

Bundesverband

SoVD, Bundesverband Stralauer Straße 63 10179 Berlin



Partner
in sozialen
Fragen

Abteilung Sozialpolitik

Stralauer Straße 63

10179 Berlin

Tel.: 030 / 72 62 22 – 124

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 125

E-Mail: waltraud.wagner@sovd.de

Auswirkungen des Gesundheitsfonds auf die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

I. Zur Funktionsweise des Gesundheitsfonds

Die Einrichtung des Gesundheitsfonds ist ein Kernstück des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG). Mit der Einführung des Fonds zum 1. Januar 2009 kommt es zu einer Umorganisation der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung für rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland. Das Konzept sieht vor, dass alle Beitragszahler – unabhängig von ihrer individuellen Kassenzugehörigkeit – einen bundeseinheitlichen Beitragssatz leisten müssen. Der Beitragssatz wird von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegt und bis spätestens 1. November 2008 bekannt gegeben. Den Krankenkassen wird damit die Hoheit bei der Beitragsfestsetzung entzogen. Der Gesundheitsfonds wird zukünftig vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet (§ 271 SGB V). Bis zum 31. Oktober 2009 sollen die einzelnen Krankenkassen die Sozialversicherungsbeiträge weiterhin einziehen und an die neue Zentralbehörde im Bundesversicherungsamt weiterleiten. Danach können zentrale Einzugsstellen für die Beitragserhebung eingerichtet werden.

Neben den Beitragsmitteln der Mitglieder und Arbeitgeber soll der Gesundheitsfonds durch allgemeine Steuermittel finanziert werden. Im Startjahr 2009 werden vier Milliarden Euro Steuermittel zur Verfügung stehen - insbesondere für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes um jährlich 1,5 Milliarden Euro bis zu einer Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro (§ 221 SGB V).



Der Gesundheitsfonds muss bei seiner Einführung die Ausgaben der GKV zu 100 Prozent decken. Im Jahr 2007 lagen die gesamten GKV-Ausgaben bei rund 153,6 Milliarden Euro. Der Gesetzgeber muss den Beitragssatz erhöhen, wenn die Abdeckquote des Fonds über zwei Jahre hinweg die Grenze von 95 Prozent der Ausgaben unterschreitet. Um unvorhersehbare Schwankungen ausgleichen zu können, muss der Gesundheitsfonds eine Liquiditätsreserve von bis zu drei Milliarden Euro bilden (§ 220 SGB V).

Der Verteilungsschlüssel der Mittel aus dem Fonds erfolgt allerdings nicht nach Maßgabe der tatsächlichen Ausgaben der jeweiligen Krankenkasse. So erhält jede Krankenkasse pro Versicherten eine einheitliche und pauschale Zuweisung (§ 270 SGB V). Da die Krankenkassen unterschiedliche Versichertenstrukturen vorweisen, wird diese pauschale Zuweisung durch einen Zuschlag ergänzt, den sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Im heutigen Risikostrukturausgleich (RSA) werden bereits folgende Faktoren besonders berücksichtigt: der Unterschied der Grundlöhne, die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, das Geschlecht, das Alter und Erwerbsminderungsrenten. Im Morbi-RSA werden ab dem 1. Januar 2009 zu den bisherigen Faktoren ergänzend Krankheitsbilder (Morbidität) der Versicherten je Kasse einbezogen (§ 266 SGB V). Hier wurden 80 schwerwiegende kostenintensive chronische Krankheiten am 1. Juli 2008 vom Bundesversicherungsamt nach besonderen Auswahlkriterien festgelegt (§ 268 SGB V).

Eine weitere finanzielle Ausgleichregelung ist die Konvergenzklausel (§ 272 SGB V). Sie soll einen sanften Übergang im Ausgleich der Kassen einzelner Bundesländer ermöglichen. Insbesondere im Süden Deutschlands haben die Krankenkassen höhere Beitragseinnahmen. Dort wurde befürchtet, dass mit Einführung des Gesundheitsfonds viel Geld abfließt. Dieser Effekt soll durch die Konvergenzklausel begrenzt werden. Ein einzelnes Bundesland darf demnach maximal mit 100 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belastet werden. Als Vergleich dient jeweils das Vorjahr. Übersteigt die Belastung der in einem Bundesland tätigen Krankenkassen diese Zahl, werden die Zuweisungen aus dem Fonds so verändert, dass dieser Betrag nicht unterschritten wird.

Wenn die Gesamtausgaben einer Kasse die Zuweisungen aus dem Fonds übersteigen, kann die Kasse von ihren Mitgliedern einen einkommensabhängigen oder festen Zusatzbeitrag erheben (§ 242 SGB V; § 241a SGB V wurde aufgehoben). Der einkommensabhängige Zusatzbeitrag darf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens betragen (Überforderungsklausel). Alternativ können bis zu acht Euro als Zusatzbeitrag von den Versicherten gefordert werden, und die Überforderungsklausel fällt damit weg. Wird der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben, hat das Mitglied die Möglichkeit eines Sonderkündigungsrechts. Entsteht der Kasse durch die Zuweisung aus dem

Gesundheitsfonds ein Überschuss, darf sie ihren Mitgliedern eine Prämie ausschütten.

II. Die Beurteilung des Gesundheitsfonds aus Sicht des SoVD

Der Gesundheitsfonds führt zu einer Umverteilung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel in der GKV. Eine Lösung der dringenden Finanz- und Leistungsprobleme der GKV ist beim derzeitigen Konzept des Fonds nicht erkennbar.

Durch die Einführung des Fonds wird ein jahrzehntelang entwickeltes und erprobtes System durch ein bislang nur in der Theorie dargelegtes Umverteilungskonzept abgelöst. Verschiedene Wechselwirkungen und Konsequenzen können daher gegenwärtig noch nicht eingeschätzt werden. Die Bundesregierung ist bislang den Nachweis schuldig geblieben, dass der Gesundheitsfonds nicht zu Verwerfungen und Wettbewerbsverzerrungen führt. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds werden 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte ungefragt Teil einer großen Feldstudie mit ungeklärtem Ausgang. Ist der Fonds einmal eingeführt, wird das bisherige System unwiderruflich zerstört.

Grundsatz: Die geplante Einführung des Gesundheitsfonds ist eine schwere Fehlentscheidung. Der SoVD befürchtet, dass das Bundesministerium für Gesundheit Kalkulationsspielräume nutzt und den **Einheitsbetrag** relativ niedrig festlegt. Die Konstruktion des Gesundheitsfonds gibt keinen Hinweis, wie der **Wettbewerb** zwischen den Krankenkassen gefördert werden kann. Es wird mit einem verzerrten Wettbewerb gerechnet, der auf Kosten der Patienten und Versicherten geht. Der SoVD befürchtet, dass Krankenkassen mit vielen älteren oder chronisch kranken Patienten finanziell unter Druck geraten, wenn die 95-prozentige **Abdeckungsquote** längerfristig unterschritten wird. Mit der Begrenzung auf nur 80 Diagnosen im **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** kann nach Ansicht des SoVD keine gerechte Verteilung der pauschalen Zuwendungen auf die einzelne Krankenversicherung erfolgen. Die einseitige Belastung der Versicherten durch einen möglichen **kassenindividuellen Zusatzbeitrag** höhlt die paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer weiter aus. Der SoVD hält die Einbeziehung der **privaten Krankenversicherung** (PKV) in den Fonds nach wie vor für notwendig.

Zum Einheitsbeitrag: Mit der Installierung des Fonds und der Festsetzung des Einheitsbeitrags durch die Bundesregierung wird eine zentrale Aufgabe der einzelnen Krankenkasse beseitigt: Sie verliert die Finanzhoheit und damit die Verantwortung zur Gestaltung des Beitragssatzes. Damit fehlt der einzelnen Krankenkasse das wichtige Steuerungsinstrument, um den individuellen Finanzbedarf ausgabenorientiert zu decken.

Die Bundesregierung kann den Beitragssatz auf Grundlage einer Minimalkalkulation oder Maximalkalkulation festlegen. Das heißt, sie kann zukünftig zu erwartende Mehrausgaben großzügig oder restriktiv berücksichtigen, z. B. den medizinischen Fortschritt, die steigenden Arzneimittelkosten usw. Nach einer Studie des Münchner Gesundheitsinstituts IfG ist mit einer Steigerung des Beitragssatzes von heute durchschnittlich 14,8 Prozent auf 15,5 Prozent zu rechnen. Der höhere Beitragssatz ergibt sich allerdings nicht nur durch den Fonds, sondern ist u. a. das Resultat der beschlossenen Honorarsteigerungen für niedergelassene Ärzte, Kosten für den Aufbau einer Schwankungsreserve, die elektronische Krankenversicherungskarte und die geplanten Zusatzausgaben für die Kliniken.

Der SoVD befürchtet, dass der Druck auf die Regierung groß sein wird, den Beitragssatz so niedrig wie möglich festzusetzen. Damit entstünde sehr schnell eine Unterdeckung der GKV-Ausgaben, denn wenn im Wahljahr 2009 der Beitragssatz zu stark steigt, würde dieses naturgemäß zu Unmut in der Bevölkerung führen. Darüber hinaus entspricht ein zu hoher Beitragssatz nicht dem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005, in dem die Senkung der Lohnnebenkosten als Ziel vereinbart wurde. Allerdings werden bei einem zu niedrig festgesetzten Beitragssatz die Krankenkassen gezwungen sein, den kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben, obwohl sie wirtschaftlich handeln. Ein solcher Zusatzbeitrag würde neben den durchschnittlichen Beitragssatzsteigerungen zu einer weiteren einseitigen Belastung der GKV-Mitglieder führen.

Zur Veränderung des Wettbewerbes: Bei einem Wechsel einer Krankenkasse orientieren sich Versicherte häufig an der Höhe des Beitragssatzes. Bei einem einheitlichen Beitragssatz soll sich der Wettbewerb an den Leistungsangeboten der einzelnen Kasse orientieren. Hier ist anzumerken, dass die Grundleistungen der GKV für jede Krankenkasse einheitlich und verbindlich sind. Folglich können sich Kassen nur bei Satzungs- und Ermessensleistungen sowie bei Service- und Beratungsangeboten und bei der Dauer der Leistungsbewilligung unterscheiden. Krankenkassen mit verhältnismäßig vielen älteren, chronisch kranken, multimorbiden Mitgliedern werden höhere Krankheits- und Verwaltungsausgaben verzeichnen als Krankenkassen mit einem größeren Anteil an gesunden und jungen Mitgliedern. Krankenkassen mit einer sogenannten „schlechten Versichertenstruktur“ könnten dadurch gezwungen werden, weniger finanzielle Ressourcen für besondere Angebote zur Verfügung zu stellen. Ihre Mitglieder sind aber in besonderem Maße auf die Leistungen und auf Service- und Beratungsstellen sowie auf eine zeitnahe Leistungsbewilligung angewiesen. Mit einer restriktiven Bewilligung von Leistungen könnten Kassen eine Ausgabenverzögerung erreichen. Darüber hinaus scheuen sich Patienten, die einen Antrag gestellt haben, oftmals vor einer langwierigen Auseinandersetzung mit ihrer Krankenkasse.

Hingegen können Krankenkassen mit den „guten Versichertenstrukturen“ *mehr* besondere Leistungen über die zugewiesenen Mittel des Fonds anbieten, die

vorzugsweise junge und gesunde Mitglieder ansprechen (z.B. Zuschüsse für bestimmte Sportkurse). Ein Wechsel der Mitglieder in eine andere Krankenkasse verschiebt das Problem lediglich, die Ursache bleibt erhalten.

Darüber hinaus ist noch nicht klar, wie hoch die Zuwendungen des Fonds durch den Morbi-RSA an den jeweiligen Krankenkassen sein werden. Selbst wenn der Morbi-RSA für einen Ausgleich sorgt, könnten lediglich die krankheitsbezogenen Mehrbelastungen berücksichtigt werden, nicht aber der Mehrbedarf an Verwaltungsaufwand. Darüber hinaus haben die einzelnen Krankenkassen dafür Sorge zu tragen, dass die Zuwendungen des Morbi-RSA auf andere kostenintensive Krankheitsbilder umverteilt werden, die nicht im Morbi-RSA berücksichtigt sind. Folglich haben diese Krankenkassen mit „schlechteren Versichertenstrukturen“ weniger finanzielle Ressourcen, um wettbewerbssteigernde Angebote zu machen. Daher befürchtet der SoVD, dass diese Kassen gezwungen sein werden, ihre bis dahin regional notwendigen Beratungs- und Bearbeitungsstellen abzubauen bzw. einzuschränken, um die gewünschte Ersparnis im Bereich der Verwaltung zu erzielen.

Zur Beteiligung des Bundes: Der SoVD befürchtet, dass die Aufwendungen des Bundes nicht ausreichen, um kurz und mittelfristig die Unterfinanzierung durch versicherungsfremde Leistungen und andere Beitragsausfälle (z.B. durch Arbeitslosigkeit) zu kompensieren. Ursprünglich diente der im Jahr 2003 beschlossene Bundeszuschuss als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen. Dazu zählen z.B. Schwangerschaftsgeld, Mutterschaftsgeld oder Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes. Zur Gegenfinanzierung wurde die Tabaksteuer stufenweise erhöht. So erhielt die GKV im Jahr 2004 vom Bund pauschal eine Milliarde Euro, 2005 betrug der Zuschuss 2,5 Milliarden Euro, und 2006 waren es 4,2 Milliarden Euro (Vgl.: Bundesgesetzblatt, 2003, Teil I Nr. 55, S. 2229). Für die Jahre 2007 und 2008 erhielt die GKV vom Bund jeweils 2,5 Milliarden Euro, und für das Jahr 2009 sind im Fonds vier Milliarden Euro vorgesehen. Danach erfolgt eine jährlich gestaffelte Erhöhung von 1,5 Milliarden Euro, bis 14 Milliarden Euro erreicht sind (§ 221 SGB V). Neben der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen muss der Fonds allerdings noch Beitragseinbußen kompensieren, die durch Arbeitslosigkeit entstehen.

Zur Abdeckungsquote des Gesundheitsfonds: Die 95-prozentige (globale) Finanzierung des Fonds birgt die Gefahr einer lang anhaltenden Unterfinanzierung der GKV in Milliardenhöhe. Auch in diesem Zusammenhang befürchtet der SoVD die Streichung von Satzungs- und Ermessensleistungen sowie eine qualitative Verschlechterung auf der Service- und Beratungsebene und die Gefahr einer restriktiveren Gewährung von Regelleistungen.

Zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich: Mit der Begrenzung der Diagnosen auf nur 80 kostenintensive Krankheitsbilder des Morbi-RSA befürchtet der

SoVD, dass Fehlanreize für die Krankenkassen gesetzt werden. Die Begrenzungen der aufgeführten Erkrankungen hält einer wissenschaftlichen Begründungen nicht stand, sondern ist das Ergebnis eines politischen Verhandlungskompromisses. Der SoVD befürchtet, dass die Versorgung der im Morbi-RSA unberücksichtigten kostenintensiven Patientengruppen im medizinisch notwendigen Umfang nicht umfassend gesichert werden kann. Weiterhin bleibt es unverständlich, dass sich im Katalog der 80 Krankheiten auch akute Krankheitsbilder befinden, die naturgemäß eine begrenzte Krankheitsdauer aufweisen (z.B. Lungen- oder Nierenentzündung) und somit langwierigere Krankheitsbilder auf der Liste verdrängen. Ebenso wurde mit dem Morbi-RSA kein Anreiz für die Krankenkassen geschaffen, die Genesung des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Um mehr finanzielle Mittel über den Morbi-RSA zu erhalten, könnten die Kassen bemüht sein, möglichst viele kranke Mitglieder aufzuführen. Folglich wäre eine Genesung des Patienten gegebenenfalls mit einem finanziellen Verlust für die Kasse verbunden. Unter diesen Umständen würde es für die Krankenkasse nicht mehr lohnen, präventive Maßnahmen für Patienten anzubieten, die mit ihren Krankheitsbildern im Morbi-RSA aufgeführt sind.

Zum kassenindividuellen Zusatzbeitrag: Der SoVD befürchtet, dass der kassenindividuelle Zusatzbeitrag früher oder später von der Mehrheit, wenn nicht sogar von jeder Krankenkasse erhoben werden muss, da der Fonds nur im Startjahr die GKV zu 100 Prozent finanziert und danach nur noch zu 95 Prozent. Damit werden die künftigen Ausgabensteigerungen auf die Mitglieder abgewälzt. Gesetzt den Fall, dass die Einheitspauschale des Fonds den individuellen Finanzbedarf der Krankenkasse nicht abdeckt, kann der kassenindividuelle Zusatzbeitrag eingeführt werden. In diesem Fall wird die bereits ausgehöhlte paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber und Versicherte zu Ungunsten der Versicherten weiter verschoben. Der Zusatzbeitrag ist zudem für die Krankenkassen schwierig handhabbar, da dieser im Zusammenhang mit der Überforderungsklausel von der Einkommenslage ihrer Mitglieder abhängig ist. Das heißt, dass Krankenkassen, deren Mitglieder ein niedrigeres Bruttoeinkommen haben, hier auch Einnahmeausfälle zu befürchten hätten. Darüber hinaus hat eine Untersuchung der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Wasem, Prof. Dr. Stefan Greß, Anke Walendzik und Maral Manouguian von der Universität Duisburg-Essen im Mai 2008 ergeben, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen durch den Zusatzbeitrag verzerrt werde, die Kassen mit Geringverdienern benachteiligt sind. Dies ist insbesondere der Fall, wenn einkommensunabhängig acht Euro Zusatzbeitrag gefordert werden und das monatliche Bruttoeinkommen unter 800 Euro liegt.

Zur fehlenden Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung (PKV): Der SoVD hat von Anfang an kritisiert, dass die PKV nicht in den Gesundheitsfonds einbezogen wird, denn der Fonds schließt die Beitragseinnahmen durch die PKV aus. Das widerspricht dem Solidaritätsgedanken und einer gerechten Lastenverteilung. Weiterhin kritisiert der SoVD, dass die Private

Krankenversicherung nicht am Morbi-RSA im Rahmen einer Ausgleichsregelung beteiligt wurde.

Fazit: Mit der Einführung des Gesundheitsfonds erwartet der SoVD eine schleichende Verschlechterung der Gesundheitsversorgung und eine höhere finanzielle Belastung der Versicherten mit einem durchschnittlichen und geringen Einkommen.

III. Alternativen zum Gesundheitsfonds

Aus den genannten Kritikpunkten hält Der SoVD an seiner Position fest: Es gibt keine zwingenden Gründe, den Gesundheitsfonds in seiner jetzigen Ausformung einzuführen. Alternativ schlägt der SoVD eine Bürgerversicherung mit einer gestärkten Solidargemeinschaft sowie eine gerechte Beitragserhebung als unverzichtbare Bestandteile einer finanziell gestärkten Krankenversicherung vor. Der SoVD fordert daher die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger Deutschlands in eine Bürgerversicherung. Dazu zählen auch diejenigen, deren Einkommen über der derzeitigen Versicherungspflichtgrenze liegt. Der SoVD verlangt eine Beitragserhebung, die sich allein nach der individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit des Einzelnen richtet. Darüber hinaus plädiert der SoVD für eine Erweiterung der rein lohnbezogenen Beitragserhebung auch für erwerbsunabhängige Einkommen und andere Einkünfte, wie z.B. Kapitalerträge. Um Personen mit kleineren Sparguthaben dabei nicht über Gebühr zu belasten, schlägt der SoVD für Freibeträge vor, wie sie im Steuerrecht gelten. Die paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer muss vollständig beibehalten werden. Die Bürgerversicherung würde die Gerechtigkeit unseres Gesundheitssystems verbessern.

IV. Forderungen des SoVD

Der SoVD lehnt den Gesundheitsfonds in seiner derzeitigen Ausgestaltung weiterhin ab. Der Fonds bringt unserem Gesundheitssystem keinen Nutzen sondern führt zu weiteren Nachteilen. Der Fonds wird nicht sicherstellen, dass die bestehenden Probleme der GKV gelöst werden und die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen verstetigt, die Effizienzreserven aktiviert werden und die Versorgung der Kranken verbessert wird.

Der SoVD fordert zumindest eine Verschiebung der Einführung und zunächst eine zeitliche Erprobung des Fonds unter wissenschaftlicher Begleitung, um mögliche Fehlentwicklungen zu erkennen und zu korrigieren:

1. Der SoVD verlangt die Festsetzung eines ausgabendeckenden Beitragssatzes.

2. Der SoVD fordert die jährliche Beitragssatzanpassung, die 100 Prozent der GKV-Ausgaben deckt.
3. Der SoVD schlägt die Überarbeitung des Morbi-RSA vor, insbesondere die Aufnahme aller kostenintensiven Krankheitsbilder.
4. Der SoVD fordert einen Anreiz für Kassen zu schaffen, der die präventive und umfassende Versorgung der chronisch kranken Mitglieder sicherstellt.
5. SoVD verlangt wirksame Instrumente zur Senkung der Arzneimittelausgaben.
6. Der SoVD fordert die Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen in vollem Umfang. Dazu gehören auch die fehlenden Einnahmen der GKV, die sich durch die Absenkung der Beiträge wegen Arbeitslosigkeit ergeben. Der SoVD hält allerdings an seiner Position fest, dass die Familienversicherung von Kindern als originäre Leistung der GKV erhalten bleiben soll.
7. Der SoVD besteht darauf, die PKV am Morbi-RSA zu beteiligen.

Berlin, September 2008

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik