
>>> **ANDREAS STORM** MdB
Vorsitzender der Arbeitsgruppe
Gesundheit und Soziale Sicherung
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

>>> **ANNETTE WIDMANN-
MAUZ** MdB
Gesundheitspolitische Sprecherin
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Berlin, 3. Februar 2003

Für eine grundlegende Neuordnung der Finanzierungsstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung

I.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland befindet sich in einer schweren Krise. Zum einen sind die Beiträge zur GKV unter Rot-Grün von durchschnittlich 13,6 % im Jahre 1998 auf 14,4 % Anfang 2003 gestiegen. Trotz hektischer Sparbemühungen und anderslautender Versprechungen von Gesundheitsministerin Schmidt muß heute rund die Hälfte der Versicherten höhere Beiträge zahlen als vor der Bundestagswahl. Die Schuld für diese Entwicklung trägt die katastrophale Politik der rot-grünen Bundesregierung. Eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit und politisch bedingte Verschiebebahnhöfe entziehen den Krankenkassen Einnahmen in Milliardenhöhe, so daß ein weiterer Anstieg des durchschnittlichen GKV-Beitrags auf bis zu 14,7 % noch im laufenden Jahr zu erwarten ist.

Trotz dieser enorm gestiegenen Belastung von Versicherten und Arbeitgebern hat sich zum anderen die Leistungsfähigkeit der GKV nicht verbessert – im Gegenteil. Immer mehr Versicherte müssen erleben, daß ihnen medizinisch notwendige Leistungen versagt werden. Budgets und Nullrunden führen zu einer Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit. Patienten, vor allem chronisch Kranke, sind die Leidtragenden dieser Entwicklung. Die Verbürokratisierung der Medizin in Arztpraxen und Krankenhäusern läßt Ärzten und Pflegekräften immer weniger Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung. Entsprechend hoch ist die Frustration beim medizinischen Personal und bei den Patienten. Trotz der sich abzeichnenden Misere bei der medizinischen Versorgung will Bundesgesundheitsministerin Schmidt ihren Weg in die Staatsmedizin fortsetzen. Eine Anstalt zum Abbau der Qualität in der Medizin soll

dazu beitragen, unser freiheitliches und pluralistisches Gesundheitswesen in eine staatsdirigistische Zuteilungsmedizin zu wandeln. Die Erfahrungen in anderen Ländern, etwa in Großbritannien, zeigen aber, daß dies ein Irrweg ist.

II.

Neben diesen aktuellen Entwicklungen weist aber auch der Blick in die Zukunft den dringenden Reformbedarf in der GKV auf. Ohne grundlegende strukturelle Reformen wird die Kombination aus den gravierenden Verschiebungen in der Altersstruktur unserer Bevölkerung einerseits und den Segnungen des medizinisch-technischen Fortschritts andererseits dazu führen, daß die Beiträge zur GKV in den nächsten Jahrzehnten auf mehr als 20 % ansteigen werden. Denn während der Bedarf an medizinischen Leistungen im Alter deutlich zunimmt, zahlen ältere Versicherte aus ihrer Rente erheblich geringere Beiträge als Arbeitnehmer aus ihrem Arbeitseinkommen. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird ein immer größerer Anteil der Beitragseinnahmen zur Finanzierung der Ausgaben für die älteren Versicherten herangezogen werden müssen. Selbst vorsichtige Prognosen sagen daher einen Anstieg der GKV-Beiträge auf mehr als 20 % bis zum Jahre 2040 voraus.

Es liegt auf der Hand, daß ein solcher Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu dramatischen Konsequenzen auf dem Arbeitsmarkt führen würde. Die Ausgaben der GKV werden heute im wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen finanziert. Steigende Beiträge führen daher zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und zu steigender Arbeitslosigkeit. Dieser Teufelskreis muß durchbrochen werden, denn ohne eine grundlegende Reform der Finanzierung unserer sozialen Sicherungssysteme wäre für die nächsten Jahrzehnte eine anhaltend hohe Massenarbeitslosigkeit vorprogrammiert.

III.

Zwischen Bundesregierung und Opposition herrscht ein Dissens über die Notwendigkeit einer Reform der Einnahmenseite der GKV. Bislang hieß es aus dem Munde von Ulla Schmidt immer, es sei genügend Geld im System vorhanden. Die Ministerin meint, daß man sich der Einnahmeproblematik erst dann zuwenden sollte, wenn auf der Ausgabenseite alle Wirt-

schaftlichkeitsreserven erschlossen und die Qualität der Leistungserbringung optimiert worden sei. Nun bestreitet niemand ernsthaft, daß in dem jetzigen System auch noch Wirtschaftlichkeitsreserven stecken. Ihre Erschließung ist aber eine Daueraufgabe und entbindet die Politik nicht davon, sich gleichzeitig mit der erodierenden Einnahmehasis zu befassen, wie die vorstehenden Bemerkungen deutlich gemacht haben.

Wir brauchen daher eine Reform aus einem Guß, die Einnahmen- wie Ausgabenseite mitumfaßt. Im Unterschied zu Bundesgesundheitsministerin Schmidt will die Union aber auf der Ausgabenseite nicht über mehr Bürokratie, Listenmedizin und Staatsdirigismus einen effizienteren Mitteleinsatz herbeiführen, sondern durch Wettbewerb, Transparenz und Stärkung der Freiheitsrechte, insbesondere der Entscheidungs-, Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Patienten und Versicherten. Angesichts des zuvor aufgezeigten Reformbedarfes und der zur Zeit inner- und außerhalb der Rürup-Kommission geführten Diskussionen zur Finanzierung wollen wir uns in unserem Beitrag an dieser Stelle auf die Einnahmenseite der GKV konzentrieren.

IV.

Der radikalste Vorschlag zur Durchbrechung der verhängnisvollen Spirale aus steigenden lohnbezogenen Sozialbeiträgen und wegbrechenden Arbeitsplätzen ist ein vollständiger Systemwechsel zum „Schweizer Modell“. Dieses zuletzt auch vom Namensgeber und Vorsitzenden der „Rürup-Kommission“ der Bundesregierung favorisierte Modell sieht vor, daß die Beiträge zur Finanzierung der Krankenkassenausgaben von den Arbeitseinkommen abgekoppelt und durch Kopfpauschalen abgelöst werden sollen. Nach diesen Berechnungen wäre bei einer aufkommensneutralen Umstellung derzeit eine Kopfpauschale von 200 Euro je erwachsenem Versicherten erforderlich. Allerdings ergäben sich bei einer derart radikalen Reform drei grundlegende Probleme:

- Zum einen müßte der soziale Ausgleich zur Entlastung von sozial schwachen Versicherten und von Familien aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden. Das hierfür erforderliche Finanzvolumen beläuft sich auf mindestens 25 Milliarden Euro pro Jahr. Zur Finanzierung des Solidarausgleiches für ein derart reformiertes GKV-System wäre also eine Anhebung der Mehrwertsteuer um 3 Prozentpunkte erforderlich. Es ist offensicht-

lich, daß ein derart großes Finanzvolumen ohne massive Steuererhöhungen auf absehbare Zeit kaum bereitgestellt werden kann.

- Zum zweiten zeigen die Erfahrungen aus der Schweiz, daß alleine durch die Finanzierung der GKV über Kopfpauschalen der Ausgabenanstieg nicht gebremst werden kann. So sind in der Schweiz die Krankenversicherungsbeiträge zum Jahreswechsel erneut um durchschnittlich rund 10 % gestiegen. Diese Schweizer Erfahrungen machen deutlich, daß die Finanzierung der GKV-Ausgaben über Kopfpauschalen in den nächsten Jahrzehnten zu massiv steigenden Krankenkassenbeiträgen führen würde – nur wären diese eben nicht mehr lohnbezogen. Zugleich würde mit dem starken Anstieg der Kopfpauschalen das erforderliche Finanzvolumen zur Sicherstellung des Solidarausgleiches für die einkommensschwachen Versicherten und Familien im Zeitablauf erheblich ansteigen. Beliefe sich das Finanzierungsvolumen für diesen Solidarausgleich in der Startphase einer GKV nach dem „Schweizer Modell“ noch auf 3 Mehrwertsteuersatzpunkte, so wären im Jahr 2040 bereits 6 Mehrwertsteuersatzpunkte für den Solidarausgleich erforderlich.
- Schließlich sind pauschale Prämien unter Gerechtigkeitsaspekten nur schwer zu vermitteln, da der Spitzenverdiener im selben Maße belastet ist wie der sogenannte „kleine Mann“.

V.

Die dargestellten erheblichen Probleme im Falle eines Systemwechsels zum „Schweizer Modell“ lassen es sinnvoller erscheinen, anstelle eines vollständigen Systemwechsels grundlegende Reformen innerhalb des bestehenden deutschen GKV-Systems vorzunehmen. Ziel einer Reform muß es sein, erstens die hohe lohnbezogene Beitragsbelastung in der GKV bereits kurz- bis mittelfristig spürbar zu mindern und zweitens den sich langfristig abzeichnenden dramatischen Ausgabenanstieg nicht mehr alleine über lohnbezogene Beiträge, sondern auch aus anderen Finanzierungsquellen zu decken.

Nur so wird es uns gelingen, Arbeitsplätze zu schaffen, die Wettbewerbsfähigkeit unserer Unternehmen und Betriebe wiederherzustellen, die Finanzierungsgrundlagen der GKV zu stabilisieren, die junge Generation vor Überforderungen zu schützen, allen Beteiligten im Ge-

sundheitswesen, insbesondere Patienten und Versicherten wieder Handlungs- und Gestaltungsoptionen zu eröffnen und Impulse im Wachstumsmarkt Gesundheit – soweit es mit einem Solidarsystem vereinbar ist – zu stärken. Unser Ziel ist es, die Sozialbeiträge wieder unter die 40-Prozent-Marke zu senken.

Die Senkung der Sozialbeiträge unter die 40-Prozent-Marke ist eine gewaltige Aufgabe, die zwar nicht allein auf die GKV beschränkt bleibt, aber gerade von ihr besondere Anstrengungen erfordert. Der GKV-Beitrag muß daher innerhalb kurzer Zeit von heute 14,4 % auf durchschnittlich 13 % abgesenkt und auf diesem Niveau möglichst lange stabilisiert werden. Es liegt auf der Hand, daß eine solche Anstrengung weder alleine von den Patienten noch von den Versicherten oder von den Steuerzahlern erbracht werden kann. Vielmehr muß diese Last gerecht auf alle Schultern verteilt werden.

Maßstab für die Beurteilung der Gerechtigkeit ist dabei, daß Gleiches gleich und Verschiedenes nach seiner Eigenart zu behandeln ist. Unter diesem Aspekt ist es geboten, die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus der solidarischen Krankenversicherung herauszunehmen und zu prüfen, inwieweit die Finanzierung der zahnärztlichen Behandlung und des Zahnersatzes von den Lohnnebenkosten entkoppelt und dabei schrittweise in die vollständige Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden kann. Um bei begrenzten Finanzmitteln der Solidargemeinschaft einem überzogenen Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu begegnen, andererseits aber auch Wachstumspotentiale auf dem Markt für Gesundheit nicht zu behindern, ist zudem eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und die Verknüpfung der Selbstbeteiligung der Patienten mit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sinnvoll.

VI.

Eine dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages zur gesetzlichen Krankenversicherung verringert die Abhängigkeit der Einnahmeseite der GKV von der Konjunktur. Denn jede auch nur vorübergehende Schwächung der Einnahmeseite der GKV durch konjunkturelle Schwankungen würde ansonsten erneut Diskussionen über den Zusammenhang von Lohnnebenkosten und Arbeitslosigkeit hervorrufen. Sozial- und gesundheitspolitische Themenstellungen würden also auch zukünftig permanent von der Frage überschattet, was die Sozialsys-

teme durch kurzfristige Maßnahmen zur Belebung der Wachstums- und Beschäftigungsdynamik beitragen können. Gesundheitspolitik fände damit vor allem unter dem Aspekt der Begrenzung der Lohnnebenkosten statt. Um dies zu verhindern, muß Arbeitgebern und Investoren ein deutliches Signal gegeben werden, daß die Schaffung von Arbeitsplätzen nicht durch einen weiteren Anstieg der Lohnnebenkosten gefährdet wird. Dazu ist eine dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich, die für langfristige Planungssicherheit sorgt und die Bedeutung des Gesundheitswesens als Wachstums- und Zukunftsbranche unterstreicht.

VII.

Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages muß mit Maßnahmen einhergehen, die zu einer gerechteren Verteilung der finanziellen Lasten zwischen Beitragszahlern und Steuerzahlern führen. Die Beitragszahler der GKV müssen daher von der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen entlastet werden. Versicherungsfremde Leistungen sind zukünftig in ordnungspolitisch korrekter Weise aus Steuermitteln zu finanzieren. Zu diesen versicherungsfremden Leistungen zählen das Sterbegeld, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Leistungen zur Empfängnisverhütung, zum Schwangerschaftsabbruch, zur Sterilisation und zur künstlichen Befruchtung, das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, die Haushaltshilfe und die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Fortbildung. Zugleich würde dem Gerechtigkeitsgefühl der Menschen entsprochen, wenn künftig auf alle medizinischen Leistungen (z.B. Arzneimittel und Zahnersatz) nur noch der ermäßigte Mehrwertsteuersatz erhoben würde, wie es bei anderen Gütern des Grundbedarfs selbstverständlich ist. Die Beitragszahler würden durch beide Maßnahmen zusammen um insgesamt rund 6,5 Mrd. Euro jährlich entlastet.

Eine gerechte Gegenfinanzierung dieser Mittel sollte auf zwei Wegen erfolgen: Zum einen sind durch eine Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuer diejenigen stärker heranzuziehen, die durch ihr gesundheitsschädliches Verhalten die Solidargemeinschaft der GKV belasten. Zum anderen erscheint es geboten, auch die Bezieher von Kapitaleinkünften an der Finanzierung von Aufgaben zu beteiligen, die die GKV im gesamtgesellschaftlichen Interesse erbringt. Deshalb sollte ein Anteil der neu einzuführenden Zinsabgeltungssteuer zur Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen der GKV verwendet werden.

VIII.

Andere als versicherungsfremde Leistungen lassen sich nur schwerlich aus dem Leistungskatalog der GKV ausgliedern. Es stellt sich allerdings die Frage, ob es nicht Bereiche gibt, die von der lohnbezogenen Finanzierung der Beiträge ausgenommen werden könnten. Dafür sind grundsätzlich diejenigen Teilbereiche des GKV-Leistungskatalogs geeignet, bei denen keine oder nur sehr geringe Abgrenzungsprobleme zu erwarten sind und die eine klare Zuordnung der Zuständigkeiten ermöglichen, so daß „Verschiebebahnhöfe“ zwischen verschiedenen Versicherungsträgern und Manipulationen weitgehend ausgeschlossen sind. Zudem sollten diese Leistungsbereiche ein Ausgabenvolumen umfassen, das bei Abkopplung der Finanzierung von lohnbezogenen Beiträgen eine spürbare Entlastung der GKV erlaubt.

Unter Beachtung dieser Kriterien bietet sich in allererster Linie der Bereich der zahnärztlichen Behandlung einschließlich des Zahnersatzes an, der Leistungsausgaben von mehr als 11 Mrd. Euro umfaßt. In diesem Bereich besitzt die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit einen überaus hohen Stellenwert. Durch regelmäßige Zahnpflege und Prophylaxemaßnahmen können Erkrankungen und nachfolgende aufwendige Behandlungen in aller Regel vollständig vermieden werden. Von wenigen medizinisch begründeten Ausnahmen (z. B. Mißbildungen und Krebserkrankungen) sowie von Unfallfolgen abgesehen haben es die Versicherten also selbst in der Hand, welche Aufwendungen die Erhaltung oder Verbesserung ihrer Mundgesundheit erfordert. Diese Überlegungen liegen auch dem in der GKV bereits seit Jahren erfolgreich praktizierten präventionsorientierten Ansatz zugrunde, nach dem die Versicherten grundsätzlich eine Eigenbeteiligung zur Versorgung mit Zahnersatz zu leisten haben, deren Höhe von den eigenen Anstrengungen zur Gesunderhaltung der Zähne abhängt. Die Versicherten sind hier also bereits seit Jahren mit dem Gedanken einer auch finanziell verantwortlichen Eigenverantwortung für ihren Gesundheitszustand vertraut.

Diesen richtigen Ansatz gilt es nun konsequent fortzuführen, indem der Bereich der zahnärztlichen Behandlung einschließlich des Zahnersatzes schrittweise in die vollständige Eigenverantwortung der Versicherten überführt wird. Gleichzeitig könnte der Beitragssatz zur GKV insgesamt um bis zu 1,1 Prozentpunkte abgesenkt werden. Alle GKV-Versicherten wären im Gegenzug verpflichtet, eine ergänzende Versicherung für zahnärztliche Behandlung abzuschließen. Die monatlichen Prämien für eine solche Versicherung, die das derzeitige GKV-Leistungsspektrum im Bereich der zahnärztlichen Behandlung abdeckt, lägen nach ersten vor-

läufigen Berechnungen bei rund 20 bis 25 Euro im Monat. Durch die Einführung einer Versicherungspflicht für den zahnärztlichen Bereich wäre zugleich sicher gestellt, daß kein bisher in der GKV Versicherter in Zukunft ohne einen ausreichenden zahnärztlichen Versicherungsschutz auskommen muß.

IX.

Im Mittelpunkt einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muß der mündige und eigenverantwortliche Patient stehen. Die Menschen messen der Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert bei und sind bereit, viel für das Erreichen dieses Ziels zu tun. Sie sind auch bereit, selbst über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu entscheiden und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Ein Krankenversicherungssystem, das nach Art der Vollkaskoversicherung alles und jedes absichern will, widerspricht nicht nur der Bereitschaft und dem Wunsch der Menschen nach mehr Selbstbestimmung. Es entzieht sich zugleich die Existenzgrundlage, weil es mit begrenzten Mitteln nicht unbegrenzt Leistungen erbringen kann und deshalb bestimmte Leistungen oder bestimmte Patienten von der Versorgung ausschließen muß. Die Folgen einer solchen Vollkasko-Illusion wären Wartelisten und die Rationierung von Leistungen – also die Zwei-Klassen-Medizin.

Wer sich aber bei großen Risiken wie ernsthaften oder chronischen Erkrankungen von der Solidargemeinschaft der GKV getragen weiß, dem ist es durchaus zumutbar, bei der Inanspruchnahme von Leistungen einen geringen Teil der Kosten selbst beizusteuern. Deshalb muß durch eine Neuregelung der Selbstbeteiligung wieder eine ausgewogene Balance zwischen den Prinzipien von Solidarität und Subsidiarität hergestellt werden. Ziel sollte dabei sein, die Versicherten mit der Überlegung zu konfrontieren, ob ihr Gesundheitszustand die Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft der GKV rechtfertigt.

Was wir also brauchen, sind zielgerichtete ökonomische Anreize für eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme der Solidargemeinschaft. Allerdings sind die gegenwärtigen Zuzahlungen im System der GKV nicht geeignet, die Versicherten im eigenen Interesse zu solchen steuernden Überlegungen zu veranlassen, weil sie in aller Regel nicht am Beginn einer Behandlungskette ansetzen. Zudem sind einzelne Leistungsbereiche gänzlich von der Zuzahlung ausgenommen, während bei anderen die Höhe der Zuzahlung divergiert. Diese Uneinheitlichkeit

der Zuzahlungen, der Befreiungsmöglichkeiten und der Härtefallregelungen macht das derzeitige System der Zuzahlungen in der GKV intransparent und manipulationsanfällig.

Daher sind auf allen Leistungsebenen, vor allem am Beginn der Behandlungskette, Zuzahlungen erforderlich. Damit die Patienten nicht finanziell überfordert werden, sollten die Zuzahlungen entsprechend den persönlichen Einkommensverhältnissen auf ein Selbstbehaltvolumen von 150 bis 300 Euro jährlich begrenzt werden, wie es in den sozialdemokratisch regierten Ländern Rheinland-Pfalz und Berlin kürzlich mit der Einführung eines abgestaffelten absoluten Selbstbehalts bei der Beihilfe für Beamte in ähnlicher Weise beschlossen wurde. Mit einer Übertragung dieses Modells auf die GKV kann ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung unnötiger Behandlungsausgaben geleistet werden, ohne daß die Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen eingeschränkt oder verhindert würde.

X.

Mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages, der Entlastung der Beitragszahler von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, der Neuregelung der Finanzierung der zahnärztlichen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz sowie der Ablösung des gegenwärtigen Zuzahlungssystems durch ein zielgerichtetes, das Inanspruchnahmeverhalten steuerndes System aus Zuzahlungen mit einem allgemeinen, sozial gestaffelten absoluten Selbstbehalt könnte kurz- und vor allem mittelfristig eine erhebliche Beitragssatzreduktion erreicht werden. Gleichzeitig wäre ein hohes Niveau des Krankenversicherungsschutzes auch für die Zukunft gesichert. Die Versicherten würden durch die Absenkung der GKV-Beiträge und die Entlastung der GKV von der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in die Lage versetzt, einen angemessenen Anteil an ihren Gesundheitskosten selbst zu tragen. Mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung würden also nicht zu einer Überforderung des einzelnen Versicherten führen, sondern im Gegenteil seine Position in unserem Gesundheitswesen stärken.