

Der Ordnungspolitische Kommentar

Nr. 12/2010

07. Dezember 2010

Die Gesundheitsreform: Transparent, stabil und gerecht?

Von Christine Arentz

Nach den ursprünglichen Plänen von Gesundheitsminister Rösler hätte die letzte Gesundheitsreform ein vorgezogenes Weihnachtsgeschenk für die Versicherten werden können. Versprochen wurden mehr Wettbewerb und eine gerechtere Umverteilung. Die nun vom Bundestag beschlossene Reform hält allerdings wenig von dem, was die Versicherten sich ursprünglich von ihr erhoffen durften. Nach monatelangen koalitionsinternen Diskussionen ist nun ein Sammelsurium an Einzelmaßnahmen herausgekommen, die kein wirkliches Ziel erkennen lassen. Weder kann man die Reform als Weg in die Planwirtschaft begreifen, denn dazu gibt es zu viele Regelungen, die offensichtlich keinem Plan folgen; noch kann sie als Aufbruch in ein marktorientiertes System gelten, denn ein effizienter Wettbewerb um alle Versicherten ist nicht in Sicht.

Da aber von allen Seiten Kritik an der Reform laut wird, kann sie immerhin für sich in Anspruch nehmen, jedem ein bisschen auf die Füße zu treten. Dass unser Gesundheitssystem mit dieser Reform, wie vom Gesundheitsministerium behauptet, „transparent, stabil und gerecht“ wird, darf jedoch bezweifelt werden.

Das ursprüngliche Ziel und was davon übrig blieb...

Die ursprüngliche Idee von Gesundheitsminister Rösler, die Beiträge für die Krankenversicherung von den Löhnen und damit von der konjunkturellen Entwicklung zu entkoppeln, hatte zum Ziel, die Lohnzusatzkosten zu entlasten und die unsystematische Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beenden. Der Sozialausgleich sollte über das Steuer-Transfer-System erfolgen, um sowohl die Bedürftigkeit als auch die Leistungsfähigkeit der Bürger besser erfassen zu können.

Viel ist von diesen Plänen nicht übrig geblieben, obwohl die Mängel des heutigen Systems offensichtlich sind: Durch die Umverteilung innerhalb der GKV werden weder die tatsächlich Bedürftigen unterstützt, noch alle Leistungsfähigen zur Finanzierung der Umverteilung herangezogen. Löhne und Renten sind kein geeigneter Indikator für Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit, genauso wenig wie der Erwerbsstatus des Ehepartners. Im heutigen System werden Menschen unterstützt, die selbst für

ihre Beiträge aufkommen könnten und dies von Bürgern, die weit weniger haben.

Trotzdem werden nun weder die lohnabhängigen Beiträge noch die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten abgeschafft. Die lohnbezogenen Beiträge werden lediglich auf 15,5 Prozent eingefroren. Eine Entkopplung von den Löhnen erfolgt nur für zukünftige Kostensteigerungen, die über krankenkassenspezifische Pauschalen finanziert werden und Effizienzunterschiede zwischen den Kassen deutlich machen sollen. Allerdings ist für den über die Pauschalen abgesicherten Teil der Kostensteigerungen vorerst kein Risikoausgleich vorgesehen. Je größer der Finanzierungsanteil aus den Pauschalen in Zukunft wird, desto stärker wird sich auch die Versichertenstruktur der jeweiligen Kassen in den Pauschalen niederschlagen. Dies hat zur Folge, dass Kassen mit überdurchschnittlich vielen kranken Versicherten höhere Pauschalen erheben müssten als Kassen mit einer relativ günstigen Versichertenstruktur. Somit ist es durch die jetzige Ausgestaltung fraglich, ob die Unterschiede in den Pauschalen tatsächlich nur auf Effizienzunterschiede zurückgeführt werden können.

Der Sozialausgleich: weder gerecht noch systematisch

Für die pauschalen Zusatzbeiträge ist ein Sozialausgleich vorgesehen. Aber auch er hält nicht, was er verspricht, weil er dem Ziel, Bedürftigkeit besser zu erfassen, nicht gerecht wird. Ein Ausgleich wird immer dann gezahlt, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent des Lohn- bzw. Renteneinkommens ausmacht. Da die Kopplung der sozialen Unterstützung an die Löhne nicht aufgehoben wurde und sonstige Einkommen außen vor bleiben, werden weiterhin Personen unterstützt werden, die dieser Unterstützung nicht bedürfen. Die teilweise gleichzeitig am Sozialausgleich beteiligten Parteien – Arbeitgeber, Krankenkassen und Rententräger – lassen außerdem ein Verwaltungschaos befürchten und jede Transparenz vermissen.

Des Weiteren werden bestimmte Personengruppen gleich ganz von der Zahlung der Zusatzbeiträge ausgenommen. Neben den beitragsfrei Mitversicherten, die keine Zusatzbeiträge entrichten müssen, sind auch Bezieher von „Entgeltersatzleistungen“ von der Zahlung befreit. Hierzu gehören bspw. auch Bezieher von Elterngeld. Warum diese Gruppe ausgenommen wird, bleibt völlig unklar. Warum sind Bezieher von Elterngeld nicht in der Lage,

Zusatzbeiträge zu entrichten? Sind sie besonders bedürftig, weil sie Kinder erziehen? Und warum ist man als Bezieher von Elterngeld anders zu behandeln als bspw. ein ALG I Bezieher – übrigens auch eine Entgeltersatzleistung – der nach dem Willen der Koalition Zusatzbeiträge entrichten muss?

Diese Ausnahmen sind irritierend. Traut die Koalition ihrem eigenen Sozialausgleich nicht? Dieser Sozialausgleich sollte dazu dienen, Menschen zu unterstützen, die den Zusatzbeitrag nicht selbst entrichten können oder der sie finanziell überfordern würde – dann ist es völlig unerheblich, ob dies Elterngeldbezieher, ALG I Empfänger, oder Zivildienstleistende sind. Auch (zusatz-)beitragsfrei mitversicherte Ehepartner sind nicht automatisch bedürftig und müssen daher nicht von vornherein von der Zahlung von Zusatzbeiträgen ausgenommen werden. Die Ausnahmeregelungen sind nicht nur unsystematisch, sie führen außerdem zu Risikoselektion, wenn die Einnahmeausfälle, die Kassen durch diese Gruppen erleiden, nicht anderweitig ausgeglichen werden.

Auch sonst kaum überzeugende Ansätze

Die übrigen Regelungen für die GKV sind die schon aus früheren Reformen bekannten ad-hoc Sparmaßnahmen. Gekürzt wird an den verschiedensten Stellen nach Vorgabe des Gesundheitsministeriums. Besonders hervorzuheben ist die Regelung, die Verwaltungskosten der GKV für die nächsten zwei Jahre auf den Stand von 2010 einzufrieren. Eigentlich sollte die Begrenzung von (Verwaltungs-)Ausgaben über den Wettbewerb erfolgen: unterschiedliche Verwaltungsstrukturen schlagen sich in den Preisen, sprich Zusatzpauschalen nieder und senden dem Versicherten damit ein Preissignal. Durch die zentrale Vorgabe wird dies ad absurdum geführt und von staatlicher Seite vorgegeben, welche Höhe an Verwaltungskosten noch akzeptabel ist, statt dies der Wahl der Versicherten zu überlassen.

Klientelpolitik für die PKV?

Kritiker sehen in der Reform ein vorgezogenes Weihnachtsgeschenk für die PKV. Dabei stehen im Wesentlichen zwei Neuerungen in der Kritik. Zum einen sollen die privaten Krankenversicherungen in Zukunft auch von gesetzlich festgelegten Rabatten bei Arzneimitteln und von den angestrebten Preisverhandlungen der gesetzlichen Krankenkassen mit der Pharmaindustrie profitieren. Staatlich festgelegte Preise im Falle einer Nicht-Einigung zwischen der GKV und den Pharmafirmen sollen für die PKV ebenfalls gelten. Dies ist allerdings keine Klientelpolitik, sondern systematisch korrekt: Setzt der

Gesetzgeber zentrale Rabatte oder Preise fest, müssen diese für alle gelten. Die bisherige Regelung, nach der die Rabatte ausschließlich der GKV zugutekamen, hat dazu geführt, dass die Preise für Privatversicherte entsprechend gestiegen sind, da die Pharmaunternehmen damit Verluste aus dem GKV-Bereich zumindest teilweise kompensieren konnten. Damit haben Privatversicherte die Preissenkungen für die GKV-Versicherten subventioniert. Allgemeine Preissubventionierungen der einen Gruppe durch die andere sind nicht zu rechtfertigen, da nicht alle Privatversicherten vermögend und nicht alle gesetzlich Versicherten bedürftig sind. Ob staatlich vorgegebene Preise im Pharmasektor an sich sinnvoll sind, steht auf einem ganz anderen Blatt.

Die zweite Regelung, die die PKV betrifft, ist die Verkürzung der Wechselfrist von drei Jahren auf ein Jahr. Dies ist aus ökonomischer Sicht nicht zu beurteilen, sondern eine politische Richtungsentscheidung. Die GKV ist ein Zwangssystem, das auf ausreichend Beitragszahler angewiesen ist. Je nachdem, in welche Richtung man das Gesundheitssystem entwickeln möchte, wird an den Wechselmodalitäten gedreht: Strebt man in Richtung Bürgerversicherung, erschwert man den Wechsel von der GKV in die PKV. Will man dagegen die private Krankenversicherung auch langfristig erhalten, erleichtert man den Wechsel. Aus ökonomischer Sicht ist hier jedoch anzumerken, dass der Erhalt eines kapitalgedeckten und damit nachhaltigen Systems gegenüber dem schon heute von den demografischen Entwicklungen betroffenen Umlagesystem deutliche Vorteile hat.

Ein Geschenk an die Privatversicherten wäre indes gewesen, mehr Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungen zu ermöglichen, indem in Zukunft bei einem Wechsel individualisierte Altersrückstellungen übertragen werden. So könnten die Versicherten ihren Anbieter wechseln, ohne extreme Prämiensprünge in Kauf nehmen zu müssen. Die Koalition hätte sich damit auch selbst ein Geschenk gemacht, da vermehrter Wettbewerbsdruck für die privaten Versicherungen sicher nicht unter Klientelpolitik zu verbuchen gewesen wäre.

Fazit

Wie bei allen anderen Gesundheitsreformen zuvor muss man wohl auch diesmal wieder feststellen: Nach der Reform ist vor der Reform. Oder sollte man inzwischen schon sagen: Alle Jahre wieder? In diesem Sinne allen Lesern ein schönes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in ein hoffentlich „gesundes“ Jahr 2011!

9150 Zeichen

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

Dipl.-Volksw.‘in Christine Arentz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Wirtschaftspolitik, Kontakt: Tel: 0221-470 5356 oder E-Mail: christine.arentz@wiso.uni-koeln.de.