

Gesundheitsexperte sieht 'tickende Zeitbombe'

14.01.2016, 09:31

Interview mit der Zeitung "Das Parlament"

Vorabmeldung zu einem Interview in der nächsten Ausgabe der Wochenzeitung

"Das Parlament" (Erscheinungstag: 18. Januar 2016)

- bei Nennung der Quelle frei zur sofortigen Veröffentlichung-

Der Gesundheitsökonom Stefan Greß hält einen Systemwechsel in der Krankenversicherung in den nächsten Jahren für sehr wahrscheinlich. Seiner Ansicht nach ist das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung (GKV/PKV) in Deutschland nicht mehr lange haltbar. Der Wochenzeitung "Das Parlament" (Montagausgabe) sagte der Gesundheitsexperte von der Hochschule Fulda: "Ich halte die Halbwertszeit der PKV für überschritten und glaube, dass wir in den nächsten fünf bis zehn Jahren eine Systemreform an der Grenze zwischen GKV und PKV erleben werden."

Er fügte zur Begründung hinzu: "Die niedrigen Zinsen sind eine Zeitbombe, die in der PKV tickt und die über kurz oder lang zu massiven Prämienhöhungen führen wird." Spätestens dann werde die Diskussion um die Bürgerversicherung noch einmal neu aufleben. SPD, Grüne und Linke im Bundestag werben schon länger für die Bürgerversicherung. Auch Greß hält es für "grundsätzlich sinnvoll, die Versicherungslast auf mehr Schultern zu verteilen und auch auf die, die leistungsstärker sind". Das würde eine Abkehr von der privaten Krankenvollversicherung bedeuten.

Greß geht überdies von kontinuierlich steigenden Zusatzbeiträgen in der GKV aus. Die Beitragssatzanhebung von 0,2 Prozent wie in diesem Jahr im Schnitt werde "eher am unteren Rand des jährlichen Zuwachses sein". Er rechne für 2017 mit einem Zuwachs von 0,4 Prozent. Das werde den Druck auf die Politik erhöhen, die Ausgaben einzugrenzen oder das System zu ändern. Die derzeit noch moderate Beitragssatzanhebung hänge damit zusammen, dass einige Krankenkassen aus der Vergangenheit noch Reserven hätten, die seien aber jetzt weitgehend aufgebraucht. Greß sagte voraus: "Die jüngste Ausgabendynamik wird sich in den nächsten Jahren eins zu eins auf die Beitragssätze auswirken."

Für problematisch hält Greß die von der Regierung beschlossene dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der GKV. Künftig müssten allein die Arbeitnehmer die Ausgabenzuwächse finanzieren. "Das ist in jedem Jahr ein kleinerer Betrag. Es wird sich aber langfristig zu einem größeren Problem auswachsen, dass die Arbeitgeber da aus der Verantwortung herausgenommen sind."

Grund für die steigenden Beiträge sind seiner Meinung nach die hohen Ausgaben. "Wir haben eher Ausgabenwachstum durch neue Gesetze als Kostendämpfung", sagte Greß und fügte hinzu: "Hier ist spürbar, dass die Arbeitgeber kein Interesse mehr an einer Begrenzung des Ausgabenwachstums haben." Der Bundestag hat im vergangenen Jahr mehrere große und teure Reformvorhaben im Gesundheitswesen beschlossen, darunter die Krankenhausreform. Greß geht davon aus, dass die Reformvorhaben bis zum Jahr 2020 Mehrkosten von 20 bis 25 Milliarden Euro bringen. Das werde auf die Zusatzbeiträge voll durchschlagen.

Das Interview im Wortlaut:

Herr Greß, der Bundesgesundheitsminister hat erklärt, die GKV-Beiträge stiegen zum Jahreswechsel 2015/2016 lediglich im Wert einer halben Kinokarte. Wieso dann die ganze Aufregung?

Die Aufregung ist berechtigt, weil wir erstmals nach mehreren Jahren der Beitragssatzstabilität wieder Beitragssatzerhöhungen haben, und das wird sich auch fortsetzen. Die moderate Beitragssatzanhebung kommt sicher daher, dass einige Krankenkassen aus der Vergangenheit noch Reserven haben, die sind aber jetzt weitgehend aufgebraucht. Die jüngste Ausgabendynamik wird sich in den nächsten Jahren eins zu eins auf die Beitragssätze auswirken.

Welche Zusatzbeiträge erwarten Sie in den nächsten Jahren?

Also 0,2 Prozent wie in diesem Jahr im Schnitt, das wird eher am unteren Rand des jährlichen Zuwachses sein. Ich rechne für 2017 eher mit einem Zuwachs von 0,4 Prozent, sodass wir dann im Durchschnitt bei etwa 1,5 Prozent liegen werden.

Da wird auch der Druck auf die Politik steigen, entweder etwas bei den Ausgaben zu tun, die Arbeitgeber wieder ins Boot zu holen oder das Finanzierungssystem in der GKV auf mehr Schultern zu verteilen. Insbesondere dann, wenn die Konjunktur irgendwann mal wieder einbrechen sollte, das ist ja in den letzten Jahren sehr gut gelaufen.

Die Regierung hat beschlossen, den Arbeitgeberanteil dauerhaft festzuschreiben. Wie sinnvoll ist das aus ökonomischer Sicht?

Ökonomisch macht das keinen großen Unterschied, ob die Arbeitgeber 50 Prozent der Beitragssteigerungen finanzieren müssen oder nicht. Die Einflüsse sind so gering, dass nicht ein Arbeitsplatz dadurch entsteht oder vernichtet wird. Das ist eine rein politische, keine ökonomische Frage.

Die Arbeitgeber führen an, dass sie die Lohnfortzahlung bei Krankheit allein schultern und manches mehr in der Sozialversicherung. Ist die Arbeitnehmerseite zu gierig?

Was heißt zu gierig. Künftig müssen allein die Arbeitnehmer die Ausgabenzuwächse finanzieren. Das ist in jedem Jahr ein kleinerer Betrag. Es wird sich aber langfristig zu einem größeren Problem auswachsen, dass die Arbeitgeber da aus der Verantwortung herausgenommen sind.

Warum steigen denn die GKV-Beiträge überhaupt?

Das ist eine berechtigte Frage, weil die Einnahmeentwicklung sehr gut ist in der GKV. Wir haben viele sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze und hohe Lohnzuwächse, die Krankenkassen haben also auch gute Einnahmen. Das ist ein Problem der Ausgabenseite. Wir haben eher Ausgabenwachstum durch neue Gesetze als Kostendämpfung. Hier ist spürbar, dass die Arbeitgeber kein Interesse mehr an einer Begrenzung des Ausgabenwachstums haben.

Der Bundestag hat zuletzt mehrere teure Reformvorhaben im Gesundheitswesen beschlossen. Ist das richtig gewesen oder leben wir schlicht über unsere Verhältnisse?

Es gibt in den Reformgesetzen einige Änderungen, die Sinn machen und nötig sind, es ist nur die Frage, ob das immer die Beitragszahler finanzieren müssen. Zum Beispiel beim Präventionsgesetz ist ein Großteil von dem, was durch die Krankenkassen getragen wird, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und damit aus Steuermitteln zu finanzieren. Bei der Krankenhausreform ist der Strukturfonds nichts anderes als eine Investitionsförderung und eigentlich Sache der Bundesländer.

Die Krankenhausversorgung ist ohnehin besonders teuer.

Hier ist eine Konsolidierung wichtig. Wir haben in Ballungsregionen schlicht zu viele Krankenhäuser. Wenn wir da zu einer

Spezialisierung kommen, dann ist mittel- bis langfristig Einsparpotenzial da. Das ist ein langer Weg und der kostet erst einmal Geld. Ich bin aber skeptisch, ob die Länder tatsächlich dazu bereit sind, den Krankenhausmarkt zu bereinigen.

Ein Wirtschaftsinstitut hat errechnet, dass die Reformen bis 2020 Mehrkosten von 40 Milliarden Euro bringen. Das ist eine gewagte Zahl. Ich würde sagen, das geht eher so in den Bereich 20 bis 25 Milliarden Euro, bei aller Vorsicht mit längerfristigen Prognosen. Aber es ist tatsächlich so, dass die Ausgabenwirkung für die Krankenkassen deutlich spürbar ist und das auf die Zusatzbeiträge durchschlagen wird. Mittelfristig wird die Regierung nicht umhin kommen, genauer zu gucken, wo das Geld sinnvoll ausgegeben wird und wo nicht.
Der Gesetzgeber hat mit Rabattregelungen dafür gesorgt, dass die Arzneimittelkosten gedeckelt werden. Trotzdem steigen die Preise. Wie kommt das?

Das kommt vor allem durch einen Webfehler im Gesetz, wonach im ersten Jahr nach der Marktzulassung die Hersteller ihre Preise frei festlegen können und erst danach Rabatte greifen. Das ist wie beim Teppichhändler, wenn ich den Preis vorher schon hoch festlege, dann kann ich hinterher auch Rabatte geben.

Der gesetzliche Ansatz, die Arzneimittelpreise stärker am Zusatznutzen zu orientieren, ist richtig und der funktioniert weitgehend auch, aber eben erst im zweiten Jahr nach der Zulassung. Da müsste der Gesetzgeber nachjustieren. Ganz schwierig wird es bei neuen Präparaten wie jüngst dem gegen Hepatitis-C, wo es einen großen Zusatznutzen gibt und keine Alternative. Da können Hersteller richtig attraktive Preise verlangen und es ist schwierig, mit gesetzlichen Instrumenten nachzusteuern.

Wie groß ist die Gefahr, dass die GKV aus Kostengründen Leistungen streicht?

Leistungen streichen ist ein weites Feld. Wir haben sicher noch Potenzial, eine bestimmte Überversorgung abzubauen, etwa im Krankenhaus. Die Gefahr, dass ganze Leistungspakete wie Arzneimittel oder Zahnbehandlungen ausgegliedert werden aus der GKV, ist äußerst unwahrscheinlich.

Es sind zuletzt auch die Zuzahlungen für Kassenpatienten gestiegen. Tut sich da eine Gerechtigkeitschere auf?

Das ist so ein bisschen ein Sturm im Wasserglas, weil es auch mehr Versicherte gab, die Einkommen gestiegen sind und deswegen die Befreiungen geringer ausfielen. Zuzahlungen sind aber immer problematisch, weil Patienten belastet und Versicherte entlastet werden. Es ist bekannt, dass etwa chronisch Kranke wegen der Zuzahlungen ihre Rezepte nicht einlösen. Das führt dann zu Folgekosten. Ich bin grundsätzlich skeptisch gegenüber Zuzahlungen, aber wir haben in Deutschland ein vergleichsweise geringes Niveau und solange das nicht dramatisch ausgeweitet wird, halte ich das auch nicht für gefährlich.

SPD, Grüne und Linke werben für die Bürgerversicherung. Wie sinnvoll wäre das?

Es wäre grundsätzlich sinnvoll, die Versicherungslast auf mehr Schultern zu verteilen und auch auf die, die leistungsstärker sind. Und wir würden wegkommen von den unterschiedlichen finanziellen Anreizen für Leistungserbringer, je nachdem, ob es um gesetzlich oder privat versicherte Patienten geht. Diese Unterschiede sind ja auch in der Bevölkerung sehr unbeliebt. Es gibt in dieser Frage also ein Finanzierungs- und ein Gerechtigkeitsargument.

Dann würde die Private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung hinten rüber fallen?

Ja, genau. Das findet die PKV natürlich nicht so toll, und die meisten Ärzte nicht, das ist sicher ein Grund, warum das bisher nicht umgesetzt wurde. Man könnte das aber mit Übergangsfristen rechtssicher machen.

Wie wahrscheinlich ist es, dass in den nächsten zehn Jahren das System wieder reformiert wird?

Ich halte die Halbwertszeit der PKV für überschritten und glaube, dass wir in den nächsten fünf bis zehn Jahren eine Systemreform an der Grenze zwischen GKV und PKV erleben werden. Die niedrigen Zinsen sind eine Zeitbombe, die in der PKV tickt und die über kurz oder lang zu massiven Prämienhöhungen führen wird. Dann werden wir die Diskussion um die Bürgerversicherung noch einmal neu bekommen.

Würden Sie den Versicherten bei höheren Zusatzbeiträgen zu einem Kassenwechsel raten?

Es gibt ja noch mehr Faktoren, wodurch sich die Krankenkassen unterscheiden, der Preis ist nur der eine. Ich würde eine solche Entscheidung auch immer davon abhängig machen, wie wichtig mir ein guter Zugang zur Beratung ist oder wie wichtig bestimmte Zusatzleistungen für mich sind. Allein vom Preis würde ich es nicht abhängig machen.

Das Interview führte Claus Peter Kosfeld

Professor Stefan Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Deutschland

Telefon: 030/227-0
Telefax: 030/227-36 878 oder 227-36 979

Mail: mail@bundestag.de
URL: <http://www.bundestag.de>

Berlin - Veröffentlicht von pressrelations