
**Schleichender Systemwechsel
Zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen
Krankenversicherung in Deutschland**

Rolf Schmucker

August 2010

Comité d'études des relations franco-allemandes



Das Französische Institut für Internationale Beziehungen (IFRI) ist in Frankreich das wichtigste unabhängige Forschungszentrum, das über grosse internationale Fragen informiert und diskutiert.

Von Thierry de Montbrial im Jahr 1979 gegründet, ist das IFRI als gemeinnütziger Verein anerkannt (Gesetz des Jahres 1901). Es ordnet sich keiner Amtsvormundschaft unter, legt nach eigenem Ermessen seine Aktivitäten fest und publiziert regelmäßig seine Berichte.

Durch seine Studien und Debatten, die interdisziplinär angelegt sind, bringt das IFRI Politiker, Wirtschaftswissenschaftler, Forscher und Experten auf internationaler Ebene zusammen.

Mit seinem zweiten Büro in Brüssel (IFRI-Bruxelles) positioniert sich das IFRI als eines der wenigen französischen think tanks im Kern der europäischen Debatte.

*Die Verantwortung für die im weiteren Text
geäußerten Standpunkte trägt der Autor.*

Die „Notes du Cerfa“ werden von der Robert-Bosch-Stiftung
im Rahmen des „deutsch-französisches Zukunftsdialogs“ gefördert.

Robert Bosch **Stiftung**

Herausgeber: Dr. Louis-Marie Clouet und Dr. Hans Stark

ISBN: 978-2-86592-768-5

© Ifri – 2010 – Tous droits réservés

Ifri
27 rue de la Procession
75740 Paris Cedex 15 – FRANCE
Tel: +33 (0)1 40 61 60 00
Fax: +33 (0)1 40 61 60 60
Email : ifri@ifri.org

Ifri-Bruxelles
Rue Marie-Thérèse, 21
1000 – Bruxelles – BELGIQUE
Tel: +32 (0)2 238 51 10
Fax: +32 (0)2 238 51 15
Email : info.bruxelles@ifri.org

Website : ifri.org

Die Reihe „Notes du Cerfa“

Die Reihe „Notes du Cerfa“ erscheint seit 2003 in monatlichem Rhythmus und analysiert die politische, wirtschaftliche und soziale Entwicklung des heutigen Deutschlands: Außen- und Innenpolitik, Wirtschaftspolitik und Gesellschaftsthemen. Die *Notes du Cerfa* bieten kurze wissenschaftliche Analysen mit einer klaren *policy*-Orientierung. Die Publikation wird in elektronischer Form kostenlos an etwa 2.000 Abonnenten versandt, ebenso wie die *Visions franco-allemandes*, und ist zudem auf der Internetseite des Cerfa verfügbar, von der die Beiträge ebenfalls kostenlos heruntergeladen werden können.

Letzte Veröffentlichungen des Cerfas

Kauffmann, Pascal; Uterwedde Henrik, 2010: La France et l'Allemagne face à la crise de l'euro : à la recherche de la convergence perdue, *Visions franco-allemandes*, Nr. 17, Paris.

Kaim, Markus, 2010: Deutschlands Einsatz in Afghanistan – die sicherheitspolitische Dimension, *Note du Cerfa*, Nr. 76, Paris.

Lestrade, Brigitte, 2010: Les réformes sociales Hartz IV à l'heure de la rigueur en Allemagne, *Note du Cerfa*, Nr. 75, Paris.

Egle, Christoph, 2010: Die Zukunft der Grünen: auf dem Weg zur Scharnierpartei?, *Note du Cerfa*, Nr. 74, Paris.

Autor

Rolf Schmucker, Jahrgang 1969, studierte Politikwissenschaft, Rechtswissenschaften und Geschichte an der Philipps-Universität Marburg. Dort promovierte er auch zu einem politikwissenschaftlichen Thema.

Von 2001 bis 2010 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt a.M. Seitdem beschäftigt er sich mit Gesundheitspolitik- und Gesundheitssystemforschung. Schwerpunkte: Wandel gesundheitspolitischer Steuerung, Vergleich von Gesundheitssystemen, Europäische Integration, Transformation des Wohlfahrtsstaates.

Seit April 2010 ist Rolf Schmucker wissenschaftlicher Mitarbeiter der AG 1 an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Zusammenfassung

Der Ausgabenanstieg in der Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), vor allem aber der Anstieg der Beitragssätze und die damit verbundenen Belastungen für Arbeitgeber und Versicherte, ist in der deutschen Gesundheitspolitik seit langem ein kontrovers diskutiertes Thema.

Seit Mitte der 1970er Jahre haben alle Bundesregierungen versucht, die Ausgabenentwicklung in der GKV zu bremsen. Die verschiedenen Maßnahmen der Kostendämpfungspolitik konnten jedoch nicht verhindern, dass die GKV-Beiträge weiter anstiegen. Nachdem die politischen Bemühungen lange Zeit auf eine Reduzierung der Ausgaben fokussiert waren, werden seit einigen Jahren auch grundlegende Veränderungen auf der Einnahmenseite diskutiert.

Unter den Stichworten „Bürgerversicherung“ und „Kopfprämie“ liegen konträre Modelle vor, die jeweils weitreichende Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens anstreben. Die seit Oktober 2009 regierende konservativ-liberale Bundesregierung hatte bei ihrem Amtsantritt erklärt, die Finanzierung der GKV auf Kopfprämien umzustellen. Dieses Vorhaben ist vorerst gescheitert – unter anderem aufgrund von Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Koalition. Stattdessen einigte man sich auf einen Kompromiss, der zwar keinen unmittelbaren Systemwechsel bedeutet, aber eine Entwicklung fortsetzt, die eine schleichende Abkehr von den traditionellen Prinzipien des Bismarck-Modells bedeutet.

Inhaltverzeichnis

EINLEITUNG.....	5
GRUNDMERKMALE DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS.....	6
KOSTENDÄMPFUNGSPOLITIK SEIT MITTE DER 1970ER JAHRE.....	8
BÜRGERVERSICHERUNG ODER KOPFPRÄMIE?.....	10
DER KOMPROMISS VON 2007: DAS GKV-WSG.....	12
DIE POLITISCHEN RAHMENBEDINGUNGEN NACH DEN BUNDESTAGSWAHLEN 2009.....	14
DIE GEPLANTE FINANZIERUNGSREFORM 2011	16
AUSBLICK	19

Einleitung

Im Jahr 2008 betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland 263,2 Milliarden Euro. Dies entspricht einem Anteil von 10,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit auf einem der vorderen Plätze. Den größten Anteil an der Finanzierung des Gesundheitssystems trägt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit 160,8 Milliarden Euro.¹ Der Ausgabenanstieg in der GKV, vor allem aber der Anstieg der Beitragsätze und die damit verbundenen Belastungen für Arbeitgeber und Versicherte, ist in der deutschen Gesundheitspolitik seit langem ein kontrovers diskutiertes Thema.

Seit Mitte der 1970er Jahre haben alle Bundesregierungen versucht, die Ausgabenentwicklung in der GKV zu bremsen. Die verschiedenen Maßnahmen der Kostendämpfungspolitik konnten jedoch nicht verhindern, dass die GKV-Beiträge weiter anstiegen. Nachdem die politischen Bemühungen lange Zeit auf eine Reduzierung der Ausgaben fokussiert waren, werden seit einigen Jahren auch grundlegende Veränderungen auf der Einnahmenseite diskutiert.

Unter den Stichworten „Bürgerversicherung“ und „Kopfprämie“ liegen konträre Modelle vor, die jeweils weitreichende Veränderungen in der Finanzierung des Gesundheitswesens anstreben. Die seit Oktober 2009 regierende konservativ-liberale Bundesregierung hatte bei ihrem Amtsantritt erklärt, die Finanzierung der GKV auf Kopfprämien umzustellen. Dieses Vorhaben ist vorerst gescheitert – unter anderem aufgrund von Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Koalition. Stattdessen einigte man sich auf einen Kompromiss, der zwar keinen unmittelbaren Systemwechsel bedeutet, aber eine Entwicklung fortsetzt, die eine schleichende Abkehr von den traditionellen Prinzipien des Bismarck-Modells bedeutet.

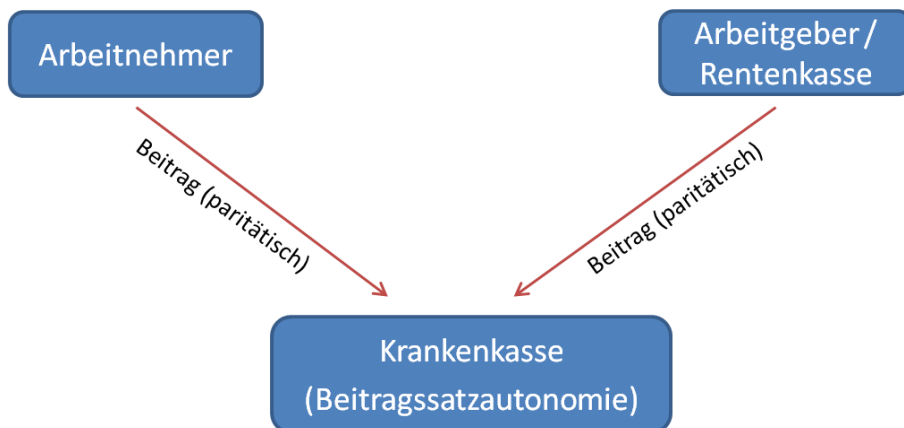
Der vorliegende Beitrag zeichnet die gesundheitspolitischen Reformdebatten in Deutschland nach. Zur besseren Einordnung werden zunächst einige Grundmerkmale des deutschen Systems skizziert, bevor auf den historischen Kontext der aktuellen Diskussion und die bevorstehenden Veränderungen in der GKV-Finanzierung eingegangen wird.

¹ Statistisches Bundesamt: www.destatis.de (31.05.2010)

Grundmerkmale des deutschen Gesundheitssystems

Seit der Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter Reichskanzler Otto von Bismarck im Jahr 1883 gilt das deutsche Gesundheitssystem als Prototyp eines Sozialversicherungssystems. Arbeitnehmer und Arbeitgeber leisten paritätische Beiträge zur Krankenversicherung. War diese Versicherungsform anfangs nur für Arbeiter vorgesehen, wurde sie in den nachfolgenden Jahrzehnten auf immer größere Bevölkerungsgruppen ausgedehnt. Die Öffnung gegenüber Angestellten, Rentnern, Landwirten und Studierenden sowie die Einbeziehung von nicht erwerbstätigen Familienangehörigen machten die GKV bis Mitte der 1970er Jahre zu einer Institution, die den Krankenversicherungsschutz für mehr als 90 Prozent der Bevölkerung gewährleistete.

Abbildung 1: Finanzierung der GKV bis 2004



Quelle: Eigene Darstellung

Allerdings weist das deutsche System bis heute eine Besonderheit auf, die es von allen anderen europäischen Sozialversicherungssystemen unterscheidet. Neben der GKV existiert ein privater Versicherungszweig, der Krankenvollversicherungen für Beamte, Selbständige und Besserverdienende anbietet. In der Privaten Krankenversicherung (PKV), die in partieller Konkurrenz zur GKV steht, sind heute etwa 10 Prozent der deutschen Bevölkerung

versichert. Im Unterschied zur GKV richtet sich die Höhe des Beitrags in der PKV nicht nach der Einkommenshöhe (Solidarprinzip), sondern nach dem individuellen Erkrankungsrisiko (Äquivalenzprinzip).²

Während die Beiträge in der GKV einkommensorientiert sind, ist der Leistungsanspruch am Bedarf ausgerichtet. Alle Versicherten haben einen Anspruch auf eine Versorgung mit den medizinisch notwendigen Leistungen (Bedarfsprinzip). Die größten Versorgungsektoren im deutschen Gesundheitssystem sind der stationäre und der ambulante Bereich sowie die Arzneimittelversorgung. Krankenhäuser werden in Deutschland von der öffentlichen Hand (insbesondere den Kommunen), von freigemeinnützigen Trägern (z.B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände) und von privaten Unternehmen betrieben. In der Krankenversorgung gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, d.h. die erste Anlaufstelle für einen Patienten ist der niedergelassene Arzt.

Die Vertragsärzte, die für die Versorgung der GKV-Versicherten zuständig sind, arbeiten zum überwiegenden Teil als Selbständige in der eigenen Praxis. Niedergelassen sind sowohl Allgemeinmediziner (Hausärzte) als auch Fachärzte. Die Patienten können sich ihren behandelnden Arzt frei wählen. Aufgrund ihrer Funktion als erste Anlaufstelle für den Patienten und ihrer Entscheidungsmacht über den weiteren Verlauf der Behandlung (Art der Therapie, Verschreibung von Arzneimitteln, Überweisung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung) nehmen die niedergelassenen Ärzte eine Schlüsselstellung im Versorgungsgeschehen ein.

Die Arzneimitteltherapie ist eines der wichtigsten Instrumente des ärztlichen Handelns. Grundsätzlich können alle zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der GKV verordnet werden. Die Hersteller haben in Deutschland im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern das Recht, den Abgabepreis ihrer Produkte frei zu bestimmen. Neben den genannten drei dominierenden Sektoren besitzen im Versorgungssystem zudem die Rehabilitation, Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie, in einem eigenen Versicherungszweig, die Langzeitpflege eine große Bedeutung.³

² Böckmann, Roman(2008): Die private Krankenversicherung – weder Solidarität noch Wettbewerb? In: Ders. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. Wiesbaden: VS, S. 63-90.

³ Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Huber.

Kostendämpfungspolitik seit Mitte der 1970er Jahre

Bereits seit Mitte der 1970er Jahre werden die gesundheitspolitischen Debatten von Finanzierungsfragen geprägt. Während auf der einen Seite die Zahl der Versicherten und der Leistungsumfang der GKV ausgeweitet worden waren, bewirkte die Wirtschaftskrise eine Erosion der Einnahmenbasis. Das verlangsamte Wirtschaftswachstum, die in den 70er Jahren steigenden Arbeitslosenzahlen und der Rückgang der Lohnquote führten dazu, dass die Einnahmeentwicklung in der GKV seit 25 Jahren nicht mehr mit der Ausgabenentwicklung Schritt halten konnte. Im Resultat mussten die Beitragssätze der Krankenkassen kontinuierlich erhöht werden, um die entstehenden Ausgaben zu decken.

Während der Beitragssatz im Jahr 1975 durchschnittlich 10,4 Prozent des Bruttoeinkommens betrug, liegt er im Jahr 2010 bei 14,9 Prozent.⁴ Die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung hat dazu beigetragen, dass die Beitragssatzentwicklung auch eine große wirtschaftspolitische Aufmerksamkeit erhalten hat. Der Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge gilt als ein Nachteil der Unternehmen im internationalen Wettbewerb.⁵ Um dem entgegenzuwirken, wurden seit Mitte der 1970er zahlreiche politische Sparmaßnahmen für das Gesundheitswesen verabschiedet.

Als ein zentrales Problem erwies sich die Steuerung des Akteursverhaltens, insbesondere der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser, die aufgrund von Einzelleistungsvergütungen (im ambulanten Sektor) und tagesgleichen Pflegesätzen (im stationären Sektor) keinen monetären Anreiz hatten, Leistungsmengen bzw. Behandlungszeiten zu reduzieren. Mit der Veränderung der Vergütungsformen (Einführung von Budgets und Pauschalvergütungen) sollte der Trend zur Mengenausweitung in der medizinischen Versorgung gestoppt werden.

⁴ Bundesgesundheitsministerium online:
www.bmg.bund.de/cIn_178/nn_1168278/DE/Ministerium/Statistik/Statistik.htm
(31.05.2010)

⁵ Kritisch hierzu: Reiners, Hartmut (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Huber, S. 41ff.

Zudem wurden zunehmend Behandlungskosten auf die Patienten verlagert, indem Zuzahlungen eingeführt und Leistungen aus dem Katalog der GKV ausgegrenzt wurden.⁶ Mit der Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen (sowohl zwischen den einzelnen Krankenkassen als auch zwischen den Leistungserbringern) soll erreicht werden, dass sich in einem neu zu konstituierenden Gesundheitsmarkt die kosteneffektiven Akteure durchsetzen.⁷ Schließlich wurde im Jahr 2005 zur Entlastung der Unternehmen eine Einschränkung der paritätischen Finanzierung vorgenommen, indem ein zusätzlicher Beitragsanteil von 0,9 Prozent des Bruttoeinkommens eingeführt wurde, der allein von den Arbeitnehmern zu tragen ist.

⁶ Bauer, Ullrich (2006): Die Sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 8-9/2006, S. 23.

⁷ Ebsen, Ingwer (2009): Die gesetzliche Krankenversicherung auf dem Pfad der Marktorientierung. In: Gellner, Winand / Schmöller, Michael (Hrsg.): Solidarität und Wettbewerb. Gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Weg zu profitorientierten Versicherungsunternehmen – Zukunftsoptionen und Probleme. Baden-Baden: Nomos, S. 75-98.

Bürgerversicherung oder Kopfprämie?

Die Maßnahmen der Kostendämpfung der vergangenen drei Jahrzehnte mögen dazu beigetragen haben, den Ausgabenanstieg in der GKV zu verlangsamen, den weiteren Anstieg der Beitragssätze konnten sie jedoch nicht verhindern. Hier zeigt sich, dass die Finanzierungsproblematik nicht allein durch die Ausgabenentwicklung bedingt ist, sondern eng mit der Kopplung der Einnahmen an die Einkommen der Lohnabhängigen verknüpft ist. Das verlangsamte Wachstum von Löhnen und Gehältern sowie die steigende Bedeutung anderer Einkunftsarten (Kapitaleinkünfte, Zinsen, Mieteinnahmen), die bei der Beitragserhebung nicht berücksichtigt werden, haben die finanzielle Basis der GKV geschwächt.

Im Jahr 2003 setzte die rot-grüne Bundesregierung unter Bundeskanzler Gerhard Schröder eine Expertenkommission ein, die Vorschläge für die künftige Finanzierung der Sozialversicherungen erarbeiten sollte. Die nach ihrem Vorsitzenden, dem Wirtschaftswissenschaftler Bert Rürup, benannte Kommission skizzierte zwei konkurrierende Finanzierungskonzepte für die Krankenversicherung: eine Bürgerversicherung sowie eine Gesundheitsprämie.⁸

Das Modell der Bürgerversicherung setzt auf eine Erweiterung der Einnahmenbasis der GKV durch eine Ausweitung des Versichertenkreises. Nach dieser Vorstellung sollen alle Bevölkerungsgruppen, also auch Selbständige, Beamte und Besserverdienende, in die GKV einbezogen werden. Der Vorschlag läuft auf eine Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung hinaus, in der heute etwa zehn Prozent der Bevölkerung versichert sind. Durch die Einbeziehung dieser Gruppe, die im Durchschnitt über höhere Einkommen und einen besseren Gesundheitszustand verfügt, soll kurzfristig eine Senkung der Beitragssätze realisiert werden. Zudem sollen die Beitragsgrundlage erweitert werden, indem Zins-, Miet-, und Kapitaleinkünfte in die Berechnung einbezogen werden.

Während das Konzept der Bürgerversicherung weiterhin an einem solidarischen Umverteilungsmechanismus innerhalb der GKV-

⁸ Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Finanzierung festhält und diesen weiter ausbauen möchte, ist mit dem Vorschlag einer Gesundheitsprämie eine Abkehr vom bisherigen Finanzierungssystem verbunden. Die Senkung der Lohnzusatzkosten soll dadurch erreicht werden, dass die Beitragsbemessung sich nicht länger an den Einkommen orientiert. Jeder erwachsener Versicherten soll eine Prämie zahlen, die für alle Versicherten einer Kasse identisch ist (Kopfprämie). Der bisherige Arbeitgeberbeitrag wird ausgezahlt und steigt nicht mehr automatisch an, wenn die Krankenversicherung höhere Ausgaben aufweist. Dies soll zu einer Entlastung der Unternehmen führen. Ein sozialer Ausgleich für Geringverdiener ist über das Steuersystem vorgesehen. Die PKV soll weiterhin als Krankenvollversicherung erhalten bleiben.

Der Kompromiss von 2007: Das GKV-WSG

Im Parteienspektrum entwickelte sich eine relativ klare Zuordnung zu den unterschiedlichen Konzepten. Die eher linksorientierten Parteien (Sozialdemokraten, Grüne, Linke) sprachen sich für die Einführung einer Bürgerversicherung aus, während die Christdemokraten (CDU) für den Wechsel zu einem Kopfprämienystem votierten. Die FDP sprach sich sowohl gegen eine Bürgerversicherung als auch gegen eine Kopfprämie aus und befürwortete stattdessen die Stärkung privater Vorsorge und die Umstellung des Finanzierungssystems der GKV von der Umlagefinanzierung auf eine Kapitaldeckung.⁹ Aufgrund dieser Konfliktlinie war in der Zeit der großen Koalition von CDU/CSU und SPD unter Bundeskanzlerin Angela Merkel (2005-2009) keine Grundsatzentscheidung hinsichtlich der GKV-Finanzierung möglich.

Die Gesundheitsreform des Jahres 2007 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV – GKV-WSG) brachte dennoch einige wichtige Neuerungen. So wurde der Gesundheitsfonds eingeführt, über den eine zentrale Mittelverteilung an die einzelnen Kassen organisiert wird, und in den neben den Beiträgen auch Steuermittel einfließen. Ein einheitlicher Beitragssatz für alle Kassen (seit Juli 2009 14,9 Prozent, von denen 7,9 Prozent die Arbeitnehmer und 7 Prozent die Arbeitgeber tragen) wird nun vom Bundesgesundheitsministerium festgelegt.

Den einzelnen Kassen wurde damit das Instrument genommen, bei erhöhtem Finanzbedarf den nur für die eigene Kasse geltenden Beitragssatz anzuheben. Ausgabensteigerungen sollen nicht mehr unmittelbar in einer Erhöhung des Beitragssatzes resultieren, sondern zuerst durch einen Zusatzbeitrag finanziert werden, der allein von den Versicherten aufzubringen ist und damit zur Entlastung der Arbeitgeber beitragen soll. Die maximale Höhe des Zusatzbeitrags, der von der einzelnen Krankenkasse festgelegt wird, ist allerdings begrenzt. Er darf acht Euro pro Monat oder ein Prozent des Bruttoeinkommens des Versicherten nicht überschreiten. Damit wurde ein Beitragsbestandteil eingeführt, der bis zum Umfang von acht Euro einkommensunabhängig gestaltet werden kann und

⁹ „Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei.“ Beschluss des Bundesparteitags der FDP vom 15.-17.05. 2009 in Hannover.

deshalb auch als „kleine Kopfprämie“ bezeichnet wird. Die ersten gesetzlichen Krankenkassen waren aufgrund von Defiziten im Februar 2010 zur Erhebung eines Zusatzbeitrages gezwungen.

Die Gesundheitsreform 2007 war ein politischer Kompromiss zwischen CDU/CSU und SPD. Seine Besonderheit besteht darin, dass mit dem Gesundheitsfonds und dem Zusatzbeitrag eine institutionelle Grundstruktur bereitgestellt wurde, die künftig sowohl in Richtung einer Bürgerversicherung als auch einer Kopfprämie weiterentwickelt werden kann.¹⁰

¹⁰ Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf (2007): Mehr Staat, mehr Wettbewerb: Gesundheitsfonds ante portas. In: Blätter für deutsche und internationale Politik 10/2008, S. 107-116.

Die politischen Rahmenbedingungen nach den Bundestagswahlen 2009

Mit der Bundestagswahl des vergangenen Jahres veränderten sich die politischen Mehrheitsverhältnisse. Seit Oktober 2009 regiert eine konservativ-liberale Koalition unter Bundeskanzlerin Merkel. Gesundheitsminister wurde Philipp Rösler. Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland wird das Gesundheitsministerium damit von einem Minister aus der FDP geführt. Die Koalitionsparteien verständigten sich im Koalitionsvertrag auf einen Systemwechsel in der Finanzierung der GKV. Neben kurzfristig wirksamen Maßnahmen, mit denen die krisenbedingten Einnahmeausfälle kompensiert werden sollten (Steuerzuschüsse und Ausgabenreduzierungen) soll langfristig ein Finanzierungssystem eingeführt werden, das auf „einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden“, beruht.¹¹

Die FDP war somit, entgegen der Aussagen in ihrem Wahlprogramm, auf ein Kopfprämienmodell umgeschwenkt für dessen Umsetzung seitdem Minister Rösler verantwortlich ist. Rösler führt im Wesentlichen zwei Argumente für die Umstellung der Finanzierung an: Zum einen betont er die geplante Entlastung der Arbeitgeber, deren Beitragsanteil eingefroren werden soll, und die damit künftig nicht mehr an der Finanzierung möglicher Beitragssatzsteigerungen beteiligt wären. Damit werde die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen gestärkt. Zum anderen vertritt er die Auffassung, dass eine Verlagerung des Sozialausgleiches vom Beitrags- auf das Steuersystem ein höheres Maß an Finanzierungsgerechtigkeit erzeuge. Durch einen steuerfinanzierten Ausgleich für Geringverdiener würden die Besserverdiener stärker an der Umverteilung beteiligt.

Trotz der Einigung im Koalitionsvertrag entwickelten sich heftige Auseinandersetzungen innerhalb der Regierung hinsichtlich des künftigen gesundheitspolitischen Kurses. Dies hat verschiedene Gründe. Erstens existiert in den Unionsparteien eine starke Strömung, die dem Konzept der Kopfprämie ablehnend gegenüber steht.

¹¹ Koalitionsvertrag (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Online: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> (31.05.2010)

Insbesondere der CSU-Vorsitzende und ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer stellt sich strikt gegen das Konzept, weil es unsolidarisch sei und einseitig die Arbeitnehmer belaste. Aber auch innerhalb der CDU, v.a. im Arbeitnehmerflügel, existieren kritische Stimmen gegenüber dem Projekt.

Die Gesundheitspolitik hat, zweitens, auch deshalb für heftige Auseinandersetzungen innerhalb der Koalition gesorgt, weil die Kopfprämie in der Bevölkerung ein sehr unpopuläres Vorhaben ist. Dies bekam die CDU bereits bei der Bundestagswahl 2005 zu spüren, als sie sich im Wahlkampf für das Prämienmodell einsetzte. Das unerwartet schlechte Ergebnis der Partei wurde von Wahlforschern zu einem nicht unwesentlichen Teil auf die umstrittene Kopfprämie zurückgeführt. Im Bundestagswahlkampf 2009 zog die Union daraus ihre Lehren und hielt sich mit gesundheitspolitischen Forderungen zurück. Auch mit Blick auf künftige Wahlen (im Jahr 2011 finden in sechs Bundesländern Landtagswahlen statt) handelt es sich um ein sehr sensibles Thema.

Drittens erschwert die anhaltende und sich verschärfende Finanzkrise die Umsetzbarkeit des Prämienmodells. Der geplante steuerfinanzierte Sozialausgleich für Geringverdiener würde, je nach Berechnungsgrundlage, jährlich Steuergelder in Höhe von 25 bis 40 Milliarden Euro erfordern. Angesichts der hohen Verschuldung der öffentlichen Haushalte und der politischen Priorität, die öffentlichen Finanzen zu konsolidieren, ist derzeit nicht absehbar, wie ein solcher Betrag finanziert werden soll.

Viertens haben sich seit den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen (NRW) im Mai 2010 die Kräfteverhältnisse im Bundesrat geändert. Die schwarz-gelbe Landesregierung wurde durch eine rot-grüne Minderheitsregierung abgelöst. Damit verlor die Bundesregierung im Juli 2010 ihre Mehrheit in der Länderkammer, deren Zustimmung für viele Bundesgesetze notwendig ist. Für die Einführung einer Kopfprämie besäße der Bundesrat ein Vetorecht, wenn durch die Reform die Länderverwaltungen berührt würden. Dies wäre z.B. der Fall, wenn der geplante steuerfinanzierte Sozialausgleich über die Finanzämter abgewickelt werden soll, wie dies in verschiedenen Reformkonzepten vorgesehen ist.

Die geplante Finanzierungsreform 2011

Die restriktiven politischen Handlungsbedingungen und die Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Bundesregierung führten dazu, dass sich die Koalitionspartner lange nicht auf ein gemeinsames Konzept einigen konnten. Verschiedene Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums wurden v.a. von der CSU zurückgewiesen. Der Handlungsdruck auf die Akteure war jedoch außerordentlich groß, da sich für die GKV-Finanzierung hohe Defizite ankündigen. Berechnungen gingen davon aus, dass die Krankenkassen im Jahr 2011 einen Fehlbetrag von elf Milliarden Euro aufweisen würden, der sich in den darauf folgenden Jahren weiter erhöhen werde.

Der gemeinsame Vorschlag einer Finanzierungsreform der GKV, den die Bundesregierung im Juli 2010 vorlegte, beinhaltet eine pragmatische orientierte Abwendung vom ursprünglichen Modell der Gesundheitsprämie. Die Vorstellung, kurzfristig einen kompletten Systemwechsel von der Beitrags- auf die Prämienfinanzierung realisieren zu können, wurde aufgegeben. Stattdessen wird nun der Zusatzbeitrag zu einem wachsenden pauschalen Finanzierungsbestandteil neben den einkommensabhängigen Beiträgen. Was sind die wichtigsten Änderungen auf der Einnahmenseite der GKV?

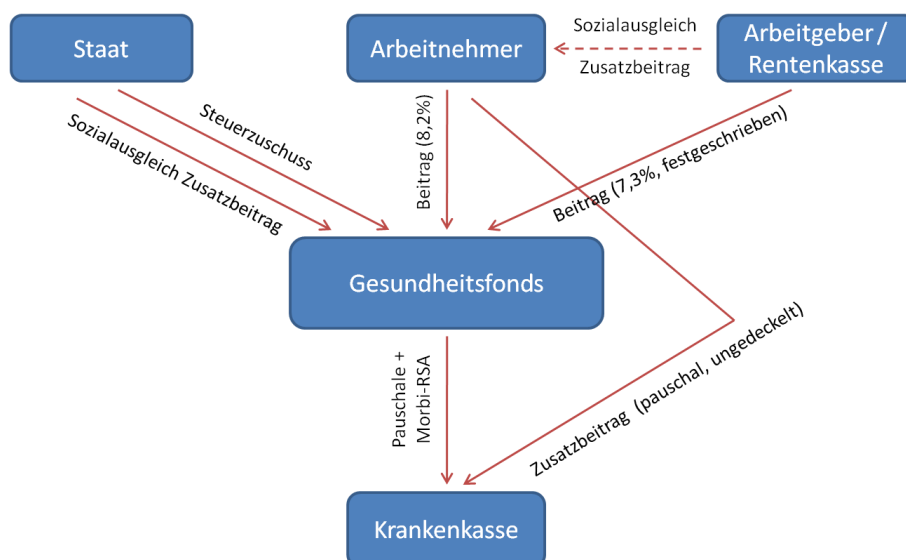
- Der Beitragssatz wird von 14,9 auf 15,5 Prozent angehoben. Auf diesem Niveau befand er sich bereits nach Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009, wurde anschließend jedoch als Teil der konjunkturfördernden Maßnahmen abgesenkt. Die Absenkung wurde durch Steuermittel ausgeglichen. Mit der Erhöhung des Beitragssatzes soll die GKV Mehreinnahmen in Höhe von sechs Mrd. Euro erzielen.
- Der Arbeitgeberbeitrag wird bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Künftige Beitragssatzsteigerungen sollen die Arbeitgeber nicht mehr betreffen, sondern im Wesentlichen von den Versicherten aufgebracht werden.
- Das bereits existierende Instrument des Zusatzbeitrags, den die einzelnen Kassen individuell festlegen können, wird ausgebaut. Die Deckelung des allein von den Versicherten zu erbringenden

Zusatzbeitrags auf acht Euro bzw. ein Prozent des Einkommens wird aufgehoben. Künftig wird der Zusatzbeitrag ausschließlich als einkommensunabhängige Pauschale erhoben.

- Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich soll verhindern, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Einkommens eines Beschäftigten übersteigt. Die Abwicklung des Sozialausgleichs sollen die Arbeitgeber übernehmen, indem sie den entsprechenden Betrag an den Arbeitnehmer auszahlen und die Beitragsüberweisungen an den Gesundheitsfonds entsprechend reduzieren. Diese reduzierten Beiträge sollen durch Steuerzuschüsse an den Fonds ausgeglichen werden.

Der Bundesgesundheitsminister geht davon aus, dass mit der Reform eine zukunftsfähige Form der GKV-Finanzierung gefunden wurde, die es erlaube auch künftige Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen zu tragen. Eine Schlüsselstellung kommt dabei dem Zusatzbeitrag zu, über den die Kassen in die Lage versetzt werden sollen, höhere Ausgaben abzudecken, die z.B. aufgrund des medizinischen Fortschritts entstehen. Da die Höhe des Zusatzbeitrages nicht mehr begrenzt ist, wird den Kassen die Möglichkeit eingeräumt, ihre Einnahmen in größerem Umfang zu steigern, als dies bisher der Fall war. Gleichzeitig soll der neue Zusatzbeitrag den Wettbewerb unter den Kassen verstärken. Die erhöhte Beitragsautonomie soll die Preisdifferenzen zwischen den Kassen ausweiten und transparent machen, um die Wechselanreize für die Versicherten und damit den Wettbewerbsdruck auf die Kassen zu erhöhen.

Abbildung 2 : Geplante Finanzierung der GKV ab 2011



Quelle: Eigene Darstellung

Das Gesundheitsministerium geht davon aus, dass die Notwendigkeit, Zusatzbeiträge zu erheben bzw. zu erhöhen, in den kommenden Jahren nur langsam ansteigen werde. Diese optimistische Sichtweise wird jedoch nicht nur von der Opposition in Frage gestellt. Auch innerhalb der Regierungsparteien ist die Einschätzung zu vernehmen, dass sich die Finanzsituation der GKV aufgrund weiter steigender Ausgaben bereits in den nächsten Jahren weiter verschlechtern und zu einem deutlichen Anstieg der Zusatzbeiträge führen werde.

Die aufgrund der Finanzierungsreform kalkulierten Mehreinnahmen von sechs Milliarden Euro reichen allerdings nicht aus, um das prognostizierte Defizit von elf Milliarden Euro für das Jahr 2011 auszugleichen. Um dieses Ziel zu erreichen erhöht die Bundesregierung den Steuerzuschuss für die GKV um zwei Milliarden Euro. Die verbleibenden vier Milliarden Euro sollen durch Einsparungen auf der Ausgabenseite realisiert werden.

Im Arzneimittelbereich sind bereits Sparmaßnahmen auf den Weg gebracht worden: Höhere Rabatte der Hersteller für die GKV und wirkungsvollere Preisverhandlungen bei den teuren patentgeschützten Arzneimitteln sollen die Ausgaben deutlich zurückführen. Dazu ist beabsichtigt, die Verwaltungskosten der Krankenkassen für zwei Jahre einzufrieren, den Ausgabenzuwachs im Krankenhaussektor und bei den Zahnärzten auf die Hälfte des bislang vorgesehenen Volumens zu reduzieren, die Preise für Impfstoffe auf das europäische Durchschnittsniveau zu senken, durch Reimporte von Arzneimitteln eine wirtschaftlichere Versorgung zu erreichen sowie die überproportionalen Zuwachsraten in der hausärztlichen Versorgung auf das Niveau der niedergelassenen Fachärzte zu beschränken.

Durch diese Maßnahmen sollen in der GKV 3,5 Milliarden Euro im Jahr 2001 und 4 Milliarden Euro im Jahr 2010 eingespart werden.

Ausblick

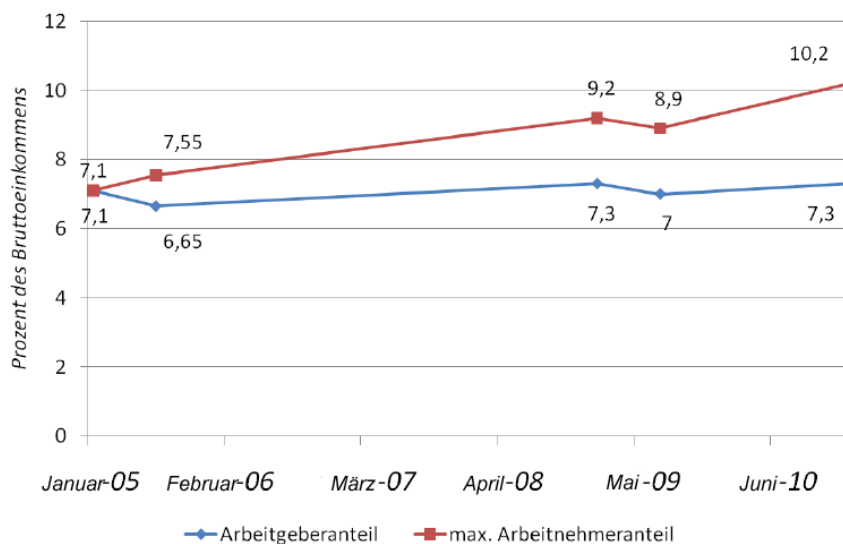
Der von der schwarz-gelben Regierung angekündigte Systemwechsel in der GKV-Finanzierung hin zu einem Kopfprämienmodell ist (vorerst) an den internen Meinungsverschiedenheiten in der Koalition sowie den komplexen politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen gescheitert. Der vereinbarte Kompromiss, mit dem ab 2011 zusätzliche Einnahmen für die Krankenkassen generiert werden sollen, ist in seinen Auswirkungen jedoch nicht gering zu bewerten. Mit ihm wird der inkrementelle Wandel fortgesetzt, mit dem seit einigen Jahren eine langsame Abkehr vom klassischen Bismarck-Modell in der Finanzierung der Krankenversicherung eingeleitet wurde. Zwar bleiben die lohnbezogenen Beitragsbestandteile ein wichtiges Element, sie werden jedoch zunehmend um Pauschalen und Steuerzuschüsse ergänzt. Die GKV-Finanzierung wird zu einem gemischten System weiterentwickelt, das die folgenden Merkmale aufweist:

- Die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird eingeschränkt.
- Die Arbeitgeber werden entlastet und durch das Festschreiben ihres Beitragsanteils von der Finanzierung künftiger Ausgabensteigerungen befreit.
- Die Finanzierungslast wird verstärkt auf die Arbeitnehmer übertragen. Lag ihr Finanzierungsanteil im Januar 2005 noch durchschnittlich bei 7,1 Prozent des Bruttoeinkommens, kann er nach der Reform 2011 auf bis zu 10,2 Prozent ansteigen (siehe Abbildung).
- Mit der Gestaltung des Zusatzbeitrags als Pauschale wird der Einkommensbezug der Finanzierung geschwächt.
- Künftige Ausgabensteigerungen werden zuerst über die Anhebung der Zusatzbeiträge finanziert werden. Die Bedeutung dieses pauschalen Finanzierungsanteils wird daher in der Zukunft weiter steigen.
- Die Finanzierung über Steuern wird – in Abhängigkeit von der Haushaltslage – weiterhin ein wichtiger Finanzierungsbestandteil in der GKV sein. Nicht zuletzt wird der Sozialausgleich im System der

Zusatzbeiträge eine Ausweitung der Steuerfinanzierung notwendig machen.

Ein zentraler Kritikpunkt an der geplanten Reform, ist die beabsichtigte Umverteilung der Finanzierungslasten. Dadurch entsteht einerseits ein Gerechtigkeitsproblem, da die Finanzierung über höhere Beiträge bzw. Zusatzbeiträge in der Zukunft immer stärker auf die Schultern der Versicherten verlagert wird. Die Bundesregierung betont zwar, dass der Sozialausgleich für Gerechtigkeit bei den Zusatzbeiträgen Sorge. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die maximale Belastung der Versicherten nach der anstehenden Reform deutlich höher ist als zuvor. Die Versicherten werden mittelfristig die Verlierer der Finanzierungsreform sein (ziehe Abbildung 3).

Abbildung 2 : Entwicklung des Arbeitgeber- und max. Arbeitnehmeranteils an der GKV-Finanzierung



Quelle: Eigene Darstellung

Andererseits verändert die geplante Reform auch die Perspektive der Arbeitgeber auf die Entwicklung des Gesundheitssystems. Die arbeitsmarktpolitisch motivierte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags kann dazu führen, dass diese gesellschaftspolitisch sehr einflussreiche Gruppe sich künftig nicht mehr in dem Maße für eine effiziente und wirtschaftliche Mittelverwendung im Gesundheitswesen einsetzen wird, wie das bisher der Fall war. Vorhaben der Kostendämpfung und Effizienzsteigerung, die gegen die Interessen der Leistungserbringer ohnehin politisch schwer durchsetzbar sind, werden zukünftig vermutlich auf die Unterstützung durch die Arbeitgeber verzichten müssen.

Das Cerfa

Das „Comité d'études des relations franco-allemandes“ (Forschungskomitee für deutsch-französische Beziehungen, Cerfa) wurde 1954 durch ein Regierungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Frankreich gegründet. Die Amtsvormundschaft des Cerfa kommt seitens Frankreich dem Ifri und seitens Deutschland dem DGAP zu. Das Cerfa wird paritätisch durch den Quai d'Orsay und das Auswärtigen Amt finanziert. Des Weiteren besteht der Verwaltungsrat aus einer gleichen Anzahl an deutschen und französischen Persönlichkeiten.

Das Cerfa setzt sich das Ziel, Prinzipien, Bedingungen und Lage der deutsch-französischen Beziehungen auf politischer, wirtschaftlicher und internationaler Ebene zu analysieren ; Fragen und konkrete Probleme, die diese Beziehungen auf Regierungsebene stellen, zu definieren; Vorschläge und praktische Anregungen zu finden und vorzustellen, um die Beziehungen zwischen den beiden Ländern zu vertiefen und zu harmonisieren.

Dieses Ziel wird durch regelmäßige Veranstaltungen und Seminare, die hohe Beamte, Experten und Journalisten versammeln sowie durch Studien in Bereichen gemeinsamen Interesses verwirklicht.

Hans Stark leitet das Generalsekretariat des Cerfa seit 1991. Louis-Marie Clouet arbeitet dort als Forscher und ist für die „Notes du Cerfa“ und die „Visions franco-allemandes“ zuständig. Nele Wissmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und für das Projekt „Deutsch-französischer Zukunftsdialog“ zuständig.