

Auszug aus dem Jahresgutachten 2008/09

**Gesundheitspolitik: Fehler beseitigen – Weitere Schritte unerlässlich**

( Ziffern 662 bis 696 )

die Zahl der Anspruchsberechtigten auf die Grundsicherung im Alter möglichst gering zu halten. Das Fundament einer ursachenadäquaten Strategie im Sinne einer Kombination einiger der diskutierten Optionen zur Vermeidung von künftigen Risiken der Altersarmut sollte immer eine vorbeugende Politik sein. Durch eine beschäftigungsfördernde Arbeitsmarktpolitik, einen Ausbau der betrieblichen Gesundheitspolitik und nicht zuletzt durch eine – bereits bei der vorschulischen Erziehung beginnenden und bei einer Forcierung der Weiterbildungsanstrengungen endenden – Bildungspolitik sollten die Beschäftigungschancen auch und gerade für Personen aus bildungsfernen Schichten und damit von Erwerbslosigkeit besonders bedrohten Personen verbessert werden. Eine kluge Politik der Armutsvermeidung sollte sich nicht in verteilungspolitischen Korrekturen nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erschöpfen, sondern auch versuchen, durch antizipative Maßnahmen das Entstehen von Altersarmut weniger wahrscheinlich zu machen.

## II. Gesundheitspolitik: Fehler beseitigen – weitere Schritte unerlässlich

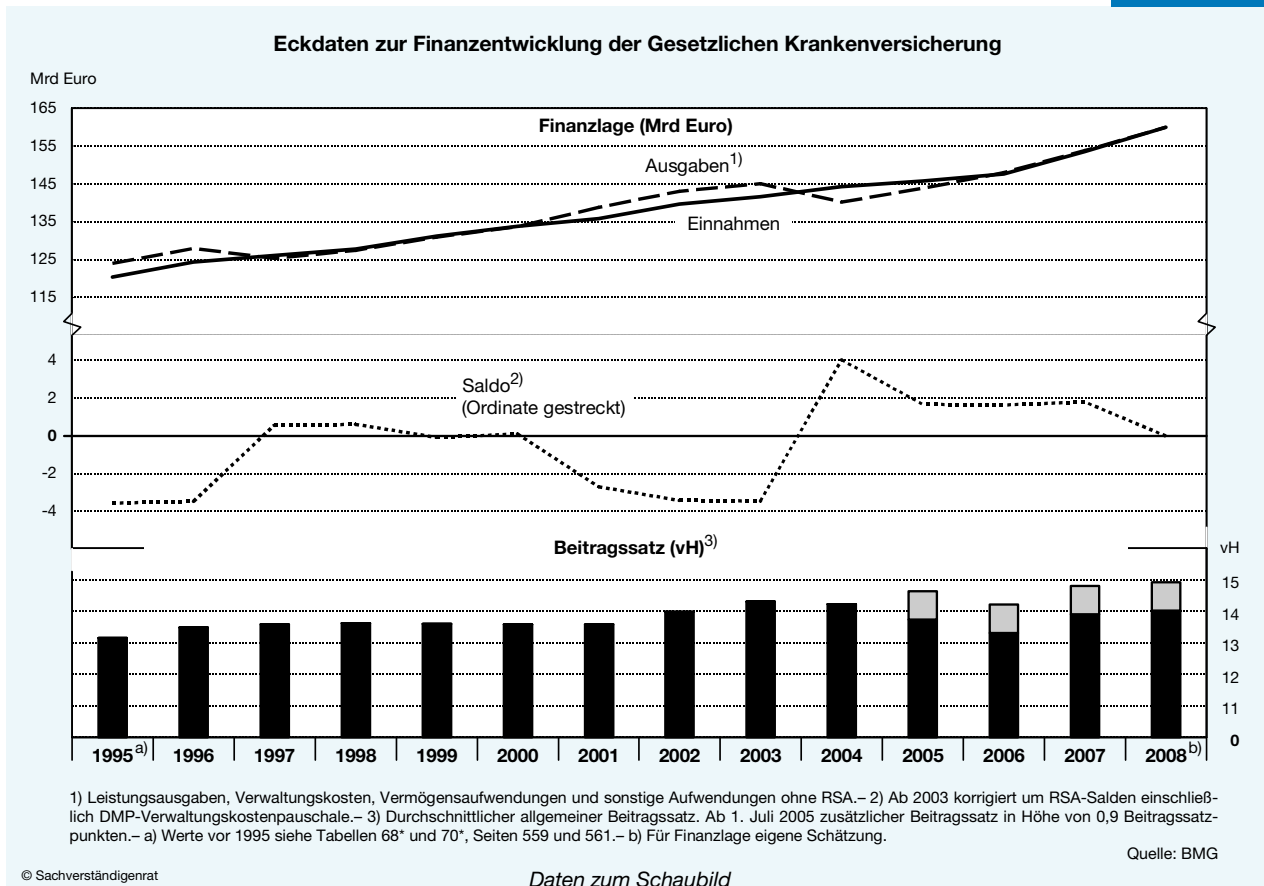
**662.** Am 1. Januar 2007 trat die Reform des Vertragsarztrechts in Kraft. Damit wurde die Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung konsequent fortgesetzt. Der zweite Reformschritt folgte dann am 1. April mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Eine Beurteilung dieser beiden im letzten Jahr beschlossenen Reformgesetze fällt zwiespältig aus: Die Reform des Vertragsarztrechts ist ein wichtiger Schritt zu einem modernen Gesundheitssystem. Und auch die – in der Weiterentwicklung der Gesundheitsreform 2003 – stehenden leistungs- beziehungsweise ausgabenseitigen Maßnahmen des GKV-WSG sind durchweg begrüßenswert. Misslungen ist dagegen die Reform der Finanzierungsseite durch den Gesundheitsfonds. Fasst man die Reform des Gesundheitswesens als einen letztlich nie endenden Prozess auf, sollte es in der nächsten Legislaturperiode als erstes darum gehen, die Konstruktionsfehler der zusammen mit dem Fonds am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Überforderungsklausel zu beseitigen. Als nächstes gilt es im Bereich der Krankenhausfinanzierung einen Umstieg zur Monistik einzuleiten, die wettbewerbsverzerrende Wirkung der sektoralen Budgets zu überwinden und die Distribution von Arzneimitteln zu liberalisieren. Darüber hinaus ist zu hoffen, dass die Politik die Kraft findet, das Finanzierungssystem in Richtung des ökonomisch überlegenen Konzepts der Bürgerpauschale umzugestalten.

### 1. Gesetzliche Krankenversicherung: Annähernd ausgeglichene Finanzsituation

**663.** In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich im Jahr 2008 die Tendenz der kräftigen Ausgabensteigerungen unvermindert fortgesetzt. Trotz der Konsolidierungsbemühungen über Beitragssatzerhöhungen und vor dem Hintergrund der guten, sich nun jedoch abschwächenden Beschäftigungsentwicklung ergab sich im ersten Halbjahr ein Defizit von rund 940 Mio Euro. Nach vier Jahren mit Überschüssen könnte dennoch bis zum Jahresende nicht zuletzt aufgrund der Beitragseffekte aus den Einmalzahlungen wie Weihnachtsgeld sowie den zahlreichen höheren Lohnabschlüssen, die zum Teil erst zur Jahresmitte wirksam wurden, noch ein annähernd **ausgeglichenes Finanzergebnis** erreicht werden (Schaubild 80).

Der weit überwiegende Teil der Krankenkassen hatte den politischen Vorgaben folgend bereits zum Jahresende 2007 wieder positive Finanzreserven aufgebaut. Daher sollte die Entschuldung der noch verbliebenen Krankenkassen bis zum Jahresende 2008, also vor Beginn der Einführung des Gesundheitsfonds, abgeschlossen sein.

Schaubild 80



## Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben

**664.** Zu Mehreinnahmen kam es weniger durch die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um durchschnittlich 0,1 Prozentpunkte auf rund 14 vH (einschließlich Sonderbeitrag der Kassenmitglieder 14,9 vH), sondern vor allem durch den Anstieg der dem Beitragsaufkommen zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen infolge höherer Lohnabschlüsse und des Beschäftigungsaufbaus. So waren zum 1. Juli 2008 rund 600 000 mehr beitragszahlende Personen als erwerbstätige Pflicht- oder freiwillige Mitglieder mit sechswöchigem Entgeltfortzahlungsanspruch in der GKV registriert als zum 1. Juli 2007. Zur Jahresmitte betrug der **Zuwachs der Beitragseinnahmen** im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres 3,6 vH.

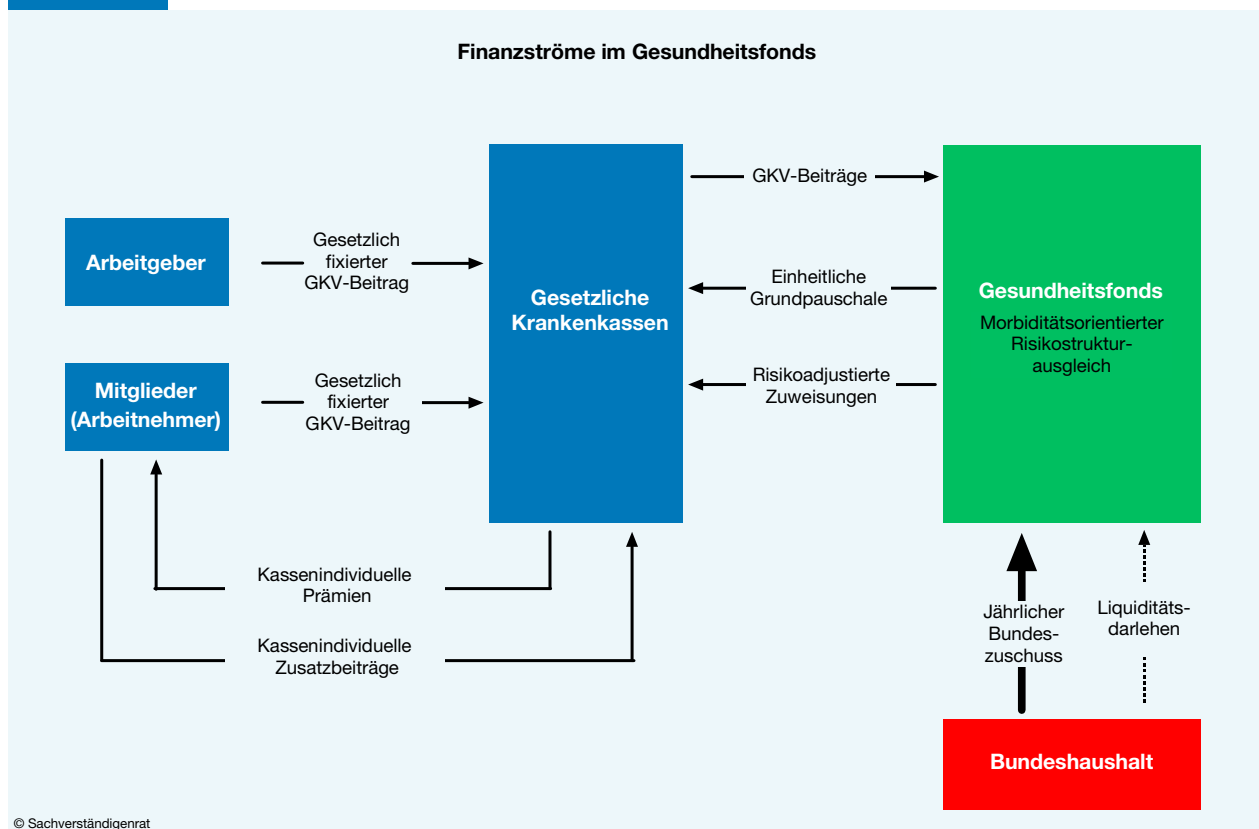
**665.** Bei den Arzneimitteln, einem der größten Ausgabenposten, setzte sich die bereits im Vorjahr zu beobachtende steigende Tendenz fort. Im ersten Halbjahr betrug der Zuwachs im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum 6,4 vH. Das zum 1. Mai 2006 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung hat seine dämpfende Wirkung spürbar verloren. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gab es zudem im ersten Halbjahr 2008 deutliche, wenngleich auch gemessen an der **Zuwachsrate der Leistungsausgaben** in Höhe von 5,2 vH unterdurchschnittliche Zuwächse bei der ärztlichen Versorgung in Höhe von 4,2 vH und bei der Krankenhausbehandlung als größtem Ausgabenposten in Höhe von 3,7 vH. Die Krankengeldausgaben, die in den letzten Jahren bei einem niedrigen Krankenstand rückläufig waren, nahmen wieder deutlich zu: Im ersten Halbjahr betrug die Veränderungsrate zum gleichen Vorjahreszeitraum 8,3 vH. Ein Teil dieser Steigerung dürfte auf dem deutlichen Beschäftigungs-

zuwachs beruhen und zudem darauf, dass die Krankengeldzahlungen an die gestiegene Lohnentwicklung gebunden sind.

### Beitragssatzentwicklung und Start des Gesundheitsfonds

**666.** Mit dem GKV-WSG werden vielfältige Neuerungen im Sozialgesetzbuch vorgenommen. Kernstück der finanzierungsseitigen Reform ist der Gesundheitsfonds, in den ab dem 1. Januar 2009 die Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder sowie steuerfinanzierte Bundeszuweisungen fließen sollen (Schaubild 81). Ähnlich wie auch schon in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) erfolgt die **Mittelaufbringung** in der GKV damit über einen politisch festgesetzten Beitragssatz und einen Bundeszuschuss. Ziel dieses Zuschusses ist, die Ausgaben der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bundeshaushalt zu übernehmen, was bei aufkommensneutraler Umstellung entsprechende Senkungen des Beitragssatzes und damit der Lohnzusatzkosten ermöglicht. Der Bundeszuschuss für diese Leistungen im gesamtgesellschaftlichen Interesse beträgt gemäß § 221 SGB V in den Jahren 2007 und 2008 jeweils 2,5 Mrd Euro und soll dann ab dem Jahr 2009 zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV – wie es in der Gesetzesbegründung heißt – jährlich um 1,5 Mrd Euro ansteigen, bis im Jahr 2016 die jährliche Gesamtsumme von 14 Mrd Euro erreicht wird. Über die Gegenfinanzierung dieser Mittel soll allerdings erst in der nächsten Legislaturperiode entschieden werden.

Schaubild 81



**667.** Ab dem 1. Januar 2009 gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen bundesweit der gleiche prozentuale Beitragssatz. Die Krankenversicherungsbeiträge werden wie bisher auf Grundlage des beitragspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze berechnet. Bei sozialversiche-

rungspflichtig Beschäftigten sind die Beiträge somit weiterhin lohnabhängig und werden wie bisher von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt. Mit Blick auf die zukünftige Verteilung der Zahllast wird der Arbeitnehmerbeitragssatz auch künftig um den gegenwärtigen zusätzlichen Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozentpunkten höher ausfallen als der Arbeitgeberanteil.

**668.** Die **Höhe des einheitlichen Beitragssatzes** wird gemäß §§ 241 und 243 SGB V künftig auf der Grundlage einer Auswertung von wirtschaftlichen Daten eines beim Bundesversicherungsamt angesiedelten Schätzerkreises durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt. Die durch Beitragszahlungen und Steuerzuschuss eingenommenen Mittel des Gesundheitsfonds sollen bei seiner Einführung zunächst im Aggregat alle Ausgaben – dazu zählen neben den Leistungsausgaben auch die Verwaltungskosten – der Krankenkassen decken. Der Beitragssatz soll immer dann angepasst werden, wenn diese Ausgaben nicht mehr zu mindestens 95 vH aus dem Gesundheitsfonds gedeckt sind. Allerdings muss in diesem Zusammenhang die Rolle der Steuerzuschüsse berücksichtigt werden.

**669.** Das Bundesversicherungsamt, das schon heute für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs unter den Krankenkassen verantwortlich ist, verwaltet als Sondervermögen die eingehenden Finanzmittel des Gesundheitsfonds und übernimmt die **Verteilung der Fondsmittel** an die einzelnen Krankenkassen. Diese erhalten als Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben für jeden Versicherten eine einheitliche Grundpauschale sowie Zuschläge oder Abschläge, die nach Alter, Geschlecht und Krankheitsrisiko der Versicherten adjustiert sind. Damit soll ein möglichst zielgenauer Ausgleich dieser Risiken zwischen den Krankenkassen erreicht werden (Kasten 12, Seiten 390 ff.).

**670.** Übersteigen die zugewiesenen Mittel bei einer Krankenkasse die Ausgaben, so kann diese in ihrer Satzung bestimmen, dass **Prämien** an ihre Mitglieder ausgezahlt werden. Allerdings dürfen solche Auszahlungen erst dann vorgenommen werden, wenn die Krankenkasse ihrer gesetzlichen Verpflichtung gemäß § 261 SGB V zur Bildung einer kassenindividuellen Rücklage zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit nachgekommen ist. Im Fall, dass die zugewiesenen Mittel aus dem Gesundheitsfonds den Finanzbedarf nicht decken, muss eine Krankenkasse von ihren Mitgliedern einen **Zusatzbeitrag** erheben. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers haben die Krankenkassen den Zusatzbeitrag so zu bemessen, dass die resultierenden Beitragseinnahmen zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr zu leistenden Ausgaben und die gesetzlich vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage decken. Diese Regelung wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass der Gesetzgeber mit § 242 Absatz 1 SGB V die Versicherten vor einer finanziellen Überforderung schützt. So ist der Zusatzbeitrag auf 1 vH der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds begrenzt. Allerdings ist vorgesehen, dass Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro ohne Prüfung der Einkommenssituation erhoben werden können, um den bürokratischen Aufwand zu begrenzen. Dieser zusätzliche Beitrag bis zur Höhe von acht Euro kann somit im Einzelfall auch mehr als 1 vH des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Kommt eine Krankenkasse in die Lage, einen Zusatzbeitrag erstmalig erheben, einen bestehenden Zusatzbeitrag erhöhen oder eine Verringerung der Prämienzahlung vornehmen zu müssen, so muss sie ihre Versicherten auf das Sonderkündigungsrecht aufmerksam

machen. Die Versicherten dürfen dann innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung ihre Krankenkasse verlassen und sich bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse versichern. Bei Wahrnehmung des Sonderkündigungsrechts ist im Kündigungszeitraum der erhöhte Beitrag nicht zu leisten. Zudem spielt für mitversicherte Familienangehörige diese den Krankenkassen eingeräumte neue Form der Beitragssatzautonomie keine Rolle, denn für mitversicherte Personen dürfen weder Zusatzprämien erhoben noch Prämienzahlungen vorgenommen werden. Hinsichtlich der Erfahrung mit der Überforderungsregelung, den Zusatzbeiträgen und den Erstattungen ist zum 30. Juni 2011 ein Bericht vorzulegen.

#### Kasten 12

### Der neue Risikostrukturausgleich

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wird auch der gegenwärtige **Risikostrukturausgleich (RSA)** zwischen den Krankenkassen verändert. Die Funktion des RSA ist es, die infolge risikounabhängiger Krankenversicherungsbeiträge bestehenden Anreize der Krankenkassen zur Risiko-selektion zu minimieren, ohne dabei den effizienz erhöhenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu beeinträchtigen. Vereinfacht formuliert wird diese Funktion dadurch erfüllt, dass unterschiedlich hohe Ausgaben für Versicherte zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden, sich die Höhe dieses Ausgleichs jedoch nicht an den tatsächlichen Ausgaben orientiert, sondern jeweils an den Ausgaben, die Versicherte mit gleichen Merkmalen im Durchschnitt aller Krankenkassen verursachen. Während im bisherigen RSA diese Vergleichsmerkmale nur einen indirekten Morbiditätsbezug hatten (Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung), werden im neuen morbiditätsorientierten RSA Diagnosen aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie Arzneimittelverordnungen als Gruppierungsmerkmale für – hinsichtlich der Kosten – vergleichbare Versicherte herangezogen.

Bis Ende des Jahres 2008 wird der RSA nachträglich durchgeführt, das heißt, die Krankenkassen erhalten zunächst ihre Beitragseinnahmen, die sich aus dem kassenindividuellen Beitragssatz und den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder ergeben. Anschließend werden der Beitragsbedarf und die Finanzkraft der Krankenkassen ermittelt. Dabei bleiben die tatsächlichen Ausgaben und der kassenindividuelle Beitragssatz unberücksichtigt. Der Beitragsbedarf wird ermittelt, indem den Versicherten der Krankenkasse differenziert nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung und Art des Krankengeldanspruchs standardisierte (GKV-durchschnittliche) Leistungsausgaben zugerechnet werden. Unterschiede in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen werden dabei berücksichtigt. Die Finanzkraft entspricht den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder multipliziert mit einem fiktiven GKV-durchschnittlichen Beitragssatz („Ausgleichsbedarfssatz“). Der Ausgleichsbedarfssatz ergibt sich dabei aus dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen. Kassen, deren so ermittelte Finanzkraft ihren (standardisierten) Beitragsbedarf übersteigt, zahlen den Differenzbetrag in den RSA ein („Zahlerkassen“). Kassen, deren Finanzkraft den Beitragsbedarf unterschreitet, haben hingegen einen Ausgleichsanspruch an den RSA in entsprechender Höhe („Empfängerkassen“).

Ab dem Jahr 2009 werden die Finanzmittel des Gesundheitsfonds auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilt. Der neue morbiditätsorientierte RSA ist in dieses Zuteilungsverfahren integriert. Formal gibt es dann weder „Zahlerkassen“ noch „Empfängerkassen“. Der einheitliche Beitragssatz entspricht dem Ausgleichsbedarfssatz im bisherigen Finanzkraftausgleich zwischen den Krankenkassen (allerdings mit zusätzlicher Berücksichtigung durchschnittlicher Verwaltungskosten und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungsleistungen). Ein expliziter Finanzkraftausgleich wird damit überflüssig. Faktisch findet aber im Gegensatz zur bis Ende des Jahres 2008 geltenden Regelung ein einhundertprozentiger Finanzkraftausgleich statt.

Die Geldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen werden durch den nun direkt morbiditätsorientierten Beitragsbedarfsausgleich bestimmt. Die Krankenkassen erhalten für jeden Versicherten eine Grundpauschale sowie je nach ermittelter Morbidität alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge (Schaubild 81). Insgesamt werden durch die Zuweisungen die standardisierten Leistungsausgaben der Krankenkasse abgedeckt – sofern mit dem bundeseinheitlichen Beitragssatz 100 vH der GKV-Ausgaben gedeckt werden. Ist dies nicht der Fall, werden die standardisierten Leistungsausgaben nicht mehr vollständig durch die Zuweisungen im Rahmen des morbiditätsorientierten RSA erstattet.

Für die Zu- und Abschläge hat sich der Gesetzgeber zwar grundsätzlich entschieden, neben den bereits bisher berücksichtigten Merkmalen Alter und Geschlecht direkte Morbiditätskriterien wie Diagnosen und Arzneimittelverordnungen einzubeziehen; allerdings wurde mit dem GKV-WSG ebenfalls beschlossen, die direkte Morbiditätsorientierung gleitend einzuführen und die Risikozuschläge zunächst nur für ein begrenztes Spektrum von 50 bis 80 Krankheiten zu ermitteln. Die letztlich getroffene Auswahl dieser Krankheiten stellt einen Kompromiss zwischen seltenen und sehr teuren Krankheiten mit einem insgesamt geringen Ausgabenvolumen in der GKV (aber einem hohen Ausgabenrisiko für einzelne Krankenkassen) einerseits und häufigen Krankheiten mit individuell nur wenig überdurchschnittlichen Kosten, aber einem hohen Ausgabenvolumen in der GKV andererseits dar.

Mit Blick auf **Anreize zur Risikoselektion** konnte der bisherige RSA nicht verhindern, dass Krankenkassen Wettbewerbsvorteile besaßen, wenn sie möglichst viele junge, gesunde und einkommensstarke Mitglieder hatten. Eine gute Gesundheit der Mitglieder zahlte sich aus, weil mit den indirekten Morbiditätsindikatoren nur ein geringer Teil der morbiditätsbedingten Varianz der Ausgaben zwischen den Versicherten erfasst wurde. Eine günstige Einkommensstruktur der Mitglieder war vorteilhaft, weil Verwaltungskosten und Satzungsleistungen im Finanzkraftausgleich (beziehungsweise für die Ermittlung des Ausgleichsbedarfssatzes) unberücksichtigt blieben, sodass bei gleichen Ausgaben für diese Positionen Krankenkassen mit einkommensstarken Mitgliedern ihren Beitragssatz weniger stark anheben mussten. Die unzureichende Berücksichtigung der unterschiedlichen Gesundheitszustände der Versicherten und damit verbundener Versorgungsaufwendungen hatte bereits zu Erweiterungen des RSA ab dem Jahr 2002 geführt: Zum Ausgleich sehr teurer Versicherter wurde ein Risikopool eingerichtet, und für Versicherte, die an einem Disease-Management-Programm teilnahmen, wurden erhöhte Beitragsbedarfszuweisungen angesetzt. Allerdings galten diese Maßnahmen nur als Zwischenlösung auf dem Weg zu einer direkten Morbiditätsorientierung.

Die direkten Morbiditätsmaße des neuen RSA werden dazu führen, dass ein deutlich größerer Teil der risikostrukturbedingten Ausgabenvarianz zwischen den Krankenkassen durch die Finanzmittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen wird als bisher. Allerdings könnte dieser Teil noch größer sein, wenn die gesamten verfügbaren Morbiditätsinformationen genutzt würden. Dies führt dazu, dass junge und gesunde Mitglieder nach wie vor eine bevorzugte Klientel der Krankenkassen darstellen werden, denn sämtliche Ausgaben, die keine der 80 im RSA berücksichtigten Krankheiten betreffen, werden lediglich nach Alter und Geschlecht differenziert zugerechnet. Für dieses Krankheitsspektrum bleibt es also unverändert bei den Fehlanreizen des bisherigen Systems. Darüber hinaus sind die Ausgabenunterschiede innerhalb einer krankheitsbezogenen Risikogruppe zum Teil sehr ausgeprägt. Damit ergeben sich neuartige Anreize zur Risikoselektion: Krankenkassen verbessern ihre Wettbewerbsposition ceteris paribus, wenn sie Versicherte mit mindestens einer der im RSA berücksichtigten Krankheiten haben, die im Vergleich zu allen Versicherten mit dieser Krankheit einen unterdurchschnittlichen Leistungsbedarf („gesunde Kranke“) aufweisen.

Die Möglichkeiten, potenzielle Gewinne aus einer Risikoselektion in der GKV zu realisieren, sind jedoch grundsätzlich begrenzt. Aufgrund des Kontrahierungszwangs und dem Verbot individueller Gesundheitsprüfungen können die Krankenkassen nur indirekt die Risikostruktur ihrer Versicherten beeinflussen. In der Regel handelt es sich um Maßnahmen im Bereich des Marketings, des Service und der Satzungsleistungen, die Selbstselektionsprozesse unter den Versicherten auslösen sollen („passive Risikoselektion“). Allerdings wurden mit dem GKV-WSG die Spielräume der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern erweitert. Damit vergrößern sich auch die Spielräume, bestimmte Versichertengruppen durch spezielle Leistungsangebote (Versorgungsmodelle) und die Einflussnahme auf Leistungsprozesse (Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung) gezielt anzusprechen.

Wie stark in der Summe die Anreize zur Risikoselektion mit dem neuen RSA im Vergleich zum bisherigen RSA reduziert werden können, lässt sich aus heutiger Sicht kaum zuverlässig beantworten. Neben der weitergehenden Berücksichtigung von morbiditätsbedingten Ausgabenunterschieden spricht für geringere Risikoselektionsanreize im neuen RSA auch, dass die Ausgleichszahlungen an die Krankenkassen prospektiv berechnet werden. Das birgt für eine Krankenkasse das Risiko, dass sie die „Ernte“ einer erfolgreichen Attrahierung guter Risiken unter Umständen nicht mehr einfährt, wenn Versicherte im nächsten Jahr die Kasse wechseln. Allerdings dürften Risikoselektionsanreize verstärkt werden, wenn – wie vorgesehen – die Ausgabendeckungsquote des Gesundheitsfonds unter 100 vH sinkt, denn für die nicht gedeckten Ausgaben ist weder ein Finanzkraft- noch ein Morbiditätsausgleich zwischen den Krankenkassen vorgesehen.

Die Kritik, der neue RSA konterkariere Präventionsanreize auf Seiten der Krankenkassen, ist jedoch zu pauschal. Sobald Interesse an „gesunden Kranken“ besteht, gibt es zwar Anreize, den Gesundheitszustand der betroffenen Versicherten nur insoweit zu verbessern, dass diese eine im RSA berücksichtigte Diagnose (gerade noch) behalten. Das heißt, dass Anreize zur Primärprävention konterkariert werden. Anreize zur Sekundärprävention (Vermeidung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands durch diese Krankheit) werden hingegen im neuen RSA gestärkt. Schließlich ist im Hinblick auf die Wirksamkeit dieser Anreize zu bedenken, dass Krankenkassen keinen un-

mittelbaren Einfluss auf die Diagnosestellung von Ärzten haben. Auch sind die bisherigen Systeme der Vergütung ärztlicher Leistungen zu komplex, als dass ein bestimmtes Diagnoseverhalten unmittelbar honoriert würde (dies gilt zumindest in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte).

**671.** Im Herbst des Jahres 2008 lag der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV bei 14,92 vH (Schaubild 80). Dabei belief sich der durchschnittliche paritätisch finanzierte Beitragssatz auf 14,02 vH und der allein von den Mitgliedern zu tragende Sonderbeitrag auf 0,9 vH. Für das Jahr 2009 hingegen wurde von der Bundesregierung nach Auswertung der Ergebnisse des beim Bundesversicherungsamt gebildeten Schätzerkreises der bundeseinheitliche Beitragssatz im Rahmen der **GKV-Beitragssatzverordnung** auf 15,5 vH festgelegt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz in der GKV liegt somit ab dem 1. Januar 2009 bei 14,6 vH. Hinzu kommen wie bisher 0,9 Beitragssatzpunkte, die von den Mitgliedern auch zukünftig alleine zu tragen sind.

**672.** Der **Anstieg des Beitragssatzes** geht dabei – entgegen der öffentlichen Wahrnehmung – nur zu einem geringen Teil auf den Gesundheitsfonds zurück. Vor allem der zu erwartende Anstieg bei den Arzneimittelausgaben, höhere ärztliche Honorare in Höhe von etwa 2,7 Mrd Euro und die zusätzlichen Mittel für Krankenhäuser von insgesamt rund 3 Mrd Euro – Versäumnisse der Länder bei der Krankenhausfinanzierung sollen nachgeholt werden – lassen den Beitragssatz ansteigen. Der bundeseinheitliche Beitragssatz wurde gemäß den gesetzlichen Vorgaben so bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen im Jahr 2009 zusammen mit dem Bundeszuschuss, der von 2,5 Mrd Euro auf 4 Mrd Euro angehoben wird, in der Summe um über 10 Mrd Euro höher sind als im Jahr 2008 und nach Lage der Dinge ausreichen, um die voraussichtlichen Ausgaben der GKV im Jahr 2009 vollständig zu decken. Auch in der mittleren Frist sollte der einheitliche Beitragssatz selbst bei einer weniger dynamischen Entwicklung der Beitragseinnahmen zunächst auf seinem beschlossenen Niveau verharren.

## 2. Handlungsbedarf im Gesundheitswesen

**673.** Im Jahr 2007 wurden im deutschen Gesundheitswesen weitreichende Reformen durchgeführt. Die **Beurteilung der Reformgesetze** fällt jedoch zwiespältig aus (JG 2006 Ziffern 279 ff. und JG 2007 Ziffern 289 f.). Mit der am 1. Januar 2007 in Kraft getretenen Reform des Vertragsarztrechts wurde die in der Gesundheitsreform des Jahres 2003 eingeleitete und gebotene Liberalisierung der Angebotsstrukturen in der ambulanten medizinischen Versorgung konsequent fortgesetzt. Auch die – in der Weiterentwicklung der Gesundheitsreform des Jahres 2003 stehenden – ausgabenseitigen Maßnahmen des am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-WSG sind durchaus begrüßenswert.

**674.** Der grundlegende Reformbedarf im Gesundheitswesen wurde mit dem GKV-WSG jedoch nicht beseitigt. Zum einen besteht weiterer Handlungsbedarf auf der Ausgabenseite, etwa bei der Krankenhausfinanzierung und bei den sektoralen Finanzierungs- und Vergütungsgrundsätzen in der ambulanten und stationären Versorgung. Zum anderen kann eine **Reformagenda im Gesundheitswesen** für die nächste Legislaturperiode finanzierungsseitige Reformmaßnahmen nicht ausparen. Denn der Versuch einer Neuordnung der Finanzierung des Gesundheitswesens ist mit dem GKV-WSG misslungen. Die beiden aus ökonomischer Sicht zentralen Ziele einer dringend gebo-

tenen Reform der Finanzierungsseite, die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten sowie die unter versicherungsökonomischen Aspekten notwendige Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts, wurden – ebenso wie in der Sozialen Pflegeversicherung – verfehlt. Darüber hinaus werden mit Einführung des Gesundheitsfonds durch die vorgesehene Überforderungsregelung die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen verschärft.

### Über den Gesundheitsfonds zur Bürgerpauschale

**675.** In seiner beschlossenen Ausgestaltung ist der Gesundheitsfonds nicht zielführend. Daher muss es in einem **ersten Nachbesserungsschritt** darum gehen, die Dysfunktionalität der Überforderungsregelung zu beseitigen. Der Sachverständigenrat hat bereits konkrete Maßnahmen aufgezeigt, wie die in der gegenwärtigen Ausgestaltung angelegte Fehlkonstruktion beseitigt und damit Schadensbegrenzung betrieben werden kann (JG 2006 Ziffern 293 ff.): Damit der Zusatzbeitrag eine Preisfunktion und somit die Funktion als Wettbewerbselement ausüben kann, darf er ausschließlich als Pauschale erhoben werden; entsprechendes gilt für Beitragsrückerstattungen. Darüber hinaus muss aber der Zusatzbeitrag so ausgestaltet sein, dass er nicht von den Strukturmerkmalen der Versicherten – Einkommen, Gesundheitsrisiko und Anteil der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen – abhängt.

**676.** Allerdings würde allein mit der wettbewerbskonformen Ausgestaltung des Zusatzbeitrags keine wesentliche Verbesserung im Vergleich zum derzeitigen System erreicht. Denn die beiden wichtigsten Ziele einer finanzierungsseitigen Reform der Krankenversicherung, die Abkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten sowie die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarkts, blieben weiterhin ungelöst. Aus diesem Grund sollte in einem **zweiten, wirklichen Reformschritt** der Gesundheitsfonds – wie bereits im Jahresgutachten 2006/07 aufgezeigt – als Ausgangspunkt genutzt werden, um in der nächsten Legislaturperiode das Finanzierungssystem auf die vom Sachverständigenrat vorgestellte Bürgerpauschale umzustellen. Anders als bei den Regelungen des GKV-WSG werden in der Bürgerpauschale die **sinnvollen Elemente** der beiden Modellansätze der Koalitionsparteien, die von der SPD favorisierte „Bürgerversicherung“ und die „solidarische Gesundheitsprämie“ der Unionsparteien, kombiniert: Die bestehende Segmentierung des Versicherungsmarkts wird ebenso wie die Lohnabhängigkeit der Krankenversicherungsbeiträge abgeschafft. Zudem wird durch die finanzierungsseitige Neuregelung anders als beim GKV-WSG der verzerrte Kassenwettbewerb beseitigt und nicht noch weiter verschärft. Die Bürgerpauschale weist im Einzelnen folgende Merkmale auf:

- Die gesamte Wohnbevölkerung ist im neuen Krankenversicherungssystem versicherungspflichtig. Der Ausschluss oder die Befreiung bestimmter Bevölkerungsgruppen aufgrund berufsspezifischer und einkommensspezifischer Kriterien wird aufgehoben und somit die versicherungsökonomisch nicht begründbare Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts aufgegeben. Übergangsregelungen gewährleisten den Vertrauensschutz für bestehende Verträge der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung.
- Die allgemeine Pflicht zur Versicherung beschränkt sich auf eine Basisversicherung, die die medizinisch notwendigen Leistungen abdeckt, zum Beispiel nach dem Vorbild des gegenwärtigen

gen Leistungskatalogs der GKV. Allerdings wird das Krankengeld aus dem Leistungskatalog der Basisversicherung herausgelöst. Dazu ist für Erwerbsfähige eine gesonderte obligatorische Pflichtversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen vorgesehen.

- Das Finanzierungssystem ist nach dem Umlageverfahren organisiert. Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten entfällt. Bei Kindern bleibt es bei der beitragsfreien Mitversicherung. Die Beiträge für die Basisversicherung werden als einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben. Die Höhe der Beiträge ist für jede Kasse unterschiedlich; sie bemessen sich nach den durchschnittlichen Gesundheitskosten je Versicherten der jeweiligen Kasse. Eine Beitragsdifferenzierung innerhalb der Kasse nach individuellen Krankheitsrisiken, Alter und Geschlecht findet nicht statt.
- Die Basisversicherung kann sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen als auch von den privaten Krankenversicherungen angeboten werden. Für alle Krankenversicherungen, die diese Basisversicherung anbieten, herrscht Kontrahierungszwang. Ein umfassender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen auf diesem Markt für die Basisabsicherung tätigen Versicherungen gewährleistet den unverzerrten Wettbewerb zwischen den Anbietern. Eine restriktive Beschränkung des Versicherungsverwechslens seitens des Versicherten sollte vermieden werden. Neben einer bestimmten Verweildauer gilt ein Sonderkündigungsrecht der Versicherten bei Anpassungen der Pauschalbeiträge.
- Alle Krankenversicherungen können über die vom Gesetzgeber festgelegte Basisversicherung hinaus zusätzliche Leistungen anbieten. Diese über die Basisversorgung hinausgehenden Leistungen zahlen die Versicherten im Rahmen von Zusatzversicherungen mit risikoadjustierten Prämien.
- Erwogen werden kann ein ergänzendes, externes Kapitaldeckungssystem zur individuellen Beitragsglättung.
- Für Personen oder Haushalte mit einem geringen Einkommen ist ein versicherungsexterner steuerfinanzierter sozialer Ausgleich vorgesehen. Er wird gewährt, wenn die Krankenversicherungspauschale für die Basisversicherung und – bei Personen im erwerbsfähigen Alter – der Beitrag für die Krankengeldversicherung einen bestimmten Prozentsatz (Eigenanteilssatz) des gesamten Haushaltseinkommens überschreitet.
- Die derzeitigen Arbeitgeberbeiträge werden als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung und Verbeitragung einbezogen. Auch die Rentenversicherungsträger erhöhen die Bruttorente um den Anteil des Krankenversicherungsbeitrags der Rentner, den sie bisher direkt an die jeweiligen Krankenkassen abführen.

### ***Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt***

**677.** Auch nach der Gesundheitsreform des Jahres 2007 wird die Versicherungspflicht in der GKV am beruflichen Status und an der Höhe des Einkommens festgemacht. Das GKV-WSG kombiniert im Vergleich zum bisherigen Recht lediglich die Pflicht zur Versicherung für alle mit

der Beibehaltung der getrennten Versichertenkreise. Zudem erfolgt eine Verfestigung der Versichertenkreise durch eine längerfristige Zuordnung. Denn die Versicherungspflicht für Arbeiter und Angestellte in der GKV entfällt erst dann, wenn ihr Einkommen drei Jahre in Folge die Pflichtversicherungsgrenze überschritten hat.

Die Kriterien, die über eine Pflichtmitgliedschaft entscheiden, stehen somit in keinem Zusammenhang mit den abgesicherten Gesundheitsrisiken. Die Wahlmöglichkeit zwischen den beiden Versicherungssystemen GKV und Private Krankenversicherung (PKV) bleibt auch künftig auf eine durch die Erwerbsform und die Einkommenshöhe abgegrenzte Minderheit der Bevölkerung beschränkt. Während sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer weiterhin grundsätzlich in der GKV versicherungspflichtig sind, besteht für Selbstständige und Beamte kein derartiger Zwang. Mit dem GKV-WSG wurde eine allgemeine Pflicht zur Versicherung eingeführt. Wie bei dem Modell der Bürgerpauschale soll somit im Prinzip sichergestellt werden, dass alle heute Nichtversicherten einen Krankenversicherungsschutz erlangen. Allerdings erwächst auch künftig aus den mit der Pflichtversicherungsgrenze verbundenen Wahl- und Wechselmöglichkeiten die Gefahr einer wettbewerbsschädlichen Risikoentmischung in dem Sinne, dass „gute“ Risiken – Personen mit geringen eigenen Gesundheitsausgaben, hohem Einkommen und oftmals ohne mitzuversichernde Familienangehörige – in die PKV wechseln, die mit risikoadjustierten Prämien kalkuliert, und „schlechte“ Risiken in der GKV mit ihren risikounabhängigen Beiträgen und der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartner und Kindern bleiben. Gerade die ökonomisch Leistungsfähigen können sich somit dem Solidarausgleich der GKV entziehen.

**678.** Um dies zu vermeiden und eine Grundlage für einen funktionierenden Kassenwettbewerb zu schaffen, sieht das Modell der Bürgerpauschale die Abschaffung dieser zwar historisch gewachsenen, jedoch angesichts der damit einhergehenden allokativen und distributiven Verwerfungen wenig sinnvollen und versicherungsökonomisch **nicht begründbaren Trennung der Versichertenkreise** vor: Nicht überzeugend ist insbesondere die Rechtfertigung einer Pflichtversicherungsgrenze mit dem Subsidiaritätsprinzip, wonach ab einer bestimmten Einkommenshöhe nicht mehr von einer sozialen Schutzbedürftigkeit auszugehen ist und man vielmehr erwarten kann, dass man jenseits einer bestimmten Einkommenshöhe eigenverantwortlich für seinen Versicherungsschutz sorgen kann. Mit Sicherheit dürfte ein großer Prozentsatz der in der GKV Versicherten kaum in diesem Sinne schutzbedürftig sein. Eine Wahlmöglichkeit nach Maßgabe der Erwerbsform, sich in einer privaten oder gesetzlichen Versicherung zu versichern, lässt sich mit diesem Argument einer Schutzbedürftigkeit nicht begründen. Darüber hinaus scheint sich seit der Etablierung privater Versicherungen die Funktion der Pflichtversicherungsgrenze darauf reduziert zu haben, den privaten Versicherungen ein Marktsegment zu sichern und somit Verkrustungen bei historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen nicht aufbrechen zu müssen.

### ***Wachstums- und beschäftigungsfreundliche Beitragsgestaltung***

**679.** Im Zuge der Gesundheitsreform 2007 wurde bei der Art der Beitragsbemessung – ähnlich wie bei der Abgrenzung des Versichertenkreises – auf eine grundlegende Reform verzichtet. Im GKV-WSG wird vielmehr an der bisherigen Beitragsbasis und damit an einem einkommensbezogenen Finanzierungssystem festgehalten. Es erfolgt keine Ausweitung der Beitragsbasis – weder auf andere Einkunftsarten noch durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Es wurde

lediglich ein zaghafter und nach Lage der Dinge eher symbolischer Einstieg in ein Pauschalssystem beschlossen, in dem der Krankenversicherungsbeitrag in der GKV einen unabhängig vom individuellen Einkommen bemessenen Geldbetrag ausmachen kann.

**680.** Angesichts der prinzipiellen Beibehaltung eines einkommensorientierten Finanzierungssystems und der Geringfügigkeit von als Pauschalen eventuell erhobenen Zusatzbeiträgen bleiben die **Vorzüge von Pauschalbeitragsystemen** wie im Modell der Bürgerpauschale mit seinen einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträgen weitestgehend unerschlossen. Aus beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht ist ein Pauschalbeitragsystem grundsätzlich dem gegenwärtigen einkommensorientierten System vorzuziehen, da einkommensabhängige Beiträge – deren Höhe unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen ist – weitgehend wie eine mit negativen Effekten auf Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage einhergehende proportionale Einkommensteuer oder Lohnsummensteuer wirken (JG 2004 Ziffer 495). Pauschalbeiträge im Umlageverfahren führen hingegen für sich genommen zu einer Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten. Sie beseitigen vom Prinzip her den krankenversicherungsbedingten Abgabenteil, das heißt die Differenz zwischen Produzenten- und Konsumentenlohn. Freilich wird diese Entkopplung nach Maßgabe des unverzichtbaren steuerfinanzierten Sozialausgleichs für die Bezieher niedriger Einkommen zurückgenommen.

**681.** Der Einheitsbeitrag dürfte, wie ihn die Bürgerpauschale vorsieht, nicht gegen **verfassungsrechtliche Grundsätze** verstoßen (JG 2004 Ziffer 530). Die Pauschalprämie wird von jeder Versicherung individuell nach ihrem Finanzbedarf kalkuliert, dann aber für die gesamte Versichertengemeinschaft dieser Versicherung einheitlich erhoben. Gleiche Beiträge sind in Form von Mindestbeiträgen und Festbeiträgen in der Sozialversicherung bisher schon anerkannt worden. Darüber hinaus ist mit Blick auf die Versichertengemeinschaft einer Kasse der Risikoausgleich ein allgemeines versicherungstypisches Prinzip.

**682.** Auch nach der Gesundheitsreform 2007 werden durch die einkommensorientierte Beitragsfinanzierung und durch das doch komplexe Regelwerk der kassenindividuellen Zusatzbeitragshebung und der Gewährung von Rückerstattungen die Gesundheitskosten für den Einzelnen in der GKV nach wie vor nicht transparent gemacht. Schon jetzt sind besonders für die sonst regelmäßig kostenbewussten Niedrigeinkommensbezieher die tatsächlichen Kosten des Gesundheitssystems am wenigsten transparent. Zukünftig kann diese mangelnde Transparenz ebenfalls einer nachfrageinduzierten Ausgabenausweitung im Gesundheitswesen Vorschub leisten. Im Modell der Bürgerpauschale hingegen werden durch die einkommensunabhängigen Krankenversicherungsbeiträge die Gesundheitskosten bei der einheitlichen Basisversorgung für den Einzelnen transparenter. Dies führt nicht nur zu einem **kostenbewussteren Verhalten der Versicherten**, sondern auch zu einem stärkeren Wettbewerb unter den Krankenkassen und den Leistungserbringern.

**683.** Das Modell der Bürgerpauschale hat zudem den Vorteil, dass durch die vom Einkommen der Versicherten unabhängige Beitragsbemessung eine Abhängigkeit der Kasseneinnahmen von der konjunkturellen Entwicklung und Beschäftigungssituation weitgehend beseitigt würde. Das in der Vergangenheit beobachtete Problem der **Wachstumsschwäche der Beitragsbasis** würde im Modell der Bürgerpauschale nicht auftreten. Konjunkturelle Entwicklungen würden sich stabilisie-

rungspolitisch korrekt nur im aus dem Bundeshaushalt finanzierten sozialen Ausgleich niederschlagen. Allerdings bietet ein Pauschalbeitragssystem keine ausreichende Vorkehrung gegen künftige Beitragserhöhungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demografischen Entwicklung. Wie bei dem geltenden und künftigen überwiegend einkommensorientierten Finanzierungssystem sind Erhöhungen der Krankenversicherungsbeiträge daher vorprogrammiert. Aus diesem Grund könnte bei der Basisversicherung, wie im Jahresgutachten 2004/05 als Option ausführlich analysiert, eine das Umlageverfahren ergänzende Kapitaldeckung – die obligatorische Bildung eines externen individuellen Kapitalstocks – eingeführt werden.

**684.** Im Modell der Bürgerpauschale wird die Einkommensumverteilung, die derzeit wenig transparent und wenig zielgenau ist, aus dem Krankenversicherungssystem eliminiert. Es findet eine **Separierung von Versicherungszielen und Umverteilungszielen** statt. Im Rahmen eines versicherungsexternen sozialen Ausgleichs wird eine finanzielle Überlastung Einzelner verhindert. Diese personelle Einkommensumverteilung wird dabei in das bestehende Steuer-Transfer-System übertragen. Im Vergleich zum geltenden und zukünftigen Recht kann auf diese Weise die Einkommensumverteilung transparenter und zielgenauer durchgeführt werden. Denn im Steuer-Transfer-System kann sowohl dem Leistungsfähigkeitsprinzip als auch dem Solidarprinzip besser entsprochen werden als in einem Krankenversicherungssystem, das nur auf Lohn- und Renteneinkommen fußt, eine Beitragsbemessungsgrenze enthält und – wie mit der Gesundheitsreform 2007 beabsichtigt – nur einen sukzessiven und bei weitem nicht ausreichenden Einstieg in die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen vorsieht. Eine zielgenauere und transparentere extern organisierte Umverteilung mag dabei für einige Versicherte Mehrbelastungen zur Folge haben, allerdings dürften darunter Personen sein, die im gegenwärtigen System in nicht zu rechtfertigender Weise von den intransparenten Umverteilungsmechanismen innerhalb des Krankenversicherungssystems profitieren. Bei der Analyse von Verteilungswirkungen sollte dies nicht unerwähnt bleiben.

### *Umsetzung*

**685.** Der vorgeschlagene Systemwechsel auf der Finanzierungsseite der Krankenversicherung würde zweifellos zu den grundlegendsten und weitreichendsten sozialpolitischen Reformen der letzten Jahrzehnte zählen. Allerdings wäre ein solcher **Paradigmenwechsel in der Finanzierung** des Gesundheitswesens mit einer Reihe gravierender juristischer und praktischer Schwierigkeiten verbunden. Diese sind ernst zu nehmen, sollten aber nicht von vornherein als unüberwindbar angesehen werden (JG 2004 Ziffer 526). Zu bedenken ist dabei, dass auf diese Schwierigkeiten vor allem von denjenigen Gruppen und Institutionen hingewiesen wird, die Nachteile für sich im neuen System erkennen, zum Beispiel weil sie einem stärkeren Wettbewerb ausgesetzt werden, sich auf neue Marktbedingungen einstellen und auf tradierte Geschäftsmodelle verzichten müssen.

Im Hinblick auf einige Regelungen des GKV-WSG haben 30 private Krankenkassen eine Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht eingereicht. Diese Verfassungsklage richtet sich namentlich gegen den neuen Basistarif. Die privaten Krankenversicherer sind dazu verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten. Dieser Tarif muss sich am Leistungsumfang der GKV orientieren. Es gelten Kontrahierungszwang und das Verbot der Risikoprüfung. Für diesen Tarif dürfen die Versicherer nur Prämien erheben, die den Höchstbetrag in der GKV nicht überschreiten. Ferner ist vorgesehen, dass für den Fall, dass durch die Zahlung des Beitrags ein Versicherter hilfsbedürftig wird, der Beitrag zu halbieren ist. Belastungsunter-

schiede der Versicherungsunternehmen infolge des Verzichts auf Risikozuschläge sowie infolge der Begrenzung der Beitragshöhe werden im Rahmen eines unternehmensübergreifenden Risikoausgleichs kompensiert. Hierbei wird unterschieden, dass Aufwendungen infolge von Vorerkrankungen auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig verteilt werden, aber Mehraufwendungen infolge der Beitragsbegrenzung gleichmäßig auf alle Versicherungsunternehmen der PKV, das heißt auf alle PKV-Vollversicherten, zu verteilen sind. Zudem richtet sich die Klage unter anderem gegen die Regelung, dass Personen mit einem hohen Einkommen erst nach einer dreijährigen Wartefrist von der GKV in die PKV wechseln können. Die privaten Versicherer fürchten, dass durch die Beschränkung der Neuzugänge ihre Tragfähigkeit gefährdet ist.

Unstrittig ist, dass die Einführung eines Basistarifs einen erheblichen regulatorischen Eingriff in das Geschäftsmodell und den Markt der privaten Krankenversicherer darstellt und die Verpflichtung der PKV-Vollversicherten zur Finanzierung der Beitragsausfälle zugunsten Hilfsbedürftiger im Basistarif Versicherter zumindest ordnungspolitisch bedenklich ist. Für das anstehende Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dürfte es allerdings weniger darauf ankommen, ob die monierten Bestimmungen potenziell mit spürbaren Belastungen für das PKV-System verbunden sind, sondern mehr darauf, ob diese Belastungen eine relevante, das heißt die PKV substanziell belastende Größenordnung erreichen.

**686.** Wenn die mit der Aufhebung der Segmentierung verbundenen verfassungsrechtlichen Schranken sich als unüberwindbar herausstellen und die vorgeschlagenen Bestandsschutzregeln für die PKV nicht ausreichen sollten, wäre eine Gesundheitsprämie im Umlagesystem unter Beibehaltung der Pflichtversicherungsgrenze, sozusagen eine „**kleine Bürgerpauschale**“, ein dem geltenden und künftigen Finanzierungssystem immer noch deutlich überlegenes Konzept, das auf jeden Fall in der nächsten Legislaturperiode realisiert werden könnte. Die allokativen und distributiven Wirkungen sind dem vom Sachverständigenrat favorisierten Modell der Bürgerpauschale ähnlich. Der Nachteil besteht jedoch darin, dass die Segmentierung des Krankenversicherungsmarkts und die Risikoselektion an der Grenze zwischen beiden Segmenten erhalten bleiben.

## **Ausgabenseitiger Reformbedarf**

### ***Monistische Krankenhausfinanzierung***

**687.** Seit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) am 29. Juni 1972 gilt für die Krankenhäuser das Prinzip der „**dualen Finanzierung**“: Die Finanzierung der Ausgaben für Investitionen und Großgeräte obliegt auf der Basis der jeweiligen Krankenhausbedarfsplanungen den Bundesländern, während die Betriebsausgaben über die Pflegesätze von Patienten beziehungsweise deren Krankenversicherungen zu finanzieren sind. Dieses Prinzip wird seit längerem auch vom Sachverständigenrat kritisiert. Denn die fehlende Möglichkeit der Krankenhäuser, die Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb kohärent zu planen und zu verhandeln, beeinträchtigt deren betriebswirtschaftliche Rentabilität. Zudem sind die Krankenhausbedarfsplanungen der Länder, auf denen die Investitionsfinanzierung basiert, durch eine substanzielle landes- und kommunalpolitische Einflussnahme mit negativen Folgen auf die Entwicklung des Krankenhaussektors gekennzeichnet. Hinzu kommen zeitliche Verzögerungen infolge der externen Bürokratisierung von Investitionsentscheidungen und nicht zuletzt der Umstand, dass sachfremde Aspekte maßgeblich über die Zuteilung der Fördermittel mitentscheiden. Außerdem ist die duale Finanzierung der Krankenhäuser in Frage zu stellen, da sie zur stark kritikbehafteten Sektoralisierung im deutschen Gesundheitswesen beiträgt. Während im ambulanten Bereich Kapazitätsplanung und Sicherstellungsfunktion in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und die Leistungserbringer ihre Investitionsaufwendungen vollständig aus ihrer Vergütung durch

die Krankenversicherungen finanzieren, sind hierfür im Krankenhausbereich jeweils die Bundesländer zuständig. Die unterschiedliche Investitionsfinanzierung im ambulanten und stationären Bereich bedingt zudem eine Verzerrung der relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die steuerfinanzierte Förderung von Investitionen der Krankenhäuser konterkariert somit den Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die Optimierung der Angebotsstrukturen im Rahmen der Bemühungen um eine integrierte Versorgung.

Nicht zuletzt aus diesen Gründen war im Gesetzentwurf der damaligen Bundesregierung zur „GKV-Gesundheitsreform 2000“ – um die Inkonsequenz von Finanzierungsverantwortung und Planungszuständigkeit zu überwinden – vorgesehen, die duale Finanzierung durch eine bei den Krankenkassen liegende monistische Finanzierungsverantwortung zu ersetzen. Dieser Vorstoß scheiterte damals am Widerstand des Bundesrates (JG 2000 Ziffer 474).

**688.** Das heute noch von vielen Bundesländern hoch gehaltene Prinzip der Krankenhausfinanzierung wird allerdings durch das **Finanzierungsverhalten der Länder** selbst durch eine seit Mitte der neunziger Jahre sowohl relative wie absolute – nahezu kontinuierlich – sinkende Investitionsförderung in Frage gestellt.

Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 sank die Förderung nach dem KHG von insgesamt etwa 3,6 Mrd Euro auf nur noch knapp 2,7 Mrd Euro (Schaubild 82 Teil a) – und dies, während in der gleichen Zeit der Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben, mithin der Krankenhausesektor nicht geschrumpft ist.

Im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2006 ist im gesamten Bundesgebiet der Anteil der Krankenhausaussgaben am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben (Schaubild 83, Seite 402). Bei der isolierten Betrachtung der alten und neuen Länder zeigt sich hingegen ein etwas anderes Bild. Infolge der deutlich geringeren Wirtschaftskraft und aufgrund der nach der Vereinigung erfolgten Anschubfinanzierungen für Krankenhäuser sind in den neuen Bundesländern die Anteilswerte durchweg höher als in den alten Bundesländern. Zudem zeigt sich, dass der Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser am Bruttoinlandsprodukt in den ersten Jahren nach der Vereinigung zwar gesunken, jedoch ab dem Jahr 1994 wieder leicht gestiegen ist. In den alten Ländern hingegen hat sich im gleichen Zeitraum diese Relation kaum verändert.

Bei einer weitgehenden Konstanz der Krankenhausaussgaben in Relation zum Bruttoinlandsprodukt ist die Quote der KHG-Investitionen, also der im Rahmen der dualen Finanzierung zur Verfügung gestellten Fördermittel, seit dem Jahr 1991 deutlich gesunken (Schaubild 82 Teil b). In den alten Bundesländern hat sich der Mittelzufluss für Investitionen in Höhe von 0,19 vH des Bruttoinlandsprodukts im Jahr 1991 auf 0,10 vH im Jahr 2007 nahezu halbiert. Dieser Befund gilt ebenso für die Analyse des gesamten Bundesgebiets und unter Berücksichtigung der erwähnten Sondereinflüsse in den neuen Bundesländern. Für Deutschland insgesamt verringerte sich im Zeitraum der Jahre 1991 bis 2007 die Quote der Investitionsmittel nach dem KHG von gut 0,24 vH des Bruttoinlandsprodukts auf 0,11 vH.

Schaubild 82

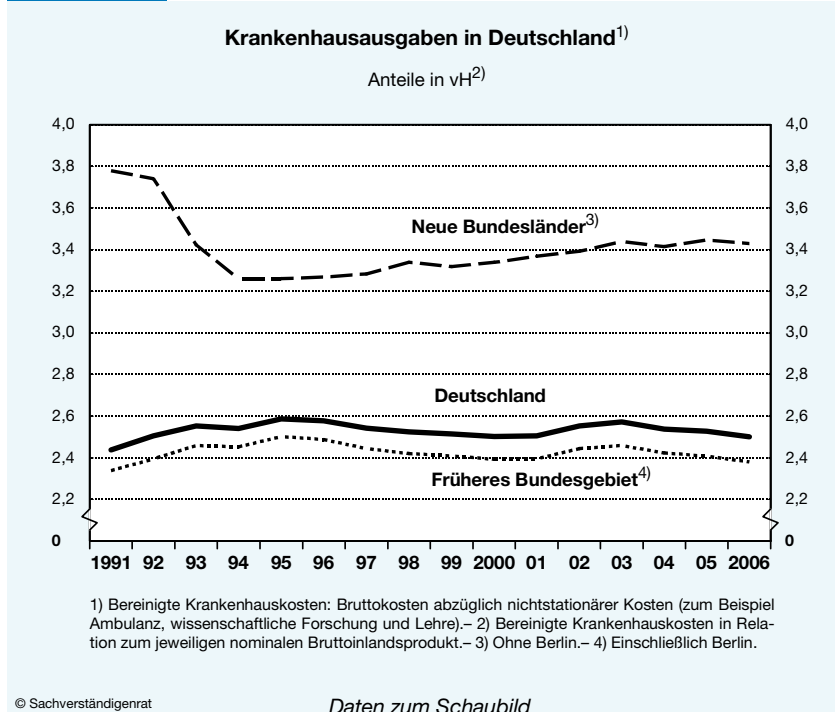


Dieser kontinuierlich sinkende Anteil der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung der Kliniken impliziert eine faktisch zunehmend monistische Krankenhausfinanzierung („schleichende Monistik“). Dringende Investitionsvorhaben müssen verstärkt auch aus den Leistungsvergütungen finanziert werden. Die Krankenkassen sehen hierin eine ordnungspolitisch verfehlte Subventionierung von Länderhaushalten aus Beitragsmitteln.

**689.** Damit bestehende Überkapazitäten abgebaut werden, gleichzeitig aber Investitionen dort, wo sie unter gesamtwirtschaftlichen Versorgungsaspekten effizient sind, ausreichend finanziert werden können, sollten die Investitionsmittel möglichst leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden. Das Konzept der monistischen Finanzierung, die Krankenhausfinanzierung „aus einer Hand“, sieht deshalb vor, dass die Krankenhäuser Betriebsausgaben und Investitionsaufwendungen allein aus der Vergütung ihrer erbrachten Behandlungsleistungen durch die Krankenversicherungen finanzieren.

Im Hinblick auf die Mittelaufbringung bedeutet Monistik, dass die Krankenversicherungen (stellvertretend für die Patienten als Nutzer von Krankenhausleistungen) sowohl für die Betriebs- als auch für die Investitionsaufwendungen der Kliniken Zahlungen tätigen und zwar entsprechend den in Anspruch genommenen Leistungen. Die dazu erforderliche bessere Finanzausstattung der Krankenkassen kann durch Steuerzuschüsse (beispielsweise in den Gesundheitsfonds) bereitgestellt werden, die bislang dem Zweck einer Förderung von Krankenhausinvestitionen dienen. In diesem Fall aber darf, um das Prinzip der Monistik nicht auszuhöhlen, zwischen den Steuerzuschüssen und den tatsächlichen Zahlungen der Krankenkassen an die Krankenhäuser keine direkte Bindung bestehen. Die Höhe dieses Steuerzuschusses könnte mit Umstellung auf die Monistik einmalig im Hinblick auf einen Förderbedarf bestimmt werden – eventuell versehen mit einer Dynamisierungsregel. Diese sollte allerdings von den tatsächlichen Krankenhausinvestitionen abgekoppelt sein (keine Nachschusspflicht).

Schaubild 83



**690.** Technisch umgesetzt werden kann das Prinzip der monistischen Finanzierung durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG). Damit würde für die Investitionsmittelverteilung dasselbe Ausmaß an Wettbewerbsorientierung gelten, wie dies bereits für die Leistungsvergütungen der Krankenhäuser der Fall ist. Je nach Aus-

gestaltung der Aufschläge würden sich unterschiedliche Allokationswirkungen ergeben. Wird zum Beispiel auf alle DRG einheitlich ein gleicher absoluter Geldbetrag aufgeschlagen, richtet sich die Höhe der Investitionsmittel allein nach der Fallzahl. Wird der Investitionsaufschlag hingegen als gleicher prozentualer Aufschlag auf die diagnosebezogene Fallpauschale bemessen, sind die Investitionsmittel sowohl von der Fallzahl als auch von der Fallschwere abhängig. Da der Zusammenhang zwischen der Höhe der diagnosebezogenen Fallpauschalen und dem jeweiligen diagnosebezogenen Investitionsbedarf nicht durchweg linear ist, empfiehlt sich ein differenziertes System von Investitionsaufschlägen. Daher sollten die Investitionszuschläge so differenziert werden, dass diese die Unterschiede in der tatsächlichen Nutzung verschiedener Anlagegüter (zum Beispiel medizintechnische Großgeräte) zwischen den einzelnen DRG-Pauschalen widerspiegeln. Die Bestimmung adäquater Investitionszuschläge könnte beispielsweise auf der Basis einer aufwandsbezogenen Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorgenommen werden.

Sollen mit der monistischen Krankenhausfinanzierung die Preisverzerrungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwunden werden, müssten perspektivisch auch entsprechende Investitionszuschläge für diagnosebezogene Fallpauschalen zur Vergütung ambulanter Leistungen bestimmt werden (oder es müsste auf sämtliche Steuermittel in der Gegenfinanzierung verzichtet werden).

Die Kopplung der Investitionszuschläge an die DRG-Pauschalen bedeutet, dass die Investitionsmittel im Rahmen der GKV (ab dem Jahr 2009) über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen zur Vergütung stationärer Behandlungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden. Eine explizite Investitionsförderung durch die Krankenversicherungen wird ausgeschlossen, weil es damit faktisch bei einer Dualität der Krankenhausfinanzierung bliebe und die Investitionsentscheidungen weiterhin Gegenstand bürokratisierter Verhandlungsprozesse wären.

Eine konsequente Kopplung der Investitionsmittel an die Leistungsvergütungen würde dazu führen, dass kein „Investitionsstau“ mehr in dem Sinn entstehen kann, dass die Krankenhausinvestitionen der tatsächlichen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen hinterherhinken. Investitionsbudgets könnten nicht mehr explizit gedeckelt werden, sondern nur noch mittelbar infolge von Einschränkungen in der Vergütung von stationären Behandlungsleistungen. Umgekehrt wären Steigerungen der Investitionsmittel genauso wie die Leistungsvergütungen abhängig von der Finanzausstattung der Krankenversicherungen.

**691.** Insbesondere von Seiten der Kliniken wird häufig gefordert, dass eine Umstellung der Investitionsförderung den bestehenden „Investitionsstau“, zumindest aber die bundeslandspezifische Förderhistorie berücksichtigen müsse. Gegen eine solche „Vergangenheitsbewältigung“ sprechen mehrere Gründe:

In einem System der monistischen Krankenhausfinanzierung entscheiden prinzipiell die von einem Krankenhaus erbrachten und vergüteten Behandlungsleistungen über die zur Verfügung stehenden Investitionsmittel. Ob sich ein Krankenhaus im Hinblick auf seine Investitionsmittelausstattung nach dem Übergang zur Monistik besser oder schlechter stellt, hängt also entscheidend vom Volumen und der Struktur seiner Leistungen sowie von seiner Wirtschaftlichkeit ab. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass zwischen Leistungsstruktur und Wirtschaftlichkeit auf der einen und der

Höhe der KHG-Investitionsförderung des jeweiligen Bundeslandes auf der anderen Seite kein deterministischer Zusammenhang besteht. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass identische Investitionsförderbeträge aufgrund regionaler Kosten- und Preisdifferenzen unterschiedlich hohe Investitionen ermöglichen.

Unterschiedliche Ausgangsbedingungen zwischen den jeweiligen Krankenhäusern der Bundesländer lassen sich nur im Hinblick auf die KHG-Investitionsförderung eindeutig bestimmen. Dementsprechend beziehen sich sämtliche Schätzungen eines „Investitionsstaus“ lediglich auf die KHG-Investitionsförderung. Für eine Bestimmung des tatsächlichen Investitionsbedarfs der einzelnen Krankenhäuser fehlen aber erstens objektive Kriterien und zweitens setzt eine solche Analyse eine wesentlich umfangreichere und differenzierte Datengrundlage voraus. Erforderlich wären zum Beispiel Daten zum Modernitätsgrad der Krankenhausausrüstung und zum Bauzustand sowie zur Angemessenheit der Krankenhausausrüstung im Hinblick auf den landesspezifischen Behandlungsbedarf (Morbidität). Für einen Vergleich der Krankenhäuser auf einer solchen Datengrundlage bilden jedoch die Bundesländer kein sachgerechtes Abgrenzungskriterium. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität innerhalb einiger Länder müsste die Bedarfsseite kleinräumiger beziehungsweise sogar auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses bestimmt werden.

Eine Orientierung von Finanzierungs- und Vergütungsmaßstäben an Bundesländergrenzen ist in der Sozialversicherung generell fragwürdig. Bei Krankenhausleistungen zeigt sich an der Notfallversorgung, an hoch spezialisierten Behandlungen oder an der Umlandversorgung durch Stadtstaaten, dass bundeslandbezogene Organisationsprinzipien mit konzeptionellen Schwierigkeiten verbunden sind. Die Möglichkeit der Versicherten zur Nutzung stationärer Einrichtungen ist nicht an regionale Grenzen gebunden. Bundesländer, die die (potenziellen) Vorteile einer gemeinschaftlichen Finanzierung – sei es im Rahmen der Sozialversicherungen oder durch die Verwendung von Steuermitteln – nutzen, haben immer auch regionale Umverteilungen untereinander zu akzeptieren. Würde dieses für die Sozialversicherung konstitutive Prinzip nicht akzeptiert, müssten auch die Renten- und Arbeitslosenversicherung regionalisiert werden.

Die Investitionsmittel sollten deshalb also grundsätzlich leistungsbezogen in Form von DRG-Zuschlägen ausgezahlt werden. Aufgrund der Ungewissheit über den „tatsächlichen“ Investitionsbedarf in den einzelnen Krankenhäusern und der offensichtlich großen Heterogenität gerade innerhalb der Bundesländer ist das Ergebnis einer solchen Umstellung a priori nicht vorhersehbar. Aussagen darüber, ob ein Bundesland hierdurch insgesamt verliert oder gewinnt, lassen sich nach Lage der Dinge wissenschaftlich nicht fundieren.

**692.** Vom **Wettbewerb der Krankenhäuser** um die leistungsbezogenen Investitionsmittel ist zu erwarten, dass er zum Abbau von Überkapazitäten beiträgt beziehungsweise diesen beschleunigt. Darüber hinaus würde eine stärkere Spezialisierung und Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern nicht mehr durch eine separate steuerfinanzierte Investitionsförderung gehemmt. Diese Wettbewerbswirkungen sind grundsätzlich positiv zu werten. Allerdings könnten sie in strukturschwachen Regionen unerwünschte Konsequenzen haben, insoweit zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und einer strukturpolitisch gewollten wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits Zielkonflikte entstehen. Um eine flächendeckende Not-

fallversorgung zu gewährleisten, sollte aber ebenso wie im Interesse zeitkritischer Behandlungslfälle die Möglichkeit bestehen, einen Teil der Steuermittel, zum Beispiel 10 vH über einen Infrastrukturfonds, für die Investitionsförderung in strukturschwachen Gebieten nicht in Form von DRG-Zuschlägen auszuzahlen, sondern zur gezielten Förderung einer elementaren Krankenhausversorgung in strukturschwachen Regionen einzusetzen.

### *Versorgungsformneutrale Vergütung von Gesundheitsleistungen*

**693.** Neben einem Umstieg von der „schleichenden Monistik“ hin zu einer „echten Monistik“ sollte auch eine Überwindung der die Effizienz des Gesundheitssystems mindernden Sektoralisierung und damit der **sektoralen Budgets** stehen. Vor allem die Vergütungssysteme in der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und der stationären Versorgung andererseits unterscheiden sich deutlich nach Art und Höhe. Die Konsequenz dieser Unterschiede in den sektoralen Vergütungssystemen ist, dass es derzeit zwischen den unterschiedlichen Versorgungsformen keinen „Wettbewerb mit gleich langen Spießen“ gibt. Getrennte Budgets führen dazu, dass die Honorierung einer sektorübergreifenden Leistung nicht folgt und daher kein Sektor ein Interesse haben kann, zusätzliche Leistungen zu übernehmen. Folgt aber das Geld den Leistungen, wird kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen an einen anderen Sektor abzugeben. Eine Konsequenz sektoraler Budgets ist daher bestenfalls eine sektoroptimale Leistungsabgabe, nicht aber die – wünschenswerte – systemoptimale Integration der Behandlungsprozesse. Notwendig ist daher ein sektorübergreifendes, versorgungsformneutrales Vergütungssystem.

**694.** Da die gegenwärtige Evidenzlage unzureichend ist, um eine bestimmte Versorgungsform – zum Beispiel die hausarztzentrierte Versorgung – als anzustrebendes Modell zu präferieren oder das Ende etablierter Versorgungsformen – wie zum Beispiel der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Fachärzte – zu propagieren, ist eine Harmonisierung der unterschiedlichen Vergütungssysteme geboten. Denn nur dann kann sich im Wettbewerb der verschiedenen Versorgungsformen die je nach Behandlungsbedarf und je nach Region beste Versorgungsform herausbilden. **Leitlinie einer Harmonisierung** der bestehenden unterschiedlichen sektoralen Versorgungssysteme sollte sein, dass sich die Höhe der Honorierung am Morbiditätsgrad des jeweiligen Behandlungsfalles orientiert. Eine qualitätsgesicherte Meniskusoperation wäre daher gleich zu honorieren, unabhängig davon, ob diese Operation in einer ambulanten Praxis, einem medizinischen Versorgungszentrum oder einem Krankenhaus durchgeführt wird. Nur wenn vom Prinzip her gleiche Honorare für gleiche Leistungen gezahlt werden, kann eine versicherungsökonomisch und sozialpolitisch unerwünschte Risikoselektion der Anbieter medizinischer Leistungen vermieden werden. Im Krankenhausbereich ist der Morbiditätsbezug der Honorierung mit dem DRG-System eingeführt worden, und durch das GKV-WSG sind ab dem Jahr 2011 arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen auch für die fachärztliche Versorgung durch Vertragsärzte vorgesehen.

Da die regionalen Bedingungen nach Art des Behandlungsbedarfs unterschiedlich sind, ist nach einer Harmonisierung der Vergütungssysteme und damit einer Überwindung der sektoralen Budgets zu erwarten, dass sich regional differenzierte Versorgungsstrukturen herausbilden werden, in denen die traditionelle Einzelpraxis ebenso einen Platz haben wird wie medizinische Versorgungszentren, Portalkliniken oder Allgemeinkrankenhäuser und hochspezialisierte Kliniken.

### *Wettbewerbsorientiertere Distribution von Arzneimitteln*

**695.** Derzeit sind die von selbstständigen Apothekern geführten Präsenzapotheken der dominante Absatzkanal für Arzneimittel in Deutschland. Diese Vorrangstellung geht letztlich auf das „Edikt von Salerno“ aus dem Jahr 1241 zurück, in dem nicht nur eine strikte Trennung der Berufe Arzt und Apotheker vorgeschrieben wurde, sondern auch festgelegt wurde, dass Ärzte keine Apotheke, sprich keinen Handel mit Arzneimitteln, betreiben dürfen und dass Arzneimittel gesetzlich festgeschriebene Preise haben sollen.

Trotz der Zulassung von Versandapotheken seit dem Jahr 2004 und der Aufhebung der Preisbindung der zweiten Hand für nicht verschreibungspflichtige Medikamente seit dem Jahr 2004 fehlt es diesem Segment des Gesundheitssystems an Wettbewerb. Bereits in seinem Jahresgutachten 2002/03 hat sich der Sachverständigenrat deutlich dafür ausgesprochen, die derzeitige weitgehende Exklusivität des Apothekenvertriebs im Interesse einer höheren **Wettbewerbsintensität** in der Distribution von Medikamenten abzubauen (JG 2002 Ziffer 502). Nach wie vor gewährleistet das Fremd- und Mehrbesitzverbot eine weitgehende Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapothek. Das Fremdbesitzverbot bedingt, dass Apotheken nur von selbstständigen Apothekern, nicht aber von Kapitalgesellschaften betrieben werden dürfen. In Kombination mit dem Mehrbesitzverbot, demzufolge ein Apotheker nicht mehr als vier Apotheken, eine Hauptapotheke und drei regional beieinander liegende Filialapotheken, betreiben darf, bedeutet dies ein Verbot von den Wettbewerb stimulierenden Apothekenketten.

**696.** Davon, dass die deutsche Politik das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken aus eigenem Antrieb in Frage stellen wird, ist nach Lage der Dinge nicht auszugehen. Daher kann man nur hoffen, dass dies alsbald über – auch für Deutschland verbindliche – Urteile des EuGH geschehen wird. Der Sachverständigenrat würde es deshalb begrüßen, wenn über das europäische Wettbewerbsrecht die Möglichkeit eröffnet würde, dass sich der gesamtwirtschaftliche Mix der Distributionsformen für Medikamente in einem fairen Wettbewerb der Vertriebskanäle, bei dem sich natürlich auch Kettenapotheken an der Not- und Feiertagsbereitschaft zu beteiligen hätten, herausbilden kann. Die Politik wäre besser beraten, den in der Sache richtigen Prozess der **Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs** aktiv zu steuern, als sich vom EuGH in eine Liberalisierung der Distributionskanäle treiben zu lassen.

### **III. Soziale Pflegeversicherung: Die Chance vertan**

**697.** Die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) hat sich im Jahr 2008 gegenüber dem Vorjahr, in dem ein Defizit in Höhe von etwa 0,3 Mrd Euro entstand, verbessert. Die Tendenz der Ausgabensteigerungen hat sich in diesem Jahr unvermindert fortgesetzt. Trotz der guten, sich nun jedoch im Jahresverlauf allmählich abschwächenden Beschäftigungsentwicklung ergab sich zur Jahresmitte ein Defizit von rund 370 Mio Euro. Durch die Beitragseffekte aus der Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes zum 1. Juli 2008 infolge der Pflegereform 2008 und den Einmalzahlungen, wie Weihnachtsgeld, und den zahlreichen Tarifabschlüssen mit erhöhten Steigerungsraten, die zum Teil erst ab Jahresmitte wirksam wurden, ist dennoch bis zum Jahresende ein **Überschuss der Einnahmen** in Höhe von etwas mehr als 0,4 Mrd Euro erzielt worden. Die Reserven der Sozialen Pflegeversicherung, als Mittelbestand am Ende des Abrechnungszeitraums, sind somit auf knapp 3,6 Mrd Euro angestiegen (Schaubild 84).