
Kernprobleme der GKV bleiben ungelöst

– Bewertung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 –

Berlin, 24. Juli 2006

BDA Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Hausadresse:
Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
11054 Berlin

Tel. +49 30 2033-0
Fax +49 30 2033-1055

<http://www.bda-online.de>

Zusammenfassung

Die am 3. Juli 2006 von den Spitzen der Koalition und am 12. Juli 2006 vom Bundeskabinett beschlossenen Eckpunkte zur Gesundheitsreform sind insgesamt überaus enttäuschend. Insbesondere stehen die Eckpunkte dem Ziel, durch die Absenkung der Lohnzusatzkosten Wachstum und Beschäftigung zu fördern, diametral entgegen. Die Beiträge zur Krankenversicherung werden nicht – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – „stabil gehalten und möglichst gesenkt“. Im Gegenteil droht 2007 ein neues Rekordniveau von 15,0 Prozent und mehr.

Es ist zudem nicht zu erkennen, wie in den Folgejahren die notwendige Absenkung des überhöhten Beitragssatzniveaus erreicht werden soll. Schließlich wird nach den Eckpunkten der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sogar noch ausgeweitet, und auch ein Ausbau der Eigenbeteiligung ist nicht vorgesehen. Mit dem geplanten Gesundheitsfonds, der keines der Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung löst, wird sich ebenso wenig eine Ausgabenbegrenzung erreichen lassen. Ohne Korrekturen sind daher weitere Beitragssatzsteigerungen vorgezeichnet.

Zu den wenigen positiven Änderungen gehört der beschlossene Ausbau wettbewerblicher Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung. Allerdings reichen die hierzu vereinbarten Maßnahmen nicht aus. Wenn nicht noch deutliche Nachbesserungen erfolgen, wird die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung auch weiterhin vor allem durch kollektiv vereinbarte, für alle Krankenkassen geltende einheitliche Bedingungen geregelt und weniger durch Wettbewerb von Krankenkassen und Leistungserbringern bestimmt.

Die Gesundheitsreform muss daher dringend durch weitere Strukturmaßnahmen ergänzt werden, mit denen insbesondere eine Abkopplung der Gesundheits- von den Arbeitskosten eingeleitet, der Wettbewerb weiter ausgebaut, der Leistungskatalog auf Kernleistungen reduziert und die Eigenbeteiligung der Versicherten erweitert wird.

Im Einzelnen:

1. Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten bleibt aus

Die beschäftigungspolitisch unverzichtbare Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung von den Arbeitskosten wird nicht erreicht. Arbeitnehmer und Arbeitgeber müssen vielmehr auch künftig – auf Basis eines dann gesetzlich festgelegten Beitragssatzes – lohnabhängige Krankenkassenbeiträge leisten.



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

Auch der neue Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen erheben dürfen, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, bringt keine Abkopplung der Finanzierung von den Arbeitskosten. Dies gilt schon deshalb, weil der Zusatzbeitrag – so wie die übrigen Beiträge – lohnbezogen von den Krankenkassen bzw. in deren Auftrag vom Gesundheitsfonds erhoben werden kann.

Zudem sind die aus dem Zusatzbeitrag erzielbaren Einnahmen wegen der doppelten Begrenzung auf maximal 1 Prozent des Haushaltseinkommens des Versicherten und höchstens 5 Prozent aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von vornherein sehr begrenzt. Vor allem muss berücksichtigt werden, dass analog zum Zusatzbeitrag bei überdurchschnittlich teuren Krankenkassen vorgesehen ist, dass preiswerte Krankenkassen Überschüsse an ihre Versicherten ausschütten. Zu befürchten ist, dass der gesetzlich festgelegte Beitragssatz wegen der Begrenzung des Zusatzbeitrags auf maximal 1 Prozent des Haushaltseinkommens der Versicherten kaum niedriger liegen wird als der durchschnittliche Beitragssatz, wie er nach bisherigem Recht gelten würde. Zusatzbeiträge und ausgeschüttete Überschüsse würden sich dann der Höhe nach weitgehend ausgleichen. Auch deshalb wird über die geplanten Änderungen des Beitragssystems keine Senkung der lohnbezogenen Krankenkassenbeiträge und erst recht keine Abkopplung der Arbeits- von den Gesundheitskosten bewirkt.

Ein Einstieg in die Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis lässt sich auf der Grundlage der vorgelegten Eckpunkte nur dann erreichen, wenn auf die vorgesehene enge Begrenzung für den Zusatzbeitrag (höchstens 1 Prozent des individuellen Haushaltseinkommens bzw. maximal 5 Prozent des gesamten Ausgabenvolumens der gesetzlichen Krankenversicherung) verzichtet und der Zusatzbeitrag ausschließlich als einkommensunabhängige Prämie und nicht auch als lohnbezogener Beitrag erhoben wird. Die Höhe des Beitragssatzes muss zudem vom Gesetzgeber so festgelegt werden, dass tatsächlich ein nennenswerter Teil der Gesundheitsausgaben über Zusatzbeiträge finanziert wird.

Ebenso wenig wie durch den Zusatzbeitrag wird eine Abkopplung der Krankheits- von den Arbeitskosten durch eine stärkere Steuerfinanzierung erreicht. Im Gegenteil: Während der bisherige Bundeszuschuss für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen in diesem Jahr 4,2 Mrd. € beträgt, soll der an seiner Stelle neu eingeführte Bundeszuschuss zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zum Ende der laufenden Legislaturperiode nur 3,0 Mrd. € betragen. Das heißt, die zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verwendeten Steuermittel gehen in den nächsten Jahren zurück. Hinzu kommt, dass noch offen ist, wie überhaupt der neue Bundeszuschuss in 2008 und 2009 aus dem laufenden Haushalt finanziert werden soll. Gänzlich unbeantwortet ist auch die Frage nach der weiteren Fi-



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

finanzierung der geplanten Aufstockung des neuen Bundeszuschusses ab 2010.

2. Höhere Krankenkassenbeiträge steigern Lohnzusatzkosten

Die von den Koalitionsparteien beschlossenen Eckpunkte zur Gesundheitsreform stehen dem Ziel, durch Senkung der Lohnzusatzkosten Wachstum und Beschäftigung zu fördern, diametral entgegen. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – „stabil gehalten und möglichst gesenkt“, sondern im Gegenteil weiter ansteigen.

Bislang wurde für das kommende Jahr ein Fehlbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung von 8 Mrd. € erwartet. Hierbei sind die bereits in diesem Jahr für das Jahr 2007 beschlossenen Belastungen der Krankenkassen (Reduzierung des Bundeszuschusses an die Krankenversicherung um 2,7 Mrd. € sowie Belastung der Krankenkassen um 0,9 Mrd. € durch höhere Mehrwertsteuer) schon berücksichtigt. Wenn die ersten Sparwirkungen der Gesundheitsreform – wie von der Koalition erhofft – im kommenden Jahr Entlastungen der Krankenkassen von rund 3 Mrd. € bringen, bleibt noch eine Finanzierungslücke von 5 Mrd. €. Um sie zu schließen, müsste der durchschnittliche Beitragssatz im kommenden Jahr um 0,5 Beitragssatzpunkte auf das neue Rekordniveau von dann 14,7 Prozent steigen.

Doch diese Rechnung wird nicht aufgehen: Zum einen werden die für das nächste Jahr erwarteten Entlastungen in keiner Weise nachrechenbar belegt oder anderweitig plausibel gemacht. Zum anderen müssen bis zur geplanten Einführung des Gesundheitsfonds in 2008 alle Krankenkassen schuldenfrei sein. Das aber bedeutet, dass viele Krankenkassen im nächsten Jahr erhebliche zusätzliche Mittel zum Schuldenabbau aufbringen müssen. Immerhin lag der Schuldenberg der Krankenkassen zuletzt bei rund 4 Mrd. €. Damit droht im kommenden Jahr sogar ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes auf 15 Prozent und mehr. Vollkommen unsicher ist darüber hinaus, welche Entlastungen die geplante Gesundheitsreform in den Folgejahren bringen wird. Das bislang für 2008 geschätzte Defizit liegt immerhin bei rund 15 Mrd. €.

Wenn mit der geplanten Gesundheitsreform nicht doch noch der notwendige Einstieg in eine Abkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis gelingt, muss zumindest verhindert werden, dass die steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen die Lohnzusatzkosten und damit die Arbeitskosten der Betriebe weiter in die Höhe treiben und so Wachstum und Beschäftigung verhindern. Das könnte durch ein Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung auf heutigem Niveau erreicht werden. Die in den Eckpunkten vorgese-



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

hene bloße gesetzliche Bestimmung des Beitragssatzes bringt dagegen keine Begrenzung der Lohnzusatzkosten bzw. Arbeitskosten, weil der Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer erklärtermaßen bei Bedarf weiter erhöht werden soll.

Steigende Beitragssätze in der Krankenversicherung erschweren auch die Anstrengungen zur Beitragssatzstabilisierung bzw. -senkung in den anderen Sozialversicherungszweigen. So erhöht ein Anstieg des durchschnittlichen Krankenkassenbeitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte die jährlichen Ausgaben der Rentenversicherung um rund 100 Mio. € und die der Bundesagentur für Arbeit um etwa 40 Mio. €. Bei einem Beitragssatz von 15,0 Prozent bedeutet das mindestens 800 Mio. € Mehraufwendungen in der Renten- und 320 Mio. € in der Arbeitslosenversicherung.

3. Gesundheitsfonds löst kein einziges Problem des Gesundheitswesens

Der geplante Gesundheitsfonds ist überflüssig und löst kein einziges Problem des Gesundheitswesens:

- Der Gesundheitsfonds ändert nichts an den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, denn es bleibt im Grundsatz bei der lohnbezogenen Finanzierung.
- Der Gesundheitsfonds, der im Kern lediglich ein neues Inkassoverfahren für die gesetzliche Krankenversicherung darstellt und damit allein auf die Finanzierungsseite abzielt, ist von vornherein nicht in der Lage, das Ausgabenwachstum in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen.
- Der Gesundheitsfonds führt nicht zu mehr, sondern im Gegenteil zu weniger Wettbewerb, denn künftig sollen mindestens 95 Prozent aller Ausgaben der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden, so dass der über den Beitrag bestimmte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen – anders als heute – gesetzlich begrenzt wird.
- Die Finanzierungsstruktur des Gesundheitsfonds ist widersprüchlich. Einerseits soll der vorgesehene Steueranteil der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder, dienen. Andererseits sollen mit Hilfe der Steuermittel auch noch „unvermeidbare Kostensteigerungen durch den medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung“ bewältigt werden. Mit den bislang vorgesehenen Steuer-



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

mitteln lässt sich jedenfalls keines der beiden Ziele erreichen.

- Der Zeitplan für die Einrichtung des Gesundheitsfonds ist realitätsfern. Da die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Fonds dem unterschiedlichen Krankheitsrisiko der Versicherten Rechnung tragen sollen, kann der Gesundheitsfonds nur funktionieren, wenn er auch einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (sog. Morbi-RSA) leistet. Die Vorbereitungen für den Morbi-RSA hinken allerdings soweit zurück, dass eine Einführung zum vorgesehenen Start des Gesundheitsfonds im Jahr 2008 ausgeschlossen ist.

Der Gesundheitsfonds ist insbesondere auch nicht erforderlich, um den seit Jahren von der BDA geforderten zentralen Beitragseinzug einzuführen. Hierfür sind bereits andere Vorschläge entwickelt worden, die ohne den Aufbau einer neuen Behörde auskommen. Ziel des zentralen Beitragseinzugs muss sein, dass der Arbeitgeber ausnahmslos das gesamte Melde- und Beitragsnachweisverfahren sowie die Abführung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags, der Beiträge für Mini-Jobs und der Umlagebeiträge (U1 und U2 sowie Insolvenzgeld) bei einer Stelle abwickeln kann. Dies wäre ein wirksamer Beitrag zum Bürokratieabbau. Auf keinen Fall darf es durch eine Neuregelung zu mehreren Inkassoverfahren für die einzelnen vom Arbeitgeber abzuführenden Sozialversicherungsbeiträge und Umlagen kommen.

4. Konzentration auf Kernleistungen findet nicht statt

Beim Leistungskatalog bleiben die notwendige Konzentration auf Kernleistungen sowie der Ausbau der Eigenbeteiligung aus. Das hier vorhandene Einspar- und Beitragssatzsenkungspotenzial wird insofern nicht ausgeschöpft.

Lediglich in Fällen von selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (z. B. nach Schönheitsoperationen, Piercings, Tätowierungen) sollen Leistungsbeschränkungen erfolgen. Im Gegenteil sind sogar Leistungsausweitungen bei geriatrischer Rehabilitation, Palliativversorgung, Impfungen und Mutter/Vater-Kind-Kuren vorgesehen.

Auch bei den Zuzahlungen sind kaum Änderungen vorgesehen. Allein geplant ist, die bestehenden Zuzahlungen bzw. Ausnahmeregelungen im Hinblick auf ihre Steuerungswirkung zu überprüfen. Die reduzierte Belastungsobergrenze für Chroniker soll von deren hinreichender Mitwirkung an einer adäquaten Therapie abhängig gemacht werden.

Dabei ist der Ausbau der Eigenverantwortung – z. B. durch Heraufsetzung der Belastungsobergrenze von 2 auf 3 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens oder Umstellung auf eine Praxisgebühr von 5 € je Arztbesuch (heute 10 € im Quartal) – notwendige Voraussetzung zur Stär-



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

kung des kosten- und gesundheitsbewussten Verhaltens sowie des für eine Sozialversicherung grundlegenden Subsidiaritätsprinzips.

5. Ausbau wettbewerblicher Elemente reicht nicht aus

Die verabredeten Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungsanbietern sind im Wesentlichen positiv zu bewerten. Schließlich sind Vertrags- und Versorgungswettbewerb die wirksamsten Instrumente zur Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen. Eine umfassende wettbewerbliche Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung ist allerdings auch nach den Eckpunkten nicht vorgesehen.

Im Interesse eines intensiveren Wettbewerbs ist positiv zu bewerten, dass infolge der gesetzlichen und damit einheitlichen Bestimmung des Beitragssatzes des Arbeitgebers künftig der Versicherte allein – so wie seit langem von der BDA gefordert – die finanziellen Konsequenzen seiner Krankenkassenwahl trägt. Der Versicherte profitiert damit im vollen Umfang bei Wahl einer günstigen Krankenkasse bzw. muss allein für die finanziellen Konsequenzen aufkommen, wenn er sich für eine teure Krankenkasse entscheidet. Dadurch werden deutlich größere Anreize zum Wechsel in kostengünstige Krankenkassen gesetzt.

Zu begrüßen ist außerdem, dass die Versicherten künftig die Wahl zwischen mehreren Tarifen und Angeboten haben sollen. Hierzu gehört die Möglichkeit, Kostenerstattung und/oder Selbstbehalte zu vereinbaren. Hinzukommen sollen zusätzliche Anreize zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen sowie mehr Kompetenzen für nichtärztliche Heilberufe im Rahmen neuer Versorgungskonzepte.

Sinnvoll wäre jedoch, den Wettbewerb um die beste Versorgung noch sehr viel weiter auszubauen. Letztlich sollten die Krankenkassen generell frei bestimmen können, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen lassen. Insofern passt z. B. nicht die vorgesehene Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform (z. B. Hausarzttarif) anzubieten. Welche Versorgungsformen sinnvoll sind, sollte der Wettbewerb und nicht der Gesetzgeber entscheiden.

Erfreulich ist, dass neben den Kollektivvertrag, der als wichtiges Instrument erhalten bleiben soll, vermehrt Einzelverträge und Ausschreibungen zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit treten sollen. Die verabredeten Maßnahmen zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und zwischen den Leistungsanbietern lassen mittel- und langfristig Effizienzgewinne erwarten. Jedoch wird es hier sehr auf die konkrete Ausgestaltung ankommen. Nur wenn den Krankenkassen hinreichend Raum gelassen wird, sich durch optimierte Ver-



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

tragsgestaltung positiv im Wettbewerb von ihren Konkurrenten abzuheben, werden sich die erhofften Wirkungen auch einstellen.

Dies gilt insbesondere für die Neuordnung des ärztlichen Vergütungssystems. Statt konsequent auf einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zu setzen, ist ein einheitliches Vergütungssystem vorgesehen, bei dem noch nicht erkennbar ist, wie eine Mengensteuerung erreicht und damit die Gefahr weiterer Kostensteigerungen im Gesundheitswesen verhindert werden soll. Hier müssen den gesetzlichen Krankenkassen weitreichende Möglichkeiten in der Vertragsgestaltung eingeräumt werden, um solchen Kostensteigerungen wirksam entgegenwirken zu können.

Positiv ist das künftig vorgesehene Ausschreibungsverfahren für Hilfsmittel. Hierdurch können die Krankenkassen besser auf eine kostengünstige Versorgung hinwirken. Auch die für Arzneimittel vorgesehene Kosten-Nutzen-Bewertung ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings muss gewährleistet sein, dass hierdurch nicht der Forschungsstandort Deutschland in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Pharma-Unternehmen müssen deshalb an dem Bewertungsprozess aktiv beteiligt werden, um einseitige Beurteilungen und Ergebnisse zu vermeiden.

Im Interesse des Systemwettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist der Erhalt der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung sehr zu begrüßen. Allerdings wird die private Krankenversicherung unnötig dadurch geschwächt, dass freiwillig versicherte Arbeitnehmer erst dann in die private Krankenversicherung wechseln dürfen, wenn ihr Einkommen zuvor drei Jahre nacheinander die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat. Dies bedeutet eine erhebliche Beeinträchtigung der Wahlfreiheit der Versicherten zu Lasten der privaten bzw. zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung und damit eine Einschränkung des Systemwettbewerbs. Damit wird die private Krankenversicherung insbesondere in den nächsten 3 Jahren beim Zugang neuer Versicherter stark benachteiligt.

Die vorgesehene Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellungen beim Wechsel bzw. Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung ist grundsätzlich sinnvoll zur Schaffung von Versicherungswettbewerb. Allerdings ist nicht erkennbar, wie die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen für den Altbestand ermöglicht werden kann. Verhindert werden muss, dass im Rahmen der privaten Krankenversicherung aufgebaute Altersrückstellungen bei Wechsel eines Versicherten in die GKV als kapitalgedeckte Vorsorge ersatzlos verloren gehen. Die Krankenversicherung braucht schließlich mehr und nicht weniger kapitalgedeckte Vorsorge.



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006

6. Staatlicher Einfluss auf das Gesundheitswesen wächst

Für den geplanten neuen Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen besteht kein Bedarf. Schließlich gibt es bereits heute de facto gemeinsame Einrichtungen mit dem Ziel gemeinsamer Entscheidungen in wichtigen Koordinierungsfragen (Arbeitskreise der Ehrenamtlichen – AK I – und Hauptamtlichen – AK II – sowie § 213-SGB V-Beschlussgremium – Einigung der Spitzenverbände über einheitlich zu treffende Entscheidungen). Durch einen zusätzlichen Dachverband besteht die Gefahr eines verstärkten Staatseinflusses zu Lasten der Selbstverwaltung, insbesondere wenn der Dachverband zur Durchsetzung staatlicher Vorhaben und Maßnahmen zweckentfremdet wird.

Das Gleiche gilt für die geplante Neuordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses: Die Besetzung der Entscheidungsgremien ausschließlich durch Hauptamtliche verlagert die Diskussion auf der ehrenamtlichen Ebene lediglich ins Vorfeld.

Die Absicht, kassenartenübergreifende Fusionen zuzulassen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings müssen vorher haftungsrechtliche und organisationsrechtliche Fragen beantwortet werden.



Bewertung der Eckpunkte zur
Gesundheitsreform 2006

Berlin, 24. Juli 2006