

**Stellungnahme zum  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz  
- GKV-WSG -  
Bundestagsdrucksache 16/3100**

Zur Anhörung des Gesundheitsaus-  
schusses des Deutschen  
Bundestages am 14.11.2006

**- Regelungen zur Finanzierung -**

Werner Schneider  
Geschäftsführer im  
AOK-Bundesverband  
Geschäftsbereich  
Finanzen, Controlling

Bonn, den 06.11.2006

<b>Zusammenfassung – Übersicht</b>	<b>Seite</b>
Die Maßnahmen des GKV-WSG im Bereich der Finanzierung ignorieren die Ursachen der GKV-Finanzprobleme. Die seit Jahren zu registrierende Erosion der Einnahmengrundlagen ist in erster Linie Folge der gesetzlich veranlassten Absenkungen der Beitragsbemessungsgrundlagen und auf PKV-Risikoselektionen zurückzuführen.	3
Die Maßnahmen des GKV-WSG führen in 2007 nicht zur Entlastung, sondern zu weiteren Belastungen der GKV.	5
Der Gesundheitsfonds löst keine, sondern schafft neue Probleme. Eine 100-prozentige GKV-Ausgabendeckung ist nicht gewährleistet.	7
Viele Krankenkassen werden als Folge ihrer unzureichend berücksichtigten Morbiditätslasten und auf Grund regionaler Versorgungsunterschiede bereits 2009 einen Zusatzbeitrag erheben müssen.	8
Der Zusatzbeitrag mit der Härteregelung führt zu weniger statt mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit. Viele Kassen werden den Zusatzbeitrag wegen der 1 v.H.-Härtegrenze nicht im notwendigen Umfang erheben können.	10
Der Fonds in Form eines Sondervermögens erfordert eine Liquiditätsreserve, die den Beitragssatz erhöht. Der Einzug des Zusatzbeitrags ist teuer.	12
Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) ist auf Grund der Beschränkungen bei der Zahl und den Kosten der Krankheiten unzureichend. Die Regelungen führen zu Rechts- und Umsetzungsproblemen, die den RSA insgesamt gefährden können.	13
Die Konvergenzklausel beim RSA ist nicht umsetzbar, weil ein Vergleich zwischen den Ländertransfers auf Basis der alten und neuen Regelungen nicht möglich ist. Die Umsetzung der Regelungen kann sogar zu Verringerungen der heutigen RSA-Transfers und zur Rückführung der Ost-West-Angleichung im RSA führen.	15
Die Einführung eines neuen Haftungs- und Insolvenzrechts birgt Risiken für die Gläubiger und verursacht Rechtsunklarheiten für alle Beteiligten.	16
Zum GKV-WSG gibt es eine kurzfristig zu realisierende Alternative, die Beitragssatzsenkungen in 2007 vermeidet, die Einkommensbasis der GKV stärkt und die Transparenz und den Wirtschaftlichkeitswettbewerb fördert.	18
Anlage: Gesetzliche Einflüsse auf die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit 1995	21

## Die Maßnahmen des GKV-WSG ignorieren die Ursachen der GKV-Finanzprobleme

Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Reform der GKV-Finanzgrundlagen besteht Konsens zwischen allen Parteien und gesellschaftlichen Kräften. Offenkundig ist, dass das GKV-Finanzierungssystem instabil und in Teilen ungerecht ist. Streitig ist jedoch die Einschätzung der Ursachen und deshalb auch die Einschätzung geeigneter Lösungswege. Am Beginn einer GKV-Finanzierungsreform muss deshalb eine nüchterne Ursachenanalyse stehen.

- Die Instabilität äußert sich in der offensichtlichen Konjunktur- und Arbeitsmarktabhängigkeit der GKV-Finanzentwicklung. Obwohl die GKV-Ausgaben in den letzten 15 Jahren weitgehend der BIP-Entwicklung gefolgt sind, bleiben die Beitragseinnahmen weit hinter der BIP-Entwicklung zurück. Folge ist, dass die Beitragssätze von 1994 bis 2006 - trotz wiederholter Eingriffe des Gesetzgebers - um 1,0 Beitragssatzpunkte gestiegen sind und ohne das Gesundheitsmodernisierungsgesetz sogar um 1,9 Beitragssatzpunkte gestiegen wären. Damit wird offenkundig, dass primär nicht die Ausgaben-, sondern die Einnahmenseite das Hauptproblem der GKV sind.<sup>1</sup>
- Die Ursachen dieser Einnahmenprobleme sind - entgegen verbreiteter Einschätzung - nur zu einem kleineren Teil auf externe Einflüsse zurückzuführen: Die konjunkturellen (d.h. Effektivlohn- und Arbeitsmarktentwicklung) und strukturellen (Veränderungen in Beschäftigten- und Lohnstrukturen) Ursachen der Einnahmenschwäche haben ihre quantitativen Dimensionen nur erreichen können, weil die Einnahmegrundlagen durch zwei gleichzeitig wirkende Einflüsse destabilisiert worden sind: Einerseits fand durch Verschiebungen von Risikolasten zwischen Staat und Sozialversicherung und zwischen den Zweigen der Sozialversicherung eine Erosion der Beitragsbasis im mittleren und unteren Einkommensspektrum statt (vgl. Auflistung der wichtigsten gesetzlichen Eingriffe in die Beitragsbemessung in der Anlage 1). Andererseits hatten Risikoverschiebungen zwischen PKV und GKV Erosionen am oberen Einkommensrand zur Folge. Wenn die Beiträge für Arbeitslose durch den Gesetzgeber immer weiter abgesenkt werden und die Arbeitslosigkeit auf über 5 Mio. steigt, liegt die Ursache der GKV-Einnahmenerosion nicht primär in der hohen Arbeitslosigkeit, sondern in den wiederholten Eingriffen in die Beitragsbemessung. Auch die quantitative Bedeutung der Risikoselektionen durch Abwanderungen von hochverdienenden GKV-Versicherten in die PKV wird allgemein unterschätzt. Hätten die destabilisierenden Eingriffe des Gesetzgebers und die PKV-GKV-Selektionsprozesse nicht stattgefunden, wären die negativen Wirkungen von Konjunktur- und Arbeitsmarktentwicklung auf die GKV-Einnahmen vergleichsweise begrenzt geblieben.
- Hinzu kommt die einseitige Fokussierung der Einnahmenbasis auf Löhne und Gehälter (bzw. den entsprechenden Lohnersatztransfers). Angesichts der erheblichen Zunahme von Vermögenseinkünften bei gleichzeitig sinkendem Entgeltvolumen führt die eindimensionale Anbindung der GKV-Finanzierung zu weiteren Instabilitäten und Ungerechtigkeiten. Der Erosionsprozess auf der Einnahmenseite wäre weitaus geringer ausgefallen, wenn auch die Vermögenseinkünfte zur Beitragsbemessung herangezogen worden wären. Als alleiniger Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten werden Arbeitnehmerentgelte, Renten u.a. Entgeltersatzleistungen deshalb zunehmend fragwürdig.

---

<sup>1</sup> Vgl. DIW-Wochenbericht 7/2003: Ursache ist „die zunehmende Spreizung von BIP und Bruttolohn- und Gehaltssumme“

Quantifiziert bedeutet dies:

Tabelle 1: Übersicht über die Hauptursachen der Beitragssatzerhöhungen

Beitragssatzentwicklung: 1994 bis 2006	
Zunahme um ohne GMG	+1,0 BS-Punkte <sup>2</sup> +1,9 BS-Punkte
davon entfielen auf <sup>3</sup> :	
Wiederholte Absenkungen der Beiträge für Arbeitslose ab 1995 (inkl. Kürzung der Anspruchdauer für Arbeitslosengeld)	rd. 0,45 BSP <sup>4</sup>
Risikoselektionen zu Gunsten der PKV durch Abwanderungen Höherverdienender (seit 1994 insgesamt rd.3,4 Mio. Mitglieder)	0,3 bis 0,5 BSP <sup>5</sup>
Verringerung der Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten durch gesetzlich induzierte Ausweitung von Minijobs, Teilzeitbeschäftigung und Selbständigkeit sowie sonstige konjunkturelle Einflüsse (z.B. Lohndrift)	0,2 bis 0,3 BSP <sup>6</sup>
Sonstige gesetzliche Änderungen bei der Beitrags- Bemessungsgrundlage	rd. 0,3 BSP <sup>7</sup>

Die seitens der Bundesregierung wiederholt festgestellten Verwerfungen der wettbewerblichen Rahmenbedingungen zwischen den Krankenkassen wurden durch diese Erosionsprozesse verstärkt: Der Risikostrukturausgleich (RSA) gleicht auf der Einnahmenseite nur rd. 90 v.H. der Grundlohnverzerrungen und auf der Ausgabenseite keinerlei Risikobelastungen aus, die durch die unterschiedliche Verteilung von chronisch und schwerkranken Versicherten auf die Krankenkassen entstehen. Die zunehmende Konzentration von Geringverdienern auf einzelne Kassenarten und Krankenkassen führte - in Kombination mit gleichzeitiger Konzentration von Zuzahlungs-Härtefällen und Mitgliedern mit Geringstbeiträgen (insbesondere Bezieher von Arbeitslosengeld II) - zu einer Zunahme der wettbewerblichen Nachteile für die betroffenen Krankenkassen.

<sup>2</sup> allgemeiner Beitragssatz (inkl. Zusatzbeitrag) zum 1.1.2006 ggü. 1.1.1994; weitere Beitragssatzsteigerungen wurden durch diverse Reform- und Vorschaltgesetze verhindert (z.B. GMG mit 0,9 BSP)

<sup>3</sup> ohne die durch den Gesetzgeber auf die GKV übertragenen versicherungsfremden Leistungen z.B. im Bereich der Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen, für die bis 2007 eine stufenweise auf 4,2 Mrd. Euro aufbauende Finanzierung aus Bundesmitteln vorgesehen ist, die ab 2008 auf nur noch 1,5 Mrd. Euro durch das Haushaltsbegleitgesetz verringert wurde

<sup>4</sup> Berechnungen der GKV-Spitzenverbände, zusammengetragen und aktualisiert von Beske/ Drabinski (2004), Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung: Politische Entscheidungen 1977 - 2004 und andere Tatbestände

<sup>5</sup> eigene grobe Schätzungen mit kumulativen Belastungseffekten bei jahresdurchschnittlich 315.000 Wechslern von der GKV in die PKV, unter der Annahme, dass 25 bis 30 % der Wechsler oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (Deckungsbeitrag rd. 5.000 Euro/J.) liegen. Rest: Beamte, Selbständige, Familienangehörige (Deckungsbeitrag rd. 500 Euro/J.). Im Zeitablauf relative Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

<sup>6</sup> Eigene Schätzung auf der Basis der IAB-Analyse zur Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (vgl. IAB-Kurzbericht 26/2005); davon Minijobs rd. 0,1 BSP

<sup>7</sup> Berechnungen der GKV-Spitzenverbände nach Beske/ Drabinski (2004)

Das GKV-WSG enthält keine Maßnahmen, die zu einer nachhaltigen, den Ursachen dieser Erosionsprozesse Rechnung tragenden Stabilisierung der Finanzgrundlagen führen könnten. Selbst kurzfristig wirkende Maßnahmen zur Vermeidung erheblicher Beitragssatzsteigerungen in 2007 fehlen. Im Gegenteil: Die in Verbindung mit dem Haushaltsbegleitgesetz beschlossene Absenkung der Bundesmittel zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in 2007 und 2008 von 4,2 auf nur noch 1,5 Mrd. Euro bewirkt Mindereinnahmen in der GKV in Höhe von 2,7 Mrd. Euro bzw. rd. 0,3 Beitragssatzpunkten für 2007 und 2008. Auch die Anhebung dieses Steuerzuschusses ab 2009 - evtl. auch bereits ab 2007<sup>8</sup> - auf 3 Mrd. Euro kompensiert den Einnahmenausfall der GKV nur teilweise. Hinzu kommt in 2007 die Auswirkung der Mehrwertsteuererhöhung von 16 auf 19 v.H. auf die Arzneimittelausgaben, auf Hilfsmittel sowie alle sächlichen Verwaltungskosten mit einer Mehrbelastung der GKV von 0,9 Mrd. Euro bzw. rd. 0,1 Beitragssatzpunkten.

Das BMG selbst hatte das voraussichtliche Defizit für 2007 im Vorfeld der Reformbeschlüsse auf rd. 7 Mrd. Euro geschätzt. Auch aus den vom RSA-Schätzerkreis am 07.09.2006 prognostizierten RSA-Eckwerten für 2007 lässt sich ein Finanzierungsdefizit der GKV in Höhe von 6 bis 7 Mrd. Euro bzw. 0,6 bis 0,7 Beitragssatzpunkten ableiten<sup>9</sup>. In dieser Kalkulation sind die GKV-WSG-Finanzwirkungen noch nicht berücksichtigt.

### **Mehrausgaben durch GKV-WSG belasten die GKV in 2007 zusätzlich**

Nach der finanziellen Begründung des Gesetzentwurfs soll die GKV in 2007 im Saldo um 1,4 Mrd. Euro entlastet werden. Hiervon soll auf Minderausgaben insbesondere wegen Umstellung auf Arzneimittelhöchstbeträge (1,0 Mrd. €/Jahr), Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen bei Arzneimitteln (0,1 Mrd. €/Jahr), Ausschreibung für Hilfsmittel (rd. 0,3 Mrd. €/Jahr), Abschlag Krankenhausrechnungen (0,35 Mrd. €/Jahr), Ausgabenabschlag bei Fahrkosten (rd. 0,1 Mrd. €/Jahr) und Festzuschüsse bei Rehabilitationsmaßnahmen (rd. 0,1 Mrd. €/Jahr) insgesamt rd. 2 Mrd. Euro entfallen. Dem stehen laut finanzieller Begründung Mehrausgaben in Höhe von 0,2 bis 0,3 Mrd. Euro gegenüber, die insbesondere durch Verbesserungen der Palliativversorgung und der geriatrischen Rehabilitation, bei Mütter-/Väter-Kind-Kuren, der stationären Behandlungspflege in besonders schweren Fällen und die Aufnahme von Schutzimpfungen in den Regelleistungskatalog entstünden. Bei einem Saldo der jährlichen Mehr- und Minderausgaben von rd. -1,7 Mrd. Euro ergibt sich bei Inkrafttreten der Maßnahmen zum 1.4.2007 (also für neun statt zwölf Monate) nach der Gesetzesbegründung eine Gesamtentlastung von -1,4 Mrd. Euro.

Die Fach- und Finanzexperten der Spitzenverbände der Krankenkassen kommen jedoch übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Regelungen des GKV-WSG in 2007 nicht zu der o.g. Entlastung, sondern umgekehrt zu einer Belastung der GKV in Höhe von rd. 0,5 Mrd. Euro führen werden. Die Hauptursachen hierfür sind:

- Die Umstellung auf Arzneimittelhöchstpreise löst frühestens Einsparungen aus, wenn es zu entsprechenden Vereinbarungen mit den Apothekern über eine Absenkung ihrer Vergütungsanteile kommt. Hierzu aber werden die Apotheker nicht freiwillig bereit sein. Die für diesen Fall vorgesehene Erhöhung des Apothekenrabatts kann frühestens in 2008 finanzwirksam werden. Auch die Auseinzelnung von Arzneimitteln führt - ohne Anpassung der Hilfstaxe - zu erhöhten Aufschlagssätzen für die Apotheker. Auch hier sind somit Vertragsverhandlungen mit dem Deutschen Apothekerverband erforderlich, deren Erfolg - wegen des erhöhten Aufwands in den Apotheken - fraglich ist. Eine Einsparung bereits in 2007 ist bei Arzneimitteln somit nicht zu erwarten.

---

<sup>8</sup> in Abhängigkeit von den Ergebnissen eines Prüfauftrags, den die Koalition am 03.11.06 beschlossen hat, wird die Erhöhung ggf. bereits auf 2007 vorgezogen; in diesem Fall verringert sich das Finanzierungsdefizit in 2007 um 1,5 Mrd. Euro und der Beitragssatzerhöhungsbedarf um 0,15 BS-Punkte

<sup>9</sup> vgl. Fußnote 8

- Die erwartete Einsparung durch Ausschreibungen bei Hilfsmitteln ist in 2007 wegen des notwendigen zeitlichen Vorlaufs allenfalls zu einem Drittel realisierbar.
- Der Ausgabenabschlag bei Fahrkosten kann faktisch nicht realisiert werden, weil zwei Drittel der Fahrkosten in Bereichen anfallen, die im kommunalen Gebührensatzungsrecht nach dem Selbstkostendeckungsprinzip festgelegt werden. Bei Rechnungsabschlägen käme es als Folge des Selbstkostendeckungsprinzips zwangsläufig zu entsprechenden vorherigen oder unmittelbar anschließenden Gebührenerhöhungen. Diese wären von den Kassen nicht vermeidbar. Ähnliche Folgen ergäben sich im Taxibereich.
- Ebenfalls keine Einsparungen verursachen die Festzuschüsse bei Rehabilitationsmaßnahmen, da bereits bislang die Kosten für Reha-Maßnahmen in vergleichbaren Einrichtungen übernommen wurden. Die Neuregelung stärkt lediglich das Wahlrecht der Versicherten. Zudem sind wegen des bürokratischen Aufwands tendenziell sogar eher Mehrkosten als Einsparungen zu erwarten.

Der in der finanziellen Gesetzesbegründung aufgeführte Katalog von Belastungen durch neue oder veränderte Leistungen ist zudem unvollständig. Nicht berücksichtigt sind vor allem spürbare Leistungsausweitungen bei der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 und 2 SGB V) um zunächst rd. 250 Mio. Euro, die sich sukzessive auf bis zu 600 Mio. Euro erhöhen dürften, und die Verpflichtung zur Finanzierung technischer Kontrollen bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), die zu Mehraufwendungen von 500 Mio. Euro führen.

Zudem birgt das Gesetz eine Reihe zusätzlicher finanzieller Risiken, die in ihrer Dimension nicht exakt quantifizierbar sind. Hierzu gehören vor allem die erheblichen Risiken durch die Aufnahme von Schutzimpfungen in den Regelleistungskatalog, die bei vollständiger Übernahme der vorliegenden StiKo-Empfehlungen auf bis zu 1,6 Mrd. Euro Mehrausgaben anwachsen können. Ebenso gehört hierzu die Einbeziehung aller bisher nicht-versicherten Personen in den Versicherungsschutz, die mangels kostendeckender Beitragsregelung zu erneuten Risikoverschiebungen zu Gunsten der Sozialhilfeträger und anderer Kostenträger und zu Lasten der GKV führen wird.

Vor diesem Hintergrund ist in 2007 trotz der zwischenzeitlich konjunkturell etwas verbesserten Einnahmesituation mit einer flächendeckenden Beitragssatzsteigerung in der GKV von 0,6 bis 0,7 Beitragssatzpunkten - ohne Entschuldung - zu rechnen. Für den Abbau der Schulden (negative Betriebsmittel) wären rechnerisch weitere 0,4 Beitragssatzpunkte erforderlich, die sich auf die betroffenen Kassen und Kassenarten sehr unterschiedlich verteilen.

Da das GKV-WSG auch keine nennenswerten Maßnahmen zur besseren Ausgabensteuerung durch die Krankenkassen enthält, ist auch in den Folgejahren nach 2007 von einer Fortsetzung - unter ungünstigen Umständen auch Zunahme - der in den letzten Jahren registrierten Ausgabendynamik (ca. 3,5 Mrd. Euro pro Jahr) auszugehen. Für eine Zunahme dieser Dynamik sprechen eine Reihe weiterer Finanzrisiken, die z.B. bei Überwälzung der Tarifsteigerungen der Krankenhausärzte oder durch die Änderung des ärztlichen Vergütungssystems (2009) entstehen können. Auch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (Telematik) und die Einnahmenverluste durch die Einführung des neuen Elterngeldes (Erhöhung der Beitragsfreiheit von ggw. 24 auf 28 Monate) belasten die GKV. Damit muss auch in 2008 mit einer weiteren Finanzierungslücke in Höhe von mindestens 3,5 Mrd. Euro und in 2009 - wegen der Anhebung der Steuerfinanzierung um 1,5 Mrd. Euro - in Höhe von mindestens 2 Mrd. Euro gerechnet werden. Bis zum Ende der Legislaturperiode ist somit ohne gesetzgeberische Gegenmaßnahmen eine Finanzierungslücke in Höhe von 13 bis 16 Mrd. Euro zu erwarten<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> vgl. Fußnote 8

## **Gesundheitsfonds: löst keine Probleme, sondern schafft neue**

Kernstück der Reform ist der beim Bundesversicherungsamt (BVA) ab 2009 einzurichtende Gesundheitsfonds. Er soll durch GKV-einheitlich festgesetzte Beiträge und Steuermittel finanziert und als Sondervermögen angelegt werden. Seine Hauptaufgabe besteht in der Zuweisung der Mittel an die Krankenkassen. Damit deckt sich seine Aufgabe vollständig mit der vom BVA bereits in der Vergangenheit wahrgenommenen Aufgabe: Es hat die Bundesmittel zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen und über den Risikostrukturausgleich (RSA) rd. 90 v.H. der Beitragseinnahmen auf die Krankenkassen verteilt. Diese Verteilung erfolgte bislang reibungslos, ohne Zeitverzug und ohne nennenswerten Verwaltungsaufwand im Wege von Verrechnungen zwischen Ansprüchen und Verpflichtungen der Krankenkassen.

Neu sind dagegen die Festsetzung eines GKV-einheitlichen Beitragssatzes durch Rechtsverordnung, die Finanzierung von Defiziten der Krankenkassen über einen direkt beim Mitglied zu erhebenden Zusatzbeitrag, die Anlage des Fonds als Sondervermögen und die veränderten Kriterien für die Mittelzuweisung an die Krankenkassen. Mit dem weitgehenden Verlust der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen verschiebt sich die Balance zwischen den bislang im Rahmen der Sozialversicherung selbstverwalteten zu Gunsten der staatlich administrierten Aufgaben.

Die Auswirkungen des Fonds auf die Beitragsbelastung der Versicherten und die wettbewerblichen Rahmenbedingungen der Krankenkassen hängen wesentlich von der Fondsausstattung und dem Konzept der risikoadjustierten Mittelzuweisungen ab.

## **Eine 100prozentige GKV-Ausgabendeckung in 2009 ist durch die Regelungen zur Fondsfinanzierung nicht gewährleistet**

Beiträge werden nicht mehr kassenindividuell durch die selbstverwalteten Krankenkassen, sondern für alle Mitglieder und Arbeitgeber einheitlich durch Rechtsverordnung des BMG festgesetzt. Die erstmalige Festsetzung für 2009 ist so zu bemessen, „*dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes ... und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds... decken*“ (§ 220 Abs. 2 SGB V neu). Dieser Beitrag ist in den Folgejahren zu erhöhen, wenn sie zusammen mit den weiteren Einnahmen nicht mehr 95 v.H. der GKV-Ausgaben einschließlich der Liquiditätsreserve decken.

Die Neuregelung in § 220 Abs. 2 SGB V gibt also vor, dass der für 2009 festzulegende GKV-Beitragssatz nicht nur die voraussichtlich für 2009 geschätzten GKV-Ausgaben, sondern auch die Liquiditätsreserve des BVA zu decken hat. Die Höhe der Liquiditätsreserve soll später in einer Rechtsverordnung festgelegt werden. Bereits heute ist erkennbar, dass der zur Deckung der Ausgaben in 2009 bei unveränderter Steuerzuweisung notwendige effektive Beitragssatz (inkl. dem heutigen Zusatzbeitrag von 0,9 v.H.) voraussichtlich zwischen 15,5 und 15,9 v.H. liegen muss. Der Beitragssatz läge damit um 1,2 bis 1,6 Beitragssatzpunkte höher als heute.

Ob die vom BMG angekündigte 100-prozentige Fondsausstattung in 2009 tatsächlich zu Stande kommt, ist vor diesem Hintergrund sehr fraglich. Die Regelungen des Gesetzentwurfs jedenfalls garantieren dieses nicht. Vielmehr hängt die tatsächliche Fondsausstattung davon ab, mit welcher Prognosegüte der neue RSA-Schätzerkreis die Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen in 2009 vorausschätzt und welche Konsequenzen die Bundesregierung aus der Schätzung zieht. Denn der Bundesregierung ist im Rahmen der bei Prognosen ohnehin üblichen Prognoseunsicherheit ein Einschätzungsermessen eingeräumt. Prognosen der GKV-Beitragssatzentwicklung seitens der Bundesregierung fielen in der Vergangenheit bereits deutlich zu optimistisch aus: So

stellte der Bundesrechnungshof bei der Überprüfung der - zwischen dem BMG und den Spitzenverbänden seinerzeit streitig prognostizierten - Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes fest: „*Sie [die Krankenkassen] senkten den Beitragssatz nicht wie vom Gesetzgeber erwartet um einen Beitragssatzpunkt, sondern lediglich um 0,17 Beitragssatzpunkte. Dies war darauf zurückzuführen, dass...die vom Gesetzgeber prognostizierte Entwicklung nicht eintrat.*“<sup>11</sup>

Ihren Entscheidungsspielraum wird die Bundesregierung nach allen Erfahrungen der letzten Jahre zu Gunsten einer Begrenzung der Beitragsbelastung der Arbeitgeber nutzen. Das finanzielle Risiko einer Unterschätzung der Ausgabenentwicklung kann - wie die o.g. Beispiele zeigen - erheblich sein. Dieses Risiko wird durch die Fondskonzeption vollständig auf die Krankenkassen übertragen. Bei zu optimistischer Ausgabenprognose - d.h. die Ausgaben sind stärker als vorhergesehen gestiegen - kommt es bereits in 2009 zu einer Fondsunterdeckung, die die Krankenkassen über den Zusatzbeitrag abzufedern hätten. Ein Liquiditätsdarlehen des Bundes nach § 271 Abs. 3 SGB V (neu) zur vorübergehenden Finanzierung der Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wäre nämlich nur dann zu gewähren, wenn die Liquiditätsreserve des BVA nach § 271 Abs. 2 SGB V nicht ausreichen würde, bei der Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes nach § 220 Abs. 1 SGB V (neu) nicht berücksichtigte Einnahmefälle zu decken. Eine Fehlprognose im Ausgabenbereich löst demgegenüber entsprechende Zahlungen nicht aus. Eine entsprechende nachträgliche „Bereinigung“ der Fondsausstattung nach Ablauf des Geschäftsjahres ist nicht vorgesehen. Eine solche Bereinigung zwischen geschätzter und eingetretener GKV-Ausgabenentwicklung ist auch nicht im RSA-Jahresausgleich vorgesehen, der bislang regelmäßig im Folgejahr auf der Basis von Ist-Ergebnissen durchgeführt wurde. Auch eine unterjährige Anpassung des durch Rechtsverordnung festgesetzten Beitragssatzes ist nicht vorgesehen.

Dies bedeutet, dass die Bundesregierung bereits im Wege ihrer Beitragssatzprognosen durch Ausschöpfung von Ermessens-/Einschätzungsspielräumen die Belastungsverteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern weiter verschieben kann. Außerdem bedeutet diese Konstruktion, dass unvorhergesehene und nicht vorhersehbare Ereignisse mit erheblicher Ausgabenwirkung wie z.B. Grippeepidemien oder andere Naturkatastrophen zukünftig nicht mehr „paritätisch“ von den Mitgliedern und Arbeitgebern, sondern über den Zusatzbeitrag einseitig von den Mitgliedern - Arbeitnehmern, Rentnern, Sozialleistungsbeziehern und ihren Familien - zu finanzieren sind.

### **Viele Krankenkassen werden bereits 2009 und zunehmend in den Folgejahren Zusatzbeiträge von den Mitgliedern erheben müssen**

Die mit der weiteren Ausgabenentwicklung nach 2009 zu erwartende Erhöhung des GKV-Einheitsbeitragssatzes ist nach § 220 Abs. 2 SGB V neu erst vorgesehen, wenn die Einnahmen die voraussichtlichen Ausgaben „*einschließlich der für den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds... erforderlichen Mittel im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 v.H. decken.*“ Geht man von der naheliegenden Annahme aus, dass die Liquiditätsreserve ein Viertel der Monatsausgabe abdecken soll, wären dies rd. 2 v.H. der Gesamtausgaben der GKV. Eine Beitragssatzerhöhung wäre somit rechtlich erst möglich, wenn der erhobene Beitragssatz einschließlich der weiteren Mittel eine Fondsdeckung von 93 v.H. unterschreitet - und zwar für das laufende und das folgende Jahr. Dabei ist für die abschließende Fondsausstattung eines Jahres nicht die tatsächliche Ausgabenentwicklung dieses Jahres, sondern die Prognose hierüber ausschlaggebend. So lange das Einschätzungsermessen der Bundesregierung eine ge-

---

<sup>11</sup> vgl. Bericht des Bundesrechnungshofs an den Ausschuss für Gesundheit und den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO „über die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes und der Verschuldung der gesetzlichen Krankenkassen nach dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes“, Stand 07.03.2006, Seite 3

rade noch ausreichende Deckung des Fonds erwarten lässt, ist eine Beitragssatzanpassung für das folgende Jahr rechtlich nicht möglich. Das gilt auch dann, wenn sich im Nachhinein eine gravierende Unterdeckung herausstellen sollte.

Nicht geregelt ist, wie die Mittel an die Krankenkassen im Falle einer Fondsunterdeckung - unter Berücksichtigung des Risikostrukturausgleichs - zu verteilen sind. Da eine vollständige Abdeckung der Risikobelastungen der Krankenkassen dann nicht mehr möglich ist, kann es zu erheblichen Zielungenauigkeiten des RSA und damit erneuten wettbewerblichen Verwerfungen zwischen den Krankenkassen kommen. Zumindest sind die bislang vorgesehenen RSA-Regelungen (§ 266 Abs. 2 in Verbindung mit § 269 SGB V) mit den Fondsregelungen (§§ 241, 270 SGB V) in diesem Punkt nicht kompatibel. Sie müssen deshalb um eine Regelung ergänzt werden, die eine wettbewerbsneutrale Verteilung der Fonds-Unterdeckung auf die Kassen gewährleistet.

Die Differenz zwischen den Ausgaben und ihrer Mittelzuweisung hat die einzelne Krankenkasse durch einen pauschalen oder prozentualen Zusatzbeitrag oder eine Ausschüttung auszugleichen. Damit wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig nicht mehr über den kassenindividuell kalkulierten Beitragssatz, sondern über den Zusatzbeitrag bzw. die Ausschüttung gesteuert. Für den Fall eines prozentualen Zusatzbeitrags jedoch ist ein Grundlohnausgleich zwischen den Krankenkassen im RSA nicht vorgesehen. In diesem Fall käme es somit erneut zu wettbewerblichen Verwerfungen zwischen Krankenkassen mit hohem und niedrigem Grundlohniveau. Allerdings dürfte die Erhebung eines einkommensabhängigen prozentualen Zusatzbeitrags sehr unwahrscheinlich sein: In Konkurrenz mit einem Nominaltarif anderer Kassen würden Höherverdienende - da sie prozentual-einkommensabhängig erheblich mehr zahlen müssten - in Scharen die Kasse wechseln. Auch dieser Mechanismus macht deutlich, dass ein Nebeneinander unterschiedlicher Erhebungsformen des Zusatzbeitrags zu Fehlanreizen führt: Der Kassenwechsel erfolgte in diesem Falle nicht im Wirtschaftlichkeits-Unwirtschaftlichkeitsvergleich, sondern ausschließlich als Folge unterschiedlicher Erhebungsformen konkurrierender Kassen.

Zu begrüßen ist, dass die Bundesregierung künftig RSA-Defizite, die bisher durch den unvollständigen Grundlohnausgleich entstanden sind, im Fonds-Einführungsjahr beseitigen will. Wie oben dargelegt, stellen die Regelungen eine 100-prozentige Fondsdeckung jedoch keineswegs sicher. Unverständlich ist auch, warum die Bundesregierung mit der Beseitigung dieses von ihr erkannten gravierenden wettbewerblichen Missstands, der bei einzelnen Krankenkassen zu Beitragssatznachteilen in Höhe von bis zu 0,4 Beitragssatzpunkten führen kann, bis 2009 wartet.

Entgegen den Behauptungen der Bundesregierung werden viele Krankenkassen bereits im Einstieg des neuen Fonds mit den zugewiesenen Mitteln nicht auskommen. Dies gilt auch dann, wenn der Fonds im Einstieg mit einer Deckung von 100 v.H. aller GKV-Ausgaben ausgestattet würde. Denn Aufgabe des Fonds ist nicht, jeweils 100 v.H. der Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkasse zu finanzieren. Die Einzelkasse erhält lediglich Pauschalzuweisungen auf der Basis ihrer Versicherungszahlen unter Berücksichtigung der Risikostrukturen ihrer Versicherten. Der Zusatzbeitrag ist somit immer zu erheben, wenn diese Norm-Zuweisungen je Versicherten geringer als die tatsächlich entstandenen Ausgaben sind. Da die Risiko- und Krankheitslasten zwischen den Krankenkassen sehr unterschiedlich verteilt sind, gewinnt die Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs (RSA) einen zentralen Stellenwert für die Höhe des notwendigen Zusatzbeitragsvolumens. Die Zielgenauigkeit der Fondszuweisungen wird jedoch mehrfach beschränkt, insbesondere weil die relevanten Krankheiten nur teilweise im RSA berücksichtigt werden dürfen. Zudem wird eine Transferobergrenze für die Bundesländer eingeführt, die durch den Fonds um nicht mehr als 100 Mio. Euro ggü. dem Status quo zusätzlich belastet werden wollen. Somit werden Kassen mit besonders vielen kranken Versicherten weiterhin spürbar benachteiligt (vgl. Seite 13 ff.). Außerdem wird es auch künftig regional unterschiedliche Belastungen der Krankenkassen geben, die in der jeweiligen Angebotsstruktur begründet und von den Krankenkassen nicht beeinflussbar sind. Auch bei den Verwaltungskosten bestehen extreme Ausgabenunterschiede, die von den Kranken-

kassen nur in Grenzen steuerbar sind. Hat eine Kasse viele kranke Versicherte, die regelmäßig Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen, müssen zwangsläufig auch ihre Verwaltungskosten höher als im GKV-Durchschnitt sein. Gleiches gilt für den enormen Verwaltungsaufwand bei der Bearbeitung der Zuzahlungs-Härtefallanträge der Versicherten für die typischen Versorgerkassen: Die AOKs versichern bei einem Versicherten-Marktanteil von rd. 30 heute 58 v.H. aller Zuzahlungshärtefälle. Zu den erhöhten Verwaltungskosten kommen noch die wegfallenden Zuzahlungen hinzu. Auch diese Mehraufwendungen werden bei den Fondszuweisungen nicht berücksichtigt. Mit unterschiedlichen Wirtschaftlichkeiten aber haben die genannten Mehrbelastungen der Versorgerkassen nichts zu tun. Selbst wenn die heute noch bestehenden Schulden der Krankenkassen bis 2009 abgebaut sein sollten, wird es beim Fondsstart weiterhin unterschiedliche Vermögenssituationen und damit auch aus diesem Grund unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge/Ausschüttungen geben. Die aus den genannten Gründen bereits in 2009 zu erhebenden Zusatzbeiträge oder geleisteten Ausschüttungen sind somit nicht Ausdruck von Unwirtschaftlichkeit oder Wirtschaftlichkeit, sondern entstehen auf Grund unterschiedlicher wettbewerblicher Rahmenbedingungen.

Ob es der Bundesregierung gelingt, für 2009 tatsächlich zu einer 100-prozentigen Fondsausstattung zu kommen, bleibt fraglich (siehe oben). Spätestens aber ab 2010 ist nicht zu erwarten, dass der GKV-Einheitsbeitragssatz der Ausgabendynamik in der GKV folgen wird. Es wird damit ein Zusatzbeitrag bei dem Großteil der Krankenkassen zu erheben sein, der in den Folgejahren schnell anwachsen und von den Mitgliedern - ohne Beteiligung der Arbeitgeber - alleine zu tragen sein wird. Hierdurch wird sich die Verteilung der Beitragslasten, die mit Einführung des Zusatzbeitrags in Höhe von 0,9 v.H. zum 1.07.2005 bereits zu Lasten der Mitglieder und zu Gunsten der Arbeitgeber verändert wurde, weiter zu Lasten der versicherten Arbeitnehmer, Rentner und Sozialleistungsbezieher verschieben. Unterstellt man vereinfachend, dass der Fonds mit einer 100-prozentigen Ausstattung bereits in 2005 existiert hätte, läge der rechnerisch notwendige Zusatzbeitrag aller GKV-Mitglieder (ohne Berücksichtigung der Härteregelung - vgl. hierzu Seite 10) zwischen +22 und -18 Euro. Bei einer 95-prozentigen Fondsausstattung läge er zwischen +32 Euro und -8 Euro monatlich. Auf Grund der Wirkungen der 1 v.H.-Härteregelung ist jedoch nicht der rechnerisch notwendige, sondern der auf Grund der härteregelungsbedingten Beitragsausfälle zu kalkulierende Beitrag ausschlaggebend für die Wettbewerbsposition einer Krankenkasse: Da die höherverdienenden Mitglieder den härtefallbedingten Beitragsausfall über den kasseninternen Solidarausgleich mitfinanzieren müssen, steigt der von ihnen zu zahlende Zusatzbeitrag explosionsartig - viele der Höherverdienenden werden dadurch selbst zu Härtefällen. Bei steigenden GKV-Ausgaben und wahrscheinlich nicht gleichermaßen steigender Fondsfinanzierung wird somit bereits nach wenigen Jahren ein Großteil aller Mitglieder den Höchstbeitrag von 1 v.H. des Einkommens zahlen.

### **Zusatzbeitrag mit Härteregelung führt zu weniger statt mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit**

Der im Gesundheitsfonds zu erhebende Zusatzbeitrag bzw. die Ausschüttung soll den Versicherten helfen, zwischen „wirtschaftlichen“ und „unwirtschaftlichen“ Krankenkassen zu unterscheiden. Damit entscheiden künftig die Unterschiede in der Höhe des Zusatzbeitrags bzw. der Ausschüttungen über Mitgliederverluste und -gewinne und damit über die wettbewerbliche Überlebensfähigkeit einer Kasse. Um den einzelnen Versicherten nicht zu überfordern, darf der Zusatzbeitrag aber 1 v.H. seiner beitragspflichtigen Einkommen nicht übersteigen (soziale Härteregelung). Dabei sollen Zusatzbeiträge bis zu 8 Euro im Monat ohne Einkommensprüfungen - also auch bei Überschreitung der 1 v.H.-Härtegrenze - erhoben werden.

Hierzu auf der Basis der Einkommensdaten der AOK-Mitglieder durchgeführte Studien des AOK-Bundesverbandes kommen zu dem Ergebnis, dass der Zusatzbeitrag als Transparenz-, Finanzie-

rungs- und Wettbewerbsinstrument versagt. Ursache hierfür ist die unterschiedliche Verteilung von einkommensstarken und -schwachen Mitgliedern zwischen den Krankenkassen. So ist z.B. der durchschnittliche Grundlohn (beitragspflichtige Einnahmen) bei den Mitgliedern der Techniker Krankenkasse mehr als doppelt so hoch wie bei den Mitgliedern der AOK Mecklenburg-Vorpommern. Bei den höherverdienenden Mitgliedern, die über den kasseninternen Solidarausgleich die Beitragsausfälle der Härtefall-Mitglieder durch steigenden Zusatzbeitrag mitfinanzieren müssen, entstehen somit extreme Unterschiede in der Höhe der Prämien: Bereits bei einem relativ niedrigen notwendigen Zusatzbeitrag von 15 Euro müssten die AOKs Zusatzbeiträge zwischen 23 und 42 Euro kalkulieren. 11 von 16 AOKs könnten den vollen Zusatzbeitrag nicht realisieren (vgl. Tabelle 2). Steigt der rechnerisch notwendige Zusatzbeitrag auf 20 Euro im Monat, werden alle AOK-Mitglieder zu Härtefällen. Der Zusatzbeitrag könnte bei keiner AOK vollständig erhoben werden.

AOK	Modellannahme: je Mitglied wird ein rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag von 15 € benötigt, jedes Mitglied zahlt mindestens 8 €			
	Anteil der Härtefallmitglieder bei einem rechnerischen Zusatzbeitrag von 15 € in %	zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	Anteil des Beitragsvolumens, das aufgrund der Härtefallregelung nicht realisiert werden kann in %
Mecklenburg-Vorpommern	85,9	41,66	100,0	27,0
Berlin	82,2	41,66	100,0	22,2
Brandenburg	84,0	41,66	100,0	25,0
Sachsen-Anhalt	83,6	41,66	100,0	24,4
Thüringen	82,5	41,66	100,0	22,6
Sachsen	75,7	41,66	100,0	14,4
Schleswig-Holstein	67,0	41,66	100,0	6,6
Saarland	70,4	41,66	100,0	7,0
Niedersachsen	62,6	41,66	100,0	1,9
Bremen	60,9	34,30	96,4	0,0
Rheinland-Pfalz	63,4	41,66	100,0	0,4
Westfalen-Lippe	63,5	41,66	100,0	0,4
Rheinland-Hamburg	58,0	26,68	88,0	0,0
Hessen	62,7	39,40	96,3	0,0
Bayern	59,5	28,52	92,2	0,0
Baden-Württemberg	54,9	23,35	79,3	0,0

Diese Ergebnisse sind auf andere Krankenkassen mit ähnlichen Einkommensstrukturen der Mitglieder übertragbar. Damit wird deutlich: Es kommt nicht zu mehr, sondern zu weniger Transparenz für die Versicherten. Die Höhe des Zusatzbeitrags wird nicht maßgeblich durch Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Kasse, sondern durch die Einkommensstrukturen der Kassenmitglieder bestimmt. Es entsteht somit ein Risikoselektionswettbewerb um hohe Einkommensbezieher. Künftig entscheidet die Einkommensstruktur der Krankenkasse über ihre Überlebenschance im Wettbewerb. Die Absicht der Bundesregierung, im Wege der Fondszuweisungen an die Krankenkassen die Anreize um Selektion günstiger Einkommensbezieher abzubauen, wird hierdurch konterkariert.

Die Sonderregelung für Krankenkassen, deren Zusatzbeitrag die Grenze von 8 Euro im Monat nicht überschreitet, führt nicht zu einer Verringerung sondern - im Gegenteil - zu einer Zunahme der wettbewerblichen Verwerfungen. Dadurch wird der GKV-Markt in zwei Teile mit unterschiedlichen Rahmenbedingungen aufgeteilt: Krankenkassen bis zu einer Prämie von 8 Euro würden von härtefallbedingten Beitragsausfällen und verwaltungsaufwändigen Einkommensprüfungen (vgl. Seite 13) verschont; Krankenkassen, die unverschuldet auf Grund ungleicher wettbewerblicher Rahmenbedingungen eine höhere Prämie erheben müssen, würden zusätzlich durch die härtefallbedingten Beitragsausfälle und die verwaltungsaufwändigen Einkommensprüfungen belastet. Hinzu kämen weitere absurde Wettbewerbswirkungen zwischen einer Krankenkasse A, die einen

Zusatzbeitrag oberhalb von 8 Euro und einer Krankenkasse B, die einen Zusatzbeitrag bis zu 8 Euro erheben müssten: Bei der Kasse A zahlen Geringverdiener mit Einkommen bis zu 799 Euro maximal 1 v.H. ihres Einkommens, also maximal 7,99 Euro, bei Einkommen von 500 Euro also nur 5 Euro. Bei der Kasse B zahlen die Mitglieder mit gleich hohem Einkommen - wegen des Verzichts auf die Obergrenze von 1 v.H. - jedoch immer 8 Euro - also mehr als in der eigentlich „teureren“ Kasse A. Als Folge dieser Härtegrenze hätten somit alle Geringverdienenden mit Einkommen bis zu 799 Euro monatlich einen wettbewerblichen Anreiz, von einer Kasse mit einer „geringeren Prämie“ (bis zu 8 Euro) in die Kasse mit einer höheren Prämie zu wechseln. Ein Mitglied mit Einkommen von 400 Euro (z.B. Auszubildender oder Rentner) könnte durch diesen Wechsel von einer „preisgünstigen“ zu einer teureren Kasse die Differenz zwischen 8 Euro (zu zahlen bei einer 8 Euro-Zusatzbeitrags-Kasse) und 4 Euro, also 4 Euro monatlich bzw. 48 Euro jährlich sparen. Bezogen auf sein Einkommen läge die Ersparnis immerhin bei 1 v.H. Die gewollten wettbewerblichen Anreize werden mit dieser 8-Euro-Regelung bei Geringstverdienern somit „auf den Kopf“ gestellt. In der AOK erzielen immerhin 17 v.H. aller Mitglieder ein Einkommen bis zu 800 Euro.

Trotz „Nachbesserung“ durch die Koalition bringt der Fonds somit nicht mehr, sondern weniger Wirtschaftlichkeitswettbewerb als heute. Etliche sehr wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen mit guten Versorgungskonzepten werden deshalb im Wettbewerb nicht bestehen können, weil ihre Mitglieder deutlich unterdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einkommen haben. Für Kassen, die sich im Interesse ihrer chronisch kranken Versicherten bislang um qualitativ hochwertige und deshalb aufwändigere Versorgungsprogramme bemüht haben, werden diese Qualitätsanstrengungen zum betriebswirtschaftlichen Harakiri. Kurzfristige Überlebensstrategien - wie z.B. der Abbau von Kannleistungen und die Reduzierung des Geschäftsstellen-, Beratungs- und Service-netzes - werden Priorität haben. Die Ziele dieses Konzepts werden somit verfehlt; die Folgen sind für die betroffenen Versicherten und die Patienten nachteilig.

Völlig unverständlich ist, dass die Bundesregierung dieses Konzept trotz Kenntnis seines mehrfachen Versagens nicht grundlegend überarbeitet hat. Auf die Unpraktikabilität der Regelung wurde nicht nur seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen hingewiesen; sie wurde in aller Deutlichkeit auch in zwei seitens der Koalition hierzu eingeholten Stellungnahmen von Eckart Fiedler und Bert Rürup bestätigt: „Die in den Eckpunkten vereinbarte Überforderungsklausel ist in Hohem Maße dysfunktional und würde zu nicht hinnehmbaren Wettbewerbsverzerrungen führen. Der Schutz der Versicherten vor finanzieller Überforderung durch den Zusatzbeitrag ... muss kassenübergreifend organisiert und aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden.“<sup>12</sup>

### **Fonds als Sondervermögen und Einzug des Zusatzbeitrags sind teuer**

Die von den Krankenkassen eingezogenen Beitragsmittel werden nicht mehr im Verrechnungswege (also ohne nennenswerte Geldflüsse) zwischen den Krankenkassen im Rahmen des RSA umverteilt, sondern fließen an den Fonds und von diesem wieder nach veränderten Risikokriterien an die Krankenkassen zurück. Die Aufgabe der Mittelverteilung erfolgt beim BVA nicht mehr über „durchlaufende Haushaltsposten“, sondern im Wege eines kurzfristig verfügbar anzulegenden Sondervermögens.

Der Fonds übernimmt faktisch die gleichen Mittelverteilungsaufgaben an die Krankenkassen, die das BVA auch bisher wahrgenommen hat: Er hat die Bundesmittel aus der Tabaksteuer an die Krankenkassen weitergeleitet und über den RSA rd. 90 v.H. der Beitragsmittel zwischen den Krankenkassen nach Risikofaktoren umverteilt. Künftig soll diese Aufgabe nicht mehr über „durchlaufende Posten“ (also als virtueller Fonds), sondern durch Anlage eines Sondervermögens durch das BVA wahrgenommen werden. Dies soll für mehr Transparenz über die Finanzströme sorgen. Das

---

<sup>12</sup> vgl. Bert Rürup, Antworten auf die Fragen über die Auswirkungen der Überforderungsregelungen, Oktober 2006

Transparenzziel wird über dieses Verfahren jedoch nicht erreicht. Vielmehr verursacht diese Form der Fonderrichtung erhebliche Zusatzkosten, weil eine neue Liquiditätsreserve beim BVA notwendig wird. Diese Zusatzkosten sind von den Arbeitgebern und Mitgliedern über den GKV-Einheitsbeitragssatz mitzufinanzieren. Die Höhe der Liquiditätsreserve soll in einer Rechtsverordnung festgelegt werden. Geht man von einem Viertel Monatsausgabe für die Liquiditätsreserve aus (wie in den vorherigen Arbeitsentwürfen vorgesehen und auch bislang für die Krankenkassen geltend), ergibt sie hieraus ein zu finanzierender Betrag in Höhe von rd. 3 Mrd. Euro und damit ein um 0,3 Beitragssatzpunkte höherer Beitragssatz als mit der bisherigen „virtuellen“ Fondskonstruktion notwendig wäre.

Die Teilfinanzierung über die neuen Zusatzbeiträge der Mitglieder (Nominal- oder Prozentualbeiträge) kann nicht mehr im Quellenabzugsverfahren, sondern muss durch unmittelbaren Einzug bei den Mitgliedern organisiert werden. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen zusätzlich zu den heutigen 5,3 Mio. Selbstzahlern für einen zunehmenden Teil ihrer Mitglieder ein bürokratisches Beitragseinzugsverfahren je Mitglied neu einrichten müssen. Unterstellt man, dass auf Grund der Ausgabendynamik in der GKV in wenigen Jahren von nahezu allen Krankenkassen Zusatzbeiträge erhoben werden müssen, wären für rd. 45 Mio. Mitglieder zusätzlich zu den heute freiwillig versicherten Selbstzahlern Beitragskonten anzulegen. Auf der Basis der Erfahrungswerte bei den heutigen Selbstzahlern wären hierfür rd. 18.000 Beschäftigte (ohne Einkommenserhebung) erforderlich. Dies führt zu laufenden Kosten (Personal- und Sachkosten) in Höhe von rd. 1,2 Mrd. Euro. In diesen Kosten wäre die jährliche Versendung je eines Beitragsbescheides (inkl. Information über die Fondszuweisung an die Kasse) sowie die Finanzbuchhaltung und das Mahnverfahren enthalten. Nicht quantifiziert dagegen sind Beitragsausfälle durch Nichtzahlung der Zusatzbeiträge.

Eine besondere administrative Herausforderung resultiert aus der Härtefallregelung. Personenbeziehbare Informationen über die Höhe der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder erhalten die Krankenkassen von den Arbeitgebern erst mit der RV-Jahresmeldung im April des Folgejahres. Für eine zeitnahe Anwendung der Härteregelung müssten die Krankenkassen somit entweder flächendeckend Einkommensabfragen organisieren oder ihren Mitgliedern ein nachträgliches Erstattungsverfahren (d.h. Härtefälle müssten eine Rückzahlung des überzahlten Zusatzbeitrags beantragen) zumuten. Erfahrungen mit derartigen Antragsverfahren haben die Krankenkassen mit rd. 4 Mio. Versicherten, die von Zuzahlungsbefreiungen auf der Basis der bisherigen Befreiungsregelung nach § 62 SGB V betroffen sind. Pro Befreiungsfall ist hierfür ein Zeitanatz von 30 Minuten notwendig. Die Analysen des AOK-Bundesverbandes haben gezeigt, dass bereits bei Prämien in Höhe von 15 Euro 96 v.H. aller AOK-Mitglieder zu Härtefällen werden. Pro 10 Mio. Härtefälle entstünde somit ein Personalbedarf für die Bearbeitung dieser Erstattungsanträge von rd. 2.900 Vollzeitkräften bzw. Personalkosten in Höhe von 300 bis 400 Mio. Euro. Würde das Verfahren einer flächendeckenden vorherigen Einkommensabfrage gewählt, wären die Kosten noch erheblich höher.

### **RSA-Weiterentwicklung ist unzureichend und führt zu Rechts- und Umsetzungsproblemen**

In der Ausgestaltung des Gesetzentwurfs wird das von der Bundesregierung beabsichtigte Anliegen, die Risikoadjustierung der Mittelzuweisungen an die Krankenkassen zu verbessern, nicht erreicht. Es besteht sogar die Gefahr, dass die Zielgenauigkeit des RSA gegenüber heute verschlechtert und die rechtliche Stabilität des Verfahrens gefährdet wird. Vorgesehen ist:

- Begrenzung auf 50 bis 80 Krankheiten (§ 268 SGB V),
- die Einführung eines Ausgabenschwellenwertes von 50 v.H. oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versicherten bei der Auswahl der Krankheiten (§ 31 Abs. 1 RSAV) und

- die Bestimmung einer Konvergenzphase zur Begrenzung der Transfers zwischen den Ländern (§ 272 SGB V).

Diese Einschränkungen beeinträchtigen das Anliegen der Weiterentwicklung des RSA, Anreize zu Risikoselektionen zu Lasten der chronisch und schwerkranken Versicherten abzubauen. Zudem stehen diese dreifachen Begrenzungen den Leitlinien des Bundesverfassungsgerichts entgegen, das in seinem Beschluss vom 18. Juli 2005 (- 2 BvF 2/01 -) die Notwendigkeit einer RSA-Weiterentwicklung bestätigt und sich zudem gegen die Einführung von Regionalfaktoren (Randziffer 204) und Transferobergrenzen (Randziffer 237) ausgesprochen hat. Die vorgesehenen Beschränkungen der Krankheitszahl sind sachlich nicht begründbar und wirken wie willkürlich festgesetzte Transferobergrenzen. Die Konvergenzklausel ist nicht oder nur mit unververtretbarem bürokratischem Aufwand umsetzbar und führt faktisch erstmals - vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich abgelehnte - Regionalfaktoren in den RSA ein.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Zielgenauigkeit des heutigen RSA durch diese Begrenzungsregelungen nicht erhöht, sondern sogar verringert wird. Zudem sind die vorliegenden Regelungen zur Umsetzung des wettbewerbsgerechten RSA teilweise unbestimmt und missverständlich. Sie führen zu Rechtsunsicherheiten und werden deshalb eine erneute Klagewelle betroffener Krankenkassen und damit auch Verfahrensunsicherheiten verursachen. In der Konsequenz widersprechen die vorgesehenen Beschränkungen der ursprünglichen Zielsetzung der RSA-Weiterentwicklung; sie sind daher abzulehnen.

Sollten die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA gleichwohl auf der nunmehr politisch gefundenen und im Gesetzentwurf formulierten Basis weiterverfolgt werden, sind zumindest erhebliche Änderungen der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) im weiteren parlamentarischen Verfahren zur Konkretisierung des Begriffs „Krankheit“, zur Präzisierung des 50 v.H.-Schwellenwertes, zur Vorgabe eines gestuften Auswahlverfahrens (Filterung der relevanten Morbiditätsmerkmale), zu einer rechtssicheren Abgrenzung der Aufgaben des BVA und des wissenschaftlichen Beirats sowie zur Besetzung des Beirats erforderlich.

Der im Gesetzentwurf genannte Begriff „Krankheit“ ist definitorisch unscharf. Er ist nicht gleichbedeutend mit einer einzelnen „Diagnose“, da eine Krankheit in verschiedener Ausprägung und Schweregrad auftreten und mit Begleiterkrankungen einhergehen kann. Die Diagnose wird in Deutschland mit Hilfe der ICD-10 verschlüsselt. Die ICD-10 ist in 14 Kapitel, rd. 211 Gruppen, dreistellige, vierstellige und noch weiter verzweigte Diagnosen unterteilt: Insgesamt bezeichnet er bereits auf der vierstelligen Ebene über 20.000 Diagnosen. Um die für die Umsetzung relevanten Krankheiten in einem rechtssicheren Verfahren auswählen zu können, ist eindeutig festzulegen, was unter einer Krankheit im Sinne der gesetzlichen Regelung zu verstehen ist.

Verstünde man Krankheit als ICD-10 Diagnose auf vierstelliger Ebene, könnten nicht einmal die bisherigen Indikationen, für die es strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) gibt, im neuen Morbi-RSA abgebildet werden. Alleine für Diabetes mellitus Typ I gibt es 39 vierstellige Diagnoseverschlüsselungen, für Diabetes mellitus Typ II 20, für Asthma 29, für COPD 12, für Koronare Herzerkrankungen (KHK) 20, für Brustkrebs 9. Man bräuchte also schon für die heutigen DMPs insgesamt 129 Diagnosen auf der vierstelligen Ebene.

Auch auf der nächsthöheren dreistelligen Ebene wären nicht einmal alle Krebserkrankungen (92 Diagnosen) und auch nicht die angeborenen Fehlbildungen (89 Diagnosen) abzubilden. Diese Krebserkrankungen und angeborenen Erkrankungen erfüllen aber fast sämtlich die zu Grunde zu legenden Auswahlkriterien: Sie sind schwerwiegend, kostenintensiv, chronisch und bieten auch keine Anreize für eine medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitung. Hieraus folgt, dass sich der Krankheitsbegriff - von einigen Krankheitsausnahmen abgesehen, die nur auf der „Kapitelebene“ sachgerecht abbildbar sind - grundsätzlich auf die Ebene der *Gruppen* in den Kapiteln

der ICD-10 beziehen muss (z.B. Diabetes mellitus, Ischämische Herzkrankheit, Niereninsuffizienz etc.).

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die durchschnittlichen Kosten einer Krankheit die durchschnittlichen Kosten aller Versicherten um 50% überschreiten müssen. Dies ist nicht sachgerecht, weil die durchschnittlichen Ausgaben aller Versicherten maßgeblich durch die Alterstruktur der GKV-Versicherten geprägt sind. Der Anteil der älteren Versicherten und deren Multimorbidität prägt diesen Durchschnitt. Da zahlreiche Krankheiten alleine betrachtet keine deutlich überdurchschnittlichen Ausgaben, jedoch in ihrer Kombination miteinander hohe Ausgaben verursachen, besteht zudem die Gefahr, dass einzelne epidemiologisch hoch relevante Krankheiten durch die Begrenzungsregelung ausgeschlossen werden und somit auch die (Multi-) Morbidität der Kranken nicht adäquat abgebildet wird. Auch Krankheiten, die vorwiegend bei jüngeren Versicherten auftreten und - bezogen auf deren Altersklasse - sehr hohe Kosten verursachen, werden bei einer solchen Begrenzung automatisch ausgeschlossen. Dieser Schwellenwert sollte im parlamentarischen Verfahren deshalb gestrichen werden. Falls eine Streichung des Schwellenwertes nicht realisierbar ist, müssen das Auswahlverfahren der Krankheiten und der zu berücksichtigenden entsprechenden Krankenhaus-Entlassungsdiagnosen und Arzneimittelindikationen präzisiert werden. Hierzu hat der AOK-Bundesverband geeignete Änderungsvorschläge vorgelegt, die zu einer sachgerechteren Krankheitsauswahl und zu rechtssicheren Verfahrensabläufen führen.

### **Die Konvergenzklausel beim RSA ist nicht umsetzbar**

Die Übergangsregelung widerspricht der Zielsetzung des Fondskonzepts, für jeden Versicherten die Fondszuweisungen in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Morbidität zu justieren. Das vorgesehene Schätzverfahren wird voraussichtlich dazu führen, dass für Versicherte, die in einem „risikogünstigen“ Bundesland mit „Transferbegrenzung“ wohnen, mehr Fondsmittel zugewiesen werden, als für deren Versorgung benötigt werden. Umgekehrt werden in einem anderen „risikounünstigeren“ Bundesland die Mittel nicht in der Höhe zugewiesen werden, die für die Versorgung notwendig sind. In der Konsequenz bedeutet dies, dass in dem risikogünstigeren Bundesland die nicht benötigten Zuweisungen als Prämie ausgezahlt werden können und in dem risikounünstigeren Bundesland die Versicherten Zusatzbeiträge für die Deckung ihrer Versorgungsbedarfe zahlen müssen. Folglich führt die Übergangsregelung zu Fehlzusweisungen und damit zu zusätzlichen Wettbewerbsverwerfungen.

Der Schwellenwert von 100 Mio. Euro als absoluter Betrag ist als Messgröße zudem ungeeignet, da er große Bundesländer stärker vor „Belastungen“ schützt als kleine Bundesländer. So überschreitet ein Bundesland mit 10 Mio. Versicherten schon bei einer Zusatzbelastung von jährlich mehr als 10 € je Versicherten die Belastungsschwelle. Ein Bundesland mit wenigen Versicherten (z.B. Bremen) kann diese Schwelle nur dann überschreiten, wenn die jährliche Zusatzbelastung mehr als 167 Euro je Versicherten beträgt.

Die Konvergenzregelung sieht zudem vor, dass die Fondseinnahmen denjenigen Einnahmen gegenübergestellt werden sollen, die ein Bundesland ohne Fonds erhalten hätte. Die Einnahmen, die mittels eines Zusatzbeitrages erhoben werden, sollen hierbei nicht berücksichtigt werden. Dies führt auch bei einer 100-prozentigen Fondausstattung bei einer regionalisierten Betrachtung zu systematischen Verzerrungen bei der Ermittlung der Be- bzw. Entlastungswirkungen. Ebenso ist die Bezugnahme auf einen Vorjahresbeitragssatz vorgesehen, was - angesichts des im Einführungsjahr des Fonds voraussichtlich deutlich steigenden Beitragssatzes - ebenfalls zu Verzerrungen der Vergleichsberechnungen führt.

Um die RSA-Transfers und RSA-Bedingungen ohne Fondskonzept zutreffend zu ermitteln, wäre es notwendig, das alte RSA-Verfahren vollständig - einschließlich der DMP-Effekte und des Risikopools - parallel zu berechnen. Dies aber ist angesichts der vorgesehenen Abschaffung des Risi-

kopools und der DMP-Transfers faktisch unmöglich. Die Vorschrift sieht zudem vor, dass die RSA-Transfers auf der Basis der zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung zu ermitteln und diese mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 fortzuschreiben sind. Dabei wird offenbar außer Acht gelassen, dass in 2006 für die gesamtdeutsche Rechtsangleichung im RSA eine „Rechtskreisangleichungsstufe“ von 87,5 Prozent und erst ab 2007 eine volle RSA-Rechtsangleichung gilt. Die für die Übergangsregelung geltende Berechnungsbasis 2006 würde die Vergleichsbasis für die Fondszuweisungen an die Ost-Bundesländern somit ungerechtfertigt verringern. Die Be- bzw. Entlastungsvolumina würden erheblich verzerrt. In der Konsequenz kann es durch die Übergangsregelung somit zu einer Rückführung der ab 2007 geltenden 100-prozentigen Rechtsangleichungsregelung kommen.

Auch die in der Konvergenzklausel vorgesehene schlichte Fortschreibung der RSA-Transfers mit der Grundlohnveränderungsrate nach § 71 SGB V führt zu weiteren gravierenden Fehleinschätzungen. Sie berücksichtigt nicht die erheblichen Rechtsänderungen im Leistungsrecht, die konjunkturell bedingt sehr unterschiedlichen regionalen Grundlohnentwicklungen (die durch unterschiedliche Mitgliederwanderungen noch verstärkt werden) und die Tatsache, dass die RSA-Transfers in 2006 noch durch die höhere Steuerzuweisung in Höhe von 4,2 Mrd. Euro beeinflusst sind.

Auf die Konvergenzklausel muss deshalb unbedingt verzichtet werden.

## **Neues Haftungs- und Insolvenzrecht birgt Risiken und verursacht Rechtsunklarheiten**

Die Haftung bei Schließung einer Krankenkasse wird künftig grundlegend geändert:

- Die bisherigen Spitzenverbände sollen mit Wirkung ab 2009 in BGB-Gesellschaften umgewandelt werden (§ 212 Abs. 1 SGB V neu). Dabei fällt die bisherige Möglichkeit der Gewährung kassenarteninterner Finanzhilfen (§ 265a SGB V) mit Wirkung ab 2009 weg. Mit diesem Wegfall geht zugleich der Verlust verbindlicher und rechtssicherer Einflussmöglichkeiten der Kassenart zur Vermeidung von Schließungen - z.B durch Sanierungsmaßnahmen und flankierende Finanzhilfen - einher.
- Bei Schließung oder Auflösung von Kassen, die entgegen der Vorgabe nach § 265a SGB V (neu) am 1.1.2008 noch „Schulden“ hatten, haften die Kassen der bisherigen Kassenart für diese „Altschulden“ (§ 155 Abs. 5 Satz 1 SGB V neu). In diesem Fall haften diese Kassen zusätzlich für die „Schließungskosten“ (d.h. Kosten der Abwicklung), wenn die Schließung bis Ende 2017 erfolgt (§ 155 Abs. 5 Satz 2 Nr. 1 SGB V neu).
- Zudem haften die Kassen der bisherigen Kassenart weiterhin - unabhängig von der Schuldsituation der geschlossenen Kasse und unabhängig vom Schließungszeitpunkt - für die Ansprüche der Leistungserbringer und Versicherten sowie Forderungen aus über- und zwischenstaatlichem Recht (§ 155 Abs. 5 Satz 2 SGB V neu). Bei AOKs und IKKs gehört hierzu gehört auch die Verpflichtung zur Weiterbeschäftigung der DO-Angestellten und Arbeitnehmer (§ 164 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 146a SGB V) und zur Übernahme ihrer Versorgungsansprüche und -anwartschaften (§ 164 Abs. 2 in Verbindung mit § 146a SGB V).
- Für verbleibende Verpflichtungen (z.B. Bankschulden, die nach dem 1.1.2008 entstanden sind) gelten ab 2008 die Regelungen des fünften Teils der Insolvenzordnung. Alle Krankenkassen sind dann insolvenzfähig (§§ 171 b i.V. mit 155 Abs. 4 SGB V neu). Verbleibende Verpflichtungen werden dann grundsätzlich nicht mehr innerhalb der GKV bzw. der Kassenart solidarisch getragen, sondern auf die Gläubiger im Wege der Quotierung überwältzt.

- Die Abwicklung der Haftung übernimmt der neu zu errichtende Dachverband (§ 155 Abs. 3 SGB V neu).

Damit werden künftig für unterschiedliche Haftungsgegenstände zwei Haftungsverbände unbefristet nebeneinander gelten: Einerseits gilt die grundsätzliche Haftung der Kassenart für den Großteil verbleibender Verpflichtungen bei „normalen“ Kassenschließungen (also ohne „Altschulden“). Diese erhöht sich um die am 1.1.2008 bestehenden Schulden - ggf. auch um die Abwicklungskosten - bei Schließungen von Kassen mit „Altschulden“ bzw. Schließungen bis Ende 2017. Für verbleibende Verpflichtungen tritt die Quotierung nach dem Insolvenzrecht ein. Für diese treten dann nicht mehr andere Krankenkassen ein; sie gehen zu Lasten der Gläubiger.

Die Konsequenzen dieser grundlegenden Neugestaltung der Haftungssysteme sind wegen etlicher Unklarheiten in der rechtlichen Ausgestaltung nicht vollständig überschaubar. Unklarheiten entstehen vor allem an der Schnittstelle zwischen insolvenz- und GKV-rechtlicher Haftung, hier vor allem bei den Schließungstatbeständen (Insolvenz nach Insolvenzordnung oder Verlust der Leistungsfähigkeit nach GKV-Recht?). Auch die gewählten Begriffe (z.B. Verbindlichkeiten, Verpflichtung, Schulden, Darlehen) und die weitgehend fehlenden Verfahrensregelungen (wie erfolgt ein interner Ausgleich bei gesamtschuldnerischer Haftung der Kassen innerhalb der Kassenart) führen zu erheblichen Unklarheiten und Rechtsunsicherheiten.

Nicht hinreichend klar ist die Anwendung des Insolvenzrechts in Bezug auf die Kriterien für eine Kassenschließung. Falls hierfür künftig nicht mehr das Krankenversicherungsrecht, sondern ebenfalls das Insolvenzrecht zu Grunde zu legen wäre, käme es zu gravierenden Auswirkungen. In diesem Fall träte die Insolvenz bei „Überschuldung“ oder „Zahlungsunfähigkeit“ ein. Für die Beurteilung der Überschuldung müsste künftig eine Neubewertung des Vermögens- und Finanzstatus einer Krankenkasse - dann ebenfalls auf Basis des Insolvenzrechts - erfolgen. Etliche Kassen wären dann bereits 2008 insolvent. Es ist jedoch nicht anzunehmen, dass diese Konsequenz von der Koalition beabsichtigt war; dementsprechend sollten die Regelungen hierzu klarer gefasst werden.

Unabhängig von der o.g. Problematik der Vermögensbewertung nach Insolvenzrecht kann der Verlust der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse aber auch auf Basis der bisherigen GKV-Regelungen eintreten. Diese sehen vor, dass die Ausgaben der Kassen durch die Beitrags- und sonstigen Einnahmen - ab 2009 also durch die Fondszuweisungen und den ggf. zu erhebenden Zusatzbeitrag - zu decken sind (§ 220 SGB V). Auf den ab 2009 festgesetzten GKV-Einheitsbeitrag aber hat die Krankenkasse keinen Einfluss mehr, weil dieser durch Rechtsverordnung geregelt wird. Einen Zusatzbeitrag können viele Krankenkassen als Folge der 1 v.H.-Härtefallbegrenzung aber ebenfalls nicht in dem rechnerisch notwendigen Umfang erheben (vgl. hierzu Seite 10 ff.). Folge wäre, dass ab 2009 etliche Krankenkassen noch nicht einmal die laufenden Jahresausgaben durch die hierfür vorgesehenen Einnahmen decken können, was zum Verlust ihrer Leistungsfähigkeit und damit zur Notwendigkeit einer Schließung durch die Aufsichtsbehörde (z.B. nach § 146a SGB V) führen müsste. In diesem Schließungsfall käme es bezüglich der verbleibenden Verpflichtungen dieser Kasse zur Übernahme durch die Kassen der betroffenen Kassenart. Diese hätten dann mit den Altschulden in vollem Umfang auch die erheblichen Versorgungsverpflichtungen der ehemaligen DO-Angestellten der geschlossenen Kasse zu tragen und die Weiterbeschäftigungsansprüche des bisherigen Personals (bei AOK und IKK) zu übernehmen. Diese Verpflichtungen können - insbesondere wenn die geschlossene Kasse eine größere war - die verbleibenden Kassen der Kassenart finanziell überfordern und deshalb ebenfalls weitere Schließungen zur Folge haben. Damit könnte das ansteigende Haftungsvolumen für die kleiner werdende Zahl der verbleibenden Kassen dieser Kassenart eine dramatische Kettenreaktion auslösen, die am Ende zur Auslöschung der gesamten Kassenart führt. Wer die der jeweiligen Kassenart zugewiesene Haftung im Falle des vollständigen Verschwindens der Kassenart übernimmt und in welchem Umfang diese dann zu leisten ist, lassen die Regelungen offen.

Weitere Ungereimtheiten entstehen durch die fast gleichzeitige Entschuldungsverpflichtung bis spätestens Ende 2008 und die abrupte Auflösung der Spitzenverbände in der Rechtsform der Körperschaften. Die Verpflichtung zur Entschuldung von Krankenkassen bis Ende 2007 - im Ausnahmefall auch bis 2008 - hat durch den eigenen Beitrag der betroffenen Kasse (Beitragssatzerhöhung) und durch eine Finanzhilferegulierung ihres Spitzenverbandes nach § 265a SGB V zu erfolgen. Da Beitragssatzerhöhungen immer auch Mitgliederabwanderungen zur Folge haben, ist der wettbewerbliche Spielraum für Beitragssatzerhöhungen verschuldeter Kassen begrenzt. Würde dieser überschritten, träte der Verlust ihrer Leistungsfähigkeit und damit der Schließungsfall mit den o.g. Haftungsfolgen für die Kassenart ein. Deshalb wird es voraussichtlich nur in Grenzen zu Beitragssatzerhöhungen der verschuldeten Kassen kommen können, die zu einer vollständigen Entschuldung innerhalb der Frist nicht ausreichen. Dies führt entweder zur Schließung der betroffenen Krankenkasse, obwohl durchaus noch Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung ihrer Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit bestünden. Als Alternative käme in Betracht, erhebliche Teile der Schulden (in der AOK betragen diese Ende 2005 rd. 2,7 Mrd. Euro) über eine kassenarteninterne „Sozialisierung“ im Rahmen der Finanzhilferegulierung auszugleichen. Diesen Weg sieht die Neuregelung des § 265 a SGB V vor. Jedoch sind die Regelungen hierzu unzureichend: Denn eine Sanierung der betroffenen Kassen wäre faktisch ausgeschlossen. Diese wäre nur möglich, wenn es hierzu - wie in der Vergangenheit wiederholt praktiziert - konkrete und verbindliche Sanierungsvereinbarungen mit dem jeweiligen Spitzenverband gäbe, der die Sanierung dann auch steuern und mit Finanzhilfen flankieren müsste. Eine solche i.d.R. nur über mehrere Jahre realisierbare Sanierung aber wäre mit Abschaffung der bisherigen kassenarteninternen Finanzhilferegulierung nach § 265a SGB V und gleichzeitiger Umwandlung der Rechtsform der bisherigen Spitzenverbände in BGB-Gesellschaften ab 2009 faktisch und rechtlich ausgeschlossen.

Dies erschwert die zur fristgerechten Entschuldung notwendigen Satzungsregelungen und Vereinbarungen der Spitzenverbände mit den betroffenen Kassen erheblich. Immerhin hätten die Krankenkassen mit positiven Betriebsmitteln teilweise erhebliche Schuldenlasten der übrigen Kassen zu tragen ohne gleichzeitig aber die auf längere Zeit anzulegende Sanierung kontrollieren oder über ihren Verband steuernd beeinflussen zu können. Die Folge wäre, dass die vermögenden Kassen nicht nur die o.g. Schulden, sondern kurzfristig - mangels Einfluss- und Unterstützungsmöglichkeiten - auch die Folgekosten der nicht zu verhindernden Schließung übernehmen müssten.

Die o.g. fehlenden Möglichkeiten einer sinnvollen Haftungsvorbeugung durch Sanierung und Finanzhilfen passen nicht mit der unbefristet weitergeltenden Haftungsverpflichtung bei Schließung einer Kasse zusammen. Faktisch führt diese Haftungsfortsetzung zur Aufrechterhaltung der Kassenarten im Sinne von „Haftungsgemeinschaften ohne Kopf“. Maßnahmen zur Vermeidung des Schließungsfalles z.B. durch sachgerechte Sanierungen oder Finanzhilfen aber kann diese Haftungsgemeinschaft ab 2009 nicht mehr beschließen: Hierfür wäre das Weiterbestehen des bisherigen Spitzenverbandes als Körperschaft des öffentlichen Rechts und eine verbindliche Rechtsgrundlage - also die Weitergeltung des § 265 a SGB V - notwendig.

Diese Folgen können nur vermieden werden, wenn die Neuregelungen gestrichen oder zumindest grundlegend überarbeitet werden. Die bisherige Verbandshaftung muss auch in Zukunft als vorausschauend agierende Einheit weiterbestehen. Für eine Anwendung des Insolvenzrechts auf Ausnahmetatbestände fehlt eine nachvollziehbare Begründung.

### **Vorschlag: 10 Mrd. Euro-Programm zur Stabilisierung der Beitragssätze und der GKV-Einkommensgrundlagen**

Da die GKV-WSG-Regelungen im Bereich der Finanzierung keines der von der Koalition selbst gesetzten Ziele erreicht, sondern neue und teilweise gravierende Probleme verursacht, ist ein

kurzfristiges Umsteuern notwendig. Unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen sollte hierzu kein erneuter „großer konzeptioneller Wurf“ versucht, sondern nach pragmatischen, kurzfristig gangbaren Lösungen gesucht werden, die sprunghafte Beitragssatzsteigerungen ab 2007 vermeiden und erste Schritte zu mehr Transparenz und zu funktionalerem Wettbewerb ermöglichen.

Dies ist mit folgendem 10-Mrd.-Euro-Programm erreichbar:

Wiederherstellung der vollen Bundesfinanzierung ab 2007	+2,7 Mrd.€	0,3 BSP
volle Beiträge für Bezieher von Alg 1 und 2	+4,3 Mrd.€	0,4 BSP
ermäßigter Mwst.satz Arzneimittel	+2,9 Mrd.€	0,3 BSP
Summe	rd. 10 Mrd.€	1,0 BSP

Durch diese Maßnahmen wird der Beitragssatz in 2007 nicht um 0,6 bis 0,7 BS-Punkte (plus Entschuldung) erhöht. Vielmehr ergibt sich rechnerisch ein Absenkungspotenzial von 0,3 bis 0,4 Beitragssatzpunkten gegenüber 2006. Dieses Absenkungspotenzial kann bei den verschuldeten Krankenkassen in vollem Umfang in ihre Entschuldungspläne in 2007 (GKV West) und 2008 (GKV Ost) einfließen; die übrigen Krankenkassen haben Spielraum, in 2007 ihre Beitragssätze zu senken.

Die Rückkehr zur bisherigen vollen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus den Mitteln der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro ist sachgerecht und kurzfristig umsetzbar. Der Beitrag der Steuerfinanzierung wird in den kommenden Jahren schrittweise zu einer eigenständigen Finanzierungssäule der GKV ausgebaut; damit werden sämtliche versicherungsfremden Leistungen der GKV gesamtgesellschaftlich finanziert.

Die Rücknahme aller seit dem Rentenreformgesetz von 1992 vollzogenen Kürzungen der von der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitslosengeld I) und vom Bund (Arbeitslosengeld II) getragenen Beiträge für Arbeitslose trägt zur dauerhaften Stabilisierung der GKV-Finanzgrundlagen und ihrer Entkopplung von der Arbeitsmarktentwicklung bei. Zur Finanzierung können die Überschüsse der Bundesagentur für Arbeit bzw. die unvorhergesehenen Steuermehreinnahmen des Bundes genutzt werden. Damit wird eine sachgerechtere Zuordnung von Arbeitsmarkt- und GKV-Risiken zwischen Bund, Bundesagentur für Arbeit und GKV und zugleich mehr Belastungsgerechtigkeit erreicht.

Die Zuordnung von Arzneimitteln zu dem für Lebensmittel geltenden ermäßigten Steuersatz von 7 v.H. ist (analog zur Besteuerung von Tier-Arzneimitteln) steuersystematisch geboten. Das Einsparvolumen von rd. 2,9 Mrd. Euro sollte durch flankierende Maßnahmen (insb. Anpassung der Festbeträge) abgesichert werden.

### **Funktionaler Wettbewerb durch verbesserte Finanztransparenz**

Anstelle eines teuren Vermögens-Fonds sollte der Fonds - wie bisher - virtuell bleiben: Das BVA verteilt die Steuer- und Beitragsmittel wie bisher. Die Mittelzuweisungen erfolgen bis Ende 2008 auf Basis der bisherigen RSA-Regelungen, erweitert um Zuweisungen für standardisierte Verwaltungskosten (Abbau des Finanzkraftdefizits entsprechend den Eckpunkten der Bundesregierung). Da für die Mittelverteilung die Einrichtung eines Sondervermögens entbehrlich ist (beim BVA nur „durchlaufende Haushaltsposten“), entfällt die Einrichtung einer über Beitragssatzerhöhungen zu finanzierenden Schwankungsreserve beim BVA.

Das mit dem Gesundheitsfonds verfolgte Ziel, die Transparenz über die Finanzströme in der GKV zu verbessern, wird durch einen jährlichen, standardisierten Wettbewerbs-, Finanz- und RSA-Bericht des BVA besser als durch die Einrichtung eines Sondervermögens erreicht: Dieser Bericht richtet sich an Politik, Ministerien, Krankenkassen und interessierte Versicherte und macht auf der

Grundlage von Mitgliederzahlen, Versichertenstrukturen, Finanz- und Vermögensdaten, Beitragsätzen und RSA-Transfers die Finanzströme zwischen Beitragszahlern und Krankenkassen sowie die finanzielle und wettbewerbliche Lage und Entwicklung der Krankenkassen transparent. Dieser Bericht des BVA sollte bereits ab 2007 starten und ab 2009 - also im Jahr der Einführung eines zielgerechten und wettbewerbsorientierten RSA - durch einen „Finanz- und Versorgungsbericht“ der Krankenkassen ergänzt werden.

Dieser von allen Krankenkassen ab 2009 zu erstellende standardisierte Bericht richtet sich primär an die Versicherten. Er enthält insbesondere Informationen über die Höhe des GKV-Durchschnittsbeitragssatzes und die Höhe des Kassenbeitragssatzes, Erläuterungen zu den Hauptursachen dieser Differenz, Informationen über das Angebot der Kasse an Versorgungsprogrammen, erreichten Qualitätsstandards, spezifischen Leistungs- und Serviceangeboten (inkl. Informationen über die Geschäftsstellenausstattung und -struktur). Auf dieser Basis kann jeder Versicherte eine von Preis-, Wirtschaftlichkeits- und Versorgungstransparenz getragene Entscheidung über die Kassenwahl treffen. Die Standardisierung dieser Informationsverpflichtungen ist von den Aufsichtsbehörden zu überwachen; sie vermeidet wettbewerbswidrige und irreführende Fehlinformationen.

**Anlage: Gesetzliche Einflüsse auf die Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1995 - Stand Februar 2006 -**

<b>1 Maßnahmen und Begünstigte</b>	durchschnittl. jährl. Belastung in BS-Punkten
Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfe- und Unterhaltsgeldbezieher sowie für Bezieher von Kurzarbeiter- und Schlechtwettergeld durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 1.1.1995 an zu Gunsten der Arbeitslosenversicherung und des Bundes	0,26
Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitslosenhilfebezieher durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 1.1.1997 an zu Gunsten des Bundes	0,01
Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitslosenhilfebezieher durch das Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz vom 1.1.2001 an zu Gunsten des Bundes	0,06
Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Arbeitslosenhilfebezieher vom 1.1.2003 an (Hartz I) zu Gunsten des Bundes	0,10
<b>2 Absenkung der Beiträge für Arbeitslose</b>	<b>= 0,43</b>
Absenkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Übergangsgeld durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 1.1.1995 an zu Gunsten der Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung	0,02
Umstellung der Bemessungsgrundlage für die bei Bezug von Krankengeld zu zahlenden Beiträge durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 1.1.2005 an zu Gunsten der Renten- und Arbeitslosenversicherung	0,06
Höhere Krankengeldzahlungen, gekürzte Erstattungsansprüche und geringere Einnahmen in der KVdR im Rahmen der Neuregelung der Reform der Renten wegen Erwerbsminderung vom 1.1.2001 an zu Gunsten der Rentenversicherung	0,06
Neuregelungen in der Krankenversicherung der Rentner vom 1.4.2002 an zu Gunsten der Rentner und Rentenversicherungsträger	0,03
Erhöhung der Entgeltgeringfügigkeitsgrenze, Einführung einer Gleitzone, Beitragsbemessung der Ich-AG (Hartz II) führt zu Mindereinnahmen der GKV zu Gunsten des Bundes	0,06
<b>3</b> Freistellung von Teilen des Arbeitsentgelts von der Beitragspflicht im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge (Entgeltumwandlung) vom 1.1.2002 an zu Gunsten des Aufbaus zusätzlicher Altersvorsorge in einer Übergangsphase bis 2008	0,05
<b>4 Sonstige gesetzliche Änderungen bei der Beitragsbemessungsgrundlage</b>	<b>= 0,28</b>
<b>5 SUMME</b>	<b>= 0,71</b>