



Für eine wirtschaftliche, leistungsfähige und einkommensunabhängige Gesundheitsversorgung

***BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen
Krankenversicherung***

Juli 2009

Ansprechpartner:

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Zusammenfassung

Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der Innovationen fördert und wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Soweit das Wachstum in diesem Bereich jedoch über eine lohnbezogene Finanzierung zu steigenden Personalzusatzkosten bzw. Arbeitskosten führt, entsteht daraus ein schwerwiegendes Beschäftigungshemmnis sowie eine Bremse für das Wirtschaftswachstum insgesamt.

Genau das ist der Fall bei der gesetzlichen Krankenversicherung: Trotz zahlreicher Gesundheitsreformen ist der durchschnittliche Beitragssatz in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich gestiegen. Obwohl im laufenden Jahr knapp 5 Mrd. € an zusätzlichen Steuermitteln in die gesetzliche Krankenversicherung fließen sollen, wird der allgemeine Beitragssatz ab 1. Juli 2009 – inklusive des Sonderbeitrags der Versicherten – 14,9 Prozent betragen (zum Vergleich: 2005 = 14,2 Prozent, 1990 = 12,8 Prozent, 1980 = 11,4 Prozent, 1970 = 8,2 Prozent). Diese Entwicklung hat maßgeblich zum Anstieg der Sozialbeiträge und vor allem zum Wachstum der Personalzusatzkosten beigetragen.

Die Krankheitskostenfinanzierung muss daher vom Arbeitsverhältnis entkoppelt werden. Die lohnbezogene Beitragsfinanzierung sollte auf ein einkommensunabhängiges Gesundheitsprämienmodell mit steuerfinanziertem sozialen Ausgleich für einkommensschwache Versicherte umgestellt werden:

- Der heutige Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag wird steuerfrei an die Arbeitnehmer ausbezahlt.
- Alle derzeit gut 56 Mio. gesetzlich versicherten Erwachsenen werden – bei prämienfreier Mitversicherung ihrer knapp 14 Mio. Kinder – gegen eine monatliche einkommensunabhängige Prämie von durchschnittlich rund 235 € abgesichert. Heute liegt der Durchschnittsbeitrag bei gut 250 € je Mitglied, über 380 € für den Durchschnittsverdiener und knapp 550 € in der Spitze.
- Durch einen Sozialausgleich, der über den Risikostrukturausgleich administriert werden kann, wird gewährleistet, dass kein Versicherter mehr als 15 Prozent seines Haushaltseinkommens für Krankenversicherungsbeiträge zahlen muss. Damit wird eine finanzielle Überforderung von Versicherten hinreichend ausgeschlossen.

Zur langfristigen Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf es neben der Abkehr von der lohnbezogenen Finanzierung des Auf- und Ausbaus einer ergänzenden kapitalgedeckten Risikovorsorge sowie vor allem durchgreifender Strukturreformen auf der Leistungsseite.

Während Deutschland einerseits im internationalen Vergleich die zweithöchsten öffentlichen Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts aufweist, belegt es andererseits beim medizinischen Leistungsstand nur einen mittleren Platz. Diese krasse Diskrepanz belegt gravierende Ineffizienzen im Leistungsgeschehen und in den Organisationsstrukturen sowie große Fehlreize für Versicherte und Leistungserbringer.

Zur Effizienzsteigerung und Ausgabenbegrenzung sind insbesondere folgende Maßnahmen unverzichtbar:

- Der Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auf allen Ebenen intensiviert werden. Vertragsfreiheit für die Krankenkassen – unter Beachtung kartellrechtlicher Vorschriften – ist eine zentrale Voraussetzung für einen Kosten senkenden und Qualität sichernden Wettbewerb.
- Die Eigenverantwortung der Versicherten ist auszubauen. Hierzu bedarf es einer besseren Kostentransparenz und mehr Selbstbeteiligung, insbesondere in den Bereichen, in denen eine steuernde Wirkung auf das Verhalten der Versicherten zu erwarten ist.
- Der Leistungskatalog muss auf eine Basisversicherung konzentriert werden.

Im Einzelnen

I. Reformbedarf auf der Leistungsseite

1. Wettbewerb auf allen Ebenen verstärken

Der Ausbau von Wettbewerbselementen ist eines der wirksamsten Mittel zur Begrenzung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von daher müssen die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) enthaltenen, aber noch nicht ausreichenden Ansätze deutlich nachgebessert werden. Bedarfsgerechte, Qualität sichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote im Gesundheitswesen setzen wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer voraus.

Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten das Recht erhalten, eigenständig insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztegremien sowie Krankenhäusern zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen – unter Beachtung von kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen. Vertragsfreiheit ist eine zentrale Voraussetzung für einen Kosten senkenden und Qualität sichernden Wettbewerb. Sie ist daher schrittweise in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens einzuführen.

Die Krankenkassen sollten grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Der Gesetzgeber sollte daher die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten so weit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen und die sektorale Budgetierung überwinden. Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. integrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren, Hausarztssystem, Kostenerstattung oder Sachleistung, stationäre Versorgung) gestartet werden. Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten, ist hingegen nicht zielführend.

Konkret bedarf es in den einzelnen Versorgungsbereichen folgender Änderungen:

a. Stationäre Versorgung

Der heute im stationären Bereich bestehende Zwang zu einheitlichen, gemeinsam ausgehandelten Versorgungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern verhindert den notwendigen Vertragswettbewerb und die damit

mögliche Ausschöpfung von Effizienzreserven. An die Stelle kollektiver und einheitlicher Verträge müssen schrittweise individuell ausgehandelte Verträge von Krankenkassen und Krankenhäusern treten.

Zudem muss der bestehende Kontrahierungszwang, nach dem die Krankenkassen mit allen von den Ländern im Krankenhausbedarfsplan aufgenommenen Krankenhäusern Versorgungsverträge abschließen müssen, abgeschafft werden. Für den Abschluss von Versorgungsverträgen würden dann nicht mehr auch landes- und kommunalpolitische Anliegen maßgeblich sein, sondern allein die Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung sowie der Gesamtbedarf. Eine Abschaffung des Kontrahierungszwangs würde die wettbewerbliche Entwicklung wirtschaftlicher Krankenhausstrukturen fördern und den Abbau der z. T. noch erheblichen Überkapazitäten im Krankenhausbereich beschleunigen.

Der Wegfall der Krankenhausplanung durch die Länder erfordert im Gegenzug die Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die gesetzlichen Krankenkassen sowie außerdem die mit dem Krankenhausplanungsrecht verbundene, heute von den Ländern übernommene Finanzierung der Investitionen und Großgeräte der Krankenhäuser. Damit der Übergang kostenneutral für Länder und Krankenkassen erfolgt, muss die bisherige Investitionsfinanzierung durch einen dynamisierten Steuerzuschuss ersetzt werden.

Durch die Umstellung auf eine monistische Finanzierung der Krankenhäuser, d. h. eine einheitliche Vergütung der Betriebs- und Investitionsaufwendungen der Krankenhäuser aus einer Hand, können Investitionsmittel statt bislang pauschal künftig leistungsorientiert auf die Krankenhäuser verteilt werden, z. B. durch Investitionszuschläge auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Auch dadurch würde der Leistungswettbewerb zwischen den Krankenhäusern gefördert.

b. Ambulante Versorgung

Einen umfassenden Vertrags- und Versorgungswettbewerb im ambulanten Bereich gibt es auch nach Inkrafttreten des GKV-WSG noch nicht. Zwar wurde im Rahmen des GKV-WSG in den Bereichen der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten Versorgung eine Selektivvertragsoption eingeführt, detaillierte Strukturvorgaben des Gesetzgebers jedoch beschränken die Handlungsspielräume der Vertragspartner beträchtlich. So besteht im Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Angebotspflicht der Krankenkassen zu hausarztzentrierter Versorgung, die zudem mit der Vorgabe der Flä-

chendeckung verbunden ist. Darüber hinaus werden die Kassen verpflichtet, Selektivverträge mit Gemeinschaften abzuschließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

Eine in dieser Art geregelte Selektivvertragsoption verdient ihren Namen nicht und stellt kaum eine Veränderung gegenüber der alten kollektivvertraglichen Regelung dar. Auch das Fehlen einer konkreten Bereinigungsregelung behindert den Abschluss von Einzelverträgen sowohl im Bereich der hausarztzentrierten als auch der besonderen ambulanten Versorgung. Solange die Kassen die kollektivvertraglichen Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen (vertragsärztliche Gesamtvergütung) nicht um die von ihnen im Rahmen der Selektivverträge geleisteten Zahlungen bereinigen können, werden sie aufgrund dieser Doppelfinanzierung kaum Anreize haben, Selektivverträge abzuschließen.

Vielmehr ist auch im ambulanten Bereich vollständige Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und ihren Verbänden sowie den Krankenkassen und ihren Verbänden zu gewährleisten. Im Gegenzug müssen die gesetzlichen Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag übernehmen. Bis dahin ist in einem ersten Schritt die Selektivvertragsoption durch eine konkrete Bereinigungsvorgabe zu flankieren.

c. Arzneimittelversorgung

Die Liberalisierung des Arzneimittelvertriebes muss fortgeführt werden. Durch die weiterhin vorgeschriebenen einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Medikamente wird ein Preiswettbewerb zwischen den Apotheken weitgehend verhindert. Die Preisbindung durch die Arzneimittelpreisverordnung muss daher beseitigt werden.

Stattdessen muss den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht werden, neben den Rabattverträgen mit Pharmaherstellern auch mit den Apotheken und ihren Verbänden Versorgungsverträge auf selektivvertraglicher Basis zu schließen.

Auch das Mehr- und Fremdbesitzverbot für Apotheken ist im Interesse einer höheren Wettbewerbsintensität in der Arzneimittelversorgung vollständig aufzuheben. Es bedeutet eine Ausschließlichkeit der eigentümergeführten Präsenzapotheke und verhindert Apothekenketten und den Betrieb von Apotheken durch Kapitalgesellschaften. Im Ergebnis stellt dies eine Einschränkung des Wettbewerbs dar, weil z. B. Apotheken-

ketten gar nicht erst zugelassen werden. Bedenken, dass Apothekenketten zu monopolartigen Strukturen und damit zu einer Einschränkung des Wettbewerbs führen könnten, sind unbegründet und erscheinen schon angesichts der großen Anzahl von Apotheken (21.500) und der hohen Apothekendichte (weniger als 4.000 Einwohner pro Apotheke) konstruiert. Dies gilt auch deshalb, weil das Entstehen monopolartiger Strukturen bereits durch das geltende Kartellrecht ausgeschlossen werden kann. Auch das Ziel der sorgfältigen Arzneimittelabgabe und somit des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung wird durch die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots nicht gefährdet. Schließlich dürfen Apotheken ausschließlich durch qualifizierte Berufsträger (Apotheker) geführt werden (§ 2 ApoG).

2. Eigenverantwortung ausbauen

Die Eigenverantwortung der Versicherten ist durch mehr Selbstbeteiligung und mehr Kostentransparenz auszuweiten. Das ist als Steuerungselement unverzichtbar und stellt auch keine Überforderung des Einzelnen dar. Auch nach Ausweitung der Selbstbeteiligung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und der Einführung der Kostenbeteiligung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit durch das GKV-WVG weist Deutschland immer noch ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Niveau auf.

- Eine Ausweitung der Eigenverantwortung der Versicherten trägt dazu bei, den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren. Eine höhere Selbstbeteiligung schafft Anreize, Leistungen dort nicht in Anspruch zu nehmen, wo sie nicht erforderlich sind. Damit die Versicherten ihrer Kostenverantwortung gerecht werden können, müssen jedoch unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Hierbei sollte jeder Krankenkasse freigestellt werden, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen.
- Mehr Selbstbeteiligung setzt Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten. Ein Großteil der Krankheitskosten ist verhaltensbedingt (z. B. durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Genussmittelmissbrauch) und lässt sich daher durch entsprechende Verhaltensänderungen vermeiden.
- Durch eine angemessene Selbstbeteiligung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip auf die Leis-

tungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann.

- Die Übernahme kleiner Risiken durch den Einzelnen ist Voraussetzung dafür, dass die großen Risiken schwerer Erkrankungen auch weiterhin solidarisch abgedeckt werden können.

Konkret sollte die heute geltende Belastungsgrenze für Selbstbeteiligung von 2 auf 3 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.

Bei den einzelnen Leistungsarten ist Selbstbeteiligung vor allem dort auszubauen, wo sie Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, haben kann. Insbesondere sollte daher grundsätzlich bei jedem Arztbesuch eine Praxisgebühr anfallen. Durch die aktuelle Regelung, nach der die Gebühr von 10 € lediglich einmalig im Quartal zu zahlen ist und nach Überweisungen entfällt, kann die Praxisgebühr nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten (so auch das RWI in seinem Diskussionspapier Nr. 43 aus dem Jahr 2006). Mit einer auf 5 € je Arztbesuch halbierten Praxisgebühr ließe sich hingegen sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine verbesserte Kostensteuerung erreichen. Bei Arztbesuchen besteht ein hohes Entlastungspotenzial durch Zuzahlungen schon deshalb, weil dadurch auch Verschreibungen gemindert und damit Leistungsausgaben in anderen Bereichen gesenkt werden können. Eine durchgängige Praxisgebühr trägt zudem dazu bei, unnötige Arztbesuche – wie zum Beispiel bei Bagatellerkrankungen – zu vermeiden. Bei der Zahl der Arztkontakte belegt Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz. Versicherte konsultieren in Deutschland nahezu doppelt so häufig einen Arzt wie zum Beispiel Niederländer, Franzosen, Österreicher, Schweden, Dänen oder Schweizer. In Belgien beträgt dabei die maximale Zuzahlung 25 Prozent beim Hausarzt, beim Spezialisten sogar 40 Prozent. In Frankreich werden die Versicherten zu 30 Prozent an den Kosten des Arztbesuches (Hausarzt und Spezialist) beteiligt. Schweden zahlen beim Hausarztbesuch 11 bis 16 €, beim Besuch eines Spezialisten 16 bis 27 € zu. Turnusmäßig vorgesehene Früherkennungsuntersuchungen sollten weiterhin zuzahlungsfrei bleiben.

Die durch diese Maßnahmen bewirkte Erhöhung der Selbstbeteiligung beläuft sich auf rund

3 Mrd. €. Dies entspricht rund 9 Prozent der von den privaten Haushalten bislang bereits selbst finanzierten Gesundheitsgüter und -leistungen (2007: 34,1 Mrd. €) bzw. knapp 2 Prozent des heutigen GKV-Leistungsvolumens.

3. Leistungen auf Basissicherung konzentrieren

Der gesetzlich definierte Leistungskatalog der Krankenkassen muss kontinuierlich mit dem Ziel einer Konzentration auf eine Basissicherung mit Kernleistungen auf Inhalt und Umfang überprüft werden. Einzelne Leistungen können ganz aus dem Leistungskatalog herausgenommen und in die Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden (z. B. Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfen).

Andere Leistungen können zumindest dem Umfang nach beschränkt werden. Dies gilt zum Beispiel für das Krankengeld, dessen maximale Bezugsdauer von bis zu 78 Wochen auf maximal 52 Wochen begrenzt werden sollte. Die Leistungsdauer in Deutschland ist deutlich länger als in den übrigen europäischen Nachbarländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall überwiegend 52 Wochen oder weniger. Diese Befristung ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente).

Bei der Anpassung und Fortentwicklung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung ist vor allem der Gesetzgeber gefragt. Besondere Bedeutung kommt aber auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstem Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Leistungserbringer und der Krankenkassen zu. Denn seine Aufgabe ist es, innerhalb des vom Gesetzgeber vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmens in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu bestimmen. Leistungsausweitungen müssen verhindert bzw. zumindest durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert werden.

II. Reformbedarf auf der Finanzierungsseite

Zentraler Reformschritt muss die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein. Dazu ist die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn umzustellen. Entsprechend erfolgt die Auszahlung des Zuschusses der gesetzlichen Rentenversicherung zur Krankenversicherung der Rentner als zusätzliche Rentenleistung. Für Einkommensschwache besteht ein steuerfinanzierter sozialer Ausgleich als Überforderungsschutz.

Die Vorteile eines solchen Gesundheitsprämienmodells sind insbesondere:

- Arbeitskosten und Krankheitskostenfinanzierung werden entkoppelt: Lohn- und Gehaltserhöhungen und höhere Beitragssätze führen nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen sinkt, mittel- und langfristig sind nachhaltig positive Beschäftigungswirkungen zu erwarten.
- Der soziale Ausgleich erfolgt deutlich zielgenauer und transparenter als heute. Das Umverteilungsvolumen kann dadurch begrenzt werden.
- Der Umfang des Risikostrukturausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sinkt erheblich, weil der Einkommensausgleich aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen wird.
- Die Abhängigkeit der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von der konjunkturellen Entwicklung wird weitgehend beseitigt.
- Negative einnahmeseitige Effekte des demografischen Wandels werden verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führt. Fast ein Drittel der fiskalischen Effekte der demografischen Struktur können hierdurch aufgefangen werden.
- Die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Beitragsbelastung haben ein Ende: Die Finanzierung erfolgt aus dem gesamten Einkommen und Vermögen, eine Diskriminierung von Doppelverdienerhaushalten gegenüber Alleinverdienerhaushalten findet nicht mehr statt.

Das Gesundheitsprämienmodell im Einzelnen:

1. Versicherter Personenkreis

Alle gut 56 Mio. gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen sind gegen Entrichtung einer kassenindividuellen Gesundheitsprämie versichert, alle knapp 14 Mio. gesetzlich krankenversicherten Kinder sind im Rahmen einer prämienfreien Mitversicherung versichert. Der versicherte Personenkreis im Gesundheitsprämienmodell entspricht dem heute in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personenkreis.

2. Prämienhöhe

Die über Gesundheitsprämien einschließlich sozialem Ausgleich zu finanzierenden Aufwendungen der Krankenkassen errechnen sich wie folgt:

<i>Gesamtausgaben gesetzliche Krankenversicherung 2009 (Prognose Schätzerkreis)</i>	166,8 Mrd. €
<i>Herausnahme des Krankengeldes aus der Prämienfinanzierung (vgl. II.4.)</i>	- 6 Mrd. €
<i>Ausweitung von Zuzahlungen (vgl. I.2.)</i>	- 3 Mrd. €
<i>Gesamtausgabevolumen, das über Gesundheitsprämien zu finanzieren ist</i>	157,8 Mrd. €

Dies erfordert eine Prämie von durchschnittlich rund 235 € monatlich, bei unterschiedlicher Prämienhöhe je Krankenkasse. Zum Vergleich: Derzeit liegt der monatliche Durchschnittsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung bei gut 250 € pro Mitglied, ein durchschnittlich verdienender Arbeitnehmer zahlt – einschließlich Arbeitgeberanteil – im Mittel über 380 €, der Höchstbeitrag beträgt knapp 550 €. Ein Monatsbeitrag von 235 € wird heute bereits bei einem monatlichen Bruttolohn oder -gehalt von rund 1.570 € fällig.

Erreicht wird der Rückgang des durchschnittlichen Beitrags je Arbeitnehmer – neben der Herausnahme des Krankengeldes sowie der Anhebung der Zuzahlungen – zum einen durch das Ende der beitragsfreien Mitversicherung nicht-erziehender Ehegatten sowie zum anderen dadurch, dass im BDA-Gesundheitsprämienmodell die Quersubventionierung der übrigen Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ein Ende

hat. So kann sich z. B. der Bund als Beitragszahler für die Arbeitslosengeld II- und Sozialgeldempfänger nicht mehr auf Kosten von Arbeitnehmern entlasten und muss statt heute rund 120 € etwa doppelt so hohe Beiträge zahlen.

3. Sozialer Ausgleich für einkommensschwache Versicherte

Ein sozialer Ausgleich als Überforderungsschutz ist nur für diejenigen Versicherten erforderlich, die selbst Krankenversicherungsbeiträge zahlen. Für Mitglieder ohne eigene Beitragsleistung (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld I und II, Eltern in der Elternzeit) hat der zuständige Sozialleistungsträger die volle Gesundheitsprämie an die gesetzliche Krankenversicherung abzuführen. Insofern kann es hier zu keiner Überforderung kommen.

Notwendig ist ein sozialer Ausgleich als Überforderungsschutz hingegen für alle anderen einkommensschwachen Versicherte. Er wird dadurch gewährleistet, dass die Krankenkassen bei ihnen die Prämie nur bis zu der Höhe einfordern, die sie nicht überfordert. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Krankenkassen über den Risikostrukturausgleich erstattet.

Die individuelle Berechtigung zur Prämienverbilligung kann entsprechend dem seit Jahren praktizierten und bewährten Verfahren zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V geprüft werden. Da die Zahl der von Zuzahlungen Befreiten etwa der Zahl der Berechtigten zur Prämienverbilligung entspricht und beide Personkreise eine große Schnittmenge aufweisen, ist der damit verbundene Verwaltungsaufwand gering.

Der Umfang des sozialen Ausgleichs ist im BDA-Gesundheitsprämienmodell grundsätzlich gestaltbar. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass mit einem höheren sozialen Ausgleichs auch die durchschnittliche Höhe der Gesundheitsprämie steigt. Übertreffen die Kosten für Prämienverbilligungen den zusätzlichen Bundeszuschuss, muss die durchschnittliche Gesundheitsprämie höher ausfallen als oben kalkuliert (235 € monatlich), liegen sie niedriger, kann die Gesundheitsprämie geringer ausfallen.

Ein ausreichender sozialer Ausgleich wäre in jedem Fall dann gewährleistet, wenn sich die Überforderungsgrenze am heutigen Beitragssatzniveau von rund 15 Prozent orientiert, also kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mehr als 15 Prozent seines Haushaltseinkommens an Krankenversicherungsbeiträgen zahlen muss. Ein sozialer Ausgleich dieses Umfangs lässt sich bereits aus den laufenden Bundeszuweisungen an die gesetzliche Krankenversiche-

rung finanzieren. Denn schließlich soll der Bundeszuschuss nach dem „Konjunkturpaket II“ bereits ab 2012 den Umfang von 14 Mrd. € bzw. fast 10 Prozent des GKV-Leistungsvolumens erreichen. Bei einer durchschnittlichen Prämie von 235 € monatlich hätten alle Versicherten mit einem Gesamteinkommen von bis zu 1.570 € monatlich Anspruch auf Prämienverbilligung. Damit wäre ein umfassender sozialer Ausgleich gesichert.

Der aus Steuermitteln finanzierte soziale Ausgleich für Einkommensschwache muss im Übrigen in entsprechender Weise auch auf Versicherte der privaten Krankenversicherung Anwendung finden. Dies ist schon deshalb geboten, um eine Wettbewerbsverzerrung zulasten der privaten Krankenversicherung zu vermeiden.

4. Krankengeld weiterhin lohnbezogen finanzieren

Als Lohnersatzleistung muss das Krankengeld weiter durch lohnbezogene Beiträge finanziert werden (vgl. Sachverständigenrat JG 2008/09, Tz. 676). Schließlich soll das Krankengeld den Wegfall des jeweils zuvor erzielten Lohns ausgleichen.

Für die Beiträge müssen dabei die Versicherten selbst aufkommen. Dies bedeutet für die Arbeitnehmer jedoch keine Verschlechterung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand. Schließlich ist der bisherige Finanzierungsanteil der Arbeitgeber am Krankengeld Bestandteil des an die Arbeitnehmer als Bruttolohn steuerfrei ausbezahlten heutigen Arbeitgeberanteils. Für die Arbeitgeber ist die Umstellung auf das Prämienmodell belastungsneutral, weil sie den heutigen Arbeitgeberbeitrag in gleicher Höhe als Bruttolohn auszahlen.

5. Über den Gesundheitsfonds zur Gesundheitsprämie

Die Herausforderungen und Probleme, vor denen die gesetzliche Krankenversicherung steht, werden durch den zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Gesundheitsfonds nicht gelöst. Insbesondere sind die vom Gesetzgeber mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundenen Erwartungen unrealistisch. Der Gesundheitsfonds ist – anders als in der Gesetzesbegründung des GKV-WSG behauptet – in keiner Weise geeignet, eine „wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln“ zu garantieren. Zudem wird an den falschen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung festgehalten. Es bleibt im Grundsatz bei der lohnbezogenen Finanzie-

rung, die einer Strafsteuer auf Beschäftigung gleichkommt.

a. Gesundheitsfonds nachbessern

Damit der Gesundheitsfonds in der Zeit bis zur Einführung des Gesundheitsprämienmodells vernünftig funktionieren kann, müssen kurzfristig die noch immer bestehenden Ungereimtheiten beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag beseitigt werden:

- Der Zusatzbeitrag muss einheitlich als kassenindividuelle, einkommensunabhängige Pauschale erhoben werden und darf nicht auch als einkommensabhängiger Beitrag erhoben werden können. Der Zusatzbeitrag – so die richtige Argumentation des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung – kann die ihm zugeordnete Funktion als Preissignal nur erfüllen, wenn er ausschließlich als „kleine Pauschale“ erhoben wird (Jahresgutachten 2006/07, Tz. 284).
- Auf die bislang vorgesehene Überforderungsklausel bei Erhebung des Zusatzbeitrags (ohne Einkommensprüfung höchstens 8 € monatlich, im Übrigen Begrenzung auf 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds) muss verzichtet werden. Zu Recht hat der Sachverständigenrat Wirtschaft kritisiert, dass die Überforderungsklausel bei Krankenkassen mit einer hohen Zahl einkommensschwacher Mitglieder Beitragsausfälle bewirkt, die zwangsläufig von den übrigen Mitgliedern ausgeglichen werden müssen und den Zusatzbeitrag wettbewerbsverzerrend in die Höhe treiben. Zudem setzt die Überforderungsklausel für alle Mitglieder, die von ihr profitieren, falsche Anreize zum Wechsel in besonders teure Krankenkassen, weil dies für sie mit keiner finanziellen Mehrbelastung verbunden ist.

Der Verzicht auf eine Überforderungsklausel ist auch ohne Weiteres zumutbar, weil die Zahlung eines Zusatzbeitrags von mehr als 8 € Monat durch den Wechsel in eine günstigere Krankenkasse vollständig vermieden werden kann. Schließlich steht den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Einführung oder Erhöhung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags ein Sonderkündigungsrecht zu und damit der Wechsel zu einer preisgünstigeren Krankenkasse (Kontrahierungszwang) offen.

b. Finanzierung auf das Gesundheitsprämienmodell umstellen

Um das BDA-Gesundheitsprämienmodell einzuführen, muss der neu geschaffene Gesundheitsfonds nicht abgeschafft werden. Im Gegenteil sollten die Vorteile des heutigen Fondsmodells bewusst genutzt und dessen Nachteile gezielt beseitigt werden.

So beinhaltet der Gesundheitsfonds, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird, den neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der einen möglichst verzerrungsfreien Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ermöglichen soll. Auch im Gesundheitsprämienmodell wird ein zielgenauer Risikostrukturausgleich benötigt.

Konkret erfordert die Umstellung auf das Gesundheitsprämienmodell folgende Schritte (vgl. anliegende Grafik „Zuständigkeiten und Zahlungsströme im BDA-Gesundheitsprämienmodell“):

- Die Entkopplung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis durch Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und die Tragung der Kosten des Krankenversicherungsschutzes durch den Arbeitnehmer.
- Die autonome Festsetzung einkommensunabhängiger, kassenindividueller Gesundheitsprämien durch die Krankenkassen. Diese ersetzen den bisherigen einheitlichen Krankenversicherungsbeitragssatz inkl. der Zusatzbeiträge bzw. Rückerstattungen.
- Die Weiterleitung der für alle Versicherten einheitlichen, solidarischen Fondspauschale (235 €) von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds. Die Höhe der solidarischen Fondspauschale ist so festzusetzen, dass sie – zusammen mit den anderen Einnahmen des Gesundheitsfonds – die prognostizierten Gesundheitsausgaben abdeckt.

Zuständigkeiten und Zahlungsströme im BDA-Gesundheitsprämienmodell

1. Arbeitgeber: Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Brutto Lohn ihrer Arbeitnehmer.	2. Arbeitnehmer: Tragung der kassenindividuellen Gesundheitsprämie aus dem um den ausgezahlten Arbeitgeberanteil erhöhten Bruttolohn.	3. Schätzkreis der GKV: Vorausberechnung der Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds.	4. Bundesregierung: Festlegung der solidarischen Fondspauschale, die von den Krankenkassen für jede bei ihr versicherte Person an den Gesundheitsfonds zu zahlen ist.	5. Bundesversicherungsamt: Administrativierung des Gesundheitsfonds und Durchführung des Risikostrukturausgleichs.	6. Krankenkassen: Festlegung der Höhe der kassenindividuellen Gesundheitsprämie ihrer Versicherten.
-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

