

Die Gesundheitsreform 2006/2007: Eckpunktepapier

Florian Freund, stv. Juso-Landesvorsitzender

Stand: 09.09.2006

Der Kompromiss der beiden Koalitionspartner umfasst verschiedene Reformbereiche. Auch wenn im Vorfeld der letzten Bundestagswahl die Reformalternativen auf die Finanzierungsseite, insbesondere auf die Modelle „Kopfpauschale oder Bürgerversicherung“ zugespitzt wurden, liegen die wichtigen Reformfelder auf der Seite der Leistungserbringung und der Organisationsstrukturen.

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung weist zwar die hinlänglich bekannten Probleme auf - tendenziell steigende Ausgaben aufgrund des demografischen Wandels und vor allem des technischen Fortschritts sowie eine erodierende Beitragsbasis. Die angedachten Reformschritte sind jedoch nur eingeschränkt dazu geeignet, die bestehenden Steuerungsmängel zu beseitigen. Selbst hinter den Intentionen des Koalitionsvertrags bleibt das „Eckpunktepapier“ zurück: Nur sehr eingeschränkt kann davon gesprochen werden, dass „dauerhaft die Grundlagen für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen“ gesichert wurden; die Stärkung des Wettbewerbs erfolgt zudem nur sehr eingeschränkt und halbherzig; und die Senkung der Krankenversicherungsbeiträge führt nicht dazu, dass die Lohnnebenkosten unter 40 Prozent gesenkt werden.

Bedauerlicherweise wurde die vielleicht für lange Zeit einmalige Gelegenheit verpasst, die Gesundheitspolitik unabhängig von bzw. gegen die mächtigen Lobbyinteressen zielgenauer zu gestalten. So lange die beiden großen Parteien in der Vergangenheit gegeneinander in Reformmaßnahmen agiert haben, konnten sich die Lobbys jeweils durch eine der beiden Parteien begünstigen lassen. Anders als beim der Gesundheits-Strukturgesetz von 1992, in dem der Kompromiss von Lahnstein weitgehend ein solches Vorgehen unterbunden hat, setzten sich im GKV-Modernisierungsgesetz von 2003 bereits stark die Interessenvertretungen durch. Auch in diesem vorgesehenen Reformschritt 2006/2007 war das Gemeinsame der Parteien leider zu wenig deutlich ausgeprägt, um in vielen Maßnahmen der Neugestaltung der Leistungserbringung und der Organisation entschiedene Maßnahmen durchzuführen. Fast scheint es als hätte der unselige Streit um Kopfpauschale vs. Bürgerversicherung gestalterische Maßnahmen auf der Leistungsseite und in der Organisation verhindert.

Exemplarisch wird im Weiteren auf einige Probleme eingegangen.

1. Sinnhaftigkeit eines Gesundheitsfonds:

Wenn verschiedene Mittel zur Finanzierung des Leistungsgeschehens nach unterschiedlichen Kriterien zusammenkommen, so ist eine zentralisierte Lösung nötig. So ist beispielsweise eine zentrale Stelle zur Administration des Risikostrukturausgleichs (RSA) als Clearingstelle erforderlich. Der Gesundheitsfonds als erweiterte RSA-Administration wäre dann sinnvoll, wenn zusätzlich weitere Mittel zur Finanzierung hinzukämen. Bislang ist jedoch nur vorgesehen, geringe Steuermittel zusätzlich zu Bei-

tragsleistungen mit einzubeziehen. Zunächst sollen die zusätzlichen Steuermittel sogar zurückgefahren werden. Die Mittel aus dem Bundeshaushalt würden ein neues Inkassoverfahren allerdings nicht erfordern. Dies wäre vielmehr dann der Fall, wenn beispielsweise auch die privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung - gleichsam als besonderer RSA - beteiligt wäre. Insbesondere die Risikoselektion, die für die private Krankenversicherung bisher konstitutiv ist, würde eine Beteiligung an einem „Risikopool“ rechtfertigen. Eine einfache Eingliederung der privaten Krankenversicherungen 1:1 in den RSA der gesetzlichen Krankenversicherung ist allerdings problematisch, da sich die Leistungspakete in der privaten Krankenversicherung (z.B. aufgrund unterschiedlicher Selbstbehaltsregelungen) zu sehr unterscheiden. Wenn nicht eine Integration der privaten mit der gesetzlichen Krankenversicherung geplant ist und eine erhebliche Finanzierung aus Bundesmitteln hinzukommt, scheint der Gesundheitsfonds allerdings nicht sonderlich sinnvoll zu sein. Wozu eine neue Institution bzw. neue Institutionen (Inkassostellen des Gesundheitsfonds) zur Beitragserhebung geschaffen werden müssen, ist nicht einsichtig. Eigentlich handelt es sich bei den regionalen Inkassostellen um eine Veränderung der Aufgaben des Bundesversicherungssamtes in Rahmen des RSA, ergänzt um den bislang durch die Kassen durchgeführten Einzug der Beiträge.

2. Bürokratie- und Verwaltungskosten im Spannungsfeld zwischen Beitragssatzstabilität und Wettbewerb:

Der intendierte Abbau von Bürokratie erfolgt in den Vorschlägen nicht. Zwar ist denkbar, dass der Gesundheitsfonds nicht zuletzt aufgrund einheitlicher Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge mit geringerem Verwaltungsaufwand verbunden ist, als wenn mehrere hundert Kassen gesondert ihre Beiträge erheben. Es ist allerdings davon auszugehen, dass ein erheblicher Anteil der Kassen zusätzliche kassenindividuelle Beiträge erheben müssen wird. Auch wenn manche Kassen eine „Bonus“ an die Versicherten zurückbezahlen könnten, erfordert dies einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Für vergleichsweise geringe Beträge ist nach wie vor ein Aufwand zur kassenindividuellen Beitragserhebung zu leisten. Eine Verlagerung auf den Gesundheitsfonds - vermutlich gegen Kostenerstattung - wäre möglich wenn einkommensbezogene Zusatzbeiträge erhoben würden.

3. Steuern zur Finanzierung der Zusatzkosten des technischen Fortschritts, nicht zur Senkung der Beiträge:

Es sind keine weiteren wesentlichen Leistungsbeschränkungen vorgesehen; dies ist m. E. positiv zu werten (auch wenn nicht alle meine Kollegen diese Meinung teilen). Die Beibehaltung des Leistungskatalogs und seine künftige Ausweitung aufgrund des technischen Fortschritts werden spezifisch angesprochen. Neben der Haushaltsproblematik der Gebietskörperschaften dürfte dies zugleich die Ursache sein, warum der Einstieg in eine Steuerfinanzierung versicherungsfremder bzw. gesamtgesellschaftlich bedeutsamer Leistungen zunächst eher zurückgefahren werden soll. Für die Jahre 2008 und 2009 - vielleicht auch für weitere Jahre - ist zwar ein minimaler Einstieg in die Steuerfinanzierung angekündigt. Formal wird dies in Zusammenhang mit der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe wie z.B. der Finanzierung der Gesundheitskosten der Kinder gebracht. Es scheint jedoch eher ein Instrument der Finanzierung des technischen Fortschritts für einige Jahre zu sein. So wird dies vielleicht einen Anstieg der Beiträge verhindern. Von einer Beitragssatzsenkung unter das Niveau der Beiträge des Jahres 2007 ist hingegen nicht auszugehen.

4. Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge generell:

Hinsichtlich des Beitragseinzugs ist zu berücksichtigen, dass die Kassen bislang gegen Ersatz der Kosten auch die Sozialversicherungsbeiträge für andere Sozialversicherungsträger eingezogen haben. Das Eckpunktepapier lässt es offen, ob auch diese Aufgabe in Zukunft durch die Inkassostellen des Gesundheitsfonds wahrgenommen werden sollen. Vermutlich ist dies beabsichtigt. Denn sollte dies nicht der Fall sein, so wäre es etwas pervers, wenn die Kassen die anderen Sozialversicherungsbeiträge erheben würden, nicht aber die eigenen. Eine Trennung dieser Aufgaben scheint nicht im Sinne einer effizienten Verwaltungsabwicklung zu sein.

5. Inkassostellen des Gesundheitsfonds können Personal einsparen und für andere Aufgaben freisetzen:

Dass den einzelnen Kassen dadurch Aufgaben genommen werden, ist dann nicht negativ zu sehen, wenn die gleiche Aufgabe dadurch effizienter erledigt werden kann. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass nicht Arbeitsplätze wegrationalisiert werden sollen, sondern, dass mit den eingesparten Kapazitäten andere notwendige Aufgaben der Kassen wahrgenommen werden können, die zum Teil durch die letzten Reformen hinzugekommen sind.

6. Dem potenziellen Kosteneinsparpotential stehen möglichen Ineffizienzen in der Administration der Härtefallregelungen gegenüber:

Zu beachten ist auch, dass bei den Kassen möglicherweise durch den zentralen Beitragseinzug ein Informationsverlust hinsichtlich der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder entsteht. Besonders gravierend dürfte sich dies bei der Abwicklung der Härtefallregelungen auswirken:

a) Die Überforderungsklausel nach §61-62 SGB V sieht vor, dass bei Versicherten, deren relevante Selbstbeteiligungen zwei Prozent (bzw. bei chronisch Kranken ein Prozent) des Haushaltseinkommens überschreiten, die weiteren Selbstbeteiligungen entfallen. Wenn die Kassen künftig nicht mehr die Beiträge erheben, fielen möglicherweise (die immerhin teilweise vorhandenen) Einkommensinformationen und Ausgabeninformationen bei unterschiedlichen Institutionen an. Es stellt sich die Frage, wer für die Prüfung dann zuständig wird, - die Krankenkassen oder die Inkassostellen - jeweils unter Nutzung der Daten der anderen Institution.

b) Die Neuregelung zusätzlicher Beiträge bzw. einer „Kleinen Kopfpauschale“ für Kassen, die aus den Zuweisungen des Gesundheitsfonds ihre Ausgaben nicht decken können, sieht eine weitere Härtefallprüfung vor: Zunächst muss jedes Mitglied diese eventuelle zusätzliche Beitragsleistung an seine Kasse bezahlen. Fühlt es sich „überfordert“, d.h. beträgt die zusätzliche kleine Kopfpauschale mehr als ein Prozent des Haushaltseinkommens, kann der überschießende Betrag zurückerstattet werden. Parallel müssen die Härtefallregelungen nebeneinander und zusätzlich gelten. Um die Einnahmen der Kassen zu sichern, wird zunächst unabhängig von einer eventuellen Überforderung die kleine Kopfpauschale erhoben. Das Verfahren ähnelt dem Vorgehen mancher Kassen bei der Anwendung der Überforderungsklausel durch Selbstbehalte. Vom Verwaltungsablauf bietet es sich an. Allerdings ist zu befürchten, dass insbesondere unter den bedürftigen älteren Rentner/innen manche auf einen Antrag auf

Erstattung verzichten, obwohl ihnen eine Erstattung zustünde, weil das Verfahren zu kompliziert für sie ist.

7. **Potenziell viele Betroffene der Härtefallregelung oder mittelfristig deutlich steigende Beiträge:**

Künftig wird der technische Fortschritt gepaart mit Auswirkungen des demografischen Wandels zu Ausgabensteigerung führen, während die beitragspflichtigen Einkommen relativ sinken werden. Unweigerlich muss dies zu einer Beitragssatzsteigerung führen, wenn die Leistungen nicht reduziert werden. Alternativ müsste eine steigende, nicht unerhebliche Zahl von Mitgliedern zusätzliche kassenindividuelle Beiträge oder eine kleine Kopfpauschale entrichten. Würde eine solche z.B. 20 Euro pro Monat betragen, so hätten Mitglieder mit einem Haushaltseinkommen bis 2000 Euro monatlich Anspruch auf Reduzierung ihrer Beitragslast. Eine erhebliche Zahl der Rentner/innen wäre betroffen.

8. **Unstimmigkeit zwischen der Festlegung der Leistungen und der Gestaltungsfreiheit:**

Die Formulierung des Eckpunktepapiers geht zum einen von einer Finanzierung von 95 Prozent der Leistungen durch die einheitlichen Beiträge aus. Soll zugleich eine Differenzierung von Leistungsangeboten erfolgen - etwa um Kosten zu sparen - so könnte dies in der Praxis zu deutlichen Widersprüchen führen. M.E. ist die weitgehende Vereinheitlichung eines Regelkatalogs sinnvoll. Eine Ausweitung der Vertragsfreiheit zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern schafft zwar Wahlmöglichkeiten und erhöht den Wettbewerb. Dem stehen allerdings - was oft vergessen oder verschwiegen wird - Verwaltungskosten, Intransparenz und Unübersichtlichkeit gegenüber. (Die „Riester-Rente“ hat dies gelehrt!)

9. Die **Beziehung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung** in Deutschland ist aus Wettbewerbsicht etwas absonderlich gestaltet. Daran hat auch dieser Reformvorschlag nur sehr eingeschränkt etwas geändert. Das Nebeneinander paralleler Versicherungssysteme mit unterschiedlichen Strukturen und ungleichen Wettbewerbsbedingungen ist verbunden mit dem Anreiz, Privatpatienten besser und prioritär zu behandeln. Dies ist als gravierender Steuerungsfehler zu betrachten, der auch erhebliche regionale Auswirkungen hat.

Zudem wird eine Informationspolitik betrieben, die zur Gänze **fälschlich** den Eindruck erweckt, die private Krankenversicherung wiese eine höhere Effizienz und Wirtschaftlichkeit auf. Dies hat bisher die Fehlentwicklungen begünstigt: So wird z.B. der Eindruck erweckt, die private Versicherung wäre effizienter. Die Durchschnittskosten pro Versichertem sind jedoch trotz günstigerer Risikostruktur deutlich höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung - wie von den Leistungserbringern auch immer wieder betont wird. Außerdem sind die Verwaltungskosten der privaten Krankenversicherung deutlich höher als die der Krankenkassen. (Die höhere Effizienz der privaten Krankenversicherung bezieht sich auf die technische Eigenschaft der so genannte „allokativen Effizienz“. Dies bedeutet, dass risikobezogene Beiträge das „moralischen Risikos“, d.h. die unwirtschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen wegen des bestehenden Versicherungsschutzes, reduzieren. Diese risikobezogenen Beiträge stehen jedoch angesichts deutlicher schichtspezifischer Unterschiede in den Gesundheitsrisiken im Widerspruch zu einer bedarfsorientierten Gesundheitspolitik.) Die im Eckpunktepapier vorgesehenen Maßnahmen beinhalten Trippelschrittchen in Richtung zur Korrektur der Wettbewerbsverzerrung zwischen gesetzlicher und priva-

ter Krankenversicherung. Ausnahmeregelungen sehen vor, dass allokativen Ineffizienzen bestehen bleiben können.

10. Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung weiterhin behindert:

Die Formulierungen des „Eckpunktepapiers“ machen deutlich, dass die Koalitionäre bedeutende Unterschiede in ihren Positionen aufweisen, was die Beziehung und den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung betrifft. Die Union vertritt das Nebeneinander unterschiedlicher Systeme mit unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen. Offensichtlich hat sie sich in wesentlichen Punkten durchgesetzt. Zugleich verhindert das Beibehalten der unterschiedlichen Systeme einen breiteren Wettbewerb zwischen den Systemen. Das „Eckpunktepapier“ hat zwar eine Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den privaten Krankenversicherungen durch die Forderung nach Portabilität der Altersrückstellungen vorgesehen. Die Beziehungen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung werden jedoch nur wenig verändert. Ein umfassender Wettbewerb wäre allerdings nur dann möglich, wenn in allen Stadien in beide Richtungen gleiche Anreize zum Wechsel bestünden. Dies ist so lange nicht der Fall, als in der gesetzlichen Krankenversicherung die Beiträge tendenziell bis ins mittlere Alter steigen und nach Verrentung sinken, während in der privaten Krankenversicherung die Beiträge aufgrund des technischen Fortschritts und steigender Preise kontinuierlich bis zum Tod steigen. Die Portabilität der Altersrückstellung könnte zwar den Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung stärken, da der Wechsel zwischen Versicherungen möglich wird. Nicht vergessen werden darf jedoch, dass die Prämien dadurch zwingend steigen werden. Die im „Eckpunktepapier“ vorgesehenen „Basistarife“ für freiwillig Versicherte bringen zwar eine Annäherung der Bedingungen für gesetzlich und privat Krankenversicherte mit Wahlmöglichkeit. Es bleibt jedoch offen, ob dieser Tarif so ausgestaltet wird, dass er eine höhere Akzeptanz haben wird als der bisherige Standardtarif für ältere privat Versicherte.

11. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) bleibt offen.

Allerdings scheint im Zusammenhang mit risikoadjustierten Zuweisungen der ausgabenbezogene RSA erhalten. Die einheitlichen pauschalen pro Kopf-Zahlungen decken einen (hinsichtlich des Leistungskatalogs sogar erweiterten) einkommensbezogenen RSA ab. Da diese RSA-Leistungen wohl konstitutives Element der Finanzierung bleiben sollen, ist anzunehmen, dass das Bundesversicherungsamt auch Träger des Gesundheitsfonds sein würde.