

Mehr Beitragsgerechtigkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung?

Die derzeitige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung ist mit teilweise erheblichen Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit verbunden. Wo besteht Reformbedarf? Welche Optionen werden diskutiert?

Eberhard Wille

GKV: Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) droht trotz noch vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven bei gegebenen Systemstrukturen, d.h., unter anderem beim jetzigen Leistungskatalog und bei der geltenden Beitragsgestaltung, schon bald, zumindest aber mittelfristig eine Finanzierungslücke. Die Einnahmementwicklung, die sich im Wesentlichen auf Arbeitsentgelte und Rentenzahlungen stützt, vermag mit dem unter anderem durch den medizinischen Fortschritt und die sich abzeichnende demographische Entwicklung induzierten Ausgabenwachstum nicht mehr Schritt zu halten. Diese Feststellung gilt auch für die Variante einer moderaten Veranschlagung jener Ausgabeneffekte, die aus diesen beiden Einflussgrößen erwachsen.

Die sich abzeichnenden Budgetdefizite rückten in Verbindung mit dem Postulat der Beitragssatzstabilität unlängst wieder die Frage einer Finanzierungsreform der GKV in den Mittelpunkt der gesundheitsökonomischen Diskussionen. Unbeschadet der grundsätzlichen Berechtigung fiskalischer Überlegungen bilden in normativer Hinsicht allokativer und distributiver Aspekte die entschei-

denden Kriterien für die Beurteilung von Reformfordernissen der Beitragsgestaltung im Rahmen der GKV.

Kriterien für die Beitragsgerechtigkeit

Eine Beitragsgestaltung, die sich am Ziel der Verteilungsgerechtigkeit orientiert, kann nicht auf einen einschlägigen messbaren Indikator zurückgreifen. Um hier gleichwohl nicht in eine kasuistische Argumentation abzugleiten, bieten sich als übergeordnete Kriterien zunächst das Äquivalenz- und das Leistungsfähigkeitsprinzip an. Nach dem Äquivalenzprinzip stellt der Beitrag des Versicherten eine risikoäquivalente Abgabe, d.h. einen Marktpreis für die Versicherungsleistung, dar. Da die GKV anfangs in erster Linie den krankheitsbedingten Verdienstausfall ersetzte, folgte eine Finanzierung, die am Arbeitsentgelt ansetzte, weitgehend dem Äquivalenzprinzip. Ein Versicherter, der hohe Beiträge zahlte, erhielt im Krankheitsfalle auch entsprechend hohe Versicherungsleistungen.

Der relative Rückgang des Krankengeldes und die deutliche Zunahme bzw. Dominanz von bei-

tragsunabhängigen Gesundheitsleistungen schwächten die Bedeutung des Äquivalenzprinzips in der GKV stark ab. Außer dem Krankengeld lässt sich heute nur noch die Existenz einer Beitragsbemessungsgrenze als ein (individuell) äquivalentes Versicherungselement interpretieren. Unter der Annahme, dass das Krankheitsrisiko oberhalb dieser Grenze nicht vom Arbeitsentgelt abhängt, entsprechen die gleich hohen Beiträge der Versicherten tendenziell dem Äquivalenzprinzip.

Das Leistungsfähigkeitsprinzip wählt die Fähigkeit des Bürgers bzw. Versicherten, sich an der Finanzierung der Ausgaben zu beteiligen, zum Kriterium der Abgabenerhebung bzw. Beitragsgestaltung. In theoretischer Hinsicht bildet das individuelle Nutzenniveau den Maßstab der jeweiligen Leistungsfähigkeit, in der Praxis dient hier zumeist das Einkommen als Proxy bzw. operationaler Indikator für die Bemessungsgrundlage. Die Beitragsbemessung nach dem Äquivalenz- und dem Leistungsfähigkeitsprinzip weichen offensichtlich stark voneinander ab, wenn Versicherte mit hohem (niedrigen) Einkommen gute (schlechte) Risiken darstellen.

Die Finanzierung nach dem Solidarprinzip

Das grundlegende Problem, schlüssige Aussagen über die Beitragsgerechtigkeit in der GKV abzuleiten, besteht darin, dass die Finanzierung keinem einheitlichen Verteilungskonzept folgt, sondern nur partiell Elemente des Äquivalenz- und des Leistungsfähigkeitsprinzips beinhaltet. Ein konsequenter Übergang zu einem dieser beiden Fundamentalprinzipien der Abgabenerhebung erscheint auch insofern nicht wünschenswert, als dies im Falle des Äquivalenzprinzips auf eine private Pflichtversicherung und beim Leistungsfähigkeitsprinzip auf eine einkommensteuerfinanzierte Gesundheitsversorgung hinausläufe. Die Beitragsgestaltung in der GKV orientiert sich am sogenannten Solidarprinzip, das keine theoretische Fundierung besitzt, und sich nur final durch seine verschiedenen Ex-ante-Umverteilungswirkungen charakterisieren lässt. Danach erfolgen im Rahmen der Finanzierung Umverteilungsprozesse:

- von gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich),
- von Mitgliedern mit höheren zu solchen mit niedrigeren Arbeitsentgelten (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden über kleine zu großen Familien (Familienlastenausgleich) und
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Angesichts dieser Umverteilungseffekte steht die Finanzierung nach dem Solidarprinzip von ihrer Intention her dem Leistungsfähigkeitsprinzip näher als dem Äquivalenzprinzip. Diese distributiven Effekte schwächen sich allerdings in dynamischer Sicht unter Umständen erheblich ab, denn im Zeitablauf können bei allen vier Umverteilungsprozessen aus Nettozahlern Nettoempfänger werden und umgekehrt. Dies gilt vor allem für

den sogenannten Generationenausgleich, denn bei diesem Umlageverfahren bauen junge Versicherte, indem sie die Gesundheitsversorgung der älteren mitfinanzieren, quasi einen Bestand an Forderungen auf, den sie dann in ihrem Alter einlösen. Wenn diese Versicherten als Rentner keine risikoäquivalenten Beiträge entrichten, erhalten Sie im Prinzip keine distributive Alimentierung, der Generationenausgleich weist in dynamischer Sicht eher Elemente einer intertemporalen bzw. intergenerativen Äquivalenz auf. In diesem Kontext gilt es dann allerdings intergenerative Verschiebungen der Lebenserwartung und der demographischen Struktur bei der Beitragsgestaltung angemessen zu berücksichtigen.

Offensichtliche Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit

Die geltende Beitragsgestaltung steht in mehrfacher Hinsicht in of-

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Eberhard Wille, 58, lehrt Volkswirtschaftslehre an der Universität Mannheim und ist u.a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie und Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesministerium für Gesundheit.

Dr. Dieter Thomae, 59, MdB, ist gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion und Mitglied des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages.

Prof. Dr. Norbert Klusen, 52, ist Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse in Hamburg und Honorarprofessor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Westsächsischen Hochschule Zwickau.

fensichtlichem Konflikt mit den Intentionen des Solidarprinzips. Dabei handelt es sich überwiegend auch um Verstöße gegen die Normen sowohl des Äquivalenz- als auch des Leistungsfähigkeitsprinzips. Diese Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit resultieren vor allem aus folgenden Finanzierungselementen und ihren Kombinationen:

- einer willkürlichen Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze,
- der Einengung der Beitragsbemessungsgrundlage bei Pflichtversicherten auf die Arbeitsentgelte sowie
- der beitragsfreien Mitversicherung der nicht-berufstätigen Ehefrau unabhängig vom Arbeitsentgelt des berufstätigen Ehemannes.

Die Einengung der Beitragsbemessungsgrundlage auf die Arbeitsentgelte führt unter anderem dazu, dass ein Pflichtversicherter mit einem Arbeitsentgelt als einzigem Einkommen in Höhe von monatlich 6000 DM einen um 50% höheren Beitrag zahlt als ein Versicherter, der im Monat neben einem Arbeitsentgelt von 4000 DM noch über weitere Einkünfte in derselben Höhe, d.h. über insgesamt 8000 DM, verfügt. Diese Regelung verstößt sowohl gegen das Leistungsfähigkeitsprinzip, das nicht nach Einkunftsarten bzw. der Quelle der Leistungsfähigkeit differenziert, als auch gegen das Äquivalenzprinzip, denn beide Versicherte erhalten den gleichen Versicherungsschutz und müssten bei gleichem Risiko gleiche Prämien entrichten.

Im Sinne der Beitragsgerechtigkeit treten ähnliche Verwerfungen auf, wenn ein Ehepaar, bei dem beide berufstätigen Partner Arbeitsentgelte in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit monatlich 6450 DM beziehen, doppelt so hohe Beiträge entrichtet, wie ein Ehepaar mit einem Haushaltseinkommen von ebenfalls 12900 DM im Monat, bei dem

die nicht-berufstätige Ehefrau weder Kinder erzieht noch Pflege-dienste leistet. Der horizontalen Beitragsgerechtigkeit läuft ebenfalls zuwider, dass die geltende Regelung infolge der Beitragsbemessungsgrenze ein Ehepaar, bei dem beide Partner monatlich 6000 DM verdienen, stärker belastet als ein Ehepaar mit entsprechenden Entgelten von 9000 DM und 3000 DM. Schließlich diskriminiert das geltende System vor dem Hintergrund der gestiegenen Lebenserwartung sowie der absehbaren demographischen Entwicklung in intertemporaler Hinsicht die künftige erwerbstätige und beitragspflichtige Generation.

Ausgewählte Reformoptionen

Zunächst lassen sich die Pflichtversicherungs- und die Beitragsbemessungsgrenze, die beide bei 75% des jeweiligen Niveaus der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung liegen, nicht funktional begründen. Die Pflichtversicherungsgrenze zum Beispiel, die zugleich das potentielle Marktsegment der privaten Krankenversicherung absteckt, erscheint im Sinne des Solidarprinzips zu niedrig und unter Subsidiaritätsaspekten zu hoch. Da es außer in den Niederlanden eine Pflichtversicherungsgrenze in den anderen beitragsfinanzierten europäischen Systemen nicht gibt, überrascht es nicht, dass die geltende Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze von Zeit zu Zeit einen Ansatzpunkt von Reformdiskussionen bildet. Die folgenden Reformoptionen beschränken sich jedoch auf die noch offensichtlicheren Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit im Rahmen der Beitragsbemessungsgrundlage und der beitragsfreien Mitversicherung.

Bei gegebener Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze bieten sich vor allem folgende Varianten einer Erweiterung

der Beitragsbemessungsgrundlage an:

In der weitesten Fassung unterliegen alle Einkünfte des Versicherten nach dem Bruttoprinzip der Beitragsbemessung.

Da der Arbeitgeber bei den Arbeitsentgelten 50% der Beiträge finanziert, könnten die übrigen Einkunftsarten auch mit 50% jeweils in die Bemessungsgrundlage eingehen.

Ein Freibetrag oder eine Freigrenze bei den Kapitaleinkünften würde Kleinsparer schonen und die Beitragserhebung erleichtern.

Die Kombination aus halber Beitragssatz für Nicht-Arbeitsentgelte und Freibetrag weist dann die moderateste Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf. Die Kapitalflucht erscheint ein in diesem Kontext häufig überzeichnetes (Gegen-)Argument, denn der halbe Beitragssatz und die Beitragsbemessungsgrenze beschränken hier im Vergleich zur Einkommensteuer die finanziellen Vorteile bzw. Anreize einer Kapitalflucht. Die Veranschlagung der Einkünfte nach dem Bruttoprinzip schließt die Verrechnung von positiven mit negativen Einkünften aus und grenzt die Beitragsgestaltung neben der Beitragsbemessungsgrenze und dem bis zu dieser Grenze proportionalen Tarif von der Einkommensbesteuerung ab. Zudem vereinfachen im Vergleich zur Erfassung des steuerlich relevanten Einkommens das Bruttoprinzip, das der Beitragsbemessung in der GKV schon bisher zugrunde liegt, und die Beitragsbemessungsgrenze die Beitragserhebung.

Die Beitragsbemessung des nicht-berufstätigen Ehepartners, der keine Kinder erzieht und keine Pflegedienste leistet, könnte unter anderem auf folgende Weise erfolgen:

Beitragszahlung in Höhe von 50% des Beitrages des zugehörigen Mitglieds,

Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes mit nachfolgender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile,

Entrichtung eines (Mindest-) Beitrages entsprechend einem Arbeitsentgelt in Höhe der unteren Versicherungspflichtgrenze sowie

die Option, für eine der drei vorgenannten Varianten zu votieren.

Im Unterschied zu den beiden anderen Varianten führt das Splittingverfahren nur dann zu einer zusätzlichen Beitragsbelastung des jeweiligen Ehepaares, wenn das Arbeitsentgelt des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze übersteigt. Ein Optionsrecht für eine der drei Varianten verspricht zwar die geringsten fiskalischen (Einnahmen-)Effekte, dafür aber eher eine vergleichsweise bessere politische Akzeptanz.

Fazit: Grundsätzlicher Reformbedarf

Die derzeitige Finanzierung der GKV geht mit teilweise erheblichen Verletzungen der Beitragsgerechtigkeit einher. Dabei führt vor allem die auch von den Arbeitsverhältnissen her überholte Anbindung der Beiträge an die Arbeitsentgelte dazu, dass Versicherte bzw. Ehepaare mit mittlerem Einkommen solche, die über ein höheres Einkommen und unter Umständen auch ein beträchtliches Vermögen verfügen, alimentieren. Die Beseitigung bzw. Milderung dieser distributiven Verwerfungen steht sachlogisch nicht im Widerspruch zu dem Bestreben, die vorhandenen Wirtschaftsreserven weitmöglichst auszuschöpfen. Sofern die jeweiligen Reformen aufkommensneutral erfolgen, bringen sie nicht „mehr Geld ins System“, sondern dienen dazu, die Beitragssätze abzusenken. Sie erfüllen dann nicht nur eine distributive, sondern über die Senkung der Arbeitskosten auch eine beschäftigungspolitische Funktion.

Dieter Thomae

Mehr Beitragsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen?

Es stellt sich die Frage, was Beitragsgerechtigkeit in der GKV überhaupt sein soll. Ein einheitlicher Beitragssatz für alle? Beitragssätze innerhalb eines gewissen Korridors? Gleiche Beiträge für gleiche Leistungen? Beitragsgerechtigkeit für wen? Für die Krankenkassen oder für die Versicherten? So wie die derzeitige Diskussion geführt wird, könnte man vermuten, dass es mehr darauf ankommt, Bestandsgarantien für Krankenkassen zu geben als dafür zu sorgen, dass Versicherte eine umfassende Versorgung im Krankheitsfall zu möglichst niedrigen Beitragssätzen erhalten.

Die Forderung nach einem Mindestbeitrag von 12,7% geht in diese Richtung. Der Wettbewerb der Krankenkassen wird durch eine solche Maßnahme eingeschränkt, das Beitragsniveau insgesamt nach oben gedrückt. Bevor Krankenkassen mit einem Beitragssatz unter 12,7% die Differenz an die Konkurrenz überweisen, würden sie eher ihre eigenen Ausgaben z.B. für Verwaltung oder für besondere Angebote an die Versicherten so weit erhöhen, dass die kritische Beitragsgrenze erreicht wird. Eine solche Entwicklung kann mit Ausnahmen einiger im Wettbewerb stehender Krankenkassen ernsthaft niemand wollen.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten ist für mich nur eines wirklich wichtig. Der Versicherte muss die Möglichkeit haben, sich für eine Krankenkasse und damit auch für einen Beitragssatz seiner Wahl zu entscheiden. Bestrebungen, wie sie unter anderem vom

DGB bekannt geworden sind, die Wahlfreiheit einzuschränken, sind schädlich und unakzeptabel. Eine Abschaffung oder Einschränkung der Möglichkeit, bei Beitragserhöhungen die Krankenkasse zu wechseln, ist nicht hinnehmbar. Viel eher muss überlegt werden, den Pflichtversicherten, die heute regulär nur einmal im Jahr die Möglichkeit haben ihre Krankenkasse zu wechseln, so zu behandeln wie freiwillig Versicherte, die das mit einem gewissen Vorlauf jederzeit tun können.

Ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile?

Die derzeitige Diskussion, die unter dem Deckmäntelchen der Beitragsgerechtigkeit geführt wird, betrifft eigentlich die Frage des Wettbewerbs in der GKV. Dieser Wettbewerb der Krankenkassen, der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 angestoßen wurde, hat viel Bewegung in die Landschaft gebracht. Der Druck auf die einzelnen Krankenkassen, einen möglichst niedrigen Beitragssatz anzubieten, hat die Kreativität der Beteiligten erheblich befördert. Krankenkassen haben angefangen für bestimmte Patientengruppen wie z.B. Diabetiker oder Asthmatiker gemeinsam mit Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäusern eine bessere Betreuung zu organisieren. In Modellvorhaben zur integrierten Versorgung, Praxisnetzen, kombinierten Budgets wird der Versuch unternommen, die Versorgung zu verbessern und/oder die Kosten zu senken.

So haben auch Krankenkassen angefangen auszutesten, ob ihre Versicherten eine Betreuung durch Geschäftsstellen haben wollen oder ob sich über Telefon, Telefax und Internet die Betreuung nicht genauso gut sicherstellen lässt, nur zu erheblich niedrigeren Kosten. Die Diskussion über die sogenannten virtuellen Krankenkassen ist selbst phantastisch genug. Was ist daran virtuell, wenn eine Krankenkasse die volle Palette der medizinischen Versorgung zu günstigen Preisen anbietet? Verständlich ist die Diskussion allerdings vor dem Hintergrund weniger erfolgreicher Mitbewerber. Alle Krankenkassen, egal ob groß oder klein, egal ob mit oder ohne Geschäftsstellen, bieten grundsätzlich die gleichen Leistungen und zahlen über den Risikostrukturausgleich für Geringverdiener, für Familienangehörige und für multimorbide alte Menschen. Insofern ist die Argumentation, die Betriebskrankenkassen hätten einen deutlich niedrigeren Rentneranteil und würden deshalb im Wettbewerb besser dastehen, nicht zutreffend. Selbst wenn die Zahl der Rentner niedriger sein sollte als bei anderen Kassenarten, zahlen sie dafür entsprechend in den Risikostrukturausgleich ein.

Was übrig bleibt ist die Frage, ob man damit leben kann, wenn lediglich bestimmte Versicherten Gruppen von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen, andere Versicherten Gruppen jedoch nicht und ob das zu ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteilen führt. Feststellen muss man, dass zunächst nach Eröffnung der Wahlfreiheit über-

haupt nur wenige Versicherte davon Gebrauch gemacht haben. In einer weiteren Phase haben bevorzugt Junge und Gesunde ihre Krankenkasse gewechselt. Das dürfte zum einen mit einer größeren Flexibilität zusammenhängen. Junge Leute sind zudem mit dem PC bestens vertraut. Sie brauchen keine Geschäftsstellen, um ihre Angelegenheiten abzuwickeln. Kranke Menschen hingegen sind häufig mit ihrer Krankheit so beschäftigt, dass sie sich nicht auch noch mit der Frage ihrer Krankenversicherung beschäftigen wollen.

Fraglich ist, ob dieser Trend so anhalten wird, oder ob andere Versichertengruppen nicht einfach ein wenig länger brauchen, um ebenfalls nach einer günstigen Krankenkasse Ausschau zu halten. Bereits heute ist ein Effekt zu verzeichnen, den man als Enkeleffekt bezeichnen könnte. Großeltern wechseln zu der Krankenkasse, die ihr Enkel zunächst für sich selbst ausgesucht hatte. Ich bin überzeugt davon, dass mit zunehmender Information auch über publikumswirksame Medien die Wechselbereitschaft bei allen Bevölkerungsgruppen zunehmen wird.

Korrekturgröße Risikostrukturausgleich

Denjenigen, die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz die Wahlfreiheiten für alle Versicherten beschlossen haben, war klar, dass es in der Anfangsphase des Wettbewerbs Verzerrungen geben könnte. Aus diesem Grund ist der Risikostrukturausgleich mit seinen ursprünglich vier, de facto allerdings fünf Faktoren eingeführt worden. Ganz bewusst hat man den Risikostrukturausgleich als einnahmeorientierten Ausgleich ausgestaltet und nicht als ausgabeorientierten, um die Manipulationsmöglichkeiten gering zu halten und den

Anreiz, auf eine kostengünstige Erbringung der Leistungen zu achten, nicht zu mindern. Keine Krankenkasse muss einen höheren Beitragssatz erheben, nur weil ihre Versicherten über ein geringes Einkommen verfügen, weil sie viele Frauen, viele Familienangehörige, viele alte Menschen oder viele Erwerbsunfähigkeits/Berufsunfähigkeits-Rentner versichert. All dies wird im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ausgeglichen. Beitragssatzunterschiede erklären sich daraus nicht. Vielmehr sind dafür insbesondere zwei Faktoren verantwortlich:

- Die Höhe der Verwaltungskosten und freiwilligen Leistungen,
- Ob die Gesundheitsausgaben über oder unter dem GKV-Durchschnitt liegen.

Das wiederum ist abhängig:

- von der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
- davon, wie stark es gelingt, durch gute Versorgungsstrukturen die Kosten zu reduzieren,
- davon, welche Preise in den Vertragsverhandlungen ausgehandelt werden,
- davon, wie stark die Leistungsmenge z.B. durch Anreize für wirtschaftliches Verhalten der Versicherten und der behandelnden und verordnenden Ärzte beeinflusst werden kann.

Installation einer Rückversicherung?

Der Faktor Morbidität im Gegensatz zu den anderen Faktoren ist für die einzelne Krankenkasse nur sehr bedingt beeinflussbar. Zwar kann sie versuchen, diese durch Präventions- und Vorsorgemaßnahmen zu verbessern. Dem sind jedoch enge Grenzen gesetzt. Auch die behauptete bewusste Anwerbung gesunder Mitglieder

ist nicht zu belegen. Zum anderen wird aus einem gesunden Mitglied häufig sehr schnell ein krankes. Angesichts der geringen Beeinflussbarkeit bei teilweise drastischen Auswirkungen muss allerdings über die Morbidität noch einmal genau nachgedacht werden. Möglich wäre die Installation einer Art Rückversicherung. Die Niederlande verfügen z.B. über eine Art Großschadensversicherung für besonders teure und aufwendige Fälle.

Ob ein solches Modell auf unser System übertragen werden sollte, muss gründlich überlegt sein. Der Verwaltungsaufwand ist groß, und es ist nicht einfach, Indikationen zu definieren, bei denen die Ausgaben über alle Kassenarten ausgeglichen werden sollen. Ein solches Verfahren ist zudem manipulationsanfällig. Das zumindest haben wir aus dem früheren Krankenversicherung der Rentner-Ausgleich gelernt. Es birgt darüber hinaus die Gefahr einer kontinuierlichen Ausweitung. Selbst wenn man den Ausgleich nicht an Indikationen koppelt, sondern an Behandlungssummen, stellt sich immer die Frage, warum gerade diese oder jene Grenze zugrunde gelegt worden ist. Einen objektiven Maßstab gibt es nicht.

Zu fragen ist deshalb, ob nicht eine Reaktivierung der kassenarteninternen Hilfen der sehr viel bessere Weg ist, mit diesem Problem umzugehen. So können die Satzungen der Landesverbände und der Verbände der Ersatzkassen bereits heute eine Umlage der Verbandsmitglieder vorsehen, um die Kosten für aufwendige Leistungsfälle und für andere aufwendige Belastungen ganz oder teilweise zu decken. Auf diese Weise ließen sich ohne Gesetzänderung Belastungsspitzen einzelner Krankenkassen vermeiden.

Norbert Klusen

Weiterentwicklung des Wettbewerbs

Es ist inzwischen üblich, dass im Zusammenhang mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fast nur noch über die finanzielle Seite gesprochen wird. Auf den ersten Blick ist dies zwar verständlich: Die GKV hat ein jährliches Gesamtvolumen von über 250 Mrd. DM, sowohl die demographische Entwicklung wie auch der medizinische Fortschritt sprechen für einen Anstieg der Kosten in den kommenden Jahren, und Beitragssatzerhöhungen wirken sich immer direkt auf die Lohnzusatzkosten aus.

Dennoch greift die rein finanzielle Betrachtung zu kurz, wie die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen. Über 20 Jahre mehr oder weniger intensiver Kostendämpfungspolitik liegen hinter uns, und trotzdem gibt es keine wirkliche Entwarnung, sondern allenfalls kurze Verschnaufpausen. Man kuriert an Symptomen, aber es fehlen die Brückenköpfe in die Zukunft. Die Budgetierung ist ein Beispiel dafür – eine Notbremse, die in Ausnahmefällen und für eine begrenzte Zeit angewendet werden kann, von der man aber nicht die Lösung der drängenden Finanzierungsfragen erwarten kann.

Ökonomisch betrachtet gibt es keine gerechten Preise, daher kann es auch keine gerechten Beitragssätze oder Beiträge geben. Insofern sollte die Diskussion um Beitragsgerechtigkeit eher im Hinblick darauf geführt werden, ob die Beiträge individuell angemessen, kompatibel mit dem solidarischen System der gesetzlichen

Krankenversicherung und unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten vertretbar sind.

Wahlfreiheit, Wettbewerb und Beitragsgerechtigkeit

Die gesetzliche Krankenversicherung ist seit einigen Jahren ein wettbewerbliches System, und hier liegt auch der Schlüssel für die erforderliche Weiterentwicklung. Zum einen müssen wettbewerbliche Strukturen bei den Vertragspartnern der Krankenkassen, den Leistungserbringern, etabliert werden. Zum anderen ist es an der Zeit, die Wettbewerbsordnung der gesetzlichen Krankenversicherung daraufhin zu überprüfen, ob die angestrebten Ziele erreicht worden sind. Damit eng verknüpft ist die Frage nach der Beitragsgerechtigkeit.

Auf den ersten Blick herrscht kein Mangel an Beitragsgerechtigkeit. Jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung kann mindestens einmal im Jahr ohne Angabe von Gründen seine Krankenkasse wechseln und hat bei Beitragssatzerhöhungen sogar ein Sonderkündigungsrecht. Es ist gewährleistet, dass die Mitglieder und ihre Familienangehörigen nicht einer Kasse angehören müssen, der sie nicht angehören wollen. Umgekehrt haben sie immer einen Versicherungsschutz, für dessen Preis ausschließlich ihre finanzielle Leistungsfähigkeit maßgeblich ist. Dafür sorgen Diskriminierungsverbot und Kontrahierungszwang. Dass das persönliche Krankheitsrisiko keine Rolle spielt bei der Höhe des individuellen Beitrages

ist einer der Grundpfeiler der solidarischen Krankenversicherung und wichtig für individuelle Beitragsgerechtigkeit. Auch die Wahlfreiheit eröffnet den Versicherten Wege, ihre persönliche Beitragsgerechtigkeit herzustellen.

Gesetzeslücke führt zur Schiefelage im Wettbewerb

Dennoch hat es in den vergangenen Wochen eine sehr kontroverse Diskussion um die unterschiedliche Höhe der Beitragssätze innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben. Im Mittelpunkt des Streits standen Betriebskrankenkassen (BKKn), die oft erst vor kurzem gegründet worden sind und mit sehr niedrigen Beitragssätzen werben können, weil sie viele junge und gesunde Mitglieder hinzugewonnen haben. Die Kritik bezog sich hauptsächlich auf die unterdurchschnittlichen Beitragssätze, und auch der Lösungsvorschlag einiger Krankenkassen orientierte sich daran: Es solle ein Mindestbeitragssatz festgelegt werden, und Kassen, die darunter liegen, müssten entsprechende Finanzmittel an andere Kassen abführen.

Da das Problem jedoch nicht finanzieller Natur ist, kann es auch nicht durch neue Umverteilung von Geldern gelöst werden. Es ist vielmehr eine Schiefelage im Wettbewerb, und dort liegt auch die Lösung. Die Schein-Betriebskrankenkassen, die anders als die klassischen BKK keinen Betrieb im Hintergrund haben, sind das Ergebnis einer Gesetzeslücke, die man bei Einführung des Kranken-

kassenwettbewerbs nicht gesehen hat oder auch nicht sehen konnte. Anders als andere Kassen können BKK sich gründen, es steht in ihrem eigenen Ermessen, ob und für welche Regionen sie sich öffnen wollen, und unter bestimmten Voraussetzungen können sie sich auch wieder schließen. Ersatzkassen oder Ortskrankenkassen haben diese Möglichkeit nicht. Sie sind allerdings nicht die Einzigen, die von den Auswirkungen der ungleichen Wettbewerbsvoraussetzungen betroffen sind. Auch die „klassischen“ Betriebskrankenkassen, die vielfach sehr wettbewerbsorientiert sind, spüren die Folgen.

Der weitgehende Verzicht auf ein Geschäftsstellennetz und andere Serviceangebote macht Schein-Betriebskrankenkassen gerade für junge und gesunde Mitglieder interessant. Nun kann man nicht den Mitgliedern vorwerfen, dass sie von ihrer Wahlfreiheit Gebrauch machen und sich eine Krankenkasse aussuchen, bei der sie ihre individuelle Beitragsgerechtigkeit am ehesten verwirklicht sehen. Sie verhalten sich individuell durchaus rational. Auch die Schein-Betriebskrankenkassen handeln völlig legal und bewegen sich innerhalb der gültigen Wettbewerbsordnung, und genau hier liegen sowohl das Problem wie auch der Schlüssel zu seiner Lösung. Während zum Beispiel für BMW und DaimlerChrysler das gleiche Wettbewerbsrecht gilt, ist dies in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht der Fall. Solange einzelne Kassenarten anders als ihre Wettbewerber die Möglichkeit haben, sich neu zu gründen, sich zu öffnen und dabei auch Hochkostenregionen wie Berlin, Hamburg oder das Saarland auszusparen, führt diese Lücke im Gesetz zu einer wettbewerbliehen Schiefelage. Hier ist die Politik gefordert.

Versteckte Subventionen

Ein ganz anderer Aspekt kommt in der Diskussion um Beitragsgerechtigkeit jedoch nur selten vor: die versteckten Subventionen. Nur den wenigsten Versicherten der Ortskrankenkassen dürfte bewusst sein, dass ihre Beitragssätze jedes Jahr mit über 18 Mrd. DM subventioniert werden. Umgekehrt wissen auch nicht alle Mitglieder zum Beispiel von Ersatzkassen, dass sie mit ihren Beiträgen nicht nur für ihre eigene medizinische Versorgung bezahlen, sondern mehr oder weniger große Anteile davon an andere Kassen abgeführt werden müssen. Auch hier muss die Frage nach der Beitragsgerechtigkeit gestellt werden.

Der Risikostrukturausgleich (RSA), der im Zusammenhang mit dem Kassenwettbewerb eingeführt worden war, bewirkt Umverteilungen von mittlerweile über 22 Mrd. DM pro Jahr. Seine realen Wirkungen gehen weit über die ursprünglich intendierten Ziele hinaus, und er zeigt zunehmend adverse Effekte: Eine Reihe von Zahlerkassen hat inzwischen höhere Beitragssätze als Empfängerstellen, und manche Empfängerstellen können Beitragssatzstabilität versprechen, was vielen Wettbewerbern, von denen sie subventioniert werden, nicht möglich ist. Ein weiteres Beispiel ist die AOK Sachsen, die jährlich weit über 1 Mrd. DM aus dem Risikostrukturausgleich erhält und das Jahr 1999 mit einem Plus von 217 Mill. DM abschließen konnte, während eine Reihe von Zahlerkassen ein Defizit ausweisen muss. Daran wird deutlich, dass auch Gelder umverteilt werden, die offenkundig gar nicht benötigt werden.

Der Risikostrukturausgleich ist ein Punkt, an dem sich die Frage der Beitragsgerechtigkeit massiv stellt, der nur leider viel zu selten

thematisiert wird. Dies hat seine Ursache auch darin, dass die politische Diskussion und die Gesetzgebung hauptsächlich von Argumenten und Regularien geprägt sind, die den Erhalt von Institutionen und nicht den Schutz von Menschen an die erste Stelle setzen. Selbst wenn eine Krankenkasse im Wettbewerb nicht bestehen sollte, hätten ihre Versicherten keinen Nachteil, denn die anderen Kassen sind verpflichtet, sie aufzunehmen – unabhängig von Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand. Die umfassende medizinische Versorgung ist glücklicherweise nicht abhängig vom Fortbestand einzelner Institutionen. Die Frage der Beitragsgerechtigkeit ist auch eng mit der bisher vorherrschenden Orientierung an den Interessen von Institutionen zu Lasten der Interessen von Versicherten verbunden. Der Abbau von Subventionen gehört ebenfalls dazu.

Fazit

Die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kontrahierungszwang und die Wahlfreiheit der Versicherten sind unentbehrlich für die individuelle Beitragsgerechtigkeit, und sie werden auch von niemandem ernsthaft in Frage gestellt. Wichtig wird es sein, die Probleme dort zu lösen, wo sie ihre Ursachen haben. Wir brauchen größere Flexibilität im Vertragsbereich, wettbewerbliche Strukturen auch bei den Leistungserbringern, erweiterte Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und ein für alle Krankenkassen gleichermaßen gültiges Wettbewerbsrecht. Das sind die Brückenköpfe in die Zukunft, ohne die eine zielorientierte Weiterentwicklung unmöglich ist. Weder eine größere Staatsnähe noch ein Weitermachen wie bisher führt zum Erfolg. Dann wäre die Beitragsgerechtigkeit nur ein Punkt, der auf der Strecke bliebe.