

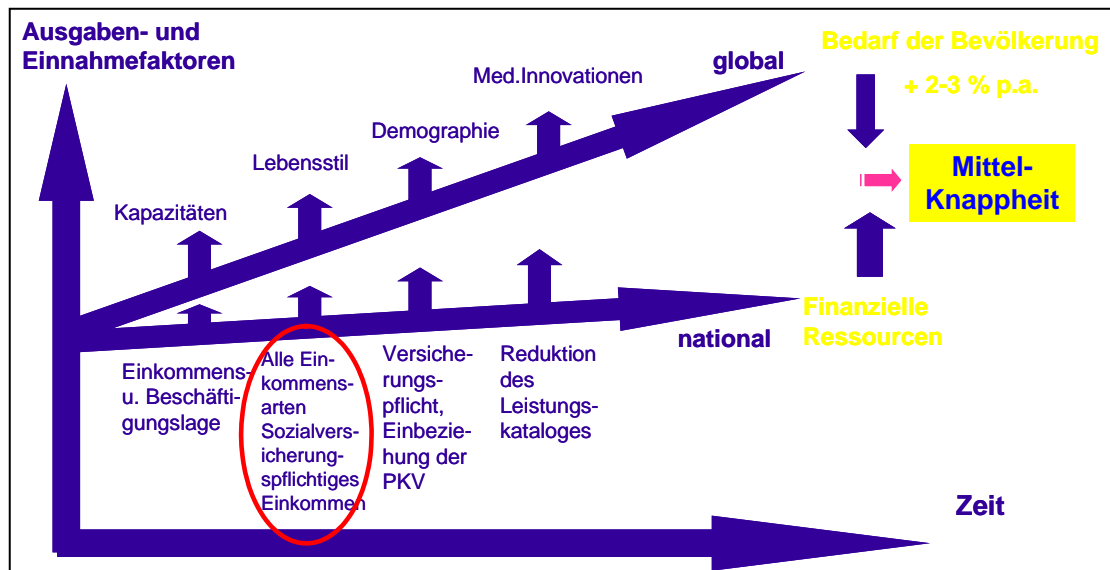
Modellvorstellungen für eine Finanzierungsreform der GKV: Pauschalierte Versichertenbeiträge

1. Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem

Alle Industriestaaten haben das Problem, dass der Behandlungsbedarf der Bevölkerung schneller wächst als die finanziellen Ressourcen. Dies führt dazu, dass sich zwischen den Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie für Kranke einerseits und der Finanzierung durch die Versicherten andererseits eine Lücke auftut. Diese Lücke soll aus politischen Gründen geschlossen werden. Man will nämlich den Anspruch einlösen, die gesamte Bevölkerung mit allen Möglichkeiten der Medizin zu versorgen. Hier experimentieren alle Industriestaaten mit recht unterschiedlichen Ansätzen und unterschiedlichem Erfolg. Gleichwohl ist es bislang noch in keinem Land gelungen, finanzielle Ressourcen und Bedarf der Bevölkerung quasi gleichgewichtig wachsen zu lassen.

Die Faktoren, welche die Behandlungsmöglichkeiten für Kranke antreiben, sind hinlänglich bekannt. Es sind dies die medizinischen Innovationen, die quasi täglich den Menschen neue Möglichkeiten versprechen, und eine älter werdende Bevölkerung, die gerne auf die Möglichkeiten der Medizin zurückgreift. Aber gerade die Demographie, die einerseits den Behandlungsbedarf rasch wachsen lässt, dämpft andererseits die Finanzierungsmöglichkeiten. Denn die nicht mehr erwerbstätige Bevölkerung trägt nur noch wenig zum Wachstum der finanziellen Ressourcen bei.

Abb. 1: Das gesundheitsökonomische Fundamentalproblem aller Industriestaaten



Nachdem die einzelnen Regierungen weder die Demographie abändern, noch Innovationen grundsätzlich stoppen wollen, konzentrieren sich in jüngster Zeit die Reformbemühungen vor allem auf die Stärkung der finanziellen Ressourcen. Die USA haben gerade (2010) ein Gesetz beschlossen, in dem der Behandlungsbedarf von rund 35 Mio. Menschen künftig zusätzlich finanziert werden soll. Man schätzt, dass dies jährlich einen zusätzlichen Mittelaufwand von etwa 100 Mrd. Dollar bedeuten wird.

Für Deutschland schätzen wir, dass sich im Jahr 2011 eine Finanzierungslücke von etwa 12 bis 15 Mrd. Euro auftut. Vor diesem Hintergrund hat die neue Bundesregierung schon in ihrem Wahlprogramm 2009 beschlossen, die Finanzierung der GKV neu auszurichten. Wenn es auch noch keine Modellvorstellung von Seiten der Regierung gibt, so kann man doch aus den Eckpunkten des Koalitionsvertrages einem Grundriss für die projizierte Finanzierungsreform ableiten.

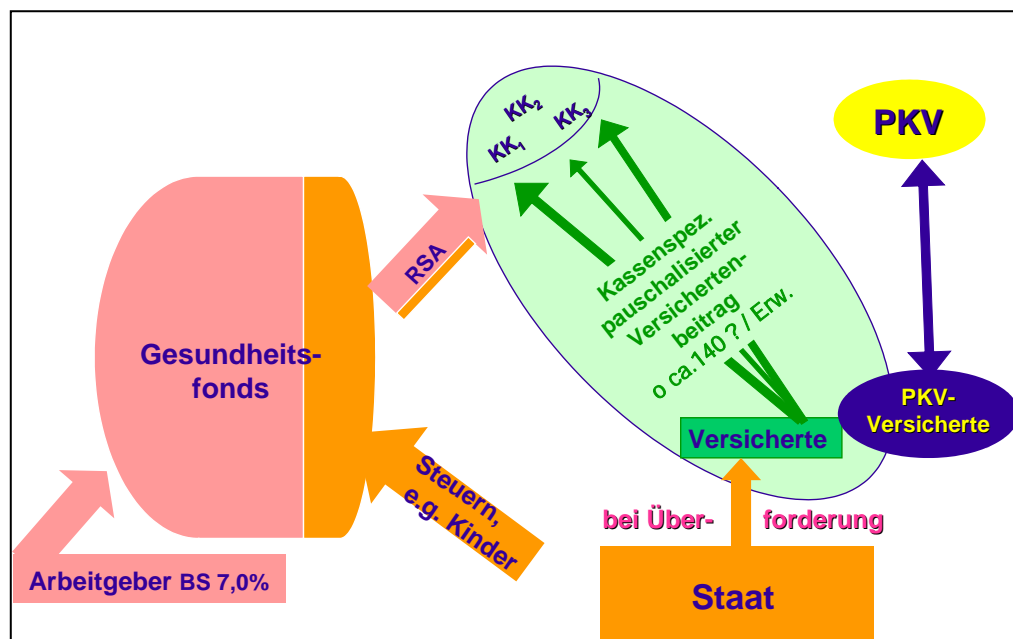
2. Grundriss der Koalitionsvereinbarung: Ein regionalisierter Gesundheitskombi

Die Bundesregierung hat in der Koalitionsvereinbarung die folgenden fünf Punkte festgelegt:

- (1) Mehr Beitragsautonomie für die Krankenkassen
- (2) Regionale Differenzierungsmöglichkeiten für die Versorgung
- (3) Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge, die sozial ausgeglichen werden
- (4) Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten
- (5) Der Arbeitgeberanteil bleibt fest

Nimmt man diese fünf Eckpunkte der geplanten Finanzierungsreform zusammen, so lässt sich daraus ein Grundriss der Koalitionsvereinbarung konstruieren, der in der nachfolgenden Abbildung dargestellt ist.

Abb. 2: Grundriss der Koalitionsvereinbarung: Ein regionalisierter Gesundheitskombi



Das obige Bild weist aus, dass die Finanzierungsreform auf zwei wesentlichen Säulen beruht: Einen reduzierten Gesundheitsfonds und pauschalieren Versichertenbeiträgen, die den Kassen direkt zufließen und bei diesen verbleiben.

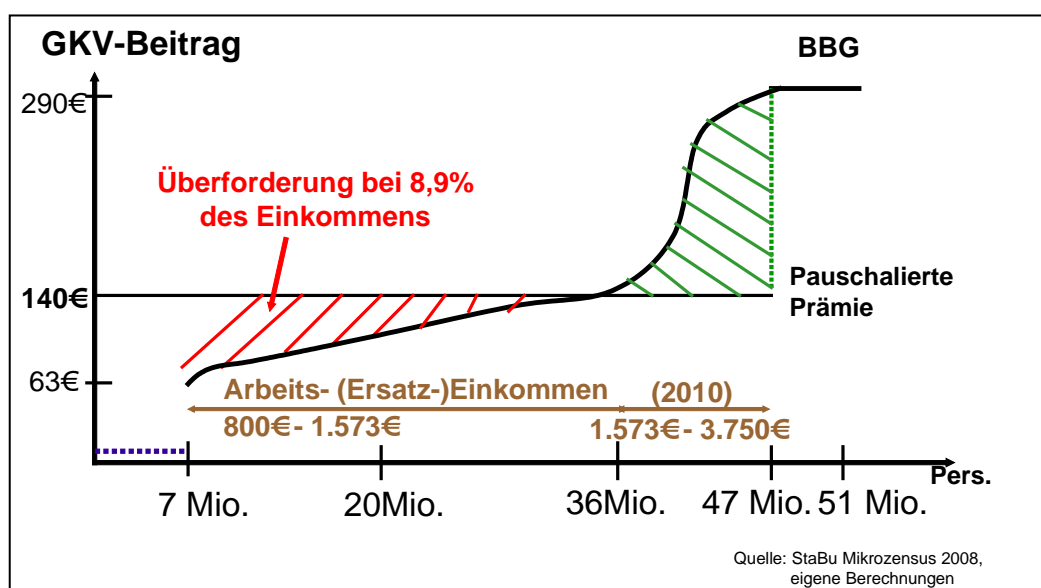
In den Gesundheitsfonds fließen lediglich die Arbeitgeberbeiträge, die auf 7 % eingefroren werden, sowie die Steuermittel, die vor allem für die Kinder vorgesehen sind.

Letztere betragen im Jahr 2010 rund 15 Mrd. Euro, womit nahezu 10 % des gesamten Mittelaufkommens direkt aus Steuern finanziert werden. Indirekt kommen noch weitere Finanzmittel hinzu, die aber hier zunächst keine Rolle spielen. Die viel diskutierte Neuerung ist aber, dass ein zweiter Teil der Finanzierungsreform sich aus pauschalierten Versicherungsbeiträgen zusammensetzt.

Die Kritik und die Diskussion erhitzt sich z. Zt. an der Pauschalierung der Beiträge. Diese Pauschalierung wird einerseits als ungerecht bezeichnet, weil sie von allen Versicherten verlangt wird, unabhängig von der jeweiligen Einkommenslage, und andererseits als schwer technisch handhabbar eingeschätzt, was den Beitragseinzug durch die Kassen betrifft, und schließlich auch als sozial diskriminierend eingestuft, weil Bürger, die mit der Pauschale überfordert sind, über einen Antrag einen entsprechenden Sozialausgleich über Steuern erhalten.

Aber betrachten wir uns zunächst einmal, wie eine einheitliche Pauschale einzuschätzen ist.

Abb. 3: Kassenspezifische, pauschalierte Prämien



Die Abbildung zeigt, dass es bei einem durchschnittlichen Beitrag von der Summe her genau soviel Entlastungen geben muss, wie es auch Belastungen gibt. Denn das Kennzeichen des derzeitigen Solidarausgleichs ist es ja gerade, dass die in unserem Bild rechts grün schraffierten Entlasteten zur solidarischen Unterstützung der links rot schraffierten Belasteten herangezogen werden. Allerdings ist der Solidarausgleich für die meisten Menschen völlig intransparent und von daher auch kaum verständlich.

Nach unseren Schätzungen müsste eine Prämie etwa bei 140 Euro liegen, im Durchschnitt aller Kassen. Bei dieser Pauschale würden etwa 11 Mio. Menschen entlastet, weil sie jetzt höhere Beiträge zahlen, und rund 25 Mio. belastet, weil sie derzeit niedrigere Beiträge entrichten.

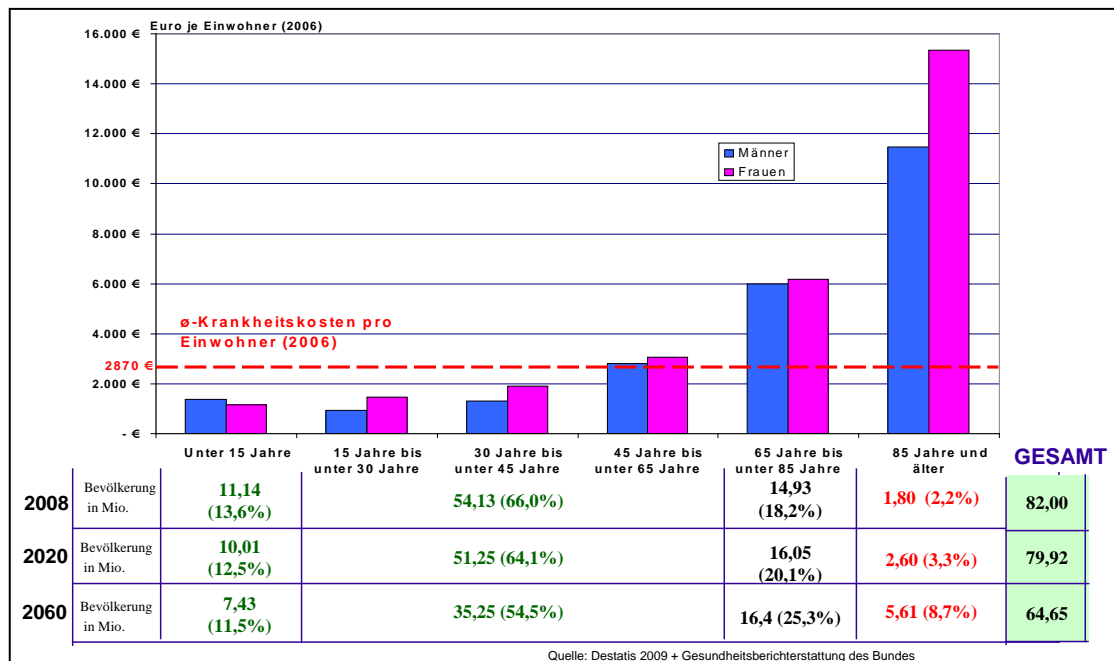
Der derzeitige intransparente Solidarausgleich wird mit einem Pauschalbeitrag transparent gemacht, ohne dass sich das Volumen der Beiträge insgesamt verändert. Wichtig ist aber zu verstehen, dass auch ein Pauschalbeitrag nach wie vor einen Solidarausgleich dahin gehend bringt, dass Gesunde mehr als Kranke, Junge stärker als Ältere und Singles mehr als Familien belastet sind. Insofern sind wichtige Komponenten des bisherigen Solidarausgleichs weiterhin enthalten. Lediglich der Einkommensausgleich zwischen gut Verdienenden und weniger gut Verdienenden wird auf das Steuersystem verlagert. Nun ist es aber unter Ökonomen kaum bestritten, dass ein Einkommensausgleich in einem Steuersystem sehr viel genauer geleistet werden kann, als über einen proportionalen Beitrag.

3. Langfristige Perspektiven

Langfristig wird sich die deutsche Wohnbevölkerung dramatisch verändern. So wird bis zum Jahr 2060 die Bevölkerung insgesamt um 18 Mio. abnehmen. Dieser Bevölkerungsschwund wird vor allen Dingen durch einen Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung um nahezu 20 Mio. ausgelöst, während die Seniorengeneration um rund 5 Mio. wachsen wird. Letztere Gruppe verbraucht aber deutlich mehr Gesundheitsleistungen als sie finanziert.

Die Nettozahlergruppe zwischen 20 und 65 Jahren wird aber nicht mehr in der Lage sein, im heutigen Umfang die Seniorengruppe zu finanzieren. Spätestens dann wird der Solidarausgleich heutigen Zuschnitts zusammenbrechen. Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht diesen Zusammenhang.

Abb. 4: Krankheitskosten und Demographie bis 2060



Eine nachhaltige Finanzierungsreform muss also unbedingt diese Perspektive berücksichtigen. Eine Steuerfinanzierung kann das Problem nicht lösen, weil auch das Steueraufkommen in erster Linie die jeweils erwerbstätige Bevölkerung trifft. Von daher kann nur ein Ansparen für diese künftige Belastung als geeignetes Instrument eingeschätzt werden. Dieses Ansparen kann entweder kollektiv erfolgen, wie es etwa die Private Krankenversicherung tut, oder individuell von den einzelnen Haushalten. Am Wahrscheinlichsten sind Mischsysteme.

Ein gangbarer Weg wäre auch, wenn der Staat für die heutigen Kinder Gesundheitssparkonten steuerlich fördern würde, ähnlich dem Riester-Versorgungsmodell. In jedem Falle müssen wir feststellen, dass es bislang kaum Konzepte für eine nachhaltige Finanzierungsreform der GKV gibt.