

Klaus Jacobs

Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finanzen und sinnvollen Kassenwettbewerb

Die gesetzliche Krankenversicherung schwimmt zurzeit im Geld: Ende des 3. Quartals 2012 verfügten Gesundheitsfonds und Krankenkassen zusammen über Finanzreserven von rund 23,5 Mrd. Euro. Das schafft Begehrlichkeiten – nicht nur bei Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern, sondern auch beim Bundesfinanzminister. Eine klare Regelbindung bei der Beitragsgestaltung hätte diese ungeplante Entwicklung verhindert. Sie wäre vor allem aber auch dann hilfreich, wenn die aktuelle „Schönwetterphase“ hoher Überschüsse vorüber ist.

Vor dem Hintergrund anhaltend hoher Rücklagen im Gesundheitsfonds sowie bei einer Reihe von Krankenkassen beschloss der Koalitionsausschuss von CDU, CSU und FDP Anfang November 2012, die 2004 in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführte Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal ab 2013 ersatzlos abzuschaffen. Außerdem wird der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, der laut Gesetz 14 Mrd. Euro beträgt, in den beiden kommenden Jahren gekürzt, um einen Beitrag zu einem strukturell ausgeglichenen Bundeshaushalt zu leisten. Nachdem bereits das Haushaltsbegleitgesetz 2013 zu einer damals als „einmalig“ bezeichneten Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro geführt hatte, soll der Zuschuss 2013 jetzt nur noch 11,5 und 2014 12 Mrd. Euro betragen. Auf eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes, der seit 2011 per Gesetz auf 15,5% fixiert ist und aufgrund einer unerwartet positiven Beschäftigungs- und Einkommenslage der GKV-Mitglieder seither für milliardenschwere Überschüsse im Gesundheitsfonds sorgt, wurde indes verzichtet.

Gesundheitsminister Daniel Bahr hat den Verzicht auf eine Beitragssatzsenkung – wie sie etwa die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) anstelle der ersatzlosen Streichung der Praxisgebühr gefordert hat¹ – am 5.11.2012 in einem Interview im Deutschlandfunk damit begründet, dass der Beitragssatz im Gesetz „als klares Signal an die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und an die Arbeitgeber“ festgeschrieben sei, dass sie sich darauf jetzt verlassen könnten. Dass die Beitragszahler gerade auch beim Bundeszuschuss ein großes Interesse an Verlässlichkeit haben könnten und

dieser ebenfalls „im Gesetz festgeschrieben“ ist, hat bei den Beschlüssen der Koalitionsparteien offensichtlich keine Rolle gespielt.

Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen

Vielleicht ist die entsprechende Gesetzesvorschrift aber auch gar nicht hinreichend bekannt. Im Beschluss des Koalitionsausschusses vom 4.11.2012 heißt es nämlich, Ziel des Bundeszuschusses sei es, „eine nachhaltige Finanzierung zu sichern und gleichzeitig Bürger und Unternehmen von starken Schwankungen der Beitragssätze zu entlasten“, es sei aber nicht angedacht gewesen, „dass im Gesundheitsfonds in dieser Höhe ungenutzte Milliarden-Finanzpolster entstehen, die auch durch Steuerzuschüsse finanziert werden“. Dass der Bundeszuschuss Beitragssatzschwankungen verhindern soll, steht jedoch nirgends im Gesetz. Dort heißt es vielmehr, dass Zuschüsse des Bundes zum Gesundheitsfonds „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ erfolgen (§ 221 Sozialgesetzbuch V). Gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die die GKV quasi als „Auftragsleistungen“ erfüllt und die deshalb sachadäquat steuerfinanziert werden – etwa Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft oder die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen –, sind durch die zuletzt positive Finanzent-

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Berlin.

¹ Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö): Offener Brief zur Abschaffung der Praxisgebühr an den Bundesminister für Gesundheit, <http://file.dggoe.de/presse/2012-11-06-Offener-Brief-DGGÖ-BM-Bahr.pdf> (6.11.2012).

wicklung jedenfalls nicht kleiner geworden. Der Bundeszuschuss hat also keineswegs „ungenutzte Milliarden-Finanzpolster“ finanziert, sondern unverändert versicherungsfremde Leistungen, und zwar mit 14 Mrd. Euro noch deutlich zu niedrig.

Die aktuellen Beschlüsse der Koalitionspartner zeigen, wie anfällig die GKV für diskretionäre Eingriffe der Politik ist. In Bezug auf ausgabenträchtige Gefälligkeiten an Anbieter von Versorgungsleistungen galt das bereits in der Vergangenheit, wenngleich die Spielräume dazu selten so groß waren wie aktuell. Eine neue Dimension haben die Eingriffe der Politik dagegen, wenn sie explizit im Hinblick auf haushaltspolitische Ziele des Bundes erfolgen. Das lässt angesichts der wachsenden Bedeutung der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts für die GKV nichts Gutes erwarten, zumal eine wesentliche Finanzierungsaufgabe der öffentlichen Hand im GKV-Kontext – die vorgesehene Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs, um die Belastung der GKV-Mitglieder durch Zusatzbeiträge zu begrenzen – bislang noch gar nicht angefallen ist. Das wird aber spätestens der Fall sein, wenn die Beitragseinnahmen in der GKV nicht mehr derart sprudeln wie zuletzt und sich auch als voreilig erweisen könnte, auf die dauerhaften Einnahmen aus der Praxisgebühr von knapp 2 Mrd. Euro pro Jahr angesichts eines temporären Überschusses verzichtet zu haben.

Damit sich der Gesetzgeber nicht daran gewöhnt, die GKV-Finzen als willkommene Manövriermasse zur Einhaltung der Verschuldungskriterien des europäischen Fiskalpakts anzusehen, erscheint es im Interesse der Beitragszahler geboten, die Hürden für Ad-hoc-Eingriffe wenigstens ein Stück zu erhöhen. Dazu sollten gezielte Regelbindungen bei der GKV-Finanzierung installiert werden, auch wenn es damit natürlich keine Garantie für deren Einhaltung gibt, wie die aktuelle Kürzung des Bundeszuschusses belegt.

Konstruktionsfehler beim Gesundheitsfonds

Als die große Koalition 2007 die Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 beschloss, wurde das maßgeblich von dem Dortmunder Finanzwissenschaftler Wolfram Richter entwickelte² und vom wissenschaftlichen Beirat beim Bundesfinanzministe-

rium unterstützte³ Finanzierungsmodell ausdrücklich als Kompromiss bezeichnet, denn für keinen der beiden Koalitionspartner war der Gesundheitsfonds ein „Wunschkind“. Die Union befürwortete das Modell der pauschalen Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich – im Unterschied zum Sachverständigenrat Wirtschaft allerdings nur für die GKV bei einem weiterhin segmentierten Krankenversicherungsmarkt –, während die SPD ein Bürgerversicherungsmodell anstrebte. Angesichts der festgefahrenen Reformdebatte konnte die Einigung auf einen Kompromiss seinerzeit bereits als Erfolg gewertet werden, weil damit Handlungsfähigkeit bewiesen worden war.

Allerdings wies die ursprüngliche Ausgestaltung des Gesundheitsfonds zwei Konstruktionsfehler auf. Der erste Fehler lag in einer erkennbar dysfunktional ausgestalteten „Überforderungsklausel“, um die Belastung der GKV-Mitglieder durch Zusatzbeiträge über 8 Euro pro Monat auf maximal 1% der beitragspflichtigen Einnahmen zu begrenzen. Weil die einer Kasse dadurch entgangenen Zusatzbeitrags-Einnahmen von den übrigen Mitgliedern derselben Kasse finanziert werden sollten, wären insbesondere Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern schnell zahlungsunfähig geworden. Dass eine solche „Todesspirale“ nicht Realität wurde, lag ausschließlich daran, dass der Gesundheitsfonds zum Zeitpunkt seiner Einführung von der Politik bewusst so ausgestattet wurde, dass zunächst keine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben musste. Hierin lag, wie rückblickend festgestellt werden muss, jedoch der zweite „Geburtsfehler“ des Gesundheitsfonds, auf den noch zurückzukommen sein wird.

Nach der Bundestagswahl im Herbst 2009 korrigierte die nunmehr amtierende christlich-liberale Bundesregierung alsbald einen der beiden Konstruktionsfehler des Gesundheitsfonds: Die untaugliche Überforderungsklausel beim Zusatzbeitrag wurde durch eine Regelung ersetzt, wonach der Sozialausgleich zur Begrenzung der Zusatzbeitrags-Belastung – nunmehr auf maximal 2% der beitragspflichtigen Einnahmen – aus Steuermitteln erfolgen soll. Allerdings blieb nicht nur der zweite Geburtsfehler des Gesundheitsfonds – seine „zu üppige“ Ausstattung – bestehen, sondern wurde sogar noch durch einen neuen Konstruktionsfehler ergänzt: die gesetzliche Festschreibung des einheitlichen Beitragssatzes. Die ursprüngliche Regelung hatte demgegenüber vorgesehen, den Beitragssatz zum

2 Vgl. W. F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693-697.

3 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Beirats vom 17.10.2005.

Gesundheitsfonds regelhaft so anzupassen, dass die Fondsmittel mindestens 95% der erwarteten Gesamtausgaben der GKV decken.

Beitragssatz von 15,5% zu hoch

Die gesetzliche Festschreibung des Beitragssatzes auf 15,5% hat – gewiss unerwartet – zu dem „Luxusproblem“ geführt, dass sich im Gesundheitsfonds hohe Überschüsse angehäuft haben, die so nicht vorgesehen waren und – abgesehen von ausreichenden Schwankungsreserven – auch grundsätzlich nicht zur Umlagefinanzierung der GKV passen. Es gibt jedoch für diese Situation kein regelhaftes Korrektiv in Form einer Beitragssatzanpassung, die in diesem Fall zu einer Senkung geführt hätte. So blieb der Beitragssatz unnötig hoch, und die Überschüsse wurden als Ausdruck einer erfolgreichen Gesundheitspolitik ausgegeben, statt als unnötig tiefer Griff in die Taschen der Beitragszahler – und das auch noch durch eine Bundesregierung, die „mehr Netto vom Brutto“ versprochen hatte.

Eine gesetzliche Vorschrift zur Anpassung des einheitlichen Beitragssatzes fehlt, weil die christlich-liberale Bundesregierung von dem jahrzehntelang gewohnten „Normalfall“ ausgegangen war, dass die GKV-Ausgaben schneller wachsen als die Einkommensbasis der Beitragszahlungen und eine regelhafte Anpassung des Beitragssatzes – wie etwa nach der ursprünglichen 95%-Regelung – somit stets nur „nach oben“ erfolgen würde. Das wollte man aber verhindern, um die Arbeitskosten von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben abzukoppeln. Dieses Ziel wäre jedoch genauso erreicht worden, wenn nicht der gesamte Beitragssatz bei 15,5% festgeschrieben worden wäre, sondern lediglich der Arbeitgeberbeitrag auf dem aktuellen Niveau von 7,3% – der Abschied von der Parität war bekanntlich schon 2004 zur Zeit der rot-grünen Bundesregierung erfolgt, und zwar ebenfalls mit einer beschäftigungspolitischen Begründung.

Weil Ausgabenzuwächse der GKV, die über das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen hinausgehen, künftig allein über pauschale Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert werden, wird das Zusatzbeitragsniveau perspektivisch steigen und damit zugleich das zur Finanzierung des Sozialausgleichs erforderliche Steuervolumen – angesichts der aktuellen Kürzung des Bundeszuschusses sowie des wachsenden Stellenwerts der Verschuldungskriterien eine eher besorgniserregende Aussicht. Dass sich der Sachverständigenrat Wirtschaft in seinem jüngsten Jahresgutachten gleichwohl noch einmal explizit für sein Modell

der Bürgerprämie ausspricht, bei dem er das zum Sozialausgleich erforderliche Finanzvolumen aus Steuermitteln in der Endstufe auf gut 30 Mrd. Euro beziffert,⁴ erscheint deshalb fast schon etwas naiv.

Für den Krankenkassenwettbewerb ist die Höhe des Zusatzbeitragsniveaus letztlich unerheblich, wenn man – wie etwa Henke und Richter⁵ – zwischen den Funktionen der Mittelaufbringung (über einkommensabhängige Beiträge) und des Kassenwettbewerbs (über Zusatzbeiträge und Prämien) unterscheidet – allerdings mit einer Einschränkung: Wie die inzwischen gesammelten Erfahrungen gezeigt haben, gibt es bei einem Referenzniveau von null keine auch nur annähernde Symmetrie zwischen den Preissignalen von Zusatzbeiträgen und Prämienausschüttungen. Krankenkassen, die 2010 und 2011 einen Zusatzbeitrag erheben mussten, erlitten teilweise massive Mitgliederverluste (die in zwei Fällen sogar zu Kassenschließungen führten), während die Mitgliederzuwächse von Kassen mit Prämienausschüttungen durchaus überschaubar blieben, jedenfalls nicht gravierend höher ausfielen als in manchen anderen Kassen ohne Ausschüttungen. Deshalb ist es nur allzu verständlich, dass die Bereitschaft der Kassen zu Prämienausschüttungen ausgesprochen gering ist und überschüssige Mittel lieber auf die hohe Kante gelegt oder für Satzungsleistungen verwendet werden (selbst wenn diese zum Teil medizinisch fragwürdig sind).

Fehlgeleiteter Kassenwettbewerb

An dieser Stelle wird der bereits angesprochene zweite „Geburtsfehler“ des Gesundheitsfonds offensichtlich: die vollständige Deckung der GKV-Ausgaben durch den Gesundheitsfonds, die dazu führt, dass kaum eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben muss. Weil bei diesem Referenzniveau alle Kassen mit einem Zusatzbeitrag „brutal abgestraft“ werden, wird praktisch das gesamte Kassenhandeln auf das Ziel ausgerichtet, einen Zusatzbeitrag so lange wie irgend möglich zu vermeiden. Dass dabei jedoch kein Wettbewerb zustande kommt, der – insbesondere auf der Grundlage von Selektivverträgen – strukturelle Reformen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung anschiebt, liegt auf der Hand. Dazu sind nämlich in der Regel investive Vorleistungen

4 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland, Jahresgutachten 2012/13, Bundestags-Drucksache 17/11440 vom 12.11.2012, Ziffer 621.

5 K.-D. Henke, W. F. Richter: Zur Zukunft des Gesundheitsfonds, in: Wirtschaftsdienst, 89. Jg. (2009), H. 11, S. 727-732.

erforderlich, wobei der „Return on Investment“ nicht nur zeitlich verzögert erfolgt, sondern auch von seinem Umfang her vielfach kaum präzise kalkulierbar ist.

Folgerichtig stellt der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem aktuellen Sondergutachten fest, 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“, um allerdings fast schon resignativ anzufügen, dass zu einer solchen Reform – wie schon bei Einführung des Gesundheitsfonds – auch derzeit wohl keine politische Bereitschaft bestünde.⁶ 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. Willkommen im ordnungspolitischen Nirwana der Gesundheitspolitik!

Regelhafte Anpassung des Beitragssatzes

Damit ist aber der Weg zur Behebung der beiden Konstruktionsfehler des Gesundheitsfonds-Konzepts benannt: eine regelhafte Anpassung des Beitragssatzes an die zu erwartende Einnahmen- und Ausgabenentwicklung auf einem Niveau, das bei allen Kassen die Erhebung eines Zusatzbeitrags erfordern würde (wobei der – um Methodenfehler korrigierte – Risikostrukturausgleich zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds weiterhin auf 100% der GKV-Gesamtausgaben bezogen bliebe, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden). Auf diese Weise wäre es weder im Gesundheitsfonds, noch bei einzelnen Krankenkassen zu hohen Überschüssen gekommen, die zwangsläufig Begehrlichkeiten wecken, und zwar nicht nur bei Leistungserbringern wie Ärzten, Apotheken und Kranken-

häusern, sondern neuerdings auch beim Bundesfinanzminister. Zugleich würde aber auch das Problem deutlich vermindert, dass ein künftig wachsendes Zusatzbeitragsniveau ein immer größeres Steuervolumen für den Sozialausgleich erfordert – das dann zudem auch nicht mehr durch eine Kürzung des Bundeszuschusses kompensiert werden könnte, weil dadurch das Zusatzbeitragsniveau abermals wüchse.

Schließlich würden die genannten Schritte aber auch die aktuell extreme Ausprägung des Kassenwettbewerbs als reiner Preiswettbewerb, die im Hinblick auf eine stärker versorgungsorientierte Wettbewerbsorientierung der GKV geradezu kontraproduktiv wirkt, relativieren. Man kann sogar noch einen Schritt weitergehen und daran denken, beim Zusatzbeitrag nicht nur das Referenzniveau von derzeit null ein Stück anzuheben, sondern die kassenindividuellen Zusatzbeiträge durchgängig einkommensabhängig auszugestalten. Das würde zugleich den Bürokratieaufwand beim Beitragseinzug deutlich vermindern sowie den bereits heute mit erkennbaren Unwägbarkeiten behafteten steuerfinanzierten Sozialausgleich vollständig erübrigen. Wer hiergegen einwendet, dass nur ein pauschaler Zusatzbeitrag für hinreichende Preistransparenz im Kassenwettbewerb sorgt, übersieht, dass dieser Wettbewerb solange weithin inhaltsleer und damit funktionslos bleibt, wie die Kassen gar nicht über genügend Instrumente im Vertragswettbewerb verfügen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung wirksam steuern zu können. Gerade in diesem Punkt hat es in dieser Legislaturperiode nicht den geringsten Fortschritt gegeben – vor allem weil sich die Politik nicht traut, auch die Leistungserbringer einem intensiven Qualitäts- und Preiswettbewerb auszusetzen.⁷ In dieser Frage liegt deshalb – neben dem Schutz der GKV vor weiteren Ad-hoc-Eingriffen der Politik – die zentrale Reformbaustelle der GKV und nicht etwa in der Intensivierung eines ansonsten weithin funktionslosen Kassenwettbewerbs.

6 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Bundestags-Drucksache 17/10323 vom 10.7.2012, Ziffer 525.

7 Vgl. K. Jacobs: Wettbewerb in Fesseln, in: Gesundheit und Gesellschaft, 15. Jg. (2012), H. 7-8, S. 24-29.

Title: Health Insurance Funds: Clear Rules for Stable Finances and Sensible Insurer Competition

Abstract: An unexpected surplus in the German statutory health insurance central fund has led to unwise discretionary decisions which should be avoided in the future. First, the setting of the contribution rate, which is currently politically determined, should be replaced by a rule-based procedure to adjust contribution revenues to expected expenditures. Furthermore, in view of the European Fiscal Compact's debt criteria becoming effective in 2014, health care financing's dependence on the state budget should be reduced. However, reorganising health care financing is only one area of reform. It should be accompanied by implementing workable solutions for increased competition among health insurers as well as providers.

JEL Classification: E62, H55, I18