

Das „Kanzleramts-Papier“

© Arbeitnehmerkammer Bremen
Stand: Juli 2001

Im folgenden dokumentieren wir das als so genanntes „Kanzleramts-Papier“ zur Jahresmitte 2001 gestreute **„Arbeitspapier“ aus dem Bundeskanzleramt zur Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode** im Wortlaut.

Vorhaben des BMG für die nächste Legislaturperiode: Fortführung der Gesundheitsreform

I. Problem

Prognostizierter Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2040 von derzeit 13,4 % je nach Schätzung auf bis zu 31%. Grund:

- Demografie-Effekt: Rentner zahlen geringere Beiträge, sind auf der Ausgabenseite aber überdurchschnittlich teuer. Der Subventionsbedarf für die Krankenversicherung der Rentner erreichte bereits im Jahr 2000 über 60 Mrd. DM bzw. 25 % der Gesamtausgabe. Dieser Effekt verschärft sich in den nächsten Jahren: die Kosten je Rentner und die Lebenserwartung werden steigen, der Subventionsbedarf muss von einer sinkenden Zahl von Erwerbstätigen getragen werden. Der Subventionsbedarf für die Rentner erreicht im Jahre 2040 rd. 24 Beitragssatzpunkte.
- Medizinischer Fortschritt: Die Entwicklung neuer, teurer Behandlungsverfahren wird die Kosten je Versicherten nach Schätzung durchschnittlich um bis zu 26 % pro Jahr steigen lassen.
- Die Kürzung der Gesundheitsausgaben entsprechend der Finanzentwicklung nach dem Vorbild von „Nullrunden“ in der Rentenversicherung ist nicht möglich, da nach dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes die Sozialversicherung die medizinisch notwendige Behandlung bereitstellen muss und diese nicht beliebig entsprechend der Finanzlage einschränken darf.

II. Lösungen

Es gibt drei Grundmodelle für eine nachhaltige Gesundheitsreform. Die Ansätze sind grundsätzlich modular miteinander kombinierbar.

1. Wettbewerbsmodell: Angebot mehrerer Versicherungstarife, jedoch kompletter Leistungsanspruch

- Beibehaltung des vollen Anspruchs auf alle notwendigen Leistungen in jedem Tarif
- Drei-Tarif-Modell (Vorbild Schweiz):
 - (1) „HMO“-Tarif (Einkaufsmodell der Krankenversicherung)
 - (2) Sachleistungstarif mit freier Wahl des Arztes und des Krankenhauses
 - (3) Kostenerstattungstarif (wie für Privatpatienten) mit wählbarem Sachbehalt.Der HMO-Tarif wird Grundlage für den Arbeitgeber-Anteil zur gesetzlichen Krankenversicherung.
- Im HMO-Tarif erfolgt die medizinische Behandlung ausschließlich durch ausgewählte Vertragspartner der Krankenkassen bzw. einen gesonderten ambulant-stationären Gesundheitsdienst („Health maintenance organization“ – „HMO“): die freie Arztwahl wird insofern eingeschränkt. Die Krankenkasse erhält das Recht, Ärzte, Krankenhäuser, Arzneimittel und Massagen selbst einzukaufen bei Freistellung der Gebührenordnungen und sonstigen Reglementierungen (freie Preisvereinbarungen). In der Schweiz werden entsprechende Tarife von privaten Krankenversicherungen seit 1990 angeboten. Der Marktanteil dieser Tarife steigt kontinuierlich. Die Prognos AG hat für diese Versorgungsformen Kosteneinsparungen von 30 bis 35 % nachgewiesen. Diese Einsparung reicht aus zur Gegenfinanzierung der Effekte durch Demografie und medizinischen Fortschritt.

- Im Sachleistungstarif erhält der Versicherte wie bisher alle Leistungen auf die Krankenversicherungskarte. Die Mehrkosten zum HMO-Tarif trägt der Versicherte selbst.
- Im Kostenerstattungstarif wird der Versicherte vom Arzt als Privatpatient behandelt. Die Mehrkosten zum HMO-Tarif trägt der Versicherte.

2. Grund- und Wahlleistungen

- Die Entlastung ergibt sich durch Kürzung von Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung. Diese Leistungen können auf freiwilliger Basis durch private Zusatztarife finanziert werden.
- Hauptproblem ist eine sinnvolle Überführung von Leistungen in freiwillige Wahlleistungen. Eine notwendige Kostenentlastung kann nicht erreicht werden, wenn nur Bagatelleleistungen und medizinisch nicht notwendige Leistungen ausgesteuert werden. Das Volumen dieser Leistungen ist viel zu gering, um einen spürbaren Beitragssatzeffekt in der Pflichtversicherung auszulösen. Beispielsweise wird ein Beitragssatzeffekt von rund 2 % erreicht, wenn die Heil- und Hilfsmittel als Ganzes in Wahlleistungen überführt werden.
- Wahlleistungen treffen schwerpunktmäßig die nichtärztlichen freien Heilberufe (sogenannte Heilmittelversorgung wie z.B. Krankengymnastik und Sprachtherapie) und die Gesundheitshandwerker (sogenannte Hilfsmittelversorgung wie z.B. Rollstühle, orthopädische Schuhe usw.). Da eine ausnahmslose Streichung von Heil- und Hilfsmitteln unrealistisch ist (Stichwort: „krebserkrankte Kinder“), müssten die Einsparverluste durch Überführung weiterer Leistungen in die Wahltarife ausgeglichen werden. In der Fachdiskussion wird vor allem der Zahnersatz genannt, da Zahnverlust durch Prävention bis zu einem bestimmten Alter als vermeidbar angesehen wird.
- Die Seehofer-Administration wollte im Jahre 1995 die Heil- und Hilfsmittelversorgung zu „Kann“-Leistungen machen („Gestaltungsleistungen“). Der Gesetzentwurf wurde nach massiven Protesten der freien Heilberufe und des Gesundheitshandwerks zurückgezogen. Interessanterweise hat der damalige Koalitionspartner FDP sich zum Sprachrohr dieser Berufsgruppen gemacht.
- Alternativ könnte durch Übernahme „versicherungsfremder Leistungen“ in die Steuerfinanzierung eine Beitragssatzsenkung von rund 4 Prozentpunkten erreicht werden.

3. Einführung einer Kapitaldeckung für die Altersrückstellung in der Krankenversicherung

- Die aktiven Erwerbstätigen könnten verpflichtet werden, zusätzlich eine Altersrückstellung für ihre Krankenversicherung im Rentenalter zu bilden. Bei Kombination der oben genannten Optionen I bis III würden sich folgende drei Krankenversicherungsbeiträge ergeben: Beitrag in die Pflichtversicherung, Wahlleistungstarif, Altersrückstellung. Damit würde der Beitragssatz langfristig stabil bleiben.
- Entscheidendes Problem dieser Option ist die Deckung des Finanzierungsdefizits in der Krankenversicherung der Rentner in der Übergangsphase für alle Rentner, die noch keine Altersrückstellung in der Krankenversicherung gebildet haben konnten. Gegenwärtig erreicht das Einnahmedefizit in der Krankenversicherung der Rentner jährlich 60 Mrd. DM mit stark steigender Tendenz. Diese Subventionen müssen aus Steuereinnahmen für die Dauer einer Generation finanziert werden, bis die ersten Jahrgänge ins Rentenalter eintreten, die ihren Finanzbedarf aus den Altersrückstellungen decken können. Angesichts dieser Übergangsprobleme werden Vorschläge zur Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens in der gesetzlichen Krankenversicherung als unrealistisch bewertet.