

# ***Für eine wirtschaftliche, leistungsfähige und einkommensunabhängige Gesundheitsversorgung***

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

***März 2010***

**Ansprechpartner:**

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto: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 2010 knapp 16 Mrd. € an Steuern ermitteln in die gesetzliche Krankenversicherung fließen sollen, liegt der allgemeine Beitragssatz – inklusive des Sonderbeitrags der Versicherten – bei 14,9 % (zum Vergleich: 2005 = 14,2 %, 1990 = 12,8 %, 1980 = 11,4 %, 1970 = 8,2 %). 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 Gesundheitsprämiensmodell mit steuerfinanziertem sozialem Ausgleich für einkommensschwache Versicherte umgestellt werden:

- Der heutige Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag wird steuerfrei an die Arbeitnehmer ausgezahlt.
- Alle gesetzlich versicherten Erwachsenen werden – bei prämiensfreier Mitversicherung ihrer Kinder – gegen eine monatliche einkommensunabhängige Prämie von durchschnittlich rund 245 € abgesichert.
- Durch einen Sozialausgleich, der über den Risikostrukturausgleich administriert werden kann, wird gewährleistet, dass kein Versicherter mehr als 15 % 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 Fehlansätze 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 Basissicherung konzentriert werden. Hierzu muss insbesondere sichergestellt werden, dass künftig grundsätzlich nur noch solche Leistungen von den Krankenkassen übernommen werden, deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind. Darüber hinaus sollten für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Versorgungsleitlinien entwickelt 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, Arztgruppen 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, Genussmittelmisbrauch) 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 Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligung von 2 auf 3 % 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 % beim Hausarzt, beim Spezialisten sogar 40 %. In Frankreich werden die Versicherten zu 30 % 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 vorgehene Früherkennungsuntersuchungen sollten weiterhin zuzahlungsfrei bleiben.

Die durch diese Maßnahmen bewirkte Erhöhung der Selbstbeteiligung beläuft sich auf rund 3 Mrd. €. Dies entspricht rund 9 % der von den

privaten Haushalten bislang bereits selbst finanzierten Gesundheitsgüter und -leistungen (2007: 34,1 Mrd. €) bzw. knapp 2 % des heutigen GKV-Leistungsvolumens.

### 3. Leistungen auf Basissicherung konzentrieren

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auf eine Basissicherung konzentriert werden, die einerseits die medizinisch notwendige Versorgung sichert, aber andererseits verzichtbare Leistungen ausschließt. Ohne eine solche Konzentration ist die gesetzliche Krankenversicherung künftig nicht mehr finanzierbar: Berechnungen des Instituts für Gesundheits-System-Forschung (igsf) zeigen, dass auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs bis 2050 der Beitragssatz auf 27 bis 44 % steigen müsste. Eine Beitragsbelastung in diesem Ausmaß ist jedoch allenfalls rechnerisch denkbar, ökonomisch ist sie wegen der damit verbundenen negativen Auswirkungen ausgeschlossen. Die Definition einer Basissicherung ist damit notwendige Voraussetzung, um in anderen Ländern schon heute praktizierte Formen der Rationierung von Gesundheitsleistungen (z. B. altersbezogene Leistungsausschlüsse, Ausschluss Einzelner vom medizinischen Fortschritt) auch künftig vermeiden zu können.

Basissicherung bedeutet, dass grundsätzlich nur noch solche Leistungen übernommen werden, deren Nutzen nachgewiesen ist und die wirtschaftlich erbracht werden. Zur Definition einer solchen Basissicherung sollten bestehende Strukturen wie der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Untersuchungen für den G-BA durchführt, genutzt und weiterentwickelt werden. Diese sind bereits mit der Entwicklung einer Basissicherung befasst. Insbesondere kann der G-BA Leistungen „einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind“ (§ 92 SGB V). Dies gilt allerdings im Wesentlichen nur für den ambulanten Sektor. Die Regelungen zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), nach denen diese so lange zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können, bis der G-BA sie von der Versorgung ausschließt (Verbotsvorbehalt), sowie die nahezu uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit von Medikamenten direkt nach Zulassung führen dazu, dass im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich die gewollten Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen weitgehend

nicht greifen. Deshalb ist der gesetzliche Auftrag bislang noch nicht ausreichend und muss wie folgt erweitert werden:

- Alle von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Leistungen zur Krankenbehandlung – sowohl neue als auch bereits im Leistungskatalog enthaltene – müssen in einem vergleichenden Verfahren laufend auf ihren Nutzen überprüft werden. Leistungen, für die kein (Zusatz-)Nutzen nachweisbar ist, sind aus dem Leistungskatalog zu streichen bzw. nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Medizinische Leistungen, deren Nutzen (noch) nicht ausreichend nachgewiesen ist, sollen ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien erbracht werden dürfen. Damit wird zum einen sichergestellt, dass die Einführung und Prüfung von Innovationen nicht behindert wird. Zum anderen wird zusätzlich der Anreiz erhöht, entsprechende Studien durchzuführen und vorzulegen und die Datenlage für Entscheidungen des G-BA verbessert. Darüber hinaus wird so ein größtmöglicher Patientenschutz garantiert und das Gefühl der Patienten, bei Ausschluss einer Leistung durch den G-BA „etwas weggenommen zu bekommen“, entfällt. Dies erhöht – auch für die Politik – die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA.
- Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung müssen die medizinischen Leistungen durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen überprüft werden. Nur Leistungen, die einen (Zusatz-)Nutzen aufweisen, der in einem angemessenen Verhältnis zu den Kosten steht, dürfen in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben. Andere Leistungen, z. B. solche, die im Vergleich zu einer kostengünstigeren Alternative keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen bieten, sind dagegen zu streichen. Im Einzelnen müssen zur Beurteilung, wann ein Kosten-Nutzen-Verhältnis angemessen ist, konsistente, ethisch vertretbare Kriterien entwickelt werden, zu denen insbesondere auch der Schweregrad der Erkrankung gehören sollte. Hierzu ist ein breit anerkanntes Verfahren zu entwickeln, das internationalen Standards und dem neuesten Stand der Wissenschaft genügt.
- In Ergänzung zur durchgehenden Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung sind schrittweise für möglichst viele Indikationen verbindliche evidenzbasierte Leitlinien zu entwickeln, wie sie heute schon im Bereich der Disease Management Programme (z. B. zu

Asthma, Diabetes und koronaren Herzkrankheiten) bestehen. Dadurch wird die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen (z. B. überflüssige Untersuchungen, unnötige Verordnungen, nicht sachgerechte Behandlungen) unterbunden und auch die Angleichung der regionalen Basisversorgung, soweit wie möglich und sachgerecht, sichergestellt. Eine Erprobung könnte im Rahmen von entsprechenden Wahltarifen erfolgen.

- Zur Messung der Zielerreichung und des Erfolges einer Konzentration des Leistungskataloges auf eine Basissicherung ist zudem eine Evaluation der Wirkung und der Kosteneinsparungen in regelmäßigen Abständen erforderlich. Ein geeigneter Evaluationsprozess ist zu entwickeln und einzuführen. Die Evaluation könnte ebenfalls durch den G-BA erfolgen.

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts kann die Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung und die Hinterlegung mit evidenzbasierten Leitlinien niemals vollständig und umfassend erfolgen. Ziel muss aber sein, die oben genannten Schritte auf möglichst viele Leistungen zur Krankenbehandlung anzuwenden. Zudem muss mit der Umsetzung der oben genannten Maßnahmen umgehend begonnen werden, da sie – wie Erfahrungen in anderen Ländern zeigen – einige Jahre in Anspruch nehmen kann und eine Wirkung erst mittel- bis langfristig eintritt.

Darüber hinaus können aus dem gesetzlichen Leistungskatalog einzelne Leistungen herausgenommen und in die Eigenverantwortung der Versicherten überführt werden (z. B. Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfen). Andere gesetzlich vorgesehene 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).

## 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 Beitragsätze führen nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abgabenteil 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

Der versicherte Personenkreis entspricht dem heutigen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundsätzlich müssen alle Erwachsenen eine kassenindividuelle Gesundheitsprämie zahlen. Die beitragsfreie Mitversicherung der angehörigen Kinder bleibt erhalten.

### 2. Prämienhöhe

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

<i>Gesamtausgaben gesetzliche Krankenversicherung 2010 (Prognose Schätzerkreis)</i>	174,2 Mrd. €
<i>Herausnahme des Krankengeldes aus der Prämienfinanzierung (vgl. II.4.)</i>	- 7 Mrd. €
<i>Ausweitung von Zuzahlungen (vgl. I.2.)</i>	- 3 Mrd. €
<i>Gesamtausgabevolumen, das über Gesundheitsprämien zu finanzieren ist</i>	164,2 Mrd. €

Dies erfordert eine Prämie von durchschnittlich rund 245 € monatlich, bei unterschiedlicher Prämienhöhe je Krankenkasse. Zum Vergleich: Derzeit liegt der monatliche Durchschnittsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung bei gut 255 € pro Mitglied, ein durchschnittlich verdienender Arbeitnehmer zahlt – einschließlich Arbeitgeberanteil – im Mittel knapp 400 €, der Höchstbeitrag beträgt rund 560 €. Ein Monatsbeitrag von 245 € wird heute bereits bei einem monatlichen Bruttolohn oder -gehalt von rund 1.630 € 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 Arbeit-

nehmern entlasten und muss statt heute rund 126 € fast doppelt so hohe Beiträge zahlen.

### 3. Sozialer Ausgleich für einkommensschwache Versicherte

Mitglieder, die durch die Zahlung einer vollen Prämie finanziell überfordert würden, erhalten einen sozialen Ausgleich. 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.

#### a. Umfang und Finanzierung des sozialen Ausgleichs

Der Umfang des sozialen Ausgleichs ist im BDA-Gesundheitsprämienmodell grundsätzlich gestaltbar. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass mit einem höheren sozialen Ausgleich auch die durchschnittliche Höhe der Gesundheitsprämie steigt, wenn hierfür keine zusätzlichen Steuermittel eingesetzt werden. Übertreffen die Kosten für Prämienverbilligungen den Bundeszuschuss (ab 2012 14 Mrd. €), muss die durchschnittliche Gesundheitsprämie höher ausfallen als oben kalkuliert (245 € 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 % orientiert, also kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung mehr als 15 % seines Haushaltseinkommens an Krankenversicherungsbeiträgen zahlen muss. Bei einer durchschnittlichen Prämie von 245 € monatlich hätten alle Versicherten mit einem Gesamteinkommen von bis zu 1.630 € 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.

#### b. Organisation des sozialen Ausgleichs

Die für die Gewährung des sozialen Ausgleichs notwendige Einkommensprüfung kann entsprechend dem Verfahren zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V erfolgen.

Dies erfordert keinen erheblichen zusätzlichen Aufwand für die Krankenkassen:

- Im Rahmen des seit Jahren praktizierten und bewährten Verfahrens der Zuzahlungsbefreiung wird schon heute die Einkommenssituation von über 7 Mio. erwachsenen gesetzlich Versicherten erfasst. Da der Personenkreis der von Zuzahlungen Befreiten und der zur Prämienverbilligung Berechtigten eine große Schnittmenge aufweisen, kann die Gewährung des sozialen Ausgleichs in vielen Fällen ganz ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand und automatisch erfolgen.
- Ebenfalls ausgeschlossen ist zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei den rund 4,5 Mio. freiwillig Versicherten, die schon bislang aufgrund ihres gesamten Einkommens Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zahlen sowie bei den über 5 Mio. mitversicherten Ehegatten, bei denen bei der Antragstellung auf Mitversicherung ebenfalls das Einkommen geprüft wird.
- Auch bei den rund 6 Mio. Beziehern von Witwen- und Witwerrenten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung erübrigt sich eine gesonderte Einkommensprüfung, da diese bereits im Rahmen der Einkommensanrechnung auf die Witwen- bzw. Witwerrente von den zuständigen Trägern durchgeführt wird. Daher kann in diesen Fällen der soziale Ausgleich ebenfalls automatisch durch eine Meldung der Renten- bzw. Unfallversicherung an die Krankenkassen erfolgen.
- Vollständig entbehrlich ist eine Einkommensprüfung bei denjenigen Versicherten, die keine eigenen Beiträge zahlen, da bei ihnen insoweit auch keine Überforderung vorliegen kann. Dies betrifft neben den gut 13,5 Mio. beitragsfrei mitversicherten Kindern über 4 Mio. weitere Mitglieder (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld I und II).

Möglich wäre jedoch auch, die Gewährleistung des notwendigen sozialen Ausgleichs so zu organisieren, dass insgesamt sogar Sozialbürokratie abgebaut werden kann. Dies ist möglich, wenn die nach zahlreichen gesetzlichen Regelungen erforderlichen Einkommensprüfungen für den Bezug von Sozialleistungen künftig nach einheitlichen Kriterien erfolgen und nur noch von einer Stelle durchgeführt werden, die dann verbindlich für alle anderen staatlichen Stellen entscheidet.

Zusammengeführt werden könnten insbesondere die Einkommensprüfungen für folgende Leistungen:

- Grundsicherung für Arbeitsuchende, v. a. Arbeitslosengeld II und Sozialgeld (SGB II),
- Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27ff. SGB XII),
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41ff. SGB XII),
- Hinterbliebenenversorgung (§ 97 SGB VI, § 65 SGB VII),
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII),
- Wohngeld (WoGG),
- Kinderzuschlag (§ 6a BKGG),
- Ausbildungsförderung (BAFöG),
- Zuzahlungsbefreiung (§ 62 SGB V) und Prämienvergünstigung bzw. Basistarif-Reduzierung (§ 12 Abs. 1c VAG),
- Prozesskostenhilfe (§§ 114ff. ZPO),
- Beratungshilfe (BerHG),
- Berufsausbildungsbeihilfe (§ 59ff. SGB III),
- Arbeitnehmersparzulage und Wohnungsbauprämie (VermBG und WoPG).

Eine solche Zusammenführung wäre deutlich bürgerfreundlicher, weil damit jeder Bürger, der eine bedürftigkeitsabhängige Sozialleistung beansprucht, nur noch eine Einkommensprüfung durchlaufen müsste. Es wäre vor allem auch erheblich kostengünstiger, weil der bürokratische Aufwand der bislang damit befassten Behörden verringert würde. Durch eine Vereinheitlichung der Einkommensbegriffe in den einzelnen Leistungsgesetzen würden zudem diejenigen Stellen entlastet, die heute die sehr unterschiedlichen Anforderungen der Behörden bei der Meldung und Bescheinigung von Einkommensdaten erfüllen müssen (z. B. die Arbeitgeber).

Dabei ist es nicht unbedingt erforderlich, dass künftig nur noch eine Stelle Einkommensprüfungen durchführt. Ebenso möglich ist, dass die bislang zuständigen Stellen weiter Einkommensprüfungen durchführen, aber die Prüfungen nach einheitlichen Kriterien erfolgen und alle anderen Stellen binden. Denkbar wäre aber auch, den Finanzämtern die zentrale Zuständigkeit für die Aufgabe der Einkommensprüfungen zu übertragen: Hierfür spricht u. a., dass bei ihnen schon heute über die Steueridentifikationsnummer alle in Deutschland gemeldeten Bürger erfasst sind und über elektronische Meldeverfahren bereits umfassende Informationen zur Einkommenssituation der Bürger vorliegen (Lohneinkommen durch ELSTER, Renteneinkommen durch RebSy).

#### 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 Finanzierung, 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 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds) muss verzichtet werden. Zu Recht hat der Sachverständigenrat Wirtschaft kritisiert, dass die Überforderungsklausel bei Krankenkassen mit einer hohen Zahl einkommenschwacher 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 € im 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 Auszah-

lung 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 Krankenversicherungsbeitragsatz inkl. der Zusatzbeiträge bzw. Rückerstattungen.
- Die Weiterleitung der für alle Versicherten einheitlichen, solidarischen Fondspauschale (245 €) 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.