

Eine Koalition für die Gesundheit, Teil II

Von Anne Zimmermann

An dieser Stelle wurde vor einem dreiviertel Jahr die Sorge geäußert, dass sich die damals gerade neu gebildete Regierungskoalition bei der Weiterentwicklung oder auch Neugestaltung der Finanzierung des Gesundheitswesens wohl nur schwer werden einigen können. Die eine Fraktion (SPD) bevorzugte die Bürgerversicherung – alle Personen sollten in die GKV einbezogen und die Beitragsbemessungsgrundlage durch andere Einkunftsarten ausgeweitet werden. Die andere Fraktion (CDU/CSU) trat dagegen für die Gesundheitsprämie ein – alle Personen, die heute in der GKV sind, zahlen eine jeweils versicherungseinheitliche Prämie.

Nachdem sich die Koalition gestern nach Monaten der Verhandlungen auf Eckpunkte geeinigt hat, wird deutlich, wie berechtigt diese Sorge war. Der jetzige Kompromissvorschlag der Koalition – der sogenannte Gesundheitsfonds – besteht aus einer Gemengelage der Charakteristika obiger Eckmodelle sowie der Einführung einer Steuerfinanzierung. Der Einstieg in die Steuerfinanzierung läuft zunächst über eine stufenweise Übernahme der Kosten der beitragsfreien Versicherung der Kinder. Sie sollen über Mittel aus dem laufenden Haushalt gedeckt werden. Die wohl nicht unberechtigte Sorge ist, dass es bei diesem Baustein nicht bleiben wird, wenn in Zukunft die absehbaren Kosten durch die demographische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt weiter steigen.

Der neue Gesundheitsfonds

In den geplanten Gesundheitsfonds sollen Zahlungen der Arbeitgeber, Beiträge der Arbeitnehmer und Steuermittel fließen. Darüber hinaus sollen teure Kassen von ihren Versicherten wahlweise Pauschalzahlungen oder einkommensabhängige Zusatzzahlungen fordern dürfen. Günstige Kassen können dagegen eine Rückerstattung gewähren. Die Versicherten suchen sich eine Kasse aus und der Fonds zahlt eine Einheitspauschale pro Versichertem direkt an die Kasse. Zusätzlich muss ein Risiko- und Einkommensausgleich entsprechend dem heutigen RSA zwischengeschaltet werden, um Risikoselektion zu vermeiden.

Ob die Mittel für eine Steuerfinanzierung über Steuererhöhungen oder aus dem laufenden Haushalt entnommen werden, ist für die grundsätzliche Beurteilung einer Steuerfinanzierung sekundär. Weshalb ist eine Steuerfinanzierung (in) der Krankenversicherung aber generell abzulehnen? Der Grund liegt darin, dass man damit ein System außer Kraft setzt bzw. beeinträchtigt, dass bei der Allokation von Gütern auf fast allen anderen Märkten als probat und wünschenswert angesehen wird: den Preismechanismus. Heute zahlen die GKV-Versicherten Beiträge, die sich am Lohn Einkommen bemessen. Dass diese Form der Preisbildung ineffizient und verteilungspolitisch wenig zielsicher und ungerecht ist, ist bekannt. Eine Ausweitung auf alle Einkunftsarten würde zwar die Leistungsfähigkeit der Versicherten möglicherweise treffsicherer abbilden, aber das ändert nichts daran, dass dann die Preise der Versicherungen nicht ihre dem individuellen Versicherten zukommende Leistung widerspiegeln. Es herrscht keinerlei Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung. Auf diese Weise können die Versicherungen untereinander nicht in einen Wettbewerb um effiziente Leistungserbringung und hohe Qualität treten, sondern sie verteilen einfach alle ihnen entstehenden Kosten auf alle Versicherten, die sie nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit finanzieren. Die Kosten müssen insgesamt gering gehalten werden, aber auf individuelle Preissignale muss verzichtet werden.

Würde das auf anderen Märkten so gehandhabt, gäbe es ziemlich schnell keinerlei Bereitschaft der Kunden mehr, für die Leistungen der anderen Kunden mit zu zahlen bzw. umgekehrt würde versucht, den Nutzen der eigenen Zahlung durch größtmögliche Inanspruchnahme zu maximieren. Genau dies geschieht im Gesundheitswesen bereits heute, es würde durch eine Steuerfinanzierung um ein Vielfaches verstärkt. Kostenträger und -verursacher würden noch stärker auseinander gerissen. Dieses System kann keine effiziente Ressourcenallokation gewährleisten. Genau das ist aber von einem Krankenversicherungssystem zu verlangen, zumal Politik und Gesellschaft ein funktionierendes Gesundheitssystem mit mehr Wettbewerb fordern und auf Kostensenkungen drängen. Hinter diesem Widerspruch aus Forderung und ergriffener Maßnahme steht nach wie vor häufig die Vorstellung, Gesundheitsleistungen seien eigentlich Güter, die den üblichen Marktmechanismen

entzogen seien bzw. entzogen werden sollten. Dass dem nicht so ist, kann man an der privaten Krankenversicherung sehen, bei der die Preise risikoäquivalent gebildet werden und eine Versorgung offensichtlich dennoch gewährleistet ist.

Die privat Versicherten sind vielen aber ohnehin suspekt, ihre genaue Behandlung ist auch noch nicht abschließend geklärt: Sie entzögen sich derzeit nach Ansicht einiger Politiker der Solidarität und müssten – wenn die PKV schon nicht komplett abgeschafft wird – mit Hilfe eines irgendwie gearteten Solidarbeitrages hierzu gezwungen werden. Hier gehen einige Argumente durcheinander. Zunächst entziehen sich die privat Versicherten keineswegs pauschal der Solidarität mit den GKV-Versicherten, da sie immerhin darauf verzichten, die Kosten ihrer Kinder sowie ihre eigenen, im Alter ansteigenden, Kosten anderen Personen aufzuerlegen, wie dies in der GKV konstituierendes Merkmal ist. Vielmehr zahlen alle Versicherten eine individuelle Prämie, die überdies durch einen Rückstellungsanteil für die Kosten im Alter vorsorgt. Abgesehen davon finanzieren sie über die höheren Gebührensätze einen erheblichen Anteil der ärztlichen Ausstattungen, die auch die GKV-Versicherten nutzen. Der einzige Aspekt, in dem der Vorwurf der Nicht-Solidarität zutrifft, liegt darin, dass die privat Versicherten sich nicht unmittelbar an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs beteiligen. Hier sollten die GKV-Versicherten allerdings nicht zu große Steine werfen, denn in ihrem Glashaus sitzen auch nur diejenigen, die ein Einkommen erreichen, das ihnen den Zutritt erlaubt, nämlich eines, das über 400 Euro angesiedelt ist. Die anderen (z.B. ALG II-Empfänger) werden der Steuerfinanzierung durch die Gesellschaft überlassen. Von den weiteren ungerechten Verteilungsmaßnahmen ganz abgesehen.

Die systematische Lösung dieses Problems liegt nicht darin, die PKV zu einem weiteren Beitrag zu zwingen, der in die ineffiziente GKV bzw. den neuen monströsen Gesundheitsfonds fließt, sondern in der Ausgliederung der Umverteilung aus der GKV in das Steuer-Transfer-System. Dann beteiligen sich alle Mitglieder der Gesellschaft über ihre Steuerzahlungen. Die Prämien in der Krankenversicherung müssen dem individuellen Risiko entsprechen und als Preise fungieren dürfen.

Bleiben noch die bereits erwähnten Kinder. Kinder sind anscheinend Personen, die nicht als Versicherte zählen.

Die beitragsfreie Familienversicherung wird als versicherungsfremde Leistung definiert, die dementsprechend über Steuern zu finanzieren sei. Die beitragsfreie Versicherung ist tatsächlich versicherungsfremd. Daraus ist aber zu schließen, dass an der Beitragsfreiheit etwas verändert werden muss, wenn Kinder nach wie vor überhaupt krankenversichert sein sollen. Sprich: Kinder müssen eine eigene Versicherungsprämie zahlen, wie dies in der PKV üblich ist. Die Finanzierung dieser Kosten über Steuern greift auf die beschriebene Weise in den Preismechanismus ein. Es gibt hierfür schlicht keinen Grund. Es werden ja auch nicht die Kosten der Ernährung von Kindern durch die Gesellschaft übernommen. Familienpolitisch Motivierte sollten sich an Institutionen halten, die hierfür zuständig sind (z.B. das Kindergeld) und Erhöhungen fordern. In der Krankenversicherung hat eine Steuerfinanzierung keinen Platz. Der steuerfinanzierte Ausgleich wird von diesen Überlegungen nicht berührt.

Der geplante Gesundheitsfonds ist tückisch, denn er verschleiert mehr, als er offen legt. In ihm sollen sich Beitragszahlungen, Pauschalen und Steuerzahlungen vereinen. Sprich, es wird alles vermischt, was irgendwie Geld ins System bringen kann. Nur tatsächliche Preise stehen nicht zur Diskussion. Dieser Kompromiss wird nicht lange tragen, denn es wird sich schnell zeigen, dass die Zahlungen nicht ausreichen, die Pauschalen zu niedrig sind und die Beitragssätze weiter angehoben werden müssen. Immerhin: durch die geplante Anhebung der Beitragssätze im nächsten Jahr wird zumindest signalisiert, wie es um die GKV steht. Eine Steuererhöhung zur Verhinderung dieses notwendigen Anstiegs hätte die Zusammenhänge noch undeutlicher gemacht. Dennoch: Keine einzige Ineffizienz des heutigen Systems wird bekämpft, es wird lediglich komplizierter verwaltet. Und der Schritt zu einer weitergehenden Steuerfinanzierung ist kein großer mehr. Man entfernt sich weiter von einem prosperierenden, wachstumsfähigen Gesundheits- und Versicherungsmarkt. Dass dieses System erst recht nicht demographisch stabil ist, ist nur das abschließende Argument, das aber in der kurzfristig denkenden Politik ohnehin niemand hören will.

8.366 Zeichen (Textbox: 614 Zeichen)

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung des Autors, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung des Autors zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an den Autor.

Dipl.-Volksw. Anne Zimmermann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl von Prof. Dr. Johann Eckhoff an der Universität zu Köln - **Kontakt:** Tel. 0221-470 2378 oder email: zimmermann@wiso.uni-koeln.de