

Karl W. Lauterbach  
Bert Rürup  
Gert W. Wagner

## **Beschlussvorlage**

Der Kommissionsauftrag besteht darin, bis Mai diesen Jahres der Bundesregierung Empfehlungen vorzulegen, die gleichermaßen geeignet sein sollen, die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung spürbar zu senken wie die Nachhaltigkeit der Finanzierungsstruktur zu erhöhen.

Hierzu schlägt die Kommission einen Zwei-Stufen-Plan vor:

### **Stufe eins: Kurzfristige Maßnahmen zur Senkung der Beitragssätze und damit der Lohnnebenkosten**

Die zum 1.1.2004 in Kraft zu setzenden Maßnahmen zielen auf Einsparungen in der GKV in der Größenordnung von über 24 Mrd. € pro Jahr und damit eine Beitragssatzsenkung von gut 2,4 Prozentpunkten ab.

Die Kommission empfiehlt, diese Maßnahmen in das im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorbereitete "Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)" zu integrieren. Denn die von diesem Gesetz - insbesondere über eine Erhöhung des Wettbewerbs zwischen den Leistungsanbietern - zu erwartende Mobilisierung von Effizienzreserven ist die notwendige Voraussetzung, nicht aber der Ersatz einer Reform der Finanzierungsstrukturen.

### **Stufe zwei: Neue Finanzierungsgrundlagen**

Die derzeitige ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung stößt aufgrund der Veränderungen in den soziodemografischen Rahmenbedingungen und aufgrund der im medizintechnischen Fortschritt begründeten Kostendynamik zunehmend an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit.

Da die Möglichkeiten einer nachhaltigen Stabilisierung des derzeitigen Finanzierungssystems weitgehend ausgeschöpft sind, empfiehlt die Kommission der Bundesregierung, in einem zweiten Schritt die derzeit einem als unverzichtbar erachteten Umbau der Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung entgegenstehenden Probleme zu beseitigen, um einen solchen Wechsel noch in diesem Jahrzehnt vornehmen zu können.

Die Alternativen eines Regimewechsels sind:

- eine im Endzustand die Gesamtbevölkerung umfassende **Erwerbstätigenversicherung** oder
- ein System **einkommensunabhängiger Gesundheitsprämien** in Verbindung mit einem **steuerfinanzierten sozialen Ausgleich**.

Beide Konzeptionen sind in sich konsistente Optionen, die der derzeitigen Finanzierungsstruktur überlegen sind. Beiden Vorschlägen ist gemeinsam, dass sie die beschäftigungsfeindliche Finanzierung der GKV ausschließlich über die Löhne überwinden und alle anderen Einkommensarten zur Finanzierung der Gesundheitskosten wie des sozialen Ausgleichs mit heranziehen.

Die **Erwerbstätigenversicherung** zielt bei der Finanzierung der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf eine umfassende Verwirklichung des Prinzips der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen ab. Der Versichertenkreis und die Beitragsgrundlagen werden auf alle Erwerbstätigen und alle Einkunftsarten ausgeweitet, die Versicherungspflichtgrenze wie die Beitragsbemessungsgrenze werden angehoben, die Beiträge bleiben einkommensabhängig und der soziale Ausgleich verbleibt innerhalb des Krankenversicherungssystems. Langfristiges Ziel ist eine Vollversicherung aller mit dem medizinisch Notwendigen durch die gesetzlichen Krankenversicherungen sowie Zusatzversicherungen für die sogenannte "Luxusmedizin" durch die privaten Krankenkassen.

Das **Gesundheitsprämienkonzept** orientiert sich am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Entkoppelung der Finanzierung von den Löhnen (und damit auf eine Eliminierung der Gesundheitskosten aus den Arbeitskosten) ab, um auf Dauer dem zu erwartenden und auch durchaus wünschenswerten Anstieg der Gesundheitsleistungen die derzeitigen negativen Effekte auf die Beschäftigung zu nehmen. Der zwingend erforderliche soziale Ausgleich wird auch im Interesse einer höheren Zielgenauigkeit aus dem Gesundheitssystem in das staatliche Steuer- und Transfersystem verlagert. Da Nachhaltigkeit in der Finanzierung auch im Gesundheitsbereich mehr und nicht weniger Kapitaldeckung erfordert, sollen die privaten Krankenversicherungen, auch als Vollversicherungen, erhalten bleiben, aber einem deutlich schärferen Wettbewerb sowohl innerhalb ihres Segmentes als auch zwischen den System ausgesetzt werden.

Bei der Entscheidung zwischen "Erwerbstätigenversicherung" und "Gesundheitsprämien" handelt es sich nicht um eine Entscheidung über Umfang und Qualität des Versicherungsschutzes oder um die Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs und auch weniger um eine grundlegende Entscheidung über das Prinzip der paritätischen Finanzierung. Letztlich geht es bei dieser Entscheidung darum, welches Gewicht der Allokationseffizienz und der Verteilungsgerechtigkeit beigemessen wird. Bei den Vertretern des Gesundheitsprämienmodells steht die Allokationseffizienz im Vordergrund, und sie vertrauen auf die zielgenaue und nachhaltige Gewährleistung des sozialen Ausgleichs über das staatliche Steuer- und Transfersystem. Die Vertreter einer Erwerbstätigenversicherung gewichten den sozialen Ausgleich höher und gehen davon aus, dass der soziale Ausgleich zuverlässiger und nachhaltiger innerhalb eines beitragsorientierten Krankenversicherungssystems geregelt wird.

Die Kommission hat beide Alternativen ausgiebig diskutiert und ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, dass es nicht die Aufgabe der Kommission sein kann, den politischen Entscheidungsträgern diese auch gesellschaftspolitisch bedeutsame Entscheidung vorwegzunehmen. Aber je später diese Entscheidung fällt, desto größer wird der Druck, Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Leistungskatalog herauszunehmen.

Bis zu einer solchen Grundsatzentscheidung soll am Status quo des Versichertenkreises, der Beitragsgrundlagen, den Lageparametern der Versicherungspflichtgrenze und der Beitragsbemessungsgrenze nichts geändert werden.

## **Empfehlungen der Kommission zur Stufe eins: Kurzfristige Maßnahmen**

### **1. Auslagerung des Krankengeldes aus dem Leistungskatalog der GKV**

Die Konzeption des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, die Finanzierung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung herauszulösen aber innerhalb der GKV zu belassen, stellt einen richtigen Schritt dar. Eine deutlichere Abkoppelung von den Arbeitskosten würde allerdings eine privatwirtschaftliche Lösung leisten. Für die Lösung innerhalb der GKV spricht die leichtere Umsetzbarkeit, der geringere administrative Aufwand und die Möglichkeit eines Selektionsanreize vermindernenden Ausgleichs über den Risikostrukturausgleich.

Mit der gesonderten Absicherung des Krankengeldes wird eine Einsparung von etwa 7,5 Mrd. € oder 0,7 bis 0,8 Beitragssatzpunkten erzielt.

### **2. Steuerfinanzierung gesellschaftspolitisch relevanter Leistungen**

Gesellschaftspolitisch relevante Leistungen sollten künftig aus Steuermitteln finanziert werden. Hierdurch ergibt sich eine Ausgabenentlastung von etwa 4,5 Mrd.€ p.a. bzw. 0,4 bis 0,5 Beitragssatzpunkten.

Diese Leistungen umfassen:

- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen (§§ 179, 195 bis 200b RVO, §§ 13 bis 15 MuSchG), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)
- Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V)
- Künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V)
- Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation (§ 24b SGB V)
- Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V) und Krankengeld bei schwersterkrankten Kindern
- Beitragsfreiheit bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld (§ 224 SGB V)
- Sterbegeld (§§ 58, 59 SGB V).

### **3. Reform der Zuzahlungsregelungen**

Eine Ausweitung der Zuzahlungsregelungen senkt den Finanzierungsbedarf der Gesetzlichen Krankenversicherung und Erhöht gleichzeitig die Anreize für ein eigenverantwortliches, kostenbewusstes Verhalten der Versicherten. Die bereits bestehenden Zuzahlungsregelungen sollten systematisch ausgeweitet werden und dabei so gestaltet sein, dass sie in erster Linie ein rationales Verhalten der Patienten bei der Nutzung des Gesundheitssystems belohnen, aber andererseits auch zu einem zusätzlichen Mittelaufkommen der Kassen führen. Daher schlägt die Kommission vor - mit Ausnahme von Kindern, nach Unfällen oder im Rahmen von Präventions- oder Chroniker-Programmen - den Besuch einer ambulanten Praxis mit einer den Kassen zufließenden Praxisgebühr von 15 € zu belegen. Um Überforderungen zu verhindern, soll eine Obergrenze pro Jahr und Versicherten eingeführt werden. Mit dieser Neuregelung dürften Entlastungen in der Größenordnung von gut 2 Mrd. € oder 0,2 Beitragssatzpunkten erreicht werden.

Die Zuzahlungen zu Arzneimitteln, für die es gleichwertige aber preiswertere Alternativen gibt, sollten deutlich erhöht werden, und für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sollte die Zuzahlung 100 Prozent betragen. Die

damit verbundenen Einsparungen können mit 6 Mrd. € oder 0,6 Beitragssatzpunkten veranschlagt werden.

Zusätzlich sollten die im internationalen Vergleich niedrigen Zuzahlungen im zahnärztlichen Bereich angehoben werden. Dies ist als Alternative zu einer Ausgliederung der Zahnersatzleistungen zu sehen. Zuzahlungen zu chirurgisch konservierenden Leistungen und zu kieferorthopädischer Behandlung sowie eine Ausweitung der Zahnersatzleistungen können die GKV-Ausgaben um ca. 2,5 Mrd. € oder rund 0,2 Beitragssatzpunkten entlasten.

Von der Einführung von im Ausland üblichen Selbstbehalten auf ambulante Behandlung, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, sollte man Abstand nehmen, weil das Sachleistungsprinzip dominiert.

Die vorgeschlagene Reform der Zuzahlungsregelungen führt in der Summe zu einer Ersparnis von über 10 Mrd. € und damit mehr als einem Beitragssatzpunkt.

#### **4. Aufhebung der Preisbindung für Generikaarzneimittel**

In Deutschland sind die Preise für Generika recht hoch. Dieses Preisniveau beeinträchtigt auch die Entwicklung und den Einsatz innovativer Medikamente. Eine Aufhebung der Preisbindung für diese Arzneimittel würde zu Einsparungen von etwa 2 Mrd. Euro pro Jahr oder 0,2 Beitragssatzpunkten führen.

#### **5. Abbau von Sonderregelungen**

Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, die derzeitigen Beihilferegulungen für Beamte durch ein Zuschusssystem zu ihren Krankenversicherungen zu ersetzen. Sozialhilfeempfänger sollten in der GKV versichert werden.