

Rösler, Philipp et al.

Article

Gesundheitsreform 2010: Einstieg in den Systemwechsel?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Rösler, Philipp et al. (2010) : Gesundheitsreform 2010: Einstieg in den Systemwechsel?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 63, Iss. 16, pp. 3-21

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/164853>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Im Herbst dieses Jahres soll im Bundestag eine Reform der GKV verabschiedet werden und zum 1. Januar 2011 in Kraft treten. Leitet dieses Vorhaben den Einstieg in einen Systemwechsel ein?

Gesundheitsreform 2010: Einstieg in den Systemwechsel?

Die Parteien der Regierungskoalition haben sich am 7. Juli 2010 auf Eckpunkte zu einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verständigt. Ein entsprechender Gesetzentwurf wird derzeit erarbeitet. Die Reform bedeutet den Einstieg in den Systemwechsel. Mit der Festbeschreibung des prozentualen Beitragssatzes und der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge wird die Einkommensabhängigkeit der Finanzierung des Gesundheitssystems vermindert. Die Zusatzbeiträge bieten ein transparentes Preissignal. Mit ihnen erhalten die Krankenkassen die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Zudem wird ein funktionsfähiger und einfach handhabbarer Sozialausgleich eingeführt, der vor unverhältnismäßigen Belastungen schützt.

Der Reformbedarf ist offensichtlich

Diskussionen um eine Reform des Gesundheitssystems sind in der deutschen Politik, aber auch in vielen anderen Staaten ein ständig wiederkehrendes Thema. Betrachtet man die letzten 25 Jahre, so wurde in jeder Legislaturperiode des Deutschen Bundestages mindestens ein größeres Reformvorhaben auf den Weg gebracht. Die Gründe für den Reformbedarf sind bei einem Vergleich der Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen der GKV erkennbar. Das deutsche Gesundheitssystem gewährleistet zwar auch im internationalen Vergleich eine hohe Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung, allerdings verbunden mit einem tendenziell steigenden Ausgabenniveau.

Das Gesundheitswesen steht vor den Herausforderungen, die aus dem demo-

graphischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt folgen. Eine bessere, an den medizinischen Innovationen ausgerichtete Gesundheitsversorgung ist in der Regel mit steigenden Gesundheitsausgaben verbunden. Damit die Teilhabe am medizinischen Fortschritt auch für künftige Generationen bezahlbar bleibt, sind Veränderungen notwendig. Eine Zunahme des Anteils der Rentner im Vergleich zu den im aktiven Erwerbsleben stehenden Beitragszahlern schwächt auf der anderen Seite die Einnahmehasis der GKV. Zudem verdrängen die Veränderungen von Arbeitswelt und Berufskarrieren zunehmend die klassische Form der sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung. So sind insbesondere aus diesen Gründen die Ausgaben der GKV trotz umfassender Maßnahmen des Gesetzgebers zur Ausgabenbegrenzung seit vielen Jahren deutlich dynamischer gewachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder.

Neben diesen langfristigen Trends besteht bereits kurzfristig unmittelbarer Handlungsbedarf für eine Reform der Finanzierung. Für das Jahr 2011 wäre ohne gegensteuernde Maßnahmen mit einem Defizit von bis zu 11 Mrd. € zu rechnen. Ein solches Defizit würde in dem heutigen System der Zusatzbeiträge, bei dem der Sozialausgleich durch die Anwendung der Überforderungsklausel innerhalb der einzelnen Krankenkassen erfolgt, zu großen Schwierigkeiten führen. Krankenkassen mit einer ungünstigen Mitgliederstruktur, also mit vielen Mitgliedern mit niedrigen Einkommen, müssten erhebliche Wettbewerbsnachteile hinnehmen und würden in letzter Konsequenz insolvent werden. Die daraus resultierenden Belastungen müssten durch andere Krankenkassen getragen werden, die dadurch selbst in Gefahr gerieten. Damit wäre letztlich das gesamte System der GKV gefährdet.

In den letzten Jahren wurden von zahlreichen Wissenschaftlern und Institutionen Modelle mit einer einkommensunab-



Philipp Rösler*

* Dr. Philipp Rösler ist Bundesminister für Gesundheit.

hängigen Finanzierung über Prämien entwickelt. Diese Modelle unterscheiden sich in vielen Punkten wie z.B. dem einbezogenen Personenkreis, der Kalkulation der Prämien, der Definition einer Belastungsgrenze für den Sozialausgleich und dem dabei anzuwendenden Einkommensbegriff. Eines aber ist ihnen gemeinsam: Sie enthalten keine praktikablen Lösungen für einen Umstieg vom heutigen Finanzierungssystem auf das angestrebte. Pragmatische Politik muss aber an den gegebenen Voraussetzungen ansetzen und schrittweise Übergänge konzipieren – ohne dass hierbei Friktionen auftreten.

Mit einem Defizitausgleich für 2011 wird der Einstieg in den Systemwechsel eröffnet

Die Bundesregierung hat sich daher bei ihren Reformüberlegungen auch an Fragen der Umsetzbarkeit orientiert. Über eine Stabilisierung der Ausgaben und eine Stärkung der Finanzierungsgrundlage soll das erwartete Defizit für 2011 ausgeglichen und gleichzeitig der Einstieg in den Systemwechsel eröffnet werden. Auf der Ausgabe Seite wird der Zuwachs bei Leistungserbringern und Krankenkassen dort begrenzt, wo dies ohne Leistungseinschränkungen verantwortbar ist. Auf der Einnahmeseite läuft die im Juli 2009 erfolgte vorübergehende Beitragssatzabsenkung um 0,6 Prozentpunkte im Rahmen des Konjunkturpaketes II zum Jahresende 2010 aus. Sie ist angesichts der nach der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise wieder anspruchsvollen Konjunktur nicht mehr zu rechtfertigen. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz wieder 14,6% zuzüglich des mitgliederbezogenen Anteils von 0,9 Prozentpunkten betragen. Die Lasten zur Deckung des Defizits im Jahr 2011 werden so gerecht verteilt. Je 3 Mrd. € tragen Arbeitgeber und Versicherte über den Beitragssatz, über 3 Mrd. € die Leistungserbringer wie Arzneimittelhersteller, Ärzte und Krankenhäuser und die Krankenkassen über die Ausgabenbegrenzungen. Flankiert wird der Reformprozess durch einen zusätzlichen Steuerzuschuss von 2 Mrd. € für das Jahr 2011.

Die Entwicklung der Arbeitskosten wird unabhängig von der Entwicklung der Gesundheitskosten

Ein Ziel des Systemwechsels ist, dass zukünftige Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr automatisch zu höheren Arbeitskosten führen. Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3% festgeschrieben. Deutschland ist ein stark auf den Weltmarkt ausgerichtetes Land. Daher spielt die internationale Wettbewerbsfähigkeit für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung in Deutschland eine überaus wichtige Rolle. Es ist unstrittig, dass eine Beurteilung der deutschen Standort-

attraktivität nicht ausschließlich auf Basis der Arbeitskosten erfolgen kann. Diese wird vielmehr durch das Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wobei für den Arbeitseinsatz neben den Arbeitskosten selbstverständlich auch die Arbeitsproduktivität und Währungs-komponenten zu berücksichtigen sind. Dennoch dürfte es ebenso unstrittig sein, dass mit der geplanten Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge bei perspektivisch weiter steigenden Gesundheitsausgaben ein Anstieg der einkommensabhängigen Beiträge vermieden werden kann und hieraus mittel- bis langfristig eine Entlastung des Faktors Arbeit einher gehen wird. Gerade gegenüber Ländern mit steuerfinanzierten Krankenversicherungssystemen spielt die Verhinderung eines weiteren Anstiegs der Lohnzusatzkosten eine wichtige Rolle und trägt dazu bei, Arbeitsplätze zu schaffen oder sicherer zu machen.

Im Gegensatz zu automatischen Kostensteigerungen bei einkommensabhängigen Beiträgen wird es bei der Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge den Arbeitgebern und Arbeitnehmern überlassen, darüber zu verhandeln. Dieses Mehr an Flexibilität ist gesamtwirtschaftlich sinnvoll. Hierdurch kann in Krisenzeiten die Belastung der Unternehmen begrenzt werden, während in Boomphasen die Arbeitnehmer entsprechend höhere Lohnabschlüsse durchsetzen können. Gleichzeitig wird das System der GKV so unanfälliger gegenüber konjunkturellen Schwankungen.

Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge bildet die Grundlage für eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems und damit für mehr Effizienz und Qualität

Aufgrund des medizinischen Fortschritts durchaus gewollte Ausgabensteigerungen können zukünftig über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge der GKV-Mitglieder finanziert werden. Die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge schafft damit die Voraussetzung, die Finanzierung des Gesundheitssystems auf eine stabile Basis zu stellen. Da die Zusatzbeiträge nicht mehr durch die derzeitige Überforderungsklausel gedeckelt werden, können die Krankenkassen den notwendigen Finanzbedarf, der nicht durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt ist, über Zusatzbeiträge ausgleichen. Sie gewinnen damit die notwendige Beitragsautonomie. Das ist eine Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb.

Jede Krankenkasse entscheidet selbst, in welcher Höhe sie von ihren Mitgliedern Zusatzbeiträge erhebt. Die derzeit noch bestehende Option prozentualer Zusatzbeiträge entfällt. Mit der hiermit einher gehenden Preistransparenz wird der entscheidende Grundstein für eine wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems gelegt. Zukünftig ist der Preis der gewählten Krankenkasse in Euro

und Cent für jedes Mitglied einer Krankenkasse nachvollziehbar. Die auch weiterhin notwendige Umverteilung findet über einen Ausgleich bei den einkommensbezogenen Beiträgen statt.

Den Zusatzbeitrag wird ein Mitglied zukünftig nur bezahlen, wenn es der Meinung ist, dass das Leistungs- und Serviceangebot einer Krankenkasse den Preis dieser Krankenkasse rechtfertigt.

Nur bei klaren und unverzerrten Preissignalen kann sich der gewollte Wettbewerb voll entfalten. In einem ersten Schritt werden also die Versicherten stärker als bisher darauf achten, dass das Preis-/Leistungsverhältnis ihrer Krankenkasse stimmt. Wenn ausreichend viele Mitglieder diesem Anreiz folgen, wird sich der Druck auf die Krankenkassen erhöhen, noch verantwortungsvoller als bisher mit den Beitragsgeldern ihrer Mitglieder umzugehen und auch innovative Lösungen zu suchen. Neben den Bestrebungen einer schlanken Verwaltung werden die Krankenkassen auf diesen Wettbewerbsdruck mit einem verstärkten Angebot an effizienten Versorgungslösungen reagieren. Damit die »Stellschraube Wettbewerb« die gewünschte Wirkung entfalten kann, muss für die Krankenkassen jedoch auch der entsprechende Spielraum geschaffen werden.

Weitere strukturelle Reformen zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem sind daher notwendig. Dazu zählen die Ausweitung der Kostenerstattung sowie ein einfaches und verständliches Vergütungssystem für die ärztliche Versorgung, das die Leistungen adäquat abbildet und regionale Besonderheiten berücksichtigt. Eine Reform der Selbstverwaltungsorgane sowie eine konsequente Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts sollen dafür sorgen, dass zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Verträge auf gleicher Augenhöhe geschlossen werden. Durch einen Ausbau wettbewerblicher Strukturen sollen Effizienzreserven genutzt werden. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen sich zukünftig intensiver um ihre Patienten und Versicherten bemühen. So wird der Weg zu mehr Qualität und mehr kreativen Lösungen geebnet.

Ein einfach handhabbarer Sozialausgleich sorgt für Gerechtigkeit

Um die notwendige Akzeptanz zu schaffen, muss die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge mit einem einfachen und unbürokratischen Sozialausgleich verbunden sein. Die Beitragszahler werden durch eine gesetzlich festgelegte Überforderungsgrenze davor geschützt, über Gebühr belastet zu werden. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag eine Belastungsgrenze von 2% der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen, greift der Sozialausgleich. Auf der Basis der wirtschaftlichen Entwicklung und der

Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird jeweils im Herbst geschätzt, wie hoch der Finanzbedarf der Krankenkassen im Folgejahr sein wird, der nicht durch Beitragszahlungen und Steuerzuschüsse gedeckt ist. Aus dieser Deckungslücke wird abgeleitet, wie hoch die Zusatzbeiträge des Folgejahres im Durchschnitt sein müssen.

Der Sozialausgleich orientiert sich an diesem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen tatsächlich zu zahlenden Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Damit haben alle Mitglieder einen Anreiz, eine teurere Krankenkasse nur dann zu wählen, wenn das zugrunde liegende Angebot dies rechtfertigt.

Der Sozialausgleich wird für Arbeitnehmer und Rentner direkt über die Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger umgesetzt, indem der einkommensabhängige Beitrag um die jeweilige Überlastung durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag reduziert wird. Dies ist im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten handhabbar. Der Ausgleich erfolgt damit automatisch. Liegen mehrere beitragspflichtige Einnahmen vor, so sind Ansprüche auf Sozialausgleich von den Krankenkassen zu prüfen, die den beitragsabführenden Stellen dann mitteilen, ob sie den Sozialausgleich über die Absenkung der prozentualen Beiträge anwenden müssen. Dies kann im Rahmen einer Ergänzung der bereits bestehenden Meldeverfahren umgesetzt werden. Der Ausgleich wirkt sich bei den Versicherten als ein höherer ausgezahlter Betrag von Arbeitsentgelten oder Renten aus.

An den Gesundheitsfonds fließende Steuermittel gleichen Einnahmeausfälle durch reduzierte prozentuale Beiträge beim Sozialausgleich aus. Damit wird die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürgerinnen und Bürger stärker berücksichtigt.

Die Finanzierungsreform als Einstieg in den Systemwechsel

In den nächsten Jahren wird es darauf ankommen, den jetzt begonnenen Weg konsequent fortzusetzen. Ein wettbewerblich ausgerichtetes Krankenversicherungssystem, das Spielräume für kreative und effiziente Lösungen schafft, ist besser geeignet, die Herausforderungen durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt zu bewältigen als ein planwirtschaftlich ausgerichtetes System. Es geht um einen effizienten Umgang mit den vorhandenen Ressourcen, der insbesondere den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt. Hiermit werden die Voraussetzungen geschaffen, dass alle Menschen auch in Zukunft die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können.



Jochen Pimpertz*

Kein Ersatz für eine Therapie

Gerecht, sozial, stabil, wettbewerblich und transparent soll das Gesundheitssystem werden – so zumindest überschreibt die Bundesregierung ihr Eckpunkte-Papier zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Statt einer Abkehr von der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung steigt aber zunächst nur der Beitragssatz. Immerhin sollen einkommensunabhängige und kassenindividuelle Zusatzprämien eingeführt werden. Sie können mittelfristig an Bedeutung gewinnen, wenn der zu erwartende Anstieg der GKV-Ausgaben nicht länger über Beitragssatzanpassungen finanziert wird. Also doch ein Einstieg in ein ökonomisch rationales Finanzierungssystem?

Noch stehen zahlreiche politische Fragezeichen über dem Eckpunkte-Papier. Die Tinte ist noch nicht trocken, da reklamieren schon erste Stimmen aus dem Regierungslager Nachverhandlungsbedarf. Immerhin sind die Konturen einer Reform der Finanzierung ersichtlich: So soll der Arbeitgeberanteil ab 2011 bei 7,3% gesetzlich festgeschrieben werden. Das verschafft den Unternehmen etwas mehr Planungssicherheit, weil höhere Beitragssätze (bei kurzfristig konstanten Bruttolöhnen) nicht mehr automatisch zu höheren Lohnnebenkosten führen. Außerdem besteht die Hoffnung, dass Zusatzprämien Kostenunterschiede transparent machen und in der Folge der Anreiz zu kostenbewusster Nachfrage gestärkt wird. Zwar wird der Arbeitnehmerbeitrag offensichtlich nicht qua Gesetz fixiert, aber man darf unterstellen, dass zukünftige Ausgabensteigerungen vorrangig über kassenindividuelle Zusatzprämien statt über Beitragssatzanpassungen finanziert werden sollen. Nachdem die Beitragssätze 2009 noch vereinheitlicht wurden und damit Preisunterschiede zwischen den Kassen – von Tarifen mit Selbstbehalt oder Beitragsrückerstattung einmal abgesehen – eliminiert wurden, entsteht hier ein neues Preissignal, das umso stärker

wirkt, je größer der prämiertenfinanzierte Ausgabenanteil ist. Dazu gibt es noch eine steuerfinanzierte Kompensation von Belastungen, die 2% des beitragspflichtigen Einkommens überschreiten. Diese orientiert sich am durchschnittlichen Wert der Zusatzprämie, so dass selbst für Transferempfänger der Anreiz erhalten bleibt, nach günstigen Angeboten Ausschau zu halten.

Doch geht es nicht um ein Pflaster, sondern angesichts der wiederkehrenden Probleme um eine ursachengerechte Therapie. Eine sinnvolle Bewertung kann deshalb nur auf der Basis einer grundlegenden Diagnose erfolgen:

(1) *Befunderhebung.* Am Anfang steht die Frage, ob die Finanzierungsprobleme der GKV vorrangig durch die Ausgabenentwicklung hervorgerufen werden, oder ob die Einnahmenentwicklung systematisch hinterher hinkt, weil die beitragspflichtigen Einkommen erodieren. Ein häufig angeführtes Indiz ist der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Tatsächlich schwankt die Quote zwischen 1992 und 2008 in einem relativ engen Band von 6,3 bis 6,8%. Doch besagt dieser Wert wenig, können Schwankungen doch auf Veränderungen sowohl des Bruttoinlandsprodukts als auch der GKV-Ausgaben beruhen. So kletterte die Quote im Krisenjahr 2009 vor allem aufgrund des Einbruchs der Wirtschaftsleistung erstmals über die 7%-Marke. Wichtiger noch, die Quote verschleiert die Tatsache, dass immer weniger Menschen in der GKV versorgt werden. Deshalb ist es aussagekräftiger, die Entwicklung der GKV-Ausgaben je anspruchsberechtigten Versicherten zu betrachten. Trotz zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen und Leistungseinschnitte ist diese Größe seit 1991 um jahresdurchschnittlich 3,5% gewachsen und damit um 1,3 Prozentpunkte pro Jahr stärker als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten (vgl. Pimpertz 2010, 76 ff.). Deshalb lautet der Befund: In der Pro-Kopf-Betrachtung steigen die GKV-Ausgaben überproportional im Vergleich zu der Einkommensgröße, die für die Beitragseinnahmen der Kassen ausschlaggebend ist.

Damit ist aber noch nicht ausgeschlossen, dass die Finanzierungsbasis der GKV erodiert. Dazu bedarf es eines geeigneten Vergleichsmaßstabs, dessen Auswahl nicht trivial ist. Orientiert man sich an den Konsummöglichkeiten einer Volkswirtschaft und verwendet vereinfachend das Volkseinkommen je Einwohner, dann sind die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten seit 1992 mit einer jahresdurchschnittlichen Rate von 2,2% genauso stark gewachsen wie der Referenzmaßstab (vgl. Pimpertz 2010, 78 f.). Auch wenn der Vergleich an dieser Stelle holzschnittartig ausfallen muss, lautet der differenziertere Befund: Während sich die Einkommensbasis für die Beitragsfinanzierung und das Volkseinkommen pro Kopf ähnlich entwickelt haben, kletterten die Pro-Kopf-Ausgaben überproportional.

* Dr. Jochen Pimpertz ist Senior Economist für Sozialpolitik im Institut der deutschen Wirtschaft Köln.

(2) *Mögliche Fehldeutung.* Zwar ließe sich unabhängig von diesem Ergebnis argumentieren, dass Gesundheit ein superiores Gut und deshalb eine Anpassung der Beitragsätze an die steigenden Ausgaben gerechtfertigt sei. Dieser nicht selten vorgetragene Ansatz vermag aber aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen: Zunächst ist Gesundheit gar kein Gut, sondern ein Zustand, der über den Konsum bestimmter Güter, aber auch über gesundheitsdienliches Verhalten beeinflusst werden kann. Güter im ökonomischen Sinne sind damit insbesondere die medizinischen Leistungen und der Versicherungsschutz. Doch selbst wenn es sich dabei um superiore Güter handelt, sollten die Ausgaben(-steigerungen) nicht allein über das zwangsweise finanzierte System alimentiert werden. Denn der superiore, inferiore oder »normale« Charakter eines Gutes wird in der mikroökonomischen Theorie aus der individuellen Wertschätzung eines Individuums abgeleitet und ist keineswegs mit einer objektiv überprüfbaren Gütereigenschaft zu verwechseln. Deshalb spricht dieses Argument eher dafür, (steigende) Ausgaben für medizinische Leistungen vor allem über die individuelle Zahlungsbereitschaft präferenzgerecht zu finanzieren, statt über das gesetzliche Zwangssystem.

(3) *Ordnungspolitische Diagnose:* Wenn also von einem vorrangigen Problem auf der Ausgabenseite der GKV ausgegangen werden muss, was sind dann die ökonomischen Ursachen für diese Entwicklung? Meist werden die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt angeführt. Allerdings werden dabei gravierende Fehlanreize sowohl auf den Versicherungs- und Leistungsmärkten als auch bei der Finanzierung außer Acht gelassen. So mangelt es den Versicherten an Wahlfreiheiten, für die sie finanzielle Eigenverantwortung tragen. Dabei spielt die lohnsteuerähnliche Wirkung der Beitragsfinanzierung nicht nur aufgrund der sachfremden Belastung der Arbeitskosten eine besondere Rolle. Entscheidend ist, dass es keinen sachlichen Zusammenhang zwischen individuellem Versicherungsbeitrag und den Kosten des Versicherungsschutzes gibt. Hinzu kommen die im internationalen Vergleich geringen Selbstbehalte und eine kostenlos gewährte freie Wahl des Behandlers. Für die Versicherten wäre es angesichts dieser Anreize irrational, sich im Erkrankungsfall kostenbewusst zu verhalten – selbst wenn die Kosten transparent gemacht würden. Denn potentielle Einsparungen werden im Rahmen der steuerähnlichen Beitragsfinanzierung sozialisiert, statt die kostenbewussten Nachfrager finanziell zu belohnen. Rational ist es stattdessen, die vermeintlich beste, im Zweifel aufwendigste Medizin nachzufragen. Da dieser Fehlanreiz alle Versicherten erfasst, entsteht ein kollektiv unerwünschtes Verhalten.

Der Katalog der Fehlanreize ließe sich erweitern, mangelt es doch etwa in der ambulanten und stationären Versorgung an Preiswettbewerb. Gleichzeitig fehlt es den Krankenkassen

an Vertragsfreiheiten, um sowohl auf ihrer Beschaffungsseite effiziente Anbieter exklusiv zu binden, als auch auf ihrer Absatzseite entsprechend kostengünstige Tarife anzubieten, die eine freiwillige Einschränkung auf besondere Versorgungsformen oder Vertragspartner vorsehen. Erst eine Steuerung nach marktwirtschaftlichen Prinzipien lässt hoffen, dass die im Gesundheitswesen vermuteten Effizienzreserven über den Preiswettbewerb auch tatsächlich gehoben und damit der überproportionale Ausgabenanstieg gebremst werden kann.

Sicherlich sorgt die Bevölkerungsalterung zukünftig für weiter steigende GKV-Ausgaben. Die Bedeutung der demographischen Entwicklung wird aber vielfach überschätzt. Denn weitaus stärker treibt das Zusammenspiel von institutionell bedingten Fehlanreizen und medizinisch-technischem Fortschritt den Anstieg der Ausgaben. Letzterer führt vor allem deshalb zu unerwünschten Mehraufwendungen, weil die Steuerungsfunktion der Preise im GKV-System weitgehend ausgeschaltet ist (vgl. Pimpertz 2010, 80 f. und 85 ff.).

(4) *Verteilungspolitische Diagnose.* Die öffentliche Debatte konzentriert sich aber eher auf den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit. Nach der Grundidee des gesetzlichen Systems soll sich der Zugang zur Versorgung nach dem medizinischen Behandlungsbedarf richten, der individuelle Beitrag aber nach der finanziellen Leistungsfähigkeit. Auch hier steht die Beitragsfinanzierung in der Kritik. Denn durch den Ausschluss von Entgeltbestandteilen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze sowie ganzer Einkommensquellen spiegelt die Beitragsbemessung allenfalls zufällig die individuelle Leistungsfähigkeit. Auch die mangelnde Berücksichtigung des Haushaltskontextes kann zu Irritationen führen, wenn etwa eine Halbtagskraft ob ihres reduzierten Entgelts innerhalb der GKV nur zu einem relativ geringen Beitrag veranlagt wird, obwohl sie zusammen mit dem Partner ein gemeinsames Einkommen erzielt, das keiner Unterstützung durch die Solidargemeinschaft bedarf. Schließlich werden ganze Personengruppen wie Beamte oder Selbständige von der Finanzierung eines Einkommensausgleichs frei gestellt, der im Sinne von Existenzsicherung und Verteilungsgerechtigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen ist.

(5) *Anreiztheoretisch begründete Therapie.* Wenn die Finanzierungsprobleme vorrangig aus der Ausgabenentwicklung resultieren und diese vor allem durch die institutionell verankerten Fehlanreize verursacht wird, dann muss eine erfolgreiche Therapie einen Preiswettbewerb initiieren. Kas sen wie Leistungserbringer werden sich aber nur dann auf die Suche nach effizienten Versorgungslösungen begeben, wenn seitens der Versicherten eine entsprechende Nachfrage artikuliert wird. Voraussetzung dafür ist, dass sich etwa eine freiwillige Beschränkung auf bestimmte Versorgungsformen auch finanziell lohnt. Das ist aber im Status quo nicht

möglich, weil sich der individuelle Beitrag nach der Einkommenshöhe bemisst.

In der Diskussion stehen deshalb Finanzierungselemente mit Preischarakter, etwa Gebühren, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen oder eben Zusatzprämien. Ohne auf deren Restriktionen im Detail eingehen zu wollen, bleiben solche Finanzierungselemente in ihrer Wirkung beschränkt. Denn sie ergänzen die einkommensabhängige Beitragsfinanzierung; Preisunterschiede kommen nur in sehr engen Spannen zum Ausdruck. Deshalb wäre es illusorisch zu hoffen, die Akteure im Gesundheitswesen mit Zusatzprämien von zum Beispiel durchschnittlich 8 € pro Monat zu gänzlich anderen Verhaltensweisen anleiten zu können. Das Mittel der Wahl ist die Gesundheitsprämie. Ihre primäre ökonomische Rechtfertigung resultiert aus dem anreiztheoretischen Gedanken, denn sie spiegelt die Kosten des gewünschten Versicherungstarifs und bietet dabei – ausreichende Vertragsfreiheiten vorausgesetzt – unbeschränkte Anreize für Nachfrager, Kassen und Leistungsanbieter, effiziente Versorgungsformen zu suchen.

(6) *Verteilungspolitisch begründete Therapie.* Auf die verteilungspolitische Kritik gegen die Beitragsfinanzierung berufen sich dagegen sowohl die Vertreter des Bürgerversicherungsmodells als auch die Protagonisten der einkommensunabhängigen Prämienfinanzierung. Dabei werben die Ersten für eine Anhebung oder gar Aufhebung der Bemessungsgrenze, die Einbeziehung sämtlicher Einkommensarten sowie die zwangsweise Absicherung von bislang privat Krankenversicherten und Beamten unter dem Dach der GKV. Mithin würde das gesetzliche System über eine zweite, einkommensproportionale Steuer finanziert. Von verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die Auflösung bestehender Altersrückstellungen in der PKV, über die Frage, ob ein privat Krankenversicherter für die GKV ein günstiges Versicherungsrisiko darstellt, bis hin zu der Tatsache, dass der Anreizgedanke vollends verloren ginge – gegen die Bürgerversicherungsidee sprechen viele Argumente. Auch hier ist das Mittel der Wahl die Gesundheitsprämie mit einem ergänzenden Einkommensausgleich aus Steuermitteln. Denn damit bleibt das Preissignal zur Steuerung der Versicherungs- und Leistungsmärkte erhalten. Gleichzeitig wird der Sozialausgleich über das Steuersystem treffsicherer organisiert. Sowohl der Kompensationsanspruch als auch die Finanzierung des notwendigen Transfervolumens knüpfen an einem Einkommensbegriff an, der weder mit Beitragsbemessungsgrenzen operiert, noch Einkommensarten oder gar ganze Personengruppen ausschließt.¹

¹ Vgl. Horschel und Pimpertz (2010, 107ff.). Die Befürchtung, der Bundeshaushalt werde überfordert, bestätigt sich nicht. Zum einen kann der Bundeszuschuss bedarfsgerecht zur Kompensation unzumutbarer Belastungen eingesetzt werden, statt den Beitragssatz pauschal auch zugunsten der besser verdienenden Mitglieder zu subventionieren. Zum anderen erzielt der Bund höhere Steuereinnahmen, weil diejenigen Haushalte, die von einem Systemwechsel profitieren, den Einkommensvorteil versteuern müssen.

(7) *Bewertung.* Auf Basis dieser Diagnose und in Abwägung alternativer Therapien enttäuscht das Reformmodell der Bundesregierung. Denn mit der Anhebung des Beitragssatzes werden sowohl die Fehlanreize als auch die Fehlverteilungen infolge der Beitragsfinanzierung ausgedehnt. Ein wirksames Preissignal entsteht erst mit einem weiteren, überproportionalen Anstieg der GKV-Ausgaben, den es doch eigentlich zu bremsen gilt. Schlimmer noch, die Kompensation unzumutbarer Belastungen sattelt auf der problematischen Abgrenzung des beitragspflichtigen Einkommens auf. Die Fehlverteilungen des ursprünglichen Systems werden damit auch auf den neuen sozialen Ausgleich übertragen. In der Folge droht ein politischer Bumerangeffekt. Denn das Modell kann auch von denen mit verteilungspolitisch gut begründeten Argumenten angegriffen werden, die ausgerechnet kein ökonomisch rationales Finanzierungssystem im Schilde führen.

Literatur

- Horschel, N. und J. Pimpertz (2010), »Transferbedarf in einer prämienfinanzierten Gesetzlichen Krankenversicherung«, *IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 37(2), 105–123.
 Pimpertz, J. (2010), »Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung«, *IW-Trends, Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 37(2), 75–90.



Friedrich Breyer*

Ein entschiedenes »Weiter so!« in der Gesundheitspolitik?

Die Maßnahmen

Die Bundesregierung hat nach monatelangem internem Ringen am 6. Juli 2010 unter dem Titel »Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem« die Eckpunkte für eine Reform der GKV beschlossen, die noch im Herbst dieses Jahres im Bundestag verabschiedet werden und zum 1. Januar 2011 in Kraft treten soll. Die im Koalitionsvertrag vom 27. Oktober 2009 angekündigte weitreichende Reform des Finanzierungsmodells ist darin nicht enthalten. Stattdessen geht es in der Hauptsache um die Abwendung eines ansonsten für 2011 prognostizierten Defizits der Krankenkassen in Höhe von 11 Mrd. €. Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. die Wiederanhebung des allgemeinen Beitragsatzes zur GKV auf 15,5%, den Wert, der vor Juli 2009 bereits gegolten hat;
2. eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags auf den neuen Wert von 7,3%;
3. die Aufhebung der Begrenzung des vom Mitglied zu zahlenden pauschalen Zusatzbeitrags;
4. die Einführung eines Sozialausgleichs für diejenigen, bei denen der Zusatzbeitrag (im Durchschnitt aller Kassen) 2% des beitragspflichtigen Einkommens übersteigt;

ferner eine Reihe von Einmalmaßnahmen für das kommende Jahr:

5. ein Verbot des Anstiegs der Verwaltungskosten der Krankenkassen (bis 2012),

6. Begrenzungen der Ausgabenwüchse in mehreren Leistungsbereichen (Krankenhäuser, Arzneimittel, Zahnärzte, hausarztzentrierte Versorgung).

Bewertung der Maßnahmen

Ad 1: Abgesehen davon, dass die Festsetzung eines für alle Kassen gleichen »allgemeinen« Beitragsatzes und damit die Politisierung dieses wichtigen Preisparameters mit der Einführung des Gesundheitsfonds ein Fehler war, ist die Maßnahme unter 1. nicht zu kritisieren, weil sie der Ehrlichkeit der Beitragserhebung in der GKV dient. Die Bezuschussung aus dem Bundeshaushalt konnte als kurzfristige Konjunktur stützende Maßnahme gerade noch angehen; auf die Dauer wäre sie jedoch systemwidrig gewesen, denn der Versicherte muss wissen, wie teuer die soziale Krankenversicherung ihn kommt. Eine partielle Umwegfinanzierung über Steuern verringert die Transparenz von Kosten und Leistungen.

Ad 2: Schon lange fordern Ökonomen, die annähernd hälftige Aufteilung des Kassenbeitrags auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer abzuschaffen, weil auch sie die Transparenz verringert. Besonders schädlich wirkte sie sich aus, solange die Kassen noch unterschiedliche Beitragssätze verlangten, weil dadurch ein Wechsel zu einer günstigeren Kasse für den Versicherten weniger attraktiv war. Dieser Effekt ist zwar mit dem Gesundheitsfonds weggefallen. Dennoch ist es ökonomisch nicht plausibel, dass jeder Ausgaben steigernde medizinische Fortschritt die Arbeitskosten erhöht. Etwas unbefriedigend ist es, dass die angebliche »Festschreibung« des Arbeitgeberbeitrags im Paket mit seiner Erhöhung von 7,0 auf 7,3% beschlossen wurde. Glaubwürdiger wäre es gewesen, ihn auf dem alten Wert festzuschreiben.

Ad 3: Die Freigabe des Zusatzbeitrags als solche ist uneingeschränkt positiv zu bewerten, da nach der politischen Festsetzung des allgemeinen Beitragsatzes nur der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Kassen dienen kann. Je mehr sich die Kassen im Preis unterscheiden können, umso eher lohnt sich ein Kassenwechsel und umso intensiver wird der Wettbewerb sein. Man könnte in diesem Ausbau der Zusatzbeiträge einen sehr vorsichtigen Einstieg in die vom Gesundheitsminister ursprünglich geplante – und im Koalitionsvertrag angekündigte – Gesundheitsprämie sehen, wenn nicht ihre Beschränkung auf originäre Mitglieder, also Arbeitnehmer und Rentner, wäre. Eine Ausdehnung auf alle erwachsenen Versicherten hätte den Preischarakter des Zusatzbeitrags gestärkt, auch wenn sie zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand geführt hätte.

Ad 4: Als misslungen muss man hingegen die Ausgestaltung des Sozialausgleichs bezeichnen, und zwar aus zwei Gründen: Eine Überforderung geschieht nicht durch den

* Prof. Dr. Friedrich Breyer ist Inhaber des Lehrstuhls für Wirtschafts- und Sozialpolitik an der Universität Konstanz und Forschungsprofessor am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.

durchschnittlichen Zusatzbeitrag, auch nicht durch den tatsächlich von der eigenen Kasse erhobenen Zusatzbeitrag – das hat Minister Rösler richtig erkannt –, sondern allenfalls durch den *niedrigsten* Zusatzbeitrag aller wählbaren Kassen. Nur dieser hätte für den Anspruch auf einen sozialen Ausgleich herangezogen werden dürfen, da man sich ihm nicht entziehen kann. Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium (2010) hat daher vorgeschlagen, dass der Gesundheitsminister ermächtigt werde, den allgemeinen Beitrag immer so zu steuern, dass der minimale Zusatzbeitrag unterhalb eines sehr niedrigen Schwellenwerts (z.B. von 10 € pro Monat) verbleibt. Dann wäre ein Sozialausgleich überflüssig geworden, weil der Wechsel zu einer günstigeren Kasse auch Geringverdienern zumutbar wäre.

Die SPD hat dem Entwurf der Regierung ein Rechtsgutachten des Verfassungsrechtlers Ingmar Ebsen entgegengestellt, in dem dieser die geplante Form des Sozialausgleichs als verfassungswidrig bezeichnet, da die Anspruchsberechtigung nicht an Hand des gesamten beitragspflichtigen Einkommens, sondern nur des Einkommens aus der Haupttätigkeit geprüft werden solle. Damit werde gegen den Gleichheitsgrundsatz verstoßen, da z.B. ein Rentner mit einer niedrigen gesetzlichen Rente, aber einer hohen Betriebsrente unter die 2%-Grenze falle und somit einen Ausgleich erhalte, während ein anderer Rentner mit etwas höherer gesetzlicher Rente, aber insgesamt geringeren Einkünften leer ausgehe (vgl. SPD 2010).

Während die Regierung mit dem Argument kontert, die Einzelheiten des Sozialausgleichs stünden noch gar nicht fest, muss man an dem Ebsen-Gutachten eine viel grundsätzlichere Kritik anbringen: Bei strenger Auslegung des von ihm herangezogenen Gleichheitsgrundsatzes ist die gesamte derzeitige Beitragserhebung verfassungswidrig, da sie eine künstliche Unterscheidung zwischen Lohn- (und Lohnersatz-)einkommen auf der einen Seite und sämtlichen übrigen Einkünften auf der anderen Seite trifft und nur die ersteren zur Beitragserhebung heranzieht. Da jedoch der Löwenanteil der GKV-Leistungen selbst keine Lohnersatzleistung ist, fehlt eine triftige Rechtfertigung für die Diskriminierung der Lohnneinkommen bei der Finanzierungsseite. Anders ausgedrückt: wenn Gutachter Ebsen Recht hätte, gäbe es nur eine verfassungskonforme Alternative: die von seiner Auftraggeberin SPD so heftig bekämpfte Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich.

Kritisch ist auch die Aussage des Gesundheitsministers (auf seiner Homepage) zu werten, für den Sozialausgleich müssten keine Steuern erhöht werden, sondern seine Finanzierung sei »aus allgemeinen Haushaltsmitteln grundsätzlich darstellbar«. Entweder Herr Rösler will den allgemeinen Beitragssatz längerfristig stabilisieren und einen möglichen Ausgabenzuwachs über den Ausbau der Zusatzbei-

träge finanzieren, so dass man von einem Einstieg in die Gesundheitsprämie sprechen könnte. Dann wird es über kurz oder lang Steuererhöhungen geben müssen. Oder aber der allgemeine Beitragssatz wird regelmäßig angehoben, um die Zusatzbeiträge gering zu halten. Dann hätte man sich den Sozialausgleich besser ganz und gar gespart. Die jetzt gefundene Regelung ist ein fauler Kompromiss der in diesem Punkt zerstrittenen Regierung – die CSU lehnt die Gesundheitsprämie vehement ab. Auf eine langfristige Strategie wird verzichtet.

Ad 5: Ein beliebtes Kampfgebiet, wenn der Regierung die Ideen für strukturelle Verbesserungen im Gesundheitswesen ausgehen, sind die Verwaltungskosten der Krankenkassen. Ihr Einfrieren ist kontraproduktiv, weil es zum einen verschwenderische Kassen belohnt und sparsame bestraft und zum anderen verhindert, dass die Kassen im Vertragsgeschäft innovative Wege beschreiten, um Leistungsausgaben zu verringern. Eine Kasse, die im Wettbewerb steht, hat ein Eigeninteresse an schlanken Verwaltungsstrukturen, staatlicher Druck hilft da nichts.

Ad 6: Dies ist wieder die altbekannte zentralisierte Gesundheitspolitik, bei der die Stärke einer Lobbygruppe darüber entscheidet, wie viel Geld sie ihren Mitgliedern sichert, seien es die Hausärzte, die Spezialisten, die Zahnärzte, die Krankenhäuser oder die Pharmaunternehmen. Wirtschaftlicher wird unser Gesundheitswesen dadurch nicht. Dass es bessere Alternativen gibt, wird im Folgenden aufgezeigt.

Was nicht beschlossen wurde

Der größte Mangel der anstehenden »Gesundheitsreform« besteht darin, dass den Krankenkassen im Wettbewerb keine zusätzlichen Instrumente in die Hand gegeben werden, um durch die Gestaltung von Verträgen mit den Leistungserbringern selbst für mehr Wirtschaftlichkeit zu sorgen. Während die Möglichkeiten für Selektivverträge im ambulanten Bereich bereits in den letzten Jahren ausgebaut wurden (vgl. Cassel et al. 2008), fehlt dieses Mittel im stationären Bereich völlig: Hier müssen die Landesverbände der Kassen gemeinsam und einheitlich einen Versorgungsvertrag mit allen Krankenhäusern schließen, die im Krankenhaus-Bedarfsplan des jeweiligen Landes stehen. Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht nur eine sehr hohe Bettendichte, sondern auch eine überproportionale Zahl kleiner und nicht spezialisierter Krankenhäuser. Da die Qualität der Versorgung eindeutig mit der Erfahrung in einem Spezialgebiet korreliert ist, wirkt sich diese Krankenhausstruktur nicht nur auf die Wirtschaftlichkeit, sondern auch auf die medizinische Qualität negativ aus.

Die längst fällige Umstrukturierung der deutschen Krankenhauslandschaft zu einem größeren Anteil von Häusern hö-

herer Versorgungsstufen, seien es größere oder einfach nur stärker spezialisierte Kliniken, würde durch den Markt zustandekommen, wenn man den Kassen zum einen den Sicherstellungsauftrag erteilt und ihnen zugleich das Recht einräumt, nur mit den Krankenhäusern einen Vertrag abzuschließen, die für eine hochwertige Versorgung ihrer Versicherten erforderlich sind.

Auch bezüglich des Inhalts der Versorgungsverträge, speziell der Vergütungsform, sollte der Gesetzgeber den Vertragspartnern weitgehende Gestaltungsfreiheit einräumen. Die breit gefächerte Literatur zu den Anreizwirkungen verschiedener Vergütungsformen (vgl. etwa Breyer, Zweifel und Kifmann 2005, Kap. 10) zeigt keineswegs, dass ein und dieselbe Vergütungsform unter allen Umständen die einzig richtige ist. Ganz im Gegenteil hängen die Anreizwirkungen der verschiedenen Vergütungsformen davon ab, welche Präferenzen bzgl. der Leistungsqualität die Anbieter haben, ob die Qualität der Behandlung von der Kasse beobachtet werden kann und ob es objektiv messbare Indikatoren für die Schwere eines Behandlungsfalls gibt.

Daher kann der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen hier in besonderem Maße als Entdeckungsverfahren wirken, indem verschiedene Kassen unterschiedliche Kombinationen von Vergütungen mit ihren Vertragspartnern erproben und aus den dabei resultierenden Ergebnissen bzgl. Kosten und Leistungsqualität Erkenntnisse gewonnen werden, die die Wahl der Vergütung in der Zukunft beeinflussen können. Erst durch einen solchen Prozess von Versuch und Irrtum kann die Effizienz des Leistungsgeschehens in der Gesundheitsversorgung nachhaltig gesteigert werden.

Als Quelle von Effizienzmängeln im deutschen Gesundheitswesen wird immer wieder die unzureichende Verzahnung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung identifiziert, die aus der Abschottung der beiden Sektoren herrührt und zu kostspieligen Doppeluntersuchungen und Einbußen in der Behandlungsqualität aufgrund von Informationsmängeln führt. Als Folgerung bemüht sich der Gesetzgeber seit langer Zeit, die »integrierte Versorgung« durch spezielle Vergütungsregelungen zu fördern (vgl. § 140 a–d SGB V). Sektorübergreifende Versorgung muss jedoch nicht verordnet werden. Wenn die Kassen den Sicherstellungsauftrag erhalten, können sie selbst entscheiden, ob sie ihre Versorgungsaufträge für die Sektoren separat ausschreiben oder als Gesamtauftrag für ambulante und stationäre Versorgung. Durch eine Gesamtausschreibung würde der Anreiz auf der Seite der Leistungserbringer entstehen, Netzwerke von Ärzten und Krankenhäusern zu bilden und die brach liegenden Effizienzreserven für Preissenkungen und Qualitätserhöhungen nutzbar zu machen.

Von allen diesen Möglichkeiten enthält das beschlossene Reformpaket nichts. Es werden zwar »strukturelle Reformen

im System« angekündigt, die »zu mehr Wettbewerb, mehr Freiheit für den Einzelnen und weniger Bürokratie führen« sollen, unter den aufgezählten Einzelmaßnahmen vermisst man jedoch ein klares Bekenntnis zu mehr Vertragsfreiheit in der GKV.

Fazit

Wer erwartet hat, dass mit einem liberalen Bundesgesundheitsminister mehr Wettbewerb und damit mittelfristig mehr Effizienz ins deutsche Gesundheitssystem einkehrt, muss von den ersten neun Monaten der neuen Regierung enttäuscht sein. Weder ist der Einstieg in eine neue, weniger lohnabhängige Finanzierung gelungen – das hat die CSU zu verantworten – noch wird dem Kassenwettbewerb der nötige Platz eingeräumt, um für mehr Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung zu sorgen. Von einigen kosmetischen Reformen mühsam übertüncht, kann man die Devise der Regierung mit einem entschiedenen »Weiter so!« übersetzen.

Literatur

- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2005), *Gesundheitsökonomik*, 5. Aufl., Springer, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (2010), Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem, http://www.bmg.bund.de/cdn_169/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-10-07-06-gesundheitsreform-eckpunkte-anhang.pdf, 29. Juli 2010.
- Cassel, D., I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze und J. Wasem (2008), *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
- SPD (2010), Gesundheitsreform ist verfassungswidrig, <http://www.spd.de/de/aktuell/nachrichten/2010/07/Gesundheitsreform-ist-verfassungswidrig.html?pg=1&y=2010&m=0>, 29. Juli 2010.
- »Wachstum, Bildung, Zusammenhalt«, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, vom 27.10.2009, <http://www.cdu.de/doc/pdf/091026-koalitionsvertrag-cdu-csu-fdp.pdf>, 29. Juli 2010.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundeswirtschaftsministerium (2010), *Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Gutachten vom 12. Mai 2010.



Wolfgang Greiner*

Spurenelemente einer Reform – noch überwiegt der Dirigismus

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung zu einer optimalen Ausgestaltung der Finanzierungssysteme in der Sozialversicherung ist lang und hat in den letzten Jahren wenig grundlegend Neues hervorgebracht. In der Gesundheitspolitik sind diese Argumente spätestens in den neunziger Jahren bei der Entscheidung über die Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung insbesondere zur Frage des Systemwechsels von einer reinen Umlage- zu einer Kapitalfinanzierung angekommen. Ein Jahrzehnt später wurde die Thematik in zahlreichen Kommissionen und Ausschüssen, wie zum Beispiel der Rürüp- und der Herzog-Kommission wieder aufgenommen, ohne dass auch zu diesem Zeitpunkt wesentliche Veränderungen der Argumentationslinien feststellbar gewesen wären. Aktuell wird das Thema in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds in Richtung pauschalisierter Zusatzbeiträge nicht nur zwischen dem Oppositionslager, sondern auch innerhalb der Koalition sehr heftig diskutiert. Im Koalitionsvertrag ist zu diesem Thema festgelegt: »Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.« (Koalitionsvertrag 2009, 86)

Als ersten Schritt zur Umsetzung dieser Zielvorgabe hat der Bundesgesundheitsminister im Juli 2010 die Eckpunkte einer Gesundheitsreform 2010 vorgestellt, deren Inhalte in einer Pressemitteilung des Ministeriums für Gesundheit vom 6. Juli 2010 zusammengefasst sind. Da die konkrete

Ausgestaltung im Gesetzestext zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels noch nicht bekannt war, sollen hier nur die grundlegenden Regelungen, die in der Koalition vereinbart sind, kommentiert werden. Demnach sollen im Rahmen der Reform die Finanzierungsgrundlagen gestärkt, ein Sozialausgleich gerecht gestaltet und die Ausgaben stabilisiert werden. Dieser dreiteiligen Gliederung folgt auch der folgende Beitrag, der sich zunächst mit dem Einstieg in einen Wandel der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt.

Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

Ausgangspunkt der Reformüberlegungen in allen politischen Lagern ist die Erkenntnis, dass das derzeitige vor allem auf den Einkünften aus unselbständiger Arbeit beruhende Finanzierungssystem zukünftig aufgrund des demographischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und einer schwindenden Beitragsbemessungsgrundlage immer weniger im Stande ist, die zu erwartenden Ausgaben volumina adäquat zu finanzieren. Ausgehend von dieser Diagnose werden aber sehr unterschiedliche Therapieverschlüsse gemacht: Während die Vertreter der Bürgerversicherung eine Ausweitung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die gesamte Bevölkerung und der Bemessungsgrundlage auf weitere oder alle sieben Einkunftsarten, wie insbesondere Einkünfte aus Kapitalvermögen und Vermietung, vorschlagen (vgl. Bormann et al. 2009), treten Befürworter einer Gesundheitsprämie (bzw. Kopfpauschale, je nach semantischer und politischer Präferenz) dafür ein, die Finanzierung ganz von der Höhe des individuellen Einkommens zu lösen, also pauschalisierte Prämien einzuführen und die notwendige soziale Umverteilung über das Steuersystem zu finanzieren.

Nach Berechnungen von Hof und Schlömer (2005) kann die Bürgerversicherung nicht als nachhaltiges Finanzierungskonzept angesehen werden, da sie zwar zu (im Vergleich zum jetzigen System) geringeren Beitragssätzen führt, dieser Effekt aber nach etwa vier bis fünf Jahren aufgezehrt ist und die ursprüngliche Beitragshöhe wieder erreicht wird. Unter Umständen macht gerade dieser Verzögerungseffekt von etwa einer Legislaturperiode dieses Finanzierungssystem für die Politik so attraktiv. Von besonderer Bedeutung ist dabei der demographische Effekt eines steigenden Rentneranteils in der Bevölkerung, der durch ein niedrigeres Einkommen (somit auch niedrigere Leistungsfähigkeit und Beiträge) gekennzeichnet ist. Entgegen der Meinung einer jüngeren Veröffentlichung der Bertelsmann Stiftung (Braun und Marstedt 2010) sind der demographische Wandel und seine Auswirkungen auf das Umlagesystem der Krankenversicherung durchaus kein Mythos, sondern sie werden schon in wenigen Jahren sowohl auf der Ausgaben- wie auf der Einnahmeseite deutlich spürbar sein (vgl. Ulrich 2004). Wäh-

* Prof. Dr. Wolfgang Greiner ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld.

rend gerade jetzt die starken Geburtsjahrgänge der sechziger Jahre in mittlere bis hohe Einkommensklassen hineinwachsen, wird dieser für das Umlagesystem positive Effekt in etwa 20 Jahren ins Gegenteil umschlagen, wenn diese Generation in den Ruhestand geht.

Bei einkommensunabhängigen Prämien wäre dieser Übergang nicht mit Mindereinnahmen für die GKV verbunden, allerdings mit stark steigendem steuerlichem Transferbedarf, der das Hauptgegenargument bei den Gesundheitsprämien darstellt. Allerdings sollte bei dieser Diskussion nicht übersehen werden, dass die Umverteilung im Sozialausgleich auch jetzt schon stattfindet, allerdings nur mit einer Art proportionalen Lohnsteuer (dem Beitragssatz) bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze. Dies ist ein denkbar ungünstiges System, um einen Sozialausgleich zu organisieren, weil die Bemessungsgrundlage sehr beschränkt ist und zudem im volkswirtschaftlichen Maßstab die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit anteilig am Volkseinkommen immer mehr zurückgehen.

Einkommensunabhängige Prämien würden darüber hinaus die Einnahmen der GKV konjunkturunabhängiger machen, denn weder die Entwicklung der Löhne und Gehälter noch die Höhe der Arbeitslosigkeit würden sich auf das Beitragsaufkommen auswirken. Gesundheitsprämien sind zudem ein sehr starkes Preissignal, welches stärker wirkt als beispielsweise Beitragssatzunterschiede. Schließlich wären die Krankenkassen auch wesentlich wettbewerbsfähiger gegenüber den Prämien der privaten Krankenversicherungen (PKV), da die freiwillig Versicherten, die die Option zum Wechsel in die PKV haben, in einem pauschalisierten System niedrigere Gesundheitsprämien als heutige Beiträge zahlen (und erst anschließend im Steuersystem zum Sozialausgleich herangezogen werden). Und selbst wenn es zu einem nennenswerten weiteren Wechsel von der GKV in die PKV kommt, wäre dieser durch das damit verbundene niedrigere verlorene Prämienvolumen weit weniger einschneidend für das GKV-System als heute.

Die geplante Neuregelung der Koalition sieht vor, dass das grundsätzliche System des Gesundheitsfonds nicht verändert wird, dass aber langfristig das Gewicht der pauschalisierten Zusatzbeiträge steigen soll. Da der allgemeine Beitragssatz jedoch weiterhin durch den Bundestag festgelegt wird, hat die Politik sehr starken Einfluss darauf, in welchem Tempo sich dieser Wandel vollzieht. Soweit zukünftig die auftretenden Finanzierungslücken durch Steuermittel oder eine Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes aufgefangen werden, kommt den Zusatzbeiträgen weiterhin nur eine untergeordnete Rolle zu. Gerade die geringe Anzahl von Krankenkassen, die momentan gezwungen ist, einen Zusatzbeitrag zu erheben, und dessen im Durchschnitt relativ geringe Höhe führen allerdings derzeit zu einer Diskreditierung dieses Finanzierungsinstruments, da es allein als

Gradmesser der Unwirtschaftlichkeit einer Krankenkasse angesehen wird. Da die geplante Reform vorsieht, dass der allgemeine Beitragssatz von 14,9% wieder auf 15,5% steigt, wurde eine große Chance vertan, schon jetzt einen nennenswerten Einstieg in eine pauschalisierte Zusatzprämie zu beginnen.

Genau diese Vermeidung von Zusatzprämien war aber offenbar gerade Sinn dieses politischen Kompromisses, denn mit der angedachten Regelung wurde zwar einerseits die unselige und unpraktikable 1%-Regelung für den Sozialausgleich des Zusatzbeitrages aufgehoben und die Höhe des Zusatzbeitrages prinzipiell frei gegeben. Andererseits wird aber bis in das Jahr 2011 hinein von einer Unterdeckung des Gesundheitsfonds in Höhe von nicht mehr als 4 bis 5 Mrd. € ausgegangen, so dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag bzw. die Zahl der Krankenkassen, die überhaupt gezwungen sind, einen solchen Beitrag zu erheben, in absehbarer Zeit überschaubar bleiben. Somit konnten Befürworter wie Gegner der Zusatzprämie mit der geplanten Regelung jeweils einen Achtungserfolg für sich reklamieren.

Besondere Beachtung wird zukünftig auch die Rolle der Steuerfinanzierung innerhalb des Gesundheitsfonds finden. Die Erfahrungen mit steuerlichen Zuschüssen zur GKV waren bislang für die Krankenkassen nicht gut, da die Politik sehr sprunghaft darüber entschied, wie hoch dieser Zuschuss ausfallen solle. Mittlerweile werden etwa 9% der Einnahmen des Gesundheitsfonds direkt aus Steuern gedeckt, was zwar noch sehr weit unter dem prozentualen Anteil in der Rentenversicherung liegt, andererseits aber in wenigen Jahren zu einem beachtlichen Bestandteil der Gesamtfinanzierung geworden ist. Begründbar sind solche Zuschüsse in einem Sozialversicherungssystem grundsätzlich nur bei versicherungsfremden Leistungen, wie z.B. der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern oder Mutterschaftsleistungen, die dann aber auch regelhaft an die finanzielle Höhe dieser Leistung gebunden werden sollte. Wenn es dem Gesetzgeber dagegen eher darum geht, die Beitragssätze optisch niedrig zu halten oder die Höhe der Beitragssätze sogar zu einem Instrument kurzfristiger Konjunkturpolitik zu machen (wie im Jahr 2009 geschehen), geht das weit über diesen eng gesteckten Rahmen legitimer steuerlicher Unterstützung hinaus und führt zu einer Finanzierungsillusion der Versicherten, die dann für ihren Versicherungsschutz politisch gewollt einen nicht auskömmlichen Beitrag zu zahlen haben.

Sollten in den kommenden Jahren die Zusatzprämien tatsächlich einen höheren Finanzierungsanteil annehmen, so wird dies noch eine weitere Wirkung haben, die derzeit noch wenig diskutiert wird: Die Legitimation der Arbeitgeber und Gewerkschaftsvertreter in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen stellt sich durch pauschalisierte Beiträ-

ge immer mehr in Frage, da der Zusammenhang der Finanzierung mit dem Arbeitseinkommen stetig kleiner wird. Der auf die Ersatzkassen bezogene Hinweis im Koalitionsvertrag, man strebe »in den Verwaltungsräten der Krankenkassen gemäß der gemeinsamen Finanzierung auch die Vertreter der Arbeitgeberseite an« (Koalitionsvertrag S. 92), steht hierzu in einem seltsamen Gegensatz.

Überraschend ist, dass im Zusammenhang mit einer Finanzierungsreform offenbar derzeit gar nicht an Veränderungen bei den Selbstbeteiligungen der Versicherten gedacht wird. Zwar sollten Selbstbeteiligungen nicht im Hinblick auf ihr parafiskalisches Auskommen, sondern auf ihre Steuerungswirkung hin eingesetzt werden (weshalb Leistungen mit einer sehr geringen Einkommenselastizität der Nachfrage wie Krankenhausleistungen eigentlich gar keine Selbstbeteiligung aufweisen sollten). Aber angesichts der sehr überschaubaren Selbstbeteiligungen im deutschen Gesundheitswesen (beispielsweise in der ambulanten Versorgung) sind hier durchaus noch Finanzierungspotentiale vorhanden, die gleichzeitig einen ausgabendämpfenden Effekt haben könnten.

Sozialausgleich

Wie bereits festgestellt sind in einem solidarischen Krankenversicherungssystem pauschalisierte Finanzierungsformen in der Regel mit einem Sozialausgleich verbunden, der aus den genannten Gründen möglichst im Steuersystem stattfinden sollte. Allerdings sind die Prüfung der Bedürftigkeit und auch die Abwicklung der Transferzahlungen mit nicht unerheblichen Transaktionskosten verbunden, die mit dem absehbar ansteigenden Anteil der Haushalte, die auf solche Transfers angewiesen sind, sogar noch gleichzeitig mit zunehmen. Die Bundesregierung hat sich daher frühzeitig auf einen automatisierten Sozialausgleich festgelegt. Gedacht ist offenbar daran, bereits mit der Lohn- bzw. Transfereinkommensabrechnung einen Ausgleich dann vorzunehmen, wenn 2% dieses Einkommens kleiner sind als der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Versicherten. Die Vorteilhaftigkeit einer solchen Regelung liegt auf der Hand, da keine aufwändigen Bedürftigkeitsprüfungen und Überweisungen nötig sind. Allerdings hat das Verfahren auch gravierende Nachteile, denn gemessen wird Bedürftigkeit weiterhin nur aufgrund einer einzigen Einkunftsart (wobei der Ausgleich später aus allgemeinen Steuermitteln stattfindet), und es ist offenbar auch nicht vorgesehen, an das Haushaltseinkommen anzuknüpfen, was bislang beispielsweise herangezogen wird, um festzustellen, ob die Belastungsgrenze für Selbstbeteiligungen (§ 62 SGB V) bereits erreicht worden ist.

Nach jetzigem Informationsstand kommen zwei Kuriositäten bei dieser Regelung hinzu, die noch der Diskussion be-

dürfen: Erstens ist wohl geplant, die Prämie auch dann aus-zuzahlen, wenn der Begünstigte in einer Krankenkasse ist, die überhaupt gar keine Zusatzbeiträge erhebt. Entscheidend soll nur sein, wie hoch die durchschnittlichen Zusatzbeiträge sind und welches Einkommen der Versicherte aufweist. Diese Regelung hat keinerlei Anreizwirkung auf die Wechselbereitschaft der Versicherten, da diese sich beispielsweise bzgl. der Zusatzbeiträge nicht besser stellen können, wenn sie ohnehin in einer Krankenkasse sind, die gar keine Zusatzbeiträge erhebt. Ein zusätzlicher Sozialtransfer ist in diesen Fällen weder nötig noch entfaltet er irgendwelche positiven Wettbewerbseffekte. Es ist zudem erstaunlich, dass der Sozialtransfer an dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag festgemacht wird und nicht etwa an den niedrigsten oder (ähnlich wie im Bereich der Festbeträge im Arzneimittelbereich) an dem unteren Drittel der Zusatzbeiträge. In beiden Fällen wäre derzeit der Sozialtransfer null, da die Versicherten, die sich hohe Zusatzbeiträge nicht leisten können, jederzeit die Möglichkeit haben, ihre Krankenkasse zu wechseln.

Stabilisierung der Ausgaben

Zur kurzfristigen Stabilisierung der Ausgaben ist eine Reihe von Eingriffen vorgesehen, die fast sämtlich auf der Preisebene stattfinden. Dazu gehören eine Erhöhung des Zwangsrabattes im Arzneimittelbereich, eine Zuwachsbegrenzung im Bereich der Krankenhäuser und ambulanten Versorgung sowie eine Obergrenze für Honorare in so genannten hausarztzentrierten Versorgungsverträgen (§ 73b SGB V). Alle diese Maßnahmen stehen außerhalb des wettbewerblichen Instrumentariums, sondern sind rein hoheitliche Regulierungen zur kurzfristigen Abwendung eines hohen Finanzierungsdefizits bereits im laufenden Jahr. Echte Wettbewerbselemente, die naturgemäß eher mittelfristig wirken, sind daher bislang noch nicht erkennbar.

Besonders augenfällig wird dies bei der Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen, denn erstens sollten sich übermäßige Verwaltungskosten auf Dauer in erhöhten Zusatzbeiträgen niederschlagen, was wiederum direkt durch den Markt durch nachlassende Nachfrage sanktioniert werden würde, und zweitens können höhere Verwaltungsaufgaben bei Krankenkassen durchaus dann gerechtfertigt sein, wenn diese eine aktivere Rolle beispielsweise im Bereich des selektiven Kontrahierens einnehmen, wenn also kollektive Verhandlungen immer mehr durch individuelle Vereinbarungen zwischen Kasse und Leistungserbringer ersetzt werden. Ähnliches gilt auch für die angedachte Ausweitung von Kostenerstattungsregelungen, die das bisher vorherrschende Sachleistungsprinzip stärker ergänzen sollen als bisher. Auch dies bindet Arbeitskraft bei den Krankenkassen, wobei noch abgewartet werden muss, ob sich positive Effekte durch eine Kostenerstattung auf die Aus-

gabenhöhe feststellen lassen. Möglicherweise sind Zuzahlungsregelungen, wie sie heute schon im Bereich von Brillengläsern und Zahnersatz üblich sind, dass effizientere Mittel, um bei Versicherten mehr Kostenbewusstsein zu schaffen. Denn die reine Kenntnis von Preis- und Kostenhöhen wird kaum verhaltensändernd wirken, solange die Versicherung dann doch wieder den allergrößten Teil der Kosten deckt und der Versicherte daher keine Budgetrestriktion zu befürchten hat.

Fazit

Die Richtung zukünftiger Gesundheitspolitik ist derzeit noch nicht vollständig absehbar, denn wenn beispielsweise die Zusatzbeiträge zukünftig eine höhere Bedeutung haben sollen, ist die Entwicklung doch sehr stark vom politischen Willen in den kommenden Jahren abhängig. Die Verlagerung des Sozialtransfers in Steuersystemen bleibt gerade im Hinblick auf die Demographie- und Konjunkturabhängigkeit der bisherigen Beitragserhebung vorteilhaft, allerdings dürfte die Diskussion über eine dann notwendige effiziente Ausgestaltung des automatisierten Sozialtransfers noch lange nicht abgeschlossen sein. Mittelfristig werden dann auch wieder Umfang und Ausgestaltung einer ergänzenden, kapitalgedeckten Zusatzversicherung diskutiert werden.

Wie in den vergangenen Jahren ist nach der Reform vor der Reform, und man kann der Gesundheitspolitik nur raten, die Ausgabendynamik nicht nur durch dirigistische Eingriffe in die Preisstruktur, sondern auch durch sich selbst regulierende wettbewerbliche Findungsprozesse ablaufen zu lassen. Der Rahmen für ein selektives (und damit nicht mehr kollektives) Kontrahieren im ambulanten Bereich, bei Krankenhäusern, bei Arzneimitteln und Rehabilitationen sind wichtige Meilensteine zukünftiger Gesundheitsreformen, die spätestens im Jahr 2011 angegangen werden müssen, denn die Instrumente zentraler Preisregulierung und Budgetierung erscheinen als weitgehend ausgeschöpft. Sollte die Reform 2010 aber der Anfang zu einem evolutionären Prozess in Richtung einkommensunabhängiger Beiträge und zusammen mit den nachfolgenden Reformen Ausdruck einer stärker wettbewerblichen Orientierung sein, die eine horizontale und vertikale Integration über Sektorgrenzen hinaus nicht ausschließt, dann wäre in diesem Jahr tatsächlich der Einstieg in einen Systemwechsel vollzogen worden.

Literatur

Braun, B. und G. Marstedt (2010), »Mythen zu Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren«, *Gesundheitsmonitor der Bertelsmannstiftung* (2), 1–11.
Bormann, R. et al. (2009), »Zukunft des Gesundheitssystems«, Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Hof, B. und C. Schlömer (2005), »Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel«, *Sozialer Fortschritt* (8), 194–205.
Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP in der 17. Legislaturperiode des Bundestages: »Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.«, Berlin 2009.
Ulrich, R.E. (2005), »Demographic change in Germany and implications for the health system«, *Journal of Public Health* 13, 10–15.



Gebhard Kirchgässner*

Die Einführung der Gesundheitsprämie: Eine wirkliche Reform?

Wie überall steigen auch in Deutschland die Gesundheitsposten laufend an, und zwar nicht nur absolut, sondern auch im Vergleich zum Einkommen. Nachdem die Reform der Großen Koalition am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist, droht den gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2011 bereits wieder ein Defizit von 11 Mrd. €. Die jetzige schwarz-gelbe Koalition ist daher zu Maßnahmen gezwungen, mit denen die Ausgaben verringert und/oder die Einnahmen erhöht werden. Außerdem gibt es seit längerem Bestrebungen in der FDP und in geringeren Ausmaß auch in der CDU, die freilich von der CSU bekämpft werden, die Finanzierung des Gesundheitssystems von den Löhnen abzukoppeln und auf einkommensunabhängige Prämien umzustellen, wobei dafür die verschiedensten Begriffe wie »Kopfprämie«, »Kopfpauschale« oder neuerdings »Gesundheitspauschale« verwendet werden. Die Abkopplung soll dazu dienen, die negativen Auswirkungen der Krankenversicherungsprämien auf die Beschäftigung, wenn nicht zu beseitigen, so doch zu mildern.

Die Reform

Am 6. Juli 2010 hat die Koalition ein Maßnahmenpaket beschlossen, welches nicht nur die derzeit bestehenden Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenkassen beseitigen soll, sondern auch den Einstieg in ein neues System zur Finanzierung des Gesundheitssystems bilden soll, welches gerecht, sozial, stabil, wettbewerblich und transparent sein soll.¹ Der Beschluss enthält die folgenden zen-

* Prof. Dr. Gebhard Kirchgässner ist Professor für Volkswirtschaftslehre und Ökonometrie sowie Direktor des Instituts für Außenwirtschaft und Angewandte Wirtschaftsforschung an der Universität St. Gallen.

¹ Vgl. für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem, http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2010/2010-07-06-eckpunkte-gesundheit,property=publicationFile.pdf, 16. August 2010.

tralen Elemente, wobei die Details freilich noch ausgearbeitet werden müssen (vgl. Bundesregierung 2010).

- (i) *Prozentualer Beitrag in Abhängigkeit vom Lohn*: Der allgemeine Beitragssatz steigt ab Januar 2011 von derzeit 14,9 auf 15,5%. Arbeitnehmer zahlen künftig 8,2, Arbeitgeber 7,3% des Bruttoarbeitslohns.
- (ii) *Einkommensunabhängiger Zuschlag*: Kommt eine Krankenkasse mit ihren Prämieinnahmen (bzw. mit ihren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) nicht aus, erhebt sie Zusatzbeiträge. Die Höhe dieser Beiträge ist unbegrenzt. Das Bundesversicherungsamt berechnet für jedes Jahr den durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der für eine Deckung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen erforderlich ist.
- (iii) *Sozialer Ausgleich*: Der vom Versicherten zu zahlende Zusatzbeitrag soll auf 2% des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens begrenzt werden. Übersteigt der durchschnittlich erforderliche Zusatzbeitrag diesen Betrag, wird die Differenz durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich ausgeglichen.

Zunächst ändert sich am jetzigen System kaum etwas, sieht man einmal davon ab, dass die Bezieher der niedrigsten Einkommen jetzt eine Prämie von 10,2% (insgesamt 17,5%) ihres Einkommens für die Krankenkassenprämien aufbringen müssen. Bei der bis zum Jahr 2014 erwarteten durchschnittlichen Prämie von 16 € gilt dies für Monatseinkommen bis 800 €. Die negativen Arbeitsanreize, die mit diesen Prämien verbunden sind, werden somit in diesem Bereich noch verstärkt und nicht abgemildert.

Der Anstieg der Gesundheitskosten

Solange die Gesundheitskosten nicht stärker ansteigen als die Einkommen, wird sich kaum etwas ändern. Darauf zu hoffen, dürfte freilich eine Illusion sein. Es gibt zumindest vier Faktoren, die ein stärkeres Ansteigen wahrscheinlich machen:

- (i) Ein Teil des Anstiegs ergibt sich durch die Veränderung der Altersstruktur. Solange der Anteil der »Alten« an der Bevölkerung zunimmt, führt dies zu einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitskosten, und zwar unabhängig davon, ob die Bevölkerung insgesamt wächst oder schrumpft (vgl. hierzu z.B. Felder 2006).
- (ii) Dazu kommt, dass die Bürgerinnen und Bürger bei steigendem Einkommen bereit sind, für Gesundheitsleistungen einen überproportional steigenden Teil ihres Einkommens (ähnlich wie für z.B. Ferien) auszugeben. In diesem Sinne dürfte Gesundheit ein »superiores Gut« sein, d.h. die Einkommenselastizität liegt über 1.² Solange dies gilt,

² Entsprechend den Angaben der OECD (2010) ist zwischen 1985 und 2007 auch der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt gestiegen.

werden auch die Kosten pro Kopf der Bevölkerung stärker ansteigen als das Einkommen.

- (iii) Eine weitere Erklärung könnte sich aus W.J. Baumol's (1967) Modell des »ungleichgewichtigen Wachstums« ergeben. Danach steigen die Kosten in arbeitsintensiven stärker als in kapitalintensiven Sektoren, da technischer Fortschritt, der die Kosten senken könnte, in aller Regel an Kapital gebunden ist. Insbesondere steigen sie in Dienstleistungsbereichen stärker als in der industriellen Produktion. Der Gesundheitsbereich ist ein klassischer Dienstleistungsbereich. Insofern könnte er ein Anwendungsbeispiel für Baumol's Modell sein (vgl. hierzu Hartwig 2006).
- (iv) Schließlich ist der technische Fortschritt eine der wichtigsten Ursachen für den starken Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der stationären Versorgung (vgl. z.B. Jones 2002). Dabei ist ein indirekter vom direkten Effekt zu unterscheiden. Der direkte Effekt bedeutet, dass neue Untersuchungs- und Therapieformen entwickelt werden, die so genannte Hochtechnologiemedizin, die es ermöglichen, Krankheiten zu heilen, die bisher kaum wirksam behandelt werden konnten, bzw. zumindest die Situation der Patienten massiv zu verbessern. Der indirekte Effekt besteht darin, dass diese Therapiemöglichkeiten das Leben verlängern und damit zur Alterung der Bevölkerung (und der durch sie verursachten Kostensteigerung) beitragen.

Somit wäre es naiv anzunehmen, die Gesundheitskosten würden nicht stärker als das Einkommen steigen. Wenn in dieser Situation die lohnabhängigen Beitragsteile nicht steigen sollen, müssen die Zusatzprämien umso stärker steigen. Damit kommen immer mehr Einkommen in jenen Bereich, in welchem die Zusatzprämie mehr als 2% des sozialversicherungspflichtigen Einkommens ausmacht und die deshalb subventioniert werden müssen. Langfristig bedeutet dies, dass der Arbeitnehmerbeitrag für einen immer größeren Teil der Arbeitnehmerschaft 10,2% des Einkommens betragen und dass das für den Sozialausgleich erforderliche Steueraufkommen deutlich stärker als das Volkseinkommen steigen wird.

Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Werden die proklamierten Ziele der Reform zumindest ansatzweise erreicht? Zentrale Absicht war, die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten zu entkoppeln. Glaubt man der Bundesregierung, wurde dies dadurch erreicht, dass der Arbeitgeberbeitrag bei 7,3% festgeschrieben wird (vgl. Bundesregierung 2010, 2). Dies ist aber eine Illusion, da sich Lohn und Arbeitgeberbeitrag zur Krankenkasse wie bisher parallel entwickeln werden. Lediglich darüber hinausgehende Kosten haben keine direkten Auswirkungen mehr auf diesen Beitrag, sondern müssen ausschließlich von den Arbeitnehmern und den Steuerzahlern getragen werden.

Man könnte versuchen, eine Entkopplung dadurch herbeizuführen, dass man, wie dies z.B. von der FDP vorgeschlagen wurde, die heutigen Arbeitgeberbeiträge auf die Löhne aufschlägt und dann die Arbeitnehmer die gesamten Beiträge entrichten lässt. Die Arbeitgeber wären dann nicht mehr direkt betroffen. Dies bedeutet freilich nicht, dass sie überhaupt nicht betroffen wären. Folgt man dem neoklassischen Modell des Arbeitsmarkts, welches wir z.B. immer dann ins Feld führen, wenn wir gegen Mindestlöhne argumentieren, dann ist für den Arbeitgeber allein der Bruttolohn und für den Arbeitnehmer allein der Nettolohn entscheidend; wer die Beiträge an die Sozialversicherung abliefern, ist für die Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt irrelevant. Damit haben wir negative Auswirkungen der Krankenversicherung auf den Arbeitsmarkt, solange die Prämien Auswirkungen auf den Brutto- und/oder den Nettolohn haben. Dies aber lässt sich nicht vermeiden, wenn man einen sozialen Ausgleich anstrebt, d.h. wenn man das Ziel der Bundesregierung ernst nimmt: »Gesundheit muss bezahlbar bleiben – für jeden Geldbeutel und für jedes Alter.« Hier besteht ein Zielkonflikt, der sich nicht auflösen lässt; man sollte auch nicht versuchen, ihn wegzureden.

Dazu kommt, dass die Gewerkschaften versuchen werden, höhere Krankenkassenbeiträge der Arbeitnehmer durch höhere Lohnabschlüsse zumindest teilweise wieder auszugleichen. Daher würde eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge selbst dann einen Druck auf die Bruttolöhne ausüben, wenn die Beiträge ausschließlich von den Arbeitnehmern entrichtet würden.

Weitere Auswirkungen

Werden wenigstens die anderen Ziele erreicht? Man kann argumentieren, dass das neue System gerechter ist, da über die Steuern alle Einkommensbezieher und nicht nur die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe zum Sozialausgleich herangezogen werden. Wieweit diese Argumentation gültig ist, hängt davon ab, welche Steuern betrachtet (und im Zweifelsfall zur Finanzierung erhöht) werden. Sie gilt für die progressive Einkommensteuer, aber nicht notwendigerweise für die regressive Mehrwertsteuer; hier sind die Verteilungswirkungen offen.

Das neue System ist zweifellos etwas transparenter, da durch die unterschiedlichen Zusatzprämien sichtbar wird, welche Kassen höhere und welche niedrigere Kosten haben. Damit kommt auch ein Stück zusätzlichen Wettbewerbs in dieses System; die Versicherten haben Anreize, sich eine Kasse mit niedrigeren Prämien zu suchen, was Druck auf diese ausübt. Die Frage ist nur, wozu dieser führt. Als ein solches System mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz im Jahr 1996 in der Schweiz eingeführt wurde, hat man sich und den Stimmbürgern davon einen Druck

auf die Prämien und letztlich ein Ende der Kostenexplosion versprochen. Tatsächlich sind die Kosten und damit auch die Prämien munter weiter gestiegen; der Wettbewerb zwischen den Kassen geht heute fast ausschließlich um günstige Risiken. Dadurch wird keine einzige überflüssige Behandlung und damit werden somit auch keine Kosten eingespart; vielmehr ergibt sich ein Anstieg der Verwaltungskosten durch die Wechsler, der sich wiederum in den Prämien niederschlägt.³

Nun krankt unser schweizerisches System daran, dass der Risikoausgleich zwischen den Kassen völlig unzureichend ist. Er könnte deutlich besser sein (und wird auch ab dem Jahr 2012 zumindest etwas besser sein). Dennoch kann er nie so perfekt sein, dass dieser Wettbewerb nicht auftritt. Als Alternative wird daher gelegentlich vorgeschlagen, zu risikogerechten Prämien überzugehen. Bisher liegt dazu freilich kein wirklich überzeugender Vorschlag vor, der z.B. auch die dabei auftretenden Bürokratieprobleme in Rechnung stellt.⁴ Man wird daher auch in Zukunft mit einem nicht perfekten Risikoausgleich leben müssen, der den Krankenkassen einen gewissen Spielraum für Risiko-selektion gibt.

Fazit

Das wichtigste Element dieser Reform sollte nach den ursprünglichen Plänen eigentlich vermieden werden: Der Arbeitnehmerbeitrag steigt für die untersten Einkommen und längerfristig für einen immer größeren Kreis von Arbeitnehmern auf 10,2%, d.h. gegenüber dem Jahr 2009 um fast 30%. Damit werden die Krankenkassenprämien nicht von den Löhnen abgekoppelt, sondern die Differenz zwischen Brutto- und Nettolohn steigt noch. Das Ziel einer Abkoppelung wird somit klar verfehlt. Es kann aber auch gar nicht erreicht werden, solange man den Anspruch hat, dass auch Bezieher niedriger Einkommen Anrecht auf eine dem heutigen Standard entsprechende Krankenversorgung haben.⁵ Man sollte dies auch ehrlich kommunizieren und nicht gegenüber der Öffentlichkeit Versprechungen abgeben, die man nicht einhalten kann.

Zweitens sollen zusätzliche Kosten, die über die jetzt festgelegten Höchstbeitragssätze von 7,3 bzw. 10,2% für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Zukunft durch Steuern finanziert werden. Ob dies einen stärkeren Druck auf die Versicherungen bewirkt, Kosten einzusparen, ist offen. Drittens

soll es mit Hilfe der Zusatzprämien in Zukunft verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geben. Ob dies die Krankenkassen veranlasst, Druck auf die Kostenseite auszuüben und sich nicht vor allem um gute Risiken zu bemühen, ist ebenfalls offen.

Was als große Reform angekündigt und heiß umstritten war, hat somit bestenfalls zu einem »Reförmchen« geführt. Sieht man einmal von der in Zukunft zu erwartenden steuerlichen Belastung ab, sind auch langfristig keine großen Änderungen zu erwarten. Angesicht des Streits zwischen den Koalitionsparteien FDP und CSU war freilich auch kaum etwas anderes zu erwarten. Ein Kompromiss konnte nur aus kleinen Schritten bestehen, die von den Parteien unterschiedlich interpretiert werden konnten. Dies ist eingetreten.

Literatur

- Baumol, W.J. (1967), »Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crises«, *American Economic Review* 57, 415–426.
- Bundesregierung (2010), »Fragen und Antworten zur Neuordnung des Gesundheitswesens«, 13. Juli 2010, <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2010/07/2010-07-13-faq-gesundheit.html>, 15. August 2010.
- Felder, S. (2006), »Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie«, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 7 (Special Issue), 49–73.
- Hartwig, J. (2008), »What Drives Health Care Expenditure? Baumol's Model of 'Unbalanced Growth' Revisited«, *Journal of Health Economics* 27, 603–623.
- Jones, Ch.I. (2004), »Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much«, mimeo, University of Berkeley, Mai.
- Kirchgässner, G. (2010), »Die Schweiz als Vorbild? Bemerkungen zur Diskussion um eine Reform des deutschen Gesundheitswesens«, Universität St. Gallen, Volkswirtschaftliche Abteilung, Diskussionspapier Nr. 2010/15, Mai.
- OECD (2010), *Gesundheitsausgaben 2010*, abrufbar unter SourceOECD. (<http://miranda.sourceoecd.org/vl=3175741/cl=12/nw=1/rpsv/ij/oeecd-tats/99991012/v1n1/s1/p1>), 16. August 2010.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010), *Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Gutachten Nr. 2/10, Berlin.
- Zweifel, P. und M. Breuer (2005), »The Case for Risk-Based Premiums in Public Health Insurance«, *Health Economics, Policy and Law* 1, 171–188.

³ Im vergangenen Jahr haben in der Schweiz ca. 18% der Versicherten ihre Krankenversicherung gewechselt. Vgl. hierzu: Bewegung bei den Versicherten, *Neue Zürcher Zeitung* Nr. 249 vom 27. Oktober 2009, S. 13.

⁴ Dies gilt auch für die Vorschläge von Zweifel und Breuer (2005) oder des Wissenschaftlicher Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010).

⁵ Dies würde auch bei risikogerechten Prämien gelten. Zu den Arbeitsmarktwirkungen von Krankenkassenprämien vgl. auch Kirchgässner (2010).



Jürgen Wasem*

Finanzierungsreform auf Samtpfoten – triste Kostendämpfung statt struktureller Reformen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) leidet an einer strukturellen Einnamenschwäche. Die Finanzbasis der GKV, die so genannten »beitragspflichtigen Einnahmen« bleiben systematisch hinter dem allgemeinen Wirtschaftswachstum zurück: Während das nominelle BIP je Einwohner seit der Wiedervereinigung jahresdurchschnittlich bis 2008 um 3,1 v.H. (je Erwerbstätigen: um 2,9%) gewachsen ist, sind die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied nur um 1,9 v.H. jahresdurchschnittlich gewachsen; nur in zwei dieser Jahre war das Wachstum der GKV-Finanzbasis nicht geringer als das Wirtschaftswachstum. Demgegenüber sind die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied wie das BIP mit 3,1 v.H. pro Jahr gewachsen. Die Steigerung des durchschnittlichen gesamtdeutschen Beitragssatzes der GKV von 12,3 v.H. 1991 auf 14,9 v.H. 2008 ist daher nicht etwa auf eine »besorgniserregende« Ausgabenentwicklung (oder gar eine »Kostenexplosion«) sondern auf eine erodierende Einnahmenbasis des Krankenkassensystems zurückzuführen.

Daher wird mit Recht seit Anfang dieses Jahrzehnts eine Diskussion um eine Finanzierungsreform der GKV geführt: Angesichts der demographischen Entwicklung ist grundsätzlich davon auszugehen, dass der reale Bedarf nach Gesundheitsleistungen pro Kopf weiter steigen wird. Im überragenden Finanzierungssystem der GKV sind regelmäßige Beitragssatzsteigerungen damit vorprogrammiert. Wenn dies als gesamtwirtschaftlich kontraproduktiv angesehen wird, muss die Finanzierungsbasis der GKV auf eine breitere Basis gestellt werden. Insbesondere auch mit dieser Zielsetzung sind die Finanzierungs-Reformmodelle »Bürgerver-

sicherung« und »Pauschalprämie« entwickelt worden. Die Bürgerversicherung will die Finanzbasis (neben einem Einbezug der Privatversicherten) dadurch erweitern, dass auch Kapitaleinkünfte zur Beitragszahlung herangezogen werden; der Pauschalprämienansatz geht davon aus, dass die Prämie aus allen Einkunftsarten der Versicherten beglichen wird. Der in der Großen Koalition beschlossene Kompromiss zu den GKV-Finzen leistete hingegen allenfalls durch den Ausbau des Bundeszuschusses an die GKV (und dessen breite Steuerbasis) einen Schritt zur Verbreiterung der Finanzbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung – im Übrigen war der Kompromiss der Großen Koalition primär dadurch motiviert, gerade keine Richtungsentscheidung zu treffen, sondern jeder der beiden Parteien die künftigen Gestaltungsoptionen offen zu halten.

Schleichende Transformation des Finanzierungssystems

Wie ist vor diesem Hintergrund der Entwurf des »GKV-Finanzierungsgesetzes« zu bewerten? Kurzfristig bewirkt es beim Übergang von 2010 nach 2011 zunächst eine *Einnengung* der Finanzbasis: Der Bundeszuschuss wird um 0,5 Mrd. € zurückgeführt; zur Gegenfinanzierung sowie zur Finanzierung der in 2010 bestehenden Unterdeckung im Gesundheitsfonds von rund 3 Mrd. € und der erwarteten Mehrausgaben der Krankenkassen 2011 von rund 4 Mrd. € wird stattdessen der Beitragssatz für die Beiträge an den Gesundheitsfonds erhöht – um je 0,3 v.H. für Versicherte und Arbeitgeber. Damit kommt die durchschnittliche Krankenkasse – wie bereits 2009 – ziemlich genau mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds aus.

Allerdings beabsichtigt die Regierungskoalition, den auf 15,5% festgesetzten Beitragssatz in der Zukunft konstant zu halten – zumindest wird der bisher vorgesehene Mechanismus, nach dem der Beitragssatz bei einer steigenden Unterdeckung des Gesundheitsfonds erhöht werden muss, ersatzlos gestrichen (ohne dass der künftige Gesetzgeber aber gehindert wäre, die Zahl 15,5 durch jede andere beliebige Zahl zu ersetzen). Hätte diese Festschreibung des Beitragssatzes längerfristig Bestand, würde sie bedeuten, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beiträgen nur noch in dem Ausmaß der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen wachsen würden – das mit Sicherheit zu erwartende, deutlich darüber liegende Wachstum der Leistungsausgaben der GKV wäre dann (bei eingefrorenem Bundeszuschuss) über Zusatzbeiträge zu finanzieren. Unterstellt man, dass die Leistungsausgaben p.a. 4% wachsen, die beitragspflichtigen Einnahmen hingegen 2%, würden etwa 2015 mit rund 18 Mrd. € etwa 10% der GKV-Ausgaben über Zusatzbeiträge finanziert und der durchschnittliche monatliche Zusatzbeitrag je Mitglied läge bei rund 29 €. 2020 wären hingegen bereits mit rund 44 Mrd. € etwa 17% der Leis-

* Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen.

tungsausgaben über Zusatzbeiträge finanziert, bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag je Mitglied von 7,2 € im Monat.

Dies zeigt: Konstanz der nunmehr getroffenen Entscheidungen unterstellt, kommt es zu einer sehr langsamen aber kontinuierlichen Transformation des Finanzierungssystems in ein Prämienmodell – und insoweit zu einer Verbreiterung der GKV-Finanzbasis. Das ist zumindest ziemlich nahe an dem dran, was der Koalitionsvertrag mit seiner Ankündigung einer »langfristigen Überführung« in ein System mit »einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen« gemeint haben dürfte.

Sozialausgleich: Pragmatisch, aber Chancen nicht genutzt

Jede – auch sehr langsame – Umsteuerung von einer Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge hin zu einem prämienfinanzierten System bedeutet zunächst c.p. eine Umverteilung von Geringverdienern zu Versicherten mit höheren Einkommen, zudem kann eine Überforderung der Versicherten mit geringem Einkommen ausgelöst werden. Daher sehen sowohl die für Deutschland diskutierten als auch die im Ausland (etwa der Schweiz oder den Niederlanden) umgesetzten vollständigen oder teilweisen Prämienmodelle einen subjektbezogenen Transfer an Geringverdiener vor, der eine Überforderung dieser Versicherten verhindern soll. Der Koalitionsvertrag hatte folgerichtig denn auch angekündigt, die einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträge würden »sozial ausgeglichen«. Entsprechend nahm in den letzten Monaten der »Sozialausgleich« wesentlichen Raum in der Diskussion um die Zukunft des Finanzierungsmodells ein.

Bereits das gegenwärtig noch bestehende Finanzierungsmodell des Kompromisses der Großen Koalition sieht einen Sozialausgleich vor: Wenn die Krankenkasse mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommt und daher zur Gewährleistung eines ausgeglichenen Haushalts einen Zusatzbeitrag erheben muss, darf dieser – sofern er 8 € im Monat übersteigt – das GKV-Mitglied nicht mit mehr als 1 v.H. seiner beitragspflichtigen Einnahmen belasten. Die Konzeption dieses gegenwärtig praktizierten Sozialausgleichs ist allerdings mit erheblichen Konstruktionsproblemen belastet: Denn die Zahlung des Zusatzbeitrages des Mitglieds wird schlicht bei 1% seiner beitragspflichtigen Einnahmen gekappt, der Krankenkasse fehlen somit diese die Belastungsgrenze übersteigenden Teile der Zusatzbeiträge der entsprechenden Mitglieder, und sie muss entsprechend den Zusatzbeitrag höher ansetzen, um von solchen Versicherten, die höhere Einkommen haben, entsprechend größere Zusatzbeiträge vereinnahmen zu können.

Dies hat drei Konsequenzen: Zum einen kann über die Zusatzbeiträge kein Aufkommen von größer als 1 v.H. der beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder erzielt werden. Des Weiteren sind Geringverdiener nur so lange preissensitiv, wie es Kassen mit Zusatzbeiträgen unterhalb von 8 € gibt – bei Kassen mit Zusatzbeiträgen oberhalb von 8 € zahlen sie völlig unabhängig von der Höhe des tatsächlichen Zusatzbeitrags immer 1 v.H. ihrer beitragspflichtigen Einnahmen, so dass der Zusatzbeitrag hier jede Steuerungsfunktion verliert. Schließlich wird der Wettbewerb der Krankenkassen erheblich verzerrt: Bei gleichem Finanzierungsbedarf über Zusatzbeiträge ist der erhobene Zusatzbeitrag einer Krankenkasse umso höher, je mehr Versicherte ihr angehören, die unter den Sozialausgleich fallen, also den Zusatzbeitrag nicht komplett entrichten müssen – ein wenig sinnvolles Szenario.

Diese Webfehler weist der nunmehr beschlossene Sozialausgleich ab 2011 nicht mehr auf: Jedes Mitglied zahlt einen vollen Zusatzbeitrag, der Krankenkasse entgehen also keine Zusatzbeiträge wegen des Sozialausgleichs, so dass die wettbewerbsverzerrenden Einnahmeausfälle nicht mehr auftreten. Der Sozialausgleich wird vielmehr dadurch umgesetzt, dass das durch den Zusatzbeitrag überforderte Mitglied (die Überforderungsgrenze soll bei 2% der beitragspflichtigen Einnahmen liegen) einen entsprechend geringeren einkommensabhängigen Beitrag an den Gesundheitsfonds zahlt; Arbeitgeber führen diese Verrechnung im Rahmen der Zahlung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags bei ihren Beschäftigten durch, die Rentenversicherung im Rahmen der Zahlung der Beiträge für die Krankenversicherung der Rentner. Auch wird bei der Berechnung der Minderung des einkommensabhängigen Beitrags der *durchschnittliche* Zusatzbeitrag aller Kassen, nicht der individuell zu entrichtende Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkasse zugrunde gelegt – dies erhält die Preissensitivität auch der Versicherten, die unter den Sozialausgleich fallen.

Insbesondere die Abwicklung des Sozialausgleichs über die Kürzung des einkommensabhängigen Beitrags ist ein pragmatischer Weg zur Umsetzung dieses politisch so umstrittenen Eckpfeilers der neuen Finanzierungs-konzeption. Unbefriedigend daran ist allerdings, dass zur Feststellung, ob ein GKV-Mitglied Anspruch auf Sozialausgleich hat, aus Praktikabilitätsgründen ausschließlich auf seine beitragspflichtigen Einnahmen abgestellt wird: So wird ein Versicherter mit geringer Rente und hohen Einkünften aus Kapitaleinkünften ausgleichsberechtigt, ein im Vergleich zu diesem in bescheideneren Verhältnissen lebender Rentner mit höherer Rente und keinen Kapitaleinkünften hingegen nicht. Ob dies – wie ein Gutachten für die SPD-Bundestagsfraktion aussagt – verfassungswidrig ist, soll hier nicht beurteilt werden, verteilungspolitisch unbefriedigend ist es allemal. Allerdings wird hier nur der »Fehler« wiederholt, der die einkommensabhängige Beitragsgestaltung der GKV ohnehin

prägt: Nicht alle Einkunftsarten sind beitragspflichtig, sondern nur Gehalt (bei Selbständigen: Gewinn), Rente und bestimmte Sozialtransfers.

Gedrückt hat sich die Koalition um eine klare Regelung, wie der Sozialausgleich letztlich finanziert wird. Die Minderung der einkommensabhängigen Beiträge der Empfänger von Sozialausgleich an den Gesundheitsfonds bewirkt dort Einnahmeausfälle. Diese sollen zunächst aus der Liquiditätsreserve des Fonds kompensiert werden. Aber das ist natürlich ein Taschenspielertrick. Die spannende Frage wird sein: Kommt dafür zusätzliches Geld aus dem Bundeshaushalt oder wird der heutige Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds (2010: 15,7 Mrd. €), der gegenwärtig zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen eingesetzt wird, über die Jahre transformiert in ein Budget zur Finanzierung des Sozialausgleichs – mit der logischen Konsequenz, dass die Unterdeckung des Gesundheitsfonds und damit die Dynamik der Zusatzbeiträge zunehmen wird.

Unbefriedigend ist auch, dass der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2011 nahe null ist. Dies ist für die Versicherten extrem merklich und führt dazu, dass die Kassen ausschließlich kurzfristige Kosteneinsparungen im Auge haben, hingegen, nicht mittelfristige Effizienz.

Auf der Ausgabenseite nur triste Kostendämpfung

Der Gesetzentwurf der Koalition zur Einnahmenseite wird flankiert durch Maßnahmen auf der Ausgabenseite, die den Ausgabenzuwachs der Kassen begrenzen sollen. Wer hier auf eine inspirierende Weiterentwicklung des GKV-Steuerungssystems gehofft hatte, ist bitter enttäuscht: Keine Impulse für einen Ausbau von Wettbewerb als Effizienzmaschine. Wie gerade die Monopolkommission noch einmal ausführlich dargelegt hat, liegen intelligente Modelle vor, wie auch in der Gesundheitsversorgung, wo der Marktmechanismus wegen der Existenz des Versicherungsschutzes und ubiquitärer Informationsasymmetrien nur begrenzt greifen kann, wettbewerbliche Steuerung funktionieren kann. Insbesondere das Konzept des »Vertragswettbewerbs«, bei dem die Krankenkassen unter strikter Anwendung des Kartellrechts und der Fusionsaufsicht die Versorgung ihrer Versicherten mit medizinischen Leistungen (z.B. im Rahmen von Ausschreibungen) über Verträge mit Krankenhäusern, Arztnetzen und Herstellern von medizinischen Gütern anstelle von beiderseitigen Kontrahierungszwängen im Rahmen von Kollektivverträgen organisieren, wird von der Monopolkommission empfohlen.

Stattdessen: triste Kostendämpfung, wie sie gerade die FDP als Oppositionspartei in den vergangenen zehn Jahren immer wieder (zu Recht) kritisiert hatte. Dabei wissen

wir aus den Erfahrungen zahlreicher Kostendämpfungs Gesetze seit Mitte der siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts: Sie sind ungerecht, weil sie nach der Rasenmähermethode vorgehen, sie sind strukturkonservativ, weil sie Innovationen in Neuerungen erschweren, und sie wirken ohnehin nur kurzfristig.

Eine Ausnahme von diesem trüben Bild bietet allerdings der Arzneimittelbereich: Hier hat sich die Koalition zu einem »Doppelschlag« aus Kostendämpfung über einen erhöhten Zwangsrabatt und strukturellen Veränderungen entschlossen. Leider wird hier die aus ökonomischer Sicht vordringliche Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel, die erst vor drei Jahren eingeführt wurde, in ihrer Bedeutung stark relativiert zugunsten einer reinen Bewertung des Nutzens, ohne dass klar wäre, wie auf dieser Basis ein GKV-Erstattungsbetrag ermittelt werden könnte. Bedauerlich auch, dass die Regelungen stark beim Spitzenverband der Krankenkassen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zentralisiert sind – hier konnte sich der FDP-Gesundheitsminister, der eine stärker dezentral-wettbewerbliche Lösung bevorzugt hätte, nicht gegenüber den Gesundheitspolitikern von CDU/CSU durchsetzen. Grundsätzlich aber ist es richtig, zwar den freien Marktzugang von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zu erhalten, die bisher mögliche freie Preisgestaltung aber zu begrenzen: Denn in einer Situation, in der der Arzt das Medikament verschreibt, der Patient es in Anspruch nimmt, die Krankenkasse es aber bezahlt, führt eine freie Preisgestaltung durch den pharmazeutischen Hersteller zu hohen Preisen auch bei nur geringem Zusatznutzen.

Es bleibt zu hoffen, dass die Koalition auf der Ausgabenseite noch deutlich mutiger wird – auch wenn (logischerweise) weder die Leistungserbringer aus den Kollektivverträgen gerissen noch die Krankenkassen konsequent dem Wettbewerbsrecht unterstellt werden wollen. Mehr Wettbewerb hieße aber auch, dass die Politik sich selbst zurücknimmt – vermutlich ist das das größte Hindernis.