

# Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?

von Klaus Jacobs<sup>1</sup> und Jürgen Wasem<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Seit vier Jahren** gibt es mit dem Gesundheitsfonds eine neue Finanzierungsarchitektur in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Erwartungen, die mit seiner Einführung und den zwei Jahre später erfolgten Modifizierungen im Hinblick auf mehr versorgungsorientierten Krankenkassenwettbewerb zum Nutzen der Versicherten geweckt wurden, haben sich bis heute nicht erfüllt. Die Gründe dafür haben nur teilweise mit dem Fondskonzept zu tun, denn Defizite bei wettbewerblichen Handlungsanreizen und -optionen bestehen fort. Beim Gesundheitsfonds hat sich der gesetzlich fixierte Beitragssatz als Fehler erwiesen. Wenn außerdem die Rolle der Zusatzbeiträge neu justiert wird, hat der Gesundheitsfonds durchaus eine Zukunft.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitsfonds, gesetzliche Krankenversicherung, Krankenkassenwettbewerb

**Four years ago**, the German Health Fund, a new financing architecture in statutory health insurance, has been launched. However, the expectations raised by its introduction and by the modifications made two years later in order to enhance health care oriented competition of the sickness funds to the benefit of the insureds have still not been met. This is only partly due to the concept of the fund since there are still deficits in competitive incentives and options. It was an error to legally fix the contribution rate of the Health Fund. But furthermore, the role of the additional contributions should be readjusted. Then the Health Fund still has a future.

**Keywords:** German Health Fund, statutory health insurance, health insurance competition.

## 1 Der Gesundheitsfonds in der Kritik: gut oder schlecht für den Kassenwettbewerb?

Anfang 2009 hat die Finanzierungsarchitektur der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der Einführung des Gesundheitsfonds eine grundlegende Änderung erfahren. Seither legt nicht mehr jede Krankenkasse ihren eigenen Beitragssatz fest, sondern es gibt unabhängig von der individuellen Kassenzugehörigkeit einen einheitlichen Beitragssatz für alle GKV-Mitglieder. Die auf dessen Grundlage einkommensabhängig erhobenen Beitragszahlungen fließen zusammen mit Zuschüssen aus dem Bundshaushalt – dem Gesetz zufolge im Umfang von 14 Milliarden Euro (Para-

graf 221 Sozialgesetzbuch V) – in den Gesundheitsfonds. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds regelmäßige Finanzzuweisungen nach einem Verteilungsschlüssel, der sich weit überwiegend an den im Durchschnitt zu erwartenden Leistungsausgaben der Versicherten unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen bemisst (morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich). Krankenkassen, die mit diesen Zuweisungen nicht auskommen, um ihre Ausgaben zu decken, müssen von ihren Mitgliedern einkommensunabhängige Zusatzbeiträge erheben, soweit sie keine Rücklagen auflösen können. Dabei soll ein steuerfinanzierter Sozialausgleich einkommensschwache Mitglieder vor ökonomischer Überforderung bewahren, indem die individuelle Belastung eines Mitglieds durch den durchschnittlichen Zusatzbeitrag auf maximal zwei Prozent seiner beitragspflich-

<sup>1</sup>Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2182  
Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

<sup>2</sup>Professor Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, Lehrstuhl für Medizinmanagement · Schützenbahn 70 · 45127 Essen  
Telefon: 0201 183-4283 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: juergen.wasem@medman.uni-due.de

tigen Einnahmen begrenzt wird. Krankenkassen, die mehr Geld aus dem Fonds erhalten, als sie zur Ausgabendeckung benötigen, können Überschüsse an ihre Mitglieder als Prämien ausschütten.

Der Gesundheitsfonds ist von der großen Koalition im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) eingeführt und von der christlich-liberalen Koalition durch das 2011 in Kraft getretene GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) in Teilen modifiziert worden. Er stand von Beginn an in der Kritik, und Forderungen nach seiner Abschaffung sowie einer Rückkehr zum „Status quo ante“ sind bis heute nicht verstummt. Dabei resultierte ein Teil der Kritik bei der Einführung des Fonds vor allem aus der Enttäuschung darüber, dass mit der neuen Finanzierungsarchitektur lediglich eine Modifizierung der Zahlungsströme, aber kein substanzieller Beitrag zu dem von der Großen Koalition ursprünglich (im Koalitionsvertrag von 2005) selbst formulierten Ziel geleistet wurde, die Finanzierung der GKV stabiler, nachhaltiger und gerechter zu machen (deshalb auch das Urteil „ausgefallene Reform“; vgl. *Jacobs 2009*). Diese Kritik galt jedoch grundsätzlich der Konstruktion des Gesundheitsfonds.

Aktuell erfolgt die Kritik an der Finanzierungs konstruktion der GKV vor allem vor dem Hintergrund, dass sowohl der Gesundheitsfonds als auch einzelne Krankenkassen über hohe Finanzrücklagen verfügen, die den Beitragszahlern jedoch nicht unmittelbar zugutekommen: weder – in Bezug auf die Überschüsse des Fonds – durch eine Reduktion des einkommensabhängigen Beitragssatzes noch – in Bezug auf die Überschüsse einzelner Krankenkassen – durch Prämien ausschüttungen an die Mitglieder in einem Ausmaß, in dem dies möglich wäre. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) betragen die Überschüsse am Ende des dritten Quartals 2012 insgesamt rund 23,5 Milliarden Euro, davon rund 14 Milliarden Euro bei den Krankenkassen und rund 9,5 Milliarden Euro beim Gesundheitsfonds (*BMG 2012*). Unter explizitem Hinweis auf die hohen Fonds-Überschüsse ist mittlerweile beschlossen worden, die Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal ab 2013 ersatzlos zu streichen sowie den Bundeszuschuss 2013 und 2014 zur Haushaltskonsolidierung des Bundes um 2,5 beziehungsweise 2,0 Milliarden Euro zu reduzieren.

Ausgesprochen widersprüchlich erscheint die Bewertung des Gesundheitsfonds-Konzepts aus wettbewerblicher Sicht. Auf der einen Seite wurden sowohl die Einführung des Gesundheitsfonds durch die große Koalition als auch seine Modifizierung durch die christlich-liberale Koalition dezidiert wettbewerbspolitisch begründet. So heißt es in der Begründung zum GKV-WSG: „Mit der Einrichtung eines Gesundheitsfonds werden der Wettbewerb zwischen den Kassen und die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen sowie für mehr innovative Angebote der

Kassen erhöht“ (BT-Drs. 16/3950 vom 20.12.2006, 2). Und in der Begründung zum GKV-FinG wird ausgeführt: „Die Krankenkassen erhalten mit der Weiterentwicklung des Zusatzbeitrags wieder mehr Finanzautonomie. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wirkt als transparentes Preissignal“ (BR-Drs. 581/10 vom 23.09.2010, 4).

Auf der anderen Seite werden aber auch Forderungen nach einer Revision des bestehenden Konzepts mit einer Stärkung des Wettbewerbs begründet – so etwa durch Doris Pfeiffer, die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands: „Wir sind der Auffassung, dass die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie insgesamt zurückbekommen sollten. Der Spielraum zur Preisgestaltung sollte sich nicht nur auf Zusatzbeitrag und Prämienausschüttung beschränken. Wenn man Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung will, dann gehört auch der Preiswettbewerb dazu“ (Interview in der Rheinischen Post am 17.07.2012). Unterstützung fand diese Auffassung auch durch Karl Lauterbach, den gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, der sich ebenfalls für eine Rückkehr zur Beitragsfestsetzung durch die Kassen aussprach. Dies werde zu mehr Wettbewerb unter den Kassen führen (*Ärzte Zeitung online* vom 18.07.2012).

Was gilt denn nun? Ist die Finanzierungs konstruktion „Gesundheitsfonds plus kassenindividuelle Zusatzbeiträge“ gut oder schlecht für den Kassenwettbewerb? Soll der Gesundheitsfonds wieder abgeschafft werden oder gibt es Möglichkeiten, bestehende Defizite – in Bezug auf den Kassenwettbewerb, aber auch hinsichtlich der unregelmäßigen „Überschuss-Situation“ – durch gezielte Modifikationen zu beheben? Diese Fragen sollen im Folgenden näher betrachtet werden, denn spätestens nach der Bundestagswahl 2013 dürfte die GKV-Finanzierung wieder auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen.

## 2 Wettbewerbsmodell und Wettbewerbsrealität

### 2.1 Die Reformintention: Intensivierung des Kassenwettbewerbs

Wie in einer politikwissenschaftlichen Dissertation detailliert nachgezeichnet wird (*Pressel 2012*), war die Entstehung des Gesundheitsfonds nicht frei von Zufällen. Dabei standen sich die Partner der Großen Koalition 2005 – auch aufgrund von Unterschieden in der Problemwahrnehmung – zu Beginn mit vermeintlich unversöhnlichen Konzepten zur GKV-Finanzierung gegenüber: Auf der einen Seite ging es der Union in erster Linie um die beschäftigungspoli-

tisch motivierte Entkoppelung der Arbeitskosten von den Gesundheitsausgaben, die durch das Konzept der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich erreicht werden sollte (im Unterschied etwa zum Sachverständigenrat Wirtschaft allerdings nur für die GKV bei einem weiterhin segmentierten Krankenversicherungsmarkt). Auf der anderen Seite sah die SPD das zentrale Problem der GKV-Finanzierung in der Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen und verfocht mit der Einbeziehung weiterer Einkommensarten und Personengruppen in die solidarische Finanzierung im Rahmen einer Bürgerversicherung in erster Linie stabilisierungs- und verteilungspolitische Ziele.

Das maßgeblich von dem Dortmunder Finanzwissenschaftler Wolfram F. Richter entwickelte Konzept des Gesundheitsfonds war ausdrücklich als ein Kompromiss zwischen diesen beiden Positionen gedacht (Richter 2005). Sein besonderer Charme rührte nicht zuletzt auch daher, dass es als weiterentwicklungsfähig sowohl in Richtung Gesundheitsprämie (durch Senkung der einkommensbezogenen Beitragszahlungen zum Gesundheitsfonds) als auch in Richtung Bürgerversicherung (durch Erweiterung von Personenkreis und Beitragsbemessungsgrundlagen) dargestellt und eingeschätzt wurde (etwa explizit durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium für Finanzen 2005). In Bezug auf die zentrale Zielstellung der Finanzierungsreform traten dadurch jedoch zugleich die bei den Koalitionspartnern ursprünglich jeweils prioritären Zielsetzungen hinter das nunmehr in den Vordergrund gerückte Ziel der Wettbewerbsintensivierung zurück – sogar bis hin zur Namensgebung für das gesamte Reformgesetz als „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“.

Im Wettbewerbskonzept des Gesundheitsfonds spielt der pauschale Zusatzbeitrag, der allein von den Mitgliedern einer Kasse ohne Arbeitgeberbeteiligung entrichtet wird, genauso wie sein Gegenstück, die Prämienausschüttung, eine zentrale Rolle. Dabei unterscheiden die „Vordenker“ des Fonds-konzepts deutlich zwischen den beiden Funktionen der Mittelaufbringung und des Wettbewerbs. Zum Zweck der Mittelaufbringung seien einkommensbezogene Beiträge mit Arbeitgeberbeteiligung eine auch in anderen Ländern praktizierte Methode zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben, aber für den Wettbewerb der Krankenkassen seien sie nicht funktionsgerecht (Henke und Richter 2009, 728). Allerdings gilt das Kriterium der Funktionsgerechtigkeit einkommensunabhängiger Prämienausschüttungen und Zusatzbeiträge als maßgebliche Preissignale in einem funktionalen Kassenwettbewerb in der Praxis nur, wenn auch alle anderen wettbewerbsrelevanten Rahmenbedingungen des Gesundheitsfonds-Konzepts erfüllt sind. Davon kann derzeit jedoch keine Rede sein, denn in mindestens dreifacher Hinsicht gibt es hier unübersehbare Defizite.

## 2.2 Unzureichende wettbewerbliche Vertragsspielräume

Das betrifft zunächst die erforderlichen Vertrags- und Tarif-freiheiten der Krankenkassen als wesentliche Bestandteile des wettbewerblichen Gesamtkonzepts, auf die auch Wolfram F. Richter immer wieder verweist: „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“ (Richter 2010, 12).

Dabei ist der Krankenhaussektor im Hinblick auf eine verstärkte Wettbewerbsorientierung der Gesundheitsversorgung auf Vertragsbasis zwar ein ganz besonderer „Sündenfall“ – zu Forderungen nach mehr Wettbewerb im Krankenhausbereich siehe etwa verschiedene Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G 2007, Ziffer 529 ff.; SVR-G 2012, Ziffer 394) sowie der Monopolkommission (2008, Ziffer 794 ff.) –, aber beileibe keine Ausnahme. Zudem sind die (ohnehin begrenzten) Handlungsfreiräume für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb seit Einführung des Gesundheitsfonds nicht etwa konsequent weiter ausgebaut, sondern zum Teil sogar wieder beschränkt worden. Wenn Richter zum Beispiel den Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg ohne Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung kurz vor dem Start des Gesundheitsfonds noch als „Ausdruck der neuen Freiheit“ bezeichnet hat (Richter 2008, 633) – in der Erwartung, dass entsprechende Vertragsaktivitäten im „neuen“ Kassenwettbewerb an Zahl und Intensität zunehmen würden –, wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen gerade für diesen Vertragstyp seither gleich zweimal in wettbewerbsschädlicher Weise geändert (Jacobs 2012).

## 2.3 Überdeckungen der Fondszuweisungen für Gesunde

Die zweite „praktische Schwachstelle“ hinsichtlich der wettbewerblichen Funktionalität des Gesundheitsfonds-Konzepts betrifft die Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds auf die einzelnen Krankenkassen. Der Risikostrukturausgleich (RSA) als maßgeblicher Verteilungsschlüssel ist auf der Basis des Ausgleichsjahres 2009 umfassend vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs analysiert worden. Das Ergebnis dieser Analyse war, dass sich die Zielgenauigkeit der Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Leistungsausgaben gegenüber dem Vorgängermodell (ohne krankheitsbezogene Risikozuschläge) zwar deutlich erhöht hat, jedoch „noch Verbesserungs-

bedarf hinsichtlich der Deckungsquoten von Versicherten mit Krankheiten besteht, die mit hoher Letalität und ausgeprägter Multimorbidität einhergehen. Für ‚Gesunde‘ und Versicherte, die geringe Ausgaben verursachen, bestehen umgekehrt nach wie vor spürbare Überdeckungen durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ (*Drösler et al. 2011, 2*).

Wenn Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen gesunden Versicherten finanziell somit regelmäßig besser gestellt werden als erforderlich, Krankenkassen mit vielen kranken Versicherten umgekehrt aber im Durchschnitt keine ausreichenden Zuweisungen erhalten und alle Kassen ohnedies – siehe oben – nur in sehr begrenztem Umfang über wirksame vertragsbasierte Handlungsmöglichkeiten zur Steuerung des Ausgabengeschehens verfügen, sind Zusatzbeiträge und Prämienausschüttungen in der Realität schlechterdings überhaupt nicht imstande, hinreichend unverzerrte Preissignale auszusenden, wie sie im Wettbewerbskonzept des Gesundheitsfonds vorgesehen sind. Es trifft unter diesen Umständen eben gerade nicht zu, dass „das Mitglied 20 Euro sparen (wird), wenn es auf Leistungen verzichtet, die die Kasse erwartungsgemäß 20 Euro kosten“ (*Richter 2008, 633*), sondern ein Mitglied kann über eine Prämienausschüttung Geld sparen, wenn es nur einer Kasse angehört oder beiträgt, die besonders viele gesunde Mitglieder versichert. Dabei muss es auch keineswegs zwangsläufig auf Leistungen verzichten; im Gegenteil: Kassen mit Prämienausschüttungen – die Techniker Krankenkasse spricht dabei missverständlich von „Dividende“ (*TK 2012*) – haben vielfach zugleich sogar ein umfangreicheres Angebot an Satzungsleistungen als andere Kassen. Zudem kann sich bei der Ausschüttung von Prämien insoweit sogar ein partieller Selbstfinanzierungseffekt einstellen, weil junge und gesunde Versicherte deutlich häufiger wechseln als ältere und kranke (*Zok 2011*) und jeder Kassenwechsel somit im Durchschnitt den Überschuss der gewählten Kasse vergrößert, der zur Ausschüttung verwendet werden kann.

## 2.4 Dominanz von Zusatzbeitragsvermeidung

Damit sind wir beim dritten Punkt, bei dem es eine unübersehbare Differenz zwischen dem Wettbewerbsmodell des Gesundheitsfonds und der Wettbewerbsrealität gibt: Wie die inzwischen gesammelten Erfahrungen gezeigt haben, gibt es keine auch nur annähernde Symmetrie zwischen den Preissignalen von Zusatzbeiträgen und Prämienausschüttungen, solange im Gesamtdurchschnitt der GKV und auch von den meisten Kassen kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Krankenkassen, die 2010 und 2011 einen Zusatzbeitrag erheben mussten, erlitten teilweise massive Mitgliederverluste (die bei der City BKK und der BKK für Heilberufe sogar zur Schließung durch die Aufsicht führten), während die Mitgliederzuwächse von Kassen mit Prämienausschüttun-

gen durchaus überschaubar blieben. Wenn die große Mehrheit der Versicherten – wie auch Umfragen bestätigen (vgl. etwa *Mißbeck 2012*) – kein sonderliches Interesse an der Ausschüttung einer Prämie hat und stattdessen dafür plädiert, überschüssiges Geld in die Gesundheitsversorgung zu stecken oder zurückzulegen, ist es nur allzu verständlich, dass die Bereitschaft der Kassen zu Prämienausschüttungen ausgesprochen gering ist.

Vor diesem Hintergrund ist praktisch das gesamte Kassenhandeln vor allem auf das Ziel ausgerichtet, einen Zusatzbeitrag so lange wie irgend möglich zu vermeiden. Unter dieser Prämisse kommt jedoch kein Wettbewerb zustande, der auf der Grundlage von Selektivverträgen strukturelle Reformen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung anschiebt. Hierzu sind zumeist investive Vorleistungen erforderlich, bei denen „Erträge“ aber nicht nur zeitlich verzögert anfallen, sondern auch vom Umfang her kaum präzise kalkulierbar sind. Die hieraus resultierende Zurückhaltung der meisten Kassen im Hinblick auf wettbewerbles Vertragshandeln ist versorgungspolitisch besonders misslich, weil parallel zur Einführung des Gesundheitsfonds die Anschlagfinanzierung in der Integrierten Versorgung ersatzlos auslief und sich die Bedingungen für diesen „Kernbereich des selektiven Vertragsgeschehens“ (*Cassel et al. 2008, 165*) somit gleich zweifach verschlechterten.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt die unbefriedigende Wettbewerbssituation wie folgt: „Da die Zusatzbeiträge den Preiswettbewerb im Versicherungs- und damit einhergehend auch im Leistungsbereich verschärften, konzentrierten sich die Krankenkassen in den Jahren 2010 und 2011 weiterhin einseitig auf die preisliche Komponente und der Qualitätswettbewerb blieb (...) in statu nascendi stecken“ (*SVR-G 2012, Ziffer 520*). Folgerichtig kommt der Rat zu dem Schluss, dass „wettbewerbliche Aspekte (...) insofern für einen höheren durchschnittlichen Zusatzbeitrag sprechen (würden), bei dem die Differenzen zwischen den Krankenkassen zwar als Preissignale wirken, aber keinen hektischen Krankenkassenwechsel erzeugen“ (*SVR-G 2012, Ziffer 525*). Doch mündet diese Erkenntnis nicht etwa in die Empfehlung zur Senkung des Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds, sondern in die eher resignative Feststellung, dass sich der Gesetzgeber zu einer solchen Reform schon bei Einführung des Gesundheitsfonds nicht entscheiden konnte und „hierzu – unabhängig von der Ziel- und Systemkonformität einer solchen Maßnahme – derzeit wohl auch keine politische Bereitschaft (besteht)“ (*SVR-G 2012, Ziffer 525*).

In der Tat: Zwar preist die Bundesregierung den Zusatzbeitrag einerseits als zentrales Instrument zur Intensivierung des Kassenwettbewerbs, wertet es andererseits aber gleichzeitig als Erfolg ihrer Politik, dass aktuell fast keine Kasse

einen Zusatzbeitrag erheben muss. Mit verstärktem Kassenwettbewerb zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung hat der Status quo zu Beginn des fünften Jahres der neuen GKV-Finanzierungsarchitektur somit erkennbar nicht viel zu tun.

## 3 Reformbedarf und Reformoptionen

### 3.1 Zweifacher Reformbedarf

Der unbefriedigende Status quo des Kassenwettbewerbs verweist unmittelbar auf Reformbedarf in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds-Konzepts. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen verhält sich in dieser Frage bemerkenswert unentschieden, wenn nicht widersprüchlich. Einerseits stellt der Rat fest, dass die Zusatzbeiträge im Versicherungsbereich ein erwünschtes Preissignal bilden. Auch erscheint die aktuelle Abschwächung der vormals sehr starken Krankenkassenwechsel infolge temporär abgeschaffter Zusatzbeiträge „schon deshalb in wettbewerblicher Hinsicht unproblematisch, weil im geltenden System schon ab 2014 bei zahlreichen Krankenkassen wieder Zusatzbeiträge anfallen dürften, was den Preiswettbewerb im Versicherungsbereich dann erneut stimulieren wird“ (SVR-G 2012, Ziffer 526). Andererseits betont der Rat aber zugleich, dass „eine Krankenkasse mit (überdurchschnittlichen) Zusatzbeiträgen (...) zumindest prinzipiell die Chance besitzen (sollte), diesen preislichen Nachteil durch präferenzgerechte Angebote, innovative Versorgungsprojekte und besondere Leistungsqualitäten zu kompensieren“. In dieser Hinsicht bestehe jedoch eine „noch sehr rudimentäre Ausgangssituation“, sodass „das Schergewicht des Krankenkassenwettbewerbs (...) bisher sehr einseitig auf der Preis- beziehungsweise Beitragskomponente (lag)“ (SVR-G 2012, Ziffer 526).

Wenn es im Vertragsgeschäft gar keine ausreichenden Handlungsfreiräume gibt, sind die Preissignale – zumal in Verbindung mit einem bei gesunden Versicherten übersteuernden Risikostrukturausgleich – zwangsläufig derart verzerrt, dass sie in einem „sehr einseitigen“ Preiswettbewerb wohl kaum als „erwünscht“ bezeichnet werden können. Und dass ausgerechnet die Aussicht auf die erneute Stimulierung eines solchen Wettbewerbs die aktuell abgeschwächten Kassenwechsel als „in wettbewerblicher Hinsicht unproblematisch“ erscheinen lässt, ist auch schwer nachvollziehbar – vielmehr müsste gerade umgekehrt die Aussicht auf die Fortsetzung eines derart einseitigen Preiswettbewerbs auf der Grundlage verzerrter Preissignale Sorgen bereiten. Und „von selbst“ dürfte sich eine stärker versorgungsbezogene Ausrichtung des Kassenwettbewerbs wohl kaum einstellen.

Reformbedarf signalisieren aber auch die jüngsten Erfahrungen in Bezug auf den Umgang der Politik mit den Überschüssen des Gesundheitsfonds: den Verzicht auf dauerhafte Einnahmen der GKV aus der ersatzlos abgeschafften Praxisgebühr vor dem Hintergrund eines temporären Überschusses sowie die Kürzung des Bundeszuschusses 2013 und 2014 zur Haushaltskonsolidierung des Bundes. Angesichts der zunehmenden Bedeutung der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts dürften entsprechende Begehrlichkeiten des Bundesfinanzministers in Zukunft kaum geringer werden, zumal eine wesentliche Finanzierungsaufgabe der öffentlichen Hand im GKV-Kontext – die vorgesehene Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs für Zusatzbeiträge – bislang noch gar nicht angefallen ist. Wenn künftig wieder der „Normalfall“ eintritt und die GKV-Ausgaben schneller wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Beitragszahler, werden die Zusatzbeiträge unter den bestehenden Rahmenbedingungen GKV-weit ein immer höheres Niveau erreichen. Damit steigt zugleich aber auch das erforderliche Volumen an Steuermitteln für den Sozialausgleich, wodurch die Einhaltung der Verschuldungskriterien tendenziell gefährdet wird.

### 3.2 Gezielte Reformoptionen

Vor diesem Hintergrund weist das Gesundheitsfonds-Konzept in seiner aktuellen Ausgestaltung als zentrale Schwachstelle vor allem die gesetzliche Fixierung des einheitlichen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent auf. Diese Festsetzung hat einerseits dazu geführt, dass sich im Gesundheitsfonds überschüssige Finanzmittel angesammelt haben, die so nicht vorgesehen waren und – abgesehen von ausreichenden Schwankungsreserven – auch grundsätzlich nicht zur Umlagefinanzierung der GKV passen. Andererseits erfordert die Fixierung des Beitragssatzes bei überproportional steigenden GKV-Ausgaben immer mehr Steuermittel für den Sozialausgleich.

Deshalb muss jedoch keineswegs zwangsläufig die gesamte Gesundheitsfonds-Konstruktion wieder abgeschafft werden. Das erschiene auch kaum realistisch – immerhin ist diese Konstruktion unter Beteiligung von Union und SPD entstanden und auch unter zwei FDP-Gesundheitsministern keineswegs grundsätzlich infrage gestellt worden. Aber auch aus inhaltlicher Sicht gilt es davor zu warnen, „das Kind mit dem Bade auszuschütten“, denn zumindest zwei Vorzüge des Fondskonzepts sollten nicht geringgeschätzt werden: Zum einen funktioniert der Risikostrukturausgleich – abgesehen von korrigierbaren methodischen Schwächen – im Rahmen des Fondskonzepts ausgesprochen gut und zum anderen bietet sich der Gesundheitsfonds als eine einfache institutionelle Lösung an, sollte die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes künftig auf eine breitere Basis gestellt werden – nicht zuletzt im Hinblick auf die Einbeziehung der

Privatversicherten, die hiervon zum Teil auch selbst profitieren würden.

Abgeschafft werden sollte jedoch die gesetzliche Fixierung des Beitragssatzes. Sofern damit primär das beschäftigungspolitische Ziel verfolgt wird, die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben abzukoppeln, ließe sich dies genauso erreichen, indem nicht der gesamte Beitragssatz bei 15,5 Prozent, sondern lediglich der Arbeitgeberbeitrag auf dem aktuellen Niveau von 7,3 Prozent festgeschrieben würde. Aus wettbewerbspolitischer Sicht sind dagegen vor allem zwei Punkte entscheidend, wie die Analyse der aktuellen Wettbewerbsrealität gezeigt hat: Zum einen müssen die von Zusatzbeiträgen beziehungsweise von Zusatzbeitragsunterschieden ausgehenden Preissignale unverzerrt sein und zum anderen sollten sie nicht mehr auf das „Referenzniveau von Null“ bezogen sein, denn „es macht unter wettbewerblichen Aspekten einen durchaus relevanten Unterschied, ob eine Krankenkasse ausgehend von einem Referenzniveau von Null oder einem von 40 Euro

einen um acht Euro höheren Zusatzbeitrag erhebt“ (SVR-G 2012, Ziffer 519).

Somit erscheint es zweckmäßig, für die Festsetzung des einheitlichen Beitragssatzes wieder ein regelhaftes Verfahren zu installieren, wie es grundsätzlich bereits im ursprünglichen Fondskonzept vorgesehen war. Nach den mittlerweile gesammelten praktischen Erfahrungen sollte dieses Verfahren allerdings nicht nur eine Mindestdeckung der GKV-Ausgaben durch Fondsmittel garantieren (wie die ursprüngliche 95-Prozent-Regelung), sondern zugleich auch eine Höchstdeckung, damit sichergestellt wird, dass möglichst alle Kassen einen gewissen Zusatzbeitrag erheben müssen, was durch eine entsprechende Korridor-Regelung erreicht werden könnte (wobei der Risikostrukturausgleich zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds in jedem Fall auf 100 Prozent der GKV-Gesamtausgaben bezogen bliebe, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden).

Anders ausgestalten ließe sich aber auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, auf den im Fondskonzept grund-

**TABELLE 1**

**Vor- und Nachteile alternativer Ausgestaltungen des Zusatzbeitrags**

	Zusatzbeitrag	
	pauschal	einkommensabhängig
Beitragsautonomie	ja	ja
Wettbewerbsneutralität (Risikostrukturausgleich für 100 Prozent der Ausgaben)	ja (schon heute)	ja (bei Anpassung der Risikostrukturausgleichsverordnung)
Transparenz (Preissignal)	sehr hoch	deutlich geringer
Arbeitgeberbeteiligung	nein	möglich
Erhebungsaufwand	relativ hoch	gering
Schutz vor ökonomischer Überforderung	aufwendig und gegebenenfalls instabil (bei Steuerfinanzierung)	automatisch
Steuermittel	zunehmend erforderlich	nicht erforderlich
Beteiligung am Ausgleich	maximal alle Steuerzahler	nur GKV-Mitglieder
Verteilungswirkungen	regressiv auch schon unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze	regressiv jenseits der Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

sätzlich nicht verzichtet werden kann. Auch wenn derzeit vielfach beklagt wird, dass der Kassenwettbewerb „zu sehr Preiswettbewerb“ und „zu wenig Qualitätswettbewerb“ sei, kann selbst eine deutlich verstärkte Versorgungsorientierung des Wettbewerbs sinnvollerweise niemals dazu führen, den Preis als Wettbewerbsparameter vollständig auszuschalten. Die Gegenüberstellung von Preis- und Qualitätswettbewerb ist letztlich „unökonomisch“, denn grundsätzlich gehören beide Dimensionen zu einem sinnvollen Wettbewerbskonzept, bei dem es stets um Preis-Leistungs-Abwägungen geht (vgl. hierzu auch *Albrecht 2009*). Gleichwohl ließe sich der Stellenwert von Preisunterschieden aber ein Stück relativieren, wenn die Zusatzbeiträge durchgängig einkommensabhängig erhoben würden. Dadurch würden zugleich der Bürokratieraufwand beim Beitragseinzug deutlich vermindert, der schon heute mit erkennbaren Risiken behaftete steuerfinanzierte Sozialausgleich überflüssig und regressive Verteilungswirkungen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verhindert (Tabelle 1).

Natürlich würden einkommensabhängige Zusatzbeiträge bei Weitem nicht dieselbe Preistransparenz im Kassenwettbewerb aufweisen wie pauschale Zusatzbeiträge. Doch solange der Wettbewerb angesichts verzerrter Preissignale sowie unzureichender Handlungsparameter zur vertragswettbewerblichen Steuerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung weithin inhaltsleer und damit funktionslos bleibt, erscheint das isolierte Ziel seiner Intensivierung ohnehin eher fragwürdig als erstrebenswert.

## 4 Ausblick

Die Vorhersage, dass wohl schon bald nach Beginn der nächsten Legislaturperiode eine abermalige größere Gesundheitsreform der dann – in welcher Konstellation auch immer – amtierenden Bundesregierung ansteht, erscheint nicht allzu schwer. Die aktuellen Überschüsse der GKV – nicht zuletzt Folge überhöhter Beiträge – dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Hinblick auf die Schaffung zukunftsfähiger Finanzierungs-, Versorgungs- und Steuerungsstrukturen der GKV unverändert dringender Reformbedarf besteht. In dieser Hinsicht muss die 2013 zu Ende gehende christlich-liberale Regierungszeit leider als weithin verlorene Zeit betrachtet werden, aus der sich außer dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) und vereinzelt Aspekten des Versorgungsstrukturgesetzes wohl nur wenig als bleibend erweisen dürfte.

Der 2009 eingeführte Gesundheitsfonds hat – für sich betrachtet – noch keine strukturellen Probleme gelöst, doch lässt er sich bei zielgerichteter Weiterentwicklung und Flankierung durch gezielte Reformen in anderen Bereichen sehr

wohl als grundlegendes Finanzierungskonstrukt für ein solidarisches und leistungsfähiges Gesundheitssystem nutzen. Dabei wird die Rolle der Steuerfinanzierung vor dem Hintergrund der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts allerdings neu zu bewerten sein. Die noch vor wenigen Jahren vielfach geäußerte Erwartung, dass „alles auf eine wachsende Steuerfinanzierung der GKV (...) hinaus(läuft)“ (*Reiners 2009, 12*), dürfte so heute wohl kaum noch gelten. Umso wichtiger ist es, die Beitragsfinanzierung möglichst stabil, nachhaltig und gerecht zu gestalten. Daneben ist und bleibt gewiss auch „Wettbewerbskompatibilität“ ein wichtiges Beurteilungskriterium der Finanzierungskonstruktion, doch darf es dabei nicht länger um einen möglichst intensiven Wettbewerb „an sich“ gehen. Vielmehr muss endlich konsequent darauf hingewirkt werden, dass die verstärkte Wettbewerbsorientierung der GKV einen erkennbaren Beitrag dazu leistet, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung gezielt zu verbessern. In der konsistenten Ausgestaltung der dazu erforderlichen Wettbewerbsordnung liegt deshalb die zentrale Reformbaustelle der GKV.

## Literatur

- Albrecht M (2009):** Qualitätswettbewerb braucht Preiswettbewerb – Gleiche Preise sollten nicht auf Scheinhomogenität beruhen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 10, Heft 4, 23–30
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2012):** GKV-Überschüsse im 1. bis 3. Quartal 2012 bestätigen finanziellen Spielraum zur Abschaffung der Praxisgebühr. Pressemitteilung Nr. 81 vom 05.12.2012
- Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008):** Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. In: Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (Hrsg.). *Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition*. Bonn: WIdO, 151–224; [http://www.wido.de/publikation\\_2008.html](http://www.wido.de/publikation_2008.html) (letzter Zugriff am 17.12.2012)
- Dröslér S, Hasford J, Kurth B-M et al. (2011):** Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich; [www.bundesversicherungsamt.de](http://www.bundesversicherungsamt.de) -> Risikostrukturausgleich -> Wissenschaftlicher Beirat (letzter Zugriff am 17.12.2012)
- Henke KD, Richter WF (2009):** Zur Zukunft des Gesundheitsfonds. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 89, Heft 11, 727–732
- Jacobs K (2009):** Ring frei zur nächsten Runde – Eine „echte“ GKV-Finanzierungsreform ist weiter überfällig. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 13–22
- Jacobs K (2012):** Wettbewerb in Fesseln. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)*, Jg.15, Heft 7-8, 24–29
- Mißlbeck A (2012):** Kassenpolster: Versicherte wollen keine Prämien. *Ärzte Zeitung*, 12.09.2012

**Monopolkommission (2008):** Siebzehntes Hauptgutachten 2006/2007. Bundestags-Drucksache 16/10140 vom 19.08.2008

**Pressel H (2012):** Der Gesundheitsfonds. Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen. Wiesbaden: Springer VS

**Reiners H (2009):** Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“ – Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 7–12

**Richter WF (2005):** Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 85, Heft 11, 693–697

**Richter WF (2008):** Countdown beim Gesundheitsfonds. *Wirtschaftsdienst*, Jg. 88, Heft 10, 631–636

**Richter WF (2010):** Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf der Spur. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, Jg. 9, Heft 3, 13–22

**SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007):** Kooperation und Verantwortung – Vor-

aussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007. Bundestags-Drucksache 16/6339 vom 07.09.2007

**SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012. Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012

**TK (Techniker Krankenkasse) (2012):** 24 Milliarden Euro im Haushalt 2013 – 80 Euro Dividende für Mitglieder. Pressemitteilung vom 14.12.2012

**Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2005):** Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell. Stellungnahme des Beirats vom 17.10.2005

**Zok K (2011):** Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, *WIdO-monitor*, Ausgabe 1/2011; [http://www.wido.de/wido\\_monitor\\_1\\_2011.html](http://www.wido.de/wido_monitor_1_2011.html) (letzter Zugriff am 17.12.2012)

## DIE AUTOREN



**Professor Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,** Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche



**Professor Dr. rer. pol. Jürgen Wasem,** Jahrgang 1959, ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Nach dem Studium der Wirtschafts- und Politikwissenschaften Promotion an der Uni Köln und Habilitation an der Uni Bielefeld. Tätigkeiten als Referent im Bundesministerium

für Arbeit und Sozialordnung und als Projektleiter am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung sowie Professuren an der Fachhochschule Köln und den Universitäten München und Greifswald. Designerter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

für Arbeit und Sozialordnung und als Projektleiter am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung sowie Professuren an der Fachhochschule Köln und den Universitäten München und Greifswald. Designerter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.