

Leiber, Simone; Zwiener, Rudolf

Research Report

Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Widersprüchlich und unzureichend

IMK Report, No. 13

Provided in Cooperation with:

Macroeconomic Policy Institute (IMK) at the Hans Boeckler Foundation

Suggested Citation: Leiber, Simone; Zwiener, Rudolf (2006) : Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Widersprüchlich und unzureichend, IMK Report, No. 13, Hans-Böckler-Stiftung, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), Düsseldorf,
<https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20080813197>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/106023>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Widersprüchlich und unzureichend¹

Simone Leiber² und Rudolf Zwiener

Eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens ist seit langem überfällig. Die vorliegenden Eckpunkte der Großen Koalition vom Juli sind jedoch kein Beitrag zu einer nachhaltigen Stabilisierung des Gesundheitssystems. Sie sind in sich widersprüchlich, erhöhen die Lohnnebenkosten und verschärfen tendenziell sogar die ungleiche Wettbewerbsposition von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Die höheren Einnahmen durch die beabsichtigte Beitragssatzerhöhung um 0,5 Prozentpunkte stabilisieren die Finanzsituation voraussichtlich nur kurzfristig. Der Blick auf die Entwicklung der vergangenen 15 Jahre zeigt, dass das Gesundheitssystem primär unter Einnahmenproblemen leidet. So haben sich die Gesundheitsausgaben insgesamt ähnlich wie das Bruttoinlandsprodukt entwickelt, aber die Einnahmenbasis – die Gehälter der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten – konnte damit nicht Schritt halten. Notwendig gewesen wäre daher ein mutigerer Schritt zur Stabilisierung der Einnahmen durch eine stärkere Steuerfinanzierung und die Integration von PKV und GKV.

Im Folgenden werden zunächst die zentralen Problembereiche auf der Einnahmeseite der Krankenversicherung untersucht, weil nur so nachhaltige Lösungsansätze entwickelt werden können. Bei den anschließend abgeleiteten Reformschritten werden Elemente aus dem Forderungskatalog der beiden großen Parteien (Bürgerversicherung und Kopfpauschale) verwendet und in einer modifizierten Form miteinander verbunden. Dabei lässt sich durchaus eine tragfähige Kompromissformel finden, die kritisch mit der nun gefundenen Lösung kontrastiert wird. Der Report befasst sich mit der Einnahmeseite der GKV-Reform. Dies schließt parallel dazu durchzuführende Reformmaßnahmen auf der Ausgabenseite jedoch nicht aus.

Problemfelder der Finanzierung des Gesundheitssystems

Mythos Kostenexplosion

Insgesamt belieben sich die Gesundheitsausgaben seit Anfang der 90er Jahre auf 10 bis 11 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP, Abbildung 1) und erreichten 2003 eine Gesamthöhe von 239,7 Mrd. € (11,3 % des BIP), wovon rund 57 % durch Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherungen aufgebracht wurden.³ In der Summe gab es also keine Kostenexplosion, sondern eine Entwicklung ähnlich dem gesamtwirtschaftlichen Wachstum.⁴ Allerdings haben sich die Anteile der einzelnen Ausgaben verschoben, wobei in der GKV der

1 Siehe auch: WSI-Diskussionspapier Nr. 146 2006
http://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_146.pdf.

2 Simone Leiber ist Wissenschaftlerin am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung mit Arbeits schwerpunkt Sozialpolitik.

3 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005, Berlin 2005, Tab. 10.2 u. 10.3.

4 Vgl. auch F. Breyer et al.: Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, in: Zukunftsmarkt Gesundheit, Band 145, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2002, Kapitel 2 und Kapitel 3.4. sowie V. Meinhardt und E. Schulz: Kostenexplosion im Gesundheitswesen, Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 7, 2003.

Anstieg der Arzneimittelkosten besonders stark war.⁵ Wohl aber stiegen die Ausgaben der privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren stärker als die der GKV⁶, wobei das Ausgabenniveau je Vollversicherten (ohne Zusatzversicherte) in der PKV deutlich niedriger ist.

Probleme der Beitragsfinanzierung

Die Probleme in der GKV resultieren im Kern aus der im Vergleich zur Entwicklung des BIP bzw. der Ausgaben deutlich unterdurchschnittlichen Entwicklung der Einnahmenbasis (Abbildung 2), nämlich der Bruttolohn- und -gehaltssumme (BLG). In Zeiten anhaltend rückläufiger Lohnquoten sowie schwacher Lohn- und Beschäftigungsentwicklung bereitet die Wahl der BLG als Bezugsbasis für die Einnahmen – direkt für die Beschäftigten und indirekt für die Rentnerinnen und Rentner – massive Probleme.

Um die Dimension dieses Problems zu verdeutlichen zuerst ein kleines Beispiel: Wäre die BLG seit 1991 genauso gewachsen wie das BIP, dann wäre sie im Jahr 2005 um 115 Mrd. € höher gewesen als sie es tatsächlich war und der Beitragssatz in der GKV hätte die ganze Zeit weitgehend stabil bei etwa 12,5 % gehalten werden können. Niemand würde dann von einem Einnahmenproblem in der gesetzlichen Krankenversicherung sprechen. Die Einnahmenprobleme der GKV sind damit auch Folge der massiven Umverteilung zu Lasten der Bezieher von Arbeitseinkommen.

Hätte man an Stelle der BLG eine breite Steuerbasis als Bezugsgröße für die Einnahmen gewählt, dann hätte eine realistische Chance bestanden, dass die GKV nicht in Finanzprobleme läuft. Im Übigen hat die Mehrzahl der europäischen Länder ein System, in dem die Steuern den wesentlichen Einnahmenbestandteil der Krankenversicherung ausmachen⁷. Mit Ausnahme des Krankengeldes und im Unterschied zur Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung gibt es bei der Krankenversicherung keinen unmittelbaren Zusammenhang (Äquivalenzprinzip) zwischen Beitragszahlung und Leistungsbezug. Insofern eignet sich in diesem Sozialversicherungszweig das Steuersystem als Einnahmenbasis besonders gut.

Versicherungsfremde Leistungen in der GKV

Im Unterschied zur PKV übernimmt die GKV auch sog. versicherungsfremde Leistungen – hier verstanden als Leistungen, die in erster Linie im allgemeinen Interes-

Abbildung 1

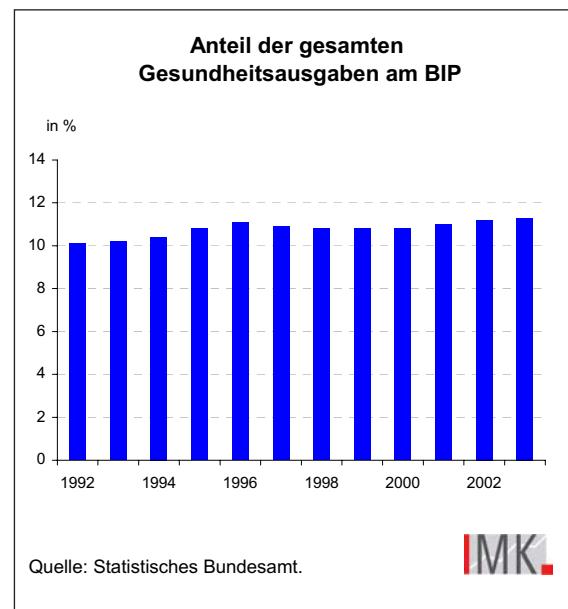
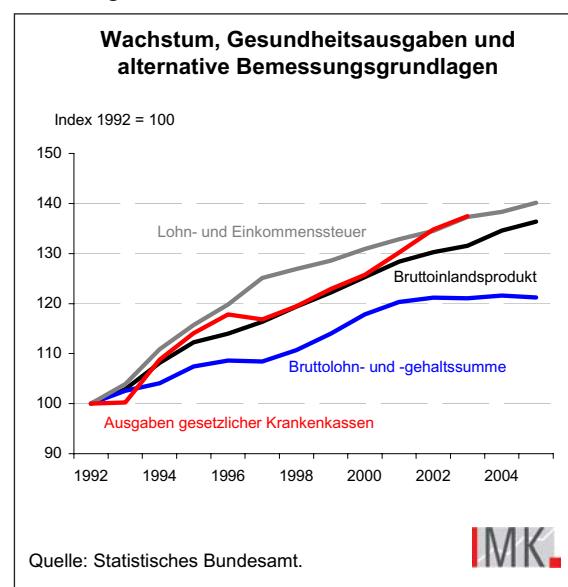


Abbildung 2



se des Staates liegen. Diese gesellschaftspolitisch notwendigen Leistungen sollten nicht nur von den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, sondern vom Kreis der gesamten Steuerzahler finanziert werden. In der GKV handelt es sich dabei einmal um die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. Wird die Unterstützung der Familie als eine von der gesamten Gesellschaft zu leistende Aufgabe angesehen, dann liegt ein Fehleinsatz der Beiträge vor. Die Ausgaben für die beitragsfrei versicherten Familienmitglieder in der GKV werden im Jahresgutachten 2005/2006 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamt-

5 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., Tab. 10.7.A.

6 Verband der privaten Krankenversicherung, Zahlenbericht 2004/2005, Köln.

7 Vgl. D. Döring, B. Dudenhöffer und J. Herdt: Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck, Vergleichende Betrachtung der Finanzierungsstrukturen und Reformoptionen in den EU 15-Staaten und der Schweiz, Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Wiesbaden 2005, S. 86-91.

wirtschaftlichen Entwicklung (SVR) auf 25 Mrd. € be-ziffert.⁸ Des Weiteren lassen sich Leistungen bei Mutterschaft und Schwangerschaft zu den versicherungsfremden Leistungen zählen. Diese belaufen sich derzeit in etwa auf 2,4 Mrd. €.⁹ Während einige Autoren die versicherungsfremden Leistungen in der GKV auf die genannten Posten begrenzen,¹⁰ rechnet der SVR auch die gesamte Einkommensumverteilung – Mitglieder mit höheren Einkommen bezahlen mit ihren höheren Beiträgen einen Teil der Gesundheitskosten der Mitglieder mit geringen Einkommen – mit zur „versicherungsfremden Umverteilung“ hinzu und kommt insgesamt auf einen Umfang von 45 Mrd. €.¹¹

Die pauschale Einbeziehung der Arbeitslosengeld-II- und Sozialgeldbezieher in die gesetzliche Krankenversicherung durch das Vierte Gesetz zur Modernisierung der Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) – die aus der Perspektive der Absicherung und Schutzbedürftigkeit der Betroffenen positiv zu bewerten ist – erhöht noch die versicherungsfremden Leistungen, da der Bund, der Kostenträger dieser Grundsicherung, keinen den Ausgaben adäquaten Beitrag für diesen Personenkreis bezahlt.

Krankenversicherung und Demografie

Der bisherige Anstieg der Beitragssatzentwicklung in der GKV von im Durchschnitt 11,4 % zu Beginn der 80er Jahre bis auf 14,2 % (2005) ist vor allem auf die oben beschriebenen Ursachen für den unterproportionalen Anstieg der GKV-Beitragseinnahmen zurückzuführen – besonders die Erosion der BLG – und mit dem demografischen Wandel nur begrenzt zu erklären.¹² Künftig dürfte ein strukturelles Einnahmenproblem jedoch dadurch entstehen, dass die Zahl der Rentenempfänger gegenüber der (aktiven) Erwerbsbevölkerung weiter ansteigt und mit ebenfalls steigender Lebenserwartung eine längere Rentenphase verbunden ist, in der – aufgrund der vergleichsweise niedrigeren Transferbezüge – deutlich geringere Beiträge bezahlt werden. Formal betrachtet steigt dann der Anteil der Rentenbezieher an den Mitgliedern der GKV und die durchschnittliche Beitragszahlung sinkt.

8 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR): Die Chancen nutzen – Reformen mutig voranbringen, Wiesbaden 2005, Ziffer 519.

9 SVR, a.a.O., Ziffer 534.

10 Vgl. V. Meinhardt und R. Zwiener: Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung, Studie des DIW Berlin im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, der Hans-Böckler-Stiftung und der Otto-Brenner-Stiftung, Berlin 2005; W. Sesselmeier: Gesamtgesellschaftliche Leistungen in der Gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung – Abgrenzung und Umfang, Gutachten im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, Landau 2005.

11 SVR, a.a.O., Ziffer 561.

12 Ausführlich dazu auch K. Jacobs und H. Dräther: Demografischer Wandel in der Krankenversicherung, in: J. Kerschbaumer und W. Schroeder (Hg.): Sozialstaat und demografischer Wandel: Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden 2005, S. 102 ff.

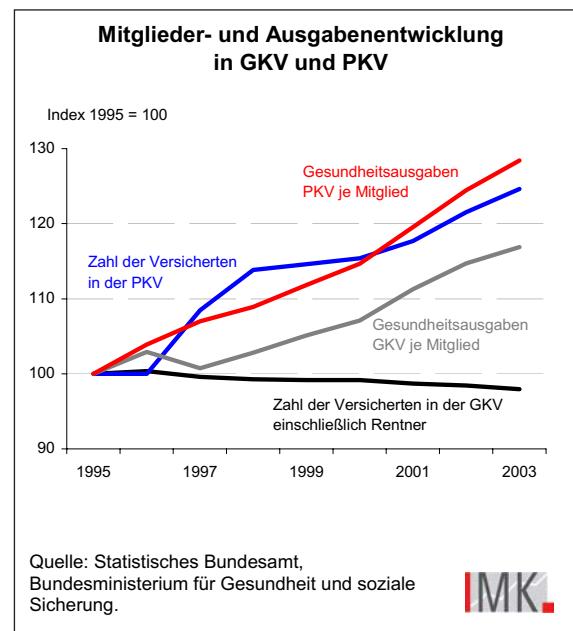
Verschiedene Studien errechnen unter der Annahme sonst konstanter Status-quo-Bedingungen und auf der Grundlage unterschiedlicher Bevölkerungsvorausberechnungen einen Anstieg des GKV-Beitragssatzes aufgrund der alternden und gleichzeitig schrumpfenden Bevölkerung bis zum Jahr 2050 von bis zu 3 Prozentpunkten.¹³ Vor dem Hintergrund der vorliegenden Vorausberechnungen sowie verbleibender offener Fragen¹⁴ sollten diese Veränderungen in der Versichertenstruktur ernst genommen, aber nicht dramatisiert werden.

Ausbau des Zwei-Klassen-Systems

Dass sich bestimmte Gruppen (Selbstständige und Beamte) und einkommensstarke Angestellte mit guten Gesundheitsrisiken dem System der GKV systematisch entziehen können, hat die Einnahm situation der GKV weiter verschlechtert. In den letzten 20 Jahren haben im Saldo rund vier Millionen Personen die GKV verlassen und sind in die PKV gewechselt.¹⁵ Dabei handelte es sich vorwiegend um gut verdienende, gesunde und freiwillig Versicherte in der GKV. Beamte und viele Selbstständige sind erst gar nicht in die GKV eingetreten (Abbildung 3).

Für viele Personen mit überdurchschnittlichem Einkommen sind die Leistungen in der PKV wegen der fehlenden Umverteilung derzeit deutlich besser bei

Abbildung 3



13 Siehe die Übersicht in K. Jacobs und H. Dräther, a.a.O., S. 98.

14 Zu einer kritischen Auseinandersetzung mit verschiedenen Vorausberechnungen der Bevölkerungsentwicklung vgl. bspw. E. Kistler: Demografischer Wandel und Arbeitsmarkt – Die Debatte muss ehrlicher werden, in: WSI-Mitteilungen 2 (2004), S. 71-77.

15 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, a.a.O., Tabelle 9.18.

gleichzeitig niedrigeren Beiträgen – und dies trotz der Bildung von Altersrückstellungen. So beträgt der monatliche Beitrag für einen freiwillig Versicherten in der GKV knapp oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von 3562,50 € bei einem durchschnittlichen Beitragsatz von 14,2 % rund 500 € pro Monat. Die Prämienhöhe in der PKV ist dagegen abhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Umfang der Versicherung. Für einen 30-jährigen gesunden Mann beträgt die monatliche Prämie bei einer Vollversicherung in der PKV derzeit etwa 127,91 €.¹⁶ Die durchschnittlichen Ausgaben für eine voll versicherte Person in der PKV betragen im Jahr 2003 sogar nur 120 € pro Monat¹⁷.

Der Abgang an guten Risiken mit hohen Einkommen von der GKV in die PKV erzwang automatisch weitere Leistungskürzungen und Beitragssatzsteigerungen in der GKV, was wiederum andere freiwillig Versicherte zum Wechsel bewegt haben dürfte. Obwohl die Hürden für freiwillig GKV-Versicherte, in die PKV zu wechseln, leicht erhöht werden,¹⁸ dürfte sich diese Entwicklung auch nach der Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform in Folge der geplanten Beitragssatzanhebung weiter fortsetzen. Die unfaire Konkurrenz der PKV zur GKV, die von Lobbygruppen und der Politik bisher gefördert wurde, verhindert so eine stabilere Einnahmenentwicklung der GKV. Die Mitglieder der PKV beteiligen sich weder am Einkommensausgleich für Personen mit geringem Einkommen, noch an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen, noch am Risikostrukturausgleich für Kassen mit vielen Schwer- und chronisch Kranken. Dies ist kein funktionierender Wettbewerb, sondern ein „Rosinenpicken“ der PKV.

Denn die Anreize für gute Risiken, die GKV zu verlassen, werden auf diese Weise verfestigt. Eine stabile Struktur mit nachhaltiger Einnahmenstabilität für die GKV kann so nicht entstehen. Wird diese den Wettbewerb verfälschende Anreizstruktur nicht grundlegend verändert, ist die nächste Einnahmenkrise und damit die nächste Stückwerkreform für die GKV unvermeidlich.

Reformvorschläge für ein stabiles Gesundheitssystem

Für die weitere Diskussion von Reformansätzen der Einnahmenseite des Krankenversicherungssystems setzen wir voraus, dass ein in etwa am BIP orientiertes Ausgabenwachstum angenommen werden kann,

¹⁶ Vgl. <http://www.abcfinanzen.de/modules.php?op=modload&name=Rechner&file=index> (Download vom 16.5.2006). In den jeweiligen Beiträgen sind noch Altersrückstellungen, Verwaltungskosten und Gewinnanteile enthalten.

¹⁷ Manche Versicherte bei der PKV haben allerdings Tarife mit einem Selbstbehalt.

¹⁸ Diese müssen laut aktuellem Koalitionsbeschluss nun drei Jahre in Folge mit ihrem Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreiten.

das es über einen längeren Zeitraum hinweg – ohne permanente Eingriffe und Korrekturen – zu finanzieren gilt. Dabei gehen wir weder davon aus, dass Leistungen der GKV weiter eingeschränkt, noch dass Aufwendungen aus der GKV erneut hin zu den Versicherten verschoben werden sollten.

Der Gesundheitsfonds – sinnvoll oder überflüssig?

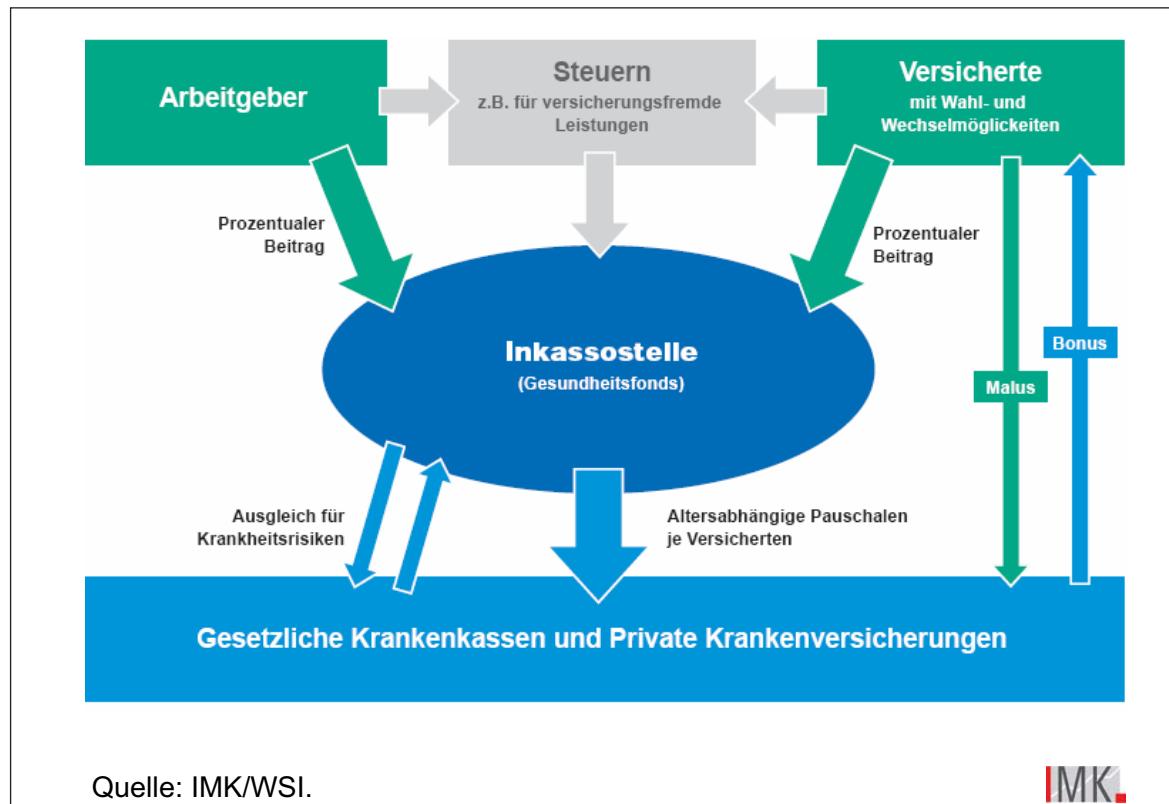
Aus unserer Sicht birgt der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats beim BMF zur Einrichtung einer zentralen Inkassostelle (auch Gesundheitsfonds) *unter bestimmten Voraussetzungen* eine Reihe von Chancen für eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems. Die Eckpunkte der Großen Koalition erfüllen diese Voraussetzungen allerdings nicht.

Der Vorschlag des wissenschaftlichen Beirats beim BMF¹⁹ sieht vor, dass – wie bisher – einkommensabhängige Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bezahlt werden, diese aber nicht mehr direkt an die einzelnen Krankenkassen, sondern an eine zentrale Inkassostelle abgeführt werden. Die Inkassostelle stellt dann jedem Mitglied einen Beitragscheck aus, mit dem es sich bei einer Krankenkasse seiner Wahl versichern kann. Dieser Beitragscheck sollte nicht einheitlich sein, eine Orientierung am Alter des Mitglieds ist sinnvoll. Gleichzeitig sollte der Risikostrukturausgleich (RSA) morbiditätsorientiert weiterentwickelt und ebenfalls bei der Inkassostelle angesiedelt werden. Damit könnten die Krankenkassen jeden risikoneutral versichern. Dabei sollten auch die Mitglieder der privaten Kassen in das Inkassosystem einbezogen werden, die dann ebenfalls einen Beitragscheck in gleicher Höhe wie die entsprechend GKV-Versicherten ausgehändigt bekommen. Dies wird möglich, weil die Einkommensumverteilung in der Inkassostelle und nicht mehr bei den einzelnen Krankenkassen erfolgt. Zudem könnte man langfristig auch allen Versicherten freistellen, sich bei einer privaten Krankenkasse zu versichern. Diese müsste dann allerdings einen entsprechenden Tarif – wie die gesetzlichen Kassen – mit Kontrahierungzwang und ohne Risikoausschluss anbieten und sich an dem modifizierten Risikostrukturausgleich beteiligen.

Dieses Modell (Abbildung 4) hat wichtige Vorteile, verbindet es doch wesentliche Elemente der Bürgerversicherung (einkommensabhängige Beiträge bei der Einzahlung in die Inkassostelle für GKV- und PKV-Versicherte) mit der Kopfpauschale (Prämien bei der Auszahlung an die Krankenkassen) und bietet damit einen optimalen Anknüpfungspunkt, Teile der PKV in das einkommensabhängige Beitrags- und Umverteilungssystem mit einzubeziehen. Dennoch löst es nicht die langfristigen Einnahmenprobleme. So reduziert zwar

¹⁹ Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, 2005.

Abbildung 4



Quelle: IMK/WSI.

IMK

eine einheitliche Inkassostelle den bürokratischen Aufwand für die Arbeitgeber, sobald das System eingespillet ist. Auch lassen sich damit die Mitglieder der PKV leichter in das einkommensabhängige Beitrags- und Umverteilungssystem einbeziehen, weil die Beiträge der Versicherten erst einmal abgekoppelt sind von den Zahlungen an ihre Krankenkasse. Dies schafft mehr und fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV und verbessert die Einnahmen/Ausgabenrelation der Inkassostelle, da die PKV relativ mehr Mitglieder mit höheren Einkommen als die GKV hat.²⁰ Der Wettbewerb zwischen den Kassen konzentriert sich dann nicht mehr auf die Suche nach besonders einkommensstarken Mitgliedern, sondern verlagert sich stärker auf die Leistungsebene.²¹ Allerdings muss dann der Wettbewerb über zusätzliche freiwillige Leistungen der Krankenkassen oder Beitragssatzsenkungen bzw. pauschale Beitragsrückerstattungen an alle Mit-

glieder einer Kasse möglich sein. Für einen echten Wettbewerb müssen die Krankenkassen aber auch mehr Rechte eingeräumt bekommen. Dazu gehört u.a. das Recht, mit Ärzten individuelle Verträge abschließen zu dürfen.

Ein wesentlicher Vorteil der zentralen Inkassostelle in dieser Form besteht auch in den geringeren Aufwendungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen. Wenn die Höhe des Beitragsschecks für die Kassen sich bereits a priori am Lebensalter eines Versicherten orientiert, werden Kassen mit überdurchschnittlich vielen älteren Mitgliedern nicht mehr besonders belastet. Ein vereinfachter Risikostrukturausgleich kann bürokratisch leichter über die zentrale Inkassostelle abgewickelt werden und zusätzlich Morbiditätsrisiken ausgleichen. Als Auftragsarbeit der Inkassostelle kann im Prinzip der Beitragseinzug auch weiterhin von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden, die dann die Daten und Einnahmen an die Inkassostelle weiterleiten. Zumindest so lange die PKV Mitglieder nicht in das Inkassosystem einbezogen werden, muss keine neue Mammutbehörde aufgebaut werden.

Weitere Veränderungen im System der Krankenversicherung ließen sich mit Hilfe einer Inkassostelle ebenfalls bürokratisch leichter umsetzen. Die PKV könnte einfacher in den modifizierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden. Gleichzeitig könnten private Versicherer zeigen, ob sie den gesetzlichen

²⁰ Aber auch in der PKV gibt es Personen ohne eigene Einkünfte, in der Regel Kinder und teilweise Ehepartner.

²¹ In der Vergangenheit hat es schon den Wettbewerb zwischen den Kassen der GKV über unterschiedlich hohe Beitragssätze gegeben, der allerdings nur von einem Teil der Versicherten (insbesondere jüngere Versicherte mit guten Risiken und einem höheren Bildungs niveau) zu einem Wechsel der Krankenkasse genutzt wurde, vgl. K. Höppner et. al: Kassenwettbewerb: Motive für den Kassenverbleib, in: J. Böcken et. al. (Hg.): Gesundheitsmonitor 2004, Gütersloh 2004, S. 58-68.

Kassen unter gleichen Wettbewerbsbedingungen gewachsen sind. Die Kosten versicherungsfremder Leistungen lassen sich bei einem Inkassosystem sehr einfach durch Steuern finanzieren. Dazu muss der Staat nur seine finanziellen Leistungen an die Inkassostelle aufstocken. Im Gegenzug können die Beitragsätze gesenkt werden. Ein höherer Steueranteil und niedrigerer Beitragsanteil gleichen sich dann bei den Einnahmen der Inkassostelle gerade aus; insgesamt steigt die Steuer- und Abgabenquote nicht. Es bedarf zudem keiner individuellen Bedürftigkeitsprüfung für finanziell überforderte Versicherte wie bei vielen Kopfpauschalenmodellen.

Diese Vorteile der Einrichtung einer Inkassostelle hat der Gesundheitskompromiss allerdings nicht hinreichend genutzt. Zu den Eckpunkten gehört zwar die Schaffung eines Gesundheitsfonds, allerdings soll dieser beschränkt werden auf die Mitglieder der GKV. Hier bleibt zu fragen, was der Fonds dann überhaupt bringt. Innerhalb der GKV gibt es derzeit schon einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen durch unterschiedlich hohe Beitragssätze. Kaum angetastet wurde in den Eckpunkten dagegen der unfaire Wettbewerb zwischen GKV und PKV.

Ohne PKV und ohne einen substanzialen Umstieg auf eine Steuerfinanzierung ist das Modell noch aus einem anderen Grund problematisch. Die Kassen können im Fondsmodell Überschüsse an ihre Versicherten zurückzahlen, aber bei nicht ausreichenden Finanzmitteln des Fonds auch zusätzliche Prämien erheben (so genannte „kleine Kopfpauschalen“), die nur von den Versicherten getragen werden. Wie oben gezeigt, hielten die Beitragseinnahmen in den letzten Jahren nicht mit den GKV-Ausgaben Schritt. Dem hätte eine Verbreiterung der Einnahmenbasis (auf dem Wege der Einbeziehung der PKV und mehr Steuermitteln) entgegen gewirkt. Beides ist nicht geschehen. Denn auch die Umstellung auf Steuermittel geschieht äußerst zaghaft und reicht bis zum Jahr 2009 kaum über das Niveau, das aus den Einnahmen der Tabaksteuer in die GKV floss, bevor sich die Große Koalition entschloss, diese Zuschüsse auslaufen zu lassen.

Unter den gegebenen Umständen ist also mit einem chronisch unterfinanzierten Fonds und damit auch mit einer Privatisierung von Kosten für die Versicherten in Form von „kleinen Kopfpauschalen“ zu rechnen. Die Eckpunkte sehen zwar eine Überforderungsklausel für Patienten von maximal 1 Prozent des Haushaltseinkommens vor. Auch muss der Fonds künftig immer mindestens 95 % der durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkassen decken. Allerdings könnte die individuelle Schutzklausel mit hohem bürokratischem Aufwand verbunden sein, sobald sehr viele Mitglieder unter diese Überforderungsklausel fallen.

In den Eckpunkten der Großen Koalition wurde die Chance verfert, eines der Hauptprobleme unseres Gesundheitssystems, den unfairen Wettbewerbsvorteil der PKV gegenüber der GKV, zu lösen. Die weiterhin stark lohnbasierten Einnahmen dürfen auch in Zukunft

im Vergleich zur Ausgabenentwicklung zu langsam steigen. Damit wächst auch das Risiko einer weiteren Kostenprivatisierung im Gesundheitswesen.

Ausbau der Steuerfinanzierung

Will man das Gesundheitssystem langfristig stabil ausrichten, führt daher kein Weg an einer stärkeren Steuerfinanzierung der GKV vorbei. Ansonsten wäre man zu ständigen Leistungskürzungen, immer wieder neuen Beitragssatzsteigerungen und höheren Zuzahlungen gezwungen. Ein Umstieg auf einen höheren Steueranteil bei gleichzeitiger Senkung der Beitragssätze könnte die gesamte Abgabenquote in der Volkswirtschaft unverändert lassen, solange die Ausgaben in etwa wie das BIP steigen.²² Allerdings würden die Anreize deutlich verändert. So würde eine Reduzierung der Beitragssätze für sich genommen die Lohnkosten für die Arbeitgeber senken und das verfügbare Einkommen der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer erst einmal erhöhen. Elemente des sozialen Ausgleichs könnten so schrittweise von der GKV bzw. vom Inkassosystem in das Steuersystem verlagert werden.

Die Reduzierung der Arbeitskosten über niedrige Beiträge würde ceteris paribus sowohl beschäftigungsfördernd und preissenkend wirken als auch – im Endergebnis – die realen Nettoeinkommen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erhöhen. Die zu erwartenden Wachstums-, Preis- und Beschäftigungseffekte, aber auch die Auswirkungen auf die Einkommensverteilung und den Staatshaushalt können mit Hilfe von gesamtwirtschaftlichen ökonometrischen Modellen ermittelt werden.²³ Zuvor muss allerdings entschieden werden, welche Steuern als Kompensation für die niedrigeren Beitragssätze angehoben werden sollen. Grundsätzlich sollten aufkommensstarke Steuern gewählt werden, die in etwa so wie das BIP wachsen. An erster Stelle kommen dafür die Lohn- und Einkommensteuer und die Mehrwertsteuer in Frage. Dabei muss allerdings eine Besonderheit beachtet werden. In dem Maße, wie über das Steuersystem die bisherige Einkommensumverteilung der GKV finanziert werden soll, kommt für diesen Teil nur die Lohn- und Einkommensteuer in Betracht und nicht die Mehrwertsteuer. Letztere hat leicht regressive Verteilungseffekte. Personen mit einem geringen Einkommen geben in der Regel einen höheren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für Konsumgüter aus als Personen mit einem hohen Einkommen. Würde die Einkommensumverteilung in der GKV durch eine höhere Mehrwertsteuer ersetzt, dann wäre der Personenkreis mit geringen Einkommen stärker belastet als bisher.

Der Umstieg auf eine stärkere Steuerfinanzierung kann in kleinen oder in großen Schritten erfolgen. Gro-

²² Formal kann dabei die Abgabenlast der privaten Haushalte zu- und die der Unternehmen abnehmen. Die effektive Abgabenlast hängt allerdings von den zur Gegenfinanzierung gewählten Steuern und deren Überwälzungsmöglichkeiten ab.

²³ Vgl. V. Meinhardt und R. Zwiener a.a.O.

ße Schritte hätten den Vorteil, dass das Gesundheitssystem schneller und nachhaltiger stabilisiert wird und auch nennenswerte Senkungen der Beitragssätze ermöglicht werden. Bei kleinen Schritten besteht die Gefahr, dass die zusätzlichen Steuermittel gerade zum Schließen der Finanzierungslücke ausreichen und die Beitragssätze zunächst nicht gesenkt werden können. Ein erster Schritt in Richtung einer stärkeren Steuerfinanzierung könnte die Übernahme der versicherungsfremden Leistungen in der GKV sein.

Der Gesundheitskompromiss sieht eine Erhöhung des Steuerzuschusses zur GKV zur Abdeckung der Kosten für Kinder in sehr kleinen Schritten – verteilt über 8 Jahre – vor. Allerdings wird im kommenden Jahr erst einmal der Zuschuss aus Mitteln der Tabaksteuererhöhung um 2,7 Mrd. € gekürzt, d.h., kurzfristig geht die Wirtschaftspolitik genau den entgegengesetzten Weg.

Hinzu kommt, dass es rechtlich möglicherweise nicht haltbar sein wird, die Steuerfinanzierung der Kinder auf die GKV-Versicherten zu begrenzen. Klagen gegen diese Regelung wurden von der privaten Versicherungswirtschaft bereits angekündigt. In diesem Fall würde ein Worst-Case-Scenario für den Wettbewerb zwischen GKV und PKV eintreten. Denn die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern ist ein wichtiger Grund, warum für freiwillig Versicherte die GKV gegenüber der PKV überhaupt attraktiv ist. Entfiele nun auch noch dieser Vorteil, ohne dass eine Integration der beiden Systeme stattfindet, würden die unfaire Wettbewerbssituation und die Erosion der GKV-Finanzgrundlage weiter verschärft.

Die aktuellen Diskussionen um höhere Steuermittel für die Inkassostelle zeigen, wie wichtig es wäre, diese Mittel zu einem gewissen Grad vor den Begehrlichkeiten von Finanzministern zu schützen. Bei einer breiten parlamentarischen Mehrheit für eine solche Reform, wie sie ja eigentlich derzeit bestehen müsste, ließe sich bei der Aufteilung des Lohn- und Einkommensteueraufkommens und des Mehrwertsteueraufkommens auf die Gebietskörperschaften zusätzlich ein bestimmter Anteil an die zentrale Inkassostelle in den Verteilerschlüssel aufnehmen. Wenn die beiden Steuern dabei entsprechend erhöht würden, verlören die Gebietskörperschaften keine Einnahmen.

Für den Fall, dass der höhere Steueranteil der Inkassostelle sowohl über höhere Lohn- und Einkommensteuern als auch über eine Erhöhung der Mehrwertsteuer aufgebracht wird, finanzieren auch die Personen mit geringen Einkommen und die Rentner die dadurch ermöglichte Beitragssatzsenkung mit. Insofern tritt keine einseitige Entlastung dieses Versicherungskreises auf, wie der SVR für einen solchen Fall unterstellt.²⁴ Im Vergleich zur Einführung einer Bürgerpauschale, wie sie der SVR vorschlägt, liegen die gravierenden Vorteile einer Inkassostelle mit höherem

Steueranteil in der Möglichkeit einer sofortigen deutlichen Senkung der Beitragssätze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern und in dem erheblich einfacheren bürokratischen Verfahren. Denn Erfahrungen etwa aus den Niederlanden zeigen, dass ein sehr hoher Anteil der Versicherten – dort etwa 60 % der Haushalte²⁵ – bei Einführung einer Kopfpauschale Anspruch auf einen steuerfinanzierten Sozialausgleich erhalten würden, der organisiert werden muss.

Auch an dieser Stelle hat die Politik also mit ihrem Gesundheitskompromiss versagt. Der Weg, mutig und substanzuell von Beiträgen auf Steuern umzufinanzieren und damit die Beitragssätze zu senken wurde nicht eingeschlagen, da man weitere Steuererhöhungen in jedem Fall vermeiden wollte. Negative Folgen einer Erhöhung der Beitragssätze zum Beispiel für den privaten Verbrauch wurden dagegen ignoriert.

Mitversicherung von Ehepartnern: Unrechtmäßigkeiten beseitigen

Im Zuge einer konsequenten Diskussion einer stärkeren Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlich erwünschter, versicherungsfreiem Leistungen, läge es auf den ersten Blick nahe, nicht nur die Mitfinanzierung der Kinder, sondern auch die der Ehepartner einzubeziehen. Von der feministischen Wohlfahrtsstaatsforschung wird die beitragsfreie Mitversicherung allerdings seit langem zu recht wegen ihrer interpersonellen Verteilungswirkungen kritisiert. Zudem werden dadurch die Prinzipien der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit offenkundig verletzt. So ergibt sich (bei gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit) eine Ungleichbehandlung von nichtehelichen Lebensgemeinschaften und Alleinerziehenden gegenüber Ehepaaren sowie eine Begünstigung des Ein- gegenüber dem Zwei-Verdienermodell für verheiratete Paare. Da Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (3.562,50 € im Jahr 2006) nicht beitragspflichtig sind, gilt: je ungleicher die versicherungspflichtigen Bruttoarbeitsentgelte auf die Eheleute verteilt sind, desto geringer fallen die zu leistenden Beiträge aus. Diese Subvention kommt Ehepaaren unabhängig davon zu Gute, ob in dem jeweiligen Haushalt Kinder erzogen oder andere Fürsorgeaufgaben übernommen werden. Als Ziel führende familienpolitische Maßnahme kann sie daher nicht angesehen werden.²⁶

Darüber hinaus ist zu kritisieren, dass diese Form der Mitversicherung negative Anreize für verheiratete Frauen im Hinblick auf eine versicherungspflichtige Beschäftigung setzt. Das weibliche „Zuverdienermodell“ wird dadurch noch besonders gefördert, dass geringfügig Beschäftigte bis 400 € keine eigenen Beiträ-

²⁴ SVR, a.a.O., Ziffer 531.

²⁵ S. Greß, M. Manouguian, und J. Wasem: Krankenversicherungsreform in den Niederlanden: Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie in Deutschland?, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Duisburg-Essen 2006, S. 20.

²⁶ Dasselbe gilt ebenfalls für das Ehegattensplitting im Steuerrecht, wodurch die beschriebene Problematik gleichsam verdoppelt wird.

ge zur GKV leisten müssen. Für familienversicherte Ehefrauen ist die geringfügige Beschäftigung daher besonders attraktiv, hat aber langfristig negative Auswirkungen auf andere Bereiche der sozialen Sicherung wie bspw. den Verzicht auf eigenständig erworbene Rentenansprüche.

Der alleinige Schritt einer Steuerfinanzierung dieser versicherungsfremden Leistung zielt daher in die falsche Richtung. Denn damit würden die diesem Solidarelement inhärenten Gerechtigkeitsdefizite und frauenpolitisch negativen Implikationen reproduziert und verfestigt.

Gesundheitskompromiss wird den Anforderungen nicht gerecht

Die beschlossenen Eckpunkte zur Gesundheitsreform zielen in erster Linie auf eine kurzfristige Haushaltsentlastung und werden den Anforderungen an eine langfristige Stabilisierung der Gesundheitsausgaben und -einnahmen nicht gerecht. Gemessen an zentralen Anforderungen auf der Einnahmenseite – Einrichtung einer Inkassostelle (Gesundheitsfonds), mehr Steuerfi-

nanzierung und Gleichbehandlung von GKV und PKV – sind die Reformen sogar in sich widersprüchlich. Gerade aufgrund des Wegfalls von Steuerzuschüssen müssen nächstes Jahr die Beitragssätze erhöht werden, was die Wettbewerbssituation der GKV gegenüber der PKV weiter verschlechtert. Von einer Gleichbehandlung von GKV- und PKV-Mitgliedern ist man nach wie vor weit entfernt. Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds ist nur dann sinnvoll, wenn auch die PKV einbezogen wird. Die Erhöhung der Steuerzuschüsse an die GKV zur Verminderung der Kosten der versicherungsfremden Leistungen für Kinder geschieht in so kleinen Schritten über viele Jahre, dass diese von der Stoßrichtung her richtige Maßnahme durch zukünftige Kostensteigerungen in der GKV mehr als kompensiert werden dürfte. Ein auf diese Weise de facto chronisch unterfinanzierter Fonds birgt dann die Gefahr einer weiteren Kostenprivatisierung in Form von „kleinen Kopfpauschalen“. Der Gesundheitsfonds sollte künftig stattdessen unter Einbeziehung der PKV und mit Hilfe einer mutigen Umfinanzierung in Richtung einer steuergestützten Bürgerversicherung weiterentwickelt werden.

Der nächste IMK Report erscheint am Dienstag, 17. Oktober 2006

Herausgeber: Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung, Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf, Telefon 0211 7778-331, Telefax 0211 7778-266, IMK@boeckler.de, <http://www.imk-boeckler.de>

Redaktionsleitung: PD Dr. Gustav A. Horn
Pressekontakt: Rainer Jung 0211 7778-150

Druck: Setzkasten GmbH, Kreuzbergstraße 56, 40489 Düsseldorf
ISSN 1861-3683

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe zulässig.

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.