

Reformzug rollt in Richtung Privatisierung Bundestag beschließt Einstieg in die Kopfpauschale von Prof. Dr. Thomas Gerlinger, Universität Bielefeld

Mehr Netto vom Brutto hatten Union und FDP vor der Wahl im Herbst 2009 den Bürgern versprochen. Inzwischen sieht es eher nach dem Gegenteil aus, u.a. aufgrund steigender Sozialabgaben. Der Medizinsoziologe Prof. Dr. Thomas Gerlinger nimmt fürs Forum den inzwischen verabschiedeten Entwurf der Bundesregierung für ein neues Gesundheitsreformgesetz, das GKV-Finanzierungs-Gesetz (GKV-FG), unter die Lupe.

Das gegenwärtige einkommensabhängige Beitragssystem soll – so der Beschluss der Regierungsparteien in ihrem Koalitionsvertrag – langfristig auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale umgestellt und der Arbeitgeberbeitrag eingefroren werden. Angesichts der makroökonomischen Rahmenbedingungen und der politischen Widerstände – nicht zuletzt gab es heftige Auseinandersetzungen auch zwischen den Koalitionären selbst – zeigt sich jedoch, dass mit der aktuellen Reform nur ein Einstieg in die Kopfpauschale gelingen kann, weitere Schritte sollen in den nächsten Jahren folgen.

Anvisiert ist ein Mischsystem, bestehend aus Versichertenbeiträgen, Steuerzuschüssen und einer einkommensunabhängigen Arbeitnehmerpauschale, die künftig ein wachsendes Gewicht erhalten soll. Der von

Versicherten und Arbeitgebern zu tragende Beitragssatz wird von 14,9 % auf 15,5 % angehoben. Die Erhöhung entfällt zu gleichen Teilen auf Versicherte und Arbeitgeber; der 2005 eingeführte Sonderbeitrag für die Versicherten in Höhe von 0,9 % wird beibehalten, so dass die Versicherten künftig 8,2 %, die Arbeitgeber 7,3 % tragen, wobei der Arbeitgeberbeitragssatz nicht mehr steigen soll. Künftige Kostensteigerungen gehen also nur noch zu Lasten der Versicherten.

Die Krankenkassen erhalten ihre Finanzmittel nach wie vor aus dem Gesundheitsfonds. Wenn sie mit ihren Mitteln nicht auskommen, sollen sie einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben können, der sich aber grundlegend vom bisherigen Modell unterscheidet. Er soll in unbegrenzter Höhe und künftig nur noch als Pauschale und nicht mehr als Prozentsatz vom Einkommen erhoben werden.

Bei der Finanzierung des Zusatzbeitrags ist ein steuerfinanzierter Zuschuss vorgesehen. Zu dessen Berechnung soll jährlich prospektiv ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag ermittelt werden, der sich aus dem prognostizierten Finanzbedarf der gesetzlichen Krankenversicherung (abzüglich der



durch die voraussichtlichen Beitragseinnahmen gedeckten Ausgaben) ergibt. Dieser prognostizierte durchschnittliche Zusatzbeitrag darf höchstens 2 % des Bruttoeinkommens eines Beschäftigten betragen; fällt er höher aus, wird die Differenz aus Steuermitteln erstattet. Diese Erstattung bezieht sich aber ausschließlich auf den *durchschnittlichen*, nicht auf den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Die individuelle Belastung kann also 2 % des Bruttoeinkommens erheblich übersteigen. Der Versicherte hat die Möglichkeit, die Kasse zu wechseln. Perspektivisch wird keine Kasse mehr ohne Zusatzbeiträge auskommen.

Die sukzessive Ausweitung der Zusatzbeiträge und ihre Bedeutungszunahme gegenüber den einkommensproportionalen und paritätisch finanzierten Beitragsanteilen sind politisch gewollt. Der Zusatzbeitrag ist der Anknüpfungspunkt für den Ausbau von Pauschalelementen und soll zur Keimzelle einer Umstellung des Finanzierungssystems auf eine Kopfpauschale werden.

Sozialausgleich über Steuern – die gerechteste Lösung oder ein leeres Versprechen?

Seit teilweise bis vollständig einkommensunabhängige Krankenversicherungsbeiträge in der politischen Diskussion sind, wird von ihren Verfechtern jeweils im gleichen Atemzug ein steuerfinanzierter Ausgleich angekündigt. Anders wäre der Bevölkerung auch kaum vermittelbar, dass „der Banker das gleiche zahlt wie die Putzfrau“. Die Regierungsparteien oder bspw. die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände sprechen von einem deutlich gerechteren und zielgenaueren Ausgleich als im bisherigen System, während Opposition, Gewerkschaften, Sozialverbände eine Politik nach Kassenlage und Umverteilung von unten nach oben befürchten. Mehrere Institute haben Schätzungen der erforderlichen Transfervolumina veröffentlicht. So ermittelte das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln (IGKE) 35 Mrd. Euro als Minimum für

den Sozialausgleich bei Umstellung auf Kopfpauschalen, was anstelle der versprochenen Steuersenkungen massive Steuererhöhungen nach sich ziehen würde. Das Berliner Institut für Gesundheits- und Gesellschaftsforschung (IGES) bezifferte den Zuschussbedarf auf 22 Mrd. Euro. Ganz andere Zahlen lieferten die Prognos AG und das Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln. Letzteres hält zwar Ausgleichszahlungen in Höhe von 26,6 Mrd. Euro für erforderlich, sieht aber dank gleichzeitiger Steuermehreinnahmen von 15,4 Mrd. Euro (die bei durch die Prämie entlasteten Einkommensbeziehern anfallen sollen) gar ein Sinken des Zuschussbedarfes gegenüber der heutigen Situation um 4,5 Mrd. Euro. Wie nicht anders zu erwarten, beschreiben diese und verschiedene andere Studien (Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesellschaft für wirtschaftliche Strukturforschung usw.) ganz unter-

schiedliche Szenarien und stützen sich auf spezifische Annahmen, die z.T. weder ausreichend erforscht noch politisch beschlossen sind. Nicht übersehen sollte man, dass sowohl die Kopfpauschale wie die Gegenmodelle Teil eines Gesamtkonzeptes sind. Die Regierung strebt letztlich einen schlanken, mit Eigenbeteiligungen versehenen gesetzlichen Leistungskatalog an, der zu sparsamer Inanspruchnahme anregen und durch die individuelle private Absicherung weiterer Leistungen flankiert werden soll, wobei hier gesetzliche Ausgleichs- und Härtefallregelungen nicht mehr greifen. Die Versorgungswirtschaft mag das freuen, aus versorgungspolitischer Sicht und sozialstaatlichen Erwägungen heraus muss man hier Fragezeichen setzen, hat doch der Teil der Bevölkerung mit dem höchsten Versorgungsbedarf die geringsten Ressourcen für solche Versicherungs- und Gesundheitsausgaben.

Was den viel beschworenen und bereits für die ungedeckelten Zusatzbeiträge („kleine Kopfpauschale“) unverzichtbaren Steuerausgleich anlangt, so wird dem Bürger bisher „die Katze im Sack“ verkauft. In ihrer Antwort auf eine Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion hielt die Bundesregierung zahlreiche Fragen zu den Auswirkungen eines Pauschalensystems für „nicht näher beantwortbar“ – kein Wunder, kommt es doch sehr auf die Ausgestaltung des Ausgleiches an. Bisher ist nur bekannt, dass die Durchführung den Krankenkassen auferlegt wird und die Mittel hierfür – bis 2014 ohne zusätzliche Steuerzuschüsse – aus dem Gesundheitsfonds entnommen werden sollen. Zwar heißt es: aus der Liquiditätsreserve des Fonds, doch ändert diese Etikettierung nichts daran, dass für den Ausgleich verwendetes Geld für Leistungsausgaben fehlt. Ohne massive Steuerspritze müssen in kurzer Folge die Zusatzbeiträge angehoben werden, was wiederum die Zahl der Ausgleichsberechtigten erhöhen und eine Aufwärtsspirale bei den Zusatzbeiträgen in Gang setzen würde. Aufgrund der Einkommensunabhängigkeit der (ohnehin nur teilweise ausgeglichenen) Zusatzbeiträge würde sich die finanzielle Belastung immer mehr zu den Beziehern unterer und mittlerer Einkommen verlagern (die Besserverdienenden können sich zudem wieder leichter in die PKV verabschieden). Alternativ müssten Leistungskürzungen erfolgen oder es müsste z.B. durch entsprechende Verträge die Bezahlung für erbrachte Leistungen verringert werden, was beides die Versorgung wirklich Hilfsbedürftiger tendenziell verschlechtert.

So soll es allerdings nicht ablaufen – Steuerzuschüsse sind angekündigt, aber wie sie aufgebracht werden (Verbrauchssteuern treffen wiederum die unteren Einkommensgruppen überproportional), in welcher Höhe sie fließen, welche Größen für den Ausgleich zu Grunde gelegt werden, ist offen. Unser Gesundheitswesen hat viele Stellschrauben, und an diesen drehen Akteure und Lobbygruppen mit sehr unterschiedlichen Interessen.

Die jetzt begonnene schrittweise Einführung von Pauschalbeiträgen ändert nichts an der Notwendigkeit, ein glaubwürdiges und durchgerechnetes Konzept für den steuerfinanzierten Ausgleich vorzulegen. Bei allem Verbesserungsbedarf war bisher der Zugang zu notwendigen gesundheitlichen Leistungen unabhängig vom Geldbeutel eine der Stärken unseres Systems. Über Jahrzehnte war die deutsche Solidarversicherung mit einkommensbezogenen und paritätisch finanzierten Beiträgen ein Vorzeigemodell und eine wichtige Grundlage des sozialen Friedens. Dies sollte keiner zu Gunsten von Partikularinteressen aufs Spiel setzen.

Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf

Eine stille Revolution – EKD sieht die Solidarität im Gesundheitswesen in Gefahr



Die Kirchen in Deutschland sind in vielfältiger Weise im Gesundheitswesen engagiert, nicht zuletzt als Träger von Kliniken und weiteren Einrichtungen für Kranke, Behinderte und Pflegebedürftige. Zugleich berührt die Ausgestaltung unseres gesundheitlichen Versorgungssystems und seiner Finanzierung Grundwerte unserer Gesellschaft, weshalb sich die Kirchen immer wieder zu sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen äußern. Nachfolgend zitieren wir mit frdl. Genehmigung der EKD einen einleitenden Auszug aus der jüngsten Orientierungshilfe der Evangelischen Kirche (EKD Texte 110, Hannover, Oktober 2010):

1. Die Evangelische Kirche in Deutschland geht aufgrund vieler Umfragen davon aus, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung ein solidarisches Gesundheitssystem wünscht. Dabei hat die EKD schon in ihren letzten Denkschriften zur Reform des Gesundheitssystems (zuletzt "Solidarität und Wettbewerb", 2004) deutlich gemacht, dass sie nicht unbedingt einen Gegensatz zwischen Solidarität auf der einen und Eigenverantwortung und Wettbewerb auf der anderen Seite sieht. Wohl aber sieht sie die Gefahr, dass mit einer fälschlich der Eigenverantwortung zugewiesenen Absicherung der Risiken, die jeden Versicherten treffen können, genau denjenigen, die sich aus den verschiedensten Gründen mit den Herausforderungen des Lebens in unserer Gesellschaft schwer tun, elementare Bedingungen zu einem eigenverantwortlichen Leben entzogen werden. Das Bündel der Zuzahlungen, die nun noch erhöht werden sollen, trifft gerade die Menschen überproportional, die knapp oberhalb

der Schwelle von Transferleistungen leben. Sie müssen einen höheren Prozentsatz ihres Nettoeinkommens für Gesundheitsleistungen ausgeben als Versicherte mit mittlerem oder höherem Einkommen. Diese Menschen, die trotz eines niedrigen Einkommens für ihren eigenen Unterhalt sorgen und dabei keine oder kaum Transferleistungen erhalten, müssen angesichts der Häufung solcher und ähnlicher Maßnahmen in der Sozial- und Gesundheitspolitik den Eindruck gewinnen, dass ihre oft mühevollen Leistung eher bestraft als belohnt wird.

2. Die "stille Revolution" hin zu einer stärkeren Betonung einer einkommensunabhängigen Finanzierung der GKV und die Diskrepanz zwischen Anspruch und Beförderung von Eigenverantwortungsidealen gerade gegenüber sozial Schwächeren veranlassen die Evangelische Kirche in Deutschland, eine verstärkte gesellschaftliche Debatte zu Zielen der Gesundheitspolitik anzumahnen. Dabei versteht sich die evangelische Kirche als Anwältin für sozial Schwache. Sie will denen, die wenig Lobby im Verbändesystem haben, eine Stimme geben. Auch ist der EKD wichtig, dass die Gesundheitsreform eine über medizinisch-technische Innovationen hinausweisende Beziehungsorientierung in der Beratung, Behandlung und Pflege kranker Menschen achtet und keinesfalls zurückdrängt. Nicht zuletzt die vielen im Gesundheitswesen arbeitenden Fachkräfte sind auf eine sensible, menschenfreundliche Atmosphäre und auf eine gute Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen, aber auch zwischen ambulanten und stationären Diensten angewiesen. Eine solche Option für eine beziehungsorientierte, dialogische und damit kommunikative Gesundheitsversorgung ist schon deshalb nötig, weil letztlich existentielle Fragen von Betroffenen berührt sind, wo fachliche und ökonomische Entscheidungen getroffen werden. Ein rein ökonomisch getriebener Steuerungsoptimismus oder vorrangige Gewinnorientierung greifen zu kurz.

3. Schließlich ist zu beachten, dass viele Fragen der Gesundheitsversorgung gar keine körperlich-medizinischen Probleme betreffen, sondern sozialer oder psychosozialer Natur sind. Wichtiger als eine bloße Effizienzsteigerung ist deshalb das Nachdenken über eine bessere, Sektoren übergreifende, integrative Gesundheitspolitik. Es geht dabei auch um eine bessere Vernetzung im Gemeinwesen, die in eine umfassende Sozial- und Bildungspolitik eingebettet sein muss.

Hier können Sie weiterlesen:

www.ekd.de/download/ekd_texte_110.pdf