

Kumpmann, Ingmar

Article

Gesundheitsreform: Einnahmenerhöhung statt Strukturreform

Wirtschaft im Wandel

Provided in Cooperation with:

Halle Institute for Economic Research (IWH) – Member of the Leibniz
Association

Suggested Citation: Kumpmann, Ingmar (2006) : Gesundheitsreform: Einnahmenerhöhung statt
Strukturreform, *Wirtschaft im Wandel*, ISSN 2194-2129, Vol. 12, Iss. 8, pp. 225-228

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/143485>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen
Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle
Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich
machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen
(insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten,
gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort
genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

*Documents in EconStor may be saved and copied for your
personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial
purposes, to exhibit the documents publicly, to make them
publicly available on the internet, or to distribute or otherwise
use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open
Content Licence (especially Creative Commons Licences), you
may exercise further usage rights as specified in the indicated
licence.*

Gesundheitsreform: Einnahmenerhöhung statt Strukturreform

Der Reformbedarf

Chronisch gilt das Gesundheitssystem als reformbedürftig. Zwei Gründe sind dafür zu nennen. Zum einen ist das deutsche Gesundheitswesen im Vergleich zu den Systemen anderer OECD-Länder nicht besonders effizient. Bei überdurchschnittlichen Kosten erzielt es – gemessen an Indikatoren wie Lebenserwartung oder Heilerfolge bei bestimmten Krankheiten – nur durchschnittliche Ergebnisse. So gaben 2003 nur sieben der 30 OECD-Länder pro Kopf der Bevölkerung mehr für das Gesundheitswesen aus als Deutschland, in nur zwei Ländern waren die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts höher. Bei der Lebenserwartung rangierte Deutschland unter den OECD-Ländern jedoch nur auf Platz 15 (im Jahr 2004). Beispielsweise ist die Lebenserwartung in Spanien um ein Jahr, in Italien oder Schweden um zwei Jahre und in Japan sogar um drei Jahre höher als in Deutschland – und dies obwohl diese Länder pro Kopf der Bevölkerung und prozentual weniger für das Gesundheitswesen aufwenden.¹ Auch Studien, die Heilerfolge bei einzelnen Krankheiten oder das Niveau der Vorsorge im internationalen Vergleich untersuchen, kommen für Deutschland unter den Industrieländern nur zu mittelmäßigen Ergebnissen.²

Zum anderen wird das Gesundheitswesen zum Großteil über Krankenkassenbeiträge finanziert, die in Relation zum Lohn berechnet und knapp zur Hälfte vom Arbeitgeber bezahlt werden. Letzteres führt dazu, daß Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die zum Beispiel durch die Alterung der Gesellschaft oder durch den medizinisch-tech-

nischen Fortschritt verursacht werden, die Beschäftigung von Arbeitskräften verteuern. Gleichzeitig verursacht bei lohnbezogenen Beiträgen die hohe Arbeitslosigkeit Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung und schafft einen Druck zur Erhöhung der Beitragssätze. Angesichts hoher Arbeitslosigkeit in Deutschland rücken bei den Gesundheitsreformen Fragen der Qualitätsverbesserung gegenüber den Zielen, die steigenden Kosten zu decken und den Beitragssatz zu stabilisieren, regelmäßig in den Hintergrund.

Die aktuellen Pläne der Regierung

Kern der aktuellen Regierungspläne sind folgende Punkte³:

- Die Krankenkassen erhöhen ihre lohnbezogenen Beitragssätze 2007 um ca. 0,5 Prozentpunkte, was voraussichtlich Mehreinnahmen von ca. 5 Mrd. Euro einbringen wird. Die Erhöhung trifft Arbeitnehmer und Arbeitgeber jeweils zur Hälfte. Der Beitragssatz erreicht damit im Durchschnitt der Krankenkassen 14,7% des Bruttolohns. Davon werden 6,9 Prozentpunkte vom Arbeitgeber gezahlt, der Arbeitnehmerbeitrag enthält weiterhin den 2005 eingeführten Sonderbeitrag von 0,9% und wird daher im Durchschnitt 7,8 Prozentpunkte betragen.
- Der steuerfinanzierte Zuschuß zur Krankenversicherung, der 2007 um 2,7 Mrd. Euro auf 1,5 Mrd. Euro gesenkt wird und der laut Koalitionsvertrag ab 2008 entfallen sollte, wird nun doch beibehalten. 1,5 Mrd. Euro sind für 2008 und 3 Mrd. Euro für 2009 vorgesehen. Langfristig soll der Steuerzuschuß weiter steigen. Durch ihn soll künftig die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.
- Die lohnbezogenen Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer und der Zuschuß aus Steuermitteln sollen in Zukunft über einen **Gesundheitsfonds** unter den Krankenkassen verteilt werden. Dazu kommt ein ergänzender **Zusatzbeitrag**, den die Krankenkassen von ihren je-

¹ Daten nach: OECD Health Data 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): The World Health Report 2006, Statistical Annex Table 1. Geneva 2006.

² Vgl. MATTKE, S. et al.: Health Care Indicators Project. Initial Indicators Report. OECD Health Working Paper 22. Paris 2006. Nach anderen Studien erzielt Deutschland gute Ergebnisse aufgrund kurzer Wartezeiten, freier Arztwahl und leichtem Zugang auch zu Fachärzten. Bei den gesundheitlichen Ergebnissen erreicht Deutschland allerdings auch hier nur mittlere Bewertungen. Vgl. HEALTH CONSUMER POWER HOUSE: Euro Health Consumer Index 2006. Brussels 2006. Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Health Systems: Improving Performance, The World Health Report 2000. Geneva 2000.

³ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, vorgelegt am 4. Juli 2006.

weiligen Versicherten direkt erheben können. Dabei wird ihnen freigestellt, diesen Zusatzbeitrag prozentual zum Einkommen oder als Kopfpauschale zu erheben. Der Zusatzbeitrag bleibt auf maximal 1% des Einkommens begrenzt. Kassen, die weniger ausgeben als sie Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, können ihren Mitgliedern statt dessen auch Beiträge erstatten.

- Die derzeitige Begrenzung der Ärztevergütung auf ein festes Gesamtbudget wird aufgehoben. Statt dessen wird die Vergütung umgestellt auf Pauschalen je Leistung, je behandelte Krankheit oder je Patient, die in einer bundeseinheitlichen Euro-Gebührenordnung festgelegt werden. Schwerpunkt soll die Vergütung für Komplexe zusammengehörender Leistungen werden. Bei Überschreitungen bestimmter Leistungsmengen wird dabei ein Arzt nur noch stufenweise niedrigere (abgestaffelte) Preise berechnen dürfen.
- Für verschreibungspflichtige Arzneimittel werden Höchstpreise festgelegt. Ein Einsparvolumen von mindestens 500 Mio. Euro wird für 2007 vorgegeben. Die Verteilung der Arzneimittelerlöse auf Hersteller, Großhandel und Apotheken soll Gegenstand von Preisverhandlungen zwischen diesen Akteuren werden. Dies ersetzt die bisherige Regelung, in der bei freier Preissetzung der Hersteller die Handelsspannen von Großhandel und Apotheken vorgegeben sind.
- In der **privaten Krankenversicherung** (PKV) sollen Versicherte bei einem Wechsel der Versicherung in Zukunft die Altersrückstellungen, die bei der bisherigen Versicherung für sie gebildet wurden, zur neuen Versicherung mitnehmen können. Bisher verlieren die Versicherten diese aus ihren Beiträgen in der PKV aufgebauten Kapitalbestände, wenn sie in eine andere Versicherung wechseln.

Finanzierungsreform: teuer und kompliziert

Entscheidender Teil der Reform ist eine kräftige Erhöhung der Einnahmen des Systems – schon kurzfristig übersteigen die Einnahmen aus der Beitragserhöhung (5 Mrd. Euro) die Senkung des Steuerzuschusses im Jahr 2007 (2,7 Mrd. Euro), mittelfristig kommen weitere Einnahmenerhöhun-

gen durch den dann wieder steigenden Steuerzuschuß und ggf. die kassenspezifischen Zusatzbeiträge hinzu. Dies macht offenkundig, daß eine Stabilisierung der Ausgaben nicht im Mittelpunkt der Reform steht.

Auch die viel diskutierte Abkopplung der Gesundheitskosten von der Beschäftigung von Arbeitskräften wurde nicht ernstlich in Angriff genommen. Im Jahr 2007 werden mit der Beitragserhöhung die lohnbezogenen Beiträge sogar zusätzlich steigen. Die im Koalitionsvertrag angestrebte Senkung der Sozialversicherungsbeiträge insgesamt unter 40% des Bruttolohns⁴ gelingt ebenso wenig. Der geplanten Senkung des Arbeitslosenversicherungsbeitrags um 2 Prozentpunkte steht somit jetzt nicht mehr nur die Erhöhung des Rentenbeitrags um 0,4, sondern auch des Krankenkassenbeitrags um 0,5 Prozentpunkte gegenüber. Das Ziel des Koalitionsvertrags wird aufgegeben: die Krankenkassenbeiträge sinken nicht, sondern steigen.

Die Finanzierung der Krankenkassen, die früher allein durch die gleich hohen, lohnbezogenen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge erfolgte, wird zunehmend komplizierter. Zu den Beiträgen herkömmlicher Art sind in den letzten Jahren bereits der Sonderbeitrag der Arbeitnehmer von 0,9% des Bruttolohns sowie der Steuerzuschuß hinzugekommen. Mit der jetzigen Gesundheitsreform sollen all diese Finanzmittel nicht mehr direkt an die Krankenkassen fließen, sondern zuerst im geplanten Gesundheitsfonds gesammelt und dann auf die Krankenkassen verteilt werden. Daneben tritt nun außerdem noch der Zusatzbeitrag, den die Kassen direkt von ihren Mitgliedern erheben können. Insgesamt wird das Finanzierungsverfahren also immer komplexer, intransparenter und aufwendiger in der Verwaltung, ohne die enge Kopplung an den Faktor Arbeit zu überwinden.

Trend zur Kopfpauschale

Die Zusatzbeiträge können die Krankenkassen wahlweise einkommensbezogen oder als Kopfpauschalen erheben. Mit Gestaltung und Höhe der Zusatzbeiträge sollen die Krankenkassen um Mitglieder konkurrieren. Im Wettbewerb dürfte sich dabei

⁴ Vgl. KOALITIONSVERTRAG VON CDU, CSU UND SPD: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. 6.11.2005, S. 28.

das Kopfpauschalenmodell durchsetzen: Für Gutverdiener ist die Kopfpauschale günstiger als ein einkommensbezogener Beitragssatz, für Geringverdiener ist es umgekehrt. Folglich wandern Gutverdiener zu den Krankenkassen mit Kopfpauschale, Geringverdiener zu den Kassen mit einkommensabhängigen Zusatzbeiträgen. Bei den Kassen mit einkommensabhängigen Beiträgen führt die Abwanderung der Gutverdiener zu überproportionalen Einnahmeausfällen, die Zuwanderung von Geringverdienern dagegen nur zu unterproportionalen Einnahmewachsen. Sie müssen deshalb die Sätze der Zusatzbeiträge erhöhen, was die Abwanderung von gut verdienenden Mitgliedern weiter verstärkt. Als Reaktion auf diese Entwicklung – oder um sie von vorn herein zu vermeiden – werden die Krankenkassen daher im Wettbewerb um Gutverdiener von der einkommensabhängigen Beitragserhebung auf die Kopfpauschale übergehen.

Die Bedeutung des Zusatzbeitrags soll nach den aktuellen Plänen aber gering bleiben, da er auf 1% des Bruttoeinkommens begrenzt wird. Außerdem sollen auch langfristig mindestens 95% der Gesundheitsausgaben aus dem Fonds, damit aus den lohnbezogenen Beiträgen und dem Steuerzuschuß, finanziert werden. Künftige Kostensteigerungen, mit denen die Regierung bereits rechnet, sollen durch den wachsenden Steuerzuschuß und die Fondsbeiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer gedeckt werden. Die lohn- und einkommensabhängige Finanzierung des Gesundheitswesens wird bekräftigt.

Dennoch ist im künftigen Finanzierungssystem durch die Einführung des Zusatzbeitrags sowohl die Steuerfinanzierung als auch die Kopfpauschale enthalten. In künftigen Gesundheitsreformen kann das System – je nach politischen Kräfteverhältnissen – in die eine oder andere Richtung weiterentwickelt werden.

Würde langfristig das Ein-Prozent-Limit für den Zusatzbeitrag (und damit für die kleine Kopfpauschale) aufgeweicht oder aufgegeben werden, weil eine Trennung der Gesundheitsfinanzierung von Arbeitskosten und Einkommens(um)verteilung doch noch realisiert werden soll, dann stellten sich zusätzliche Fragen. Die bisherigen Kopfpauschalen-Modelle (z. B. der Rürup- und der Herzog-Kommission) sehen für Geringverdiener, für die die Kopfpauschale verglichen mit den lohnbezogenen Beiträgen eine finanzielle Zusatzbelastung dar-

stellt, einen steuerfinanzierten Ausgleichstransfer vor. In der aktuellen Reform gibt es einen solchen Ausgleich nicht, zumal die mögliche Kopfpauschale noch niedrig ist. Je höher die Kopfpauschale wird, desto notwendiger wird dieser steuerfinanzierte Ausgleich, damit die Beitragserhebung des Gesundheitswesens nicht neue Armutsr Risiken hervorbringt.

Damit der Wettbewerb zwischen Krankenkassen ein Leistungs- und Preiswettbewerb ist und nicht ein Wettbewerb um gesunde und zahlungskräftige Mitglieder, gibt es seit 1994 den Risikostrukturausgleich (RSA), durch den einkommens- und ausgabenrelevante Unterschiede der Versichertenstruktur – insbesondere bezüglich Einkommen, Alter und Geschlecht – durch Zahlungen zwischen den Kassen ausgeglichen werden. Der RSA soll in Zukunft im Gesundheitsfonds integriert sein. Dies führt aber dazu, daß in Bezug auf die außerhalb des Fonds zu erhebenden Zusatzbeiträge kein Risikostrukturausgleich erfolgt. Je bedeutsamer diese Zusatzbeiträge werden, um so mehr ist damit zu rechnen, daß der Kassenwettbewerb zu einer Jagd nach gesunden Versicherten wird und der Leistungswettbewerb in den Hintergrund gerät.

Wenige sinnvolle Ansätze

Die konkrete Ausgestaltung der Ärztevergütung wird erst in der geplanten Gebührenordnung festgelegt. Angekündigt ist (wie oben erwähnt) eine Vergütung für Komplexe von notwendigerweise zusammengehörenden Leistungen. Zu hoffen ist, daß die Gebührenordnung die Vergütung möglichst an größeren Leistungskomplexen oder an Diagnosen und weniger an Einzelleistungen orientiert. Dies macht zwar die Abrechnung undifferenzierter. Eine diagnoseorientierte Vergütung bremst jedoch den Anreiz zur bloßen Mengenausweitung, belohnt aber Ärzte, für die sich viele Patienten entscheiden, fördert so den Wettbewerb um Patienten und setzt dadurch einen Anreiz zu guter Qualität.

Dieser Wettbewerb wird aber nach dem Plan der Regierung schon wieder abgeschwächt, indem die Preise für erbrachte Leistungen, die bestimmte Mengen überschreiten, stufenweise gesenkt („abgestaffelt“) werden. Eine weitere Steigerung der Patientenzahl lohnt sich dann für den Arzt finanziell immer weniger. Mit der Neuordnung der Ärztevergütung werden außerdem vermutlich die Kosten

kurzfristig steigen, da mit ihr die derzeit noch geltende Budgetierung der Ärztehonorare aufgegeben wird. Zur Begrenzung des Kostenanstiegs wäre es sinnvoll, die Vergütungssätze nicht, wie geplant, bei größeren Mengen abzusenken, sondern generell niedriger anzusetzen.

Die private Krankenversicherung ist im Gegensatz zur GKV ein kapitalgedecktes System, in dem Kapitalbestände angesammelt werden, die insbesondere im Alter für den dann erhöhten Bedarf zur Verfügung stehen. Jedoch können die Versicherten bei einem Wechsel der Versicherung die für sie angesparten Altersrückstellungen nicht mitnehmen. Sie müßten also bei der neuen Krankenversicherung hohe Nachzahlungen leisten, um den Kapitalbestand neu aufzubauen, was sie faktisch vom Wechsel der Versicherung abhält. Der Wettbewerb in der PKV wird dadurch massiv behindert und beschränkt sich auf Neumitglieder. Die jetzt geplante gesetzliche Garantie der Portabilität von Altersrückstellungen für PKV-Versicherte ist eine notwendige Maß-

nahme, um den Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungen anzuregen.

Einnahmenerhöhung ohne Effizienzsteigerung

Trotz solcher sinnvoller Einzelmaßnahmen zielt die Reform im Kern auf Änderungen des Finanzierungsverfahrens und vernachlässigt die Nutzung vorhandener Effizienzreserven im System selbst. Die Impulse für den Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer sind schwach, es fehlen Beiträge zur Stärkung der Patientenrechte oder zur Ersetzung festgefügtter Verhandlungsstrukturen zwischen den Verbänden durch Wettbewerbsmechanismen. Mit dem Zusatzbeitrag wird das System in Richtung Kopfpauschale geöffnet. Die Reform dient fast ausschließlich der Erhöhung der Einnahmen, führt dadurch zur Erhöhung der Lohnnebenkosten, leistet jedoch zur Effizienzsteigerung keinen nennenswerten Beitrag.

Ingmar.Kumpmann@iwH-halle.de

Wachsende Heterogenität in der Humankapitalausstattung der Bundesländer

Die formale Qualifikation⁵ steht als essentieller Bestandteil des produktiven Humankapitals immer wieder im Zentrum der öffentlichen Debatte. Dabei dominiert die Ansicht, daß Deutschland seine Bildungsaktivitäten qualitativ wie quantitativ ausweiten muß, um zukünftig im globalen Wettbewerb bestehen zu können. Unstrittig ist, daß die Komplexität moderner Gesellschaften und das starke Wachstum in den wissensintensiven Wirtschaftszweigen hohe Anforderungen an die Beschäftigten stellen. Dabei gewinnt der tertiäre Bereich des Bildungssystems zunehmend an Bedeutung.⁶ Empirische Studien bescheinigen Deutschland jedoch eine seit Jahren anhaltende Stagnation des tertiären Bereichs.⁷ Nationale Studien zur Erfassung der

Kompetenz nachwachsender Generationen offenbaren zudem starke regionale Differenzen, die vermuten lassen, daß auch der aggregierte Humankapitalbestand regional unterschiedlich ist.

Anhand einer nach Bundesländern und Altersstruktur differenzierten Bestandsaufnahme des formalen Humankapitalbestandes in den Jahren 1991 und 2002 werden nachfolgend Entwicklungstrends sowie regionale Differenzen dokumentiert und mögliche Determinanten dieser Entwicklung diskutiert.

Das formale Humankapital umfaßt hier alle im formalen Bildungs- und Ausbildungssystem erworbenen Qualifikationen. Für die Quantifizierung werden zwei Indikatoren verwendet. Der Anteil der Hochqualifizierten an der erwerbsfähigen Bevölkerung (HQ) und der Human Resources Indicator (HRI), der vom Institut für Bildungsforschung der Wirtschaft in Österreich (ibw) entwickelt wurde.⁸ Die Berechnungen des aggregierten Humankapi-

⁵ Die formale Qualifikation umfaßt die im institutionellen Bildungssystem absolvierten und zertifizierten Ausbildungen.

⁶ Das tertiäre Bildungssystem umfaßt die Einrichtungen der höheren Bildung. Eine genaue Spezifikation der Abschlüsse erfolgt im Kasten.

⁷ DOHMEN, D.: Deutschlands Bildungssystem im internationalen Vergleich vor dem Hintergrund der technologischen Leistungsfähigkeit Deutschlands, Auswertung der OECD-Studie "Bildung auf einen Blick 2004". FiBS Forum Nr. 24. Köln 2005.

⁸ Vgl. SCHMID, K.; HAFNER, H.: Die nationale und regionale Qualifikationsstärke ausgewählter neuer EU-Mitglieder und osteuropäischer Nicht-EU-Staaten. ibw-Reihe Bildung & Wirtschaft, Nr. 35, Oktober 2005.