



Auszug aus dem Jahresgutachten 2006/07

Gesundheitsreform 2006
(Ziffern 279 bis 317)

und zum anderen daraus, dass durch Politikmaßnahmen die finanzielle Situation der GKV verschlechtert wird. So wird im Jahr 2007 der Bundeszuschuss um 2,7 Mrd Euro gekürzt, während gleichzeitig durch die Umsatzsteuererhöhung für die Krankenkassen Mehrausgaben von rund 1 Mrd Euro entstehen. Zudem wurden ebenfalls zur Entlastung des Bundeshaushalts ab dem 1. Juli 2006 die Krankenversicherungsbeiträge für die Empfänger von Arbeitslosengeld II reduziert, indem die Bemessungsgrundlage für diese Beiträge vom 0,3620-fachen der monatlichen Bezugsgröße der Sozialversicherung auf das 0,3450-fache gesenkt wurde (JG 2005 Ziffer 501). Dies verursacht Mindereinnahmen für die GKV von 90 Mio Euro im Jahr 2006 und 180 Mio Euro im Jahr 2007. Somit hat die Politik durch eigene Entscheidungen den Handlungsdruck in der GKV zumindest teilweise selbst erzeugt.

2. Gesundheitsreform 2006: Ein misslungener Kompromiss

279. Vor dem Hintergrund dieser in Teilen selbst verursachten Finanzierungsprobleme stieg der Druck, hinsichtlich einer umfassenden – das strukturelle Finanzierungsproblem (JG 2004 Ziffern 342 ff.) lösenden – Gesundheitsreform eine Einigung zu erzielen. Dabei ging es in der öffentlichen Diskussion vor allem darum, zwischen dem von der CDU vertretenen Konzept einer Gesundheitsprämie und der von der SPD bevorzugten Bürgerversicherung einen Kompromiss zu finden. Im Koalitionsvertrag wurde vereinbart, zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung ein Konzept zu entwickeln, „das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert“. Zudem soll der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit gestärkt sowie ein Beitrag geleistet werden, die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 vH zu senken. Nach langen Verhandlungen zwischen den Koalitionsparteien wurde Anfang Juli mit den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006 ein Kompromisspapier vorgelegt, das die Grundlinien dieser Reform aufzeigte. Diese Eckpunkte und der daraus entstandene Gesetzentwurf haben von vielen Seiten Kritik hervorgerufen, so dass weitere Verhandlungen der Koalitionsspitzen erforderlich waren, die aber letztlich die Eckpunkte im Ergebnis bestätigten, also auf nötige Nachbesserungen weitgehend verzichteten und Ratschläge von Experten zwar einholten, diese dann aber nicht berücksichtigten. Im Oktober wurde das aus den Eckpunkten entstandene Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) im Kabinett verabschiedet.

Im Zentrum der Reformvorhaben auf der Finanzierungsseite steht der Gesundheitsfonds, durch den die unversöhnlichen Positionen der beiden Lager zusammengeführt werden sollen. Die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitsfonds ist allerdings höchst problematisch, weil diese zu massiven Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen führen kann. Ein Konzept, das den Vorteil der Bürgerversicherung, namentlich den einheitlichen Krankenversicherungsmarkt, und einen Vorteil der Gesundheitsprämie, namentlich die Abkopplung der Beiträge von den Löhnen, gleichzeitig realisiert, hat der Sachverständigenrat mit der Bürgerpauschale zur Diskussion gestellt. Wenn der Gesundheitsfonds schon eingerichtet wird, wovon bei seiner derzeitigen Konzeption abzuraten ist, kann und sollte er – richtig ausgestaltet – dazu genutzt werden, den Weg hin zu einer Bürgerpauschale zu eröffnen.

Äußerst misslich ist zudem, dass die Gesundheitsreform mit einer Beitragssatzerhöhung beginnt, die zu großen Teilen durch Maßnahmen der Bundesregierung selbst verursacht wurde. Auf der

Ausgabenseite werden richtige, teilweise bereits im GKV-Modernisierungsgesetz des Jahres 2003 angelegte Reformen angepackt. In der Gesamtschau muss die Gesundheitsreform 2006 jedoch als misslungen beurteilt werden.

Der Gesundheitsfonds: eine Missgeburt

Ausgestaltung des Gesundheitsfonds

280. Herzstück der Reform auf der Finanzierungsseite ist die Einrichtung eines Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009, der nach den ursprünglichen Plänen mit dem Beitragseinzug und der Verteilung der Finanzmittel auf die Krankenkassen betraut werden sollte. Die Einnahmen sollen nach Maßgabe der durchschnittlichen Kosten je Versicherten (Grundpauschale) an die Krankenkassen verteilt werden. Jede Versicherung erhält damit für jeden Versicherten eine einheitliche Pauschale. Durch dieses Vorgehen wird der bisher im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) vorgenommene Finanzkraftausgleich ersetzt. Zusätzlich sollen die einzelnen Krankenkassen risikoadjustierte Zu- und Abschläge erhalten, zu deren Ermittlung ein Risikostrukturausgleich vorgeschaltet werden muss. Zudem erhalten die Kassen Zuweisungen für sonstige Ausgaben wie Verwaltungsausgaben oder Ausgaben für Disease-Management-Programme.

Die Krankenversicherungsbeiträge sind weiterhin **lohnabhängig** und werden wie bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt. Der Arbeitnehmerbeitrag ergibt sich aus der Anwendung eines einheitlichen gesetzlich festgelegten Beitragssatzes auf das Lohneinkommen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze. Für den Arbeitgeber gilt ebenfalls ein einheitlicher gesetzlich fixierter Beitragssatz. Dabei soll die Verteilung der Beitragslast der heutigen Relation entsprechen, der Arbeitnehmerbeitragssatz also höher ausfallen als der Arbeitgeberbeitragssatz, da der Arbeitnehmerbeitrag den zusätzlichen Beitragssatz von 0,9 vH (JG 2004 Ziffer 337 und JG 2005 Ziffer 503) enthalten soll.

Reichen die vom Fonds zugewiesenen Mittel nicht aus, kann eine Krankenkasse nach eigenem Ermessen einen einkommensbezogenen prozentualen oder einen pauschalen **Zusatzbeitrag** erheben. Dieser Zuschlag darf für das einzelne Mitglied 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten (Überforderungsregelung). Allerdings wird eine Einkommensprüfung erst dann durchgeführt, wenn der Zusatzbeitrag höher als 8 Euro monatlich ist. Die Überforderungsklausel soll im Jahr 2011 auf der Grundlage eines vom Spitzenverband der Krankenkassen erstellten Berichts überprüft werden. Alle Mitglieder erhalten ein Sonderkündigungsrecht, wenn ihre Kasse einen Zusatzbeitrag einführt oder ihn anhebt, damit über einen schnellen Wechsel zu einer günstigeren Kasse der Zusatzbeitrag umgangen werden kann. Bei Sozialhilfebeziehern und Empfängern der Mindestsicherung im Alter übernimmt der zuständige Träger den Zusatzbeitrag. Bezieher von Arbeitslosengeld II müssen dagegen den Zusatzbeitrag grundsätzlich zahlen und können ihn nur durch Ausübung des Sonderkündigungsrechts vermeiden.

Aus den Fondsmitteln (Beitragseinnahmen und Steuermittel) sollen mindestens 95 vH der Gesundheitsausgaben gedeckt werden. Ausgabensteigerungen sollen zuerst über einen vereinbarten Zuschuss aus Steuermitteln und, wenn dieser nicht ausreicht, von Arbeitgebern und Versicherten gleichermaßen, also über eine Erhöhung der gesetzlich festgelegten Beitragssätze getragen wer-

den. Im Jahr der Einführung sollen allerdings 100 vH der Ausgaben durch Fondsmittel gedeckt werden, so dass es einen Zusatzbeitrag nur bei solchen Kassen gibt, die überdurchschnittliche Ausgaben haben. Kassen mit unterdurchschnittlichen Ausgaben können entsprechende Rückerstattungen an ihre Versicherten leisten.

281. Um gleiche Startbedingungen für die Kassen herzustellen, sieht das Eckpunktepapier zudem vor, dass die Kassen mit ausreichenden Finanzreserven in das neue System starten sollen. Entsprechend müssen sich die Kassen bis dahin entschuldet haben. In der Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes wurden die **Kassenschulden** beträchtlich zurückgeführt (JG 2005 Ziffer 504), so dass am Ende des Jahres 2005 die Nettoschulden nur noch rund 0,4 Mrd Euro betragen. Allerdings standen den Kassen, die bereits Reserven in Höhe von insgesamt 3,6 Mrd Euro gebildet haben, andere Kassen gegenüber, bei denen die Schulden sich noch auf 4,0 Mrd Euro summierten. Nach Maßgabe des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahr 2003 müssen die Kassen ohnehin bis Ende des Jahres 2007 entschuldet sein (§ 222 Absatz 5 SGB V). Vor allem auf Drängen der mit 2,7 Mrd Euro verschuldeten Allgemeinen Ortskrankenkassen wurde eine Fristverlängerung bis zum Ende des Jahres 2008 gewährt, sofern ein schlüssiges Konzept zur Schuldentilgung vorgelegt wird. Aus der Sicht des Sachverständigenrates darf es auf keinen Fall zu einer Kollektivierung dieser Schulden kommen. Vielmehr müssen die betreffenden Kassen durch Fusionen oder geeignete Wahl ihres Beitragssatzes die Schuldenfreiheit gewährleisten.

282. Ein Vorteil des Gesundheitsfonds hätten Einsparungen von **Verwaltungskosten** bei den Krankenkassen und insbesondere den Arbeitgebern sein können, da die gesamten Sozialversicherungsbeiträge nicht mehr an die etwa 250 verschiedenen Krankenkassen hätten überwiesen werden müssen, sondern nur noch an die jeweiligen Einzugsstellen des Fonds. Doch auch die zunächst geplante Ausgestaltung des Fonds hätte einer Einsparung von Verwaltungskosten eher entgegen gewirkt. Es wären nämlich neben den Einzugskosten für den Fonds noch Einzugskosten bei den Krankenkassen für die Zusatzbeiträge entstanden, weil für jedes Mitglied so genannte Selbstzahlerkonten hätten eingerichtet werden müssen. Zudem verursacht die Anwendung der Überförderungsregelung und der damit verbundenen Einkommensprüfung weiteren Aufwand bei den Kassen. Berechnungen der Spitzenverbände der Krankenkassen ergaben, dass die laufenden Verwaltungskosten dann steigen würden und zusätzlich eine Anschubfinanzierung für den Fonds in Höhe von 0,8 Mrd Euro nötig wäre. Schließlich wurde den heftigen Protesten der Kassen nachgegeben und am 27. September 2006 beschlossen, den gesamten Beitragseinzug bei den Kassen zu belassen. Die Kassen leiten die Beiträge dann an den Gesundheitsfonds weiter (§ 252 Absatz 2 SGB V Entwurf), der die Gelder wiederum an die Kassen verteilt. Diese vor dem Hintergrund der Fonds-idee geradezu grotesk anmutende Vorgehensweise ist alles andere als dazu geeignet, Verwaltungskosten zu reduzieren. Damit wurden ein Zweck und zumindest ein potentieller Vorteil des Fonds zunichte gemacht. Arbeitgeber sollen aber ab dem Jahr 2011 immerhin die Möglichkeit haben, die Beiträge an kassenübergreifende Weiterleitungsstellen zu entrichten.

283. Aber auch die von den Koalitionsparteien erwarteten vermeintlichen Vorteile werden nicht realisiert. Mit dem Gesundheitsfonds wäre es – so die Intention der SPD – möglich gewesen, die Private Krankenversicherung (PKV) oder die PKV-Versicherten an der Finanzierung zu beteiligen. Zu einer solchen Beteiligung kommt es aber nicht. Für die CDU stand die Möglichkeit im Vorder-

grund, durch den Gesundheitsfonds wenigstens eine „kleine Pauschale“ einführen zu können. Auch dies wurde mit der Möglichkeit, den Zuschlag auch einkommensabhängig zu erheben, und durch die Höchstgrenze für die Zusatzbeiträge von 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens nur mangelhaft realisiert. Somit wurden durch den Kompromiss aus der Sicht beider Seiten die erwarteten Vorteile beseitigt, die Nachteile aber erhalten und vergrößert. So führt das beschlossene Fondsmodell – anders als ein Pauschalbeitragssystem – nicht zu einer Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten, und zudem birgt es die Gefahr, den Wettbewerb zwischen den Kassen massiv zu verzerren.

Wettbewerbsschädliche Wirkung des Gesundheitsfonds

284. Der eigentliche Vorteil des Gesundheitsfonds wurde ursprünglich darin gesehen, dass so eine **Intensivierung des Wettbewerbs** zwischen den Krankenkassen stattfinden kann (Richter, 2005; Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, 2005). Im derzeitigen System findet der Wettbewerb nahezu ausschließlich über den Beitragssatz statt. Problematisch ist aber, dass aufgrund der mangelnden Morbiditätserfassung des derzeitigen RSA der Beitragssatz immer noch unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten widerspiegelt. Zudem üben einkommensabhängige Beiträge kein echtes Preissignal aus, da der Preis der Versicherungsleistung nicht von der Höhe der Versicherungsleistung, sondern von der Höhe des Einkommens bestimmt wird. Entsprechend steigt der Preis des Gutes „Gesundheitsleistung“ mit dem Einkommen, was das Preissystem verzerrt (Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi, 2006). Zudem gibt es bei lohneinkommensabhängigen Beiträgen gerade für die ansonsten besonders preisbewussten Geringverdiener nur einen geringen Anreiz, die Kasse zu wechseln, da für sie Beitragssatzdifferenzen, wenn man sie in Euro-Beträgen ausdrückt, nur eine geringe Ersparnis bedeuten.

Der ursprünglichen Idee des Gesundheitsfonds zufolge sollte der Wettbewerb zwischen den Kassen gestärkt werden, indem Nachteile des bisherigen Systems vermieden werden. So sollten die Beiträge zum Gesundheitsfonds zwar einkommensabhängig, die Beitragsaufschläge und Beitragsrückerstattungen aber einkommensunabhängig, also Pauschalen sein. Dadurch käme es zu geänderten Anreizen bezüglich des Wechselverhaltens der Versicherten. Der Anreiz für Geringverdiener, zu einer günstigen Kasse zu wechseln, würde vergrößert, weil pauschale Zusatzbeiträge oder Rückerstattungen bei Geringverdienern einen höheren Anteil an den Einkommen ausmachen als bei Personen mit hohem Einkommen. Anders ausgedrückt: Für Geringverdiener könnte im Fondsmodell der Einkommenseffekt von Differenzen in der Pauschale größer ausfallen als von Beitragssatzdifferenzen im heutigen System. Somit würden sie verstärkt die Kassen wechseln und damit den Wettbewerb zwischen den Kassen intensivieren. Wird der Zusatzbeitrag als Pauschale erhoben, geht zudem ein unverzerrtes Preissignal aus, und die Vergleichbarkeit der Kassenbeiträge ist eher gegeben, was ebenfalls den Wettbewerb stärkt.

Dadurch, dass die Kassen in dem vorgeschlagenen Konzept nun aber ein Wahlrecht zwischen einkommensabhängigen und pauschalen Zuschlägen haben, wird der eigentliche Sinn des Gesundheitsfonds, nämlich über die einkommensunabhängigen Pauschalen den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu intensivieren, ad absurdum geführt. Ein Nebeneinander von einkommensunabhängigen und einkommensabhängigen Zu- und Abschlägen führt zu Intransparenz und einer Aushebelung der Preisfunktion der Zuschläge und Abschläge. Damit ist der eigentliche und einzig

wirkliche potentielle Vorteil des Gesundheitsfonds zunichte gemacht. Doch selbst wenn Zuschläge und Abschläge einkommensunabhängig wären, übte diese „Minipauschale“ keine vollständige Preisfunktion aus. Dem einzelnen Versicherten würde nicht klar, was die Gesundheitsversorgung kostet. Freilich kann man davon ausgehen, dass die Kassen einen gewissen Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten haben, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden. Dies könnte positiv auf die Wettbewerbsintensität wirken.

285. Wettbewerbsverzerrende Wirkungen aus der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds und des Zusatzbeitrags ergeben sich aber vor allem aus der Tatsache, dass für den Zusatzbeitrag **kein Einkommensstrukturausgleich, kein Risikostrukturausgleich und kein Familienstrukturausgleich** vorgesehen ist, und dies, obgleich der Beitragswettbewerb zukünftig nur noch in diesem Segment stattfinden soll. Die Höhe des Zusatzbeitrags hängt von der Versichertenstruktur einer Kasse ab. Dies verzerrt den Wettbewerb, denn die Beitragshöhe spiegelt nur dann unverzerrt die Leistungsfähigkeit der Kasse wider, wenn sie nicht durch Unterschiede in der Einkommensstruktur, der Risikostruktur der Versicherten und nicht vom Anteil der mitversicherten Familienangehörigen einer einzelnen Kasse mit bestimmt wird.

286. Das Problem eines mangelnden Einkommensstrukturausgleichs ergibt sich aus dem Zusammenspiel von einkommensabhängigen oder pauschalen Zuschlägen mit der vereinbarten **Überforderungsregelung**. Diese Regel, die die Belastung mit dem Zusatzbeitrag auf 1 vH der beitragspflichtigen Einkommen begrenzt, ist äußerst problematisch, weil sie adverse Anreizeffekte erzeugt und letztlich dazu führen kann, dass Kassen mit einem hohen Anteil Versicherter mit niedrigen Einkommen aus dem Markt ausscheiden, aber nicht, weil sie ineffizient wirtschaften, sondern weil ihre Versicherten in der Gesamtheit niedrige Einkommen haben. Das Grundproblem liegt dabei nicht in der Überforderungsregel selbst und dem damit verbundenen sozialen Ausgleich – ein solcher sozialer Ausgleich ist in einem einkommensabhängigen Finanzierungssystem systemimmanent und auch in einem Pauschalbeitragssystem immer erforderlich –, sondern vielmehr darin begründet, dass der soziale Ausgleich innerhalb der einzelnen Krankenkasse und nicht wie bei anderen Vorschlägen zu Pauschalbeitragsmodellen außerhalb, namentlich im Steuer- und Transfersystem, durchgeführt wird.

Die Überforderungsklausel führt zu einem sozialen Ausgleich innerhalb der Versicherung: Übersteigt der Zusatzbeitrag für einen Versicherten mit niedrigem Einkommen die Überforderungsgrenze, muss er den vollen Zusatzbeitrag nicht aufbringen. Der Fehlbetrag muss dann auf die anderen Versicherten umgelegt werden. Der Zusatzbeitrag, gleichgültig ob einkommensabhängig oder einkommensunabhängig, fällt für die anderen Versicherten entsprechend höher aus. Damit ist der Zusatzbeitrag umso höher, je mehr Versicherte innerhalb einer Krankenkasse von der Überforderungsregelung Gebrauch machen. Kassen, in denen viele Versicherte nur über niedrigere Einkommen verfügen, müssen einen höheren Zusatzbeitrag erheben, was Wettbewerbsnachteile mit sich bringt. Dieser höhere Zusatzbeitrag führt dazu, dass Versicherte die Kasse verlassen. Es dürfen aber nur die Versicherten mit höherem Einkommen wechseln, die Versicherten mit niedrigem Einkommen werden tendenziell in der Kasse bleiben, da ihr Zusatzbeitrag immer nur maximal 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens ausmacht, sich also nicht verändert. Wechseln viele Versicherte mit hohem Einkommen, muss die Kasse den Zusatzbeitrag noch höher setzen, was

noch mehr Versicherte von der Überforderungsregel Gebrauch machen lässt und Versicherte mit hohem Einkommen weiter vertreibt. Es gibt also einen sich selbst verstärkenden Effekt. Letztlich kann es dazu kommen, dass die Kasse nur noch Versicherte hat, für die die Überforderungsregelung gilt. Sie kann dann ihren zusätzlichen Finanzbedarf nicht mehr decken und muss aus dem Markt ausscheiden.

Berechnungen des Bundesverbands der Allgemeinen Ortskrankenkassen haben ergeben, dass je nach Einkommensstruktur der Versicherten einer Kasse ein zunächst auf 10 Euro festgelegter Zusatzbeitrag – wegen der Überforderungsregelung und der Umverteilung der damit verbundenen Beitragsausfälle auf die anderen Mitglieder – in den verschiedenen Allgemeinen Ortskrankenkassen letztlich zwischen knapp 12 Euro und rund 42 Euro liegen würde. Dies zeigt, dass es sich bei der potentiellen Wettbewerbsverzerrung um relevante Dimensionen handelt.

Der zu zahlende Zusatzbeitrag spiegelt somit nicht den Preis für Sonderleistungen oder Serviceleistungen der Kasse wider, sondern bildet zu einem großen Teil die Einkommensstruktur der Mitglieder ab. Mithin ist es für die einzelne Kasse wichtig, dass die Gesamtheit ihrer Versicherten eine hohe Grundlohnsumme aufweist. Sie zieht also viele Versicherte mit hohem Einkommen vor und wird Versicherte mit niedrigen Einkommen möglichst abwehren. Es kommt zu einer adversen Risikoselektion. Oder anders ausgedrückt: Es entsteht ein Wettbewerb um Versicherte mit hohem Einkommen und kein Wettbewerb um eine effiziente Versorgung. Gerade um solche Selektionseffekte zu vermeiden, wurde seinerzeit der Finanzkraftausgleich innerhalb des RSA eingeführt. Mit der Konstruktion des Gesundheitsfonds in Verbindung mit der Überforderungsklausel taucht dieses Problem wieder auf.

287. Die Einkommensprüfung soll – außer für Sozialhilfeempfänger und Empfänger einer Mindestsicherung im Alter – erst bei einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro einsetzen. Für geringere pauschale Zusatzbeiträge ist damit die 1 vH-Grenze faktisch aufgehoben. Der **Sockelbetrag von 8 Euro** hilft zwar, Verwaltungskosten zu sparen, das grundsätzliche Problem bleibt aber erhalten, und es kommen weitere Ungereimtheiten hinzu. Wird der Zusatzbeitrag einkommensabhängig erhoben, ändert die 8 Euro-Grenze überhaupt nichts daran, dass dieser Zusatzbeitragsatz von der Grundlohnsumme der Gesamtheit der Mitglieder abhängt. Wird der Zusatzbeitrag als Pauschale erhoben, ist das Einkommen der Versicherten nur bei einer Pauschale, die unterhalb von 8 Euro liegt, für die Höhe des Zusatzbeitrags nicht relevant. Ist der Zusatzbeitrag größer als 8 Euro, wird er wieder zu einem großen Teil durch die Einkommensstruktur der Kassenmitglieder bestimmt. Bei einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro findet eine Einkommensprüfung statt, und der Versicherte muss dann nur maximal 1 vH seines beitragspflichtigen Einkommens zahlen. Somit kann es – sofern keine Kasse mit Beitragsrückzahlungen vorhanden ist – in Abhängigkeit vom individuellen Einkommen für Mitglieder bis zu einem Einkommen von 800 Euro vorteilhaft sein, zu einer teureren Kasse mit einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro zu wechseln. Es könnte also zu perversen Wettbewerbseffekten kommen.

Hat zum Beispiel ein Versicherter ein beitragspflichtiges Einkommen von 600 Euro, so zahlt er bei Kasse A mit einem Zusatzbeitrag von 8 Euro diesen Betrag. Bei Kasse B, die einen Zusatzbeitrag von 15 Euro erhebt, findet eine Einkommensprüfung statt und der Versicherte muss nur 6 Euro zahlen. Gibt es keine Kasse, die einen Zusatzbeitrag von weniger als 6 Euro erhebt, wird dieser Versicherte zu einer Kasse mit einem Zusatzbeitrag von mehr als 8 Euro wechseln, zum Beispiel zu Kasse B.

288. Werden die Zuschläge einkommensabhängig erhoben, würde der soziale Ausgleich automatisch mit der Beitragserhebung erfolgen, weil die Bemessungsgrundlage für die Beitragserhebung des Fonds und der Überforderungsklausel die gleiche wäre. Dies spart Verwaltungskosten und macht einkommensabhängige Zusatzbeiträge für die Kassen attraktiv. Ein Finanzierungssystem mit einem fixierten Beitragssatz und einem kassenindividuellen lohnabhängigen Zusatzbeitragsatz repliziert aber im Prinzip das heutige System mit dem einzigen – wettbewerbsverzerrenden – Unterschied, dass im Gegensatz zum heutigen System für den Zusatzbeitrag kein Finanzkraftausgleich durchgeführt wird. An dieser Stelle wird klar, dass der Gesundheitsfonds im Vergleich zum derzeitigen System eine Verschlechterung bringt.

289. Dadurch, dass sich die Überforderungsgrenze auf die individuellen beitragspflichtigen Einkommen bezieht, kann zum Beispiel ein Mitglied mit einem geringen beitragspflichtigen Einkommen auf diesem Wege unterstützt werden, obwohl der Ehepartner ein hohes Einkommen hat. Dies widerspricht dem eigentlichen Sinn der Überforderungsgrenze.

290. Als weiterer Defekt kommt hinzu, dass der Zusatzbeitrag von der **Risikostruktur** der Versicherten einer Kasse abhängt, sobald der Fonds nicht mehr 100 vH der Leistungsausgaben abdeckt. In den Eckpunkten ist geplant, dass bis zu 5 vH der Ausgaben der gesamten GKV über Zusatzbeiträge finanziert werden. Für diese Ausgaben ist kein Risikostrukturausgleich vorgesehen. Entsprechend haben Kassen mit einem hohen Anteil gesunder Versicherter einen Wettbewerbsvorteil. Es entstehen Anreize zur Risikoselektion, und der eigentlich gewünschte Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung der Versicherten wird verzerrt.

291. Schließlich ergibt sich eine Abhängigkeit der Höhe des Zusatzbeitrags von der **Familienstruktur** deshalb, weil derzeit Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner eines GKV-Mitglieds beitragsfrei mitversichert sind. Somit wird der Zusatzbeitrag auch von dem Anteil dieser mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Versicherten determiniert. Kassen mit wenigen beitragsfrei Mitversicherten haben einen Wettbewerbsvorteil (Tabelle 24). Eine Kasse A mit dem gleichen Finanzierungsbedarf muss einen höheren Zusatzbeitrag erheben als eine Kasse B, sofern ihr Anteil an beitragszahlenden Mitgliedern geringer ist. Will man dieses potentiell wettbewerbsverzerrende Element beseitigen, muss auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden.

292. Insgesamt ist das einzig verbliebene Wettbewerbselement auf der Finanzierungsseite, namentlich der Zusatzbeitrag – unabhängig davon, ob einkommensabhängig oder als Pauschale erhoben – von der Struktur der Versicherten einer einzelnen Kasse abhängig. Dies führt zu einem verzerrten Wettbewerb um einkommensstarke, ledige, gesunde Versicherte und nicht wie gewünscht um eine effiziente Leistungserbringung. Letztlich könnte diese dysfunktionale Ausgestaltung dazu führen, dass eine Kasse ihre benötigten Finanzierungsmittel nicht erhält und aus dem Markt ausscheiden muss, aber nicht weil sie ineffizient wirtschaftet, sondern weil sie eine ungünstige Versichertenstruktur hat.

Tabelle 24

Abhängigkeit des Zusatzbeitrags von der Familienstruktur: Beispielrechnung

| | Kasse A | Kasse B |
|--|--------------------|--------------|
| | Mrd Euro | |
| Durch Zusatzbeiträge aufzubringendes Finanzvolumen | 1 | 1 |
| | Millionen Personen | |
| Versicherte | 10 | 10 |
| Mitglieder | 5 | 7 |
| Mitversicherte | 5 | 3 |
| | Euro | |
| Monatlicher Zusatzbeitrag | | |
| pro Versicherten | 8,33 | 8,33 |
| pro Mitglied | 16,67 | 11,90 |

Der Gesundheitsfonds in seiner bisher geplanten Ausgestaltung ist deshalb durchweg abzulehnen, da er den Kassenwettbewerb nicht nur nicht erhöht, sondern sogar verzerrt. Damit ergibt sich im Vergleich zum Status quo keine Verbesserung.

Beseitigung der Konstruktionsmängel des Gesundheitsfonds

293. In seiner bisherigen Ausgestaltung ist der Gesundheitsfonds kontraproduktiv und abzulehnen. Wird er dennoch im Jahr 2009 realisiert, sollten zumindest die in den Eckpunkten und im Beschluss der Parteivorsitzenden von CDU, CSU und SPD verankerten Fehlkonstruktionen beseitigt und damit Schadensbegrenzung betrieben werden. Dies betrifft zum einen das Nebeneinander von einkommensabhängigem und pauschalem Zusatzbeitrag. Damit der Zusatzbeitrag eine Preisfunktion und damit die Funktion als Wettbewerbselement ausüben kann, sind der Zusatzbeitrag und auch die Beitragsrückerstattungen ausschließlich als **Pauschale** zu zahlen. Zum anderen muss der Zusatzbeitrag so ausgestaltet sein, dass er nicht von den Strukturmerkmalen der Versicherten – Einkommen, Risiko und Anteil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen – abhängt.

Einkommensstruktureutraler Zusatzbeitrag: wettbewerbsneutrale Ausgestaltung der Überforderungsregel

294. Der Grund für die Wettbewerbsverzerrungen und die ineffizienten Ergebnisse des Wettbewerbs aufgrund der Überforderungsregel ist die Tatsache, dass der mit der Überforderungsregel verbundene soziale Ausgleich *innerhalb* einer Krankenkasse durchgeführt wird. Wenn es für die Krankenkassen unerheblich sein soll, wie viele Versicherte über der Überforderungsgrenze sind, muss der soziale Ausgleich außerhalb der Krankenkasse durchgeführt werden. Dazu bieten sich folgende Ausgestaltungsmöglichkeiten an:

- **Sozialer Ausgleich im Steuer- und Transfersystem:** Für einen sozialen Ausgleich außerhalb der Krankenversicherung im Steuer- und Transfersystem sind im Rahmen diverser Pauschalbeitragsmodelle schon Vorschläge unterbreitet worden. Dort erhalten die Versicherten eine Transferzahlung vom Fiskus, wenn der Pauschalbeitrag einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens

mens (Eigenanteilssatz) überschreitet. Unterschiede bestehen in der Höhe des Eigenanteilssatzes und bei der gewählten Einkommensdefinition. Ein solcher sozialer Ausgleich ist für den derzeit in der Diskussion befindlichen geringen Zusatzbeitrag zu aufwändig, kaum praktikabel und daher nicht anzustreben. Gleichwohl ist diese Lösung ordnungspolitisch und konzeptionell überlegen, da für den sozialen Ausgleich der Einkommensbegriff der Einkommensteuer zugrunde gelegt werden kann und damit das Steuersystem und das Sozialversicherungssystem die gleiche Interpretation von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verwenden würden.

- **Sozialer Ausgleich über den Gesundheitsfonds:** Der soziale Ausgleich kann aber auch innerhalb des Krankenversicherungssystems durchgeführt werden. Hier bietet es sich an, den Gesundheitsfonds mit dem sozialen Ausgleich zu betrauen. Dabei sind wiederum grundsätzlich zwei Varianten denkbar. Bei einer Variante I findet der **Ausgleich zwischen Kasse und Fonds** statt. Dabei zahlt der Fonds einer Kasse für jeden Versicherten, der von der Überforderungsregel Gebrauch macht, den Differenzbetrag zwischen dem vom Versicherten maximal geleisteten Eigenbeitrag und dem Zusatzbeitrag der Kasse.

Bei einer Variante II findet der **Ausgleich zwischen Versicherten und Fonds** statt. Dazu müsste aber der Fonds nicht nur mit dem Einzug der einkommensabhängigen Beiträge, sondern auch mit dem des Zusatzbeitrags betraut werden. In diesem Fall ist davon auszugehen, dass der Fonds – bereits wegen der Erhebung der regulären Beiträge – Informationen über die Einkommensverhältnisse des Versicherten hat. Möglich ist aber auch, dass der Versicherte gegenüber dem Fonds seine Bedürftigkeit begründet. Der Fonds würde dann von dem Versicherten nur den zumutbaren Eigenbeitrag erheben, der als Prozentsatz des Einkommens (Eigenanteilssatz) festgeschrieben werden kann. Anschließend überweist der Fonds der Kasse den vollen Zusatzbeitrag. Die Differenz zwischen zumutbarem Eigenbeitrag des Mitglieds und dem Zusatzbeitrag würde also aus den Fondsmitteln aufgebracht.

295. Beide Ausgestaltungen – Variante I und Variante II – führen dazu, dass der soziale Ausgleich innerhalb des Fonds durchgeführt wird. Ob nur die GKV-Versicherten die mit dem sozialen Ausgleich verbundene Umverteilung leisten oder die Gesamtheit der Steuerzahler, hängt davon ab, wie die für den sozialen Ausgleich erforderlichen Mittel aufgebracht werden: durch Beiträge oder aber über einen Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln. Da es sich bei der Einkommensumverteilung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, ist es ordnungspolitisch geboten, die aus der Überforderungsklausel erwachsenden Zuschüsse für Geringverdiener über einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss an den Fonds aufzubringen.

Ein Problem der Variante I besteht darin, dass die Kassen in der Regel nur ein geringes Interesse an einer sorgfältigen Überprüfung der Einkommensverhältnisse ihrer Versicherten haben, weil sie unabhängig von der tatsächlichen Einkommenssituation der Versicherten die Ausgleichszahlungen erhalten und die Höhe des Ausgleichsvolumens für das Gesamtsystem für die einzelne Kasse irrelevant ist. Zudem sehen Krankenkassen häufig die Beziehung zu ihren Mitgliedern durch eine Klärung der individuellen Einkommensverhältnisse belastet. Diese Probleme entstehen nicht, wenn der Fonds wie in Variante II für die Einkommensprüfung zuständig ist. Der Fonds hat ein größeres Interesse, bei der Einkommensprüfung sorgfältig vorzugehen, da er die fälligen Aus-

gleichszahlungen an die Kassen leisten muss. Variante II entspräche eher der dem Fondskonzept zugrunde liegenden Idee, dass die Kassen von Einkommensausgleichsaufgaben entlastet werden, um sich mehr auf den Wettbewerb um eine effiziente Gesundheitsversorgung zu konzentrieren. Mithin ist die Variante II – vorausgesetzt, dass das für sich genommen mit einer Reihe von Problemen behaftete Konzept des Gesundheitsfonds realisiert wird – gegenüber Variante I vorzuziehen. Mit dem Beschluss, den Beitragseinzug nun doch bei den Krankenkassen zu belassen, ist allerdings die überlegene Variante II obsolet.

296. Eine erste Schätzung des **Volumens der Einnahmeausfälle**, die sich bei Anwendung der 1 vH-Regel ergeben würden und die über zusätzliche (Beitrags- oder Steuer-)Mittel zu decken wären, liegt bei einem Zusatzbeitrag von 10 Euro monatlich je Mitglied – dies entspräche einem nicht durch den Fonds gedeckten Ausgabenvolumen von etwa 6 Mrd Euro – bei rund 1,4 Mrd Euro.

Bei der Betrachtung dieses Mittelbedarfs für den sozialen Ausgleich muss beachtet werden, dass diese Zahlungen auf jeden Fall anfallen. Unterschiede bestehen nur in dem **Personenkreis**, der die Zahlungen leistet: Bleibt es bei dem in den Eckpunkten vorgesehenen sozialen Ausgleich innerhalb der einzelnen Kasse, werden diese Beträge durch die Mitglieder dieser Kassen und nur dieser Kassen, also von einer kleinen Gruppe, durch einen höheren Zusatzbeitrag aufgebracht. Werden die Mittel über einen höheren allgemeinen Beitragssatz generiert, wird der soziale Ausgleich von allen Beitragszahlern der GKV getragen. Wird das erforderliche Finanzvolumen aus Steuermitteln finanziert, kommt der größtmögliche Zahlerkreis, nämlich alle Steuerzahler, für diesen sozialen Ausgleich auf.

297. Die **Höhe des Eigenanteilssatzes** und damit das Ausmaß des sozialen Ausgleichs ist eine politische Entscheidung. Die bislang diskutierte Grenze von 1 vH der beitragspflichtigen Einkommen ist das Ergebnis eines politischen Kompromisses und ist in ihrer Höhe analytisch weder zu begründen noch mit dem Finanzierungsanteil des Fonds abgestimmt. Je geringer der Anteil der Gesundheitsausgaben ist, der über den Fonds finanziert wird, desto höher ist der Zusatzbeitrag mit der Folge, dass auch der Eigenanteilssatz erhöht werden muss. Diese Erhöhung des Eigenanteilssatzes hat einen ähnlichen Charakter wie eine Beitragssatzerhöhung im heutigen System. Denn auch hier steigen bei einer Beitragssatzerhöhung die Belastungen für Geringverdiener. Passt man den Eigenanteilssatz nicht an, würden Geringverdiener von der Beitragssatzerhöhung ausgenommen, was negative Folgen für den Wettbewerb hätte. Auch muss bedacht werden, dass der Zusatzbeitragssatz wegen der Überforderungsgrenze nie höher als 1 vH sein kann. Auch bei einer Zusatzbeitragssatzpauschale kann in der Regel nicht mehr als 1 vH der gesamten beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten einer Kasse eingenommen werden. Kassen mit Versicherten mit niedrigen Einkommen müssen vom Markt ausscheiden, wenn man die Überforderungsgrenze nicht anhebt. Die Höhe der Überforderungsgrenze muss also mit dem allgemeinen Beitragssatz, mit der Höhe des Bundeszuschusses sowie mit dem Finanzierungsanteil des Fonds abgestimmt werden und wird deshalb regelmäßig Gegenstand politischer Diskussionen sein.

Risikostrukturneutraler Zusatzbeitrag

298. Da für den Zusatzbeitrag kein Risikostrukturausgleich vorgesehen ist, hängt die Höhe des Zusatzbeitrags von der Morbidität der Versicherten ab, sobald der Fonds weniger als 100 vH der Ausgaben abdeckt. Die Kassen haben einen Anreiz, Risikoselektion zu betreiben und vor allem junge und gesunde Versicherte zu attrahieren, zum Beispiel indem sie ihr Leistungsangebot auf diesen Personenkreis ausrichten. Eine effiziente und wirtschaftliche Leistungserstellung für die Kranken tritt dabei in den Hintergrund. Um dies zu vermeiden, muss auch der Zusatzbeitrag von Risikostruktureffekten bereinigt werden. Dies geschieht am besten dadurch, dass beim vorgeschalteten Risikostrukturausgleich 100 vH der Leistungsausgaben bei der Ermittlung der risikoadjustierten Zu- und Abschläge berücksichtigt werden. Soll der Gesundheitsfonds weniger als 100 vH der gesamten Leistungsausgaben decken, sollte nur die kasseneinheitliche Grundpauschale gesenkt werden, nicht aber die risikoadjustierten Zu- oder Abschläge.

Familienstrukturneutraler Zusatzbeitrag

299. Da Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner eines Mitglieds beitragsfrei mitversichert sind, hängt die Höhe des Zusatzbeitrags auch von dem Anteil dieser mitversicherten Familienangehörigen an der Gesamtzahl der Versicherten ab. Will man dieses potentiell wettbewerbsverzerrende Element beseitigen, muss auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden. Die einfachste Lösung bestünde darin, dass alle Versicherten, also auch Kinder und Ehegatten den Zusatzbeitrag als Pauschalbeitrag leisten müssen. Für die Mitversicherten ohne eigenes Einkommen würde dann im Rahmen eines kassenübergreifenden sozialen Ausgleichs die Beitragszahlung übernommen. Wenn sich aber die beitragsfreie Mitversicherung auch auf den Zusatzbeitrag erstrecken soll, muss ein Familienstrukturausgleich vom Gesundheitsfonds durchgeführt werden. Letztlich müsste dieser darauf hinauslaufen, dass der Fonds von einem Mitglied nur den rechnerischen Zusatzbeitrag, der sich je Versicherten ergäbe, einzieht (im Beispiel aus Tabelle 24: 8,33 Euro) und den Differenzbetrag zum Zusatzbeitrag, der sich je Mitglied ergibt, an die jeweilige Kasse erstattet (im Beispiel aus Tabelle 24: 16,67 Euro - 8,33 Euro = 8,33 Euro an die Kasse A und 3,57 Euro an die Kasse B). Damit übernehme der Fonds faktisch für die Kinder und Ehegatten ohne eigenes Einkommen den Zusatzbeitrag, den diese bei einer Erhebung je Versicherten entrichten müssten. Für Kassen mit einem hohen Anteil beitragsfrei Mitversicherter fällt dann der Erstattungsbetrag höher aus (im Beispiel aus Tabelle 24 zahlte der Fonds an Kasse A pro Monat: 5 Millionen x 8,33 Euro = 41,66 Mio Euro und an die Kasse B: 3 Millionen x 8,33 Euro = 25,00 Mio Euro).

300. Die hier aufgeführten Lösungsansätze zeigen, dass es eine einfache unbürokratische Lösung für die aus der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag herrührenden Probleme nicht gibt, eine Tatsache, die den Gesundheitsfonds insgesamt in Frage stellt.

Bürgerpauschale als überzeugende Fortentwicklung des Gesundheitsfonds

301. Der Gesundheitsfonds in seiner bisher beschlossenen Ausgestaltung sollte nicht realisiert werden, da dies zu einer Verschlechterung im Vergleich zum Status quo führen würde. Selbst mit der oben dargestellten wettbewerbskonformen Ausgestaltung des Zusatzbeitrags als Pauschale könnte nur eine geringe Verbesserung im Vergleich zum derzeitigen System erreicht werden. Der Gesundheitsfonds ist nur sinnvoll, wenn er weiterentwickelt und als erster Schritt zu einer Bürger-

pauschale angesehen wird. Denn die wichtigsten Ziele einer finanzierungsseitigen Reform der Krankenversicherung waren und sind:

- eine Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten und
- die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts.

Beide Ziele werden mit der geplanten Gesundheitsreform nicht erreicht. Der größte Teil der Beiträge für den Gesundheitsfonds wird noch immer (lohn-)einkommensabhängig erhoben. Damit gelingt die Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten faktisch nicht. Zudem wird die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts beibehalten. Der Sachverständigenrat hat mit der **Bürgerpauschale** einen Vorschlag zur Diskussion gestellt, mit dem beide Ziele erreicht werden können. Die Idee der Bürgerpauschale besteht darin, eine beschäftigungsfreundlichere Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems zu erreichen, indem an den Durchschnittskosten der Mitglieder orientierte, einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben werden (JG 2004 Ziffern 510 ff. und JG 2005 Ziffern 561 ff.). Verbunden wird dies mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich. Die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts und damit eine Intensivierung des Wettbewerbs werden dadurch ermöglicht, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts in GKV und PKV aufgehoben wird. Alle Krankenversicherungen, sowohl die (bisher) gesetzlichen als auch die privaten, müssen dann die Bürgerpauschale als Vollversicherungstarif anbieten. Eine Versicherungspflichtgrenze gibt es nicht mehr. Zusatzversicherungen oder die Schaffung einer ergänzenden Kapitaldeckung zur Beitragsglättung sind weiterhin möglich. Dabei soll die private Krankenversicherung nicht abgeschafft, sondern das bisherige Geschäftsmodell aufgegeben werden.

302. Um eine **Abkopplung der Gesundheitsausgaben vom Lohn** zu erreichen, muss der Zusatzbeitrag erhöht werden, indem der vom Fonds über einkommensabhängige Beiträge finanzierte Anteil an den Gesundheitsausgaben sinkt. In einem ersten Schritt könnte der Beitragssatz für die Arbeitnehmer auf null reduziert und stattdessen eine einkommensunabhängige Pauschale erhoben werden. Die Überforderungsgrenze muss um die Höhe des bisherigen Arbeitnehmerbeitragssatzes angehoben werden. Zudem ist wichtig, dass der Risikostrukturausgleich stets für 100 vH der ausgleichsfähigen Leistungsausgaben durchgeführt wird und die Zu- und Abschläge entsprechend berechnet werden. Auch die Zuweisungen aus dem Fonds zum Einkommensstrukturausgleich und zum Familienstrukturausgleich müssen erhalten bleiben.

Das Konzept der Bürgerpauschale sieht eine Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten und eine Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge als zusätzlichen Bruttolohnbestandteil vor. Die Steuermehreinnahmen aus der Versteuerung dieser höheren Einkommen sollten zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden. Deshalb sollte perspektivisch in einem zweiten Schritt auch der Arbeitgeberbeitrag nicht mehr an den Fonds überwiesen, sondern ausgezahlt werden. Die Ausschüttung des Arbeitgeberbeitrags als Bruttolohn dürfte aber mit praktischen Problemen verbunden sein. So müssten zum Beispiel die in den Tarifverträgen vereinbarten Bruttolöhne entsprechend erhöht werden. Deshalb ist in Erwägung zu ziehen, dass die Arbeitgeberbeiträge weiterhin in den Fonds eingezahlt werden, allerdings nicht mehr lohnabhän-

gig, sondern als bestimmter Prozentsatz des gesamten Pauschalbeitrags, ähnlich wie derzeit für die Versicherten der Privaten Krankenversicherung.

Die **Abwicklung des sozialen Ausgleichs** kann vom Fonds übernommen werden. Wenn der Fonds mit dem Einzug des Zusatzbeitrags betraut ist, leistet ein Versicherter mit geringem Einkommen nur den zumutbaren Eigenbeitrag. Der Fonds überweist den vollen Zusatzbeitrag an die Kasse. Wird der Zusatzbeitrag von der Kasse eingezogen, kann der Versicherte beim Fonds die Erstattung des über den zumutbaren Eigenanteil hinausgehenden Teils des Zusatzbeitrags beantragen.

Der **einheitliche Krankenversicherungsmarkt** kann etabliert werden, wenn die lohneinkommensabhängigen Beiträge abgeschafft und durch Pauschalbeiträge ersetzt wurden, die sich an den durchschnittlichen Ausgaben je Mitglied der einzelnen Kassen orientieren. Die Private Krankenversicherung muss dann dazu verpflichtet werden, mit allen Neuversicherten den Tarif der Bürgerpauschale abzuschließen. Es besteht Kontrahierungszwang, und es muss ein Risikostrukturausgleich eingerichtet werden. Zum Tarif der Bürgerpauschale kann ergänzend eine Beitragsstabilisierungsversicherung, in der Alterungsrückstellungen gebildet werden, abgeschlossen werden. Die Versicherungspflichtgrenze entfällt. Jedem Versicherten steht es frei, in die Private Krankenversicherung mit dem Bürgerpauschalentarif zu wechseln. Somit kann der Wettbewerb zwischen ehemals gesetzlichen Kassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen in Gang kommen. Die Altverträge der PKV bleiben grundsätzlich unangetastet und laufen aus. Ein Wechsel zum Tarif der Bürgerpauschale mit möglicher Beitragsglättungsversicherung soll aber für jeden Altversicherten möglich sein (JG 2004 Ziffer 527).

Im Konzept der Bürgerpauschale ist eine **beitragsfreie Mitversicherung von Kindern** vorgesehen. Die dafür benötigten Mittel können zum einen vom Kreis der Versicherten – der im Fall einer Bürgerpauschale im Wesentlichen mit dem Kreis der Steuerzahler identisch ist – über einen höheren Pauschalbeitrag aufgebracht werden. Dies hätte allerdings zur Konsequenz, dass neben dem Risikostrukturausgleich auch ein Familienstrukturausgleich durchgeführt werden muss. Zum anderen könnte der Fonds den einzelnen Kassen eine Zuweisung in Höhe der Durchschnittsausgaben pro Kind zahlen. Die dafür benötigten Mittel müssten ordnungspolitisch korrekt aus den allgemeinen Steuereinnahmen finanziert werden.

Ergänzende Steuerfinanzierung im Rahmen der Gesundheitsreform 2006

303. Nachdem die Koalitionsparteien bereits im Koalitionsvertrag den Rückzug aus der teilweisen Steuerfinanzierung der Krankenversicherung angekündigt und dementsprechend eine Kürzung der Beteiligung des Bundes zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen von 4,2 Mrd Euro im Jahr 2006 auf 1,5 Mrd Euro im Jahr 2007 beschlossen und für das Jahr 2008 eine gänzliche Streichung vorgesehen hatten, ist in den Eckpunkten der Gesundheitsreform ab dem Jahr 2008 ein erneuter Einstieg in die teilweise Steuerfinanzierung der GKV vorgesehen (Tabelle 25). Im Jahr 2008 sollen 1,5 Mrd Euro und 3,0 Mrd Euro im Jahr 2009 zur Verfügung gestellt werden. Danach soll der Zuschuss sukzessiv weiter erhöht werden. Eine Steuererhöhung zur Finanzierung dieser Beträge soll es in dieser Legislaturperiode aber nicht geben.

Tabelle 25

| Bundesbeteiligung zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen | | | |
|---|--|--|---|
| Mrd Euro | | | |
| Jahr | Alte Regelung (GKV-Modernisierungsgesetz) | Neue Regelung 1 (Haushaltsbegleitgesetz 2006) | Neue Regelung 2 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) ¹⁾ |
| 2004 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| 2005 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| 2006 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| 2007 | 4,2 | 1,5 | 1,5 |
| 2008 | 4,2 | 0,0 | 1,5 |
| 2009 | 4,2 | 0,0 | 3,0 |

1) Entwurf vom 24.10.2006.

Mit dieser Maßnahme wurde ein Gipfel der Widersprüchlichkeit und politischen Inkonsistenz erreicht: Zeitgleich werden ein Bundeszuschuss gestrichen und ein neuer eingeführt. Dieser macht im Jahr 2009 aber weniger aus als im Jahr 2006. Somit bedeutet diese Politik nichts anderes als „zwei Schritte zurück und einer nach vorn“. Das ist zwar kein Stillstand, aber das Gegenteil von Fortschritt. Dass man zudem in den Eckpunkten den Zuschuss im Jahr 2008 als einen „Einstieg in die teilweise Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben“ bezeichnete, mutet wie ein Schildbürgerstreich an, da man gerade die teilweise Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, zu denen auch die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gehören, abgeschafft hatte. Die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen war seinerzeit die Begründung für die Tabaksteuererhöhung, die aber auch nach der Reduktion des Bundeszuschusses in voller Höhe bestehen bleibt.

Der Bundeszuschuss sollte gemäß den Eckpunkten zur „teilweisen Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern)“ dienen. Da die Förderung von Kindern als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen wird, ist die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern grundsätzlich zu begrüßen. Denn die beitragsfreie Mitversicherung stellt eine versicherungsfremde Umverteilung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung dar (JG 2005 Ziffer 531). Da auch die Kinder von Privatversicherten in gleichem Maße förderungswürdig wie die Kinder von gesetzlich Versicherten sind, wird man eine Zahlung auch für die privatversicherten Kinder nicht ablehnen können. Dies hätte allerdings zur Folge – wenn es bei der Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts bleibt –, dass dann die private Krankenversicherung attraktiver würde.

Diese Probleme bei einer Zweckbindung des Bundeszuschusses an die Kinderversicherung und die Widersprüchlichkeit, die sich aus der gleichzeitigen Abschaffung und Einführung eines Bundeszuschusses ergeben hätte, waren wohl Gründe dafür, den Zweck der Bundesbeteiligung im Gesetzestext des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes nicht zu verändern. Es wird also weiterhin eine „Bundesbeteiligung zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ gezahlt. Einen Zusammenhang mit der Kinderversicherung gibt es im Gesetzestext nicht.

Grundsätzlich zu bedenken ist, dass eine Steuerfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nur solange geboten ist, wie die Steuermittel zur Abdeckung von versicherungsfremden Leistungen dienen (JG 2005 Ziffern 513 ff.).

Beitragssatzerhöhungen

304. Die sich für das Jahr 2007 abzeichnende Finanzierungslücke von etwa 6,5 Mrd Euro soll im Wesentlichen durch Beitragssatzerhöhungen geschlossen werden. Diese Lücke ist zu einem großen Teil Folge von Maßnahmen, die die Bundesregierung selbst ergriffen hat: Die Umsatzsteuererhöhung belastet die Krankenkassen allein im Jahr 2007 mit etwa 950 Mio Euro, und der Bundeszuschuss zur Abdeckung von versicherungsfremden Leistungen soll um 2,7 Mrd Euro reduziert werden. Letztlich bedeutet dies nichts anderes als einen Beitrag der GKV-Mitglieder zur Sanierung des Bundeshaushalts über eine lohnsteuerähnliche Beitragssatzerhöhung. Berücksichtigt man den Einspareffekt der Gesundheitsreform auf der Ausgabenseite, der für das Jahr 2007 von der Bundesregierung mit 1,4 Mrd Euro beziffert wird, dürfte die benötigte Beitragssatzerhöhung 0,5 Prozentpunkte ausmachen. Zu beachten ist allerdings noch, dass die Kassenschulden, die grundsätzlich bis Ende des Jahres 2007 abgebaut sein müssen, möglicherweise durch Beitragssatzerhöhungen bedient werden. Damit könnte es insgesamt zu einem Anstieg des durchschnittlichen Beitragsatzes im Laufe des Jahres 2007 auf nahezu 15 vH kommen. Eine Reform, die eigentlich darauf abzielen sollte, die lohnabhängigen Beiträge zu senken, mit einer Erhöhung der Beitragssätze einzuleiten, ist äußerst misslich. Deshalb sollte zumindest die Kürzung des Bundeszuschusses zurückgenommen werden, um eine von der Politik erzeugte Beitragssatzerhöhung zu vermeiden.

Reform des Risikostrukturausgleichs

305. Von der bereits im GKV-Modernisierungsgesetz für den 1. Januar 2007 beschlossenen Einführung eines auf direkten Morbiditätskriterien beruhenden RSA (Morbi-RSA) wird teilweise abgerückt. Bisher wird im RSA die Risikostruktur über die indirekten Morbiditätsindikatoren Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit erfasst. Kritisiert wird dabei, dass so die unterschiedliche Morbidität der Versicherten zwischen den Kassen nicht ausgeglichen wird und deshalb Kassen mit vielen Kranken einen Wettbewerbsnachteil haben. Es ist nun geplant, für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 vH überschritten werden, Morbiditätszuschläge zu zahlen. Ob mit der Beschränkung auf eine bestimmte Anzahl von Krankheiten eine bessere Abbildung der Risikostruktur der Kassen erreicht werden kann, bleibt abzuwarten. Auf jeden Fall dürfte diese Form des Ausgleichs die Morbidität unvollständiger erfassen als ein vorher in der Diskussion befindlicher umfassender Morbi-RSA, der die Morbiditätsorientierung des RSA aufgrund von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen gewährleisten sollte (IGES, Lauterbach und Wasem, 2004). Entsprechend kann es weiterhin zu Risikoselektionsanreizen kommen.

Konvergenzklausel

306. Völlig verfehlt ist die im Oktober beschlossene so genannte Konvergenzklausel, nach der in der Konvergenzphase regionale „Belastungssprünge“ aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen allgemeinen Beitragssatz und der damit verbundenen Veränderungen der Finanzströme vermieden werden sollen. Sie wurde von den Ländervertretern durchgesetzt, die Zusatzbelastungen für ihre Bundesländer befürchteten. Die finanziellen Belastungen für die in einem Bundesland tätigen Krankenkassen sollen sich in Stufen von höchstens 100 Mio Euro jährlich aufbauen. Wird der Schwellenwert überschritten, sind die Zuweisungen aus dem Fonds zu er-

höhen. Stellt das Bundesversicherungsamt in einem Ausgleichsjahr für kein Land eine Überschreitung des Schwellenwerts fest, endet die Konvergenzphase.

Der Sache nach ist die Argumentation der Bundesländer nicht nachvollziehbar. So kann man bestenfalls die Allgemeinen Ortskrankenkassen den einzelnen Bundesländern zuordnen. Diese Aufteilung ist aber durch die Möglichkeit von länderübergreifenden Kassenfusionen mehr als fragwürdig, wie zum Beispiel die Fusion der AOK-Rheinland mit der AOK-Hamburg zeigt. Im Übrigen sind alle Ersatzkassen bundesweite Kassen. Zudem ist es höchst widersprüchlich, einen Gesundheitsfonds und einen bundeseinheitlichen Beitragssatz für alle Kassen zu beschließen und gleichzeitig die damit verbundenen Umverteilungseffekte zu beklagen. Außerdem hat das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen, dass die regionale Umverteilung Ausdruck der bundesweiten Solidargemeinschaft der GKV ist und die Beitragsgelder nicht den Bundesländern zugeordnet werden dürfen. Im Ergebnis wird hier ein weiteres Element installiert, das den Wettbewerb verfälscht. Da, nur um diese Konvergenzklausel zu realisieren, für jedes Bundesland eine „Belastungsrechnung“ durchgeführt werden muss, sind zusätzliche, in hohem Maße unnötige Verwaltungskosten kaum zu vermeiden. So muss der bis zum Jahr 2008 gültige Risikostrukturausgleich in einer Parallelrechnung fiktiv für das Jahr 2009 durchgeführt werden, um einen Maßstab für die Belastungen der Kassen zu erhalten.

Reform des Honorierungssystems für niedergelassene Ärzte

307. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte soll das durch Budgets und floatende Punktwerte gekennzeichnete Honorarsystem (JG 2003 Ziffer 303) durch eine Gebührenordnung mit Pauschalvergütungen und wenigen Einzelleistungsvergütungen, kombiniert mit Abstaffelungsregelungen zur Mengensteuerung, ersetzt werden.

Geplant ist, eine **Gebührenordnung mit Euro-Beträgen** festzulegen. Auf Landesebene können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen Zu- und Abschläge von den bundeseinheitlichen Orientierungswerten aushandeln, um so regionalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Hat eine Arztpraxis die abrechenbare Leistungsmenge (Regelleistungsvolumen) überschritten, werden die Preise gestaffelt. Bei den hausärztlichen Leistungen können nach Alter und Geschlecht differenzierte Versichertenpauschalen gezahlt werden. Für als besonders förderungswürdig angesehene Leistungen (Hausbesuche) sind Einzelleistungsvergütungen möglich. Fachärztliche Leistungen werden, nach Arztgruppen differenziert, in Form von Grund- und Zusatzpauschalen vergütet. Zusätzlich ist die Vereinbarung von diagnosebezogenen Pauschalen je Facharztgruppe bei Diagnosen möglich, die einen erheblichen therapeutischen Aufwand und hohe Kosten verursachen. Einzelleistungsvergütungen sind generell nur noch in Ausnahmefällen möglich. Vorgesehen sind aber Zuschläge für besondere Qualität, die nach bundeseinheitlichen Kriterien festgelegt werden. Eine über das medizinisch Notwendige hinausgehende Mengenausweitung soll außer durch die abgestaffelten Preise durch Überweisungsvorbehalte, Abrechnungsausschlüsse und Aufteilung der Pauschalen bei Überweisungen an einen anderen Arzt vermieden werden. Die bisherige Budgettierung wird abgeschafft und damit das Morbiditätsrisiko von den Ärzten auf die Krankenkassen verlagert, da Mehrleistungen, die auf eine höhere Morbidität der Versicherten zurückzuführen sind, sich in Honorarsteigerungen niederschlagen. Die dafür benötigten Vergütungen sind deshalb nicht in dem auf Landesebene vorab vereinbarten Finanzvolumen (Gesamtvergütung) enthalten. Krankenkassen zahlen unabhängig von der Kassenart grundsätzlich den gleichen Preis für eine Leistung; kassenartenspezifische Vereinbarungen gibt es mithin nicht mehr. Mit dem neuen Honorierungssystem soll auch das Niederlassungsverhalten der Ärzte gesteuert werden, da Ärzte in unterversorgten Gebieten höhere und Ärzte in überversorgten Gebieten geringere Vergütungen erhalten sollen.

Insgesamt dürfte der Wechsel zu einer Euro-Gebührenordnung die Transparenz für die Patienten und Kassen sowie die Kalkulationssicherheit der Ärzte erhöhen. Ob auch der Anreiz zur Leistungsausweitung und Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen eingedämmt werden kann, hängt von der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung ab. Die Reform dürfte aber zumindest kurzfristig zu finanziellen Mehrbelastungen der Kassen führen. Da mit dem GKV-Modernisierungsgesetz schon eine (nicht praktikable) Honorarreform beschlossen wurde, stellt diese Maßnahme nicht mehr als eine Erledigung der Aufgaben dar, die ohnehin im Lastenheft der Bundesregierung standen, seinerzeit allerdings schon für das Jahr 2007 (JG 2003 Ziffer 303). Dieser Zeitplan kann nun nicht mehr eingehalten werden, denn es ist vorgesehen, dass die neuen Regelungen am 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Maßnahmen im Arzneimittelbereich

308. Im Arzneimittelbereich sieht die Gesundheitsreform vor, die Arzneimittelpreisverordnung von Festpreisen auf **Höchstpreise** umzustellen. Dies erweitert die Möglichkeiten, mit den Arzneimittelherstellern abweichende Preisvereinbarungen zu treffen. Dabei werden Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern geschlossen, an denen die Apotheker beteiligt werden können. Apotheken können auch direkt mit den Arzneimittelherstellern Rabatte vereinbaren, soweit die Krankenkasse diese Möglichkeit nicht nutzt. Die daraus resultierenden Preisvorteile sollen an die Krankenkassen abzüglich 15 vH des Rabattbetrags, höchstens jedoch abzüglich 15 Euro je Packung weitergegeben werden. Durch Rabattvereinbarungen und die bevorzugte Abgabe von Medikamenten, für die solche Rabatte ausgehandelt wurden, sollen mindestens 500 Mio Euro in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eingespart werden. Gelingt dies nicht, ist der fehlende Betrag durch einen höheren gesetzlich fixierten Rabatt, den die Apotheken den Kassen gewähren, aufzubringen.

Die Regelungen können dazu führen, dass Apotheker einen Anreiz haben, nicht das preisgünstigste Präparat abzugeben, sondern dasjenige, bei dem sie den größten Rabatt ausgehandelt haben, den sie wiederum teilweise für sich vereinnahmen können. Insgesamt besteht die Gefahr, dass es zu einem Wettbewerb nicht um Preise, sondern um Rabatte kommt, der nicht unbedingt zu Einsparungen bei den Kassen führen muss.

309. Ein Großteil der Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich wird dem so genannten Struktureffekt zugeschrieben, also Ausgabensteigerungen, die dadurch entstehen, dass verstärkt hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel verschrieben werden. Da unter diesen Präparaten auch solche sind, die keinen relevanten therapeutischen Zusatznutzen haben, sondern so genannte Scheininnovationen darstellen, ergeben sich Einsparpotentiale, die zumindest teilweise dadurch realisiert werden sollen, dass die Nutzenbewertung von Arzneimitteln zu einer **Kosten-Nutzen-Bewertung** ausgebaut werden soll. Bisher gibt es nur eine Nutzenbewertung, die auf Antrag des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird und die Grundlage dafür bilden kann, die Verordnung eines Arzneimittels einzuschränken oder auszuschließen. Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll keine Hürde für die Zulassung von Arzneimitteln sein, sondern lediglich die Grundlage für die Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags bilden.

310. Bei der Verschreibung von sehr kostenintensiven Arzneimitteln muss der Arzt eine **Zweitmeinung** von fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten einholen. Damit soll ein optimaler Einsatz von Ressourcen erreicht und eine rationale Arzneimitteltherapie gefördert werden. Auch die Abgabe von einzelnen Tabletten durch die Apotheken (**Vereinzelung**) soll erleichtert werden.

Reformen der Organisationsstrukturen

311. Es ist zu begrüßen, dass **kassenartenübergreifende Fusionen** nunmehr zugelassen werden sollen, nachdem dies noch im Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Modernisierungsgesetz verhindert worden war. Fusionierte Kassen können zukünftig ihren Verband frei wählen. Als Folge dieser Erleichterung von Kassenfusionen erwartet man eine Reduktion der Anzahl der etwa 250 Krankenkassen und damit einhergehende Einsparungen, weil Skaleneffekte realisiert werden und die Verwaltungskosten sinken könnten. Ob dies tatsächlich der Fall sein wird, bleibt abzuwarten. Die Kassenfusionen der Vergangenheit geben keine Anhaltspunkte, dass es in bedeutendem Ausmaß zu solchen Einsparungen gekommen ist. Freilich muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmenden Aufgaben, wie zum Beispiel dem Aushandeln von Einzelverträgen mit den Leistungserstellern, auch zusätzliche Kosten auf die Krankenkassen zukommen, die einen Rückgang der Verwaltungskosten verhindern können. Um solche Transaktionskosten zu verringern und um die Verhandlungsmacht der Kassen zu erhöhen, steht es den Kassen zukünftig frei, Verbände oder Zusammenschlüsse zu bilden, zum Beispiel zum Aushandeln von Einzelverträgen mit den Leistungserstellern. Auch können sie sich Dritter bedienen, um Aufgaben zu erledigen. Eine Überwachung durch das Bundeskartellamt soll eine marktbeherrschende Stellung einzelner Kassen verhindern.

312. Um die Entscheidungsstrukturen zu straffen, will die Bundesregierung einen **GKV-Spitzenverband** schaffen, der die Krankenkassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung vertreten soll. Auf Landesebene bleibt es bei der bisherigen Verbändestruktur. Der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ soll Kollektivverträge für „zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (zum Beispiel Rahmenvertrag für Vergütungen auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen)“ abschließen. Nicht zuständig ist der Spitzenverband dagegen für so genannte wettbewerbliche Aufgaben wie zum Beispiel Hausarzttarife, Integrationsverträge oder Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken. Hier haben die Kassen beziehungsweise Kassenzusammenschlüsse völlige Vertragsfreiheit. Mit der Gründung des Spitzenverbands für die Krankenkassen und seiner Kompetenz zum Abschluss von Kollektivverträgen könnte ein Schritt zu einer Einheitskasse getan sein.

Zu begrüßen ist, dass für die Krankenkassen die **Rechnungslegung nach dem Handelsgesetzbuch** eingeführt werden soll. Auf diese Weise wird die Transparenz des Systems erhöht.

Sonstige Maßnahmen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

313. Die Kassen werden verpflichtet, Hausarztmodelle anzubieten. Diese Verpflichtung war bereits im GKV-Modernisierungsgesetz enthalten. Allerdings wird die hausarztzentrierte Versorgung nun durch Einzelverträge der Krankenkassen mit den Leistungserbringern organisiert, und zudem werden gesetzliche Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung festgelegt. Weiterhin sollen fakultative Selbstbehalte auch für Pflichtversicherte eingeführt werden. Die Kostener-

stattung soll durch eine Entbürokratisierung attraktiver werden. Die Möglichkeit der Kostenerstattung wurde ebenfalls schon mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt, aber aufgrund der sperrigen Ausgestaltung kaum genutzt. Auch sollen in einem größeren Umfang vom Kollektivvertrag abweichende Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen zugelassen werden. Krankenhäuser müssen einen Sanierungsbeitrag von insgesamt 1 vH der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen erbringen. In Anbetracht der Mehrausgaben aufgrund der höheren Ärztegehälter infolge der jüngsten Tarifabschlüsse ist dies bedenklich. Nichtversicherte erhalten eine Rückkehrmöglichkeit in ihre jeweils letzte Versicherung. Damit wird ein Versicherungsschutz für alle Bürger möglich. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung sollen den Krankenkassen erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden, wie die Möglichkeit Ausschreibungen vorzunehmen. Bei den Fahrtkosten sollen dadurch Einsparungen erzielt werden, dass Abschläge in Höhe von 3 vH vorgenommen werden. Leistungskürzungen gibt es bei selbstverschuldeten Behandlungsnotwendigkeiten (zum Beispiel nach Schönheitsoperationen), Leistungsausweitungen im Bereich von Schutzimpfungen, geriatrischer Rehabilitation und Palliativversorgung. Außerdem werden Mütter-/Väter-Kind-Kuren in den Regelleistungskatalog aufgenommen.

314. Für die Leistungsausweitungen werden von der Bundesregierung für das Jahr 2007 rund 0,3 Mrd Euro veranschlagt und danach jährliche Kosten von 0,4 bis 0,5 Mrd Euro. Die Einsparungen sollen im Jahr 2007 insgesamt 1,7 Mrd Euro ausmachen und in den Folgejahren 2,1 Mrd Euro, wovon die Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise mit 1,0 Mrd Euro und der Abschlag auf Krankenhausrechnungen mit 0,35 Mrd Euro sowie die Ausschreibungen bei Hilfsmitteln mit 0,3 Mrd Euro die größten Posten darstellen. Insgesamt soll die Gesundheitsreform die GKV im Jahr 2007 mit 1,4 Mrd Euro und danach etwa mit 1,7 Mrd Euro entlasten.

Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung

315. Die letztlich beschlossenen Maßnahmen im Bereich der Privaten Krankenversicherung (PKV) bleiben deutlich hinter dem zurück, was in den Eckpunkten ursprünglich vorgesehen war, wenngleich auch bei diesen Plänen, so sie denn umgesetzt worden wären, die ineffiziente Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts durch die Versicherungspflichtgrenze bestehen geblieben wäre (JG 2004 Ziffern 487 ff.). Zumindest war aber eine stärkere Intensivierung des Wettbewerbs in diesem Segment durch Schaffung einer generellen Portabilität von Alterungsrückstellungen vorgesehen. Dies wurde aber im Oktober wieder fallen gelassen. Denn die Portabilität wird zwar grundsätzlich für alle PKV-Tarife eingeführt, aber in ihrer Höhe durch den Basistarif bestimmt.

Dieser neu zu schaffende **PKV-Basistarif** soll den Leistungsumfang der GKV absichern. Bei diesem Tarif besteht Kontrahierungszwang der privaten Versicherungen, eine Risikoprüfung findet nicht statt. Somit werden auch keine Risikozuschläge erhoben. Die Prämien werden aber nach Alter und Geschlecht differenziert. Zudem werden Alterungsrückstellungen gebildet. Bei einem Versicherungswechsel innerhalb des PKV-Systems im Basis-Tarif werden grundsätzlich die standardisierten kalkulatorischen Alterungsrückstellungen an die aufnehmende Versicherung übertragen. Beim Versicherungswechsel wird von der aufnehmenden Versicherung der Tarif nach Maßgabe des ursprünglichen Eintrittsalters berechnet. Dies gilt allerdings nicht für die Bestandsversicherten. Für sie wird vielmehr für eine Übergangsfrist von fünf Jahren die Portabilität beschränkt. Denn für Bestandsversicherte im Alter über 40 Jahren, die vor Vollendung des 40. Le-

bensjahres in eine Versicherung eingetreten sind, wird beim Wechsel ein Mindesteintrittsalter von 40 Jahren unterstellt und entsprechend die zu übertragenden Alterungsrückstellungen gekürzt. Ist der Versicherte beim Wechsel jünger als 40 Jahre, gilt dieses Alter als Eintrittsalter, so dass jüngere Versicherte beim Versicherungswechsel faktisch keine Alterungsrückstellungen mitnehmen können. Zudem wird bei Tarifen, die im Leistungsumfang über den Basistarif hinausgehen und deshalb höhere Alterungsrückstellungen als im Basistarif erfordern, beim Versicherungswechsel die niedrigere Alterungsrückstellung des Basistarifs als Übertragungswert festgesetzt, was den Versicherungswechsel unattraktiver macht und den Wettbewerb weiterhin beschränkt.

Damit es zu keiner Risikoselektion kommt, wird für den Basistarif ein Risikoausgleich ähnlich wie in der privaten Pflegeversicherung etabliert. Zudem soll der Basistarif mit einer Selbstbeteiligung von wahlweise 300, 600, 900 oder 1 200 Euro im Jahr verbunden sein, die ein Gegenstück zu den Zuzahlungen im Bereich der GKV darstellen sollen. Die Honorierung der Ärzte für Versicherte im Basistarif soll der Honorierung der Leistungen für gesetzlich Versicherte entsprechen. Der Basistarif kann von allen Personen mit einem Monatseinkommen über der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 3 937,50 Euro gewählt werden. Unklar bleibt, wer diesen Tarif tatsächlich wählen wird. Tendenziell dürften es diejenigen Personen sein, für die eine „reguläre“ private Krankenversicherung wegen der Risikozuschläge nicht attraktiv ist, deren GKV-Beiträge allerdings noch höher sind. Auch könnte es für PKV-Versicherte, die derzeit hohe Risikozuschläge zahlen, attraktiv sein, in den Basistarif zu wechseln. Insgesamt werden sich im Basistarif also eher schlechte Risiken sammeln, was sich entsprechend auf die Prämienhöhe auswirken wird. Die PKV dürfte kein großes Interesse haben, den Basistarif attraktiv zu gestalten. Mithin wird der einzige Bereich der Privaten Krankenversicherung, in dem ein Wettbewerb um den Versichertenbestand im Prinzip möglich wäre, eher ein Mauerblümchendasein fristen, womit die PKV die Ziele erreicht hat, ihr Marktsegment von einem wirklichen Bestandswettbewerb frei zu halten und die Möglichkeit zur Risikoselektion zu wahren.

Eine finanzielle Überbelastung der Versicherten im Basistarif soll dadurch vermieden werden, dass die Prämien für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten dürfen. Für Ehepaare darf der Gesamtbeitrag nicht mehr als 150 vH des durchschnittlichen Höchstbeitrags der GKV betragen, womit in Anlehnung an die Regelungen in der privaten Pflegeversicherung eine Beitragsreduktion für Ehepaare etabliert wird. Würde durch die Bezahlung der Prämie bei einem Versicherten Hilfebedürftigkeit ausgelöst, wird die Prämie halbiert. Sollte die Hilfebedürftigkeit auch dann noch bestehen, wird auf die Träger des Arbeitslosengelds II und die Sozialhilfeträger verwiesen, die dann einen Beitrag zahlen, der nicht höher sein darf als der für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II zu zahlende GKV-Beitrag. Die Kosten dieses sozialen Ausgleichs werden damit auf die PKV und die Gesamtheit der Steuerzahler aufgeteilt. Diese Regelung des sozialen Ausgleichs für den Basistarif ist wichtig, da auch im Bereich der PKV die **Rückkehrmöglichkeit für Nichtversicherte** realisiert werden soll. Denn allen Nichtversicherten, die ehemals in der PKV versichert waren, darf die Versicherung zum Basistarif nicht verweigert werden.

316. Der Wechsel von freiwillig Versicherten in die PKV wird erschwert, da ein Wechsel erst möglich ist, wenn der Versicherte in drei aufeinander folgenden Jahren ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze bezogen hat. Um zahlreiche Versicherungswechsel von der GKV in die PKV zu vermeiden, wurde rückwirkend der 4. Juli 2006, der Tag, an dem die Eckpunkte vorgestellt wurden, als Stichtag für die Dreijahresfrist gewählt. Die Regelung gilt nicht für Arbeitnehmer, die bei Inkrafttreten der Neuregelung freiwillig gesetzlich krankenversichert sind und zu diesem Zeitpunkt bereits in drei aufeinanderfolgenden Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten haben. Den privaten Krankenversicherungen wird mit Einführung der dreijährigen Wartezeit der Zustrom von Neukunden beschnitten. Versicherte mit hohen beitragspflichtigen Einkommen werden dagegen länger an die GKV gebunden. Die dreijährige Wartezeit führt zudem dazu, dass die Prämien in der PKV wegen des dann höheren Eintrittsalters der Neukunden ebenfalls höher sind und somit die Attraktivität eines Wechsels von der GKV zur PKV verringert wird.

Fazit

317. In der Summe ist die gefundene Kompromisslösung vor allem hinsichtlich der Finanzierungsseite enttäuschend und erreicht nicht (einmal) die Ziele, die im Koalitionsvertrag genannt werden. Es wird keine Senkung der Lohnzusatzkosten erreicht, im Gegenteil: Der Beitragssatz wird ansteigen. Eine Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten findet nicht statt. Der Wettbewerb zwischen den Kassen wird durch die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds verzerrt und eher abnehmen. Gesetzlich festgelegte einheitliche Beitragssätze und ein weitgehender Verlust der Finanzautonomie der Krankenkassen sind Schritte zu einer „Einheitskasse“, genauso wie die Gründung eines GKV-Spitzenverbands, der verbindliche Kollektivverträge abschließen kann. Im Bereich der Privaten Krankenversicherung wurden nötige und mögliche Maßnahmen zur Intensivierung des Wettbewerbs unterlassen.

II. Gesetzliche Rentenversicherung: Reformfordernisse weitgehend erfüllt

318. Im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) hat es in den letzten Jahren beachtliche Reformanstrengungen gegeben, die geeignet waren, die Rentenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Mit der geplanten Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters und der Ankündigung, bei der Rentenanpassung einen Nachholfaktor zu berücksichtigen, wurden von der Bundesregierung weitere wichtige und richtige Reformen eingeleitet. Bei einer Gesamtschau der noch erforderlichen Reformmaßnahmen im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung steht als eine notwendige Nachjustierung, die Umstellung der Lohngröße in der Rentenanpassungsformel auf die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, an. Zudem sollte eine Reform der Hinterbliebenenrente angestrebt werden mit dem Ziel, die Hinterbliebenenversorgung stärker an der Bedürftigkeit der Hinterbliebenen zu orientieren. Schließlich ist zu diskutieren, ob die Gesetzliche Rentenversicherung hin zu einer Erwerbstätigenversicherung weiterentwickelt werden soll. Denn vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl von kaum abgesicherten Selbständigen mit geringen Einkommen könnten zumindest eine Versicherungspflicht für diesen Personenkreis, aber auch eine Ausweitung des Versichertenkreises der Gesetzlichen Rentenversicherung um diese Personen sinnvoll sein.