

Stefan Greß, Jürgen Wasem

## **Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung**

---

### **Auf einen Blick...**

- Die Beseitigung ungerechtfertigter Wettbewerbsvorteile durch die Reform des Risikostrukturausgleichs trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der GKV bei. Es besteht aber die Gefahr, dass durch die Ausgestaltung der Überforderungsklausel neue Wettbewerbsverzerrungen entstehen.
- Der Ausbau der Steuerfinanzierung verbessert die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung und stärkt darüber hinaus auch noch die Verteilungsgerechtigkeit. Die Autoren fordern daher eine Beschleunigung des Ausbaus der Steuerfinanzierung auf 3 Mrd. pro Jahr.
- Eine weitere Schwächung der Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung könnte durch die Abschaffung des Gesundheitsfonds verhindert werden. Allerdings ist der Gesundheitsfonds ein zentrales Element zur Implementierung eines einheitlichen Versicherungssystems.
- Durch die Einführung des Gesundheitsfonds werden die Wettbewerbsparameter Preis und Produkt neutralisiert. Zur Beseitigung der Fehlanreize könnte der Anteil des Zusatzbeitrags erhöht werden. Dann müsste aber auch die Überforderungsklausel reformiert werden. Die Alternative bestände darin, zu einkommensabhängigen Beitragssätzen zurückzukehren.

# **Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung**

Policy Paper für die Hans-Böckler-Stiftung

von

**Prof. Dr. Stefan Greß**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

**Prof. Dr. Jürgen Wasem**

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-

Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen

Fulda und Essen, September 2009

## **0 Executive Summary**

Die Beseitigung ungerechtfertigter Wettbewerbsvorteile durch die Reform des Risikostrukturgleichs trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Die Weiterentwicklung des RSA wäre fachlich (allerdings nicht politisch) jedoch auch ohne die Einführung des Gesundheitsfonds möglich gewesen. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass durch die Ausgestaltung der Überforderungsklausel im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag neue Wettbewerbsverzerrungen entstehen. Forderausfälle als Konsequenz der Überforderungsklausel müssten von der GKV-Versichertengemeinschaft insgesamt und nicht von den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse getragen werden. Ob die Beschränkung des RSA auf 80 Erkrankungen versorgungspolitisch problematisch ist, muss beobachtet werden.

Der Ausbau der Steuerfinanzierung der GKV-Ausgaben im Rahmen des GKV-WSG und des Konjunkturpakets II stärkt die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung und erhöht darüber hinaus auch noch die Verteilungsgerechtigkeit. Vor dem Hintergrund der steigenden Neuverschuldung des Bundes ist ein Ausbau des Bundeszuschuss bei einer gleichzeitigen Senkung des Beitragssatzes ohne eine Gegenfinanzierung durch Anhebung von direkten und indirekten Steuern nicht zu erwarten.

Die Konstruktion von einkommensabhängigem Beitrag einerseits und Zusatzbeitrag andererseits verlagert das Risiko steigender Gesundheitsausgaben nach Einführung des Gesundheitsfonds ausschließlich auf die versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Eine weitere Schwächung der Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung könnte durch die Abschaffung des Zusatzbeitrags und die Rückkehr zu dezentral festgelegten einkommensabhängigen Beitragssätzen verhindert werden. Allerdings würde diese Lösung den Gesundheitsfonds an sich eliminieren. Der Gesundheitsfonds ist jedoch ein zentrales Element, mit dem es in der spezifischen deutschen Situation möglich sein könnte, ein einheitliches Versicherungssystem zu implementieren.

Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird der Wettbewerbsdruck so verschärft, dass die Wettbewerbsparameter Preis und Produkt kurzfristig weitgehend neutralisiert werden. Krankenkassen legen ihr strategisches Augenmerk ausschließlich darauf, die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist es fatal, dass gleichzeitig mit der Einführung des Gesundheitsfonds auch die Anschubfinanzierung innerhalb der integrierten Versorgung ausläuft. Zur Revitalisierung des Preis- und Produktwettbewerbs ist in jedem Fall der Ausbau von wettbewerblichen Differenzierungsmöglichkeiten im Versorgungsangebot

und die Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung zu fordern. Zur Beseitigung der Fehlanreize im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds könnte der Anteil des durch Zusatzbeiträge zu finanzierenden Ausgabenanteils deutlich erhöht werden. Bei der Realisierung dieser Option müsste allerdings zwingend die Überforderungsklausel reformiert werden. Die Alternative bestände darin, zu einkommensabhängigen Beitragssätzen zurückzukehren.

Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf den Arbeitsmarkt führen zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen in der GKV von knapp 3 Mrd. € im Jahr 2009. Die Konstruktion des Gesundheitsfonds verhindert, dass diese Einnahmeausfälle unmittelbar beitragswirksam werden und stabilisiert damit die Konjunktur. Das Defizit des Gesundheitsfonds wird in 2010 vermutlich deutlich größer ausfallen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierungsreform der GKV durch eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis und die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems.

## **1 Vorbemerkung**

Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 ist mit einer Reihe von wesentlichen Veränderungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland verbunden gewesen. Zu diesen Veränderungen zählen vor die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der Ausbau der Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die Festlegung des einkommensabhängigen Beitragssatzes durch den Ordnungsgeber und die Einführung eines Zusatzbeitrags als preislichem Wettbewerbsparameter.

In diesem Policy Paper werden diese zentralen Veränderungen bewertet.<sup>1</sup> Diese Bewertung orientiert sich vor allem daran, inwieweit die vom Gesetzgeber im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds beschlossenen Veränderungen zielführende Antworten auf die zentralen Herausforderungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung geben können. Diese Herausforderungen beziehen sich erstens auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV und zweitens auf die Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen untereinander. Berücksichtigt werden bei der Bewertung außerdem auch Verteilungseffekte. Die Bewertung mündet jeweils in gesundheitspolitischen Empfehlungen für die Weiterentwicklung sowohl des Finanzierungssystems als auch der Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

---

<sup>1</sup> Dabei werden neben den Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) auch die Veränderungen durch das Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland vom 2. März 2009 (Konjunkturpaket II) berücksichtigt.

## **2 Beseitigung von Verzerrungen in der Wettbewerbsordnung: Reform des RSA**

Parallel mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde ein zentraler Bestandteil der Wettbewerbsordnung in der GKV – der Risikostrukturausgleich – grundlegend reformiert. In der Vergangenheit hatten Krankenkassen mit einem überdurchschnittlich einkommensstarken und einem überdurchschnittlich gesunden Versichertenbestand Wettbewerbsvorteile. Der Risikostrukturausgleich konnte diese Wettbewerbsvorteile nicht adäquat kompensieren. Konsequenz war, dass die von ihnen profitierenden Krankenkassen mit vielen gesunden und gut verdienen Versicherten durch günstige Beitragssätze ungerechtfertigte Vorteile im Wettbewerb um die Versicherten hatten.

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds – genauer gesagt durch die Reform des Risikostrukturausgleichs – entfallen Wettbewerbsvorteile beziehungsweise Wettbewerbsnachteile, die durch Unterschiede in der Risikostruktur und im Einkommen der Versicherten bedingt sind. Als Konsequenz erhalten die Krankenkassen verstärkt Anreize, in die Versorgung von chronisch kranken Versicherten zu investieren. Chronisch kranke Versicherte sind nicht mehr automatisch schlechte Risiken, die mit einem negativen Deckungsbeitrag verbunden sind. Eine weitere Konsequenz der Reform des Risikostrukturausgleichs besteht darin, dass sich die rechnerisch deckenden Beitragssätze der Krankenkassen untereinander stark annähern. Dieser Effekt wird allerdings durch andere Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds – insbesondere die Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung – stark überlagert.

Während die Reform des Risikostrukturausgleichs im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der GKV als sachgerecht und damit positiv zu bewerten ist, so gilt dies nicht für die Ausgestaltung der so genannten Überforderungsklausel in Verbindung mit dem von den Krankenkassen zu erhebenden Zusatzbeitrag. Als zumindest ungewöhnlich – wenn auch noch nicht wettbewerbsverzerrend – erscheint der Ansatz des Gesetzgebers, schon einen relativ niedrigeren Zusatzbeitrag mit einer Überforderungsklausel zu verbinden. Ein vergleichsweise bescheidener Gewinn an Verteilungsgerechtigkeit wird mit einem vergleichsweise hohen bürokratischen Aufwand erkaufte. Jüngst veröffentlichte Berechnungen zeigen darüber hinaus, dass auch dieses Ziel durch die Überforderungsklausel nicht vollständig erreicht wird (Manouguian et al. 2008).

Abwegig ist jedoch insbesondere die Art und Weise, wie dieser Gewinn an Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden soll. Insbesondere für Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Mitgliedern mit niedrigem Einkommen würde diese Regelung danach zu

einer erheblichen Benachteiligung im Krankenkassenwettbewerb führen, sobald der Zusatzbeitrag die Höhe von acht Euro überschreitet (Schawo 2007). Es ist daher dringend zu fordern, dass den Krankenkassen die durch die Überforderungsklausel entstehenden Einnahmeausfälle durch den Gesundheitsfonds erstattet werden. Die Erstattungsbeträge würden dann über die einkommensabhängige Beitragskomponente auf alle Versicherten umgelegt werden. Die derzeit vorgesehene Variante der Überforderungsklausel bürdet die Kosten des Einkommensausgleiches jedoch ausschließlich den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse auf.

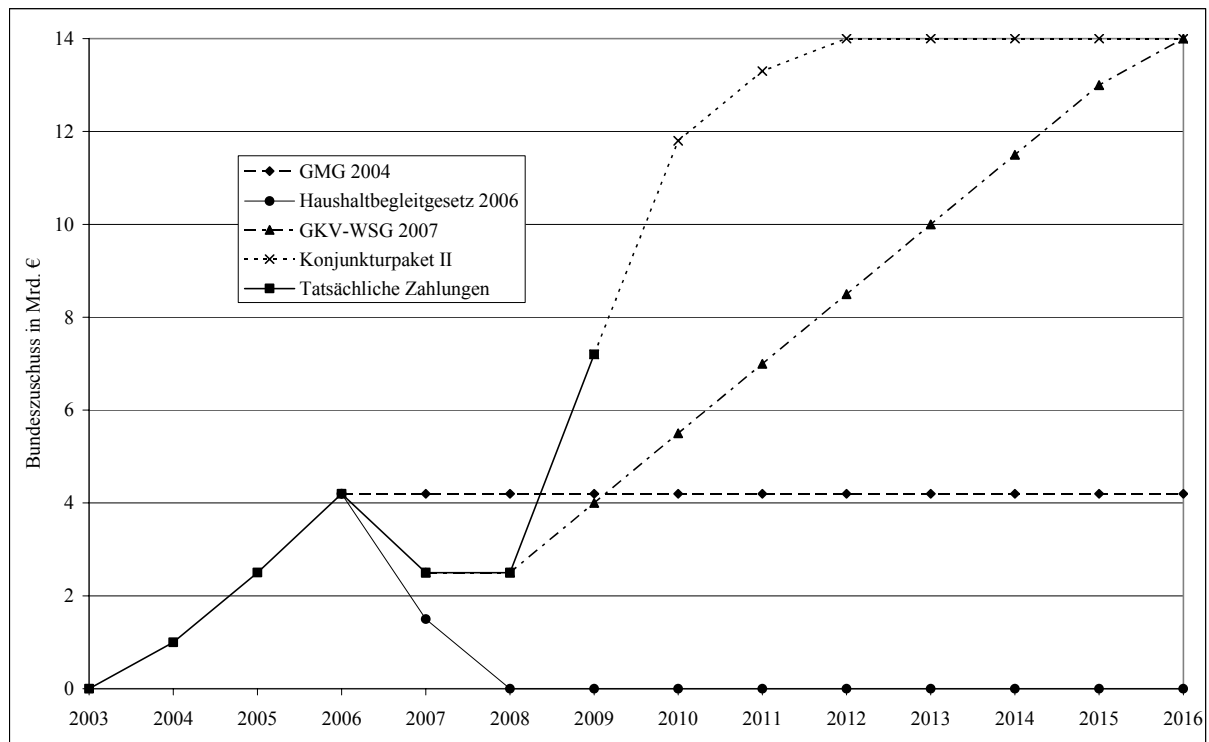
Mit Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA hat sich gezeigt, dass einzelne Krankenkassen – teilweise im Rahmen von Selektivverträgen – versucht haben, „Diagnosen-Optimierung“ zu betreiben, um ihre Einnahmensituation aus dem Gesundheitsfonds zu verbessern. Der Gesetzgeber hat zwischenzeitlich mit der 15. AMG-Novelle die Prüfrechte des Bundesversicherungsamtes gegenüber den Krankenkassen mit Blick auf die für den RSA gelieferten Daten deutlich ausgebaut. Es bleibt abzuwarten, inwieweit dies ausreicht. Zu beobachten ist auch, wie sich auswirkt, dass im RSA nur 80 Krankheiten berücksichtigt werden. Versicherte, die an anderen teuren Erkrankungen leiden, sind damit für die Krankenkassen noch schlechtere Risiken als bereits bislang geworden.

***Gesundheitspolitische Schlussfolgerung:*** *Die Beseitigung ungerechtfertigter Wettbewerbsvorteile durch die Reform des Risikostrukturausgleichs trägt maßgeblich zur Weiterentwicklung der Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Die Weiterentwicklung des RSA wäre fachlich (allerdings nicht politisch) jedoch auch ohne die Einführung des Gesundheitsfonds möglich gewesen. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass durch die Ausgestaltung der Überforderungsklausel im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag neue Wettbewerbsverzerrungen entstehen. Forderungsausfälle als Konsequenz der Überforderungsklausel müssten von der GKV-Versichertengemeinschaft insgesamt und nicht von den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse getragen werden. Ob die Beschränkung des RSA auf 80 Erkrankungen versorgungspolitisch problematisch ist, muss beobachtet werden.*

### 3 Mehr Nachhaltigkeit und mehr Verteilungsgerechtigkeit: Teilfinanzierung der GKV-Ausgaben durch Steuermittel

Schon im Rahmen des GKV-WSG hat der Bund seinen Finanzierungsbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Einzahlungen in den Gesundheitsfonds deutlich ausgebaut (vgl. Abbildung 1). Der Bundeszuschuss sollte ab 2008 jährlich um 1,5 Mrd. € steigen. In der Endstufe sollte sich der Bund im Jahr 2016 mit insgesamt 14 Mrd. € an der Finanzierung der GKV beteiligen. Durch das Konjunkturpaket II (vgl. auch Abschnitt 6) wird diese Summe voraussichtlich deutlich früher – im Jahr 2011 – erreicht werden. Im Jahr 2009 beträgt der Bundeszuschuss 7.2 Mrd. €. Damit werden etwas mehr als 4 Prozent der für das Jahr 2009 geschätzten GKV-Ausgaben (167 Mrd. €) aus Steuermitteln finanziert.

Abbildung 1: Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung 2003 bis 2016



Quelle: Aktualisierung aus (Greß/Wasem 2007)

Das Steueraufkommen wird in etwa zu gleichen Teilen aus direkten Steuern wie der Einkommenssteuer und indirekten Steuern wie der Mehrwertsteuer gespeist. Die Einkommenssteuer wirkt deutlich progressiver als die Beitragsfinanzierung in der GKV – höhere Einkommensgruppen werden relativ betrachtet stärker belastet als niedrige Einkommensgruppen. Die indirekten Konsumsteuern wirken im Vergleich dazu leicht regressiv – niedrige Einkommensgruppen werden relativ stärker belastet als hohe Einkommensgruppen, weil der Anteil des für den Konsum verwendeten Einkommens bei Gruppen mit niedrigem Einkommen besonders hoch ist. Nichtsdestoweniger würde ein Ausbau der Steuerfinanzierung die Einkom-



menssolidarität (Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen) in der Gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen. Die Steuerfinanzierung mit ihrem Mix aus direkten und indirekten Steuern wirkt progressiver als die Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies gilt schon dann, wenn die Beitragsfinanzierung vollständig über einkommensabhängige Beiträge durchgeführt wird. Umso mehr gilt dieser Zusammenhang, wenn nach Einführung des Gesundheitsfonds der Finanzierungsanteil durch den voraussichtlich einkommensunabhängig erhobenen Zusatzbeitrag ansteigt.

Positiv wären im Grundsatz auch Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung zu beurteilen. Grundlage für die Beitragsfinanzierung ist zumindest bei den Pflichtversicherten ausschließlich das Einkommen aus unselbständiger Arbeit. In der Einkommenssteuer werden jedoch sämtliche Einkommensarten herangezogen. Konsumsteuern müssen aus dem verfügbaren Einkommen gezahlt werden. Mit anderen Worten kann sich niemand der Steuerpflicht entziehen – es sei denn, es werden kein zu versteuerndes Einkommen erwirtschaftet und keinerlei Waren und Dienstleistungen im Inland konsumiert. Die Bemessungsgrundlage bei der Steuerfinanzierung ist damit in zweierlei Hinsicht breiter und damit nachhaltiger als bei der Beitragsfinanzierung – sowohl hinsichtlich der beitrags- bzw. steuerpflichtigen Personenkreises als auch hinsichtlich der Einkommenskategorien, aus denen Steuern bzw. Beiträge entrichtet werden müssen (Greß/Wasem 2007; Walendzik 2009). Die Teilfinanzierung der GKV-Ausgaben durch Steuermittel stärkt somit die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung.

Der bisher durchaus positiven Bewertung des steigenden Anteils von Steuern bei der Finanzierung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung muss jedoch ein nicht unwesentlicher Nachteil gegenübergestellt werden. Dieser Nachteil besteht weniger in der Tatsache, dass Steuerelemente in der GKV mitunter als systemfremd betrachtet werden. Der Trend hin zu einem Finanzierungsmix macht Sinn und liegt darüber hinaus im internationalen Trend. Auch in steuerfinanzierten Systemen gibt es zunehmend Überlegungen, wie Sozialversicherungselemente integriert werden können (Greß et al. 2008b).

Problematisch sind vielmehr begründete Zweifel an der Stetigkeit der Steuerfinanzierung. Diese Zweifel lassen sich sehr plastisch an der Entwicklung des Bundeszuschusses seit der Implementierung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 illustrieren (Jacobs 2009). Die Höhe des Bundeszuschusses hat erst im Jahr 2009 nach Implementierung des Konjunkturpaktes II das Niveau übertroffen, dass die rot-grüne Bundesregierung mit Zustimmung der Union im GMG für 2006 und die Folgejahre gesetzlich festgelegt hatte. Das Haushaltsbe-

gleitgesetz 2006 sah eine Streichung des Bundeszuschusses für das Jahr 2008 vor. Erst das GKV-WSG hat den Bundeszuschuss wieder eingeführt – allerdings zunächst auf niedrigerem Niveau als im GMG vorgesehen. Es wird abzuwarten sein, wie sich der Bundeszuschuss nach der Bundestagswahl 2009 und der zu erwartenden Haushaltskonsolidierung entwickeln wird. Vor dem Hintergrund der sprunghaft ansteigenden Neuverschuldung des Haushaltsjahrs 2009 sind Forderungen nach einem weiteren Ausbaus des Bundeszuschusses ohne eine entsprechende Gegenfinanzierung – etwa in Form einer ausgewogen gewählten Kombination von Mehrwertsteuererhöhung und Anhebungen der Lohn-, Einkommen- und Körperschaftsteuer bei einer aufkommensneutralen Senkung der Beitragssätze der Arbeitnehmer und Arbeitgeber – mehr als skeptisch zu bewerten.

***Gesundheitspolitische Schlussfolgerung:** Der Ausbau der Steuerfinanzierung der GKV-Ausgaben im Rahmen des GKV-WSG und des Konjunkturpakets II stärkt die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung und erhöht darüber hinaus auch noch die Verteilungsgerechtigkeit. Vor dem Hintergrund der steigenden Neuverschuldung des Bundes ist ein Ausbau des Bundeszuschuss bei einer gleichzeitigen Senkung des Beitragssatzes ohne eine Gegenfinanzierung durch Anhebung von direkten und indirekten Steuern nicht zu erwarten.*

#### **4 Einstieg in den Ausstieg aus der einkommensabhängigen Finanzierung: Der Zusatzbeitrag**

Die Einführung des Zusatzbeitrags ist das dritte zentrale hier zu analysierende Reformelement. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird die Beitragserhebung in der GKV erstmals in zwei Komponenten aufgespalten – in den zentralen einheitlichen einkommensabhängigen Beitragssatz und den dezentral zu erhebenden Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag wird nach den Regelungen des GKV-WSG maximal fünf Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen finanzieren. Diese Konstruktion ist ein Systembruch mit dem bisherigen System der einkommensabhängigen und weitgehend paritätischen Finanzierung der GKV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Erstens wird das Risiko steigender Gesundheitsausgaben nach Einführung des Gesundheitsfonds ausschließlich den Mitgliedern – und damit in der Hauptsache Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Rentnerinnen und Rentnern – auferlegt. Zweitens lässt sich der durch den Zusatzbeitrag zu finanzierende Ausgabenanteil nach der nächsten Bundestagswahl durch einfache Gesetzesänderung erhöhen.

Der einkommensabhängige Beitragssatz soll zum Beginn des Gesundheitsfonds die durchschnittlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu 100 Prozent abdecken. Eine Anpassung des durch die Bundesregierung festgelegten Satzes wird erst erfolgen müssen, wenn die Deckungsquote auf 95 Prozent sinkt. Bis diese Schwelle erreicht ist, werden sowohl steigende Gesundheitsausgaben – und mit einer gewissen Zeitverzögerung auch Risiken auf der Einnahmeseite – ausschließlich von den Versicherten finanziert werden müssen. Diese Regelung ist äquivalent zu einer vorübergehenden Festschreibung des Arbeitgeberanteils an der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Zusatzbeitrag wird nicht nur einseitig von den Versicherten finanziert – er wird darüber hinaus trotz der Überforderungsklausel Versicherte mit einem niedrigen Einkommen überproportional belasten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Relation 95/5 auch bei einem Regierungswechsel Bestand haben wird. Nach einem Regierungswechsel bei der nächsten Bundestagswahl – etwa zu einer Koalition aus CDU/CSU und FDP – kann diese Relation durch neue politische Mehrheitsverhältnisse problemlos verändert werden. Das Grundsatzprogramm der CDU sieht weiterhin den Übergang von einkommensabhängigen Beiträgen zu pauschalierten Beiträgen und die Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge von den Arbeitskosten vor: „In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die an das Arbeitseinkommen gekoppelte Finanzierung stufenweise durch solidarische Prämienelemente ergänzt. ... Mit dieser schrittweisen Abkoppelung der Gesundheits- von den Arbeitskosten erhält die Krankenversicherung eine zukunfts-

fähige Finanzierung (CDU 2007: 62).“ Selbst wenn Personen mit niedrigen Einkommen im Rahmen eines solchen Prämienmodells einen steuerfinanzierten Zuschuss erhalten, wären die Effekte eine Entlastung vor allem in einer Entlastung oberer Einkommensgruppen und in einer Belastung unter Einkommensgruppen zu sehen.

Vor diesem Hintergrund sind zwei Optionen zur Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds denkbar. Erstens könnte eine weitere Schwächung der Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abschaffung des Zusatzbeitrags und die Rückkehr zu dezentral festgelegten einkommensabhängigen Beitragssätzen verhindert werden. Damit würde jedoch auch der Gesundheitsfonds als solcher eliminiert werden. Der Gesundheitsfonds ist jedoch zweitens auch ein zentrales Element, mit dem es in der spezifischen deutschen Situation möglich sein könnte, ein einheitliches Versicherungssystem zu implementieren (Greß et al. 2009). Nach dieser Überlegung wird es politisch nicht durchsetzbar sein, die PKV von dem Angebot von Vollversicherungen im Neugeschäft auszuschließen. Diese wäre faktisch im Konzept der Bürgerversicherung der Fall. Demgegenüber scheint es politisch eher realistisch zu sein, auch Versicherten in der PKV aufzuerlegen, einkommensabhängige Beiträge an den Gesundheitsfonds zu leisten. Dementsprechend würden private Krankenversicherer entsprechend Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für ihre Versicherten erhalten.<sup>2</sup>

***Gesundheitspolitische Schlussfolgerung:** Die Konstruktion von einkommensabhängigem Beitrag einerseits und Zusatzbeitrag andererseits verlagert das Risiko steigender Gesundheitsausgaben nach Einführung des Gesundheitsfonds ausschließlich auf die versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Eine weitere Schwächung der Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung könnte durch die Abschaffung des Zusatzbeitrags und die Rückkehr zu dezentral festgelegten einkommensabhängigen Beitragssätzen verhindert werden. Allerdings würde diese Lösung den Gesundheitsfonds an sich eliminieren. Der Gesundheitsfonds ist jedoch ein zentrales Element, mit dem es in der spezifischen deutschen Situation möglich sein könnte, ein einheitliches Versicherungssystem zu implementieren.*

---

<sup>2</sup> Ob hierbei den Besonderheiten des Kapitaldeckungsverfahrens Rechnung getragen werden sollte, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden – technisch wäre dies auf jeden Fall möglich.

## **5 Neutralisierung von Wettbewerbsparametern: Der einheitliche einkommensabhängige Beitragssatz**

Im Rahmen des Gesundheitsfonds werden ab 2009 zunächst 100 Prozent der durchschnittlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen über den einheitlichen Beitragssatz von 15,5 Prozent finanziert. Kommen die Krankenkassen mit ihren risikoadjustierten Zuweisungen aus dem Fonds nicht aus, müssen sie Zusatzbeiträge erheben. Der Gesetzgeber hat dieses Konstrukt eingeführt, um den Wettbewerbsdruck auf die Krankenkassen zu erhöhen.

Der erhöhte Wettbewerbsdruck hat paradoxerweise zunächst allerdings zu einer erheblichen Nivellierung bei Preis und Produkten geführt: Erstens scheuen sich Krankenkassen, einen Zusatzbeitrag zu erheben und damit als unwirtschaftlich gebrandmarkt zu werden; sie fürchten eine erhebliche Preissensibilität der Versicherten, die die Kasse verlassen können. Außerdem haben die vom Gesetzgeber vorgesehenen Auszahlungen an die Versicherten zunächst nicht stattgefunden, weil die Krankenkassen mit Überschüssen nicht abschätzen können, inwieweit diese auch nach dem RSA-Jahresausgleich für 2009 im Herbst 2010 noch erhalten bleiben. Zweitens nutzen die Krankenkassen derzeit jede Möglichkeit, elective Ausgaben zu reduzieren. Das ist einerseits vom Gesetzgeber erwünscht. Allerdings sind von diesen Kürzungen auch Investitionen betroffen, die mittel- bis langfristig Qualität und Wirtschaftlichkeit innerhalb der gesundheitlichen Versorgung erhöhen – insbesondere im Rahmen der integrierten Versorgung. In diesem Zusammenhang ist es fatal, dass gleichzeitig mit der Einführung des Gesundheitsfonds auch die Anschubfinanzierung innerhalb der integrierten Versorgung ausläuft. Die Kassen haben damit derzeit wenig Anreize, sich im Rahmen eines attraktiven Versorgungsangebots für ihre Versicherten zu profilieren. Derzeit liegt ihr strategisches Augenmerk ausschließlich darauf, die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, das Zusammenspiel von einkommensabhängigen Beitragssatz und Zusatzbeitrag neu zu justieren. Im Grundsatz stehen hierfür zwei Optionen zur Verfügung. Die erste Option besteht darin, den Finanzierungsanteil des Zusatzbeitrags deutlich zu erhöhen und gleichzeitig die Überforderungsklausel zu reformieren. Diese Reform muss sicherstellen, dass Forderungsausfälle infolge der Anwendung der Überforderungsklausel den Krankenkassen in standardisierter Form aus dem Gesundheitsfonds erstattet werden (vgl. oben).

Aus einer wettbewerbstheoretischen Perspektive betrachtet würden Versicherte mit einem weitgehend unverzerrten Preissignal konfrontiert. Die Preissignale von nominalen Prämien sind besser geeignet, versorgungspolitisch differenzierte Tarife anzubieten als einkommens-

abhängige Beiträge. Im Modell des Gesundheitsfonds mit nominaler Zusatzprämie ist es möglich, die Einkommensumverteilungsfunktion über die einkommensabhängige Prämie an den Gesundheitsfonds zu realisieren, gleichzeitig aber die Preissignalfunktion über die Zusatzprämie umzusetzen. Außerdem wären die Krankenkassen in jedem Fall gezwungen, einen von Null verschiedenen Zusatzbeitrag zu erheben.

Diese Option hätte jedoch – wie oben angesprochen – auch Nachteile. Die gilt vor allem vor dem Hintergrund des Beurteilungskriteriums Verteilungsgerechtigkeit. Außerdem haben verschiedene Analysen in der Vergangenheit gezeigt, dass Funktionsdefizite des Kassenwettbewerbs nicht vor allem durch die Erhebung eines einkommensabhängigen Beitrags bedingt sind (Braun et al. 2006). Die Versicherten in der GKV haben auch schon in der Vergangenheit auf Preisunterschiede reagiert (Tamm et al. 2008). Funktionsdefizite des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander liegen vor allem in mangelnden wettbewerblichen Differenzierungsmöglichkeiten und in mangelnder Informiertheit der Versicherten (Greß et al. 2008a). Diese Funktionsdefizite werden durch die Erhebung eines Zusatzbeitrags nicht behoben.

Die zweite Option zur Neujustierung des Verhältnisses von einkommensabhängigem Beitragssatz und Zusatzbeitrag ist die Abschaffung des Zusatzbeitrags und die Rückkehr zu dezentral festgelegten einkommensabhängigen Beitragssätzen als preislichem Wettbewerbsparameter. Positiv bewertete Regelungen in Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds – Reform des Risikostrukturausgleichs und Ausbau der Steuerfinanzierung – wären hiervon nicht betroffen.

Unabhängig von der Entscheidung für eine der beiden angesprochenen Optionen ist gleichzeitig der Ausbau von wettbewerblichen Differenzierungsmöglichkeiten und die Verlängerung der Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung zu fordern (Cassel et al. 2008). In der Kombination würden die geforderten Maßnahmen zu einer Revitalisierung der Wettbewerbsparameter Preis und Produkt in der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

***Gesundheitspolitische Schlussfolgerung:*** *Durch die Einführung des Gesundheitsfonds wird der Wettbewerbsdruck so verschärft, dass die Wettbewerbsparameter Preis und Produkt kurzfristig weitgehend neutralisiert werden. Krankenkassen legen ihr strategisches Augenmerk ausschließlich darauf, die Erhebung eines Zusatzbeitrags zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist es fatal, dass gleichzeitig mit der Einführung des Gesundheitsfonds auch die Anschubfinanzierung innerhalb der integrierten Versorgung ausläuft. Zur Revitalisierung des Preis- und Produktwettbewerbs ist in jedem Fall der Ausbau von wettbewerblichen Differenzierungsmöglichkeiten im Versorgungsangebot und die Verlängerung der Anschubfinanzie-*

*rung in der integrierten Versorgung zu fordern. Zur Beseitigung der Fehlanreize im Zusammenhang mit der Einführung des Gesundheitsfonds könnte der Anteil des durch Zusatzbeiträge zu finanzierenden Ausgabenanteils deutlich erhöht werden. Bei der Realisierung dieser Option müsste allerdings zwingend die Überforderungsklausel reformiert werden. Die Alternative bestünde darin, zu einkommensabhängigen Beitragssätzen zurückzukehren.*

## 6 Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung wird überwiegend durch Beiträge auf Erwerbseinkommen finanziert. Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf den Arbeitsmarkt führen demnach zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen. Das entstehende Defizit hat der zuständige Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt im Mai 2009 auf knapp 3 Mrd. Euro für das Jahr 2009 beziffert.<sup>3</sup> Wenn es zu keiner entscheidenden Verbesserung der Einnahmesituation kommt, wäre ein ähnlich hohes Defizit auch für das Jahr 2010 schon dann zu erwarten, wenn in 2010 die beitragspflichtigen Einnahmen in gleichem Umfang wie die GKV-Ausgaben wachsen. Wachsen die Ausgaben etwa – was nicht unwahrscheinlich erscheint – 2 Prozentpunkte schneller als die beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. 0 % Wachstum beitragspflichtige Einnahmen, 2 % Wachstum GKV-Ausgaben), beträgt das Defizit für das Jahr 2010 bereits 6,4 Mrd. Euro.

Vor der Einführung des zum 1. Januar 2009 implementierten Gesundheitsfonds hätten die einzelnen Krankenkassen diese Einnahmeausfälle bereits durch Beitragssatzsteigerungen kompensieren müssen. Dies hätte einen pro-zyklischen Effekt zur Folge gehabt und den Abschwung noch weiter verstärkt. Der Gesundheitsfonds ist jedoch so konstruiert, dass nach dem Ausschöpfen von Rücklagen und Effizienzreserven nur Ausgabensteigerungen sofort für die Krankenkassen beitragswirksam werden. Für Rückgänge auf der Einnahmenseite hat der Gesetzgeber jedoch einen Puffer in Form eines Liquiditätsdarlehens durch den Bund vorgesehen, so dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen wegen eines nicht erwarteten Rückgangs der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2009 vermieden werden kann. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Krankenkassen dieses Darlehen im Jahr 2010 zurückzahlen müssen. Im Rahmen des Konjunkturpakets II (Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland) hat der Gesetzgeber die Rückzahlung auf das Jahr 2011 verschoben.

Das Liquiditätsdarlehen des Bundes sorgt in der Tat für eine Stabilisierung des Konjunktur. Die Krankenversicherung hat ohnehin eine stark stabilisierende Funktion, weil Krankenversorgung hoch personalintensiv und von dem Einbruch der Exportmärkte kaum tangiert sind. Die personalintensive Gesundheitswirtschaft wirkt damit antizyklisch und stabilisiert die gesamtwirtschaftliche Nachfrage.

---

<sup>3</sup> Gemeinsame Erklärung des Schätzerkreises der gesetzlichen Krankenversicherung vom 30. April 2009. Pressemitteilung des Bundesversicherungsamts.



Unklar ist jedoch wie die sich die Politik nach der Bundestagswahl hinsichtlich des zu erwartenden Defizits in 2010 verhält: Nach der aktuellen Gesetzeslage bliebe der einheitliche Beitragssatz zum Gesundheitsfonds bis zu einem zu erwartenden Defizit von ca. 8 Mrd. Euro stabil. Dann wäre die 95-%-Deckungsquote des Fonds erreicht. Nach dem Mechanismus des Gesundheitsfonds wäre das Defizit bis zu dieser Grenze durch Zusatzbeiträge bei den Krankenkassen zu finanzieren. Das entspräche durchschnittlichen Zusatzbeiträgen je Mitglied pro Monat von rd. 10,40 Euro zzgl. etwaiger Forderungsausfälle durch die Überforderungsklausel (Manouguian et al. 2008). Hinzu käme die Finanzierung des Defizits aus 2009 über Zusatzbeiträge ab 2011. Alternativ könnte die Politik den Beitragssatz für den Gesundheitsfonds erhöhen (bei einem zu erwartenden kumulierten Defizit von 9,4 Mrd. Euro um knapp einen Beitragssatzpunkt) oder den Steuerzuschuss weiter aufstocken. Dieses Szenario unterstreicht die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierungsreform in der GKV durch eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis und die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems.

***Gesundheitspolitische Schlussfolgerung:*** *Die Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf den Arbeitsmarkt führen zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen in der GKV von knapp 3 Mrd. € im Jahr 2009. Die Konstruktion des Gesundheitsfonds verhindert, dass diese Einnahmeausfälle unmittelbar beitragswirksam werden und stabilisiert damit die Konjunktur. Das Defizit des Gesundheitsfonds wird in 2010 vermutlich deutlich größer ausfallen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierungsreform der GKV durch eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis und die Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems.*

## 7 Literatur

- Braun, B./S. Greß/K. Höppner/G. Marstedt/H. Rothgang/M. Tamm/J. Wasem (2006). Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite? Gesundheitsmonitor 2006. J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee. Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung: 11-31.
- Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2008). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vertragswettbewerb in der GKV - Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. D. Cassel, I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze, J. Wasem. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK: 9-149.
- CDU (2007). Freiheit und Sicherheit. Grundsätze für Deutschland. Das Grundsatzprogramm. Beschlossen vom 21. Parteitag Hannover, 3.-4. Dezember 2007, <http://www.grundsatzprogramm.cdu.de/doc/071203-beschluss-grundsatzprogramm-6-navigierbar.pdf>.
- Greß, S./B. Braun/H. Rothgang/J. Wasem (2008a). "Kassenwechsel zur Durchsetzung von Versicherteninteressen? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von GKV-Versicherten." Soziale Sicherheit 57(1): 12-17.
- Greß, S./S. Leiber/M. Manouguian (2009). "Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen." WSI-Mitteilungen 62(7): 369-75.
- Greß, S./S. Maas/J. Wasem (2008b). Social Insurance versus Tax Financing in Health Care: Reflections from Germany. Exploring Social Insurance: Can A Dose of Europe Cure Canadian Health Care Finance? C. Flood, M. Stabile, C. Tuohy. Kingston, Queens University Press: 115-38.
- Greß, S./J. Wasem (2007). Weg von der Beitrags- und hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht. Die Finanzierung der Sozialversicherung. D. Felix. Berlin, LIT-Verlag: 5-24.
- Jacobs, K. (2009). "Ring frei zur nächsten Runde. Eine "echte" Finanzierungsreform ist weiter überfällig." Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 9(3): 13-22.
- Manouguian, M. S./S. Greß/A. Walendzik/J. Wasem (2008). Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionsbeitrag Nr. 166, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.
- Schawo, D. (2007). Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 - Gesundheitsfonds. D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. St. Augustin, Asgard: 97-114.
- Tamm, M./H. Tauchmann/J. Wasem/S. Greß (2008). The Dynamics of Price Responsiveness in the German Social Health Insurance System. Health Systems: Are We in a Post Re-

form Era? B. Rosen, R. Saltman, M. Shani. Jerusalem, Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research: 408-17.

Walendzik, A. (2009). Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn, WISO Diskurs. Kurzgutachten der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.