

Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen

In der Diskussion um eine Reform des deutschen Gesundheitssystems stehen zwei Ziele in offenbarem Konflikt: Die Stärkung des Wettbewerbs und die Wahrung tradierter Vorstellungen über eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten. Unterschiedliche Auffassungen über die gerechte Finanzierung kennzeichnen die Auseinandersetzung zwischen Anhängern der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie. Der Beirat möchte mit dem hier in seinen Grundzügen dargestellten Konsensmodell einen Weg aufzeigen, auch ohne Festlegung auf eine bestimmte Finanzierungsalternative Wettbewerbskräfte freizusetzen.

Der Vorschlag baut auf dem gegenwärtigen System der GKV auf, weicht aber von den geltenden Regelungen in der folgenden Weise ab:

- Die Beiträge (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile) werden nicht unmittelbar an die einzelnen Träger der GKV, sondern an eine zentrale Inkassostelle überwiesen. Von dieser Inkassostelle erhält jeder Versicherte eine Gutschrift in Höhe des Beitrages, der *im Durchschnitt* je Versicherten geleistet wird.
- Jeder Versicherungspflichtige muss eine Versicherung bei einem Anbieter seiner Wahl abschließen, wobei er zur Abgeltung seiner Versicherungsprämie seine Gutschrift einsetzt. Liegt der Beitrag der von ihm gewählten Versicherung über dem Betrag seiner Gutschrift, ist eine Zuzahlung zu leisten, im umgekehrten Fall kommt es zu einer Rückerstattung.
- Jeder Versicherungsanbieter legt die Höhe seines Beitrags selbständig fest, ist aber verpflichtet, die medizinisch definierten Standardleistungen (im Sinne des SGB V) abzudecken. Über diesen Standard hinaus gehende Gesundheitsleistungen sind auf freiwilliger Basis individuell abzusichern.

- Auch private Versicherungen können als Anbieter auftreten, unterliegen aber in Bezug auf die Standardleistungen - genau wie die gesetzlichen Anbieter - dem Kontrahierungszwang.

Der Beirat erwartet von einem solchen Modell, dass es erhebliche Wettbewerbsimpulse auslöst, insbesondere bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Erfolgreiche Versicherer werden mit niedrigen Beiträgen und/oder zusätzlichen Leistungen werben, während die Versicherten auf ein attraktives Angebot drängen. Im Ergebnis werden die Kosten des Gesundheitssystems und damit auch die Lohnnebenkosten sinken. Dies wird erreicht, ohne dass sich an der Beitragsfinanzierung irgend etwas ändert.

Dieses Modell lässt auch Raum für weitergehende Reformschritte.

- Einerseits könnte im Sinne der Bürgerversicherung der Versichertenkreis erweitert werden. Dabei würden Arbeitnehmer, die bisher nicht pflichtversichert waren, wie z.B. Beamte, in die Versicherung einbezogen werden. Wenn politisch gewollt, könnten neben Lohneinkünften auch andere Einkünfte zur Erweiterung der Bemessungsgrundlage herangezogen werden.
- Andererseits könnten die lohnbezogenen Pflichtbeiträge gesenkt und damit das System in Richtung der Gesundheitsprämie weitergeführt werden, bei dem im Grenzfall jeder Versicherte einen einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag zahlt, einkommensschwache Haushalte allerdings durch Ausgleichsmittel aus allgemeinen Steuermitteln entlastet werden.

In beiden Reformvarianten kommt es zu einer weiteren Senkung der Lohnnebenkosten. Darüber hinaus werden die Wettbewerbskräfte im Gesundheitswesen gestärkt. Insoweit sind marktwirtschaftliche Effizienz und Verteilungsgerechtigkeit keine unüberwindbaren Gegensätze.