

GKV-Finanzierungsgesetz:

## Versicherte sollen den Sozialausgleich 2012 bis 2014 selbst zahlen

Eine Bewertung des Entwurfs des Bundesgesundheitsministers

Von Harry Fuchs

Seit Ende August liegt der »Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)« vor.<sup>1</sup> Das Gesetz soll Anfang 2011 in Kraft treten. Im Folgenden werden die finanziellen Lösungsansätze des Entwurfs aus dem Bundesgesundheitsministerium bewertet. Sie zielen – wie hier deutlich wird – nur temporär auf die Lösung der Finanzierungsprobleme der GKV. Primär verfolgen sie in konsequenter Fortsetzung der mit der Gesundheitsreform 2007 eingeleiteten Entwicklung eine weitere Deregulierung der GKV.<sup>2</sup>

Für die Bundesregierung ist die geplante Reform notwendig, »um die strukturellen Probleme des heutigen Finanzierungssystems im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung zu beheben«<sup>3</sup>. Dazu soll damit begonnen werden, »die Finanzierungsgrundlagen für die GKV auf eine solide Basis zu stellen«.<sup>4</sup> Da konjunkturelle Schwankungen zur Instabilität auf der Einnahmeseite der GKV führen, sollen die Arbeitgeberbeiträge festgeschrieben und die Einkommensabhängigkeit der Beiträge vermindert werden.

Darüber hinaus kann nach Auffassung der Bundesregierung eine nachhaltige Finanzierung nur in einem System mit einem funktionierenden Wettbewerb gelingen. Deswegen sei es erforderlich, das heutige Finanzierungssystem wettbewerbsfreundlicher auszugestalten, was unverzerrte Preissignale und eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen voraussetze.

Zahlreiche Krankenkassen könnten die Gesundheitsausgaben ihrer Versicherten deswegen nicht mehr bezahlen, weil die Möglichkeit von Zusatzbeiträgen beschränkt sei. »Diese Schiefelage würde Krankenkassen in letzter Konsequenz in die Insolvenz treiben.«<sup>5</sup> Damit wäre letztlich das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung gefährdet, was es zu verhindern gelte.

So richtig die Diagnose der drohenden Insolvenz und Gefährdung des gesamten GKV-Systems ist, so falsch ist die Ursachenbeschreibung. Nicht die Deckelung des Zusatzbeitrages ist verantwortlich für die Gefährdung des Systems. Tragende Ursachen sind die Absenkung des allgemeinen

Beitragsatzes im Juli 2009 (von 15,5 auf 14,9 Prozent) und die jetzt geplante Begrenzung dieses Satzes bei 15,5 Prozent (siehe unten) sowie die Untätigkeit der Bundesregierung bei der Begrenzung der Ausgabenentwicklung.

### Beitragswettbewerb löst keine Finanzierungsprobleme

Nach Auffassung der Bundesregierung kann eine nachhaltige Finanzierung nur gelingen, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel dort eingesetzt werden, wo sie zu den besten Ergebnissen führen. Der effiziente Einsatz von Ressourcen setze einen funktionierenden Wettbewerb voraus, weswegen das Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfähiger auszugestalten sei. Daher müsse das System der Zusatzbeiträge entsprechend weiterentwickelt und die Einkommensabhängigkeit der Beiträge vermindert werden.<sup>6</sup>

Diese Argumentation suggeriert, die Höhe der Beiträge sei maßgebend durch die Kompetenz und Wirtschaftlichkeit des Kassenhandelns geprägt. Das trifft nicht zu, weil die Ausgabenentwicklung einer Kasse weit überwiegend von der Risikostruktur der Versicherten und deren Leistungsanspruchnahme geprägt ist, auf die die Kasse faktisch keinen Einfluss hat. Auch der Einfluss der Kassen auf die Vergütung der Leistungserbringer bewegt sich in einem engen gesetzlich reglementierten Korsett, das kaum Gestaltungsspielräume lässt. Auf diesem Hintergrund kann ein Beitragswettbewerb weder Einfluss auf »bessere Ergebnisse«, d.h. die Ausgabenentwicklung der Kassen haben, noch zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen.

Die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV soll jetzt dadurch erreicht werden, dass der allgemeine Beitragssatz auf Dauer nicht mehr angehoben wird. So soll der bisherige Absatz 2 in § 220 SGB V, in dem jetzt geregelt wird, unter welchen Voraussetzungen eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes erfolgen muss, gestrichen werden. Alle künftigen Kostensteigerungen in der GKV sind danach alleine von den Versicherten über Zusatzbeiträge zu tragen.

1 zu den Inhalten siehe auch Hans-Jürgen Urban: Zur aktuellen Gesundheitsreform: Die Weichen neu stellen – aber wohin?, S. 285 – 293 in diesem Heft

2 vgl. dazu auch Harry Fuchs: Die Gesundheitsreform 2006: Systemwechsel durch die Hintertür, in: SozSich 10/2006, S. 342 – 349; Harry Fuchs: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag – ein Instrument mit systemverändernder Dimension, in: SozSich 10/2009, S. 342 – 348

3 Entwurf GKV-FinG (Bearbeitungsstand 25.8.2010), S. 1 (diese Fassung wird auch im Folgenden stets zitiert)

4 ebenda

5 ebenda, S. 22

6 vgl. ebenda, S. 22 f.

Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf 7,3 Prozent ist lediglich ein Abfallprodukt der dauerhaften Begrenzung des allgemeinen Beitragssatzes, was zu einer Obergrenze der »paritätischen Beitragsfinanzierung« im historischen Sinne führt.

Die Sozialstaatsverpflichtung des Einkommens in Artikel 14 Abs. 2 GG wird ausschließlich über die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Beteiligung am Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger systematisch realisiert. Mit der Festschreibung des Arbeitgeberanteils werden die Arbeitgeber für die gesamte zukünftige Kostenentwicklung von der Eigentumsverpflichtung befreit.

Dies muss zur Folge haben, dass der Einfluss der Arbeitgeber auf das Geschehen und Handeln der GKV in dem Masse abnehmen muss, in dem in Zukunft mit der Ausweitung des Zusatzbeitrages die Eigenfinanzierung der Krankenkassen durch die Versicherten fortschreitet.

### Negative Auswirkungen der Zusatzbeiträge

Die nicht durch den einkommensabhängigen allgemeinen Beitragssatz gedeckte Ausgabenentwicklung der Krankenkassen soll künftig ausschließlich über »einkommensunabhängige« Zusatzbeiträge der Arbeitnehmer finanziert werden. Es trifft zwar zu, dass die Höhe dieser Zusatzbeiträge sich nicht am Einkommen der Arbeitnehmer bemisst, deswegen sind sie jedoch nicht »einkommensunabhängig«. Die der Höhe nach an der Ausgabenentwicklung der Kassen bemessenen Zusatzbeiträge werden allein aus dem Einkommen der Versicherten finanziert. Damit werden den Arbeitnehmern und Rentnern künftig jährlich zuwachsende Milliardenbeträge an realer Kaufkraft entzogen. Dies wird sich nicht nur dauerhaft negativ auf die Entwicklung der Binnennachfrage auswirken. Viele Bezieher von geringen Einkommen – insbesondere Alleinerziehende mit Kindern und Rentner – drohen durch diese zusätzlichen Belastungen zu Beziehern von Leistungen der Grundsicherung nach dem SGB II und SGB XII zu werden.

Die Finanzierung der GKV soll also mit der Finanzierung der künftigen Kostenentwicklung des Gesundheitswesens direkt und allein aus der Kaufkraft der Versicherten langfristig auf eine »stabile Basis gestellt werden«. Das Aufkommen der Kassen aus dem Zusatzbeitrag ist jedoch auch weiter vom Lohn und seiner Entwicklung abhängig, weil dadurch die Leistungsfähigkeit des versicherten Arbeitnehmers geprägt ist. Es entsteht danach auch künftig ein direkter Zusammenhang zwischen den Einnahmen einer Kasse und der Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder. Je größer der Anteil der Mitglieder mit geringem Einkommen und niedriger die Leistungsfähigkeit ist, umso größer ist die Instabilität der Finanzen der Kasse.

Mit Blick auf die große Zahl der Arbeitnehmer mit geringem Einkommen ist durch die Ausweitung der Zusatzbeiträge keine Stärkung der Finanzautonomie zu erreichen. Ganz im Gegenteil. Es ist zu befürchten, dass es künftig einen die Solidargemeinschaften der Krankenkassen spaltenden Wettbewerb um Besserverdienende unterhalb der

Beitragsbemessungsgrenze und das Ausgrenzen von Beziehern mit geringen oder unstetigen Einkommen geben wird.

Dies erzeugt – ebenso wie die hohen Säumniszuschläge auf geschuldete Zusatzbeiträge (siehe dazu weiter unten) – eine erneute Wanderbewegung innerhalb der GKV: Die Geringverdiener werden – mehr oder weniger gezwungen – zu den Kassen ohne Zusatzbeitrag wechseln. Diese Wanderung endet erst, wenn sich die Zusatzbeiträge der Kassen entsprechend den Ausgabensteigerungen weitgehend einander angeglichen haben.

Entgegen den Annahmen der Bundesregierung – die darin einen Vorteil der Zusatzbeiträge für die Versicherten sieht<sup>7</sup> – bewirken Zusatzbeiträge kein für alle Versicherten transparentes und nachvollziehbares Preissignal und sie lassen auch keinen besseren Vergleich der Preise und Leistungen zwischen den Kassen zu, weil sie diese gar nicht reflektieren. Vielmehr spiegeln die Zusatzbeiträge das Ergebnis der nicht signifikant beeinflussbaren Risiko- und Inanspruchnahmestrukturen einer Kasse wider.

### Kein gerechter Sozialausgleich

Um die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung zu schützen, will die Bundesregierung einen »unbürokratischen und gerechten Sozialausgleich«<sup>8</sup> einführen. Der Sozialausgleich soll jedoch nicht an der individuellen Belastung des Versicherten unter Berücksichtigung seiner persönlichen Leistungsfähigkeit orientiert werden.

Er tritt dann ein, wenn der »durchschnittliche Zusatzbeitrag« zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens eines Versicherten übersteigt. Er orientiert sich danach nicht am jeweiligen individuellen Zusatzbeitrag der Kasse, bei der man Mitglied ist. Deswegen wird es bei den automatisch entsprechend der Ausgabeentwicklung einer Kasse anwachsenden Zusatzbeiträgen künftig etliche Geringverdiener geben, die wegen ihrer niedrigen Einkünfte den Zusatzbeitrag ihrer Kasse zwar nicht bezahlen (und deswegen sogar zu Leistungsempfängern nach dem SGB II werden) können, aber dennoch keinen Solidarausgleich erhalten, weil der bundesweit nach Schätzkriterien festgesetzte durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent ihres Einkommens nicht übersteigt.

Bleiben sie – selbst bei objektiv festgestellter Zahlungsunfähigkeit – ihren Zusatzbeitrag schuldig, bekommen sie einen Säumniszuschlag in Höhe der Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge, mindestens 30 Euro, auferlegt.<sup>9</sup>

Dies ist erkennbar die Reaktion auf die in der Anfangsphase der Zusatzbeiträge nicht geringe Zahl von Zahlungsverweigerern. Der bisherige Zusatzbeitrag hat aber mit dem nach der Reform durch das GKV-FinG geltenden nur

<sup>7</sup> vgl. ebenda, S. 26

<sup>8</sup> ebenda, S. 3

<sup>9</sup> So sieht es ein neuer Abs. 5 in § 242 SGB V vor (vgl. ebenda, S. 12).

wenig Gemeinsames. Der künftige Zusatzbeitrag – wird entsprechend der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen schnell ansteigen und sich – vergleichbar der Entwicklung in den Niederlanden – schon nach wenigen Jahren der Höhe nach kaum noch von der Höhe des Arbeitnehmeranteils beim allgemeinen Beitragssatz unterscheiden. Die Schuldner von Zusatzbeiträgen werden dann in der Regel Arbeitnehmer und Rentner mit geringen Einkommen und schwierigen Lebensverhältnissen sein, die den Zusatzbeitrag objektiv nicht aufbringen können. Das dem Gesetzentwurf zu Grunde liegende, alles andere als soziale Gerechtigkeitsempfinden treibt diese Menschen mit der Erhebung des nicht geringen Säumniszuschlages weiter in die Armut. Gekrönt wird diese Form von »Gerechtigkeit« noch dadurch, dass sie bis zur Tilgung ihrer geschuldeten Zusatzbeiträge auch keinen Anspruch auf einen Solidarausgleich mehr haben.

Dass der steuerfinanzierte Sozialausgleich die »tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aller Bürgerinnen und Bürger«<sup>10</sup> berücksichtigt – wie es in der Begründung wörtlich heißt – ist danach objektiv falsch und unterstellt den Betroffenen ein außerordentlich eingeschränktes Wahrnehmungsvermögen. Letztlich belastet ein einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag die Bezieher kleinerer Einkommen im Verhältnis zu einer am tatsächlichen Einkommen orientierten prozentualen Lösung unstreitig überproportional.<sup>11</sup>

### Eigenartige Bemessung des Sozialausgleichs

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag, auf den sich der Sozialausgleich bezieht, wird künftig durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in jedem Herbst für das Folgejahr neu festgelegt, d.h. im Voraus durch Schätzung ermittelt. Ergibt sich nachfolgend tatsächlich ein anderer Verlauf der Einnahme- und Ausgabeentwicklung, findet – mit Ausnahme besonderer unvorhergesehener Ausgaben wie z.B. für Pandemien – keine Korrektur statt.

Das BMG stützt sich bei seiner Festlegung auf die Werte, die bisher maßgebend für eine Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes sein sollten: Das sind die voraussichtlichen Ausgaben der gesamten Krankenversicherung einschließlich der in die Liquiditätsreserve einzubringenden Mittel im Verhältnis zu den voraussichtlichen Einnahmen. Dabei handelt es sich um Schätzwerte, die von einem dazu eingerichteten Schätzerkreis ermittelt werden. Der sich aus dem Verhältnis geschätzter Einnahmen und Ausgaben ergebende Wert ist durch die Zahl aller Mitglieder der GKV und anschließend durch zwölf zu teilen. Nur wenn der so ermittelte bundesweit einheitliche »durchschnittliche Zusatzbeitrag« zwei Prozent des individuellen sozial-

versicherungspflichtigen Einkommens übersteigt, besteht ein Anspruch auf den Sozialausgleich.

Ergibt sich z.B. ein prognostiziertes Defizit von zwölf Mrd. Euro, das künftig allein über Zusatzbeiträge zu finanzieren ist, würde der vom BMG festzusetzende durchschnittliche Zusatzbeitrag 20 Euro monatlich betragen. Den Sozialausgleich erhalten jedoch in diesem Fall nur die Versicherten mit einem Einkommen von weniger als 1.000 Euro. Bei einem Verdienst von 800 Euro würde der Ausgleich  $(20 - 16 =) 4$  Euro betragen – und zwar auch dann, wenn die jeweilige Kasse tatsächlich einen Zusatzbeitrag erhebt, der über 20 Euro liegt.

Es ist festzuhalten, dass der Anspruch auf den Sozialausgleich nicht auf transparenten, nachvollziehbaren und evidenzbasierten Daten, sondern auf Schätzwerten beruht, an denen sich das BMG orientieren soll, aber nicht muss.

Mit Blick auf die bisher weitgehend offen gelassene Bereitstellung von Steuermitteln zur Finanzierung des Solidarausgleichs besteht für das Ministerium ein nicht geringer Anreiz, den ihm bei der Festsetzung des »durchschnittlichen Zusatzbeitrages« belassenen breiten Ermessensspielraum zur Minimierung des Steueraufwandes für die Finanzierung des Sozialausgleichs zu nutzen. Das hätte einerseits zur Folge, dass der Kreis der Anspruchsberechtigten auf den Sozialausgleich klein bleibt. Andererseits würde so die Differenz zwischen kassenindividuellem und durchschnittlichem Zusatzbeitrag mit der Folge größer, dass der Druck auf einen – nach der Begründung des Gesetzes ausdrücklich gewollten – Wechsel der Kasse steigt.

Wie kritisch der Umgang mit Schätzwerten vor dem Hintergrund politischer Interessen zu sehen ist, zeigt der Gesetzentwurf selbst, der die fiskalischen Auswirkungen des erleichterten Wechsels zur PKV<sup>12</sup> mit 200 Mio. Euro beziffert<sup>13</sup>, während die Kassen Beitragsausfälle in Höhe von 500 Mio. Euro erwarten.

Vom Druck, die Kasse zu wechseln, sind Bezieher von Arbeitslosengeld I und II und Sozialhilfeleistungen, deren Krankenkassenbeiträge nicht in vollem Umfange vom jeweiligen Sozialleistungsträger übernommen werden, besonders betroffen. Sie müssen nämlich die Differenz zwischen kassenindividuellem und durchschnittlichem Zusatzbeitrag künftig aus ihren Leistungen zum Lebensunterhalt selbst bezahlen. Der »gerechte Sozialausgleich« zwingt in diesen Fällen zur Entscheidung zwischen einem Kassenwechsel und der weiteren Einschränkung ihrer persönlichen Lebensverhältnisse. Die Krankenkassen können zwar in ihren Satzungen vorsehen, die Differenz zwischen dem kassenspezifischen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag nicht einzufordern. D.h. jedoch für sie, entweder auf Mitglieder oder auf Einnahmen zu verzichten oder die Armut bestimmter Mitglieder zu erhöhen. Diese Entscheidung stellt für die Selbstverwalter bei den Kassen eine Zumutung dar.

<sup>10</sup> ebenda, S. 27

<sup>11</sup> vgl. dazu auch Hans-Jürgen Urban, a. a. O., S. 289

<sup>12</sup> vgl. dazu ebenda, S. 289 f.

<sup>13</sup> vgl. Entwurf GKV-FinG, S. 4

### Finanzierung des Sozialausgleichs: Weitgehend zahlen zunächst die Versicherten

Im »Abschnitt B, Lösungen« des Gesetzentwurfes heißt es zur Finanzierung des Solidar Ausgleiches noch prägnant: »Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln«<sup>14</sup>. Weiter hinten im Entwurf soll der Solidar Ausgleich aber schon nur noch »grundsätzlich aus Steuermitteln finanziert werden«<sup>15</sup>.

Bei genauem Hinsehen wird der Sozialausgleich nicht unmittelbar aus Steuermitteln, sondern aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt. Da diese aus der Liquidität der Kassen aufgebaut wird und mit Ablauf des Jahres 2012 und später mindestens 20 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen muss<sup>16</sup>, wird der Sozialausgleich grundsätzlich aus Mitteln der Versicherten finanziert.

Aus Steuermitteln fließt lediglich im Jahr 2011 ein Bundeszuschuss in Höhe von zwei Mrd. Euro in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein – »zu dessen Stärkung«. Für die Jahre 2012 bis 2014 fließen keine Steuermittel. Der in dieser Zeit anfallende Sozialausgleich wird danach also ausschließlich von den Beitragszahlern finanziert.<sup>17</sup>

#### Rösler Ablenkungsmanöver

Bundesgesundheitsminister Phillip Rösler (FDP) geht davon aus, dass für 2011 die durchschnittlichen Zusatzbeiträge bei null Euro liegen werden. Das sagte er in einem Interview mit der Rheinischen Post. »Ob eine Krankenversicherung dennoch zusätzliche Zusatzbeiträge erheben muss, hat die Krankenkasse selbst zu entscheiden«, so Rösler gegenüber der Zeitung. Damit bleibe die Mehrheit der Versicherten von weiteren Zusatzbeiträgen verschont, so der Minister.

Der DGB sieht in dieser Ankündigung ein »gezieltes Ablenkungsmanöver«. Rösler wolle damit verschleiern, dass er die Weichen eindeutig in Richtung Kopfpauschale stellen will. Wenn es womöglich 2011 noch keine neuen pauschalen Zusatzbeiträge geben sollte, so liege dies im Wesentlichen daran, dass die Beitragszahler bereits durch die Erhöhung der allgemeinen Beitragssätze in einer Höhe von insgesamt sechs Mrd. Euro belastet würden. Nach den Rösler-Plänen würden die Versicherten dabei durch den 0,9-Prozent-Sonderbeitrag eine weitere Sonderbelastung von mehr als neun Mrd. Euro pro Jahr tragen.

H.N.

Erhöht sich durch die Finanzierung des Sozialausgleichs aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds das dort benötigte Geldvolumen, erhöhen sich auch die Beträge, die die Kassen zur Deckung in die Liquiditätsreserve einbringen müssen. In der Gesetzesbegründung wird deshalb ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das von den Kassen in

die Reserve einzubringende Finanzvolumen sich an der Erfüllung ihrer Zwecke orientiert (das schließt die Zahlung des Sozialausgleichs ein) und deshalb auch höher sein kann, als die bisher vorgeschriebenen mindestens 20 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds.<sup>18</sup> Weil die Bedienung dieser »Rücklage« zu Lasten der Liquidität der Kasse geht, kann die Finanzierung des Sozialausgleichs bei der einen oder anderen Kasse sogar zu einer Erhöhung des notwendigen Zusatzbeitrages führen. Um ein solches Risiko möglichst gering zu halten, müssen künftig Kassen, deren Einnahmen die Ausgaben übersteigen, die sich daraus ergebenden Einnahmeüberschüsse künftig in die Liquiditätsreserve abführen.

Auch ab 2015 ist nicht gesichert, dass der Solidar Ausgleich von da an tatsächlich aus Steuermitteln finanziert wird. Der Entwurf enthält dazu lediglich eine Absichtserklärung. Ob und in welcher Höhe tatsächlich Steuermittel ab 2015 eingebracht werden, soll erst 2014 – also nach den nächsten Bundestagswahlen – gesetzlich festgelegt werden.<sup>19</sup>

Bei der langfristigen Finanzierung aus Steuermitteln handelt es sich bei allen Beteiligten um ein existentielles Problem. Für die Versicherten beeinflusst die Steuerfinanzierung die Höhe der ihnen aus ihrem Einkommen verbleibenden Kaufkraft. Die Ausgabeentwicklung in der GKV kann die Zusatzbeiträge bereits in einem überschaubaren Zeitraum zu einer Höhe anwachsen lassen, bei der die Finanzierung des Sozialausgleichs über den Bundeshaushalt an Grenzen stößt. In den Niederlanden, an deren Vorbild sich das Konstrukt des GKV-FinG orientiert, hat das Volumen des aus Steuermitteln zu finanzierenden Sozialausgleichs eine Größenordnung<sup>20</sup> erreicht, die dort für den Staatshaushalt nicht mehr tragfähig erscheint und alternative Lösungen erzwingt, die man bisher allerdings noch nicht gefunden hat.

In Deutschland ist kaum eine andere Entwicklung zu erwarten. Die verschiedenen wissenschaftlichen Studien zur Entwicklung des Beitrages prognostizieren bis zum Jahr 2050 – auf dem Hintergrund entsprechender Ausgabeerwartungen – mehrheitlich einen Anstieg des GKV-Beitrags auf 24 Prozent und mehr.<sup>21</sup> Danach ist die Prognose eines künftigen Anstiegs des Zusatzbeitrags auf das Niveau des heutigen Arbeitnehmeranteils des allgemeinen Beitrags-

14 ebenda, S. 3

15 ebenda, S. 27

16 vgl. § 271 Abs. 2 SGB V

17 Die Beteiligungen des Bundes in diesen Jahren sind nach § 221 SGB V ausdrücklich für »versicherungsfremde Leistungen« und nicht für die Liquiditätsreserve bzw. den Solidar Ausgleich vorgesehen.

18 vgl. Entwurf GKV-FinG, S. 45

19 So sieht es der neue § 221 b SGB V vor (vgl. ebenda, S. 11).

20 Dort sind mittlerweile 70 Prozent auf einen Zuschuss angewiesen; vgl. »Alle Bürger einbeziehen«, Prof. Heinz Rothgang zur künftigen Finanzierung der Krankenversicherung, in: SozSich 4/2010, S. 144.

21 vgl. die Übersicht zur Prognose des Beitragssatzes bis zum Jahr 2040/50 aus verschiedenen Studien bei Martin Albrecht/Christoph de Millas/Susanne Hildebrandt/Anke Schliwen in Zusammenarbeit mit Prof. Bert Rürup: Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, IGES Institut, Berlin, 25. Januar 2010, S. 30

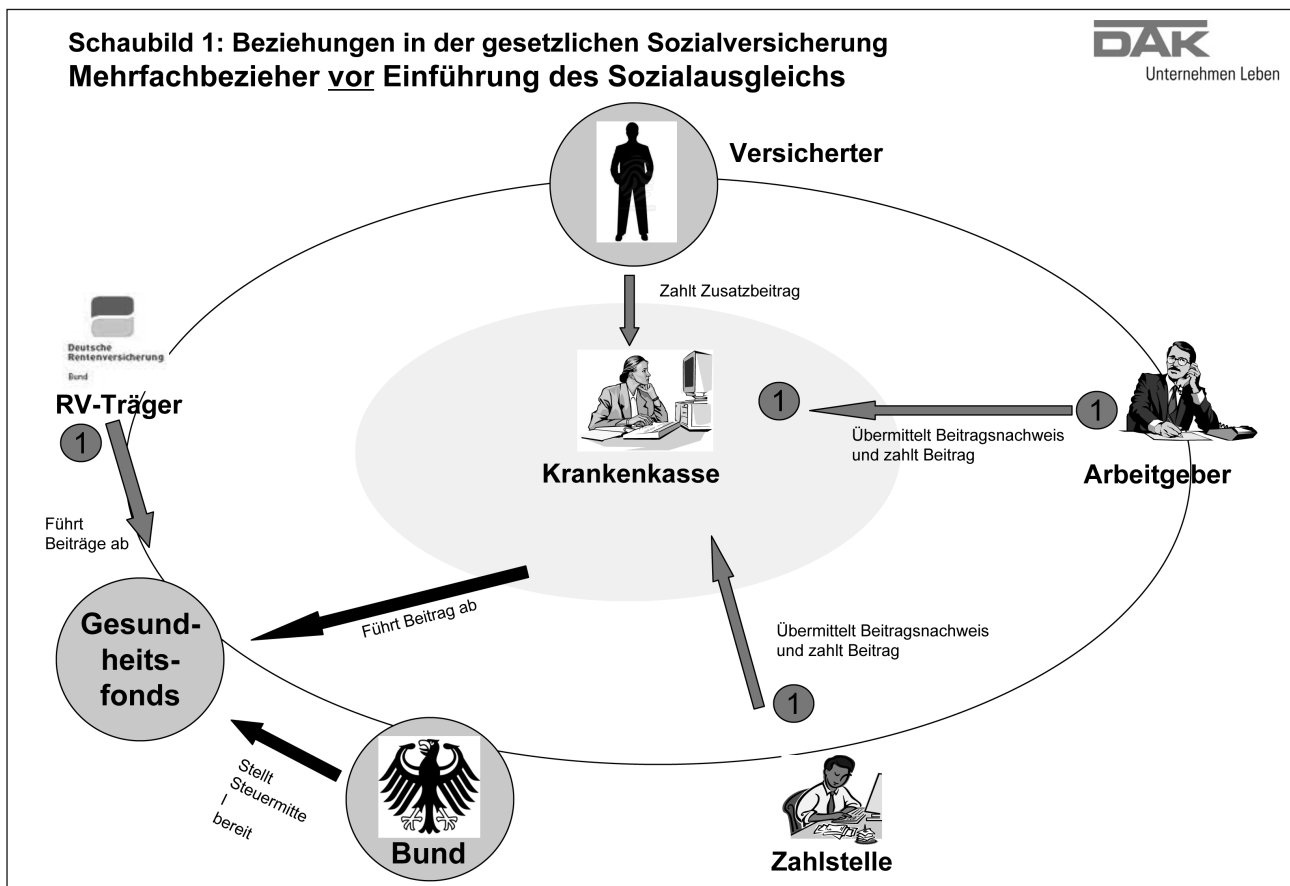
satzes – und noch darüber hinaus – durchaus realistisch. Vor diesem Hintergrund kann die mit dem GKV-FinG beabsichtigte Zusatzbeitragsregelung nicht ernsthaft als zukunfts-fähige und nachhaltige Stärkung der Finanzierung der GKV angesehen werden.

**Kein unbürokratischer Sozialausgleich**

Der Sozialausgleich ist alles andere als unbürokratisch. Er führt bei den Arbeitgebern, den Rentenversicherungs-Trägern (RV-Trägern) und den Krankenkassen nicht nur zu

tungsaufwandes überhaupt noch ein Ertrag verbleibt (vgl. Schaubild 1 und 2).

Unabhängig von anderen Fiktionen, die sich aus dem geplanten Einfrieren der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen ergeben<sup>22</sup>, stellt sich die Frage, mit welchen Mitteln die Kassen diesen Mehraufwand eigentlich finanzieren sollen. Die Kassen unterliegen seit Jahren allein schon aus dem Beitragswettbewerb auch bei den Verwaltungskosten einem Kostensenkungsdruck, der die Annahme des Vorhandenseins größerer Reserven obsolet macht.



verschiedenen neuen Meldepflichten, sondern in einer nicht geringen Zahl von Fällen (u.a. für Mehrfach- und unständig Beschäftigte) auch zu notwendigen Rechtshinweisen, ja sogar zu einer »Jahresabrechnung« des Solidarausgleichs. Nach Schätzungen der GKV verfügen immerhin 15 bis 20 Mio. Versicherte über mehrere beitragspflichtige Einnahmen.

In diesen Fällen von Mehrfach- und unständiger Beschäftigung ist der zusätzliche Aufwand beim Einzug des Zusatzbeitrags und der Durchführung des Sozialausgleichs so hoch, dass es fraglich ist, ob nach Abzug des Verwal-

**Auswirkungen im Bereich des Leistungsrechts**

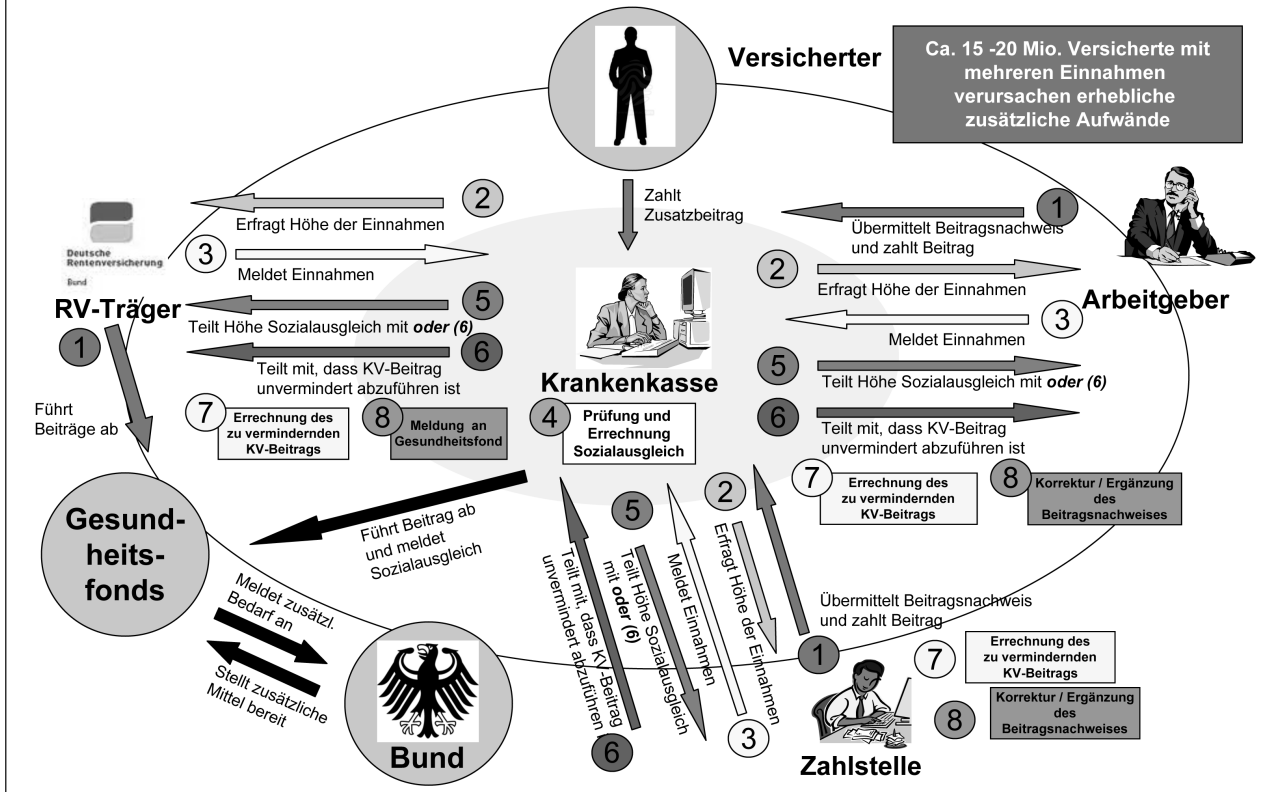
Der Entwurf des GKV-FinG sieht in der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Versorgung und für die Krankenhäuser in den Jahren 2011 und 2012 mit unterschiedlichen Mechanismen eine Begrenzung der Zuwächse der Vergütung vor. In der Kassenzahnärztlichen Versorgung in Ostdeutschland und Berlin werden begrenzte Zuwachsraten zur weiteren Angleichung der Vergütungen an das westliche Niveau zugelassen.

Im Bereich der Krankenhausvergütung wurde die auf die Herstellung einheitlicher Lebensverhältnisse abzielende Entwicklung der Vergütungskonvergenz durch einen einheitlichen Bundesbasisfallwert zum Jahr 2015 zugunsten »der Aufrechterhaltung von Preisunterschieden,

<sup>22</sup> Die Verwaltungskosten der Kassen dürfen laut Entwurf GKV-FinG in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen.

<sup>23</sup> Entwurf GKV-FinG, S. 28

Schaubild 2: Beziehungen in der gesetzlichen Sozialversicherung Mehrfachbezieher nach Einführung des Sozialausgleichs



die einen gewissen Preiswettbewerb zwischen Ländern eröffnen<sup>23</sup> aufgehoben. Hiermit wird zu Lasten der Beitragszahler erkennbar Klientelpolitik zu Gunsten nicht gerechtfertigter Vergütungsvorteile süddeutscher Länder betrieben.

Gleichzeitig wird zu Recht die Konvergenz der Vergütung im Bereich der Kassenärztlichen Versorgung mit Regelungen vorangetrieben, die zu einer weiteren Angleichung der bisherigen Honorarunterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen führen sollen.

Nach der Begründung zur Begrenzung der Honorarzuwächse erfolgt keine Absenkung des Behandlungsbedarfs je Versicherten bzw. keine Einschränkung ihrer Versorgung durch die Begrenzung der Vergütungszuwächse. Im Alltag ist jedoch zu befürchten, dass die Versicherten von allen Ärzten mit Diskussionen darüber konfrontiert werden, dass sie für die Ausführung dieser oder jener Leistung nicht mehr ausreichend honoriert würden, das heißt das Sparpaket wird letztlich auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen.

Für die Bereiche der Kassen- und Kassenzahnärztlichen Versorgung ist noch 2011 eine Überprüfung und Korrektur der gesamten Honorarreform geplant, für die die Gemeinsame Selbstverwaltung ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorlegen soll.

Obwohl der Entwurf den »Wettbewerb im Gesundheitswesen« als Instrument zur nachhaltigen Finanzierungssicherung permanent wiederholt, wird im Ergebnis nur der Wettbewerb zwischen den Kassen um Mitglieder wieder belebt – nur diesmal nicht mehr als Beitrags-, sondern als

Zusatzbeitrags-Wettbewerb. Signifikanten Einfluss auf eine nachhaltige Finanzierung hätte aber nur der Wettbewerb um die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen, d.h. um die beste Versorgung. Dazu enthält der jetzige Gesetzentwurf aber keinerlei Elemente. Die Leistungserbringer werden so geschont, sodass sich der Leistungserbringerwettbewerb auf einen reinen Preiswettbewerb reduziert.

Ganz im Gegenteil zum niederländischen Vorbild. Hier war den Beteiligten bewusst, dass ein solches System nur funktionsfähig ist, wenn man gerade die Leistungserbringerseite uneingeschränkt dem Qualitäts- und Wirksamkeitswettbewerb unterwirft.

**Berichtspflicht**

Das bisherige Recht enthält eine Berichtspflicht der Regierung gegenüber dem Deutschen Bundestag über die Erfahrungen zum Zusatzbeitrag und der bisherigen Überforderungsklausel. Diese Berichtspflicht soll nun ersatzlos gestrichen werden. Dieser Beitrag zeigt aber: Die mit der Neuregelung des Zusatzbeitrages absehbaren Probleme würden die Berichtspflicht in einem weitaus größeren Umfang erfordern und rechtfertigen als das bisherige Recht. ■

**Der Autor:**

Dr. Harry Fuchs ist Rehabilitations-, Organisations- und Verwaltungswissenschaftler und arbeitet als Sachverständiger und Politikberater in Düsseldorf.