

Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG*

von Stefan Greß¹, Maral Manouguian², Anke Walendzik³, Jürgen Wasem⁴

ABSTRACT

Die Bundesregierung wird im Herbst 2008 erstmals den einheitlichen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung zentral festlegen. Dabei hat sie innerhalb der vom GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vorgesehenen Regelungen nur einen begrenzten Spielraum, sich von rein politischen Erwägungen leiten zu lassen. Wesentlich größer sind die Handlungsspielräume über das GKV-WSG hinaus, wenn zum Beispiel neue politische Mehrheiten den einkommensabhängigen Beitragsanteil absenken und der Zusatzbeitrag steigen sollte. Die Ein-Prozent-Überforderungsklausel wird verhängnisvolle Konsequenzen für den Wettbewerb der Krankenkassen haben und einen Verlust an Verteilungsgerechtigkeit im Vergleich zum Status quo nicht verhindern können. Der geplante, über die Jahre steigende Anteil der Steuerfinanzierung stärkt zwar die Risiko- und Einkommenssolidarität der GKV-Finanzierung, es gibt aber massive Zweifel an der Stetigkeit einer Steuerfinanzierung. Ziel der nächsten Finanzierungsreform sollte vor allem ein Finanzierungsbeitrag der privat Versicherten sein.

Schlüsselwörter: GKV-Finanzierung, gesetzliche Krankenversicherung, private Krankenversicherung, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, Zusatzbeitrag, Ein-Prozent-Regelung

*Dieser Beitrag beruht teilweise auf den Ergebnissen eines von der Hans-Böckler-Stiftung finanzierten Forschungsprojekts.

In the autumn of 2008, the federal government will determine a uniform contribution rate for statutory health insurance (SHI) for the first time. Within the constraints of the health care reform of 2007 (GKV-WSG), the government will have only limited leeway to determine the contribution rate based on purely political considerations. There is more room for manoeuvre beyond the GKV-WSG, for instance if due to a new government the share of income-dependent contributions is decreased and the share of additional lump-sum payments is increased. The one-percent spending-cap clause will have disastrous consequences for the competition between sickness funds and will not be able to prevent a loss of distributive justice compared to the status quo. Even if the growing share of tax-financing will strengthen risk and income solidarity within SHI financing, there are massive doubts about the steadiness of tax financing. The aim of the next health care financing reform should be a financial contribution of privately insured individuals.

Keywords: Financing of statutory health insurance, statutory health insurance, private health insurance, health care reform, additional lump-sum payments, one-percent spending rule

*This paper is partly based on the results of a research project financed by Hans Böckler foundation.

1 Einleitung

Zum 1. Januar 2009 wird das Kernstück des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) implementiert, das am

1. April 2007 in Kraft getreten ist: der Gesundheitsfonds. Von einer fristgerechten Einführung ist jedenfalls auszugehen, auch wenn es immer wieder Stimmen vor allem aus einzelnen Bundesländern und einzelnen Krankenkassen

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie – Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda, Marquardstraße 35, 36039 Fulda · Telefon: 0661 9640-638 · Telefax: 0661 9640-649 · E-Mail: stefan.gress@hs-fulda.de

² Maral Manouguian, MSc, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Schützenbahn 70, 45127 Essen · Telefon: 0201 183-4164 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: ms.manouguian@medman.uni-essen.de

³ Dipl.-Volkswirtin Anke Walendzik, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Schützenbahn 70, 45127 Essen · Telefon: 0201 183-4283 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: nc-walendan@netcologne.de

⁴ Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen, Schützenbahn 70, 45127 Essen · Telefon: 0201 183-4283 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: juergen.wasem@medman.uni-essen.de

gibt, die eine Verschiebung fordern. Die Bundesregierung würde jedoch in hohem Maße ihr Gesicht verlieren, wenn dieses Kernelement – eines der zentralen Reformprojekte dieser Legislaturperiode – scheitern würde. Vor diesem Hintergrund sollen im vorliegenden Beitrag die Kernelemente des Gesundheitsfonds zusammenfassend dargestellt und aus einer Systemperspektive heraus kritisch betrachtet werden.

Der Beitrag konzentriert sich auf drei zentrale Komponenten des Gesundheitsfonds. Erstens wird der Beitragssatz zukünftig zentral von der Bundesregierung festgesetzt. Kasernenindividuelle Beitragssätze werden ab 1. Januar 2009 der Vergangenheit angehören. Zum zentralen preislichen Wettbewerbsparameter wird allein der Zusatzbeitrag. Vor diesem Hintergrund soll zum einen die Dynamik der zentralen Festlegung des Beitragssatzes und zum anderen die dezentrale Determinierung des Zusatzbeitrags beleuchtet werden.

Zweitens hat die Einführung des Zusatzbeitrags per se sowohl Konsequenzen für den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander als auch verteilungspolitische Implikationen. Daher werden noch einmal die verhängnisvollen Auswirkungen der Ein-Prozent-Überforderungsklausel für Krankenkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern diskutiert und neue Zahlen zu den Belastungswirkungen für die Versicherten selbst präsentiert.

Drittens hat der Gesetzgeber nach langer Diskussion während des Gesetzgebungsverfahrens den Bundeszuschuss zur GKV ausgebaut. Die Implikationen eines höheren Anteils von Steuermitteln an der GKV-Finanzierung werden daher ebenfalls näher betrachtet.

Abschließend soll der weitere Reformbedarf auf der Finanzierungsseite über das Jahr 2009 hinaus diskutiert werden.

2 Zur Dynamik von Beitragssatz und Zusatzbeitrag

Nach Paragraph 241 Absatz 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V legt die Bundesregierung erstmalig bis zum 1. November 2008 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrats den allgemeinen Beitragssatz fest. Nach Paragraph 220 Absatz 1 SGB V (neu ab 1. Januar 2009) sind die Beiträge bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss nach Paragraph 221 die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen vollständig decken. Nach Paragraph 220 Absatz 2 SGB V (neu ab 1. Januar 2009) ist der Beitragssatz zu erhöhen, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufen-

den und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken.

Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, haben die Krankenkassen nach Paragraph 242 SGB V Absatz 1 in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird. Der Gesetzgeber hat außerdem vorgesehen, dass die beitragspflichtigen Mitglieder durch den Zusatzbeitrag mit nicht mehr als einem Prozent ihrer individuellen beitragspflichtigen Einnahmen belastet werden dürfen. Allerdings greift diese Ein-Prozent-Überforderungsklausel erst, wenn der Zusatzbeitrag acht Euro übersteigt.

Die vom Gesetzgeber gewählte Konstruktion ist ein Novum in der Geschichte der GKV. Es gibt Befürchtungen, dass die Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung weniger von sachgerechten Erwägungen als vielmehr von sachfremden Überlegungen bestimmt wird. Insbesondere kurz vor wichtigen Wahlen könnten damit für die Bundesregierung Anreize bestehen, den einkommensabhängigen Beitragssatz möglichst gering zu halten und zu versuchen, die Verantwortung für steigende Zusatzbeiträge auf die Krankenkassen zu verlagern. An dieser Stelle soll beurteilt werden, wie diese Befürchtungen zu beurteilen sind – sowohl in einer statisch-kurzfristigen als auch in einer dynamisch-langfristigen Perspektive.

Statisch-kurzfristig stellt sich zunächst die Frage nach dem potenziellen Handlungsspielraum der Bundesregierung. Grundsätzlich sind die gesetzlichen Regelungen eindeutig: Zur Einführung des Gesundheitsfonds müssen die zentralen Zuweisungen aus dem Fonds die Ausgaben der Krankenkassen im Durchschnitt vollständig decken. Danach muss der zentrale Beitragssatz erst dann angepasst werden, wenn die Deckungsquote – der Anteil der durch die Zuweisungen aus dem Fonds finanzierten Ausgaben – im Durchschnitt unter 95 Prozent fällt. Bei der Interpretation dieser Regelungen gibt es jedoch Spielraum – schließlich fällt die Entscheidung über die Höhe des Beitragssatzes prospektiv für Ausgaben, die erst ein oder gar zwei Jahre später anfallen werden. Die Bundesregierung kann sich auf die Berechnungen des Schätzerkreises beim Bundesversicherungsamt berufen, kann aber auch – aus welchen Gründen auch immer – von dessen Schätzungen abweichen. So ist durchaus denkbar, dass die Erstausrüstung des Gesundheitsfonds die durchschnittlichen GKV-Ausgaben zu mehr als 100 Prozent abdeckt. Das hätte zwar einerseits zur Folge, dass der Beitragssatz im Vergleich zum Status quo stärker ansteigt als zwingend notwendig wäre. Und dies ist im Hinblick auf die Lohnnebenkosten auch schmerzlich, aber in einer konjunkturell vergleichsweise robusten Phase wahrscheinlich verkraftbar. Darüber hinaus müssten nur wenige Krankenkassen

TABELLE 1

Durchschnittlicher Zusatzbeitrag in Euro unter Berücksichtigung der Zahlungsausfälle durch die Überforderungsklausel

Finanzierungsanteil des Zusatzbeitrags an den GKV-Gesamtausgaben	Rechnerische Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags pro Monat (ohne Berücksichtigung der Zahlungsausfälle)	Tatsächliche Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags pro Monat (mit Berücksichtigung der Zahlungsausfälle)	Forderungsausfälle durch Überforderungsklausel
2,5%	5,89 Euro	5,89 Euro	0 Euro
5,0%	11,78 Euro	14,01 Euro	65 Mio. Euro
7,5%	17,67 Euro	36,02 Euro	209 Mio. Euro

Quelle: Manouguian et al. 2008

Anmerkungen: Die Berechnungen basieren auf den GKV-Ausgaben und dem durchschnittlichen Beitragssatz des Jahres 2007 sowie den Einkommensinformationen aus dem Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) aus dem Jahr 2005.

sen Zusatzbeiträge erheben – und das wahrscheinlich in einer Höhe, die unterhalb der Schwelle für die Anwendung der Überforderungsklausel bliebe. Die Folgen der Einführung des Zusatzbeitrags blieben damit zumindest bis zur nächsten Bundestagswahl kaum spürbar.

Die nächste Entscheidung über eine Anpassung des Beitragssatzes stünde dann erst wieder an, wenn die Deckungsquote 95 Prozent unterschreitet. Hier hätte die Bundesregierung einen größeren Spielraum, da aus dem Gesetz nicht hervorgeht, ob die Deckungsquote höchstens 95 Prozent oder mindestens 95 Prozent sein muss. Der Handlungsspielraum beschränkt sich daher nicht nur auf Interpretationsspielräume bei der Schätzung von zukünftigen Ausgaben, sondern auch auf den Korridor zwischen 95 Prozent und 100 Prozent, in dem sich die Deckungsquote bewegen kann. Zusammengenommen sind diese Spielräume zwar wahrnehmbar, aber vergleichsweise gering. Die Bundesregierung könnte damit zumindest in einer statisch-kurzfristigen Perspektive die Höhe des zentralen Beitragssatzes nur sehr eingeschränkt beeinflussen.

In einer eher dynamisch-langfristigen Perspektive stellt sich die aus Sicht der Autoren deutlich relevantere Frage, nämlich ob die Finanzierungsrelation von einkommensabhängigem Beitrag zu Zusatzbeitrag, also 95 zu 5 Prozent, auch bei einem Regierungswechsel Bestand haben wird. Bei einem Regierungswechsel nach der nächsten Bundestagswahl – etwa bei einer Koalition aus CDU/CSU und FDP – kann diese Relation durch neue politische Mehrheitsverhältnisse problemlos verändert werden. Das Grundsatzprogramm der CDU sieht weiterhin den Übergang von einkommensabhängigen zu pauschalierten Beiträgen und die Abkoppelung der

Krankenkassenbeiträge von den Arbeitskosten vor. So heißt es auf Seite 64 des Grundsatzprogramms vom Dezember 2007: „In der gesetzlichen Krankenversicherung wird die an das Arbeitseinkommen gekoppelte Finanzierung stufenweise durch solidarische Prämielemente ergänzt ... Mit dieser schrittweisen Abkopplung der Gesundheits- von den Arbeitskosten erhält die Krankenversicherung eine zukunftsfähige Finanzierung“ (CDU 2007, 64).

Die Einführung des Zusatzbeitrags im Rahmen des Gesundheitsfonds kann damit tatsächlich als potenzieller Einstieg in eine stärker pauschalierte Finanzierung der GKV angesehen werden. In einem solchen System könnte die mit dem GKV-WSG eingeführte Überforderungsklausel jedoch keinen Bestand haben. Schon bei einer Ausweitung des Finanzierungsanteils des Zusatzbeitrags auf 7,5 Prozent der GKV-Ausgaben wären die Zahlungsausfälle durch die Überforderungsklausel so hoch, dass der Zusatzbeitrag auf 36 Euro pro Monat steigen müsste. Höher kann er nicht steigen, weil bei einer Beitragsbemessungsgrenze von 3.600 Euro pro Monat die maximale Belastung (ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen) bei 36 Euro pro Monat liegt (Tabelle 1).

3 Zusatzbeitrag und Überforderungsklausel

Als zumindest ungewöhnlich – wenn auch noch nicht wettbewerbsverzerrend – erscheint der Ansatz des Gesetzgebers, schon einen relativ niedrigen Zusatzbeitrag mit einer Überforderungsklausel zu verbinden. Ein vergleichsweise bescheidener Gewinn an Verteilungsgerechtigkeit wird mit

einem vergleichsweise hohen bürokratischen Aufwand für die Krankenkassen erkaufte. Jüngst veröffentlichte Berechnungen zeigen darüber hinaus, dass aber selbst dieses Ziel, mehr Verteilungsgerechtigkeit zu bekommen, durch die Überforderungsklausel nicht vollständig erreicht wird.

Tabelle 2 zeigt die kombinierten Auswirkungen von Zusatzbeitrag und Ein-Prozent-Überforderungsklausel auf verschiedene Einkommensgruppen. Die Berechnungen gehen davon aus, dass der einkommensabhängige Beitragssatz umso stärker sinkt, je höher der Anteil des Zusatzbeitrags an der Finanzierung der GKV-Ausgaben ist. Rechenbeispiel: Werden durch den Zusatzbeitrag durchschnittlich 2,5 Prozent der Gesamtausgaben finanziert, sinkt der durchschnittliche einkommensabhängige Beitragssatz aus dem Jahr 2007 von 13,51 Prozent auf 13,17 Prozent. Damit steigt der absolute Gesamtbeitrag für die niedrigste Einkommensgruppe um rund fünf Prozent (siehe Tabelle 2). Für die höchste Einkommensgruppe sinkt der Gesamtbeitrag dagegen im Durchschnitt um etwas mehr als ein Prozent.

Finanziert der Zusatzbeitrag fünf Prozent der GKV-Ausgaben, sinkt – ceteris paribus – der Beitragssatz auf 12,82 Prozent. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag steigt auf 14 Euro.

Damit greift in den unteren Einkommensgruppen die Überforderungsklausel, und die Zusatzbelastung reduziert sich auf 2,3 Prozent des durchschnittlichen Gesamtbeitrags. Gleichzeitig steigen die Belastungseffekte in den mittleren Einkommensgruppen und die Entlastungseffekte in den höheren Einkommensgruppen (*Manouguian et al. 2008*).

Abwegig ist jedoch insbesondere die Art und Weise, wie mehr Verteilungsgerechtigkeit – beziehungsweise im Vergleich zum Status quo die Vermeidung eines über großen Verlustes an Verteilungsgerechtigkeit – erreicht werden soll. Denn insbesondere für Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Mitgliedern mit niedrigem Einkommen würde diese Regelung danach zu einer erheblichen Benachteiligung im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander führen (*Schawo 2007*).

Die beste Lösung wäre die Trennung von Effizienz- und Verteilungszielen, indem der politisch gewollte Einkommensausgleich außerhalb des Krankenversicherungssystems vorgenommen wird, also mehr Steuergeld in den Fonds flösse. Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diesen zusätzlichen finanziellen Aufwand gescheut hat und ihn daher den Krankenkassen aufgebürdet hat.

TABELLE 2

Be- und Entlastung durch die Einführung des Gesundheitsfonds nach Einkommen

Durchschnittseinkommen in Euro pro Monat (brutto)	Finanzierungsanteil des Zusatzbeitrags an den GKV-Gesamtausgaben	
	2,5 Prozent	5,0 Prozent
	Entwicklung des Gesamtbeitrags (einkommensabhängiger Teil + Zusatzbeitrag) in Prozent	
3.555	-1,27	-2,16
3.040	-1,07	-1,66
2.462	-0,73	-0,86
1.977	-0,29	0,17
1.619	0,19	1,33
1.358	0,71	2,33
1.139	1,33	2,33
950	2,09	2,33
809	2,89	2,33
572	5,12	2,33

Anmerkungen: Die Berechnungen basieren auf den GKV-Ausgaben und dem durchschnittlichen Beitragssatz des Jahres 2007 sowie den Einkommensinformationen aus dem Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) aus dem Jahr 2005.

Quelle: Manouguian et al. 2008

Als zweitbeste Lösung wäre immer noch ein Einkommensausgleich innerhalb des Krankenversicherungssystems möglich. Im Rahmen eines solchen Lösungsansatzes würden den Krankenkassen die durch die Überforderungsklausel entstehenden Einnahmeausfälle durch den Gesundheitsfonds erstattet werden. Die Erstattungsbeträge würden dann über die einkommensabhängige Beitragskomponente auf die Versicherten aller Krankenkassen umgelegt werden. Die derzeit vorgesehene Variante der Ein-Prozent-Überforderungsklausel bürdet die Kosten des Einkommensausgleichs jedoch ausschließlich den Mitgliedern der jeweiligen Krankenkasse auf. Letzteres wäre nur dann relativ unproblematisch, wenn der Anteil der von der Ein-Prozent-Regelung betroffenen Mitglieder in allen Krankenkassen gleich hoch wäre. Es dürfte unstrittig sein, dass diese Annahme in keiner Weise berechtigt ist. Selbst wenn sie es wäre, führt die derzeitige Ausgestaltung der Überforderungsklausel zu bizarren Wechselanreizen für Niedrigverdiener, weil eine Einkommensprüfung erst bei einem Zusatzbeitrag von ab acht Euro monatlich vorgenommen wird (*Greß und Manouguian 2007*). So hätten Versicherte mit einem geringen Einkommen Anreize, von einer Krankenkasse mit einem Zusatzbeitrag von unter acht Euro zu einer Kasse mit einem Zusatzbeitrag von über acht Euro zu wechseln.

4 Steuerfinanzierung in der GKV

Nach Paragraph 221 SGB V beteiligt sich der Bund „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ – hiermit ist laut Gesetzesbegründung des GKV-WSG vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern gemeint – in den Jahren 2007 und 2008 mit jährlich 2,5 Milliarden Euro an der Finanzierung der GKV. Dieser Bundeszuschuss steigt ab 2009 um weitere 1,5 Milliarden Euro pro Jahr, bis die Summe von 14 Milliarden Euro pro Jahr erreicht ist, und wird direkt in den Gesundheitsfonds eingezahlt. Mit der durchaus nennenswerten Aufstockung der Beteiligung des Bundes – 14 Milliarden Euro entsprechen derzeit knapp zehn Prozent der Gesamtausgaben der GKV – spielt der Bund erstmals eine bedeutsame Rolle bei der Finanzierung der GKV. Es stellt sich jedoch die Frage, wie der Ausbau der Steuerfinanzierung aus einer ökonomischen Perspektive zu bewerten ist. Im Folgenden sollen daher vor allem die Verteilungseffekte und Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit beziehungsweise Stetigkeit der GKV-Finanzierung betrachtet werden.

Zunächst ist zu fragen, inwieweit sich die Umverteilungswirkungen der Steuerfinanzierung von den Umverteilungswirkungen der Beitragsfinanzierung innerhalb der GKV unterscheiden. Zu unterscheiden ist in diesem Zusammenhang die Risikosolidarität – die Umverteilung von gesunden

zu kranken Menschen – und die Einkommenssolidarität – die Umverteilung von Menschen mit hohem Einkommen zu denjenigen mit niedrigem Einkommen.

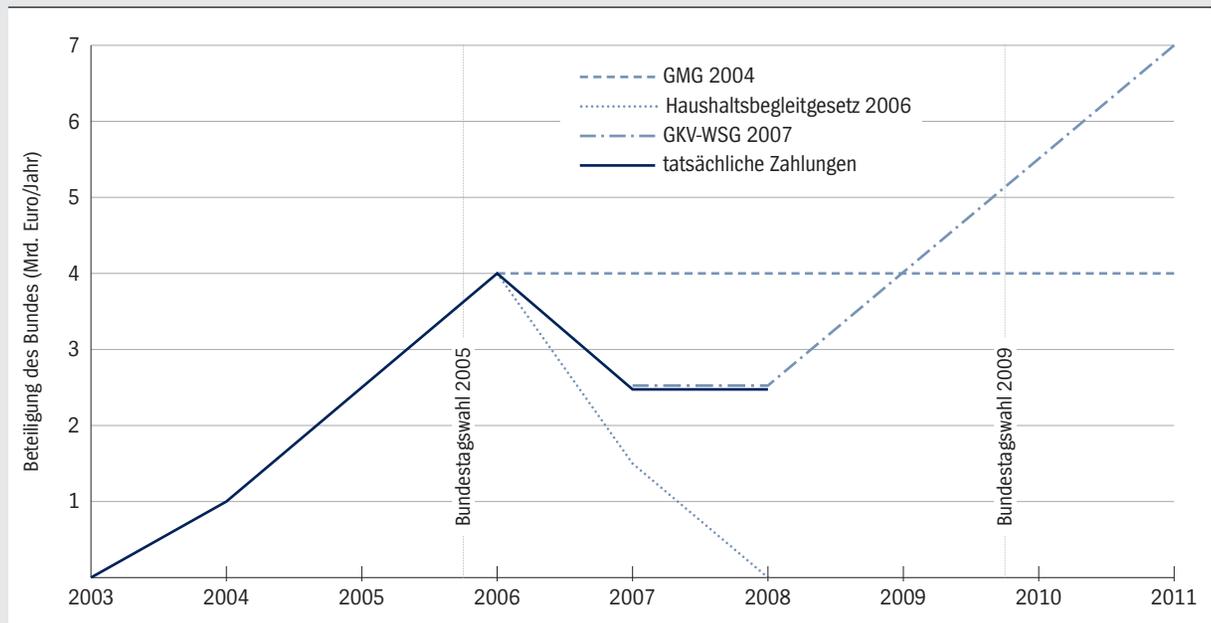
Zum Risikopool der GKV gehören hauptsächlich Arbeiter und Angestellte, und auch nur eine begrenzte Gruppe von diesen. Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze sind nicht versicherungspflichtig und können sich der Risikosolidarität entziehen. Empirisch zeigt sich, dass an der Schnittstelle zwischen der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) vor allem diejenigen Menschen in die PKV wechseln, die über einen guten Gesundheitszustand verfügen (*Kriwy und Mielck 2006*). Ein Teil der guten Risiken kann sich der Risikosolidarität in der GKV entziehen und steht für Umverteilungsprozesse zu Gunsten der schlechten Risiken nicht mehr zur Verfügung. Insgesamt verfügt der Versichertenbestand in der PKV auch nach Berücksichtigung der Beamten und Selbstständigen über ein im Durchschnitt höheres Einkommen als die Versicherten in der GKV (*Leinert 2006*). Dies führt dazu, dass die PKV-Versicherten sich auch der Einkommenssolidarität in der GKV entziehen können. Dieser Personenkreis steht mit anderen Worten für Umverteilungsprozesse zu Gunsten von Personen mit niedrigem Einkommen nicht zur Verfügung. Hinzu kommt, dass die Einkommenssolidarität auch innerhalb der GKV nur sehr eingeschränkt wirkt, weil sie an der Beitragsbemessungsgrenze endet.

Anders stellt sich die Situation bei der Steuerfinanzierung von GKV-Ausgaben dar. Das Steueraufkommen wird in etwa zu gleichen Teilen aus direkten Steuern wie der Einkommenssteuer und indirekten Steuern wie der Mehrwertsteuer gespeist. Die Einkommenssteuer wirkt deutlich progressiver als die Beitragsfinanzierung in der GKV – höhere Einkommensgruppen werden relativ betrachtet stärker belastet als niedrige Einkommensgruppen (*Fritzsche et al. 2003*). Das gilt selbst bei Berücksichtigung der Tatsache, dass vor allem Selbstständige die Möglichkeit haben, Ausgaben von den Bruttoeinnahmen abzuziehen und damit das zu versteuernde Einkommen zu verringern. Arbeiter und Angestellte vor allem in unteren Einkommensgruppen haben dagegen kaum Möglichkeiten, das zu versteuernde Einkommen zu senken. Die indirekten Konsumsteuern wirken im Vergleich dazu leicht regressiv – niedrige Einkommensgruppen werden relativ stärker belastet als hohe Einkommensgruppen, weil der Anteil des für den Konsum verwendeten Einkommens bei Gruppen mit niedrigem Einkommen besonders hoch ist (*Bach 2005*).

Ein Ausbau der Steuerfinanzierung würde sowohl die Risiko- als auch die Einkommenssolidarität in der GKV erhöhen. Erstens würden alle Steuerzahler einschließlich der PKV-Versicherten zur Finanzierung der GKV-Ausgaben herangezogen. Zweitens würde die Steuerfinanzierung mit

ABBILDUNG 1

Geplante und tatsächliche Steuerfinanzierung in der GKV, 2004 bis 2011



Quelle: Eigene Abbildung

dem Mix aus direkten und indirekten Steuern progressiver wirken als die Beitragsfinanzierung in der GKV. Dies gälte schon dann, wenn wie vor Einführung des Gesundheitsfonds die Beitragsfinanzierung vollständig über einkommensabhängige Beiträge erfolgt. Umso mehr gälte dieser Zusammenhang, wenn nach Einführung des Gesundheitsfonds der Finanzierungsanteil durch den voraussichtlich einkommensunabhängig erhobenen Zusatzbeitrag ansteigt.

Eine Zunahme der Steuerfinanzierung würde nicht nur dazu führen, dass Risiko- und Einkommenssolidarität der GKV-Finanzierung gestärkt würden. Positiv wären im Grundsatz auch Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung zu beurteilen. Grundlage für die Beitragsfinanzierung ist zumindest bei den Pflichtversicherten ausschließlich das Einkommen aus unselbstständiger Arbeit. In der Einkommenssteuer werden jedoch sämtliche Einkommensarten herangezogen. Konsumsteuern müssen aus dem verfügbaren Einkommen gezahlt werden. Mit anderen Worten kann sich niemand der Steuerpflicht entziehen – es sei denn, er erwirtschaftet kein zu versteuerndes Einkommen und konsumiert keinerlei Waren und Dienstleistungen im Inland. Die Bemessungsgrundlage bei der Steuerfinanzierung ist damit in zweierlei Hinsicht breiter und damit nachhaltiger als bei der Beitragsfinanzierung – sowohl hinsichtlich der beitrags- beziehungsweise steuerpflichtigen Perso-

nenkreise als auch hinsichtlich der Einkommenskategorien, aus denen Steuern beziehungsweise Beiträge entrichtet werden müssen (Greß und Wasem 2007).

Der bisher durchaus positiven Bewertung des steigenden Anteils von Steuern bei der Finanzierung der GKV-Ausgaben muss jedoch ein nicht unwesentlicher Nachteil gegenübergestellt werden. Dieser Nachteil besteht weniger in der Tatsache, dass Steuerelemente in der GKV mitunter als systemfremd betrachtet werden. Der Trend hin zu einem Finanzierungsmix macht Sinn und liegt darüber hinaus im internationalen Trend. Auch in steuerfinanzierten Systemen gibt es zunehmend Überlegungen, wie Sozialversicherungselemente integriert werden können (Greß et al. 2008). Begründete Zweifel sind allerdings hinsichtlich der Stetigkeit einer Steuerfinanzierung angebracht. Diese Zweifel lassen sich sehr plastisch an der Entwicklung des Bundeszuschusses seit der Implementierung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 illustrieren (Abbildung 1). Die Höhe des Bundeszuschusses wird erst nach der im Herbst 2009 anstehenden Bundestagswahl wieder das Niveau erreicht haben, das die rot-grüne Bundesregierung mit Zustimmung der Union im GMG für das Jahr 2006 gesetzlich festgelegt hatte. Das Haushaltsbegleitgesetz 2006 sah eine Streichung des Bundeszuschusses für das Jahr 2008 vor. Erst das GKV-WSG hat den Bundeszuschuss wieder eingeführt – allerdings zunächst auf

niedrigerem Niveau als im GMG vorgesehen. Bis zur letzten Ausbaustufe des Bundeszuschusses im Jahr 2016 stehen noch mindestens zwei weitere Bundestagswahlen und wahrscheinlich ebenso viele Konjunkturzyklen an. Die Erfahrung aus der jüngsten Vergangenheit legt damit zumindest große Zweifel hinsichtlich der Stetigkeit der Finanzierung aus Steuermitteln nahe.

5 Fazit: Nach der Reform ist vor der Reform

Dieser Beitrag hat sich vor allem mit drei zentralen Aspekten des Gesundheitsfonds befasst: die zentrale Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes durch die Bundesregierung, die Auswirkungen des dezentral festzulegenden Zusatzbeitrags durch die Krankenkassen und die Konsequenzen des steigenden Steueranteils bei der Finanzierung der GKV.

Mit Ausnahme des steigenden Anteils der Steuerfinanzierung hat keines der Kernelemente des Gesundheitsfonds Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV. Der zentral festgelegte Beitragssatz wird auf die gleiche Bemessungsgrundlage angewendet werden wie die dezentralen Beitragssätze im Status quo. Der Zusatzbeitrag wird – zumindest kurzfristig – aufgrund seines zu geringen Anteils an der GKV-Finanzierung keine gravierenden Auswirkungen auf den Finanzierungsmix haben. Erst wenn der Finanzierungsanteil des Bundes im Jahr 2016 seine volle Höhe erreicht haben sollte, haben die Maßnahmen des GKV-WSG

die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung wahrnehmbar verbessert. Spätestens in der nächsten konjunkturellen Schwächephase wird sich zeigen, dass diese Maßnahmen vor allem im Hinblick auf die unveränderte Dynamik bei der Entwicklung auf der Ausgabenseite nicht ausreichen.

Der Kompromiss der großen Koalition hat die Grundsatzentscheidung über die Weiterentwicklung der Finanzierung in der GKV nur vertagt. Auf der einen Seite steht weiterhin das Konzept der Gesundheitspauschale, das die Dynamik der Ausgabenentwicklung von den Arbeitskosten abkoppelt und steigende Gesundheitsausgaben vor allem den Versicherten aufbürdet. Auf der anderen Seite stehen Überlegungen, die die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung vor allem durch einen Finanzierungsbeitrag der privat Krankenversicherten verbessern will. Letzteres sollte – wie jüngst durch die OECD empfohlen – durch den Einbezug der PKV in den Gesundheitsfonds geschehen: „Der Einbezug der privaten Krankenversicherung in den Gesundheitsfonds würde – ähnlich wie in den Niederlanden – sowohl die Risikosolidarität als auch die Einkommenssolidarität in der Finanzierung verbessern.“ (Übersetzung durch die Autoren) (*OECD 2008, 169*). Auf diese Art und Weise könnten die Versicherten in der GKV für die Auswirkungen der Risikoselektion an der Schnittstelle zwischen den beiden Versicherungssystemen kompensiert werden. Ein solcher Einbezug könnte – falls dies von der Politik mit Blick auf die demografische Entwicklung gewünscht wird – auch kompatibel mit dem Kapitaldeckungsverfahren in der PKV ausgestaltet werden (*Sehler et al. 2005*).

Literatur

Bach S (2005): Koalitionsvertrag: Belastungen durch Mehrwertsteuererhöhung werden nur zum Teil durch Senkung der Sozialbeiträge kompensiert. DIW-Wochenbericht, Jg. 72, Heft 47, 705–714

CDU (2007): Freiheit und Sicherheit. Grundsätze für Deutschland. Das Grundsatzprogramm. Beschlossen vom 21. Parteitag in Hannover, 3.–4. Dezember 2007; <http://www.grundsatzprogramm.cdu.de/doc/071203-beschluss-grundsatzprogramm-6-navigierbar.pdf>

Fritzsche B, Kambeck R, von Loeffelholz HD (2003): Empirische Analyse der effektiven Inzidenz des deutschen Steuersystems.

Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung

Greß S, Maas S, Wasem J (2008): Social Insurance versus Tax Financing in Health Care: Reflections from Germany. In: Flood C, Stabile M, Tuohy C (eds.). Exploring Social Insurance: Can A Dose of Europe Cure Canadian Health Care Finance? Kingston: Queens University Press, 115–138

Greß S, Manouguian M (2007): Der Gesundheitsfonds vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Niederlanden. In: Göppfart D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 231–247

Greß S, Wasem J (2007): Weg von der Beitrags- und hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer

Sicht. In: Felix D (Hrsg.). Die Finanzierung der Sozialversicherung. Berlin: LIT-Verlag, 5–24

Kriwy P, Mielck A (2006): Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung: Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. Das Gesundheitswesen, Jg. 68, 281–288

Leinert J (2006): Einkommenselektion und ihre Folgen. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hrsg.). Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion – Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK, 31–48

Manouguian M, Greß S, Walendzik A, Wasem J (2008): Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionsbeitrag Nr. 166, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen

OECD (2008): OECD Economic Surveys: Germany. Paris: OECD

Schawo D (2007): Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. In: Göppfart D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. St. Augustin: Asgard, 97–114

Sehlen S, Hofmann J, Reschke P (2005): Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung. Zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 59, Heft 5-6, 52–59

DIE AUTOREN



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York. Anschließend Arbeit an Dissertation und Tätigkeit als Berater für Krankenversicherungen. Promotion im April 2001 an der



Maral Manouguian, MSc, studierte Volkswirtschaft an der Universität Maastricht, Niederlande, und ist seit Juli 2006 am Alfred Krupp von Bohlen und Hallbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der Uni-



Dipl.-Volkswirtin Anke Walendzik, Studium der Volkswirtschaft an den Universitäten Köln und Warschau. Seit 2005 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Alfred Krupp von Bohlen und Hallbach-Stiftungslehrstuhl für



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, studierte Wirtschaftswissenschaften, Politikwissenschaft und Sozialpolitik. Promotion an der Universität Köln, Habilitation an der Universität Bielefeld. Nach Tätigkeit als Referent im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Projektleitung

Universität Bremen. Danach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Steuerung der Arzneimittelversorgung. Mitherausgeber des Jahrbuchs Risikostrukturausgleich.

Universität Duisburg-Essen als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssysteme, internationaler Gesundheitssystemvergleich.

Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung.

am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung Professuren an der Fachhochschule Köln und den Universitäten München, Greifswald und (seit 2003) Duisburg-Essen. Forschungsinteressen: Gesundheitsökonomische Evaluation, Gesundheitssystemforschung, Krankenversicherungsökonomie.