

Die Gesundheitsreform 2010



Philipp Rösler. Foto: FDP

Eine Gesundheitsreform jagt die andere. Erst am 1. April 2007 war die letzte Gesundheitsreform in Kraft getreten. Jetzt steht schon wieder die nächste ins Haus, da den gesetzlichen Krankenkassen 2011 elf Milliarden Euro fehlen. Es ist die neunte Reform seit 1989. Nach monatelangem Streit haben sich die Spitzen von Union und FDP am 6. Juli 2010 auf Eckpunkte für eine Gesundheitsreform verständigt. Das Ergebnis bleibt für beide Seiten weit hinter den Ursprungsforderungen zurück. Schon im Vorfeld hatte sich die Union von der Idee einer Gesundheitsprämie verabschiedet, die FDP musste ihre Pläne für die Prämie daraufhin beerdigen. Der Kompromiss von Union und FDP bedeutet für Versicherte: Es wird erneut teurer. Die Beiträge werden von 14,9 auf 15,5 Prozent angehoben. Der Arbeitgeberbeitrag wird jedoch bei 7,3 Prozent eingefroren. Künftige Kostensteigerungen übernimmt allein der Versicherte über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge. Eine Überforderung soll mit einem Sozialausgleich verhindert werden. Weil die Ausgaben im Gesundheitssystem auch künftig viel schneller wachsen als die Einnahmen, könnte der Zusatzbeitrag bald weiter hochschnellen. Die nächste Gesundheitsreform ist folglich nur eine Frage der Zeit.

Am 22. September 2010 hat das Bundeskabinett die Gesundheitsreform beschlossen. Der Bundesrat muss nach Regierungsangaben nicht zustimmen.

Der Bundestag hat die Gesundheitsreform von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) am 12. November 2010 beschlossen. Den Weg dazu machten Union und FDP am Freitag mit ihrer Mehrheit im Bundestag frei. Geschlossen dagegen stimmten SPD, Linke und Grüne. Das Arzneimittel-Spargesetz, das weitere Milliarden einsparungen erbringen soll, war bereits am 11. November 2010 vom Bundestag verabschiedet worden.

Die Gesamtkosten für die Gesundheit steigen kontinuierlich Jahr für Jahr und liegen mittlerweile bei 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Medizin kann heute mehr, und die Menschen werden älter. Die gesetzlichen Kassen werden ohne Beitragserhöhung schon 2011 wieder ein Defizit von 11 Milliarden Euro ausweisen. Im Jahre 2012 erwarten die Fachleute einen Fehlbetrag der Kassen von 4 bis 5 Milliarden Euro, 2013 von 8 und 2014 von 10 Milliarden Euro.

Wie das Statistische Bundesamt mitteilte, betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2009 insgesamt 278,3 Milliarden Euro. Sie stiegen gegenüber dem Vorjahr um 13,8 Milliarden Euro oder 5,2 Prozent. Auf jeden Einwohner entfielen damit Ausgaben in Höhe von rund 3.400 Euro (2008: 3.210 Euro). Die Gesundheitsausgaben entsprachen 11,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (2008: 10,5 Prozent). Zwischen 2000 und 2008 hatten sich die Kosten nur um 2,7 Prozent pro Jahr erhöht. Als Grund für den Anstieg nannte die Statistikbehörde vor allem höhere Honorare für niedergelassene Ärzte und höhere Tariflöhne in den Krankenhäusern.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewegten sich in den letzten Jahrzehnten stets um die Marke von 6 Prozent am Bruttoinlandsprodukt, 2009 lagen sie bei rund 160 Milliarden Euro. Die Beitragsätze bei den gesetzlich Versicherten liegen - trotz Reformen - derzeit bei 15,5 Prozent.

Der Grund ist aber nicht nur eine Kostenexplosion, verursacht durch den medizinischen Fortschritt und eine zunehmend ältere Gesellschaft, sondern auch ein Einnahmeproblem, das mit der sinkenden Lohnquote aufgrund der Arbeitslosigkeit und den vielen Teizeit- und Minijobs zusammenhängt. Sie ist in den letzten 15 Jahren um rund 9 Prozentpunkte auf 65,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts zurückgefallen. Dadurch verringert sich die Beitragssumme, die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht wird.

Die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen sank und damit auch der Anteil von Lohn am Gesamteinkommen. Immer weniger Menschen zahlen für das Gesundheitswesen - und zwar tendenziell immer mehr. Von den 70 Millionen gesetzlich krankenversicherten Menschen sind 20 Millionen beitragsfrei mitversichert. So zahlt die Bundesagentur für Arbeit (BA) derzeit nur einen Betrag in Höhe von 126 Euro für die Kranken- und Pflegeversicherung für Arbeitslosengeld II Empfänger, also 1.512 Euro im Jahr. Ausweislich der Angaben der GKV liegen die Ausgaben aber bei über 3.000 Euro im Jahr. Der Anteil der Rentnerinnen und Rentner in der GKV ist gestiegen. Da diese geringere Einkommen haben, zahlen sie auch weniger Beiträge. Beiträge allein sind so auf Dauer keine tragfähige Finanzierungsbasis. Einkommen aus Zinsen, Mieten und Pachten werden - politisch gewollt - weiterhin nicht zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen.

Die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) erhöhten sich 2008 um 1,4 Milliarden auf 24,9 Milliarden Euro. Damit entfielen im Jahr 2008 gut 9,5 Prozent der Gesundheitsausgaben auf dieses Versicherungssystem.

- Statistisches Bundesamt:

Eckpunkte der Gesundheitsreform 2010

Nach monatelangem heftigen Streit ("Wildsau", so die FDP über die CSU - "gesundheitspolitische Gurkentruppe", so die CSU über die FDP) hat sich Schwarz-Gelb am 6. Juli 2010 doch noch auf eine Gesundheitsreform geeinigt: Wie Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) mitteilte, steigen die Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitgeber von 7,0 auf 7,3 Prozent des Bruttolohns und werden dann festgeschrieben. Die Beiträge der Arbeitnehmer steigen dementsprechend von 7,9 auf 8,2 Prozent. Es bleibt also weniger Netto vom Brutto.

Alle weiteren Kostensteigerungen sollen in Zukunft von den Versicherten allein über Zusatzbeiträge getragen werden. Derzeit ist der Zusatzbeitrag in der Höhe von einem Prozent des Monatseinkommens – maximal 37,50 Euro – gedeckelt. Für Geringverdiener wird ein Sozialausgleich aus Steuermitteln installiert.

Drei Milliarden Euro werden die Arbeitnehmer insgesamt über die Beiträge bezahlen, drei Milliarden die Arbeitgeber und drei Milliarden Euro müssen die Leistungserbringer im System einsparen. Allerdings kommt es zu keinen Kürzungen bei den Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten. Die Ausgaben sollen lediglich weniger stark ansteigen. Weitere zwei Milliarden werden die Steuerzahler zuschießen.

Philipp Rösler wertete die Einigung als Erfolg. "Das zu erwartende Defizit in Höhe von elf Milliarden Euro für das Jahr 2011 wird ausgeglichen werden, sagte er. Zugleich räumte er ein, er habe sich einen "echten Umbau des Systems" gewünscht. Dieser sei nun aber zumindest "eingeleitet". Die christlich-liberale Koalition habe sich auf ein umfassendes Maßnahmen-Paket zur zukunftsorientierten Weiterentwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung verständigt. Sie habe damit ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt. "Es ist eine ausgewogene Mischung, in der wichtige Weichen für die Zukunft gestellt werden. Die Ausgaben werden begrenzt, die Einnahmen stabilisiert. Damit stärken wir die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig werden die Strukturen verbessert und mehr Transparenz und mehr Wettbewerb für Versicherte, Krankenkassen und Leistungserbringer geschaffen", sagte Rösler.

Hauptverantwortlich für die jetzigen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen war noch die Große Koalition aus Union und SPD, die vor der Bundestagswahl ein üppiges Plus für Kliniken und niedergelassene Fach- und Hausärzte veranlasste. 2009 gab es für die niedergelassenen Ärzte 3,5 Milliarden Euro mehr, in diesem Jahr sind es schätzungsweise 1,17 Milliarden Euro zusätzlich. Zudem stiegen die Kosten für die Versorgung mit Arzneimitteln weiter an. Im gesamten Jahr 2009 gaben die Krankenkassen insgesamt 6,9 Milliarden Euro für Arzneimittel aus, was einer Steigerung um 5,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Die Punkte im einzelnen:

■ Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung steigen im nächsten Jahr von 14,9 auf 15,5 Prozent.

Die Arbeitnehmer zahlen 8,2 Prozent von ihrem Bruttolohn.

Die Arbeitgeber tragen 7,3 Prozent. Ihr Anteil wird künftig eingefroren.

■ Zusatzbeiträge

Die Kassen können individuell Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern verlangen, wenn sie mit dem Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen. Die Zusatzbeiträge werden allein von den Versicherten getragen.

Bislang galt eine Grenze von einem Prozent des Einkommens.

Künftig sollen die Zusatzbeiträge nicht mehr nach oben hin begrenzt sein und unabhängig vom Einkommen erhoben werden können.

Die Zusatzbeiträge entkoppelten erstmals die Krankenversicherungs- von den Lohnzusatzkosten.

■ Sozialausgleich

Ein Sozialausgleich ist vorgesehen, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des Bruttoeinkommens übersteigt. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird vom Bundesversicherungsamt errechnet. Nach jetzigen Berechnungen wird er bis 2014 nicht höher als 16 Euro sein.

Der Sozialausgleich findet direkt bei den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern statt. Sie prüfen, ob der Zusatzbeitrag zwei Prozent vom Bruttoeinkommen übersteigt und ziehen die entsprechende Summe gegebenenfalls direkt von den Krankenkassen-Beiträgen ab.

■ Krankenkassen

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen zwei Jahre lang nicht steigen. Dadurch soll es zu Einsparungen in Höhe von jährlich 300 Millionen Euro kommen.

■ Kliniken und Zahnärzte

Die Honorarzuwächse der Kliniken und der Zahnärzte werden auf die halbe Grundlohnsummensteigerung begrenzt. Kliniken müssen zugleich einen Abschlag von 30 Prozent auf Leistungen gewähren, die über die vereinbarte Menge hinausgehen.

■ Hausärzte

Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung soll begrenzt werden. Durch Hausarztverträge dürfen die Ausgaben nur so stark steigen wie in den anderen Bereichen - das sind etwa 500 Millionen Euro weniger. Statt der Quartalspauschale von rund 40 Euro erhalten die Hausärzte, die am Hausarztmodell teilnehmen, zur Zeit etwa den doppelten Betrag. Versicherte, die an dieser hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich, zuerst ihren Allgemeinarzt aufzusuchen, der sie dann an Fachärzte überweist.

■ Arzneimittel

Die Impfstoffpreise sollen auf europäischen Durchschnitt gesenkt werden und bei Arzneimittel-Reimporten wird mehr

Wirtschaftlichkeit angestrebt.

Bereits vor der Reform beschlossen waren eine Neuordnung und ein Sparpaket für den Arzneimittelmarkt. Das bringt etwa zwei Milliarden Euro.

Die Bewertung neuer Arzneimittel soll künftig das Bundesgesundheitsministerium regeln und nicht mehr der gemeinsame Bundesausschuss aus Ärzten, Kassen und Kliniken. Die Bewertung soll Basis für die Rabattverhandlungen von Pharmaherstellern und Krankenkassen sein.

■ **Private Krankenversicherung**

Angestellte, deren Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, sollen künftig schon nach einem Jahr (bisher drei Jahre) in die PKV wechseln können.

Zusatzpolicen und Auslandskrankenversicherungen sollen ab 2011 nur noch von den privaten Anbietern angeboten werden können und nicht mehr von gesetzlichen Kassen.

PKVs sollen von den Preissenkungen für Arzneimittel profitieren, die für gesetzliche Kassen ausgehandelt werden.

Die Pläne der Bundesregierung stießen bei Opposition, Gewerkschaften, Arbeitgebern und Sozialverbänden auf breite Ablehnung, selbst in den eigenen Reihen rumort es.

Die Ministerpräsidenten Stefan Mappus (CDU), Horst Seehofer (CSU) und Stanislaw Tillich (CDU) äußerten Kritik an den Vereinbarungen der Koalition. Tillich kündigte Widerstand gegen die Reform an. "Es gibt erheblichen Gesprächsbedarf. Das, was da in Berlin vorgelegt wurde, kann definitiv nicht das Ergebnis sein", sagte Tillich. Mappus wiederum beklagte: "Wir haben keinen großen Wurf gelandet." Die Kosten müssten gedämpft, mehr Anreize zum Sparen ins System eingebaut werden. "Das ist noch nicht das Optimum", sagte Mappus. Seehofer sieht in den Vereinbarungen keine Lösung, die langfristig wirkt. Der Kompromiss trage nur "für diese Legislatur".

Der SPD-Fraktionsvorsitzende Frank-Walter Steinmeier warf Rösler vor, bei der Gesundheitsreform versagt zu haben. Die Anhebung des Beitragssatzes sei der Bruch von Wahlversprechen. "Diese Regierung hat kapituliert", sagte er. "Die Regierung startet mit einem grandiosen Wortbruch in die Sommerpause", sagte er. Ihr Versprechen, dass den Bürgern mehr Netto vom Brutto bleibe, habe sie mit der nun beschlossenen Beitragserhöhung in der Krankenversicherung in das Gegenteil verkehrt.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) sprach von einer "Kampfansage an die Bürger". Es sei absolut inakzeptabel, dass ausschließlich die Versicherten alle Kostensteigerungen mit nach oben offenen Kopfpauschalen zahlen müssen. Durch die Reform verabschiede man sich von Solidarsystem.

Der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) warnte die Bundesregierung vor dem Bruch eigener Versprechen. "Wir dürfen nicht den einfachen, aber fatalen Weg weiterer Belastungen des Faktors Arbeit gehen", sagte Präsident Hans Heinrich Driftmann. Die Vorsitzende des Sozialverbands VdK, Ulrike Mascher, kritisierte den drohenden Kaufkraftverlust für Ruheständler. "Dadurch wird die Renten-Nullrunde zur Minusrunde", sagte sie.

Vorerst keine Strukturreform

Die schwarz-gelbe Koalition war angetreten, die Lohnnebenkosten zu senken, Mehr "Netto vom Brutto" sollten die Bürgerinnen und Bürger haben, die Arbeit sollte billiger gemacht werden, um so Anreize für mehr Jobs zu schaffen.

Diese Ziele wurden mit der Gesundheitsreform verfehlt. Zum 1. Januar 2011 sollen die Beiträge zur Krankenversicherung um 0,6 Prozent erhöht werden, noch offen ist die Beitragssteigerung bei der Arbeitslosenversicherung.

Den Krankenkassen droht im kommenden Jahr schon wieder ein Loch von rund elf Milliarden Euro. Mit der Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung wird das Loch ausgeglichen. Schon im Folgejahr reichen die Einnahmen nicht mehr aus und viele Kassen werden die Löcher über eine Einführung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags stopfen. Am Ende der Legislaturperiode wird Deutschland den höchsten Beitragssatz aller Zeiten haben und trotzdem eine unbefriedigende Finanzierungssituation.

Seit Jahren fordern Experten vergeblich immer wieder echte Strukturreformen im Gesundheitswesen:

- Die **Finanzierung** darf sich nicht wie bisher von der demografischen Entwicklung und von Arbeitseinkommen abhängig machen. Alle Einkommensarten könnten in die Finanzierung einbezogen werden. Ein Ausgleich könnte über die Steuern geschaffen werden, und nicht nur über die Solidarität der Beitragspflichtigen mit einem monatlichen Arbeitseinkommen bis 3.750 Euro (Beitragsbemessungsgrenze).
- Eine **Positivliste** könnte eingeführt werden, auf der alle Medikamente aufgelistet sind, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Geht es um neue Präparate, muss der zusätzliche Nutzen belegt sein, um die höheren Kosten zu rechtfertigen. Arzneimittel, die nur einen geringen nachgewiesenen therapeutischen Nutzen haben, werden nicht mehr erstattet. Anstelle von Scheininnovationen werden nur Generika von den Kassen bezahlt.
- Eine Reduzierung der Anzahl der **Krankenhäuser** auf ein internationales Maß könnte die Kosten senken.
- Einsparmöglichkeiten bestehen bei den **Verwaltungskosten** der Krankenkassen. Fusionen von Krankenkassen bewirken eine größere Marktmacht und vermindern Doppelstrukturen.
- Die Kassen sollten die Möglichkeit bekommen, mit Ärzten, Krankenhäusern und Physiotherapeuten **Einzelverträge** zu schließen.
- Doppeluntersuchungen könnten dadurch reduziert werden, indem der **Hausarzt als Lotse** durch das Gesundheitssystem dient. Die an der medizinischen Versorgung der Patienten beteiligten Leistungserbringer können sich abstimmen, wie sie am besten vorgehen. Fehlsteuerungen, die dem Patienten schaden und das Gesundheitssystem unnötig belasten, können reduziert werden.
- Nach wie vor wird beim Arztbesuch zu viel teure Diagnostik betrieben und zu wenig geredet. Indem das **Gespräch mit dem Arzt** höher honoriert wird, könnte überflüssige Diagnostik reduziert werden.
- Die Barrieren für Patienten, zum Arzt zu gehen, könnten erhöht werden - etwa durch eine **Praxisgebühr** pro Arztbesuch und nicht

pro Quartal. Jeder Versicherte geht in Deutschland durchschnittlich 18 mal zum Arzt und damit so häufig wie in kaum einem Land der Welt.

Der Gesundheitsfonds

Die große Koalition (2005 - 2009) wollte das Gesundheitswesen auf eine völlig neue Finanzgrundlage stellen. Dabei peilten Union und SPD trotz Differenzen in den eigenen Reihen den Gesundheitsfonds an. Das Fondsmodell gilt als Kompromiss zwischen dem SPD-Konzept einer Bürgerversicherung und dem Prämienmodell (s.u.) der Union. Beiträge und Steuern sollten in einen Gesundheitsfonds fließen, der dann für jeden Versicherten 150 bis 170 Euro an die Krankenkassen verteilt. Die durchschnittlichen Krankheitskosten der Kinder von je 80 Euro sollten von allen Steuerzahlern getragen werden. 16 Milliarden Euro kostet die Mitversicherung von Kindern jährlich. Zahlreiche Experten plädieren dafür, diese "versicherungsfremden Leistungen" über Steuern und nicht mehr über Beiträge zu finanzieren. Im Gegenzug zur Erhöhung von Steuern sollen die Beitragssätze sinken.

Arbeit sollte für die Unternehmen billiger werden, Neueinstellungen daher lohnender. Der Gesundheitsfonds war eine tief greifende Neuerung. Bisher zahlten Versicherte und ihre Arbeitgeber Beiträge, die je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch waren. Ein bei sechs Prozent festgefrorener Arbeitgeberbeitrag sowie ein flexibler Arbeitnehmerbeitrag - Beiträge aus Mieten, Pachten und Zinseinkünften wurden ausgeklammert - und Steuergelder (z.B. für die Versicherung von Kindern) werden in einen großen Topf - genannt: Fonds - eingezahlt werden, aus dem dann die Kassen einen einheitlichen Betrag pro Versichertem erhalten. Kommen sie damit nicht aus, müssen sie einen zusätzlichen Beitrag - eine "kleine Pauschale" - bei den Versicherten erheben.

Umstritten war, inwieweit die private Krankenversicherung in die Pflicht genommen werden sollte. Während die SPD für eine direkte Einbindung der PKV in den Kassenfonds war, konnten sich die Unionsparteien auch eine mittelbare Beteiligung der privat Krankenversicherten in Form eines steuerlichen Solidarausgleichs vorstellen. Damit bliebe das System PKV unangetastet.

Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) hatte die Bürger vor der Gesundheitsreform schon mal auf Mehrbelastungen eingestimmt. Mittel- und langfristig werde die Versorgung teurer, bekräftigte Merkel. Merkel betonte, die Reform werde im Sinne der Versicherten gemacht, die eine gute Versorgung wollten. Doch könne man das System nicht ändern, ohne das jemand etwas davon merke.

Die Bundeskanzlerin sollte Recht behalten. Zum 1. Januar 2011 sollen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erhöht werden, 2012 kommt vermutlich die Einführung oder die Erhöhung des Zusatzbeitrags.

Das Gesundheitswesen

Über 4,5 Millionen Menschen arbeiten in der Branche. Die reinen Gesundheitsausgaben lagen im Jahr 2008 bei 263 Milliarden Euro, d.h. bei rund 3.000 Euro pro Person. Seit 1995 wuchsen die Ausgaben um 30 Prozent. Die gesetzliche Krankenversicherung gab 2008 151 Milliarden Euro aus. Gleichzeitig wendeten die privaten Haushalte 35 Milliarden Euro auf. Die private Krankenversicherung gab mit 25 Milliarden aus. Über zehn Jahre hinweg zeigt sich eine deutliche Verschiebung: Der Anteil der Krankenkassen an den Gesamtausgaben ging von 1995 bis 2008 von 60 auf 56 Prozent zurück, gleichzeitig stieg der Anteil der Privathaushalte von 10 auf 14 Prozent. Der Anteil der Privatversicherungen erhöhte sich leicht von acht auf neun Prozent. Die Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung ging somit zum Teil zu Lasten der privaten Haushalte.

Um ihren Anteil am Medizinmarkt kämpfen rund 375.000 Ärzte und Zahnärzte, 500.000 Sprechstundenhilfen, 58.000 Apotheker (mit 21.400 Verkaufsstellen bilden sie eine der größten Einzelhandelsgruppen der Nation) mit 140.000 Beschäftigten, 139.000 Gesundheitshandwerkerinnen und -handwerker und über eine Million Krankenhausbeschäftigte.

Die Zahl der Vertragsärzte ist in Deutschland seit Anfang der 90er Jahre um mehr als ein Viertel auf 116.000 gestiegen. In kaum einem anderen Land ist die Arztdichte - ein Arzt kommt auf 270 Einwohner - so hoch wie in Deutschland. Vor allem in Ballungsgebieten gibt es Überversorgung, in ländlichen Gebieten teilweise eine Unterversorgung.

Die Pharmaindustrie beschäftigt 115.000 Menschen, darunter 16.000 Pharmareferenten, 180.000 Menschen arbeiten für die Krankenkassen.

Deutschland leistet sich 8 Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner, Schweden kommt z.B. mit 3,6 Betten aus (bei entsprechend längeren Wartezeiten).

In Deutschland gibt es, bezogen auf die Einwohnerzahl, mehr als doppelt so viele Apotheken wie etwa in den Niederlanden. Trotzdem sind die Holländer mit Pillen nicht schlechter versorgt als die Deutschen. Dafür, dass sie zur nächsten Apotheke ein paar Schritte weiter laufen müssen, zahlen sie ein Drittel - die Mehrwertsteuer auf Medikamente ist allerdings geringer - weniger, die Engländer gar nur die Hälfte. In amerikanischen Supermarkt-Apotheken sind Tabletten mit Wirkstoffen, deren Patentschutz abgelaufen ist, so genannte Generika, bis zu zehnmal billiger als hier. Auf dem deutschen Markt gibt es 60.000 Arzneimittel, in der Schweiz gerade mal 25 Prozent davon.

Weltmeisterlich sind auch die Arztbesuche der Deutschen: Weltweit gehen die deutschen Patienten am häufigsten zum Arzt. Im Schnitt brachte es jeder Bundesbürger auf 18 Arztbesuche (ohne Zahnärzte) im Jahr (Stand 2009). Das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) hatte Daten von 1,5 Millionen Versicherter der Gmünder Ersatzkasse ausgewertet. Dabei entfielen auf Montage 5,8 Millionen Arztkontakte, während es im Schnitt der anderen Tage nur 4,8 Millionen waren. Deutschen Männer bis zum 40. Lebensjahr gehen der Statistik zufolge weit seltener zum Arzt als der Durchschnitt, nämlich nur bis zu 8,5 Mal. Junge Frauen gehen hingegen im Schnitt 15 Mal zum Arzt. Mit steigendem Alter gleichen sich die Werte an und

nehmen insgesamt zu. Menschen über 80 Jahre haben statistisch gesehen pro Jahr 35 Mal Kontakt zu ihrem Arzt. Mit 66 Prozent entfielen die meisten Arztbesuche auf Allgemeinmediziner, gefolgt von Internisten (30 Prozent), Gynäkologen (26 Prozent) und Augenärzten (25 Prozent).

- Bundesministerium für Gesundheit:
Daten und Fakten zum Gesundheitsstandort Deutschland
- Statistisches Bundesamt: *Gesundheitspersonal nach Berufen*

Kaum zu glauben: Das deutsche System ist nicht besonders effektiv. Im Verhältnis zur Wirtschaftsleistung gibt Deutschland im internationalen Vergleich am dritt meisten für Gesundheit aus - übertroffen nur von den USA und der Schweiz. Deutschland leistet sich ein Gesundheitswesen mit Doppel- und Dreifachbehandlungen, unwirksamen oder überflüssigen Therapien, intransparenter Kostenberechnung und einer teuren Bürokratie.

In Deutschland verschreiben Ärzte immer noch zu viele und zu teure Medikamente. Der Arzneimittelreport 2006 kommt zum Ergebnis, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei einer anderen Verordnungspraxis drei Milliarden Euro hätten sparen können. Das Problem sind nicht Massenpräparate, für die es längst Festpreise gibt, sondern teure Spezialpräparate, die häufig neu und ohne Konkurrenz sind. Sie können pro Behandlung leicht vier- bis fünfstelligen Beträge kosten. Häufig sind die Preise deutlich höher als im Rest Europas.

Nur in Deutschland gibt es das teure Nebeneinander von ambulanter und stationärer Versorgung bei den Fachärzten. In anderen Ländern werden Patienten ambulant auch in Kliniken oder medizinischen Gesundheitszentren behandelt.

Ein weiteres Problem ist die Aufteilung der Krankenversicherten in gesetzlich und privat Krankenversicherte. Das deutsche System ist ohnehin ein Exot. In allen anderen europäischen Ländern gibt es die private Krankenversicherung nur als Zusatz zu einer für alle organisierten staatlichen Grundsicherung. Die GKV und die PKV unterscheiden sich in ihren Geschäftsmodellen erheblich. 90 Prozent der Bevölkerung ist gesetzlich versichert, 10 Prozent privat - davon sind etwa die Hälfte Beamte und deren Angehörige. Beide Systeme bieten Vor- und Nachteile, für die Mehrheit der Bevölkerung besteht aber keine Wahlfreiheit zwischen den Systemen.

Beschäftigte sind in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze von 4.162,50 Euro im Monat nicht übersteigt. Alle Beschäftigten, die ein jährliches Arbeitseinkommen über 49.950 Euro beziehen, werden von Gesetzes wegen weder an den Leistungen noch an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt. Sie haben die Wahl, eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung abzuschließen, sich privat zu versichern oder sich nicht zu versichern.

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Am 1. April 2010 existierten in Deutschland 166 gesetzliche Krankenkassen. Die gesetzlichen Kassen finanzieren sich aus den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dieser wird gespeist aus den Beiträgen der Versicherten, der Arbeitgeber und Steuerzuschüssen.

Die Beiträge der Versicherten bemessen sich an der Höhe des monatlichen Lohns, allerdings nur bis zu einer Höhe von 3.750 Euro (Beitragsbemessungsgrenze). Wer wenig verdient, zahlt weniger, wer mehr verdient zahlt mehr - das klassische Solidaritätsprinzip.

Kinder und Ehepartner sind in der GKV beitragsfrei mitversichert. Es werden keine Rückstellungen gebildet. Anders als in der privaten Krankenversicherung unterliegen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Krankenkassen dem Kontrahierungszwang: Sie sind zur Aufnahme neuer Mitglieder unabhängig von deren Gesundheitsstatus oder finanzieller Leistungskraft verpflichtet.

Die Kosten werden in einem komplizierten Verfahren über kassenärztliche Vereinigungen abgerechnet, der Patient erfährt nichts über die tatsächlichen Kosten der Behandlung, die er verursacht.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds kennt die Wahl der gesetzlichen Krankenversicherung nahezu nur ein Kriterium: die Höhe des Zusatzbeitrags - die Leistungen sind nämlich fast identisch. Zwischen den GKV findet ein harter Wettbewerb statt: Seit 2008 reduzierte sich die Anzahl der Kassen von 221 zumeist durch Fusionen auf heute 166.

Durch einen Risikostrukturausgleich in Höhe von 15 Euro pro Patient (2009) werden die finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Versichertenstrukturen - Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und der Morbidität der Versicherten ausgeglichen. Der Risikostrukturausgleich bezieht sich seit Anfang 2009 nur noch auf die Ausgabenseite, indem die Zuweisungen, die die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, nach der Risikostruktur der Versicherten differenziert werden.

Für versicherungsfremde Leistungen wendet die GKV bis zu 40 Milliarden Euro (Quelle: Hans Böckler Stiftung) im Jahr auf, je nachdem welche Positionen einbezogen werden, darunter 25 Milliarden für Leistungen für beitragsfrei mitversicherter Familienangehöriger, 13,7 Milliarden für nicht gezahlte Deckungsbeiträge Familienangehöriger, 2,4 Milliarden für Mutterschaftsgeld usw. Mit dem § 221 SGB V hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 einen ersten Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen gebracht. Die über den Bundeszuschuss erfassten versicherungsfremden Leistungen sind eine Minimalvariante, da sie den größten Block innerhalb des GKV-Systems nicht abbilden: die beitragsfreie Familienversicherung. Zumindest die Beiträge für Kinder sollten im Rahmen der Gesundheitsreform im Umfang von 14 bis 16 Milliarden Euro "auf alle Schultern in der Gesellschaft verteilt" werden.

Kassenärztliche Vereinigungen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gehören alle Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten an, die zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten zugelassen sind. Sie sind Körperschaften des öffentlichen Rechts und vertreten die Rechte und wirtschaftlichen Interessen der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen. Die

Abrechnung von medizinischen Leistungen, die bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, erfolgt nicht direkt zwischen Arzt und Patient und auch nicht zwischen Arzt und Krankenkasse des Patienten. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung im Bundesland regelt das mit den Krankenkassen. Das System der Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen macht das Gesundheitssystem intransparent.

Private Krankenversicherung (PKV)

In Deutschland gibt es rund 50 private Krankenversicherungen. Die privaten Kassen finanzieren sich aus Prämien, die je nach Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand und Leistungsumfang unterschiedlich hoch sind. Die Beiträge werden einkommensunabhängig kalkuliert. Junge und gesunde Privatversicherte zahlen weniger, ältere und kranke Versicherte mehr. Für Kinder und Ehepartner müssen zusätzliche Prämien gezahlt werden. Nimmt der Versicherte Leistungen nicht in Anspruch, kann er eine Beitragsrückerstattung erhalten, sofern vereinbart. Im Gegensatz zur GKV macht die PKV Gewinne. Die privaten Kassen bilden Altersrückstellungen, damit der Prämienanstieg im Alter gedämpft werden kann. Bei einem Wechsel der Versicherung können die Altersrückstellungen z. Zt. nicht mitgenommen werden, künftig auch nur die angesparten Gelder eines Basisarfs.

Auch Mitglieder der PKV kommen aufgrund der steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht ungeschoren davon. Zum 1. Januar 2010 wurden die Beiträge um durchschnittlich 7,5 Prozent erhöht, auch 2011 sind Erhöhungen geplant. Langzeitstudien zeigen, dass die Prämien der privaten Anbieter im Schnitt um sechs Prozent pro Jahr zulegen.

Ist den privaten Kassen das Gesundheitsrisiko zu hoch, dürfen sie auch Kunden ablehnen. Mitglied einer privaten Kasse können nur diejenigen werden, die entweder über 4.162,50 Euro im Monat (49.950 Euro/Jahr) verdienen oder Beamte oder Selbständige sind. Die Versicherungspflichtgrenze muss in drei aufeinanderfolgenden Jahren überschritten worden sein. Eine Rückkehr in die GKV ist möglich, wenn die Versicherungspflichtgrenze wieder unterschritten wird oder der Versicherte arbeitslos geworden ist. Die Altersrückstellungen gehen dann allerdings verloren. Ab einem Alter von 55 gibt es keine Rückkehrmöglichkeit in die GKV.

Privatversicherte rechnen direkt mit den Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern ab und reichen die Rechnungen dann bei ihrer Versicherung ein.

Den Vorwurf der Rosinenpickerei, durch junge und gesunde Gutverdiener (gutes Risiko) die Prämien niedrig zu halten, kontert die PKV damit, dass sie das Gesundheitswesen mit jährlich 10 Milliarden Euro zusätzlich unterstützt, da Privatpatienten in der Regel höhere Sätze als gesetzlich Versicherte zahlen müssen. Allerdings wird ein beträchtlicher Teil dieser Zahlungen aus Steuermitteln finanziert, da sich Beamte und deren Angehörige (rund 50 Prozent der Mitglieder) nur zu 50 Prozent bzw. 30 Prozent (mit Kindern) versichern. Der nicht erwerbstätige Ehepartner und die Kinder müssen zusätzlich mit je 30 bzw. 20 Prozent extra versichert werden. Die restlichen 50, 70 bzw. 80 Prozent der Behandlungskosten werden über die Beihilfe, also über Steuermittel, beglichen.

Für eine vergleichbare Leistung erhält ein niedergelassener Arzt von der privaten Krankenversicherung im Durchschnitt das 2,28-fache der Vergütung, die die gesetzliche Krankenversicherung zahlt. Bei Radiologen, Internisten, Kinder- oder Hausärzten sei der Aufschlag noch etwas höher, bei Augen- und Hautärzten etwas geringer.

Wenn es die PKV nicht mehr gäbe und alle Bürger Beiträge nach ihrem Einkommen zahlen müssten, brächte dies im Jahr mindestens 30 Milliarden Euro Mehreinnahmen für die GKV, so deren Prognose. Die PKVs schätzen den Betrag allerdings nur auf 10 Milliarden Euro. Auf der anderen Seite entstünden der GKV jedoch auch Mehrkosten durch 8,4 Millionen neue Versicherte. Nicht berufstätige Ehepartner und Kinder, die zuvor in der PKV einen eigenen Beitrag zahlten, müssten in der GKV beitragsfrei mitversichert werden. Das Grundproblem würde es auch nicht lösen: Die Überalterung der Gesellschaft mit ihren negativen Auswirkungen auf die Überlastung der Jüngeren.

Reformfähigkeit

Bei allen Sozialreformen, die immer wieder anstehen, sind keine Wohltaten zu verteilen, sondern welche abzuschaffen. Ziel ist die Abkopplung der Sozialbeiträge von den Arbeitskosten, die den Faktor Arbeit auch in Hinblick auf die Globalisierung in Deutschland zu teuer machen. Dazu kommt, dass die Zahl der versicherungspflichtig beschäftigten Erwerbstätigen gesunken ist und damit auch der Anteil von Lohn am Gesamteinkommen. Immer weniger Menschen zahlen in die Sozialkassen.

Entsprechend gering ist die Bereitschaft der Betroffenen, aber auch der Politik nach Änderungen. Jetzt die Weichen für die Zukunft zu stellen, fällt allen schwer. Bestes Beispiel ist die erneute Reform des Gesundheitswesens. Erkennbar ist, dass die Reformer mit dem Sparen, mit effizienteren Kostenstrukturen kaum vorankommen, die angeblich bis zu 20 Milliarden Euro bringen könnten. Einsparungen bedeuten immer Einschränkungen. Dafür gibt es viele Vorschläge, die Einnahmensseite zu stärken: Von der Einführung eines "Gesundheitssolis", die Erhöhung der Einkommenssteuer, über die Miteinbeziehung sämtlicher Einkünfte wie Mieten, Pachten, Zinseinnahmen, über die Beteiligung der PKVs oder Steuererhöhungen - alle Möglichkeiten werden seit Jahren in der Öffentlichkeit diskutiert, eine Strukturreform ist nicht in Sicht.

Zeitschrift Der Bürger im Staat 4/2003

Der Sozialstaat in der Diskussion

Der deutsche Sozialstaat steht unter Reformdruck. Tief greifende soziale, wirtschaftliche und politische Veränderungen stellen die Sozialpolitik in einen neuen Handlungsrahmen. Die Beiträge in diesem Heft sollen zu einer Versachlichung der Diskussion beitragen und Fakten vermitteln, die für das Verständnis der aktuellen Reformdebatte wichtig sind ...mehr



Kann die Politik überhaupt noch längerfristig planen? Wer die Diskussion um die Gesundheitsreform der letzten Jahre verfolgte, kann zu dem Ergebnis kommen: Der Horizont der Politiker ist eng, sie denken nicht in Jahrzehnten, sondern in Monaten, bestenfalls in Jahren. Union und SPD wollten das Gesundheitssystem von Grund auf ändern, nun ändert sich vorerst wenig. Sie wollten die Kassenbeiträge senken und die Steuern erhöhen, stattdessen erhöhen sie beides. Dass sich die Koalitionäre doch noch geeinigt haben, ist erstaunlich. Wenn man bedenkt, wie Union und SPD im Wahlkampf über die Gesundheitsreform gestritten haben, hätte man die jetzige Einigung nicht unbedingt erwarten dürfen. Nirgends waren die Fronten derart

Die Auseinandersetzungen um die Reform der Sozialsysteme hinterlassen deutliche Spuren beim Image der Parteien. Insbesondere hat das "Soziale" bei der SPD in den letzten Jahren gelitten. So waren im November 1996, als die SPD noch in der Opposition war, 53 Prozent der Meinung, dass das Merkmal "sozial" am ehesten auf die SPD zuträfe. 2009 waren es nur noch 27 Prozent. Genau so viele verbinden "sozial" jetzt mit der CDU/CSU (+9). Inzwischen sind jedoch 25 Prozent (+11) der Überzeugung, dass diese Eigenschaft auf keine Partei zutrifft.

Die schwarz-gelbe Koalition sinkt nach Bekanntgabe der Eckpunkte der Gesundheitsreform weiter in der Wählergunst. 80 Prozent der Bundesbürger sind unzufrieden mit der Arbeit der Bundesregierung. Das ist laut ARD-Deutschlandtrend (Juli 2010) der bislang geringste Zustimmungswert seit dem Amtsantritt von Schwarz-Gelb. So wundert es auch nicht, dass die Mehrheit der Bundesbürger (62 Prozent) keiner Partei mehr die Lösung der Probleme in Deutschland zutraut.

Stichwort Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung ist eine Form der Sozialversicherung, für die u.a. die SPD und die Grünen plädieren. Bei der Bürgerversicherung zahlen nicht nur abhängig Beschäftigte und deren Arbeitgeber, sondern die gesamte Bevölkerung Beiträge in die Sozialversicherung ein, d.h. im Gegensatz zur aktuellen Regelung auch Selbstständige und Beamte.

Als Bemessungsgrundlage würde das Gesamteinkommen jedes Einzelnen, bestehend aus allen sieben Einkunftsarten des Steuerrechts, also z.B. auch Unternehmensgewinne, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung usw.) herangezogen werden. Die Gesamthöhe dieses Einkommens entscheidet auch über die Höhe des Beitrags zu einer Bürgerversicherung.

Die aktuell geltenden Grenzbeträge dürften sich bei einer Bürgerversicherung verändern. Das Mitglied der Rürup-Kommission, Prof. Dr. Karl Lauterbach beispielsweise ging davon aus, dass Versicherungspflichtgrenze auf jeweils 5.100 Euro angehoben werden müssten.

Ein wesentlicher Vorteil einer Bürgerversicherung wäre angesichts der höheren Zahl an Beitragszahlern eine deutliche Senkung der Lohnnebenkosten, wodurch Arbeit insgesamt billiger und eine nicht unerhebliche Zahl neuer Arbeitsplätze geschaffen würde.

Als Nachteil nennen Experten den erhöhten bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen und die damit verbundenen Kostensteigerungen, sie wäre eine staatlich verordnete Einheitsversicherung unter Ausschluss von Differenzierung und Wettbewerb. Mit der Einführung einer Bürgerversicherung ergeben sich weitere Probleme: Die privaten Krankenkassen würden überflüssig, die Jobs der Mitarbeiter und ein weites Feld der privaten Wirtschaft sind bedroht. Eine Bürgerversicherung kann das Problem einer überalterten Gesellschaft mit erhöhtem Krankheitsrisiko allerdings ebenso wenig lösen wie das jetzige Gesundheitssystem. Außerdem kann es nicht jedes Krankheitsrisiko absichern. Auf den Bürger käme also eine Palette von privaten Zusatzversicherungen zu. Die Kapitalflucht würde sicherlich zunehmen, um Gelder dem Zugriff der Kassen zu entziehen.

Stichwort Kopfpauschale - Gesundheitsprämie

Alternativ zu einer Bürger- oder Erwerbstätigenversicherung hatte die Rürup-Kommission ein Kopfpauschalprinzip zur Auswahl gestellt. Auch die Herzog-Kommission schlug dieses Modell vor. Für das Gesundheitswesen würde dies bedeuten, dass statt der bisherigen prozentualen Beiträge jeder erwachsene Versicherte eine Pauschale von rund 200 Euro im Monat zahlen müsste, um eine medizinische Grundversorgung zu erhalten. Dieser Grundpreis variiert je nachdem, wie effizient die Versicherung arbeitet. Natürlich könnten die Versicherungen zu einem höheren Preis auch mehr Leistungen anbieten. Der Arbeitgeberbeitrag würde ausbezahlt und die Versicherung komplett von den Löhnen abgekoppelt, was auch hier zu einer dauerhaften Senkung der Lohnnebenkosten führen würde. Durch die steigenden Bruttogehälter würden zusätzliche Steuereinnahmen fällig, deren Einnahmen zur kostenfreien Mitversicherung von Kindern dient.

Für Geringverdiener müssten allerdings Steuermittel aufgewandt werden, um einen sozialen Ausgleich zu schaffen. Die Herzog-Kommission schätzt den Bedarf auf 27 Milliarden Euro jährlich.

Vor allem Ledige und Besserverdienende würden von dem System profitieren. Untere Einkommen würden höher belastet, höhere werden entlastet. Familien zahlen oft drauf, weil Eheleute (wie bisher in der GKV) nicht mehr kostenlos mitversichert werden können. Für einen Haushalt mit Alleinverdiener und 3.000 Euro brutto macht das immerhin rund 45 Euro mehr im Monat. Außerdem wäre die Kopfpauschale das Ende der paritätischen Finanzierung, bei der Arbeitgeber und Arbeitnehmer den gleichen Beitrag zahlen.

Links

Bundesministerium für Gesundheit

BMG: Die-Gesundheitsreform

Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen

Bundeszentrale für politische Bildung: Gesundheit: Zahlen und Fakten



Politikthemen

Dossiers
Geschichtsdossiers
Wahlen
LpB nach Themen
Spezial-Portale
Archiv Dossiers

Landeszentrale

Auf einen Blick
Kontakt /
Öffnungszeiten
Abteilungen
Fachbereiche
Mitarbeitende
Tagungszentrum
Kuratorium
Landesnetzwerk
Presse
Newsletter Archiv
Praktika
Stellenbörse
Ausschreibungen -
Vergaben

Publikationen/Shop

Neue Produkte
Alle Produkte
Buchreihen
Zeitschriften
Bausteine - Materialien
Planspiele
Dokumentationen
Sonstige Publikationen
Spiele
Lernmedien
Faltblätter
E-Books
Downloadbereich
Allg.
Geschäftsbedingungen

Veranstaltungen

Alle Veranstaltungen
Offene
Veranstaltungen
Bildungsreisen
... im Haus auf der Alb
Für bestimmte
Zielgruppen
Politische Tage
E-Learning
Ausstellungen
Veranstaltungen:
Rückblicke

Projekte

Übersicht
„Läuft bei Dir!“
Aktionstage Netzpolitik
Lernort Kommune
Beteiligungs-Dings
Integrationsprojekt i-
Punkt
Erstwählerkampagne

Links

Politik
Politische Bildung
Baden-Württemberg

Folgen Sie uns auf

