

Fakten zu: „Finanzierungsreform der GKV“

Die christlich-liberale Koalition hat heute eine Gesundheitsreform mit Langzeitwirkung auf den Weg gebracht. Gesundheit hat in einer alternden Gesellschaft ihren Preis. Er darf nicht zu Lasten der Schwachen, der medizinischen Qualität oder der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands gehen. Deshalb war ein Richtungswechsel nötig, der unserem liberalen Gesundheitsminister Philipp Rösler heute gelungen ist.

VORWURF: „Der Beitragssatz wird für Arbeitnehmer von 7,9 auf 8,2 Prozent, für Arbeitgeber von 7 auf 7,3 Prozent angehoben.“

RICHTIG IST: Der Beitragssatz wurde zum 1. Januar 2009 mit Einführung des Gesundheitsfonds auf 15,5 Prozent festgesetzt. Um Arbeitnehmer und Arbeitgeber aber in Zeiten der Wirtschaftskrise zu entlasten und durch niedrigere Lohnzusatzkosten Arbeitsplätze zu sichern, wurde er mit Steuergeldern auf 7,9 bzw. 7 Prozent gesenkt. Diese Maßnahme sollte für die Zeit der Krise gelten. Die Krise haben wir überwunden, die Welt guckt neidisch auf unsere gute wirtschaftliche Entwicklung. Deswegen ist es folgerichtig, dass die Maßnahme der Beitragssenkung ausläuft und der Beitragssatz auf sein ursprüngliches Niveau zurückgeführt wird.

Der Beitragssatz wird in Zukunft auf 15,5 Prozent gesetzlich festgeschrieben. So erreichen wir eine weitgehende Abkopplung der Arbeitskosten von den Gesundheitskosten. Über die Einnahmeentwicklung hinausgehende Ausgabensteigerungen werden durch einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert, die von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich hoch sein können.

VORWURF: „Der Versicherte muss alle Mehrkosten im Gesundheitssystem alleine tragen.“

RICHTIG IST: Das Defizit des Gesetzlichen Krankenkassen, das im nächsten Jahr bis zu 11 Mrd. Euro betragen wird, wird auf so viele Schultern wie möglich verteilt: Neben den Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Arzneimittelhersteller...) und Krankenkassen sind Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Steuerzahler beteiligt. Von einer einseitigen Abwälzung der Kosten auf den Versicherten kann folglich keine Rede sein.

VORWURF: „Philipp Rösler und die FDP betreiben bei der Gesundheitsreform Klientelpolitik für die PKV und schonen die Pharmabranche.“

RICHTIG IST: Dieser Standard-Vorwurf der Opposition entbehrt jeder Grundlage und zeigt ihre Einfallslosigkeit. Die Pharma-Branche wird ebenso an den Kosten des Gesundheitssystems beteiligt wie Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Leistungserbringer im System. Von den 3,5 Milliarden Einsparungen trägt sie sogar den größten Anteil von 2 Milliarden Euro.

Die Verkürzung der Wechselfrist in die PKV lag seit jeher bei einem Jahr. Erst die schwarz-rote Bundesregierung mit Ulla Schmidt als Gesundheitsministerin erhöhte mit Wirkung zum 1. Mai 2007 die Frist auf drei Jahre, um die privaten Versicherer auszutrocknen. Nun kehren wir faktisch zur ursprünglichen Frist zurück, die sich über Jahre hinweg bewährt hatte.

Dies zeigt deutlich: Philipp Rösler hat für keine Interessen einseitig Partei ergriffen, sondern das System für alle Beteiligten weiterentwickelt. Die Kritik von unterschiedlichen Seiten ist ein Beleg für die Ausgewogenheit der Lastenverteilung.

VORWURF: „Die Krankenkassen können die Höhe des Zusatzbeitrags jetzt einfach selbst festlegen – so ist der Willkür Tür und Tor geöffnet.“

RICHTIG IST: Den Krankenkassen wird ihre Beitragsautonomie zurückgegeben. Damit wird der Wettbewerb unter den Kassen gestärkt und die Voraussetzung dafür geschaffen, an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten orientierte Verträge abschließen zu können. Gleichzeitig wird dafür gesorgt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in den nächsten zwei Jahren nicht ihr Niveau von 2010 überschreiten. Mit den ausschließlich einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen, die in Euro und Cent ausgewiesen werden, wird zudem die Transparenz darüber erhöht, was die eigene Krankenkasse im Vergleich zu anderen kostet. So kann der Versicherte selbst entscheiden, ob er lieber einen höheren Beitrag zahlt, z. B. weil der Service sehr gut ist oder er an einem bestimmten Programm teilnehmen möchte, oder einfach zu einer günstigeren Kasse wechselt. Im Jahr 2011 ist nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Durchschnitt zunächst allerdings keine Erhebung eines Zusatzbeitrags nötig.

VORWURF: „Die Kassen sprechen sich untereinander ab und der Versicherte muss zahlen.“

RICHTIG IST: Man sieht am derzeit bestehenden Zusatzbeitrag, dass eine Absprache unter den gesetzlichen Krankenkassen nicht erfolgt. Die Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen führen dazu, dass Versicherte sich neu entscheiden. Das hat man bei den Krankenkassen, die bisher Zusatzbeiträge erhoben haben, gut beobachten können. Nur wer einen Gegenwert dafür erhält, wird bereit sein, mehr zu bezahlen. Andernfalls wechselt er zu einer Krankenkasse mit geringeren Kosten.

VORWURF: „Ein einkommensabhängiger, prozentualer Zusatzbeitrag ist doch viel besser.“

RICHTIG IST: Ein prozentualer Zusatzbeitrag, der je nach Einkommenshöhe mehr oder weniger stark von anderen Versicherten subventioniert wird, kann nicht als klares Preissignal wirken. Zudem findet die unbestrittenermaßen notwendige Umverteilung nur über die GKV-Versicherten statt. Das ist bei einem einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag mit aus Bundesmitteln finanziertem Sozialausgleich anders. Zukünftig wird das BMG jedes Jahr im Herbst den „durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ festlegen. Dieser gibt zum einen Auskunft über die Höhe des Beitrags, den die Kassen im Durchschnitt erheben müssen, um ihre Kosten zu decken. Zum anderen legt er die Grundlage für den Sozialausgleich fest. Dies erleichtert es den Versicherten abzuschätzen, ob sie die Höhe des Zusatzbeitrags für berechtigt halten und erschwert es den Kassen überhöhte Beiträge zu verlangen.

VORWURF: „Der Zusatzbeitrag ist doch eine Kopfpauschale auf Umwegen.“

RICHTIG IST: Eine Kopfpauschale würde bedeuten, dass für jeden, also auch Kinder und mitversicherte Ehepartner, eine Pauschale erhoben wird. Das ist jedoch falsch: Die Beitragsfreiheit von mitversicherten Eheleuten und Kindern wird nicht angetastet, auch nicht bei der Zusatzbeiträgen.

VORWURF: „Der Zusatzbeitrag ist unsozial und unsolidarisch.“

RICHTIG IST: Das Gegenteil ist der Fall. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, erfolgt ein Sozialausgleich. Das geschieht sehr einfach, indem der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag um den entsprechenden Euro-/Cent-Betrag des durchschnittlichen Zusatzbeitrages reduziert wird. Das ausgezahlte Nettoeinkommen ist entsprechend höher. Beispiel: Durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro, Beitragspflichtiges Einkommen: 800 Euro, davon zwei Prozent: 16 Euro. Ergebnis: Vier Euro werden ausgeglichen und mit dem Lohn / der Rente ausgezahlt. Der Ausgleich ist sozial, weil er sicher stellt, dass niemand überfordert wird. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln. Bis 2014 kann er aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden. Ab 2015 sollen weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden. Das ist solidarisch, weil so nicht nur die Versicherten, sondern alle Steuerzahler gemäß ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt werden.

VORWURF: „Das ist doch alles viel zu bürokratisch.“

RICHTIG IST: Der Sozialausgleich wird weitgehend automatisch ohne Antragsverfahren beim Arbeitgeber oder beim Datenversicherungsträger durchgeführt. Es handelt sich um eine einfache Rechenoperation, die auch von kleinen Unternehmen zu bewältigen ist.