Berücksichtigung des „Sonderbeitrags“ der Versicherten von 0,9 Prozent. Die entscheidende Neuerung liegt darin, dass es künftig einen GKV-weit einheitlichen Beitragssatz geben soll, der vom Bundestag festgesetzt wird. Die Krankenkassen verlieren damit ein zentrales Merkmal unternehmerischer Autonomie: das Recht auf selbstständige Preissetzung. Wie dies mit produktivem Kassenwettbewerb vereinbar sein soll – erst recht mit („fairem“) Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherern, perspektivisch womöglich auf einem europäischen Krankenversicherungsmarkt –, ist aus ökonomischer Sicht schlicht nicht nachvollziehbar. Vielmehr ist hier der Weg in eine staatliche Einheitsversicherung vorgezeichnet.

Dazu passt auch das Gerede über die vermeintlich zu

große Zahl von Krankenkassen, die nicht als Kennzeichen eines pluralen Wettbewerbssystems, sondern als überflüssige Bürokratie gelten (wobei am Anachronismus geschlossener Betriebskrankenkassen, ohne den sich die Kassenzahl deutlich verringern würde, ausdrücklich festgehalten wird). Und wenn die Bundeskanzlerin in ihrer Videobotschaft vom 8. Juli zu den Eckpunkten erklärt, dass „wir am Anfang des nächsten Jahres die Beiträge erhöhen müssen“, lässt schon die Formulierung erkennen, welches Verständnis mittlerweile von der GKV vorherrscht, denn noch gehört die Festlegung der Beitragssätze zu den Aufgaben der selbstverwalteten Kassen.

In den Fonds sollen aber nicht nur Beitragszahlungen, sondern auch Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt fließen, und zwar zunächst 1,5 Milliarden Euro 2008 und drei Milliarden Euro 2009. Durch diesen „Einstieg in eine teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern“ – so heißt es

vollmundig im Eckpunkte-Papier – „wird die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“. Wie es um die Stabilität von Steuerzuschüssen bestellt ist, hat die Große Koalition selbst soeben unter Beweis gestellt, indem sie mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2006 beschlossen hat, die erst mit dem GMG eingeführte Pauschal-erstattung für Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft in Höhe von 4,2 Milliarden Euro zum Zwecke der Konsolidierung des Bundeshaushalts wieder abzuschaffen. Bei der Verabschiedung des GMG war gerade die sachgerechte Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen als besonderer Erfolg gefeiert worden. So stellte zum Beispiel Horst Seehofer am 9. September 2003



Stichwort Steuern: Erst fließen sie, dann wieder nicht, dann wieder doch – so verlässlich kann Politik sein.

im Bundestag fest: „Wir haben jahrzehntelang über die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen diskutiert. Ich finde, es ist ein großer Fortschritt, dass versicherungsfremde Leistungen künftig nicht mehr aus Beitragsmitteln, sondern aus Steuermitteln finanziert werden. Das wird jetzt Wirklichkeit. Dies wird die Krankenversicherungen um fast einen halben Prozentpunkt entlasten.“

So sieht also die Stabilität von Steuerzuschüssen in der Realität aus: jahrzehntelang gestritten, um die sachgerechte Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen endlich zu realisieren – und dann in wenigen Monaten wieder vom Tisch gewischt. Deshalb resultieren die im kommenden Jahr erforderlichen Beitragssatzsteigerungen auch keineswegs aus einer „Summe der Fehler aus vielen vergangenen Jahren“ (Originalton Angela Merkel in ihrer Videobotschaft vom 8. Juli), sondern – einschließlich der Zusatzbelastungen durch die anstehende Mehrwertsteuererhöhung – aus den steuerpolitischen Beschlüssen derselben Bundesregierung, die nunmehr die bloße Aussicht auf vermehrte Steuerzuflüsse zur GKV als zukunftsichernden Heilsbringer verkauft.

Die Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von Kindern ist aber auch ordnungspolitisch fragwürdig. Schon wird zwischen den Regierungsparteien gestritten, ob die Steuermittel nur der GKV oder auch privatversicherten Kindern zugute kommen sollen. Letzteres ist vermutlich verfassungsrechtlich geboten, doch würden die Wettbewerbsnachteile der GKV gegenüber der privaten Krankenversicherung noch einmal deutlich vergrößert. Deshalb wird bereits laut darüber nachgedacht, die geplante Steuerfinanzierung der Krankenversicherung von

Kindern als allgemeinen Bundeszuschuss zu deklarieren. Damit würde einer Gesundheitspolitik nach Haushaltslage endgültig Tür und Tor geöffnet und wohl auch das letzte Vertrauen in die Stabilität von Steuerzuschüssen zur GKV-Finanzierung verspielt. Wenn es die Politik Ernst meint mit einer sachgerechten Steuerfinanzierung zur Entlastung der GKV-Beiträge, gibt es sinnvolle Ansätze genug: Neben der Revision des Beschlusses, die bestehende Pauschal-erstattung für versicherungsfremde Leistungen abzuschaffen, zählt dazu insbeson-

dere die Ermäßigung des Mehrwertsteuersatzes für erstattungsfähige Arzneimittel wie in fast allen anderen EU-Mitgliedstaaten. Schließlich würde der Erosion der Beitragsbasis spürbar begegnet, wenn die Beiträge für arbeits-

lose Krankenkassen-Mitglieder wieder wie vor 1995 am vorherigen Arbeitsentgelt bemessen würden.

Da die praktisch unveränderte Beitragsbasis künftig weiter bröckeln und sich die Aussicht auf nennenswerte Steuerzuschüsse als frommer Wunsch entpuppen dürfte – die Fondsmittel also kaum ausreichen, um mit den GKV-Ausgaben Schritt zu halten –, bleibt den Kassen nichts anderes übrig, als von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben. Je nach deren Einkommenssituation werden gleich wirtschaftlich (oder unwirtschaftlich) arbeitende Kassen unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge erheben müssen. Wenn diese tatsächlich als Gradmesser der Effizienz einer Kasse dienen sollen, ist somit ein eigenständiges Ausgleichssystem erforderlich, um einkommensbedingte Verzerrungen auszuschließen. Das gilt bei einem prozentualen Zusatzbeitrag (den jedoch keine Kasse erheben kann, die ihre einkommensstarken Mitglieder nicht vergraulen will), aber auch bei einem pauschalen Zusatzbeitrag, der nur bis zu einer Obergrenze von einem Prozent des Haushaltseinkommens erhoben werden soll und bis zu dieser Grenze somit auch prozentual wirkt.

Nur bei einem GKV-weit prozentualen Zusatzbeitrag könnte dieser unter Umständen vom Fonds miterhoben werden. Für pauschale Zusatzbeiträge müssten die Kassen dagegen ein eigenständiges Inkassosystem auf der Grundlage von Versichertenkonten einrichten und aufwendige Einzelfallprüfungen zur Vermeidung von ökonomischer Überforderung durchführen. Insbesondere hierin liegt der beträchtliche bürokratische Mehraufwand, der mit dem neuen Finanzierungsmodell einhergeht.



Dass insgesamt maximal fünf Prozent der Gesamtausgaben über Zusatzbeiträge finanziert werden sollen, erscheint angesichts der schon jetzt erkennbaren Knappheit der Fondsmittel wenig realistisch. Dazu passt auch nicht die Rhetorik der Politik, wonach die Beitragssätze für den Fonds auf längere Zeit festgeschrieben werden sollen. Mit der Behauptung, dass wirtschaftlich arbeitende Kassen ohne Zusatzbeitrag auskommen können, wird einer Erhöhung der Fondsmittel schon heute argumentativ vorgebeugt: Warum sollte wohl die Allgemeinheit einspringen, wenn die Kassen nicht sparsam mit ihren vom Fonds erhaltenen Mitteln umgehen? Und wenn den Versicherten ihr Zusatzbeitrag zu hoch ist, können sie ja die Kasse wechseln.

Bei so vielen offensichtlichen Ungereimtheiten könnte fast in Vergessenheit geraten, dass das Reformmodell durchaus auch positive Effekte aufweist, die man freilich auch ohne Fonds erzielen könnte. So soll künftig ein vollständiger Finanzkraftausgleich stattfinden, wie es etwa bereits im Gutachten von IGES, Cassel und Wasem 2001 für den Risikostrukturausgleich (RSA) gefordert wurde – und dort problemlos umgesetzt werden könnte. Aber auch die Berücksichtigung von Krankheitsrisiken der Versicherten bei der Verteilung von Finanzmitteln kann im Rahmen eines weiterentwickelten RSA erfolgen. Dazu braucht man ebenfalls kein Fondsmodell. Im Grunde ist der heutige RSA bereits ein fiktiver Fonds, der eine effektive und effiziente Kompensation unterschiedlicher Solidarlasten der einzelnen Kassen ermöglicht, um die Voraussetzungen für einen hinreichend unverzerrten Kassenwettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu schaffen. Es mutet geradezu wie ein schlechter Witz an, dass diejenigen, die den RSA – in der Sache stets unbegründet – als aufgeblähtes Umverteilungsinstrument geißelt haben, nun ein Modell propagieren, in dem ein Vielfaches des RSA-Transfer Volumens umverteilt wird.

Enttäuschend sind die Eckpunkte aber nicht nur wegen ihres zukunftsuntauglichen Finanzierungskonzepts, sondern weil es trotz kaum noch zu überbietender Wettbewerbsrhetorik einmal mehr keinen substanziellen Einstieg in echten Vertragswettbewerb gibt. Wer meint, Wettbewerb für mehr Qualität und Effizienz bedürfe vor allem eines erhöhten Drucks auf die Krankenkassen, hat von der Wettbewerbsrealität der GKV wenig Ahnung. Gerade der Kassenwettbewerb ist schon heute äußerst lebhaft. Was bislang jedoch fehlte und den Eckpunkten zufolge auch weiterhin fehlen wird, sind wirksame Handlungsmöglichkeiten der Kassen zur Ausgabenbegrenzung, insbeson-

dere in Form durchgängiger Optionen zu Selektivverträgen in allen Versorgungsbereichen. Ein bisschen Pseudowettbewerb im Arzneimittelsektor mit letztlich unwirksamen Rabattoptionen sowie ein paar Vertragsfreiräume bei hausärztlicher und integrierter Versorgung, die im Ergebnis jedoch vor allem zu Zusatzausgaben neben den unverändert plan- und kollektivwirtschaftlich geprägten sektoralen Vertrags- und Vergütungsformen führen, lassen jeden wettbewerblich noch so entfesselten Kassenwettbewerb auch künftig ins Leere laufen.

Angesichts der geplanten Einführung eines bundeseinheitlichen Preissystems für vertragsärztliche Leistungen darf im Übrigen füglich bezweifelt werden, ob die Wettbewerbsrhetorik der Eckpunkte überhaupt ernst gemeint ist. Da liegt die Vermutung näher, dass die vorgebliche Wettbewerbsorientierung letztlich nur eine gigantische Mogelpackung darstellt, mit der von den Unzulänglichkeiten der Finanzierungsreform abgelenkt und die Suche nach Schuldigen für das unvermeidliche Scheitern der Reform schon frühzeitig vorbereitet wird. Keine Reform wäre besser als diese, die an den bestehenden Reformanforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung fast vollständig vorbeigeht.

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido)

Am Rande

Von wegen „fairer Wettbewerb“

Zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll es nach dem Willen von Schwarz-Rot künftig „fairen Wettbewerb“ geben. Dazu sollen die Privatversicherungen verpflichtet werden, alle freiwillig Versicherten zu einem Basistarif ohne Risikozuschlag (aber mit Alterungsrückstellungen) zu „bezahlbaren Prämien“ aufzunehmen. Zudem sollen individuelle Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV) sowie zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) künftig mitgenommen werden können. Aber ob das so einfach funktioniert? Zur Vermeidung interner Wettbewerbsverzerrungen braucht die PKV dazu künftig auf jeden Fall ein unternehmensübergreifendes Ausgleichssystem. Und was geschieht mit den mitgebrachten Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel zur GKV? Werden sie im umlagefinanzierten Gesundheitsfonds versickern? Hierzu besteht noch gehöriger Klärungsbedarf. Dabei ist eines schon klar: Solange für einzelne Versichertengruppen weiterhin ein individuelles Wahlrecht zur PKV besteht, das gleichbedeutend ist mit dem Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung, bleibt „fairer Wettbewerb“ zwischen den Systemen ein ideologisches Trugbild. Nur ein ungeteilter Krankenversicherungsmarkt kann produktiven Wettbewerb für alle Versicherten garantieren. *KJ*