

# Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur

von Wolfram F. Richter<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Anfang Juli 2010** legte Gesundheitsminister Philipp Rösler ein Eckpunktepapier vor, aus dem hervorgeht, wie die Bundesregierung die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren gedenkt. Unter systemischen Gesichtspunkten steht die Einführung einer Zwei-Prozentregel im Vordergrund. Von der Regierung wird diese als ein erster Schritt auf dem Weg zu sozial ausgeglichenen Pauschalprämien verstanden. In diesem Beitrag wird zunächst die vorausgegangene Reformdebatte nachgezeichnet. Es wird dann der Frage nachgegangen, mit welcher Art von Reformen der als mangelhaft erkannten Effizienz des deutschen Gesundheitswesens nachhaltig zu begegnen ist. Die Zwei-Prozentregel wird in diesem Zusammenhang als eine sinnvolle Fortentwicklung des Gesundheitsfonds gewürdigt.

**Schlüsselwörter:** Finanzierung der Gesundheit, Pauschalprämien, Zwei-Prozentregel, Gesundheitsfonds, GKV-WSG, Vertragsfreiheiten, Wettbewerbsordnung, Nutzen-Kosten-Effizienz

**Early in July 2010** the Minister of Health Philipp Rösler presented a paper outlining plans on how the Federal Government intends to stabilize the finances of the social health insurance. From a systemic point of view, the introduction of a two-percent rule is of particular interest. The Government interprets this rule as a first step towards introducing income independent insurance premiums. Their distributive effects are to be compensated by taxation. This paper first sketches the previous reform debate. It then raises the question what kind of lasting reform is needed to enhance the poor efficiency of the German health care system. In this context, the two-percent rule is recognized as a reasonable step in developing the health fund, the financing system introduced in 2009.

**Keywords:** financing of health, premiums, two-percent rule, health fund, SHI Act to Promote Competition, contractual freedom, competitive rules, benefit-cost efficiency

## 1 Einführung

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 war die Große Koalition auf dem richtigen Weg. Diese im Weiteren noch zu begründende Einschätzung wird auch nicht dadurch unrichtig, dass gewisse Fehler einzuräumen sind, die bei der Ausarbeitung der Reform gemacht wurden. Einer der schon häufig zu Recht kritisierten Fehler lag in der Einführung der sogenannten Überforderungsklausel bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen. Auch von ihr wird noch die Rede sein.

Es gehört zur Tragik der Großen Koalition, dass sie die Früchte ihrer Reform nicht mehr selbst hat ernten können. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe. Zum einen hat die damalige Bundesregierung die Reform nicht mit der gebotenen Konsequenz vorantreiben können. Es fehlte ihr an der notwendigen Unterstützung durch die Bundesländer. So wurde den gesetzlichen Krankenkassen die Freiheit, mit den medizinischen Leistungserbringern selektiv zu kontrahieren, nur sehr eingeschränkt gewährt. Insbesondere blieb der Krankenhausbereich ausgespart. Die Reform konnte daher ihre Wirksamkeit nur in Teilbereichen der medizinischen Versorgung entfalten. Zum

<sup>1</sup>Professor Dr. Wolfram F. Richter, Technische Universität Dortmund, LS VWL (Public Economics) · 44221 Dortmund  
Telefon: 0231 755-3146 · Telefax: 0231 755-5404 · E-Mail: wolfram.richter@tu-dortmund.de

Für kritische Kommentare zu einem ersten Entwurf des Manuskripts sei Klaus Jacobs, Franz Knieps, Bettina Nellen und Sabine Schulze vielmals gedankt.

anderen kam die Bundestagswahl vom September 2009 für eine Ernte der Reformsaat zu früh. Der Gesundheitsfonds trat erst am 1. Januar 2009 in Kraft, und die mit ihm bezweckte Verschärfung des Wettbewerbs der Krankenkassen um Versicherte brauchte ihre Zeit, um für die breitere Öffentlichkeit sichtbar zu werden. Die Verschärfung drang erst ins öffentliche Bewusstsein, als erste Kassen Zusatzbeiträge einführten und in der Folge mit einem zum Teil existenzbedrohenden Mitgliederschwund konfrontiert waren. So wurde der Öffentlichkeit erst nach der Wahl bewusst, dass die Krankenkassen einer neuen Qualität von Wettbewerb ausgesetzt sind, die auch das Risiko der Insolvenz einschließt. Weil die Bundestagswahl 2009 für eine Ernte der Reformsaat zu früh kam, konnte vor allem die FDP den Wahlkampf mit irreführenden Aussagen über den Gesundheitsfonds bestreiten. Im Ergebnis entgleiste die Reformdebatte, und sie scheint erst durch die Vorlage des Eckpunktepapiers vom 6. Juli 2010 wieder auf Spur zu sein.

Die einzelnen Stationen der entgleisten Reformdebatte, die sich gleich durch mehrere politische Fehleinschätzungen auszeichnet, werden im zweiten Abschnitt nachgezeichnet. Im dritten Abschnitt werden die Eckpunkte herausgearbeitet, die die Politik beachten sollte, um die Effizienz im Gesundheitswesen nachhaltig zu steigern. Der vierte Abschnitt diskutiert die geplante Zwei-Prozentregel sowie Probleme, die bei einer grundlegenden Umfinanzierung der Gesundheitsausgaben zu lösen sind.

## 2 Politische Fehleinschätzungen

Die irreführenden Einlassungen der FDP zum Gesundheitsfonds gipfelten im Gerede vom „Bürokratiemonster“. Der Gesundheitsfonds ist nichts weniger als Bürokratie. Er ist ein Computerprogramm, das beim Bundesversicherungsamt in Bonn von 24 Menschen verwaltet wird (Stand: Mai 2010). Die Funktion des Programms liegt darin, einkommensabhängige Beitragszahlungen der Versicherten in einkommensunabhängige Fondszuweisungen an die Krankenkassen zu transformieren. Als Folge konkurrieren die Kassen nicht mehr wie noch vor 2009 mit unterschiedlichen Beitragsprozentsätzen um Mitglieder. In der Fondswelt konkurrieren sie mit unterschiedlichen Zusatzbeiträgen von zum Beispiel null oder acht Euro. Der Wettbewerb mit Zusatzbeiträgen in absoluten Eurobeträgen ist schärfer und allokativ unverzerrter als der mit Prozentsätzen. Eine zweite Änderung ist wichtig. Früher musste der Versicherte, wenn er zu einer preiswerteren Kasse wechselte, die Ersparnis mit seinem Arbeitgeber teilen. Wenn er heute zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag wechselt, profitiert er dagegen allein. Er wird daher Kosten und Nutzen von Kassenleistungen sorgfältiger prüfen als früher. Dieser Anreiz ist für die Eindämmung der Gesundheitskosten von zentraler Bedeutung. Ein Wechsel zu den von der FDP gefor-

derten Pauschalprämien würde den Anreiz zwar erhalten, aber auch nicht verbessern.

In ihrem Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 verständigten sich CDU, CSU und FDP auf die Einführung von sozial ausgeglichenen Pauschalprämien. (Im Koalitionsvertrag ist genauer von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung [GKV] die Rede.) Von dieser Absicht ist man mittlerweile abgerückt. Zumindest ist die Umsetzung auf die lange Bank geschoben. Die Medien vermittelten den Eindruck, dass es bei der CSU an dem nötigen politischen Willen fehlt, die Reform mitzutragen. Übersehen wird dabei, dass es sachliche Hindernisse gibt. Diese wurzeln in Widersprüchen zu Ankündigungen, die der Koalitionsvertrag zu anderen Politikfeldern macht.

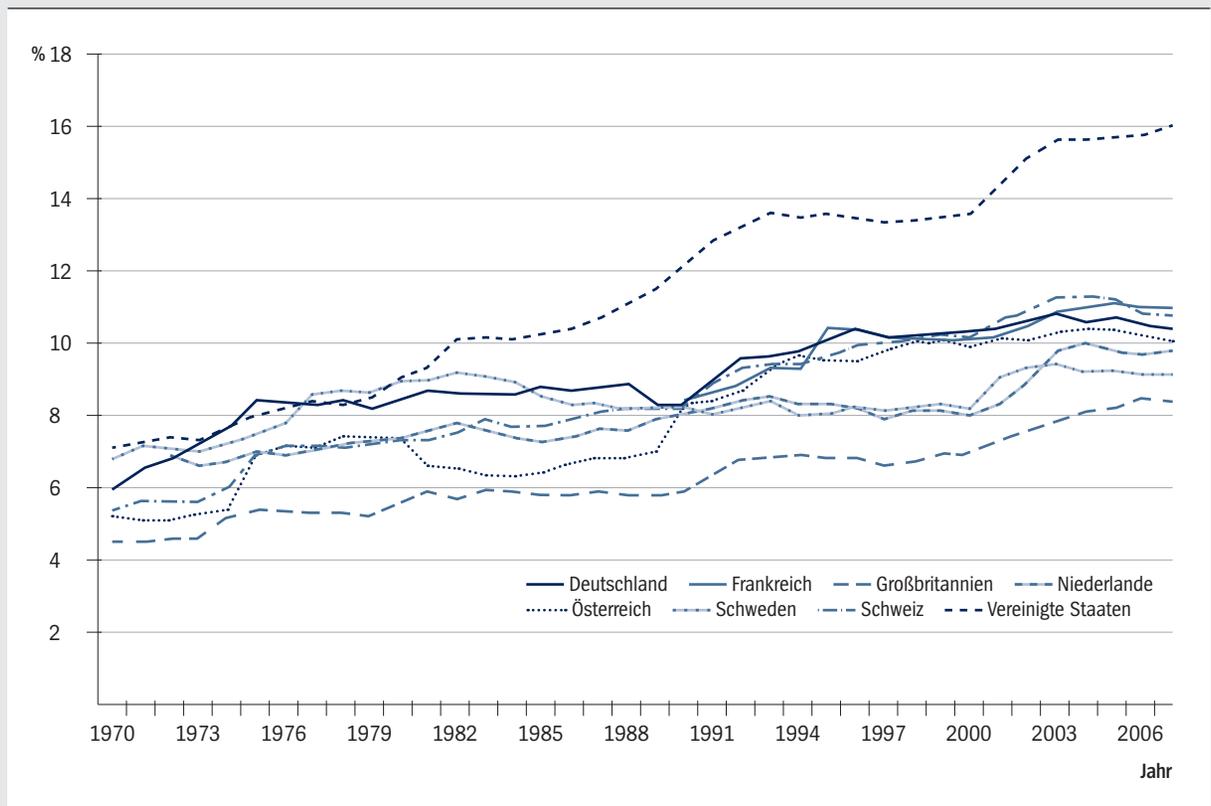
So ist die Ankündigung widersprüchlich, in der GKV einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge einführen und gleichzeitig die Steuerzahler entlasten zu wollen. Es ist nur allzu offensichtlich, dass die Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen für die überdurchschnittlich verdienenden Arbeitnehmer eine Entlastung bedeutet. Sie müssten folglich entgegen der Koalitionsvereinbarung einkommensteuerlich wieder belastet werden, wenn das Gesamtaufkommen von Einkommensteuer und GKV-Beiträgen konstant bleiben und eine Umverteilung von Arm nach Reich vermieden werden sollte. Aus dem gleichen Grund stellte sich die CSU schon 2004 quer, als damals die CDU sozial ausgeglichene Pauschalprämien einführen wollte.

Widersprüchlich ist der Koalitionsvertrag aber auch darin, dass er sich in der GKV für Pauschalprämien ausspricht und sich gleichzeitig zur Daseinsberechtigung der privaten Krankenvollversicherung bekennt. Traditionell versichert die PKV vorzugsweise einkommensstarke Personen, die nach einer Möglichkeit suchen, sich dem Einkommensausgleich in der GKV zu entziehen. Dieses Motiv würde als Folge der Einführung von Pauschalprämien entfallen. Einkommensstarke Personen würden es zukünftig attraktiv finden, sich freiwillig gesetzlich zu versichern und bei der PKV lediglich eine Zusatzversicherung abzuschließen. Eine solche Entwicklung mag man gesellschaftspolitisch begrüßen, sie bedeutete aber in jedem Fall das Ende der privaten Krankenvollversicherung.

Das Ergebnis wochenlangender Streitereien zwischen FDP und CSU über die Zukunft der GKV war ein Eckpunktepapier, das die Grundzüge der nach der Sommerpause anzugehenden Reform umreißt und das Gesundheitsminister Rösler am 6. Juli 2010 der Öffentlichkeit vorlegte. Der Schwerpunkt der angekündigten Maßnahmen betrifft die noch eingehender zu diskutierende Finanzreform. Begründet werden die Maßnahmen mit dem Hinweis, dass die Ausgaben der GKV seit vielen Jahren schneller wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Belegt wird dieser Hinweis just mit einer

ABBILDUNG 1

## Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: Eckpunktepapier vom 6. Juli 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

Grafik, die hier als Abbildung 1 wiedergegeben wird und die sich zu nichts weniger eignet als zur Begründung eines Reformbedarfs. In der Grafik werden für ausgewählte Länder die Gesundheitsausgaben als Anteil vom Bruttoinlandsprodukt im Zeitverlauf dargestellt. Der unvoreingenommene Leser kann aus ihr nur den Schluss ziehen, dass offenbar alle Länder unter wachsenden Gesundheitsausgaben leiden und dass nur wenige das Problem besser im Griff zu haben scheinen als Deutschland. Jedenfalls fiel Deutschland in den Jahren nach 1990 vom zweiten auf den vierten Platz zurück. Insbesondere muss man nach diesem Maßstab die Politik der Kostendämpfung von Ulla Schmidt als erfolgreich beurteilen, denn Deutschland konnte nach 2003 sogar einen kleinen Rückgang der Ausgabenquote verzeichnen.

Steigende Gesundheitsausgaben sind angesichts des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts zu erwarten und nicht per se zu verteufeln. Man darf sogar unterstellen, dass selbst überproportional steigende Gesundheitsausgaben den Bedürfnissen einer alternden

Gesellschaft entsprechen. Für Deutschland sind sie allenfalls deswegen ein Problem, weil es deutliche Hinweise gibt, dass die Kosten in keinem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stehen. Das deutsche Gesundheitswesen hat nach dieser These weniger ein Ausgabenproblem, als vielmehr ein Effizienzproblem. Einen Beleg dieser These liefert die Abbildung 2.

Die Abbildung 2 stellt eine Beziehung zwischen Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung her. Dahinter steht die Vorstellung, dass sich Ausgaben für Gesundheit, vor allem wenn sie über öffentliche Zwangsabgaben finanziert werden, nur mit ihrem medizinischen Nutzen rechtfertigen lassen. Als ein primärer, wenn auch grober Indikator des medizinischen Nutzens hat die Lebenserwartung zu gelten. Die Grafik zeigt, dass die Lebenserwartung in vielen Ländern höher ist als in Deutschland. Dabei muss man zwei Fälle unterscheiden. Die Schweiz und Frankreich zahlen für die höhere Lebenserwartung einen entsprechenden Preis. Die Gesundheitssysteme dieser Länder sind relativ gesehen teurer als das deutsche. Andere Länder wie zum Beispiel Japan und Italien erzielen dage-

gen höhere Lebenserwartungen bei kleineren Ausgabenquoten. Die entsprechenden Gesundheitssysteme scheinen also bei (relativ) geringeren Kosten mehr Nutzen als das deutsche zu produzieren. In diesem produktionstheoretischen Sinne müssen sie über einen Effizienzvorsprung verfügen.

Es fällt nicht schwer, solche Effizienzbetrachtungen zu kritisieren. So liegt der Einwand nahe, dass sich der medizinische Nutzen nicht allein durch die Lebenserwartung abbilden lässt und dass die Lebenserwartung auch nicht monokausal durch die Gesundheitsausgaben zu erklären ist. Andererseits scheinen internationale Effizienzvergleiche, die den medizinischen Nutzen differenzierter betrachten, den dargestellten Befund eher zu bestätigen als zu widerlegen. Berichtenswert sind Ergebnisse von Afonso und St. Aubyn. Mit Hilfe nicht parametrischer Methoden ermitteln die Autoren für 24 OECD-Staaten Rangordnungen der im jeweiligen Gesundheitswesen realisierten Effizienz.

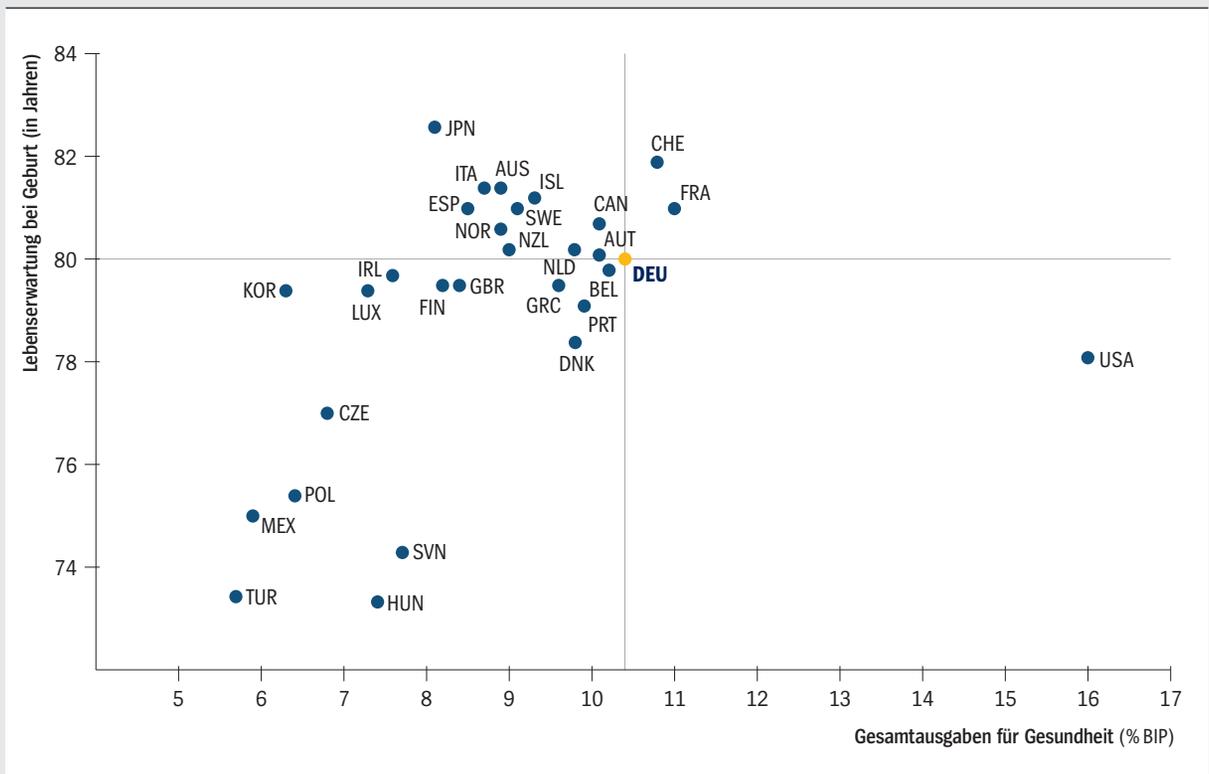
Als Indikatoren des medizinischen Nutzens verwenden sie neben der Lebenserwartung zusätzlich die Kindersterblichkeit. Auch benutzen sie zwei unterschiedliche Methoden (Free Disposable Hull Analysis; Data Envelopment Analysis), um die Effizienzdefizite zu quantifizieren. In den vier erstellten Rangordnungen landet Deutschland durchweg auf den hinteren Effizienzplätzen 18 bis 22 (Afonso und St. Aubyn 2005).

### 3 Eckpunkte zur nachhaltigen Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen

Das enttäuschende Abschneiden Deutschlands bei internationalen Effizienzvergleichen muss Gründe haben. Der Vergleich der Gesundheitssysteme legt nahe, die Gründe nicht zuletzt in folgenden Bereichen zu suchen:

ABBILDUNG 2

#### Lebenserwartung bei Geburt und Gesamtausgaben für Gesundheit als Anteil vom Bruttoinlandsprodukt für OECD Länder



Quelle: OECD Health Data 2009; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

Die Daten beziehen sich auf 2007 mit folgenden Ausnahmen: Die Lebenserwartungen von Kanada, Italien, Großbritannien und USA sind die von 2006. Die Gesamtausgaben für Gesundheit beziehen sich für Japan, Luxemburg und Portugal auf 2006 und für die Türkei auf 2005.

- Überkapazitäten im Krankenhausbereich: Nach OECD-Daten 2009 hielt Deutschland 2007 pro 1.000 Einwohner 5,7 Betten in der Akutversorgung vor, während der OECD-Durchschnitt lediglich 3,8 betrug. Ein Land wie Schweden kam 2007 mit 2,1 Betten pro 1.000 Einwohner aus. (In einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung vom 29./30. Mai 2010 weist die Chefin des Krankenkassen-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, darauf hin, dass in einem 50-km-Umkreis um das Essener Stadtzentrum etwa 100 Krankenhäuser die gleiche Knieoperation anbieten.)
- Doppelte Versorgungsstrukturen: In der ambulanten Versorgung konkurrieren die Krankenhäuser mit den niedergelassenen, frei praktizierenden Fachärzten, ohne dass es eine klare Aufgabenteilung gäbe.
- Die mangelnde Bedeutung von Managed Care: Die dominierenden Organisationsprinzipien bei der Behandlung von Krankheiten sind die freie Arztwahl auf Seiten der Patienten und die Therapiefreiheit auf Seiten der Ärzte. Ein Management der Versorgung durch die Versicherungsgeber ist in Deutschland anders als im Ausland so gut wie nicht existent. (Nach dem jüngsten Barmer GEK-Report soll 2008 jeder gesetzlich Versicherte 18,1-mal im Jahr einen niedergelassenen Arzt aufgesucht haben. Das verschaffe Deutschland international eine Spitzenposition.)
- Eine mangelhaft geordnete Arzneimittelversorgung: Deren Kennzeichen sind überhöhte Produktpreise, mangelnde Nutzen-Kosten-Vergleiche, eine fragwürdige Direktberatung von Ärzten durch die Pharmaindustrie und eine Überversorgung mit Apothekenniederlassungen. (Patentgeschützte Arzneimittel aber auch Generika sind in Deutschland 50 bis 100 Prozent teurer als in anderen europäischen Ländern. Zu diesem Ergebnis kommen die Herausgeber des aktuellen „Arzneiverordnungs-Report 2010“. Sie berechnen daraus Wirtschaftlichkeitsreserven in Höhe von 9,4 Milliarden Euro [Schwabe und Paffrath 2010].)

Man darf nicht erwarten, dass eine solche Auflistung von Problemen des deutschen Gesundheitswesens auf ungeteilte Zustimmung stößt. Insbesondere die medizinischen Leistungserbringer werden als Betroffene die Probleme anders wahrnehmen und gewichten. Aber auch die breite Öffentlichkeit wird die Dinge anders sehen. So gelten etwa großzügig bemessene Krankenhauskapazitäten und die freie Arztwahl in Deutschland als soziale und erhaltenswerte Errungenschaften. Die Tatsache, dass die Gesundheitswesen anderer Länder knapper bemessene Krankenhauskapazitäten haben, die Arztwahl einschränken und medizinisch nicht schlechtere Ergebnisse erzielen, wird von der Öffentlichkeit nicht zum Anlass genommen, die gewachsenen Strukturen infrage zu stellen. Dass der medizinische Nutzen die Kosten vermutlich nicht rechtfertigt, wird nicht erkannt.

Für die weiteren Überlegungen ist es letztlich unerheblich, ob die vorstehende Auflistung von Problembereichen in jedem Detail zustimmungsfähig ist. Das wäre anders, wenn die Auflistung die konkrete Aufforderung an den Staat beinhaltet, gezielte Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Solche erwartet zwar die Öffentlichkeit immer dann, wenn Probleme aufgezeigt werden, sie lassen sich mit den bewährten Grundprinzipien der freien und sozialen Marktwirtschaft aber nicht wirklich in Einklang bringen. Nach diesen Grundprinzipien ist es die primäre Aufgabe des Staates, sich als Ordnungsgeber zu betätigen. Er sollte nur dann in Leistungsprozesse direkt eingreifen, wenn weniger eingriffsintensive Lösungen nicht überzeugen. Auf das Gesundheitswesen angewandt bedeutet das, dass sich der Staat auf seine Ordnungsfunktion besinnt und die Leistungsverantwortung an die gesetzlichen Krankenkassen, privaten Versicherungen und medizinischen Leistungserbringer delegiert. Schließlich ist Deutschland in der glücklichen Lage, dass es traditionell über eine große Zahl von unabhängigen Krankenkassen und Versicherungen verfügt. Diese institutionelle Vielfalt hat sich lediglich in der Vergangenheit in keiner Leistungsvielfalt niedergeschlagen. Der Wettbewerb der gesetzlichen und privaten Versicherer ist vor dem GKV-WSG ein steriler in dem Sinne gewesen, dass er zwar Beitragsvielfalt aber keine Angebotsvielfalt hervorbrachte hat. Die fehlende Innovationskraft des Wettbewerbs der Versicherer lässt sich nicht zuletzt an der geringen Bedeutung von Managed-Care-Modellen festmachen. Bis in die jüngste Vergangenheit spielte es in Deutschland keine nennenswerte Rolle, wo man sich versicherte. Allein die Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen oder privaten Versicherung war bedeutsam, aber die wenigsten durften zwischen beiden Systemen wählen.

Dieser Zustand war und ist höchst unbefriedigend. Das GKV-WSG kann man nun als den Versuch interpretieren, dem Gesundheitswesen einen neuen Ordnungsrahmen zu geben (Knieps 2007). Dieser weist den Versicherern eine stärkere Mitverantwortung bei Leistungen und Kosten zu. Der Staat zieht sich dagegen in überschaubaren Teilbereichen auf eine Ordnung gebende Funktion zurück. Er öffnet Freiräume, die die Versicherer für Innovationen in der medizinischen Versorgung nutzen können. Letztlich ist das GKV-WSG von dem Willen geprägt, das Gesundheitswesen mit den Grundprinzipien der freien Marktwirtschaft in Einklang zu bringen, und zwar ohne soziale Belange zu beschädigen. Die Reform beruht auf zwei tragenden Säulen. Die eine besteht in der Gewährung erweiterter Vertragsfreiheiten an Versicherer, Versicherte und medizinische Leistungserbringer (Stichworte: Wahltarife und Selektivverträge). Die andere Säule besteht in der instrumentellen Neuausrichtung des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder (Stichworte: Zusatzbeiträge und Boni). Nur die zweite Säule ist in einem engeren Sinne mit der Einführung des Gesundheitsfonds gleichzusetzen.

Die Reform zeigt erkennbar erste positive Wirkungen. Die Versicherten können zunehmend zwischen verschiedenen Tarifangeboten wählen, etwa solchen mit und ohne Selbstbehalt. Die Krankenversicherungen machen verstärkt von der Möglichkeit Gebrauch, mit den Leistungserbringern Selektivverträge abzuschließen. Das geschieht etwa bei der ambulanten Versorgung (*Rürup und Wille 2009*). Auch bei der schon länger existierenden hausarztzentrierten Versorgung gibt es Bewegung. Kollektivverträge werden durch selektivvertragliche Vereinbarungen abgelöst beziehungsweise ergänzt. Insbesondere mehren sich die Berichte in den Medien über eine zunehmende Bereitschaft der Versicherten, ihre Krankenkasse zu wechseln. (Nach einem Bericht des Handelsblatts vom 2. August 2010 verloren im ersten Halbjahr 2010 die DAK 307.000 und die KKH Allianz 147.000 Versicherte. Als die großen Gewinner der Versichertenwanderung wurden die Barmer GEK, die Techniker-Krankenkasse und die AOK herausgestellt.) Eine solche Wechselbereitschaft ist die zentrale Voraussetzung für einen effizienzförderlichen Wettbewerb.

Wie schon eingangs erwähnt, kann man dem Gesetzgeber vorhalten, mit dem GKV-WVG nicht hinreichend konsequent reformiert zu haben. Kritisieren lässt sich insbesondere, dass die Krankenkassen nicht das Recht erhielten, auch mit den Krankenhäusern selektiv zu kontrahieren. So bleibt es ihnen verwehrt, die Qualitätsinteressen ihrer Mitglieder in einem wettbewerblichen Prozess zur Geltung zu bringen, auf konkurrierende Leistungsangebote durch gezielte Nachfrage einzuwirken und den freien Zugang zu bestimmten Einrichtungen gegebenenfalls auch einzuschränken (*Henke und Richter 2009*).

Der Krankenhausbereich liefert lediglich ein Beispiel für die ordnungspolitisch anzustrebende Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen. Die Rolle des Staates hat sich grundsätzlich darauf zu beschränken,

- Mindestleistungen festzulegen, die eine Krankenversicherung im Rahmen der medizinischen Grundversorgung abzudecken hat,
- den Rahmen vorzugeben, innerhalb dessen autonom handelnde Krankenversicherer und Leistungserbringer die medizinische Versorgung auf wettbewerblicher Basis sicherstellen, und im Übrigen
- die Finanzierung der medizinischen Grundversorgung sozial- und anreizverträglich zu gewährleisten.

Originäre Kompetenzen der Bundesländer lassen sich bei der gesundheitlichen Versorgung ordnungspolitisch nicht begründen. Weder ist eine Teilung der ordnunggebenden Funktion sinnvoll, noch ist bei der medizinischen Leistungs-

erbringung ein spezifischer allokatonspolitischer Regulierungsbedarf anzuerkennen, dem auf der regionalen Ebene besser als auf der gesamtstaatlichen zu begegnen ist. Der Krankenhausbereich liefert sogar ein schönes Beispiel für die negativen Folgen einer regional verankerten Planungskompetenz. Die angesprochenen Überkapazitäten kann man ja nur mit der mangelhaften Berücksichtigung gesamtstaatlicher Interessen erklären. Sie sind das Ergebnis der dualen Krankenhausfinanzierung, bei der lediglich die Aufwendungen für Investitionen auf Länderebene zu tragen sind. Die Betriebskosten werden dagegen von den Versicherungen gedeckt und damit von den Bürgern aller Bundesländer. Da Krankenhäuser lediglich regionalen Nutzen schaffen, sind Überkapazitäten zu erwarten.

In dem Maße, wie der Staat sein Handeln auf die benannten Kernfunktionen begrenzt und die Sicherstellung und Erbringung medizinischer Leistungen wettbewerblich agierenden Versicherungen überlässt, wird Gesundheitspolitik zur Wettbewerbspolitik (*Rürup und Wille 2009*). Es ist dann nicht nur konsequent, sondern sogar geboten, das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen auch im Gesundheitswesen anzuwenden, und zwar gegenüber allen Akteuren, seien es Versicherungsgeber, Versicherungsnehmer oder Erbringer medizinischer Leistungen. Was das bedeutet, lässt sich am besten an Beispielen aufzeigen.

Jede Form von wettbewerbswidriger Preisabsprache ist abzulehnen. Das gilt auch für eine staatlich administrierte Gebührenordnung. Es muss Versicherungen und Leistungsanbietern immer gestattet sein, einzelvertraglich Preise und Mengen festzulegen. Eine gesetzliche Verpflichtung, nach der jede Krankenkasse mit einem Kollektiv von Leistungserbringern wie dem Hausärzteverband einen Vertrag abzuschließen hat, ist inakzeptabel. Es sind aber auch kollektivvertragliche Absprachen auf Seiten der Versicherungsnehmer unerwünscht. In Deutschland spielen diese zwar keine Rolle, dafür in anderen Ländern wie etwa in den USA und den Niederlanden eine umso problematischere. Sie nehmen dort die Form von Gruppenverträgen an, die Arbeitgeber oder Gewerkschaften mit ausgewählten Versicherungen aushandeln (*Fronstin 2010; Leu et al. 2008; Agasi 2010*). Da es auf solche Verträge Rabatt gibt, ist der Anreiz gering, eine Versicherung nach individuellen Bedürfnissen abzuschließen. Letzteres ist aber die Voraussetzung dafür, dass ein effizienzförderlicher Vertragswettbewerb in Gang kommt. Der Einzelne muss gezwungen werden, bei Leistungen, die nicht der medizinischen Grundversorgung zuzurechnen sind, die gesellschaftlichen Kosten und den individuellen Nutzen sorgfältig und unverfälscht abzuwägen. Die Einführung des Gesundheitsfonds hat wie schon erläutert genau das zum Ziel. Die Überforderungsklausel bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen steht dagegen dem Ziel entgegen. Insofern ist es richtig, wenn Gesundheitsminister Rösler plant, sie abzuschaffen. Diese

Feststellung lenkt den Blick auf die im Juli 2010 angekündigte Finanzreform (siehe auch *Greß et al. 2010*).

## 4 Umfinanzierung der Gesundheitsausgaben

Seit Einrichtung des Gesundheitsfonds muss man bei der Finanzierung der GKV stärker als früher zwischen Zwangsbeiträgen und freiwilligen Prämienzahlungen unterscheiden. Die Zwangsbeiträge werden nach dem beitragspflichtigen Entgelt bemessen und haben öffentlich-rechtlichen, steuerartigen Charakter. Ihnen kann sich der Pflichtversicherte nicht ohne Weiteres entziehen. Die Prämienzahlungen werden dagegen bei Wahlтарifen fällig und können auch die Form von Zuzahlungsermäßigungen annehmen. Da sie aus freiwilligen Entscheidungen resultieren, ist es gerechtfertigt, die finanziellen Konsequenzen der Privatsphäre zuzuordnen. Prämienzahlungen haben also privatrechtlichen, preisartigen Charakter. Eine Zwitterstellung zwischen Zwangsbeiträgen und freiwilligen Prämienzahlungen nehmen die Zusatzbeiträge ein, die Krankenkassen zur Deckung von Finanzierungsdefiziten erheben. Solchen Zusatzbeiträgen kann man in dem Maße Zwangscharakter zusprechen, wie sie von allen Krankenkassen erhoben werden. Dagegen darf man Zusatzbeitragsanteile, die nicht von allen Kassen erhoben werden, den freiwilligen Prämienzahlungen zuordnen. Schließlich könnte der Versicherte ihre Zahlung durch Kassenwechsel vermeiden.

Dem Fonds-konzept entspricht es, zwischen Zwangsbeiträgen und freiwilligen Prämienzahlungen rechtlich klar zu trennen und die Zusatzbeiträge im vollen Umfang letzteren zuzuordnen (*Henke und Richter 2009*). Die Trennung ist vom Gesetzgeber im Rahmen des GKV-WSG allerdings nur unvollkommen vollzogen worden. Ihr widerspricht es zum Beispiel, wenn die als freiwillig zu betrachtenden Zusatzbeiträge durch Bezugnahme auf das beitragspflichtige Einkommen begrenzt werden, wie es die Überforderungsklausel nach Paragraph 242 Absatz 1 SGB V vorsieht. Ebenso ist die in Paragraph 53 Absatz 8 SGB V vorgeschriebene Begrenzung von Zuzahlungsermäßigungen nach den persönlich entrichteten Beiträgen verfehlt. (Wenn man die Wahl von Selbsthalten einschränken will, weil es etwa gilt, adverse Selektionseffekte abzumildern, sollte man die Höhe der Selbstbehalte direkt und ohne jede Bezugnahme auf Beitragszahlungen begrenzen.) Die Krankenkassen müssen die Möglichkeit haben, Prämienzahlungen ebenso wie Boni allein nach der Kostendifferenz zu bemessen, die eine entsprechende Tarifwahl verursacht. Nur dann werden allokativ effiziente Entscheidungen der Versicherten unterstützt.

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, wenn die Regierung beabsichtigt, die an die Entrichtung von Zusatzbei-

trägen anknüpfende Überforderungsklausel abzuschaffen und durch eine Regelung, die an den Zwangsbeiträgen anknüpft, zu ersetzen. Die Überforderungsklausel ist ja dem Streben nach Sozialverträglichkeit geschuldet. Ihr funktionsgerechter Platz liegt daher bei der Erhebung der Zwangsbeiträge und nicht bei der Zahlung von als freiwillig zu begreifenden Zusatzbeiträgen. Zu hoffen ist, dass im Rahmen der Reform auch gleich die beitragsabhängige Bemessung von Boni abgeschafft wird. Man könnte dann von einer sachgerechten Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds sprechen. Umso mehr überrascht es, wenn das Eckpunktepapier vom 6. Juli 2010 auf den Gesundheitsfonds mit keinem Wort Bezug nimmt. Offenbar fällt den politisch Handelnden das Eingeständnis schwer, mit den angekündigten Maßnahmen den Reformansatz der alten Bundesregierung lediglich weiterzuentwickeln.

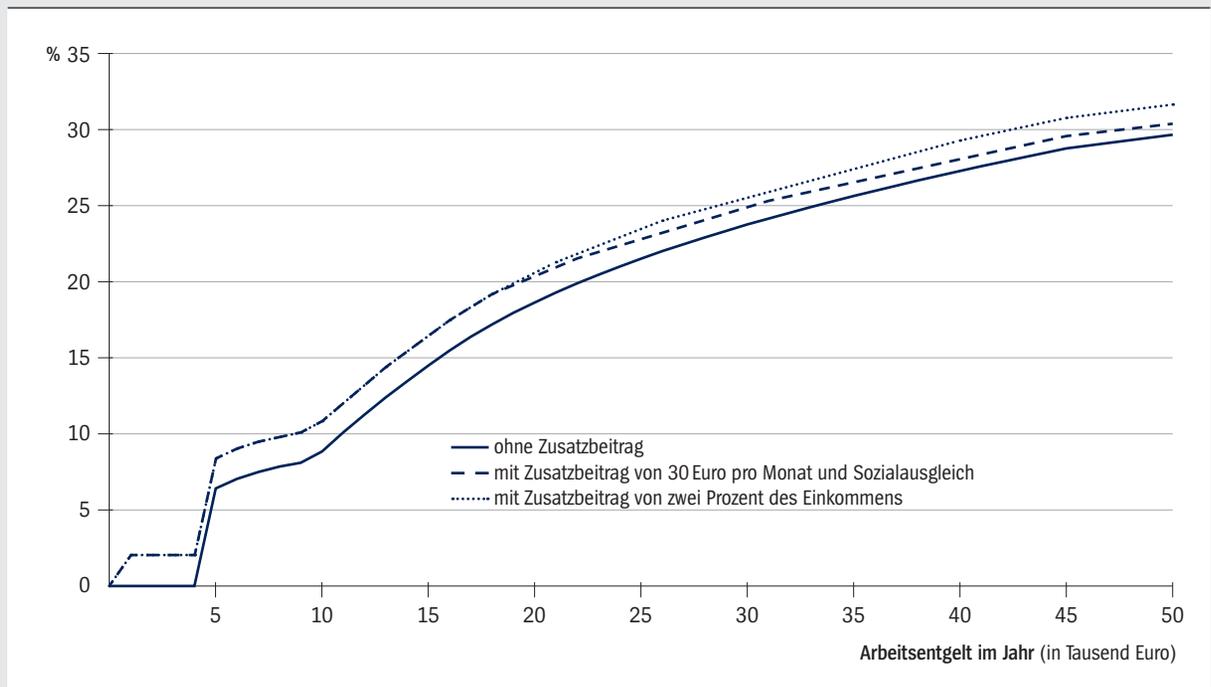
Die neue Überforderungsklausel sieht vor, dass der individuelle Pflichtbeitrag in dem Maße abgesenkt wird, wie der GKV-weite durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Die genaue Form der Absenkung und des geplanten Ausgleichs aus Steuermitteln geht aus dem Eckpunktepapier nicht hervor. Kritisiert wird in den Medien allerdings auch eher die Bezugnahme auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag. Diese bewirkt, dass der Sozialausgleich selbst dann erfolgt, wenn der individuell gezahlte Zusatzbeitrag die Zwei-Prozentgrenze nicht erreicht. Es wird also im Einzelfall auch ein Sozialausgleich trotz fehlender Mehrbelastung gewährt. Die Regelung wird dann nachvollziehbar, wenn man die Zusatzbeiträge bis zu ihrer durchschnittlichen Höhe als Zwangsabgabe deutet und etwaige Beitragsabweichungen als freiwillige Prämienzahlungen beziehungsweise Zuzahlungsermäßigungen. Lediglich bei Zwangsabgaben ist ein Sozialausgleich geboten. Die gefundene Regelung sorgt für unverzerrte Wahlreize zwischen konkurrierenden Versicherungsangeboten und ist unter diesem wichtigen Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

Aus der Benennung einer Zwei-Prozentgrenze leitet die Öffentlichkeit die sorgenvolle Erwartung ab, dass die Zusatzbeiträge schon in naher Zukunft explodieren. Das muss allerdings nicht zwingend geschehen. So dürfte der wachsende Wettbewerbsdruck dem Kostenanstieg entgegenwirken. Auch wäre das Gegenteil dann nicht zu kritisieren, wenn die zusätzlich zu finanzierenden Gesundheitsleistungen durch die Zahlungsbereitschaft der alternden Gesellschaft gestützt werden. Beiträge zur GKV sind nur in dem Maße zu problematisieren, wie der Nutzen hinter den Kosten zurückbleibt.

Die nachfolgende Abbildung 3 veranschaulicht die resultierenden Belastungswirkungen, wenn Zusatzbeiträge individuell und durchschnittlich in Höhe von 30 Euro erhoben werden und wenn die extreme Annahme getroffen wird, dass einem Beitrag an die GKV ähnlich wie einer Einkom-

ABBILDUNG 3

### Die durchschnittliche Abgabenbelastung aus Einkommenssteuer, GKV-Arbeitnehmerbeitrag und GKV-Zusatzbeitrag



Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2010

mensteuerzahlung individuell kein nennenswerter Nutzen zugerechnet werden kann. Die durchgezogene Kurve zeigt zunächst, welche durchschnittliche Abgabenbelastung resultiert, wenn man zur Einkommensteuer des Jahres 2010 den schon 2009 erreichten und ab 2011 wieder geltenden GKV-Arbeitnehmerbeitragsatz von 8,2 Prozent hinzuaddiert. Berücksichtigt wurden bei der Berechnung (a) der einkommensteuerliche Arbeitnehmerpauschbetrag von 920 Euro, (b) die Abzugsfähigkeit des Arbeitnehmerbeitrags zur GKV bei der Ermittlung der einkommensteuerlichen Bemessungsgrundlage sowie (c) spezielle Beitragsvergünstigungen im Niedriglohnbereich. Die gestrichelte Kurve ist diejenige, die sich ergibt, wenn man zusätzlich einen auf zwei Prozent begrenzten fiktiven GKV-Zusatzbeitrag von 30 Euro pro Monat berücksichtigt. Man erkennt, dass die Zwei-Prozentgrenze bei Einkommen bis 18.000 Euro greift. Die gepunktete Kurve resultiert, wenn man zur durchgezogenen Kurve zwei Prozent hinzuaddiert. Sie verdeutlicht die obere Begrenzung der persönlichen Belastung bei unbegrenzt wachsenden Zusatzbeiträgen. Die Finanzierung des Sozialausgleichs etwa durch eine Anhebung der Mehrwertsteuer bleibt bei dieser Betrachtung ausgeblendet.

Für die FDP ist die Einführung der Zwei-Prozentgrenze lediglich ein Zwischenschritt auf dem Weg zur Einführung sozial ausgeglichener Pauschalprämien. Sie erhofft sich von dieser Reform eine längerfristige Entkoppelung der Gesundheits- von den Lohnkosten. Die Hoffnung ist allerdings nur gerechtfertigt, wenn regressive Verteilungswirkungen in Kauf genommen werden. Die Begründung lautet wie folgt: Wenn jeder Bürger gezwungen ist, eine Krankenversicherung abzuschließen, haben die Beiträge faktisch Steuercharakter, und sie wirken auf Arbeitsanreize nicht anders als die Einkommensteuer. Folglich muss man bei Arbeitsmarktanalysen die Pflichtbeiträge für die Krankenversicherung und die Einkommensteuer stets als Summe betrachten. Eine Umfinanzierung kann daher allenfalls dann allokativ positive Wirkungen entfalten, wenn man bereit ist, die Progression des Summentarifs zu reduzieren (Haufler 2004; Buchholz 2005). (Hierzu gibt es aber auch gegenteilige Einschätzungen [Pimpert 2010]). Die Progression der gestrichelten Kurve in Abbildung 3 ist auch geringer als die der durchgezogenen. Nur wenn die Politik bereit ist, solche regressiven Verteilungswirkungen zu tolerieren, lassen sich Gesundheits- und Lohnkosten entkoppeln.

Eine weitere, oft wiederholte Behauptung ist höchst zweifelhaft. Nach dieser ist ein Wechsel zu Pauschalprämien erstrebenswert, weil er den Sozialausgleich auf eine breitere steuerliche Basis zu stellen erlaubt (*Greß et al. 2010*). Man vergisst dabei, dass die Beitragsbemessung zur GKV anders als die Einkommensbesteuerung keinen Grundfreibetrag kennt. Selbst die Bemessungsgrundlage der Mehrwertsteuer hat nicht die Breite, die vereinfachende Modellbetrachtungen nahelegen. Nach überschlägigen Berechnungen entsprach jedenfalls 2008 ein Prozentpunkt bei der Mehrwertsteuer einem Aufkommen von lediglich 9,3 Milliarden Euro, ein Prozentpunkt beim Beitrag zur GKV dagegen einem Aufkommen von 10,9 Milliarden Euro (*Richter 2009*).

Eine auf die GKV beschränkte Umfinanzierung der Arbeitnehmerbeiträge, die alle Verteilungswirkungen neutralisiert, hat keine realen Arbeitsmarktwirkungen. Es dürfte schwer fallen, die Bevölkerung von dem Nutzen einer solchen Reform zu überzeugen. Wer gesetzlich versichert ist, wird nur noch Sorge haben, zur Gruppe der Reformverlierer zu gehören. Und diese Sorge ist berechtigt. Substanzielle Schritte in Richtung sozial ausgeglichener Pauschalprämien werden daher allenfalls dann breitere Zustimmung finden, wenn ein größerer, gesellschaftspolitisch bedeutsamer Zusammenhang hergestellt wird. Dieser größere Zusammenhang kann nach fester Überzeugung des Autors nur in dem Ziel bestehen, die nicht länger rational begründbare Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu überwinden. Würde Deutschland diese Grenze abschaffen, folgte es im Übrigen lediglich dem Beispiel der Niederlande. Eine solche Politik entspräche nicht nur dem Gerechtigkeitsempfinden der Bevölkerung. Sie hätte auch andere Vorteile. So könnte die Einkommensumverteilung im Gesundheitswesen nach den gleichen Prinzipien ausgeformt werden, die auch für die Besteuerung tragend sind. Bei einer entsprechenden Angleichung der Systeme wären vielleicht sogar bescheidene Effizienzgewinne zu realisieren (*Richter 2009*). Am Ende des Reformweges gäbe es nicht länger gesetzliche und private Vollversicherungen, sondern nur noch eine gesetzliche Versicherung zur Abdeckung der medizinischen Grundversorgung und daneben Zusatzversicherungen. Jeder Inländer wäre verpflichtet, die gesetzliche Versicherung abzuschließen. Abschlüsse von Zusatzversicherungen wären dagegen genauso freiwillig wie die privaten Ausgaben für eine bessere Gesundheit. Um die Angebote konkurrierten gewinnorientierte und nicht gewinnorientierte Versicherer gleichberechtigt, und zwar sowohl im gesetzlichen Bereich als auch im Zusatzgeschäft. Lediglich die gesetzlichen Versicherungen würden über den Gesundheitsfonds finanziert, und die Anbieter konkurrierten sowohl mit der Qualität der Versorgung als auch preislich mit Zusatzbeiträgen beziehungsweise Prämienauszahlungen (*Henke und Richter 2009*). Allerdings wird sich diese Vorstellung in Deutschland nicht so schnell verwirklichen lassen. Die Beharrungskräfte sind groß. Auch schließt der

Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 substanzielle Schritte in diese Richtung aus. Er bestätigt vielmehr der privaten Krankenvollversicherung ihre Daseinsberechtigung als konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen.

## 5 Fazit

Die von der Regierung geplante Einführung der Zwei-Prozentregel ist insofern zu begrüßen, als sie die Anreize der gesetzlich Versicherten stärkt, bei Wahlтарifen kostenbewusste Entscheidungen zu treffen. Die vielfach zu Recht kritisierte Überforderungsklausel wird durch einen Sozialausgleich ersetzt, der an der Bemessung der Pflichtbeiträge anknüpft. Insgesamt kann man von einer sinnvollen Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds sprechen. Die FDP begreift allerdings die Zwei-Prozentregel lediglich als Zwischenschritt bei der sozial verträglichen Einführung von Pauschalprämien. Die positiven Allokationswirkungen der Pauschalprämien überschätzt sie. Die Einführung von Pauschalprämien ergibt nur im direkten Zusammenhang mit der Überwindung der Grenze Sinn, die gesetzliche und private Krankenversicherungen trennt. Ein derartiges Reformvorhaben ist allerdings mit dem Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 nicht vereinbar. Im Übrigen dürfte sich die Effizienz im Gesundheitswesen nur dadurch nachhaltig verbessern lassen, dass die Vertragsrechte der nicht staatlichen Akteure ausgeweitet und die Krankenkassen stärker in die Verantwortung für die Kostenentwicklung eingebunden werden. Die Krankenkassen müssen sich zu innovationsfreudigen Gesundheitsmanagern fortentwickeln, und der Staat sollte sich darauf beschränken, den Wettbewerb um Managed Care zu ordnen.

## Literatur

**Afonso A, Aubyn MS (2005):** Non-parametric Approaches to Education and Health Expenditure Efficiency in OECD Countries. *Journal of Applied Economics*, Band 8, 227–246

**Agasi S (2010):** Krankenversicherung in den Niederlanden: Von der kleinen Prämie zur großen Prämie. *Die Krankenversicherung*, Heft 3, 68–72

**Breyer F, Haufler A (2000):** Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. *International Tax and Public Finance*, Band 7, 445–461

**Buchholz W (2005):** A Note on Financing Health-Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden. *Finanz-Archiv* 61, 438–446

**Eckpunktepapier (2010), ohne Verfasser:** Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem; [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) → Gesundheit → Alles Wichtige zur Gesundheitsreform → Die Gesundheitsreform

**Fronstin P (2010):** Choice of Health Plan: Findings from the 2009 EBRI/MAG Consumer Engagement in Health Care Survey. *EBRI Notes*, Vol. 31

**Greß S, Jacobs K, Schulze S (2010):** GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. *Erscheint in: Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 4

**Henke KD, Richter WF (2009):** Zur Zukunft des Gesundheitsfonds. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 89, 727–732

**Knieps F (2007):** Der Gesundheitsfonds aus Sicht der Politik. In: Göppfardt D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*. St. Augustin: Asgard, 9–26

**Leu RE, Rutten F, Brouwer W, et al. (2008):** The Swiss and the Dutch Health Care Systems Compared: A Tale of Two Systems. Baden-Baden: Nomos Verlag

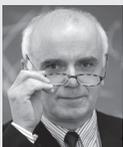
**Pimpertz J (2010):** Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *IW-Trends*, Heft 2, 75–90

**Richter WF (2009):** Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Jg. 10, 469–479

**Rürup B, Wille E (2009):** Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Abschlussbericht zu einem Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen. Berlin: IGES Institut GmbH

**Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) (2010):** *Arzneiverordnungs-Report 2010 – Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Heidelberg: Springer

## DER AUTOR



**Professor Dr. Wolfram F. Richter,** Jahrgang 1948, Studium der Mathematik an der Universität Karlsruhe, Promotion zum Dr. rer. pol. und Habilitation in Volkswirtschaftslehre an der Universität Karlsruhe. Seit 1981 Professor für Öffentliche Finanzen an der Technischen Universität

Dortmund. Seit 1994 Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen. Seit 2004 Fellow der European Economic Association. Forschungsschwerpunkte: Besteuerung, soziale Sicherung und Bildung. Wolfram F. Richter gilt als „geistiger Vater“ des Gesundheitsfonds.