

13. Oktober 2008

Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

zu den Anträgen von Bündnis 90/Die Grünen sowie der FDP

(BT-Drucksachen 16/8882 vom 23.04.2008 und 16/7737 vom 16.01.2008)

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Sachverhalt

Beide Anträge, von Bündnis 90/Die Grünen sowie der FDP, fordern die Bundesregierung auf, die für den 01.01.2009 vorgesehene Einführung des Gesundheitsfonds rückgängig zu machen. Darüber hinaus fordert die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen, den geplanten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich umfassender und zielgenauer auszugestalten. Die FDP-Fraktion fordert, den kasseneinheitlichen Beitragssatz zu Gunsten kassenindividueller Lösungen aufzugeben.

Stellungnahme

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt die gemeinsame Forderung beider Anträge, die Einführung des Gesundheitsfonds rückgängig zu machen. Abgesehen von der grundsätzlichen Kritik an der Struktur des Fonds, macht die Tatsache, dass der von der Bundesregierung eingesetzte Schätzerkreis zur Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes zu keinem einvernehmlichen Ergebnis gekommen ist, deutlich, wie unsicher die Kalkulationsgrundlage für Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das kommende Jahr sein wird. Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzkrise, deren volkswirtschaftliche Auswirkungen derzeit nicht absehbar sind, ist eine seriöse Prognose im Hinblick auf die Beitragsentwicklung derzeit nicht möglich. Insofern erscheint es höchst zweifelhaft, ob die durch das Gesetz geforderte durchschnittlich hundertprozentige Ausgabendeckung der über den einheitlichen Beitrag erhobenen Einnahmen durch den von der Bundesregierung festgesetzten Satz in Höhe von 15,5 Prozent gewährleistet ist. Darüber hinaus sind die Auswirkungen des geänderten Risikostrukturausgleichs, aber auch der jüngst erhöhten vertragsärztlichen Vergütung sowie der Ausgabenanhebung für die Krankenhäuser für die einzelne Krankenkasse derzeit nicht kalkulierbar. All dies spricht gegen die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes zum 01.01.2009.

Aus der Umsetzung einer solchen Forderung ergibt sich die von der FDP gezogene Konsequenz, bei der bisherigen kassenindividuellen Beitragsfestsetzung zu bleiben, gleichsam automatisch. Die finanzielle Differenzierung der Krankenkassen über einen Zusatzbeitrag wäre dann ebenfalls unnötig. Damit würden wie bisher die Krankenkassen mit ihren Gesamteinnahmen im Wettbewerb stehen. Die verzerrenden Wirkungen des Zusatzbeitrages („kleine Kopfprämie“) würden dann ebenfalls entfallen.

Der vzbv unterstützt auch den Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich dahingehend zu überprüfen, inwieweit die im Gesetz vorgesehene Auswahl von 50 bis 80 Erkrankungen die Anreize zur Risikoselektion lediglich verschiebt, anstatt sie aufzulösen. Bei der Reform des Risikostrukturausgleichs sollte das „Wissenschaftliche Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ vom Dezember 2007 berücksichtigt werden.

Begründung

I Probleme des GKV-Systems, die der Gesundheitsfonds nicht löst

1. Eine Entschärfung des durch Arbeitslosigkeit, veränderte Beschäftigungsverhältnisse und die absehbare demografische Entwicklung verursachten *strukturellen Einnahmeproblems der GKV* wird durch den Fonds ebenso wenig erreicht wie die Erhöhung der *Verteilungsgerechtigkeit bei der Erhebung von Beiträgen*. Die angemessene Berücksichtigung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten in der Beitragserhebung durch *Heranziehung*

anderer Einkommensarten neben Erwerbseinkommen oder die *Ausdehnung des Versichertenkreises* auf bisher privat Versicherte (zum Beispiel Beamte oder Selbständige) findet nicht statt. Die unfairen *Wettbewerbsverhältnisse zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung* bleiben trotz Basistarif im Wesentlichen unangetastet.

2. Die negativen Auswirkungen eines möglichen und zu erwartenden Anstiegs der Gesundheits- auf die Arbeitskosten und die entsprechenden **Fehlanreize auf den Beschäftigungssektor** werden nicht gemildert. Im Gegenteil: Der mit der Einführung des Fonds verbundene gesetzliche Einheitsbeitrag führt bei Arbeitgebern, deren Beschäftigte mehrheitlich in günstigen Krankenkassen versichert waren, zunächst sogar zu zum Teil deutlichen Mehrkosten, wird aber nur eine Minderheit der Versicherten entlasten.
3. Schließlich erhöht der Fonds nicht die Robustheit der GKV gegenüber der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Durch die weiterhin vorrangige Bindung der GKV-Einnahmen an die Erwerbseinkommen bleibt deren **Abhängigkeit vom Stand der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung** und der allgemeinen Lohnentwicklung bestehen. Die geplante Ergänzung der **GKV-Einnahmen aus Steuermitteln** erfolgt in sehr kleinen Schritten und deckt kurz- bis mittelfristig nicht den Anteil der von der GKV von Gesetzes wegen zu erfüllenden „gesamtgesellschaftlichen Aufgaben“ ab. Nachhaltig wäre ein substanzieller Steuerzuschuss überdies nur dann, wenn er, etwa in Form eines eigenen Leistungsgesetzes, auf eine politisch gesicherte Basis gestellt und die Steuergerechtigkeit durch Stopfen ungerechtfertigter Schlupflöcher erhöht würde.

II Weitere Effekte des Gesundheitsfonds

1. Erwirtschaften Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten in Form einer Prämie ausschütten. Krankenkasse hingegen, die mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, müssen von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen **Zusatzbeitrag** erheben. Die Erwartung, diese „kleinen Kopfpauschale“ bilde die Effizienz der Krankenkasse ab und stelle für die Versicherten einen transparenteren „Preis“ für die Versicherungsleistung dar als der bisherige kassenindividuelle Beitragssatz, entbehrt jeder Grundlage. Die Beratungserfahrung der Verbraucherzentralen zeigt vielmehr, dass der Beitragssatz ein zureichendes finanzielles Unterscheidungsmerkmal für die Wahl einer Krankenkasse und damit ein ausreichendes „Preissignal“ darstellt. Die durch die Reformen der letzten Jahre angestoßene Entwicklung, dass Krankenkassen sich am Markt mit guten Versorgungs-, Bonus- oder Tarifangeboten positionieren und somit der Beitrag nicht das einzige die Kassenwahl bestimmende Kriterium sein sollte, wird durch die neuerliche Fokussierung auf die Prämie beziehungsweise den Zusatzbeitrag konterkariert.
2. Obgleich den Krankenkassen eine pauschale oder einkommensbezogene Erhebung des Zusatzbeitrages freigestellt ist, wird der Wettbewerbsdruck dazu führen, dass ein einkommensbezogener Zusatzbeitrag die Ausnahme bleibt, weil dieser absolut betrachtet gut verdienende Versicherte stärker belastet als gering verdienende. Um angesichts dessen für Versicherte mit geringen Einkommen die Belastung durch den **pauschalen Zusatzbeitrag** zumutbar zu halten, hat der Gesetzgeber eine Grenze von einem Prozent des beitragspflichtigen Einkommens festgelegt, bis zu der ein Zusatzbeitrag erhoben werden könne. Krankenkassen mit vielen gering verdienenden Versicherten müssen daher zur Deckung ihres Finanzbedarfs ihre gut verdienenden Versicherten überproportional heranziehen – was bei diesen den Anreiz, die Krankenkasse zu wechseln, erhöhen, und das Problem der Kasse noch weiter verschärfen wird. Ferner macht die „kleine

- Kopfpauschale“ es notwendig, dass die Krankenkasse für jeden Versicherten eine eigene Kontoführung anlegt. Dieser administrative Aufwand ließe sich nur durch einen einkommensbezogenen prozentualen Zusatzbeitrag umgehen.
3. Abgesehen von dem unnötigen administrativen Aufwand, für alle 50 Millionen GKV-Mitglieder eigene Konten einzurichten, belastet der pauschale Zusatzbeitrag überdurchschnittlich gerade diejenigen Einkommen, die knapp zu hoch sind, um noch unter die Härtefallregelung zu fallen. Da die bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven im System – nicht nur im Arzneimittelbereich – noch immer nicht konsequent ermittelt und erschlossen werden, ist mit steigenden Gesundheitskosten zu rechnen. Diese werden aber zunächst nur über den Zusatzbeitrag, also künftig allein von den Arbeitnehmern zu tragen sein. Die kleine Kopfprämie ist daher in ihrer Aussage- und Anreizfunktion ökonomisch unsinnig, in der Belastungswirkung ungerecht und sie untergräbt die paritätische Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung.
 4. Dadurch dass mit der Einführung des Gesundheitsfonds ein einheitlicher Beitragssatz gilt und jede Krankenkasse einen feststehenden Betrag pro Versichertem erhält, findet innerhalb der GKV künftig ein **hundertprozentiger Einkommensausgleich** statt. Im Grundsatz besteht daher für die Krankenkasse kein Anreiz mehr, sich um gut verdienende Versicherte zu bemühen. Dieser Effekt wird allerdings durch die aus sozialen Gründen notwendige Überforderungsregelung bei der Erhebung des Zusatzbeitrags konterkariert, weil hier wiederum das Einkommen der Versicherten zur Festsetzung der Belastungshöchstgrenze herangezogen werden muss. Der **Anreiz zur ökonomischen Risikoselektion** bleibt daher erhalten.
 5. Der Fonds und die damit verbundenen Wettbewerbsinstrumente (Zusatzbeitrag oder Prämie) verschärfen hingegen den **Selektionsdruck im Hinblick auf die Morbidität**, denn überdurchschnittliche Leistungsausgaben schlagen sich unmittelbar in dem geplanten pauschalen Versichertenbeitrag nieder. Diese „kleine Kopfprämie“ soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Wechselbereitschaft der Versicherten anregen. Krankenkassen, die ihre wachsende Gestaltungskompetenz im Leistungsgeschehen zugunsten einer qualitativ besseren und damit zumindest kurzfristig teureren Versorgung der Patienten nutzen, hätten in einem derart verschärften Wettbewerb zunächst das Nachsehen gegenüber den zwar billigen, aber in der Versorgung chronisch kranker Menschen weniger engagierten Kassen. Zu befürchten ist, dass der erwünschte Wettbewerb um bessere Qualität und Effizienz sich auf einen reinen **Kostenwettbewerb** reduziert. Die politisch intendierte Ausrichtung der GKV auf kurzfristige betriebswirtschaftliche Erlöse dürfte eine nachhaltige Entwicklung dieses Systems der Daseinsvorsorge insgesamt behindern.

III Begleitende Maßnahmen

1. Die von den südlichen Bundesländern durchgesetzte **Konvergenzklausel** soll eine kurzfristige Überforderung der regionalen Krankenkassen (AOK, IKK) verhindern, die durch den hundertprozentigen Einkommensausgleich entstehen könnte. Dieser regionale Denkansatz widerspricht indes der Idee des Gesundheitsfonds, der im Prinzip ja die Zielsetzung hat, die Bevorteilung von Kassen beziehungsweise Bundesländern mit gutverdienenden Mitgliedern zu beenden. Deshalb sind die in der politischen Diskussion vorgebrachten Argumente, dass die Beiträge, die in einem Land entstehen auch dort wieder verausgabt werden sollten, in einem Solidarsystem wie der gesetzlichen Krankenversicherung nur eingeschränkt nachvollziehbar. Der geplante „sanfte Übergang“ wird auch durch zahlreiche

Experten – etwa in der wissenschaftlichen Studie von Professor Wasem und anderen – kritisch gesehen.

2. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll der **Risikostrukturausgleich (RSA) morbiditätsorientiert** weiterentwickelt werden, indem künftig neben Alter, Geschlecht, Arbeitsunfähigkeitsstatus und Teilnahme an einem Disease Management Programm (DMP) auch die Kostenbelastung durch gehäuftes Auftreten von schweren chronischen Erkrankungen (Morbidität) beim internen Finanzausgleich der Krankenkassen berücksichtigt wird. Damit soll die Chancengleichheit in einem intensivierten Wettbewerb unter den Krankenkassen erhöht und Anreize zur Risikoselektion künftig vermieden werden. Zur Umsetzung hat ein wissenschaftliches Expertengremium Ende 2007 ein Gutachten vorgelegt und unter anderem empfohlen:

- § die Bestimmung des **Schwellenwertes** für die Behandlungskosten nicht an *einem* Durchschnittswert, sondern an gestuften Perzentilen zu orientieren
- § eine **Altersadjustierung** in dem gesetzlichen Rahmen aufzunehmen und
- § die geplante **Entkoppelung von DMP und RSA** rückgängig zu machen

Die Beschränkung auf eine begrenzte Anzahl von Erkrankungen birgt die Gefahr, dass der morbiditätsbedingte Selektionsdruck nicht gemildert, sondern nur auf die Krankheiten verschoben wird, die im neuen RSA nicht berücksichtigt werden.

IV Gesamtbewertung des Gesundheitsfonds

Während der Fonds von den drängenden Herausforderungen der GKV im Hinblick auf Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit keine einzige zu lösen vermag, schafft er auf der anderen Seite zusätzliche Probleme. Die politisch gewollte Reduzierung der Zahl der Krankenkassen durch Insolvenz und verstärkte Fusionen, die ein Ergebnis des sich verschärfenden Wettbewerbs sein dürfte, hat somit einen hohen Preis. Ob die dadurch erzielten Effizienzgewinne den zusätzlichen administrativen Aufwand aufwiegen, muss bezweifelt werden.

Die begleitend eingeleitete stärkere Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs (RSA) wäre auch ohne Einführung des Fonds möglich und sinnvoll. Vielmehr ließe sich der Fonds durch einen ausdifferenzierten RSA ersetzen beziehungsweise virtualisieren. Anstatt wie jetzt geplant die Gesamteinnahmen real einzuziehen und umzuverteilen, könnte man die realen Zahlungsflüsse aus dem „Fonds“ auf die nach Risikostrukturausgleich saldierten Beträge (Zuschläge/Abzüge) beschränken.

Der größte administrative Aufwand und die schwersten sozialen Unstimmigkeiten hängen indes mit der Erhebung des *pauschalen* Zusatzbeitrages („kleine Kopfprämie“) zusammen. Da, anders als im ursprünglichen Kopfpauschal-Modell der CDU, der soziale Ausgleich der systemimmanenten Verteilungswirkung des Pauschalbeitrages nicht durch Steuermittel, sondern aus dem Beitragsaufkommen der Versicherten bestritten wird, verschärft der Fonds die Lasten für die besser verdienenden Versicherten und damit den Wechseldruck in eine günstigere Krankenkasse. Ob durch den Pauschalbeitrag indes auch die Wechselbereitschaft der gering verdienenden Versicherten erhöht wird, ist keinesfalls sicher.

V Positionierung des vzbv

Da eigentlich keine der bestehenden Struktur- und Finanzierungsprobleme durch den Gesundheitsfonds gelöst wird, ist die Forderung, das Vorhaben zu stoppen und

zunächst bei der bisherigen Finanzierungs- und Wettbewerbsstruktur (Beitragswettbewerb) zu bleiben, berechtigt.

Darüber hinaus wäre eine Reform der GKV-Finanzierung auf den Weg zu beringen, die in der Lage ist, die Nachhaltigkeit sowie Verteilungs- und Wettbewerbsgerechtigkeit des bestehenden Systems zu erhöhen. Elemente einer solchen Reform sollten sein:

- Einführung eines umfassenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs
- Anhebung und gesetzliche Absicherung des Steuerzuschusses in die GKV
- Sukzessive Ausweitung des GKV-Versichertenkreises und Erweiterung der Einnahmekomponenten (zum Beispiel Beiträge auf Kapitaleinkünfte)
- Sukzessive Eingliederung der privaten Krankenversicherung in eine „solidarische Wettbewerbsordnung“