

Abteilung Sozialpolitik

Stralauer Straße 63 / Rolandufer
10179 Berlin
Tel. 030 / 72 62 22-0
Fax 030 / 72 62 22-328
Rückfragen: Gabriele Hesseken
Durchwahl: 030 / 72 62 22-124

Stellungnahme

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Wettbewerbs
in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

- BT-Drs. 16/3100 -

**zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
vom 6. bis 14. November 2006**

I. Gesamtbewertung

Die Gesetzliche Krankenversicherung steht vor großen Herausforderungen. Sinkende Einnahmen sowie steigende Ausgaben erfordern Lösungen auf der Finanzierungsseite. Aber die Gesetzliche Krankenversicherung hat auch mit strukturellen Schwächen zu kämpfen. Die Gutachten der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen weisen immer wieder auf Unwirtschaftlichkeit im System durch Unter-, Fehl- und Überversorgung hin. Intransparenz und Reibungsverluste durch verschiedene Zuständigkeiten im gegliederten System sind wesentliche Gründe für die geringe Effizienz.

Als Weiteres sei hingewiesen auf die Schwächung der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die durch Leistungsverchiebungen zugunsten der Arbeitslosenversicherung sowie durch anhaltend hohe Arbeitslosigkeit entstehen. Demgegenüber wachsen die Ausgaben stetig. Die Spanne zwischen Einnahmen und Ausgaben wird immer größer. Nach Prognosen der Gesetzlichen Krankenkassen werden in 2007 bereits 7 Mrd. Euro fehlen, bis zum Ende der Legislaturperiode werden es bis zu 16 Mrd. Euro sein. Der SoVD setzt sich ein für soziale Reformen, um das



solidarisches System der Gesetzlichen Krankenversicherung auch in der Zukunft zu erhalten.

Solidarität bei der Finanzierung des Systems und eine *hohe Qualität der medizinischen und therapeutischen Versorgung* sind für den SoVD maßgebliche Kriterien für die Reform des Gesundheitswesens. Ziel muss es sein, dass die Gesetzliche Krankenversicherung weiterhin umfassenden Schutz im Krankheitsfall bietet. Alle Versicherten müssen – unabhängig von ihrer finanziellen Situation oder dem Grad ihrer Behinderung - Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen erhalten. Vorhandene Zugangsbarrieren (z.B. die „Eintrittsgebühr“ beim Arzt, Zuzahlungen zu den Gesundheitsleistungen, fehlende Barrierefreiheit in Arztpraxen) sind zu beseitigen. Denn jeder in Deutschland lebende Mensch soll eine an seinem Bedarf orientierte angemessene gesundheitliche Versorgung erhalten.

Dieses Ziel ist derzeit leider nicht erreicht. Durch erhöhte Zuzahlungen für Leistungen sowie durch den Ausschluss notwendiger Gesundheitsleistungen wie Brillen oder rezeptfreie Arzneimittel, etc. aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es für einen Kreis der Versicherten aus finanziellen Gründen nicht mehr möglich, eine umfassende Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten. Dies betrifft insbesondere arme und sozial ausgegrenzte Menschen. Da die Schwelle zur Gesundheitsversorgung für sie erhöht ist, macht sich inzwischen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dieses Personenkreises bemerkbar.

Die Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen, maßgeblich verschärft mit dem GKV-Modernisierungsgesetz am 01. Januar 2004, sind zu einem großen Problem für das deutsche Gesundheitswesen geworden. Patienten und Patientinnen wurden einseitig belastet, eine wirksame und nachhaltige Veränderung an den unwirtschaftlichen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens haben die Zuzahlungen nicht mit sich gebracht. Hier sind Korrekturen dringend erforderlich. Das GKV-Modernisierungsgesetz hat zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen bei Patienten, Patientinnen und Versicherten geführt. Dieser Weg der Belastungen wird auch mit dem GKV-WSG beschritten.

Mit dem GKV-WSG werden sehr weit reichende Umstrukturierungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Aus der heutigen Perspektive ist nur teilweise abzusehen, welche Auswirkungen diese Regelungen im Einzelnen haben werden. Berücksichtigt man den Zeitrahmen von einigen wenigen Wochen, in dem die Verhandlungen der Koalition, die Ausformulierung eines Gesetzentwurfs, Nachverhandlungen der Koalitionsarbeitsgruppe sowie Verbändeanhörung im Bundesministerium für Gesundheit erfolgten, so muss davon ausgegangen werden, dass viele Neuerungen letztlich noch nicht in ihrer vollen Konsequenz durchdacht sein können.

Diesbezüglich möchten wir nur exemplarisch hinweisen auf die Versuche, Schwierigkeiten zu begegnen, die durch die Regelung der Zusatzprämie entstehen. Um den Verwaltungsaufwand der Kassen zu minimieren, sollen bis zu 8,- Euro pauschal erhoben werden. Dies kollidiert nun mit der 1%-Regelung bei Personen mit Einkommen bis zu 800,- Euro. Ein weiteres Problem ist die Frage nach der Tragung des Zusatzbeitrags bei Personen mit Einkommen, die lediglich das Existenzminimum sichern. Zum Teil sollen sie ein Sonderkündigungsrecht erhalten, zum Teil soll das Problem dadurch gelöst werden, dass der Sozialhilfeträger einspringt. Auf die Schnelle wurden Ausnahmeregelungen von Neuregelungen verhandelt ohne die Folgen, die sich aus den neu formulierten Ausnahmen ergeben werden, zu bedenken.

Der SoVD sieht in dem vorliegenden Gesetzentwurf *einige wenige positive Ansätze*, er sieht aber vorrangig *zusätzliche Belastungen für (chronisch) kranke Menschen* sowie große *Gefahren für die Gesetzliche Krankenversicherung*. Dringend erforderliche Problemlösungen sind nicht ersichtlich: Weder die unter Solidaritätsgesichtspunkten erforderliche Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung, noch die verlässliche Steuerfinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ist mit der Reform angegangen worden. Die bereits ausgehöhlte paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Versicherte wird weiter zu Ungunsten der Versicherten verschoben. Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitete Trend zur Privatisierung von Gesundheitsrisiken wird fortgesetzt. Der Gesetzgeber hat sich bzgl. des Leistungsanspruchs abgewendet vom Finalitätsprinzip hin zum Verschuldensprinzip.

Unser Fazit ist: Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen schwächen die bewährten Elemente der Gesetzlichen Krankenversicherung wie Solidarität, Sachleistungsprinzip und paritätische Finanzierung nachhaltig.

II. Zu den Regelungen

Im Einzelnen nimmt der SoVD wie folgt zum Gesetzentwurf Stellung:

1. Gesundheitsfonds

1.1. Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber

Nach den Neuregelungen soll der Fonds die Gesundheitskosten zunächst zu 100 % abdecken. Für die weitere Zukunft ist geregelt, dass der Beitragssatz erst dann erhöht werden soll, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserven für den Gesundheitsfonds nicht zu mindestens 95 % decken. Dies bedeutet *eine strukturelle Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds*. Die fehlenden 5 % müssen über den Zusatzbeitrag, d.h. allein von den Versicherten finan-

ziert werden. Bei einem Ausgabenvolumen von ca. 144 Mrd. Euro (Stand 2005) beläuft sich der Anteil, der von den Versicherten allein getragen wird, auf 7,2 Mrd. Euro.

1.2. Folgen für die Versicherten

Reicht die Zuweisung, die die einzelne gesetzliche Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht aus, um die Ausgaben zu decken, muss sie von ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag verlangen. Der Zusatzbeitrag stellt nach Ansicht des SoVD nichts anderes als die von der CDU im Wahlkampf geforderte Kopfprämie dar. Insbesondere junge (und damit oftmals auch kostengünstige) Versicherte könnten dies zum Anlass nehmen, in eine Krankenkasse zu wechseln, die keinen oder nur einen geringen zusätzlichen Beitrag erhebt. Damit beginnt *ein Wettbewerb der Krankenkassen um junge und gesunde Mitglieder* in dem Ziel, den zusätzlichen Beitrag zu vermeiden. Denn die Kasse, die möglichst niedrige Ausgaben aufgrund einer „guten“ Versichertenstruktur hat, muss nur einen niedrigen oder keinen Zusatzbeitrag erheben. Da die Einnahmen sinken, die Ausgaben steigen und die Gesetzlichen Krankenkassen durch den Fonds unterfinanziert sind, wird es in einigen Jahren wohl kaum noch eine Krankenkasse geben, die keinen zusätzlichen Beitrag erheben muss.

Bei gesetzlich festgelegtem Leistungskatalog und fest geschnürtem finanziellen Korsett (95%ige Deckung der Kosten durch den Fonds) ist abzusehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch nicht in der Lage sein werden, miteinander um die besten Versorgungskonzepte und Satzungsleistungen zu konkurrieren. Es ist zu befürchten, dass sich die Kassen innovative Versorgungsformen, Ermessensleistungen wie präventive und rehabilitative Angebote für ihre Versicherten künftig nicht mehr leisten können werden. Dies bedeutet erhebliche *Einschnitte bei Reha-Sport, Haushaltshilfen und häuslicher Krankenpflege, Förderung von Selbsthilfegruppen, Zuschüssen zu stationären Hospizen, Gebärdensprachdolmetschern sowie im gesamten Service.*

Da die Kassen ihre Ausgaben für diese so genannten freiwilligen Leistungen sehr genau überdenken werden, wird sich die Versorgung für Patientinnen und Patienten verschlechtern. Gerade chronisch kranke und behinderte Menschen, die auf rehabilitative Maßnahmen angewiesen sind, werden damit benachteiligt werden. Es ist zu befürchten, dass sich der finanzielle Druck, unter dem die Kassen stehen, auch bei der Bewilligungspraxis bzgl. anderer Leistungen bemerkbar machen wird.

Darüber hinaus bedeutet das Finanzierungsmodell für die Versicherten, dass sie *neben anteiligem allgemeinem Beitragssatz, zusätzlichem Beitrag (0,9 %) und Zuzahlungen sowie Eigenleistungen (z.B. Brillen, rezeptfreie Arzneimittel*

tel, etc.) noch eine zusätzliche Pauschale zu entrichten haben. Die Höhe der Pauschale ist auf 1 % des Bruttoeinkommens begrenzt. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie sollen die Kassen bis zu 8,- Euro monatlich ohne Einkommensprüfung erheben dürfen. Das stellt eine besondere Härte für Geringverdiener dar. Darüber hinaus ist die vorgesehene Regelung ausgesprochen kompliziert und führt in der Praxis zu paradoxen Auswirkungen. Denn für Versicherte mit niedrigem Einkommen wird es günstiger sein, Mitglied in einer Krankenkasse zu sein, in der ein zusätzlicher Beitrag über 8,- Euro erhoben wird. Erst dann gilt die 1%-Regelung, so dass Versicherte mit einem Einkommen unter 800,- Euro monatlich weniger als 8,- Euro Zusatzbeitrag zahlen müssen.

Noch nicht vollständig geklärt ist die Erhebung der Pauschale bei Personen, die staatliche Leistungen zur Existenzsicherung erhalten. Teilweise soll dies über ein Sonderkündigungsrecht oder die Erstattung durch den Sozialhilfeträger gelöst werden. Das verfassungsrechtlich verbrieft Existenzminimum der Versicherten darf jedenfalls nicht angetastet werden. Bezieher von Arbeitslosengeld II zum Kassen-Wechsel aufzufordern, ist unserer Ansicht nach keine Lösung. Denn *auf Dauer wird es keine Kasse ohne Zusatzbeitrag geben.*

Durch die Einführung des zusätzlichen Beitrags wird das Finanzierungsrisiko der gesetzlichen Krankenkassen allein auf die Versicherten verlagert. Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen bei sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen – u. a. bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit – ist davon auszugehen, dass die Begrenzung auf 1 % des Bruttoeinkommens auf Dauer nicht haltbar ist.

Im Unterschied zu den stark belasteten Versicherten zahlen die Arbeitgeber lediglich die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Sie sind von steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen künftig nicht mehr betroffen. Damit werden sie aus ihrer Verantwortung für die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung entlassen.

1.3. Steuerzuschuss

Völlig unverständlich ist es, zunächst den *Zuschuss des Bundes aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro zu streichen*, um nunmehr einen weit aus geringeren Zuschuss in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Wir fordern, es mindestens bei dem Bundeszuschuss aus der Tabaksteuer zu belassen, der erst im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt und von der großen Koalition im Zuge der Haushaltssanierung gestrichen wurde.

Die erhöhte *Mehrwertsteuer* wird die Gesetzliche Krankenversicherung durch höhere Arzneimittelausgaben jährlich mit 750 Mio. Euro zusätzlich belasten.

Effektiv bedeutet dies eine weitere *Kürzung des bereits gekürzten Bundeszuschusses*.

Die Höhe des Steuerzuschusses muss nach objektiven Kriterien festgelegt werden und eine verlässliche Finanzierung aller, der Gesetzlichen Krankversicherung auferlegten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gewährleisten. Hierzu gehört unter anderem, dass die Beiträge zur Krankenversicherung für Leistungsberechtigte nach dem SGB II in vollem Umfang (statt wie im Moment nur zu 80 %) aus dem Bundeshaushalt in die Gesetzliche Krankenversicherung eingezahlt werden.

1.4. Finanzausgleich zwischen den Kassen

Die einzelnen Krankenkassen sollen künftig pro Versichertem eine einheitliche Zuweisung aus dem Fonds erhalten. Gleiche finanzielle Mittel an die Gesetzlichen Krankenkassen fordern gleiche Bedingungen in der Versichertenstruktur. Ansonsten kann das Konstrukt des Gesundheitsfonds mit der einheitlichen Zuweisung nicht funktionieren.

Da die Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen völlig unterschiedlich sind, muss ein geeigneter Weg gefunden werden, um die ungleichen Kostenrisiken auszugleichen. Dafür ist es unerlässlich, *dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich entwickelt wird, der die finanziellen Belastungen und Krankheitsrisiken vollständig abbildet.*

Der Ausgleich, der im Rahmen des GKV-WSG geregelt wird, ist leider unzureichend. Es werden verschiedene Elemente, die ganz wesentlich sind, nicht berücksichtigt: Oftmals entstehen hohe Krankheitsrisiken aufgrund von Multimorbidität. Diese sind schwer zu berechnen, müssen aber in den RSA mit einbezogen werden, da es ansonsten zu *schweren Wettbewerbsverzerrungen* zwischen den einzelnen Krankenkassen kommen wird.

Auch die Krankheiten, die im RSA mit aufgenommen wurden, bilden längst nicht alle relevanten und kostenintensiven Krankheitsbilder ab.

Diesbezüglich weisen wir auf das von uns und der Volkssolidarität in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. Jacobs (vorgestellt in der Bundespressekonferenz am 17. Oktober 2006) hin, das wir dieser Stellungnahme beifügen. Darin wird nachgewiesen, warum die jetzt vorgesehene Regelung des Risikostrukturausgleichs unzureichend ist.

Ein weiteres Defizit am Risikostrukturausgleich ist, dass diejenigen, die derzeit privat versichert sind, sich in keiner Weise am Ausgleich zwischen unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken beteiligen. Auch vor diesem Hinter-

grund ist die Ausgleichsregelung unvollständig. Die Private Krankenversicherung muss daher in den Risikostrukturausgleich voll einbezogen werden.

1.5. Beitragsfestsetzung

Künftig soll die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung festgelegt werden. Dies ist abzulehnen:

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 zum Ziel gesetzt, die so genannten Lohnnebenkosten zu senken. Auch in der Regierungserklärung vom 30. November 2005 hat Bundeskanzlerin Angela Merkel deutlich gemacht, dass die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 % gehalten werden sollen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die jeweilige Bundesregierung nicht bereit sein wird, die Beitragssätze anzuheben, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihre Ausgaben mit den ihnen zugewiesenen Beiträgen nicht decken können. Künftige Kostensteigerungen bzw. Beitragsausfälle werden über den Zusatzbeitrag kompensiert werden müssen.

2. Zuzahlungen / Eigenbeteiligungen / Verschuldensprinzip

Die jetzige Regelung, dass für schwerwiegend chronisch kranke Menschen für Zuzahlungen eine Belastungsobergrenze von 1 % statt 2 % gilt, soll verschärft werden. Künftig wird die *1 %-Regelung* daran gekoppelt, ob die Betroffenen bestimmte *Vorsorgeuntersuchungen* in Anspruch nehmen bzw. ob sie sich „*therapiegerecht*“ verhalten. Dies muss durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Abgesehen von dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand ist diese Regelung schon aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen:

Früherkennungsuntersuchungen bringen nicht nur positive Effekte mit sich. Fehl- und Falschdiagnosen, insbesondere im gynäkologischen Bereich, sind keine Seltenheit. Einige Untersuchungen sind mit Nebenwirkungen und Risiken (Strahlenbelastung bei Mammographie) behaftet. Patienten und Patientinnen müssen freiwillig über die Wahrnehmung dieser Untersuchungen entscheiden dürfen.

Es wird verkannt, dass *viele Gesundheitseinrichtungen wegen fehlender Barrierefreiheit für behinderte Menschen nicht zugänglich* sind. So sind nicht zugängliche gynäkologische Praxen als auch die Untersuchungsstühle für mobilitätseingeschränkte Frauen, vor allem für Frauen im Rollstuhl, ein großes Problem.

Wir anerkennen zwar die proklamierte Absicht, gesundheitliche Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten zu stärken, befürchten aber stark, dass

mit der vorgesehenen Sanktion dieses Ziel nicht erreicht wird. Insbesondere die einkommens- und bildungsarmen Bevölkerungsgruppen, bei denen die größten gesundheitlichen Risiken bestehen, werden durch diese Maßnahme belastet. Mittels Sanktionen kann die Kompetenz dieser Personengruppe, sich gesundheitsgerecht zu verhalten, nicht gestärkt werden. Die mit der Regelung einhergehende Bestrafung von Patienten lehnen wir als kontraproduktiv ab. Stattdessen muss die gesundheitliche Vorsorge mit umfassenden Informationen und durch gezielte Ansprache von Risikogruppen gestärkt werden.

Wir halten die Neuregelung der Überforderungsklausel für eine verdeckte Erhöhung der Zuzahlungen, mittels derer die soziale Ungleichheit zwischen den einzelnen Schichten vergrößert wird.

Darüber hinaus wird mit der Einschränkung der Chronikerregelung das dem SGB V fremde und systemwidrige *Verschuldensprinzip* eingeführt. Dies soll auch gelten für die Behandlung von Krankheiten, die durch eine „medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z.B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder Piercing“ entstanden sind. Hier sollen die Versicherten künftig einen Teil der Behandlungskosten übernehmen. Der damit eingeführte Paradigmenwechsel wird den Weg bereiten für weitere Leistungsausgrenzungen. Als Stichworte seien an dieser Stelle nur Übergewicht, gefährliche Sportarten, Rauchen etc. als gesundheitsschädliche Faktoren genannt.

3. Arzneimittelversorgung

Mit verschiedenen Maßnahmen sollen die stetig steigenden Kosten im Arzneimittelsektor eingedämmt werden.

3.1. Kosten-Nutzen-Bewertung

Als grundsätzlich positiv stellt sich für den SoVD die geplante Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar. Im Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen soll das IQWiG eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel vornehmen. Da zahlreiche Arzneimittel ohne einen zusätzlichen Nutzen oder nur mit geringem Zusatznutzen gegenüber herkömmlichen Medikamenten zu Höchstpreisen auf den Markt gebracht werden, könnte dadurch erhebliches Einsparpotential erschlossen werden. Berücksichtigt werden muss in diesem Zusammenhang jedoch, dass der Wert des Zusatznutzens von Medikamenten (beispielsweise geringere Nebenwirkungen) nicht objektiv wissenschaftlich messbar ist. Die Kosten-Nutzen-Bewertung stellt immer eine subjektive Wertentscheidung dar. Problematisch ist vor diesem Hintergrund, dass die Ent-

scheidung wohl aus der Perspektive eines gesunden Menschen getroffen werden wird. Aus der Sicht eines kranken Menschen stellt sich der Wert des Zusatznutzens jedoch immer anders dar. *Daher sind die Organisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen bei der Bewertung unbedingt mit einzubeziehen.*

3.2. Zweitmeinung

So genannte besondere Arzneimittel sollen künftig nur in Abstimmung mit einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ verordnet werden dürfen. Zu begrüßen ist die damit verbundene Absicht, die Arzneimitteltherapie sicherer und kostengünstiger zu gestalten. Zu beachten ist aber, dass dies für die betroffenen Patientinnen und Patienten durchaus zu erheblichen Mehrbelastungen führen kann. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung wird dieses Verfahren zum Teil schon praktiziert. Die Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten damit gemacht haben, sind oftmals negativ: So müssen sie häufig erhebliche *Zeitverzögerungen bei der Versorgung sowie einen Mehraufwand durch die Konsultierung verschiedener Ärzte*, die evtl. noch in verschiedenen Städten praktizieren, in Kauf nehmen.

Ungeklärt ist darüber hinaus, wie das Verfahren ablaufen soll, wenn die Zweitmeinung von Erstmeinung abweicht. Ist dann ein weiterer Arzt zu konsultieren, um eine Drittmeinung einzuholen? Der SoVD bezweifelt die Patientensorientiertheit und Praxistauglichkeit dieser Regelung.

3.3. Vorschlag des SoVD

Mit den bisherigen Reglementierungen im Bereich der Arzneimittelversorgung hat man die Kosten nicht minimieren können. Im Gegenteil: Allein im Jahr 2005 sind die Arzneimittelausgaben drastisch gestiegen, nämlich um 16,8 % gegenüber dem Vorjahr.

Der SoVD fordert vor diesem Hintergrund folgende Maßnahmen:

Es sollte eine *Positivliste* eingeführt werden, in der sämtliche Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können, aufgeführt sind. In vielen anderen (europäischen) Ländern gibt es sehr gute Erfahrungen mit einer solchen Liste: Die Ausgaben für Arzneimittel wurden damit stark eingedämmt ohne dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten dadurch verschlechtert wurde.

Um zusätzliche Transparenz bei der Arzneimittelversorgung zu schaffen, müssen *alle Studienergebnisse* veröffentlicht werden; Medikamente, die ohne klinische Studien auf dem Markt sind, müssen entsprechend gekennzeichnet werden.

Die Erhebung der vollen Mehrwertsteuer auf Arzneimittel stellt eine Zuschussung des Bundeshaushaltes zu Lasten der Solidargemeinschaft dar. Der SoVD plädiert daher für die *Halbierung des Mehrwertsteuersatzes*. Allein mit dieser Maßnahme könnte die Gesetzliche Krankenversicherung um 2,35 Mrd. Euro pro Jahr entlastet werden.

4. Hilfsmittelversorgung

Eine qualitativ hochwertige, am individuellen Bedarf orientierte Versorgung mit Hilfsmitteln ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Einschränkungen am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Umso bedauerlicher ist es, dass die *Probleme in der Hilfsmittelversorgung mit der vorgesehenen Neuerung nicht angegangen, ja sogar noch verschärft werden*. Die derzeitigen Schwierigkeiten entstehen im Bereich der Hilfsmittelversorgung aufgrund struktureller Defizite: Die Qualität der Hilfsmittel selbst ist häufig uneinheitlich, zudem fehlt es häufig an fachgerechter Anleitung und Beratung bei der Wahl sowie beim Gebrauch des Hilfsmittels. Individuelle Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen werden oftmals nicht berücksichtigt.

Wir fordern daher, dass ortsnah herstellerunabhängige Beratungsstellen, die im besten Fall von Betroffenen selbst betrieben werden, implementiert werden. Dort könnten Patientinnen und Patienten ausführliche Beratung, Unterstützung und Anleitung bei Wahl und Gebrauch des benötigten Hilfsmittels erhalten.

Lösungsansätze für die bestehenden Probleme sind leider nicht im Gesetzentwurf zu erkennen. Wir befürchten sogar noch eine Verschärfung. Äußerst kritisch sehen wir die vorgesehene Regelung, dass die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln durch die Krankenkassen künftig nur im *Ausschreibungsverfahren* erfolgen soll. Diese Maßnahme ist rein fiskalischer Natur und läuft den Interessen der behinderten Menschen zuwider: Werden die Hilfsmittel ausgeschrieben, wird künftig nur noch nach Preis entschieden. Ob das einzelne Hilfsmittel dem individuellen Bedarf des Betroffenen entspricht, wird dann keine Rolle mehr spielen.

Die Krankenkasse bestimmt den Leistungserbringer. Die Einflussmöglichkeiten des Patienten / der Patientin auf die Auswahl des Leistungserbringers und die Art der Leistung werden stark eingeschränkt sein. Wir befürchten, dass das gesetzlich garantierte Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen nur noch Makulatur sein wird.

Auch die *Einführung des Festbetragssystems* im Hilfsmittelbereich halten wir für sehr problematisch. Hat der Patient / die Patientin einen Bedarf, der nicht durch den Festbetrag abgedeckt ist, so werden die Kosten nicht mehr zu 100 Prozent von den Krankenkassen übernommen. Mehrkosten müssen die Patienten tragen.

5. Selbstbehalte und Wahltarife / Kostenerstattung

Die Einführung dieser Elemente aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung widerspricht dem Prinzip der Solidarität der Versicherten untereinander. Gesunde erhalten einen Bonus, wenn sie Leistungen ihrer Krankenkasse nicht in Anspruch nehmen. *Selbstbehalte und Wahltarife laufen dem System der gegenseitigen solidarischen Absicherung zuwider und sind daher im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung abzulehnen.*

Das gleiche gilt für die Kostenerstattung. Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dieses Element teilweise eingeführt. Die Erfahrungen, die die Versicherten damit gemacht haben, sind sehr negativ: Leistungserbringer haben zum Teil ihre Patientinnen und Patienten dazu animiert, die Kostenerstattung zu wählen, um anschließend mit einem höheren Faktor abrechnen zu können. Für die Versicherten selbst bringt das Prinzip der Kostenerstattung keine Vorteile.

6. Versicherungspflicht für alle

Zu begrüßen ist, dass grundsätzlich niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein soll. Der SoVD befürchtet jedoch, dass dies in der Praxis zu erheblichen Mehraufwendungen vorrangig bei der Gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Daher fordert der SoVD insoweit einen *Finanzausgleich durch Steuermittel*.

7. Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung

Die große Koalition hat ihre Chance verpasst, die Private Krankenversicherung in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Der für die Private Krankenversicherung vorgesehene Basistarif sowie der Kontrahierungszwang stellen unserer Ansicht nach einen kleinen Schritt in die richtige Richtung dar. Profitieren werden von diesen Regelungen nur wenige Menschen.

Ein Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung ist nicht vorgesehen. Denn der Wechsel zwischen den Systemen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung ist für den Großteil der Versicherten überhaupt nicht möglich.

Der SoVD fordert die Heranziehung aller, insbesondere auch der Besserverdienenden, bei der solidarischen Finanzierung der Gesundheitskosten der Bevölkerung. *Daher muss die Private Krankenversicherung voll in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden.*

8. Positive Elemente des Gesetzentwurfs

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Gewährung von geriatrischer Rehabilitation, ambulanter Palliativmedizin sowie Mutter-Vater-Kind-Kuren, die bisher im Ermessen der Krankenkassen lagen, nun als Pflichtleistung ausgestaltet werden sollen. Diese drei Bereiche nehmen derzeit keinen großen Stellenwert im Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ein, haben aber für Patienten und Patientinnen große Bedeutung.

8.1. Palliativversorgung

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen erfordert ein Zusammenarbeiten aller beteiligten Berufsgruppen, um dem Bedürfnis des Betroffenen ganzheitlich nachkommen zu können. Nicht nur die medizinische, auch die pflegerische, soziale und eventuell spirituelle Betreuung müssen miteinander verzahnt werden. Dies sollte gemeinsam mit den bewährten Trägern von Palliativmedizin und Hospizarbeit durchgeführt werden, um eventuelle Doppelstrukturen zu vermeiden.

8.2. Rehabilitation

Rehabilitation ist ein geeignetes Mittel, ältere Menschen vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren, bzw. die Pflegebedürftigkeit zu mindern oder zeitlich hinauszuschieben. Die Lebensqualität von älteren Menschen wird wesentlich zunehmen, wenn geriatrische Rehabilitation auch ausgebaut wird.

Angesichts der großen Bedeutung von Rehabilitation für ein selbst bestimmtes Leben plädiert der SoVD dafür, *die gesamte medizinische Rehabilitation als verpflichtende Leistung der gesetzlichen Krankenkassen festzuschreiben.* Es ist nicht einsichtig, warum Leistungen der Rehabilitation nur einem bestimmten Personenkreis verpflichtend zukommen sollen. Daher regen wir an, die Ermessensleistung in § 40 SGB V in eine Pflichtleistung umzuwandeln.

Dass die *ambulante mobile Rehabilitation* als Leistung im SGB V verankert wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Für in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten und Patientinnen wird dies erhebliche Verbesserungen mit sich bringen.

8.3. Öffnung der Krankenhäuser

Wir begrüßen die Absicht, dass sich Krankenhäuser für die ambulante Erbringung bestimmter hoch spezialisierter medizinischer Leistungen öffnen.

Dies ermöglicht für die in der Regelung genannten schwer erkrankten Patienten und Patientinnen eine qualitativ hochwertige Versorgung in den spezialisierten Krankenhäusern. Gesichert sein muss jedoch eine verlässliche Finanzierung, die die Krankenkassen bzw. die Versicherungsgemeinschaft nicht zusätzlich belastet. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich, dass die vorgesehenen Leistungen nicht stationäre Leistungen, sondern ambulante (vertrags-)fachärztliche Leistungen ersetzen.

8.4. integrierte Versorgung

Zu begrüßen ist, dass die integrierte Versorgung weiter gefördert und die Pflegeversicherung mit einbezogen werden soll. Insbesondere schwer erkrankte Patienten und Patientinnen mit komplexem Unterstützungsbedarf werden davon profitieren. Der SoVD regt an, dass auch psychosoziale Dienste und Einrichtungen (z.B. kommunale Beratungsstellen) mit einbezogen werden. Auch die Sozialdienste im Krankenhaus sollten unbedingt gestärkt werden. Denn sie tragen im Rahmen eines Entlassungsmanagements wesentlich dazu bei, dass die verschiedenen Leistungserbringer zum Wohle des Patienten / der Patientin besser miteinander kooperieren.

8.5. häusliche Krankenpflege

Wir anerkennen, dass mit der Neuregelung der häuslichen Krankenpflege der Haushaltsbegriff sowohl für einige besondere Bedarfslagen (z.B. Wachkoma-Patienten) erweitert als auch der gesellschaftlichen Entwicklung im Hinblick auf die Entstehung von Wohngemeinschaften und anderen alternativen Wohnformen Rechnung getragen werden soll. Im Hinblick auf die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts halten wir die Erweiterung des Haushaltsbegriffs auch für erforderlich.

Da bereits heute schon Hinweise auf eine äußerst restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Hinblick auf Kuren und andere Rehabilitationsleistungen bestehen, befürchten wir, dass all diese positiven Regelungen bei Realisierung des (strukturell unterfinanzierten) Gesundheitsfonds nicht umgesetzt werden.

III. Schlussbemerkung

Der SoVD setzt sich für Reformen im Gesundheitswesen ein, die eine bedarfsrechte, leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung auf der Basis einer solidarischen Finanzierung gewährleisten. Im Positionspapier „Die Bürgerversicherung“ hat der SoVD die wesentlichen Eckpunkte hierzu formuliert. Den darin genannten Anforderungen wird der Gesetzentwurf nicht gerecht. Er enthält nur vereinzelt Regelungen, die zu einer besseren Gesundheitsversorgung und einem effizien-

teren Mitteleinsatz führen können. Regelungen, die eine stabile Finanzierung des Gesundheitswesens sichern, die auf Strukturen aufbaut, mit denen eine Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Produktivität der Versorgung gewährleistet wird, sind nicht erkennbar. Wir regen an, die Vorhaben im Interesse der Versicherten, Patienten und Patientinnen nochmals zu überdenken.

Berlin, den 30. Oktober 2006

Der Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Anlage

Expertise von Herrn Dr. Klaus Jacobs

„Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV“

Abschätzung der Auswirkungen
der Gesundheitsreform der Großen Koalition
und Empfehlungen im Interesse von
Versicherten und Patienten der GKV

Expertise

erstellt von Dr. Klaus Jacobs

**Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn
für die Volkssolidarität Bundesverband
und den Sozialverband Deutschland (SoVD)**

Oktober 2006

Inhalt:

Hintergrund und Gegenstand der Expertise	2
Zur Funktionsweise des Gesundheitsfonds als Kernstück der Reform.....	3
Finanzausstattung und Beitragssatz des Gesundheitsfonds im Startjahr 2009.....	5
Zur Verteilung der Fondsmittel auf die einzelnen Krankenkassen	7
Zur Notwendigkeit des Zusatzbeitrags beim Start des Gesundheitsfonds.....	10
Zur weiteren Entwicklung des Zusatzbeitrags	13
Die „Überforderungsfalle“ des Zusatzbeitrags	15
Zu weiteren Reformmaßnahmen.....	17
Reformempfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV	17

Hintergrund und Gegenstand der Expertise

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung „Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit“ vom 11. November 2005 heißt es, die Koalition sehe „eine ihrer großen Herausforderungen darin, die dauerhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems durch stabile Finanzstrukturen zu sichern.“ Erforderlich sei ein „Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demographiefestes Gesundheitswesen“ sichere.

Ein gutes halbes Jahr später, im Juli 2006, einigte sich die Große Koalition auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“, in denen vom Reformziel einer stabilen und nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch kaum noch die Rede ist. Vielmehr sollen die Beiträge zur GKV auch in Zukunft vom selben Personenkreis wie heute auf einer unveränderten Beitragsbemessungsbasis entrichtet werden, und der Bundeszuschuss aus allgemeinen Steuermitteln wird im Vergleich zu heute (2006: 4,2 Milliarden Euro) zunächst einmal verringert (2007 um 2,7 Milliarden Euro) und nicht etwa ausgebaut. Gleichwohl haben die Regierungsparteien beschlossen, das bestehende Finanzierungsmodell der GKV durch die Einführung eines so genannten Gesundheitsfonds sowie ergänzender kassenspezifischer Zusatzbeiträge grundlegend neu zu ordnen. Begründet wird dies nunmehr vor allem damit, dass so mehr Transparenz und Wettbewerb geschaffen werde, wodurch die Voraussetzungen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung verbessert würden. Außer der Errichtung des zentralen Gesundheitsfonds wurde zudem eine Reihe von weiteren Reformen der Leistungs- und Organisationsstrukturen der GKV sowie zur privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbart.

Wie anhaltende öffentliche Kontroversen nach Verabschiedung der „Eckpunkte“ zeigten, bestanden jedoch auch weiterhin gravierende Meinungsunterschiede in und zwischen den Koalitionsparteien im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung zentraler

Stellschrauben des neuen Finanzierungskonzepts – insbesondere hinsichtlich des Verteilungsschlüssels der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds auf die einzelnen Krankenkassen (Risikostrukturausgleich) sowie in Bezug auf die individuelle Überforderungsklausel beim kassenspezifischen Zusatzbeitrag. Um die entsprechenden Divergenzen auszuräumen, einigten sich die Spitzen der Koalitionsparteien Anfang Oktober 2006 auf ein weiteres Konsenspapier mit dem Titel „Zentrale Inhalte der Gesundheitsreform 2006“.

Auf dieser Grundlage wurde am 12. Oktober 2006 ein Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ vorgelegt, der insgesamt 542 Seiten umfasst (225 Seiten Gesetzesänderungen plus Begründungen). Kaum jemand dürfte in der Lage sein, die Vielzahl der darin vorgesehenen Reformmaßnahmen auch nur einigermaßen vollständig zu überblicken – von einer auch nur halbwegs gesicherten Beurteilung der voraussichtlichen Wirkungen und Wechselwirkungen der Maßnahmen ganz zu schweigen.

Dennoch wird im Rahmen dieser Expertise der Versuch unternommen, plausible Einschätzungen der wesentlichen Wirkungen der geplanten Reformmaßnahmen zu treffen, wobei das Hauptaugenmerk auf die Sicht der Versicherten und Patienten gelegt wird. Dabei muss zwischen direkten und indirekten Wirkungen unterschieden werden: Direkte Auswirkungen ergeben sich insbesondere durch veränderte Finanzbelastungen der Versicherten, während indirekte Wirkungen vor allem daraus resultieren, wie sich die Krankenkassen in Zukunft unter den veränderten Wettbewerbsbedingungen des neuen Finanzierungskonzepts verhalten werden. Dies gilt sowohl für das Verhalten gegenüber ihren Versicherten (etwa bei der Leistungsgewährung) als auch für das Verhalten im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern – beides betrifft die Gesundheitsversorgung von kranken Versicherten (Patienten), zu denen naturgemäß in besonders hohem Ausmaß Ältere, chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung zählen.

Entsprechend der Einschätzung, dass die geplanten Regelungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds zu den weitaus gravierendsten Veränderungen für Versicherte und Patienten führen werden, stehen diese Regelungen im Mittelpunkt der weiteren Ausführungen.

Zur Funktionsweise des Gesundheitsfonds als Kernstück der Reform

Kernstück der Gesundheitsreform der Großen Koalition ist ein zentraler Gesundheitsfonds, in den von 2009 an der Großteil der Beitragszahlungen aller GKV-Mitglieder sowie allgemeine Steuermittel zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben fließen sollen (siehe das Schaubild des Bundesgesundheitsministeriums auf der folgenden Seite). Das Konzept sieht vor, dass für alle Beitragszahler – unabhängig von ihrer individuellen Kassenzugehörigkeit – ein bundeseinheitlicher Beitragssatz gilt, der per Rechtsverordnung festgelegt wird. Dies betrifft sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgeber (beziehungsweise die gesetzliche Rentenversicherung); dabei soll die bereits 2004 durch das GKV-Modernisierungsgesetz erfolgte Abkehr von der paritätischen Beitragsfinanzierung fortbestehen. Damals war zur Beitragsentlastung der Arbeitgeber ein eigenständiger „Sonderbeitrag“ der Versicherten in Höhe von 0,9 Prozent auf die beitragspflichtigen Einkommen eingeführt worden, der auch in Zukunft den Abstand zwischen dem Versicherten- und dem Arbeitgeberbeitragssatz markieren soll.

Neben Beitragsmitteln soll der Gesundheitsfonds auch durch einen Bundeszuschuss aus allgemeinen Steuermitteln gespeist werden. In den „Eckpunkten“ der Großen Koalition wird dies vollmundig als „Einstieg in eine teilweise Finanzierung von

gesamtgesellschaftlichen Aufgaben (insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern)“ bezeichnet, wodurch „die GKV auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt“ werde. Dabei sind zu diesem Zweck für das Jahr 2008 gerade einmal 1,5 Milliarden Euro und für 2009, das geplante Startjahr des Gesundheitsfonds, 3,0 Milliarden Euro vorgesehen. Das ist deutlich weniger als die 4,2 Milliarden Euro, die gegenwärtig aus allgemeinen Steuermitteln an die GKV gezahlt werden, um einen sachgerechten Finanzierungsbeitrag der Öffentlichen Hand dafür zu leisten, dass die Krankenkassen ihren Versicherten Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft gewähren, die nichts mit den eigentlichen Aufgaben der GKV im Zusammenhang mit Krankheit zu tun haben.

Skizze: siehe PDF-Datei

(Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit)

Die durch Beitragszahlungen und Steuerzuschuss eingenommenen Mittel des Gesundheitsfonds sollen 2009, bei Einführung des Fonds, alle Ausgaben der GKV decken und auch auf längere Sicht immer mindestens 95 Prozent. Die Fondsmittel werden nach einem bestimmten Schlüssel an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Diese Aufgabe soll das Bundesversicherungsamt wahrnehmen, das schon heute für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Kassen verantwortlich ist. Dabei sollen alle Krankenkassen für jeden Versicherten einen einheitlichen Beitrag (Grundpauschale) erhalten sowie einen alters- und risikoabhängigen Zuschlag. Damit es durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht zu unverhältnismäßigen regionalen Belastungssprüngen kommt, soll es ferner eine Konvergenzphase geben, in der die jährlichen Belastungsveränderungen der Kassen einer Region gegenüber dem Status quo begrenzt werden.

Diejenigen Krankenkassen, bei denen die aus dem Gesundheitsfonds erhaltenen Finanzmittel nicht ausreichen, um ihre Ausgaben zu decken, müssen von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Dieser Zusatzbeitrag darf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds nicht überschreiten (Überforderungsklausel) – es sei denn, der Zusatzbeitrag wird pauschal (also als fixer Euro-Betrag) erhoben und beträgt höchstens 8 Euro pro Monat. In diesem Fall müssen alle Kassenmitglieder den Zusatzbeitrag in voller Höhe entrichten, auch wenn ihre beitragspflichtigen Einnahmen weniger als 800 Euro pro Monat betragen und der Zusatzbeitrag somit mehr als ein Prozent ihres Einkommens beträgt. Wenn Krankenkassen die aus dem Fonds erhaltenen Finanzmittel nicht in vollem Umfang zur Ausgabendeckung benötigen, können sie die Überschüsse an ihre Mitglieder ausschütten.

Die Darstellung der Funktionsweise des Gesundheitsfonds zeigt, dass die künftige Entwicklung – einerseits der Belastung der GKV-Mitglieder und andererseits des Wettbewerbsverhaltens der Kassen – entscheidend davon abhängt, über welches Finanzvolumen der Fonds insgesamt verfügt – in seinem geplanten Startjahr 2009 und in den Folgejahren, nach welchem Verteilungsschlüssel die Fondsmittel auf die einzelnen Krankenkassen verteilt werden und in welchem Umfang und in welcher Ausgestaltung einzelne Kassen Zusatzbeiträge von ihren Mitgliedern erheben müssen.

Zu diesen drei zentralen Fragen und ihren jeweiligen Wechselwirkungen werden im Folgenden vor allem qualitative Abschätzungen vorgenommen.

Finanzausstattung und Beitragssatz des Gesundheitsfonds im Startjahr 2009

Im Jahr 2009, zum geplanten Start des Gesundheitsfonds, soll dieser „mit ausreichenden Finanzmitteln“ ausgestattet sein – das heißt, der einheitliche Beitragssatz soll in einer Größenordnung festgesetzt werden, dass alle für 2009 zu erwartenden Ausgaben der GKV damit vollständig gedeckt werden (wobei der Gesundheitsfonds 2009 zusätzlich zu den Beitragszahlungen einen Bundeszuschuss in Höhe von drei Milliarden Euro erhalten soll). Naturgemäß ist es zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum möglich, eine gesicherte Abschätzung des erforderlichen Beitragssatzes vorzunehmen; alle Experten sind sich jedoch weitgehend einig, dass zur Deckung der Ausgaben im Jahr 2009 ein Beitragssatz von über 15 Prozent, aller Voraussicht nach sogar von rund 15,5 Prozent erforderlich sein wird (und zwar noch ohne den zusätzlich von den Versicherten zu zahlenden Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten). Das ist mehr als ein voller Beitragssatzpunkt über dem aktuellen durchschnittlichen Beitragssatz der GKV. Wie bei der Präsentation der „Eckpunkte“ von der Bundeskanzlerin höchstpersönlich angekündigt, muss bereits 2007 mit einer Anhebung des durchschnittlichen Beitragssatzes um rund 0,5 Prozentpunkte gerechnet werden – wobei es allerdings falsch war (und weiter ist), dies auf eine „Summe der Fehler aus vielen vergangenen Jahren“ (Angela Merkel in ihrer Videobotschaft vom 8. Juli) zurückzuführen, denn zum Großteil ist dieser bereits kurzfristig wirksame Beitragssatzanstieg unmittelbares Ergebnis von Entscheidungen der amtierenden Bundesregierung im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006: die Rückführung des erst 2004 eingeführten Bundeszuschusses zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft und Schwangerschaft sowie die Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent, die sich vor allem unmittelbar in höheren Arzneimittelausgaben der Krankenkassen niederschlagen wird.

Die Gründe für die negative Einschätzung zur weiteren Beitragssatzentwicklung liegen zum einen in der weiterhin ungünstigen Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder. Zur Erinnerung: Die zentrale Ursache für die anhaltenden Beitragssatzsteigerungen in der GKV im Verlauf der vergangenen 10 bis 15 Jahre liegt nach übereinstimmender Einschätzung aller Expertengremien – sei es der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“), die Kommission Soziale Sicherheit („Herzog-Kommission“) oder andere – in der Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, die einen immer kleineren Anteil am Volkseinkommen repräsentieren. Gleichzeitig fließt ein immer größerer Anteil der Wirtschaftskraft in solche Einkommen, die nur eingeschränkt oder gar nicht der GKV-Beitragspflicht unterliegen: Erwerbseinkommen aus geringfügiger Beschäftigung sowie jenseits der Beitragsbemessungsgrenze oder von Personen, die nicht in der GKV versichert sind. Hinzu kommen in wachsendem Umfang Nicht-Erwerbseinkommen wie Miet- und Zinseinkünfte, die bei der Beitragsbemessung „außen vor“ bleiben. Weil sich hieran im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform nicht das Geringste ändern soll, wird die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis der GKV unverändert anhalten und selbst bei einem moderaten Anstieg der Leistungsausgaben ständigen Druck auf die Beitragssatzentwicklung ausüben – hierin liegt der zentrale Grund für die von vielen Seiten geäußerte Kritik, dass die geplante Reform an den zentralen Problemen auf der Finanzierungsseite vollständig vorbei gehe.

Zum anderen hat die ungünstige Beitragssatzprognose aber auch ausgabenseitige Gründe. Die vorgesehenen Reformmaßnahmen werden kaum zu einer dauerhaften spürbaren Entlastung führen. Im Gegenteil: Auch wenn zum Beispiel die Konkretisierung

der künftigen Vergütungsregelungen der ambulanten ärztlichen Versorgung noch aussteht, müssen allein in diesem Leistungsbereich Ausgabenzuwächse in beitragsatzrelevanter Größenordnung befürchtet werden. Und auch in anderen Leistungsbereichen stehen die Ausgabenprognosen eher ungünstig, sobald die Wirkungen der vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen – etwa der „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser in Höhe von einem Prozent der Ausgaben für stationäre Leistungen oder das von den Apothekern mindestens zu erbringende Rabattvolumen von 500 Millionen Euro – verpufft sind. So sollen zum Beispiel in Zukunft einzelne Krankenhäuser nach entsprechender Autorisierung durch die Krankenhausplanungsinstanzen auf der Länderebene hochspezialisierte ambulante Leistungen erbringen und zu Lasten der Krankenkassen abrechnen können, was aller Voraussicht nach zu einem kaum kontrollierbaren Mengen- und damit Ausgabenzuwachse führen dürfte. Hinzu kommen weitere Ausgaben für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, für den vollständigen Abbau der noch bei etlichen Kassen bestehenden Verbindlichkeiten und für den Aufbau erforderlicher Liquiditätsreserven bei Gesundheitsfonds und Krankenkassen.

Im Gesamtergebnis bedeutet dies, dass sich die Beitragsbelastung der GKV-Mitglieder bis zur Einführung des Gesundheitsfonds gegenüber heute deutlich erhöhen wird. Wenn der Fonds im Startjahr 2009 tatsächlich alle Ausgaben der GKV decken soll, wird der Verordnungsgeber aller Voraussicht nach einen GKV-weiten Beitragsatz von deutlich über 15 Prozentpunkten festsetzen müssen.

Zur Verteilung der Fondsmittel auf die einzelnen Krankenkassen

Auch wenn die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds anfänglich tatsächlich so bemessen wird, dass sie zur Deckung der gesamten GKV-Ausgaben ausreicht, heißt dies keineswegs, dass auch bei allen Krankenkassen die ihnen aus dem Fonds zugewiesenen Mittel zur Ausgabendeckung reichen. Entgegen entsprechenden Behauptungen insbesondere von Seiten vieler politisch Verantwortlicher, kann damit keineswegs gerechnet werden. Warum ist das so? Gegenwärtig liegt die Beitragssatzspanne zwischen den beitragsatzgünstigsten und -ungünstigsten Krankenkassen bei über vier Prozentpunkten. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen, zu denen nicht zuletzt die Unvollständigkeit und mangelnde Zielgenauigkeit des bestehenden Ausgleichsmechanismus (Risikostrukturausgleich) zwischen den Krankenkassen zählen, wie schon ein 2001 im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von IGES/Cassel/Wasem erstelltes Gutachten deutlich aufgezeigt hat: Zum einen werden Finanzkraftunterschiede zwischen den Kassen zurzeit nur unvollständig – nämlich nur zu etwa 92 Prozent – ausgeglichen, so dass Kassen mit vergleichsweise vielen Gutverdienern unter ihren Mitgliedern einen unmittelbaren Beitragssatzvorteil, Kassen mit einer eher einkommensschwachen Klientel dagegen einen entsprechenden Beitragssatznachteil haben. Zum anderen erhalten Kassen mit besonders vielen kranken Versicherten, insbesondere vielen schwer und chronisch Kranken – und deshalb selbst bei massivsten Wirtschaftlichkeitsbemühungen unvermeidbar überdurchschnittlichen Leistungsausgaben – zu geringe „Standardausgaben“ zugerechnet, während Kassen mit überproportional vielen gesunden Versicherten im bestehenden Risikostrukturausgleich deutlich höhere Ausgaben „zugestanden“ bekommen, als sie für die Versorgung ihrer Versicherten jemals benötigen.

Beides soll sich in Zukunft ändern: Zum einen führt die Konstruktion des zentralen Gesundheitsfonds dazu, dass Finanzkraftunterschiede zwischen den Krankenkassen bei

der Verteilung der Fondsmittel vollständig ausgeglichen werden. Zum anderen sollen Unterschiede zwischen den Kassen bezüglich der Krankheitslast ihrer Versicherten künftig stärker berücksichtigt werden. Dies erfolgt jedoch nicht nach dem Ausgleichskonzept, das in einem Mitte 2004 von IGES/Lauterbach/Wasem vorgelegten Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgeschlagen wurde, sondern nach einem derzeit in seinen Details noch nicht eindeutig geklärten Verfahren, das in seiner Wirkung jedoch deutlich hinter einem hinreichend vollständigen Morbiditätsausgleich zurückzubleiben droht.

Auch wenn das Konzept, auf dessen Grundlage die Finanzmittel des Gesundheitsfonds ab 2009 an die einzelnen Kassen verteilt werden, derzeit nur in groben Umrissen erkennbar ist, lässt sich bereits jetzt mit einiger Gewissheit sagen: Die im Konsenspapier der Koalitionsparteien von Anfang Oktober 2006 aufgestellte Behauptung, dass „Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter (...) künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr (haben)“, wird in dieser Absolutheit ganz sicher nicht zutreffen.

Für diese Einschätzung sprechen vor allem zwei Gründe, die hier deshalb relativ ausführlich dargestellt werden sollen, weil sich aus der drohenden Unvollständigkeit der Morbiditätsorientierung bei der Verteilung der Fondsmittel auf die Kassen unmittelbare und weit reichende Konsequenzen für die Wettbewerbsposition der einzelnen Kassen und ihr künftiges Verhalten gegenüber kranken Versicherten – Stichwort: Risikoselektion – ergeben dürften.

Zum einen soll das Spektrum der künftig im Risikostrukturausgleich gesondert berücksichtigten Krankheiten auf „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegenden Verlauf“ (Formulierung im Referentenentwurf zum GKV-WSG) begrenzt sein. Eine derartige Zahl als Ergebnis eines politischen Verhandlungsprozesses ohne erkennbaren Bezug zu empirischen Ergebnissen wissenschaftlicher Analysen in einem Gesetz vorzugeben, bedeutet ein hohes Maß an Willkür, das im Hinblick auf eine möglichst funktionale Sachlösung von vornherein skeptisch stimmen muss. Man versuche einmal, sich vorzustellen, der Gesetzgeber würde den privaten Krankenversicherungen eine Vorgabe machen, für wie viele Krankheiten diese bei ihrer Prämienkalkulation Risikozuschläge erheben dürfen – vermutlich eine relativ absurde Vorstellung.

Dabei fangen die Unklarheiten – und entsprechend die möglichen Anknüpfungspunkte für weitere willkürliche Festlegungen bei der Konkretisierung und Umsetzung des beschlossenen Morbiditätskonzepts – schon bei der Definition dessen an, was überhaupt unter dem Begriff „Krankheit“ verstanden werden soll. Im Gesetzentwurf heißt es (in Artikel 30 zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, dass „die Krankheiten (...) eng abgegrenzt sein (sollen)“ – ein Indiz dafür, dass eher nur ein kleiner Ausschnitt aus dem gesamten Krankheitspanorama in Zukunft bei der Verteilung der Fondsmittel gesondert berücksichtigt werden soll? Im Gutachten von IGES/Lauterbach/Wasem hatte es dagegen – entsprechend dem unstrittigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand in dieser Frage – geheißen: „Klassifikationsmodelle, die nicht das gesamte Morbiditätsspektrum berücksichtigen, lassen notwendigerweise mehr Selektionsspielraum als ‚morbiditätsvollständige‘ Modelle.“

Im vierten Arbeitsentwurf zum GKV-WSG vom 7. Oktober 2006 war sogar noch eine Formulierung enthalten, wonach die Prognosegüte des anzuwendenden Modells zur Klassifikation der Versicherten nach Morbiditätskriterien „in prospektiver Ausgestaltung bezogen auf die Messgröße R^2 den Wert 12 % nicht unterschreitet“ – vermutlich eine Anforderung, die nicht allzu viele Mitglieder der Verhandlungskommission der Koalitionsparteien inhaltlich verstanden haben dürften. Zur Erläuterung: R^2 ist ein

statistisches Maß, mit dem die Güte von Schätzmodellen gemessen wird; je höher das R^2 , desto besser in diesem konkreten Fall die Berücksichtigung unterschiedlicher Morbiditätsbelastungen der Versicherten einer Kasse. Zwar ist diese Anforderung im Gesetzesteil des Referentenentwurfs zum GKV-WSG nicht mehr enthalten, doch taucht sie nach wie vor in der Gesetzesbegründung (zu Artikel 30 Nr. 5) auf. Ohne an dieser Stelle zu tief in methodischempirische Feinheiten einsteigen zu wollen, ist eine Information gleichwohl von Interesse: Das in dem erwähnten Gutachten zur morbiditätsorientierten Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vorgeschlagene Klassifikationsmodell weist in prospektiver Ausgestaltung ein R^2 von 24 Prozent auf. Hier lediglich einen halb so hohen Wert anzustreben, bedeutet nichts anderes, als das Ausmaß der Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden der Versicherten bei der Verteilung der Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen von vornherein zu begrenzen. Damit würde sich aber auch weiterhin die Versicherung von Gesunden lohnen, und die Versicherung von Kranken – zumindest von Versicherten mit bestimmten Erkrankungen – würde hingegen bestraft.

Neben der willkürlichen Begrenzung der Zahl zu berücksichtigender Krankheiten im künftigen Risikostrukturausgleich – bei überdies noch ungeklärtem Krankheitsbegriff – lässt ein weiteres Merkmal des vereinbarten Ausgleichsmechanismus befürchten, dass das Ziel einer möglichst vollständigen Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden bei der Verteilung der Fondsmittel auf die Kassen – unabdingbare Voraussetzung für einen unverzerrten und auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung abzielenden Kassenwettbewerbs – deutlich verfehlt werden könnte. So heißt es nämlich im Referentenentwurf zum GKV-WSG (Artikel 30 Nr. 6), dass insbesondere solche Krankheiten gesondert berücksichtigt werden sollen, „bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 % übersteigen“. Unabhängig davon, dass der vorgesehene 50-Prozent-Schwellenwert vollkommen willkürlich ist (wie es jeder andere Schwellenwert auch wäre), ist diese Formulierung nicht nur interpretationsfähig, sondern sie ist interpretationsbedürftig, wenn ein konkretes Klassifikationsmodell ausgearbeitet wird, was dem Gesetzentwurf zufolge bis zum 31.10.2007 durch ein Gutachten eines eigens beim Bundesversicherungsamt eingesetzten wissenschaftlichen Beirats erfolgen soll.

Die fragliche Formulierung im Gesetzentwurf kann so verstanden werden, dass nur solche Krankheiten gesondert berücksichtigt werden sollen, deren spezifische Kosten – ermittelt als krankheitsspezifischer Zuschlag im Rahmen eines Regressionsmodells – den geforderten Schwellenwert von 50 Prozent der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten übersteigen. Diese Lesart würde jedoch im Ergebnis bedeuten, dass insbesondere für viele multimorbide Versicherte keine gesonderten Morbiditätszuschläge geleistet würden, weil diese Versicherten zwar in der Gesamtheit aller ihrer Erkrankungen hohe Versorgungskosten verursachen, die weit über dem genannten Schwellenwert liegen können, diese Bedingung aber in isolierter Betrachtung unter Umständen für keine der im einzelnen vorliegenden Krankheiten erfüllt wird. Diese Interpretation, die insbesondere viele ältere, multimorbide Versicherte aus der künftigen Morbiditätsorientierung bei der Verteilung der Fondsmittel auf die einzelnen Kassen „ausblenden“ würde, würde vermieden, wenn die Interpretation der geplanten Gesetzesvorschrift anders vorgenommen würde, nämlich – weitgehend analog zur gegenwärtigen Berücksichtigung von eingeschriebenen Disease-Management-Versicherten im Risikostrukturausgleich – so, dass Krankheiten dann gesondert berücksichtigt werden, wenn die Gesamtausgaben der Versicherten mit diesen Krankheiten den geforderten 50-Prozent-Schwellenwert überschreiten.

Was hier zwangsläufig sehr technisch-methodisch klingt – und vermutlich nur von wenigen „Außenstehenden“ überhaupt verstanden werden dürfte –, hat unter Umständen gravierende Folgen für die künftige Finanzausstattung derjenigen Kassen, die über hohe Anteile meist älterer, multimorbider Versicherter verfügen. Sicher ist zum derzeitigen Zeitpunkt nur: Die vorgesehenen Gesetzesformulierungen sind unpräzise und auslegungsfähig bzw. -bedürftig; spätestens wenn das vorgesehene Gutachten zur Auswahl der berücksichtigungsfähigen Krankheiten im Herbst 2007 vorliegt, dürften sich die entsprechenden Kontroversen fortsetzen. Für die Versorgung multimorbider Versicherter mit mehreren chronischen Erkrankungen ist dies in jedem Fall eine schlechte Perspektive, denn solange nicht hinreichend gesichert ausgeschlossen ist, dass diese Versicherten in Zukunft kein „schlechtes Risiko“ für ihre Krankenkasse darstellen, kann keine Kasse ein besonderes Interesse haben, sich gerade um diese Klientel mit besonderer Aufmerksamkeit zu kümmern – dies sollte mit der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs aber gerade bezweckt werden. Neben den beiden hier dargestellten zwei Gründen für eine drohende Unvollständigkeit der Morbiditätsorientierung des Risikostrukturausgleichs könnte zudem auch die vorgesehene Konvergenzregelung, die vor sprunghaften Belastungsveränderungen in regionaler Perspektive vorbeugen soll, einer ausreichenden Berücksichtigung von Morbiditätsunterschieden bei der Zuweisung der Fondsmittel im Wege stehen. Die Auswirkungen dieser Regelung lassen sich allein schon wegen der noch weithin unklaren Ausgestaltung des künftigen Risikostrukturausgleichs zurzeit überhaupt noch nicht abschätzen, wobei darüber hinaus unklar erscheint, ob und gegebenenfalls wie die Konvergenzregelung überhaupt jemals praktische Anwendung finden wird.

Zur Notwendigkeit des Zusatzbeitrags beim Start des Gesundheitsfonds

Dem kassenspezifischen Zusatzbeitrag, den Krankenkassen von ihren Mitgliedern erheben müssen, wenn die ihnen zugewiesenen Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen, um die laufenden Ausgaben zu decken, kommt im künftigen Finanzierungsmodell der GKV ein zentraler Stellenwert zu, liegt in seiner Existenz – ob überhaupt und gegebenenfalls in welcher Ausgestaltung und Höhe – schließlich der wesentliche unmittelbar monetär wirksame Wettbewerbsparameter der Kassen. Aus diesem Grund – aber auch, weil gerade zu dieser Frage von den politisch Verantwortlichen zurzeit besonders viele realitätsferne Behauptungen aufgestellt werden, bedarf der kassenspezifische Zusatzbeitrag der eingehenden Betrachtung. Dabei soll zunächst der Frage nachgegangen werden, ob und in welchem Umfang überhaupt davon ausgegangen werden muss, dass ein kassenspezifischer Zusatzbeitrag zusätzlich zum allgemeinen Beitrag zum Gesundheitsfonds geleistet werden muss, ehe anschließend Fragen und Probleme der konkreten Ausgestaltung des Zusatzbeitrags betrachtet werden.

Derzeit wird von Seiten vieler politisch Verantwortlicher allgemein der Eindruck erweckt, dass es eigentlich überhaupt nicht erforderlich sei, dass einzelne Kassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Falls dies aber dennoch der Fall sein sollte, könne es nur darauf zurückgeführt werden, dass die jeweilige Kasse „unwirtschaftlich arbeite“ und die ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, auf eine möglichst wirtschaftliche Verwendung ihrer Beitragsmittel einzuwirken, nicht hinreichend ausschöpfe. Der „Schwarze Peter“ für die Erhebung eines Zusatzbeitrags wird also von vornherein der jeweiligen Kasse zugeschoben.

Diese Darstellung ist jedoch falsch, und zwar aus einer ganzen Reihe von Gründen: Wie im vorangehenden Abschnitt ausführlich ausgeführt, wird die künftige Zuweisung der Fondsmittel an die einzelnen Krankenkassen deren jeweilige Morbiditätsstrukturen im Versichertenbestand aller Voraussicht nach keineswegs hinreichend vollständig

berücksichtigen. Das heißt, dass insbesondere typische „Versorgerkassen“, also Kassen mit vergleichsweise vielen kranken Versicherten, davon ausgehen müssen, nicht genug Finanzmittel zu erhalten, um die aufgrund der notwendigen Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten unvermeidlich anfallenden Ausgaben zu decken. Diese Erwartung resultiert schon allein aus der von vornherein begrenzten Zahl berücksichtigter Krankheiten. Sollte die konkrete Umsetzung der Morbiditätsorientierung der Mittelzuweisungen zudem noch in einer Weise erfolgen, bei der für multimorbide Versicherte gar kein gesonderter Morbiditätszuschlag gezahlt wird, obwohl diese zwar insgesamt weit überdurchschnittliche Ausgaben verursachen, aber keine „für sich betrachtet“ besonders teure Krankheit aufweisen, würde der Grad der Unvollständigkeit der Berücksichtigung der Krankheitsstrukturen bei der Verteilung der Fondsmittel sogar noch offener zutage treten.

Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten (die entsprechend regelmäßig Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen müssen), die zudem in vergleichsweise großer Zahl unterdurchschnittliche Einkommen beziehen und deshalb aufgrund der bestehenden Härtefallklausel nach § 62 SGB V – zumindest zum Teil – von eigenen Zuzahlungen im Fall der Leistungsanspruchnahme befreit sind, haben – bei identischer Morbiditätsstruktur und Leistungsanspruchnahme – allein aus diesem Grund höhere Leistungsausgaben, weil sie die „entgangenen Zuzahlungen“ ihrer Härtefall-Versicherten selbst finanzieren müssen, ohne hierfür irgendwelche Ausgleichszahlungen zu erhalten. Auch ein noch so zielgenauer morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich würde hieran im Übrigen nichts ändern.

Die bei den Verwaltungsausgaben der Kassen bestehenden Unterschiede haben mit Wirtschaftlichkeit im Kassenhandeln nur sehr eingeschränkt zu tun. Kassen mit vielen kranken Versicherten haben naturgemäß einen sehr viel höheren Verwaltungsaufwand zu leisten als Kassen mit vielen Gesunden. Wenn die kranken Versicherten zudem in vergleichsweise hohem Maße einkommensschwach sind und deshalb zu nennenswerten Anteilen unter die Zuzahlungs-Härtefallregelungen fallen, entsteht den jeweiligen Kassen durch die individuellen Härtefallprüfungen gleichfalls beträchtlicher Verwaltungsaufwand, der in Kassen mit überwiegend gesunden Versicherten bzw. einkommensstarken Inanspruchnehmern von Versorgungsleistungen naturgemäß nicht anfällt. Auch diese unvermeidlichen Mehraufwendungen einzelner Krankenkassen würden im Rahmen eines – im Hinblick auf Finanzkraft- und Morbiditätsunterschiede – noch so vollständigen Risikostrukturausgleichs grundsätzlich nicht ausgeglichen.

Krankenkassen, die nur in bestimmten besonders ausgabenintensiven Regionen, zum Beispiel in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg oder vergleichbaren Regionen, tätig sind oder in solchen Regionen ihre Tätigkeitsschwerpunkte haben, müssen die vielfach beträchtlichen regionalspezifischen Mehrausgaben gegenüber dem bundesdurchschnittlichen Ausgabenniveau auch weiterhin allein tragen. Auch hieran würde auch ein noch so vollständiger Risikostrukturausgleich nichts ändern. Die seitens der Politik gegenüber „teuren Regionalkassen“ vielfach ausgesprochene Empfehlung, mit Kassen in ausgabengünstigen Regionen zu fusionieren, bleibt wohlfeil, weil sich kaum ein potenter Fusionspartner hierzu freiwillig bereit erklären dürfte und gesetzliche Zwangsfusionen zu Kassen mit größeren regionalen Erstreckungsregionen nicht vorgesehen sind. Die Folge: Insbesondere typische Großstadtkassen bleiben auf ihren regionsspezifischen Mehrausgaben „sitzen“. Sofern hierin ein Ausdruck von

regionsspezifischer Unwirtschaftlichkeit gesehen wird – etwa aufgrund der bestehenden Krankenhauslandschaft –, haben die davon betroffenen Kassen so gut wie keine Möglichkeit, dem gezielt entgegenzuwirken.

Die genannten Ursachen für kassenspezifische Mehrausgaben jenseits praktikabler kassenindividueller Handlungsmöglichkeiten haben mit „Unwirtschaftlichkeit“ im Kassenhandeln nichts zu tun. Alle Ursachen führen für sich betrachtet – und erst recht in einer Kumulation – zwangsläufig dazu, dass die betroffenen Kassen selbst bei einer umfassenden Ausstattung des Gesundheitsfonds zur Deckung der gesamten GKV-Ausgaben auf keinen Fall umhin kommen, von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag zu erheben. Wenn andere Kassen, die von den genannten Einflussfaktoren nicht negativ betroffen sind, ihren Mitgliedern unter Umständen sogar eine Ausschüttung nicht benötigter Finanzmittel gewähren können, hat dies entsprechend ebenso wenig mit besonderer „Wirtschaftlichkeit“ dieser Kassen zu tun. Es sind unter den beschriebenen Rahmenbedingungen eben nicht „Kassen, die gut wirtschaften“, die ihren Mitgliedern Beiträge zurückerstatten können (siehe die Formulierung im Schaubild des Bundesministeriums für Gesundheit), sondern Kassen mit relativ wenigen Kranken (weil sie dann von einem weiterhin unvollständigen Risikostrukturausgleich profitieren) bzw. mit relativ wenigen Einkommensschwachen („Härtefällen“) unter ihren kranken Versicherten (weil sie dann weder „entgangene Zuzahlungen“ noch den mit der Härtefallprüfung verbundenen Verwaltungsaufwand finanzieren müssen) – und dies umso mehr, je stärker sich ihre Versicherten auf vergleichsweise ausgabengünstige Regionen konzentrieren.

Dies hat aber nicht nur negative Wettbewerbswirkungen für die Kassen, die viele kranke, insbesondere multimorbide chronisch kranke und einkommensschwache Versicherte haben, sondern wirkt sich auch nachteilig auf diese Versicherten aus. Damit sie überhaupt halbwegs wettbewerbsfähig bleiben können und nicht gleich vom Markt verschwinden, müssen ihre Kassen nämlich alles versuchen, die aus den genannten Gründen unvermeidlichen Mehrausgaben zu kompensieren, um auf diese Weise zumindest zu versuchen, dass ihr Zusatzbeitrag – wenn er sich denn schon nicht völlig vermeiden lässt – so gering wie möglich ausfällt. Um dieses Ziel zu realisieren werden die Kassen überall dort, wo es irgendmöglich ist, Leistungen restriktiv gewähren und zusätzliche Serviceleistungen für ihre Versicherten einschließlich der flächendeckenden Zugangsmöglichkeit zu Geschäftsstellen weitestmöglich abbauen. Das Argument, dass die davon betroffenen Versicherten doch in andere Kassen wechseln können, trägt deshalb nicht, weil sie in diesen anderen Kassen tendenziell unerwünscht sind und entsprechend nicht damit rechnen können, hier gezielte Angebote für ihre spezifischen Bedürfnisse zu bekommen. Sollten diese Versicherten gleichwohl in größerer Zahl in andere Kassen wechseln, die zunächst möglicherweise sogar ohne Zusatzbeitrag auskommen, werden sie die Wettbewerbsprobleme ihrer Herkunftskasse zur neuen Kassen „mitnehmen“ und diese somit sehr schnell in eine ähnlich nachteilige Wettbewerbsposition bringen. Sollen sie dann vielleicht wieder wechseln? Gerade älteren, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung, die auf besondere Unterstützung angewiesen sind, ist es wohl kaum zuzumuten, ein „Kassen-Hopping“ zu betreiben, bei dem die strukturelle Benachteiligung von Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen und kranken Versicherten zudem ohnehin niemals beseitigt, sondern immer nur verschoben würde.

Zur weiteren Entwicklung des Zusatzbeitrags

Grundsätzlich etwas anders dürfte sich die Wettbewerbssituation zwischen den Krankenkassen darstellen, wenn es nicht mehr ein Nebeneinander von Kassen mit und

ohne Zusatzbeitrag gibt, sondern mehr oder weniger alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Zwar lässt sich schwer abschätzen, wann damit zu rechnen sein wird, aber dass es dazu in absehbarer Zeit kommen dürfte, scheint bereits ausgemacht. Für diese Annahme spricht allein schon der Umstand, dass der Gesundheitsfonds zwar im Startjahr 2009 finanziell so ausgestattet sein soll, dass er ausreicht, die Gesamtheit aller GKV-Ausgaben zu decken, dass generell aber lediglich sichergestellt werden soll, dass der Fonds 95 Prozent der GKV-Ausgaben deckt. Damit ist klar, dass die Erhebung eines Zusatzbeitrags zur Finanzierung von Ausgaben, die nicht durch Zuweisungen aus dem Fonds gedeckt werden, keineswegs ein Ausnahmefall bleiben soll, der weitestgehend von den Kassen vermieden werden kann (was speziell den „Versorgerkassen“ – wie gesehen – selbst bei einer 100-prozentigen Deckung der GKV-Ausgaben durch den Fonds nicht gelingen kann).

Die 95-Prozent-Grenze bedeutet, dass Ausgabenzuwächse der GKV nach 2009 zunächst vollständig über Zusatzbeiträge der Mitglieder aufgefangen werden müssen. Erst wenn die Fondsmittel die 95-Prozent-Grenze unterschreiten, sollen Maßnahmen ergriffen werden, dem Fonds zusätzliche Finanzmittel zuzuführen: entweder durch einen höheren Steuerzuschuss oder – wenn dies noch immer nicht ausreicht – durch eine Anhebung der einheitlichen Beitragssätze für GKV-Mitglieder und Arbeitgeber. Ob dieser Anpassungsmechanismus aber auch tatsächlich praktiziert wird, darf füglich bezweifelt werden. Für diesbezügliche Skepsis spricht zunächst die bisherige Haltung der Politik in Sachen Steuerfinanzierung – nicht ihrer Rhetorik nach, bei der sich Vertreter der verschiedenen Parteien geradezu überbieten, die Notwendigkeit einer verstärkten Steuerfinanzierung zu betonen, sondern nach ihrem tatsächlichen Handeln. Es kann gar nicht oft genug wiederholt werden: Ganze drei Jahre ist es jetzt her, dass der Deutsche Bundestag – und zwar sowohl mit den Stimmen der damaligen rot-grünen Regierungsparteien als auch der damals oppositionellen Unionsparteien – im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes beschlossen hat, zur sachgerechten Finanzierung der von den Kassen gewährten Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft eine pauschale Bundeszuweisung aus allgemeinen Steuermitteln in Höhe von 4,2 Milliarden Euro an die GKV zu leisten. Wie haben sich die politisch Verantwortlichen damals dafür gelobt! So stellte etwa Horst Seehofer am 9. September 2003 im Bundestag fest: „Wir haben jahrzehntelang über die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen diskutiert. Ich finde, es ist ein großer Fortschritt, dass versicherungsfremde Leistungen künftig nicht mehr aus Beitragsmitteln, sondern aus Steuermitteln finanziert werden. Das wird jetzt Wirklichkeit. Das wird die Krankenversicherung um fast einen halben Prozentpunkt entlasten.“

Wie lange diese Wirklichkeit Bestand hatte, ist heute bekannt: ganze drei Jahre. Jahrzehntelang gestritten, um die sachgerechte Steuerfinanzierung endlich zu realisieren und dann in kurzer Zeit wieder beseitigt – so ist es in der Realität um die Stabilität von Steuerzuschüssen bestellt. Und ausgerechnet auf eine derart unsichere Finanzierungsquelle sollen nun die Hoffnungen für die künftige Stabilität der Beitragsbelastungen gelegt werden? Obwohl das Vorhaben, den Bundeszuschuss zur GKV nach 2009 weiter zu erhöhen, bislang lediglich als unbestimmte Absichtserklärung existiert, werden ihm bereits – und zwar gleichzeitig! – unterschiedliche Verwendungszwecke zugeschrieben: So soll nicht nur die Krankenversicherung von Kindern und Jugendlichen perspektivisch vollständig aus Steuermitteln finanziert werden, sondern aus dieser Quelle soll auch der wachsende Finanzierungsbedarf der GKV gedeckt werden, wenn die Fondsmittel nicht mehr 95 Prozent der GKV-Ausgaben decken. Dabei steht heute überhaupt noch nicht fest, wie hoch der Bundeszuschuss zur GKV im Jahr 2010 ausfallen soll.

Wenn somit vor diesem Hintergrund besser keine allzu großen Erwartungen in Bezug auf nennenswert steigende Steuerzuschüsse gehegt werden sollten, bleibt die künftig vom Verordnungsgeber verantwortete Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds. Gleich zwei Gründe und ein Indiz scheinen auch hier eher dagegen zu sprechen, zu große Hoffnungen auf entsprechende Beschlüsse zu setzen: Da ist zunächst die erklärte Absicht der Politik, die Arbeitskostenbelastung der Arbeitgeber nicht weiter zu erhöhen. Nicht nur bei den Arbeitgebern selbst, sondern auch bei manchem Politiker herrscht ohnehin große Enttäuschung, dass die von vielen Seiten aus beschäftigungspolitischen Gründen angemahnte Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Erwerbseinkommen nicht deutlich stärker als im Konzept des Gesundheitsfonds gelungen ist – entsprechend häufig waren bereits Aussagen von Politikern zu vernehmen, wonach der Beitragssatz für die Arbeitgeber jetzt – gemeint ist damit nach Einführung des Gesundheitsfonds 2009 – erst einmal für längere Zeit festgeschrieben werde. Damit bliebe immer noch die Möglichkeit, den Beitragssatz nur für die GKV-Mitglieder zu erhöhen, indem der 2004 eingeführte Sonderbeitrag von 0,9 Prozent erhöht würde. Hier liegt eine Stellschraube im Gesundheitsfonds-Konzept, an der zu drehen angesichts bisheriger Erfahrungen durchaus realistisch erscheint. Aber der „Schwarze Peter“ für eine solche gewiss unpopuläre, weil einseitige Beitragssatzerhöhung läge bei der Politik, weshalb das Drehen an einer anderen Stellschraube noch wahrscheinlicher erscheint: die 95-Prozent-Klausel, wonach aus dem Gesundheitsfonds mindestens dieser Anteil an den gesamten GKV-Ausgaben finanziert werden soll. Hierfür spricht schließlich als Indiz auch der Umstand, dass einerseits die Erhebung eines kassenspezifischen Zusatzbeitrags immer wieder als unnötig bezeichnet wird, sofern alle Potenziale zur Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung von den Kassen ausgeschöpft werden, und dass andererseits die Versicherten überdies die Möglichkeit haben, zu einer anderen Kasse ohne oder mit niedrigerem Zusatzbeitrag zu wechseln. Wenn aber der Zusatzbeitrag einer Kasse – wie gezeigt: zumeist fälschlicher Weise – als Ausdruck von Unwirtschaftlichkeit gilt, dem man sich zudem als Beitragszahler durch Ausübung des Kassenwahlrechts zumindest teilweise entziehen kann – warum sollte dann die Allgemeinheit der Beitragszahler einspringen, wenn die Zusatzbeiträge insgesamt einmal mehr als fünf Prozent der GKV-Ausgaben ausmachen? Die Folge: Die Zusatzbeiträge würden weiter steigen, und der „Schwarze Peter“ dafür läge bei den Kassen.

Die „Überforderungsfälle“ des Zusatzbeitrags

Weil es bereits bei Einführung des Gesundheitsfonds für viele Kassen unvermeidbar sein wird, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben, und dies zudem perspektivisch für alle Kassen der Normalfall sein dürfte, kommt einem speziellen Konstruktionsfehler des Gesundheitsfonds-Konzepts besondere Bedeutung zu. Aus Gründen des Überforderungsschutzes soll der Zusatzbeitrag für einkommensschwache Mitglieder begrenzt werden. Dafür hat sich die Große Koalition nach zähen Verhandlungen auf folgende Lösung geeinigt: Der pauschal oder prozentual erhobene Zusatzbeitrag einer Kasse darf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder nicht überschreiten, es sei denn, der pauschal erhobene Zusatzbeitrag beträgt höchstens 8 Euro. Dass dies eine ausgesprochen „krude“ Regelung ist, zeigt der exemplarische Fall eines fiktiven Versicherten mit beitragspflichtigen Einnahmen von 400 Euro pro Monat. In einer Kasse mit 8 Euro Zusatzbeitrag muss dieses Mitglied den vollen Zusatzbeitrag entrichten, obwohl die entsprechende Belastung dadurch nicht ein, sondern zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen beträgt. In einer Kasse mit einem Zusatzbeitrag von 8 Euro oder mehr, muss das Mitglied dagegen aufgrund der

nunmehr wirksamen Überforderungsklausel nur 4 Euro pro Monat als Zusatzbeitrag entrichten. Damit ist es für dieses Mitglied vorteilhafter, in einer Kasse mit einem höheren Zusatzbeitrag versichert zu sein – im Hinblick auf den beabsichtigten Wettbewerbsdruck eine geradezu absurde Wirkung. Es ist kaum damit zu rechnen, dass diese Regelung dauerhaften Bestand haben wird, und es erscheint fraglich, ob die Ein-Prozent-Überforderungsklausel nicht eine weitere Stellschraube in dem gesamten Konzept darstellt, an der schon bald zum Nachteil von einkommensschwachen Versicherten gedreht werden könnte.

Dazu könnte noch eine weitere Wirkung der jetzt vereinbarten Konzeption beitragen, die als „Überforderungsfalle“ bezeichnet werden kann. Wie oben gezeigt wurde, werden insbesondere Kassen mit vergleichsweise vielen kranken und einkommensschwachen Versicherten nicht mit den ihnen zugewiesenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds auskommen und deshalb keine Alternative haben, als einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Die Möglichkeit, diesen prozentual auszugestalten, dürfte weithin theoretischer Natur bleiben, weil damit vor allem einkommensstarke Mitglieder abgeschreckt werden, auf die jedoch gerade solche Kassen in ganz besonderem Maße angewiesen sind. Ein pauschal erhobener Zusatzbeitrag ab 8 Euro pro Monat wird jedoch aufgrund der Überforderungsklausel nicht von allen Mitgliedern vollständig entrichtet werden, so dass das aus dem Zusatzbeitrag generierte Beitragsaufkommen letztlich nicht ausreicht, die Finanzierungslücke dieser Kassen zu decken. Deshalb muss der Zusatzbeitrag weiter angehoben werden. Damit fallen aber weitere Kassenmitglieder unter die Überforderungsgrenze, so dass auch sie nicht den vollen Zusatzbeitrag entrichten können. Dieser muss deshalb ein weiteres Mal angehoben werden, und das Spiel beginnt von vorn. Auf diese Weise kommen am Ende zwei Ergebnisse zustande, die das gesamte Konzept im Prinzip ad absurdum führen:

Zwei Kassen, die vom Volumen her dieselbe Finanzlücke zwischen ihren tatsächlichen Ausgaben und den ihnen vom Fonds zugewiesenen Mitteln füllen müssen, müssen dafür unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge erheben, wenn ihre Mitglieder in unterschiedlichem Ausmaß von der Ein-Prozent-Überforderungsklausel betroffen sind. Ein wirksames Preissignal für Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit des Kassenhandelns kann der Zusatzbeitrag deshalb nicht sein. Aufgrund der „kruden“ 8-Euro-Regelung lassen sich sogar Konstellationen denken, in denen eine Kasse mit einem geringeren Zusatzbeitrag insgesamt ein höheres Beitragsvolumen realisiert.

Kassen mit besonders vielen einkommensschwachen Mitgliedern können schon bei einem vergleichsweise niedrig anmutenden Zusatzbeitrag schnell in eine Situation geraten, in der sie die Finanzlücke zwischen ihren Ausgaben und den erhaltenen Fondsmitteln nicht mehr schließen können, weil am Ende des oben skizzierten „Aufschaukelungsprozesses“ alle ihre Mitglieder unter die Überforderungsklausel fallen, bevor das notwendige Aufkommen aus der Erhebung des Zusatzbeitrags erreicht ist. Diese Kassen müssten schließen – aber nicht, weil sie unwirtschaftlicher sind als andere Kassen, sondern allein, weil sie beim selben Finanzierungsbedarf mehr einkommensschwache Mitglieder haben, die das erforderliche Finanzvolumen aufgrund der Ein-Prozent-Überforderungsklausel nicht zustande bringen.

Geradezu absurd – und mit der Zielstellung verstärkter Transparenz hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit im Kassenhandeln völlig unvereinbar – ist aber nicht nur die Wirkungsweise dieser insoweit völlig verfehlten Finanzierungs konstruktion, sondern auch das Verhalten der Verantwortlichen in der Großen Koalition, die an dieser Konstruktion festgehalten haben, obwohl ihnen die Unpraktikabilität dieser Regelung in

zwei eigens dazu eingeholten Stellungnahmen von Eckart Fiedler und Bert Rürup in aller gebotenen Deutlichkeit bestätigt wurde: „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 („1 %-Überforderungsklausel“) muss kassenübergreifend organisiert und aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden“ (Zitat aus dem Rürup-Gutachten). Geschehen ist jedoch faktisch nichts, zumal die – mit zusätzlichen fragwürdigen Wirkungen verbundene – nachträglich vereinbarte 8-Euro-Regelung an dem gravierenden Wettbewerbsproblem im Prinzip nichts ändert. Zur Klarstellung: Hier geht es in keiner Weise darum, die Überforderungsklausel in Bezug auf den Zusatzbeitrag in Frage zu stellen. Die Belastung insbesondere einkommensschwacher GKV-Mitglieder durch das künftige Finanzierungskonzept mit hohen (und mutmaßlich weiter steigenden) Beiträgen zum Gesundheitsfonds sowie zusätzlichen (und aller Voraussicht ebenfalls weiter steigenden) Zusatzbeiträgen benötigt dringend eine derartige Grenze, aber wenn dadurch vor allem „Versorgerkassen“, die nicht mehr oder weniger wirtschaftlich agieren als andere in die Insolvenz getrieben werden, hat dies weder mit solidarischer Finanzierung noch mit einem vernünftigen Wettbewerbskonzept im Interesse einer besseren Gesundheitsversorgung zu tun. Angesichts eines derartigen Wirkungsmechanismus, der von den politisch Verantwortlichen wissend in Kauf genommen wird, drängt sich fast unvermeidlich die zynische Bemerkung auf, dass die Reform auf diese Weise immerhin zu einer nachhaltigen Zerstörung der Kassenlandschaft führt – wenn sie schon nicht dazu geeignet ist, für eine nachhaltige Stärkung der solidarischen Finanzierung zu sorgen.

Zu weiteren Reformmaßnahmen

Angesichts des alle weiteren vorgesehenen Reformmaßnahmen bei weitem dominierenden Vorhabens zur grundlegenden Umgestaltung der GKV-Finanzierung soll auf eine ausführliche Betrachtung sonstiger Bestandteile der geplanten Gesundheitsreform an dieser Stelle weitgehend verzichtet werden. Zwei grundsätzliche Hinweise seien gleichwohl gegeben.

Die Bezeichnung des als Referentenentwurf vorliegenden Reformgesetzes als „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ ist grob irreführend. Wettbewerb zwischen den Kassen wird durch die Konstruktion aus Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen zwar durchaus gestärkt, aber nicht in einer sinnvollen Perspektive im Hinblick auf einen produktiven Wettbewerb, der vor allem den Versicherten und Patienten dient, die am meisten auf ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem mit umfassender Versorgung angewiesen sind. Die Krankenkassen werden für Fehlentwicklungen verantwortlich gemacht, die sie angesichts begrenzter Handlungsspielräume jedoch kaum verhindern können. Wenn Kassen zunehmend dazu gezwungen werden, aus betriebswirtschaftlicher Rationalität Leistungen restriktiv zu gewähren und kranke Versicherte auszugrenzen, trifft dies nicht nur die unmittelbar betroffenen Versicherten, sondern bedeutet auch für die Beschäftigten der gesetzlichen Krankenkassen eine schwer erträgliche Zumutung.

Die Reform verzichtet weitgehend auf weitere Leistungseinschränkungen, bereitet aber gleichwohl Einstiegsoptionen in dieser Richtung vor. So betrifft die verstärkte Eigenverantwortung bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe wie zum Beispiel Schönheitsoperationen oder Piercing nur ein äußerst kleines (und erkennbar populistisch ausgewähltes) Behandlungsspektrum, doch erscheinen mögliche Erweiterungsspielräume für – tatsächlich oder vermeintlich – selbstverschuldete“ Leistungsanspruchnahmen kaum begrenzt – man denke nur an

die Forderung, die Versicherten zum Abschluss einer (privaten) Versicherung zur Abdeckung der Folgen von Privatunfällen zu zwingen. In eine ähnliche Richtung könnte auch die vorgesehene Verschärfung der Härtefallregelung für Chroniker gehen, die sich nicht „erwartungskonform“ verhalten.

Reformempfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV

Die zentrale Empfehlung an die politisch Verantwortlichen der Großen Koalition kann nur lauten, die jetzt vorgesehene Reform auf keinen Fall zu verabschieden, sondern noch einmal von Grund auf neu zu beginnen. Insbesondere werden die drängenden Finanzierungsprobleme der GKV durch das Konzept des Gesundheitsfonds in keiner Weise gelöst. Weder wird die Finanzierungsbasis kurzfristig stabilisiert, noch werden irgendwelche Maßnahmen im Hinblick auf das Ziel einer nachhaltigen Finanzierung getroffen. Die Finanzierung wird nicht erkennbar gerechter, und es wäre vor allem im Interesse der auf eine qualitativ hochwertige Versorgung angewiesenen kranken Versicherten (Patienten), wenn die Wettbewerbs(un)tauglichkeit des angestrebten Systems im Hinblick auf einen wirksamen Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung keinem Praxistest mit einem schon heute erkennbaren leidvollem Ergebnis unterzogen würde.

Einen solchen Praxistest sollte dagegen die lautstark bekundete Absicht der Politik zu vermehrter Steuerfinanzierung durchlaufen. Dafür bieten sich gleich drei konkrete Maßnahmen an: Die im Haushaltsbegleitgesetz 2006 beschlossene Rückführung der Bundeszuweisung für Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft wird unverzüglich aufgehoben. Auf verordnungsfähige Arzneimittel wird nicht mehr der volle (und ab 2007 kräftig erhöhte) Mehrwertsteuersatz erhoben, sondern – wie in fast allen anderen EU-Mitgliedstaaten – der ermäßigte. Und schließlich werden die Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose wie bereits vor 1995 wieder auf der Grundlage ihrer vorherigen Arbeitsentgelte gezahlt. Durch diese Maßnahmen würde der durchschnittliche GKV-Beitragssatz bereits merklich entlastet.

Darüber hinaus erfordert eine nachhaltig wirksame Finanzierungsreform, die zugleich ein deutlich höheres Maß an Verteilungsgerechtigkeit aufweist und überdies zu einer Entlastung der Arbeitseinkommen insbesondere im arbeitsmarktpolitisch besonders problematischen Niedriglohnsegment beiträgt, die Einbeziehung aller Bürger und aller Einkommensarten in die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Selbst wenn es auf längere Sicht keine politische Mehrheit für die vollständige Abschaffung der privaten Krankenversicherung als substitutive Vollversicherung geben sollte, liegen praktikable Reformvorschläge für ein Integriertes Krankenversicherungssystem vor, in dem alle gesetzlich und privat Versicherten im Rahmen eines gemeinsamen Risikostrukturausgleichs gleichermaßen an der solidarischen Finanzierung beteiligt sind (und auch gleichermaßen von ihr profitieren können). Eine notwendige Funktionsbedingung für den allseits reklamierten „fairen Wettbewerb“ zwischen GKV und privater Krankenversicherung wäre dies allemal, denn solange nur die gesetzlich Versicherten zur solidarischen Finanzierung beitragen, kann angesichts der dadurch bedingten Risikoselektion an der Schnittstelle zwischen den beiden Versicherungssystemen kein wirklich fairer Wettbewerb zustande kommen. Wettbewerb als Steuerungsinstrument macht letztlich nur Sinn, wenn er der Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Versicherten dient, und zwar namentlich derjenigen Versicherten die in besonderem Maße auf eine umfassende hochwertige Gesundheitsversorgung angewiesen sind, also vor allem der meist älteren schwer und chronisch Kranken. Damit dies funktioniert, müssen zwei zentrale Bedingungen erfüllt sein: Wettbewerb um junge, gesunde und

einkommensstarke Versicherte darf sich nicht lohnen, sondern allein erfolgreiches Bemühen um eine bessere Versorgung von Kranken. Dafür müssen die Handlungsanreize bei den Kassen noch stärker geschärft werden – insbesondere durch einen möglichst vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dieser lässt sich – genauso wie vollständiger Finanzkraftausgleich – problemlos im bestehenden System ohne die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds umsetzen. Doch ist es nicht damit getan, die Kassen unter Wettbewerbsdruck zu setzen, damit sie sich für die bestmögliche Versorgung ihrer kranken Versicherten stark machen – sie benötigen dafür auch die entsprechenden Instrumente, insbesondere im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern. Auf diesem Feld bietet die geplante Reform – entgegen vollmundiger Rhetorik – enttäuschend wenig. Wenn nicht nur das gesamte stationäre Leistungsgeschehen, sondern in Zukunft auch die kollektivvertraglich geregelte ambulante ärztliche Versorgung einschließlich weiter Teile der Arzneimittelversorgung vollständig einheitlich geregelt sind, kann sich produktiver Wettbewerbsdruck auf die Kassen nicht in einer qualitativ und wirtschaftlich verbesserten Versorgung für deren Patienten niederschlagen. Selektivvertragliche Handlungsfreiräume der Kassen dürften nicht nur einzelne Versorgungsnischen betreffen, sondern müssen gleichrangig neben Kollektivvertragsregelungen bestehen können. Dazu ist es jedoch erforderlich, den Wettbewerb nicht nur unter den Kassen zu fördern, sondern auch auf dem Leistungsmarkt in den Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern – von den Krankenhäusern über die ambulant tätigen Ärzte bis hin zu Pharmaindustrie und Apothekerschaft. Auch dieser Reformaufgabe werden die Vorhaben der Großen Koalition nicht gerecht – den Preis dafür bezahlen einmal mehr die Versicherten und Patienten.