Auf der einen Seite erzielt das gesetzliche Krankenversicherungssystem nach jüngsten Schätzungen auch in diesem Jahr gigantische Überschüsse, auf der anderen Seite droht immer mehr Kassen das wirtschaftliche Aus. Was sich zunächst wie ein Widerspruch anhört, hat System. Mit dem Gesundheitsfonds steht dem FDP-geführten Gesundheitsministerium genau das Instrument zur Verfügung, um schonungslose Klientelpolitik zu betreiben. Von Jens Berger

Seit dem Jahr 2009 gehen Beitragseinnahmen gesetzlich Krankenversicherter nicht mehr direkt an die jeweilige Krankenkasse, sondern an den zentralen Gesundheitsfonds, der dem Bundesgesundheitsministerium untersteht. Das Ministerium hat dann zu entscheiden, wie viel Geld die Kassen im Folgejahr aus dem Fonds zugewiesen bekommen. Um konjunkturelle Dellen abzufedern, steht dem Fonds eine sogenannte Liquiditätsreserve zur Verfügung, deren Höhe gesetzlich mit zwanzig Prozent der monatlichen Zuweisungen festgelegt wurde. Für das Jahr 2011 entspricht dies [PDF – 18 KB] einer Summe von etwas unter drei Milliarden Euro. Aktuelle Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Ende dieses Jahres auf stolze 7,2 Milliarden Euro angewachsen sein wird.

Gewollte Unterfinanzierung

Das GKV-System ist somit keinesfalls defizitär. Keine Krankenkasse müsste Zusatzbeiträge, die ausschließlich vom Versicherten und nicht vom Arbeitgeber geleistet werden, erheben oder gar Insolvenz anmelden. Im System ist genügend Geld vorhanden, es wird jedoch den Krankenkassen vorenthalten. Das wiederum ist politisch gewollt. Die FDP macht gar keinen Hehl daraus, dass Schließungen und Fusionen einzelner Krankenkassen politisch angestrebt sind. Ein durch selektive Unterfinanzierung angerichtetes Chaos im GKV-System hilft einerseits den von der FDP favorisierten privaten Krankenkassen und erzeugt andererseits im Nebeneffekt auch Überschüsse für den Gesundheitsfonds, die vom FDP-geführten Gesundheitsministerium klientelgerecht ausgeschüttet werden können.

Nach brancheninternen Schätzungen verfügt jede vierte bundesweit tätige Krankenkasse über zu geringe Rücklagen. Die Finanzlage von zwanzig Kassen sei derart angespannt, dass sie im internen Bewertungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung mit der kritischen Stufe „rot“ bewertet würden. Obgleich das GKV-System milliardenschwere Überschüsse einfährt, sind 28 Millionen Bundesbürger bei einer Krankenkasse versichert, die aufgrund finanzieller Engpässe in ihrer Existenz bedroht ist.

Das Beispiel City BKK

Wie es soweit kommen konnte, zeigt das Beispiel der City BKK. Der Versichertenpool dieser Kasse gehört zu den kostenintensivsten im GKV-System, mehr als die Hälfte ist über 60 Jahre alt, 16% der Versicherten leiden an mehreren Krankheiten – doppelt so viel wie im Bundesdurchschnitt. Hinzu kommt, dass die City BKK vor allem in Großstädten aktiv ist, in denen zahlreiche kostenintensive Fachärzte und Therapieeinrichtungen um Patienten buhlen.

Am 1. April 2010 sah sich die Kasse dazu gezwungen, einen Zusatzbeitrag in Höhe von acht Euro zu erheben, was dazu führte, dass viele jüngere und mobile – und damit im Schnitt kostengünstigere – Versicherte, die Kasse verließen. Dies führte dazu, dass die prekäre Finanzierungslage sich abermals anspannte und die City BKK am 1. Januar 2011 den Zusatzbeitrag auf 15 Euro erhöhen musste. Der Teufelskreis aus erhöhten Zusatzbeiträgen und Mitgliederabwanderungen führte schließlich dazu, dass die Kasse im Mai ihre Schließung zum 1. Juli dieses Jahres bekanntgeben musste.

Teufelskreis

Wie das Beispiel City BKK zeigt, hat die Erhebung von Zusatzbeiträgen auch nichts mit gutem Wirtschaften oder dem politisch geforderten Wettbewerb unter den Kassen zu tun. Ein Wettbewerb findet zwar statt – doch ist dies ein Wettbewerb um die kostengünstigsten Mitglieder und somit ein Wettbewerb, der mit einer Sozialkasse per Definition nicht zu vereinbaren ist.

Zusatzbeiträge sind nicht nur unsozial, da sie ausschließlich vom Versicherten und nicht vom Arbeitgeber getragen werden müssen, sondern stellen auch ein süßes Gift für die Krankenkassen dar. Sobald sich eine Kasse gezwungen sieht, Zusatzbeiträge zu erheben, wechseln preisweitere Versicherte zu einer kostengünstigeren Kasse, was mittel- bis langfristig bei der Kasse, die Zusatzbeiträge erhebt, nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung der Finanzsituation führt. Das Gesundheitsministerium könnte diesen Teufelskreis durch Zuweisungen, die sich an den Ausgaben der Kassen orientieren, durchbrechen. Da das Kassensterben aber von der FDP politisch gewollt ist, findet auch keine Rettung der angeschlagenen Kassen statt.

Wohin mit den Überschüssen?

Da die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gesetzlich festgelegt ist, muss das Gesundheitsministerium auch begründen, warum es die Überschüsse nun bereits im zweiten Jahr in Folge nicht ausschüttet. Um die Reserve auf die gesetzlich vorgesehene Höhe zurückzuführen, stehen dem Ministerium drei Optionen zur Verfügung:

1. Senkung des allgemeinen Beitragssatzes des GKV-Systems
2. Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen
3. Erhöhung der Ausgaben im GKV-System

Eine Senkung des Beitragssatzes entspricht eigentlich dem langjährigen Mantra der Senkung der Lohnnebenkosten, da von diesem Schritt auch die Arbeitgeber profitieren würden. Eine Senkung würde jedoch gleichzeitig die Attraktivität des GKV-Systems im Vergleich zum privaten Krankenversicherungssystem (PKV) steigern. Dem PKV-System stehen durch die demographische Entwicklung schwere Zeiten bevor – jeder „Wettbewerbsvorteil" des GKV-Systems ist daher für das PKV-System existenzbedrohend. Es ist daher auch alles andere als überraschend, dass die FDP, die sich stets als Interessenvertreter des PKV-Systems verstanden hat, Wünschen nach einer Senkung des Beitragssatzes bereits eine Abfuhr erteilt hat.

Eine Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen wäre die sinnvollste Alternative, da damit die Zusatzbeiträge wieder abgeschafft werden könnten. Im letzten Jahr nahmen die Krankenkassen rund 1,2 Milliarden Euro durch Zusatzbeiträge ein – gleichzeitig erzielte der Gesundheitsfonds Überschüsse in Höhe von 4,2 Milliarden Euro. Zusatzbeiträge sind also nicht wirtschaftlich notwendig, sondern politisch gewollt. Gewollt ist daher auch, dass die Zuweisungen an die Kassen weiterhin so niedrig ausfallen, dass sie gezwungen sind, weiterhin Zusatzbeiträge zu erheben.

Klientelpolitik á la FDP

Die sicherste Methode, künftige Überschüsse des GKV-Systems zu vermeiden und die Kassen weiterhin ausbluten zu lassen, ist es daher, die Kostenseite zu erhöhen. Und was läge da näher, als die „Lieblingsklientel" der FDP zu beglücken? Das Jahr 2013 ist Wahljahr und genau für dieses Jahr sieht die Gesundheitsreform von Daniel Bahr nach Angaben des Kassenverbandes auch eine Erhöhung der Ärztehonorare um stolze 2,8 Milliarden Euro vor – ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Diese Form der Klientelpolitik reiht sich dabei nahtlos in die Politik der Umverteilung von unten nach oben ein. Den Versicherten wird über die Zusatzbeiträge Geld entzogen, das indirekt auf der anderen Seite an die FDP-Klientel ausgeschüttet wird.