

**Wissenschaftliche Arbeit an der IB – Hochschule Berlin, Studienzentrum
Stuttgart**

Gesundheitswissenschaften

„Gesundheitspolitik“

**Kritische Analyse der Gesundheitsprämie unter Berücksichtigung
der Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall**

I. Inhaltsverzeichnis

<u>Kapitel</u>	<u>Seite</u>
I. Inhaltsverzeichnis	2
2. Einleitung	4
3. Struktur der sozialen Sicherung	5
3.1 Finanzierungsprobleme der GKV	5
3.2 Demographischer Wandel	6
3.3 Modellversuche	7
4. Gesundheitsprämie contra Bürgerversicherung	7
4.1 Bürgerversicherung	7
4.2 Solidarische Gesundheitsprämie	8
4.3 Das Konzept der „reinen“ Gesundheitsprämie	8
5. Diskussion	9
5.1 Umsetzung in anderen Ländern	9
5.2 Zusammenfassung	9
VI. Literaturverzeichnis/ Weblinks	10
VII. Abbildungsverzeichnis	11
VIII. Tabellenverzeichnis	11
IX. Diagrammverzeichnis	11
X. Eidesstattliche Erklärung	12

Abbildung 1 Karikaturen zur Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung



Zeichnung: Mohr



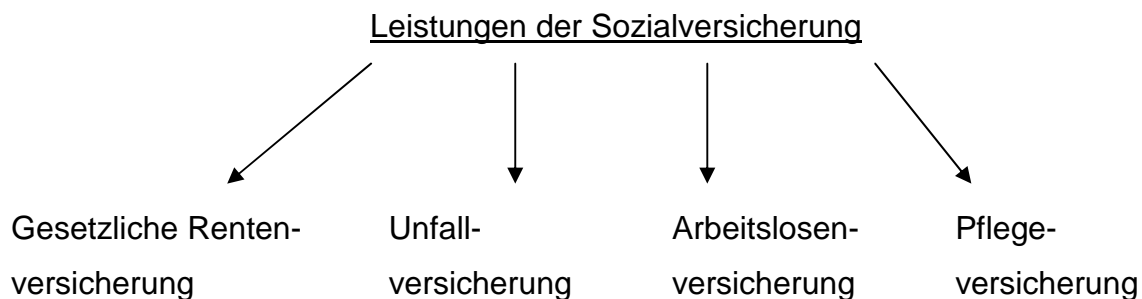
Zeichnung: Plassmann

2. Einleitung

Die Gestaltung der Sozialversicherung erscheint inzwischen als Daueraufgabe der Politik. Ein Erfolg der Reformvorhaben wird von vielen Betrachtern als exemplarisch für die Reformfähigkeit der deutschen Gesellschaft angesehen, denn wie kaum an anderer Stelle zeigt sich hier die Notwendigkeit des Ausgleichs von Solidarität und Effizienz.

Die staatlich institutionalisierte soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland besteht aus 3 Säulen:

1. der Sozialversicherung
2. der Versorgung
3. Fürsorge



Ein Zweck der Sozialversicherung ist es, Personen eine Versicherung zu ermöglichen, die bei privaten Versicherungen nicht oder nur zu sehr hohen Tarifen aufgenommen würden. Um eine Auslese nach Personen mit hohen und niedrigen Risiken (z.B. Gesunde und Kranke) zu vermeiden, besteht in der Regel Versicherungspflicht. [1]

Ausgenommen sind Selbstständige, Beamte sowie abhängig Beschäftigte, die ein Einkommen oberhalb einer gesetzlich festgelegten Grenze haben. Diese liegt derzeit (2006) in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bei einem Bruttomonatseinkommen von 3562,50 €, in der Gesetzlichen Rentenversicherung bei einem Bruttomonatseinkommen in Höhe von 5250,--€ für Arbeitnehmer in der alten und von 4400,--€ für Arbeitnehmer in den neuen Bundesländern [2]

3. Struktur der sozialen Sicherung

Tabelle 1

Zentrale Problemstellung	Kostenentwicklung und Reformbedarf im Gesundheitswesen
Inhaltsaspekte	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prinzipien der GKV ✓ Solidarprinzip, Subsidiaritätsprinzip ✓ Selbstverwaltungsprinzip ✓ Sachleistungsprinzip ✓ Finanzierungsprobleme gesetzlicher Krankenkassen, Kostenexplosion ✓ Reformvorschläge- Gesundheitsprämie, Bürgerversicherung
Arbeits- und Beschäftigungsformen im Wandel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Flexibilisierung von Beschäftigungsformen (Teilzeitarbeit, Zeitarbeit, geringfügige Beschäftigungsverhältnisse) ✓ Zunehmende Bedeutung privater Absicherung (Altersvorsorge Krankenversicherung)

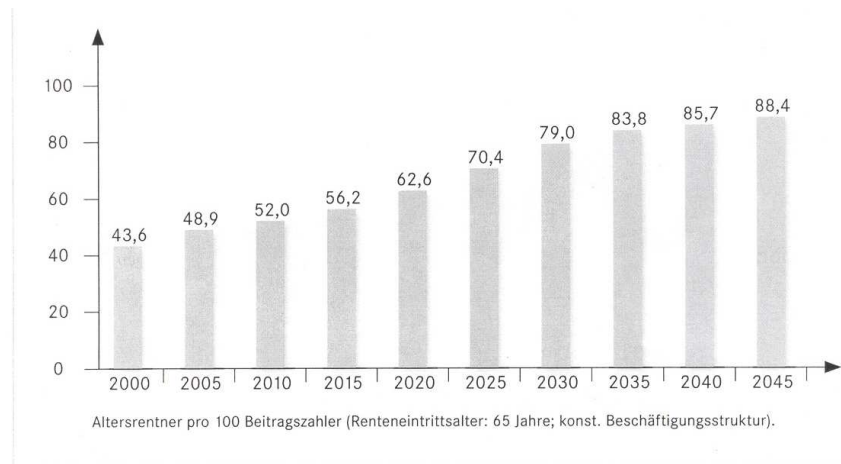
Quelle: Handelsblatt: Soziale Sicherung, Gerd-Jan Krohl, IÖB, Münster 2007

3.1 Finanzierungsprobleme der GKV

Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen Zwangs Weise durch die Einnahmen sowie Ausgabenseite.

- Wesentlicher Aspekt ist das immer kleiner werdende Verhältnis von Beitragszahler zu Leistungsempfänger, das bedeutet, dass diejenigen Berufstätigen, die Leistungen für diejenigen, die nicht mehr beschäftigt sind, finanzieren
- Statistiken belegen, dass zwar immer noch die Zahl der Beschäftigten stärker wächst, jedoch die Zahl der Arbeitslosen und die der Rentenempfänger ebenso
- Heute kommen auf 100 Beitragszahler 43 Rentner

Diagramm 1 projizierte Entwicklung des Renterquotienten



Quelle: Material des IÖB Münster nach Buttler, G./I. Klein: Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung durch die Einführung einer Zusatzrente auf Kapitalbasis. Ergebnisse von Modellrechnung bis zum Jahr 2045, Nürnberg 2000, S. 21.

- Die Menschen werden immer älter, das Verhältnis Einzahlung zur Leistungsdauer deutlich verändert, unterstützt durch die Menschen, welche auf Grund längerer Ausbildungszeiten später in das Erwerbsleben eintreten
- Der medizinische Fortschritt z.B. Bypassoperationen – heute Routine und Regel
- Das jetzige Gesundheitssystem bietet den Beteiligten keinen Anreiz zur Kostenersparnis, es wird selbstverständlich das Krankenkassensystem als „Selbstbedienungsladen“ benutzt, um eigene Defizite und Versäumnisse (Falsche Ernährung, Alkohol etc.) auszugleichen, dieses kann zu einem teuren medizinischen nicht gerechtfertigten Leistungsanspruchnahme führen

3.2 Demographischer Wandel

Trotz aller Bemühungen m Kostendämpfungen sind die Beitragssätze in der GKV von 8,2% (1970) auf 13,5% (1999) gestiegen. Dennoch gilt in der Gesundheitspolitik „Beitragssatzstabilität“ (§71 SGB V) nach wie vor als prioritäres Ziel [3]. Dieses Ziel droht angesichts des demographischen Wandels auf das Gesundheitswesen zum

Trugbild zu werden, unter anderem wegen der mit dem Alter zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aber auch durch die Morbidität sowie der steigenden Lebenserwartung.

Angesichts der Medikalisierungshypothese, wofür theoretisch und empirisch vieles spricht, sammeln sich Finanzierungs- und Ausgabeneffekt besonders durch den stetig steigenden medizinisch- technischen Fortschritt. Speziell ist dieser Fortschritt in der Anästhesie sowie in der Chirurgie zu beobachten. Indikationen für bestimmte Operationen werden auch für Altersstrukturen angeboten und durchgeführt, welche früher nicht in Betracht und Frage kamen

3.3 Modellversuche

Jedes Gesundheitssystem braucht Innovationen mit denen die Krankenkassen neue Wege bestreiten sollen. Diese dienen dazu, die Chancen und Risiken bereits im Vorfeld zu erkennen und zu modifizieren. Internationale Vergleiche zeigen uns immer wieder, dass viele Länder mit deutlich weniger finanziellem Aufwand fast bessere Ergebnisse erzielen. Besonders in Deutschland wird sehr viel Geld für die Diagnostik sowie teure Untersuchungsmethoden aufgewandt. Besonders wenn in Deutschland solidarisch Krankenversicherungen stabil in Zukunft erhalten werden sollen, brauchen diese eine hohe Akzeptanz, besonders bei denjenigen, die über ein höheres Einkommen verfügen, und mehr einzahlen, als sie Leistungen beanspruchen. Seit einigen Jahren existiert ein Trend in Deutschland, dass besonders die Gutverdienenden das solidarische System verlassen, und in eine private Versicherung wechseln.

4. Gesundheitsprämie contra Bürgerversicherung

4.1 Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung ist ein Modell zur Reform der gesetzlichen Krankenkassen, für das sich neben den Sozialdemokraten auch Bündnis 90/Die Grünen stark machen. Sie ist eine Zwangsversicherung für alle Bürger. Befürworter der Bürgerversicherung versprechen sich auf Grund der höheren Zahl von Beitragszahlern eine Senkung der Lohnnebenkosten.

4.2 Solidarische Gesundheitsprämie

Diese entstand als Kompromiss zwischen CDU und CSU im Oktober 2004. Sie stellt eine Kombination aus sog. „Kopfpauschale“ und einkommensabhängige Beiträge dar. Dieses Modell ist gekennzeichnet durch folgende Punkte

- Grundsätzlich sollen die gesetzlichen Krankenkassen für jeden erwachsenen Versicherten eine pauschale Prämie von durchschnittlich 169,--€ im Monat berechnen. [4]
- Für jedes Kind nochmals 78,--€ [...].
- Jede gesetzlich versicherte Person zahlt eine persönliche Gesundheitsprämie höchstens aber 7% des Bruttoeinkommens. Nebeneinkünfte, Zinsen und Mieten werden einbezogen. [...]
- Die Unternehmen zahlen unverändert einen einkommensabhängigen Betrag. [...]
- Die verbleibende Finanzlücke wird durch Zuschläge auf die Einkommenssteuer geschlossen. [...]

4.3 Das Konzept der „reinen“ Gesundheitsprämie

Die Gesundheitsprämie ist ein Konzept, um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf gehaltsunabhängige Beiträge umzustellen und den Arbeitgeberanteil an der Finanzierung zu senken bzw. den Anteil der Versicherten an der Finanzierung zu erhöhen. [5] Mit diesem Konzept ist dem Kölner IW zufolge die Idee verbunden, die GKV nicht länger durch lohnabhängige (von Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu tragende Beiträge) zu finanzieren, sondern durch allein von den Beschäftigten zu leistende pauschale Prämienzahlungen. [6]

Welcher Vorteil hat dieses System:

Die privat Krankenversicherten werden an den Kosten des Sozialausgleichs beteiligt, ohne dass man einen Systemwechsel machen muss.

Mit der Einführung der pauschalen Gesundheitsprämie werden die Krankenkassen eine echte Chance auf einen Wettbewerb erhalten und es entsteht eine Kostentransparenz für Leistungsanbieter und Krankenkassen.

5. Diskussion

5.1 Umsetzung in anderen Ländern

Ein ähnliches Modell einer Gesundheitsprämie existiert zur Finanzierung der obligatorischen Krankenversicherung seit 1996 in der Schweiz, allerdings ohne die Ausweichmöglichkeit in eine Privatversicherung. Die Beiträge werden ohne Arbeitgeberanteil nur von den Versicherten aufgebracht. Für Geringverdiener gibt es eine staatliche Prämienverbilligung. [7] (Hauptartikel: Gesundheitswesen in der Schweiz)

In den Niederlanden existiert ein einkommensunabhängiger Beitrag zur KV seit 2006. Diese Gesundheitsprämie wird durch einen Anteil des Arbeitgebers ergänzt (50%).

5.2 Zusammenfassung

Vielfach wird kritisiert, dass mit Einführung der Gesundheitsprämie die Mitglieder der GKV jegliche Kostensteigerungen ohne Beteiligung der Arbeitgeber allein tragen müssen. Deswegen wird vom Deutschen Gewerkschaftsbund ein pauschaler Beitrag als sozial ungerecht abgelehnt. Ein weiterer Kritikpunkt ist dass der durch den einkommensunabhängigen Beitrag nötig gewordene Sozialausgleich aus Steuermitteln (statt über Versicherungsbeiträgen finanziert) und somit der Staatshaushalt belastet wird. [8]

Vorteile der Gesundheitsprämie: Die privat Krankenversicherten werden an den Kosten des Sozialausgleichs beteiligt, ohne dass man einen Systemwechsel herbeiführen muss. Die privaten Versicherer bleiben zudem mit ihrer „Demografievorsorge“ erhalten.

VI. Literaturverzeichnis

- [2] Gerd-Jan Krohl: Prawis IHK Nord Westfalen, veröffentlicht im Januar 2007
- [3] Dieter Kassel: Demographischer Wandel- Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in Wirtschaftsdienst, Heft 2/ 2001, S. 87 ff.
- [4] Beck, Eberhard/ Borchert, Jürgen (Hrsg.): „Kopfpauschale- Ein Anschlag auf die Bürgerfreiheit“, DGB- Bildungswerk Hessen e.V. März 2005
- [5] Rothgang, Wasem, Gress: Kopfprämienmodelle in der GKV- lohnt sich ein Systemwechsel. Diskussionspapier Nr. 140 des Fachbereiches Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg- Essen

Weblinks

- [1] <http://de.wikipedia.org/wiki/Sozialversicherung>
- [6] <http://www.insm.de/insm/Publikationen/Dossiers/Soziales/INSM-Dossier-Gesundheit/Gesundheitspraemie-contra-Buergerversicherung.html>
- [7] http://www.laekh.de/upload/Hess._Aerzteblatt/2006/2006_02/2006_02_08.pdf
- [8] <http://www.die-gesundheitspraemie.de/>

VII. Abbildungsverzeichnis

Abbildung Seite

Abbildung 1 Karikaturen zur Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung 3

Quelle: Handelsblatt 242 vom 16.12.2002 Seite 8, Autorin: Christa Sager

VIII. Tabellenverzeichnis

Tabelle

Tabelle 1 Struktur der sozialen Sicherung 5

Quelle: Handelsblatt: Soziale Sicherung, Gerd-Jan Krohl, IÖB, Münster 2007

IX. Diagrammverzeichnis

Diagramm 1 projektierte Entwicklung des Rentnerquotienten 6

Quelle: Material des IÖB Münster nach Buttler, G./I. Klein: Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung durch die Einführung einer Zusatzrente auf Kapitalbasis. Ergebnisse von Modellrechnung bis zum Jahr 2045, Nürnberg 2000, S. 21