

Dr. Carola Reimann, MdB
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(49)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
24.10.2010

Institut für Volkswirtschaftslehre
Fachgebiet Finanzwissenschaft und
Gesundheitsökonomie

Professor Dr. Klaus-Dirk Henke

24. Oktober 2010

Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 25. Oktober 2010, Block I in der Zeit von 12.00 – 14.30 Uhr

- a) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen - Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)
(BT-Drs. 17/3040)
- b) Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen
(BT-Drs. 17/1238)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit gebe ich folgende kurze Stellungnahme als Einzelsachverständiger für die oben genannte Anhörung ab:

Drei Vorbemerkungen

Die zukünftige Finanzierung der Gesundheitsausgaben insgesamt und die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen angesichts der demographischen Herausforderungen, der medizinisch-technologischen Entwicklungen und immer vorhandener Effizienzreserven seit Jahren und auch auf absehbare Zeit im Vordergrund der gesundheits- und wirtschaftspolitischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland.

Goldstandards zur nachhaltigen und einer sozial ausgewogenen Finanzierung gibt es bisher nicht, weder bei uns noch in anderen Ländern. Alle vergleichbaren Nationen stehen vor ähnlichen Fragen und suchen, genau wie der Deutsche Bundestag, nach Antworten und Lösungen. Da es jedoch keine Patentrezepte für eine dauerhafte Finanzierung – weder seitens der Politik und Exekutive noch seitens der Wissenschaft – gibt, müssen sich die Abgeordneten des Deutschen Bundestages immer wieder bemühen, anstehende Deckungslücken im Rahmen der politischen Willensbildung möglichst langfristig und ausgewogen zu schließen. Ohne Kompromisse in einer Regierungskoalition und ohne erforderliche parlamentarische Mehrheiten lassen sich bestehende Gesetze nicht verändern. Kompromisse sind der Preis der parlamentarischen Demokratie auch dann, wenn die Interventionsspirale sich immer weiterdreht und eine Systemlogik daher oft nicht mehr erkennbar ist.

Mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds haben sich die Finanzierungsgrundlagen der GKV stark verändert. Neben die politisch bestimmten Pflichtbeiträge auf der Grundlage der versicherungspflichtigen Einkommen treten nunmehr Prämienzahlungen in Form der Zusatzbeiträge und ggfs. Rückerstattungen. Der Wettbewerb verschiebt sich damit von Unterschieden zwischen den vormals kassenartenspezifischen Beitragssätzen zu den Boni, Rückzahlungen, Zusatzbeiträgen und Wahlтарifen in Verbindung mit zusätzlichen Leistungen der einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen (Satzungsleistungen, neue Versorgungs- und Vertragsformen, etc.). Bei den Wahlтарifen gibt es Tarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückgewähr. Und die Teilnahme an neuen Versorgungsformen wie z.B. einer integrierten Versorgung, an Hausarztmodellen oder an strukturierten Behandlungsprogrammen kann mit Erstattungen oder Zuzahlungsnachlässen (z.B. bei der Praxisgebühr) verbunden sein. Des Weiteren haben gesetzlich Versicherte durch die Wahl des Kostenerstattungsprinzips die Möglichkeit, Leistungen nach der GO-Ä wie Privatversicherte abzurechnen.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Wettbewerb von der Einnahmeseite auf die Ausgabenseite mit den impliziten Rückwirkungen auf den tatsächlichen Beitragssatz verlagert.

Zusatzbeiträge

Durch den kostenneutralen Gesundheitsfonds wird weder eine nachhaltige Finanzierung noch der beschriebene Wettbewerb gestört; im Gegenteil er bildet mit dem Risikostrukturausgleich die Grundlage für einen fairen Wettbewerb unter den gesetzlichen Versicherungen.

- Die Beseitigung der Lohnabhängigkeit der Zusatzbeiträge,
- der partielle Wegfall der Arbeitgeberbeiträge,
- die Mindestversicherungspflicht mit Sozialausgleich und
- neue Formen der Finanzierung und Vergütung

seien als Beispiele genannt, die bei der anstehenden und zukünftigen Weiterentwicklung unseres Krankenversicherungsschutzes diskutiert werden.

Der Einstieg in eine anteilige Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln des Bundes (für versicherungsfremde Leistungen und die im Gesetzentwurf vorgesehene Liquiditätsreserve) führt dabei zu einer Konvergenz in der Finanzierung. Beveridge- und Bismarcksysteme rücken näher aneinander.

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens wird auch weiterhin durch Zielkonflikte geprägt. Auf der einen Seite soll die überwiegend am Einkommen orientierte Mittelaufbringung mit ihren Verwerfungen durch die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze gewahrt bleiben, und auf der anderen Seite wird mit Hilfe einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge eine am Versicherungsprinzip ausgerichtete Finanzierung hergestellt. Der Gesundheitsfonds ermöglicht beides und überwindet die oben genannten Zielkonflikte. So wird die einkommensabhängige Mittelaufbringung beibehalten, während die Krankenkassen über den Fonds risikoäquivalente Zuweisungen erhalten, mit denen sie sich unter den genannten Bedingungen im Wettbewerb um die Versicherten behaupten müssen.

Die Einkommensunabhängigkeit der Zusatzbeiträge ist ihr Proprium. Überdies befreien die Zusatzbeiträge die Arbeitgeber von ihrer Beteiligung und entlasten somit den Arbeitsmarkt durch geringere Lohnzusatzkosten, während bei Rückzahlungen und der Gewährung von Boni der Vorteil beim Versicherten allein bleibt.

Die Prämienzahlungen und Zusatzbeiträge haben privatrechtlichen Charakter und zeigen in die Richtung einer weiteren Entstaatlichung der gesetzlichen Krankenversicherung. Den individuellen Zahlungen liegen private Entscheidungen vor dem Hintergrund eines Preis-Leistungs-Verhältnisses

zugrunde. Insoweit sich die Zusatzbeiträge also zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen unterscheiden, rücken sie in die Nähe von Prämienzahlungen, zumal ein Kassenwechsel möglich ist.

Absolute Zusatzbeiträge und Erstattungen sind zu begrüßen, da sie an die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Preissignal aussenden. Schließlich sind sie es, die Entscheidungen über den individuellen Vorteil aus dem Vergleich von Qualität und dem Preis für diese Gesundheitsversorgung fällen. Der Arbeitgeber beeinflusst nicht mehr die Mitgliedschaft seiner Arbeitnehmer in einer bestimmten Krankenversicherung.

Sozialausgleich

Die vorgesehene Trennung der Zusatzbeiträge von einer Überforderungsklausel zeigt in die richtige Richtung, da es sich um individuelle und nicht um Zwangsabgaben handelt. Die Sozialverträglichkeit sollte ausschließlich mit der Ausgestaltung der Zwangsbeiträge hergestellt werden (siehe hierzu vor allem W. Richter, Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur, in Druck). Die Versorgung, die allen Versicherten der GKV zugutekommt und politisch erwünschte Umverteilungsvorgänge werden über Zwangsbeiträge und Zuschüsse aus den allgemeinen Deckungsmitteln finanziert. Ein Einkommensausgleich findet also somit über die Mittelaufbringung statt.

Ein Sozialausgleich bei den Zusatzbeiträgen entbehrt bei grundsätzlicher Betrachtung der Wettbewerbslogik. Warum soll ein Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Entscheidung eines anderen Mitglieds bezahlen, das sich für eine gesetzliche Krankenversicherung entschieden hat, die Zusatzbeiträge erhebt (möglicherweise ganz bewusst, weil dort die Qualität der Versorgung aus individueller Sicht besonders geschätzt wird). Die gleiche Aussage trifft zu bei der Bemessung von Boni und Rückerstattungen; auch sie müssen von der Beitragsabhängigkeit getrennt bleiben.

In dem Maße wie zukünftig Ausgabensteigerungen bei politisch festgesetzten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerzahlungen allein über Zusatzbeiträge finanziert werden, können diese jedoch eine Höhe erreichen, die unter Verteilungsaspekten einer Abfederung bedarf, wie sie im Gesetzesentwurf mit der Liquiditätsreserve vorgesehen ist. Das BMG wird auf der Grundlage der Schätzung des Schätzerkreises im Benehmen mit dem Finanzministerium den durchschnittlichen Zusatzbeitrag festlegen (§ 242a SGB V – neu), an dem sich bei einem Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich ergibt. Die Mittel werden aus der bereits erwähnten Liquiditätsrücklage aufgebracht. Für bestimmte Personengruppen werden keine Zusatzbeiträge erhoben.

GKV und PKV

Bei diesem Thema komme ich auf meine Vorbemerkungen zurück. Wir leben in einer parlamentarischen Demokratie, und diese kommt zwangsläufig zu Entscheidungen in Form von Kompromissen, wie sie im Parlament durch Mehrheiten beschlossen werden. Die von Legislaturperiode zu Legislaturperiode bestehenden Mehrheiten beschließen die wünschenswerten gesundheitspolitischen Entwicklungen. Und in diesem „Trial-and-error-Prozess“, diesem „Stop-and-Go“ kommt es vor, dass der Status-Quo-Ante wieder hergestellt wird. Das wird mit der Reduktion der Wartezeit für einen Wechsel in die PKV von drei Jahren auf ein Jahr geschehen. Es ist nicht auszuschließen, dass bei anderen Mehrheitsverhältnissen in einer anderen Legislaturperiode bestehende Beschlüsse wiederum verändert werden. Der Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 sieht diese Rückkehr zu einer früher bestehenden Regel vor und zeigt, wie Koalitionspartner in unterschiedlichen Koalitionen ihre eigenen Beschlüsse ändern.

Nach dieser sehr nüchternen Einschätzung der gesundheitspolitischen Realitäten will ich nicht verhehlen, dass ich das Nebeneinander von der PKV und GKV in der bestehenden Form zwar

historisch erklären, aber aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht nicht begründen kann. M. E. reicht eine gesetzliche Pflicht zur privaten Absicherung des Krankheitsrisikos, wobei definiert werden muss, welche Gesundheitsleistungen zum Gegenstand einer Pflichtversicherung gehören. Die GKV benötigt auch angesichts ihrer sich seit mehreren Jahren wandelnden Funktion im Wettbewerb und angesichts des wachsenden Anteils der unternehmerischen Tätigkeiten der einzelnen Krankenversicherung einen privatwirtschaftlichen Rechtsmantel in der sozialen Marktwirtschaft. Dieser dauerhafte Rechtsrahmen muss ihr neben ihrer hoheitlichen Funktion erlauben als wirtschaftliches Unternehmen zu handeln.

Ein genossenschaftlicher Rechtsrahmen wäre hier ein geeigneter Ansatz, der in der gesundheitsökonomischen Literatur ausgearbeitet wurde. Versicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen könnten entfallen und die aus demographischer Sicht möglicherweise wünschenswerte Kapitaldeckung wäre ebenfalls möglich. Der Hinweis auf die Niederlande zeigt, dass eine über die bereits bestehende Annäherung innerhalb der Zusatzversicherungen hinausgehende Kooperation durchaus möglich ist. Versicherungs- und Verteilungsaufgaben ließen sich in einer solchen Neuorganisation mit entsprechender Versicherungsaufsicht entsprechend klarer regeln. Allokation und Distribution blieben getrennt.

Zusatzversicherungen und private Ausgaben für andere Gesundheitsleistungen unterliegen den Regeln des Marktes, während die Grund- oder Basisversorgung über den Gesundheitsfonds finanziert wird. Und die gewinnorientierten oder nicht gewinnorientierten Versicherungen stehen im Wettbewerb um die Qualität der Versorgung sowie preislich mit Zusatzbeiträgen, Wahlтарifen, Prämienauszahlungen etc. (siehe hierzu im Einzelnen Henke, K.D., Richter, W. D. (2009) zur Zukunft des Gesundheitsfonds. Wirtschaftsdienst, Jg. 89, 727 – 732.

Arbeitgeberbeiträge

Finanzierungsmodelle zur Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge in der GKV sind nicht neu. Immer wieder hat es in den letzten 30 Jahren Vorschläge zur Auszahlung und zur staatlichen Begrenzung des Arbeitgeberbeitrags gegeben. Die Preisfunktion des Beitragssatzes bzw. der Prämien wird in diesen Fällen gestärkt. Aus gesetzlichen Krankenkassen entwickeln sich mehr und mehr Versicherungsunternehmen, die ihren Namen verdienen.

Bei der Einführung der Sozialversicherung gegen Ende des 19. Jahrhunderts war die Begründung des Arbeitgeberbeitrags recht eindeutig. Aufgrund des niedrigen Lohnniveaus konnten die Arbeiter die vollen Beiträge aus ihrem Lohn nicht tragen. So verwies Bismarck in einer Reichstagsrede darauf, dass „der Lohn der Arbeiter im Ganzen keinen Überschuss und keine Ersparnis gestattet“ und der Unternehmer deshalb diese Mittel dazulegen muss. Der Arbeitgeber-Beitrag entstand somit nicht aus dem Verständnis heraus, dass der Arbeitgeber die dem Arbeitnehmer zukommenden Sozialleistungen grundsätzlich mitfinanzieren müssen.

Dass sich diese Rahmenbedingungen grundlegend geändert haben, ist nicht zu bestreiten. Der Einfluss der Gewerkschaften hat im 20. Jahrhundert dazu geführt, dass die große Mehrheit der Arbeitnehmer ein nicht mehr am Existenzminimum liegendes Auskommen hat und der Freizeitwert in vielen Fällen eine Größenordnung erreicht, die dazu führt, dass der Wunsch nach weniger Arbeit bei entsprechend geringerer Entlohnung keine Seltenheit ist.

Menschen in Deutschland treffen zunehmend eigene Entscheidungen auch in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung; ein bürgerzentriertes Gesundheitsmanagement gewinnt an Gestalt. So steigen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen im zweiten Gesundheitsmarkt ständig an. Es besteht also Zahlungswilligkeit für zusätzliche Leistungen. An der Finanzierung dieser zusätzlich privat nachgefragten Leistungen sollte der Arbeitgeber nicht beteiligt werden.

Allerdings kann argumentiert werden, dass die Arbeitgeber auch ein eigenes Interesse an der Gesunderhaltung ihrer Arbeitnehmer besitzen. Demzufolge können sie weiterhin an der Finanzierung der Zwangsbeiträge beteiligt werden. In der gesetzlichen Unfallversicherung, einem anderen Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung, zahlen die Arbeitgeber im Übrigen die Beiträge allein und in Form risikoorientierter Prämien.