

Ring frei zur nächsten Runde

Eine „echte“ GKV-Finanzierungsreform ist weiter überfällig

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Auch nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition von 2007 sind die Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weiterhin dringend reformbedürftig. Wie nicht zuletzt die aktuelle Wirtschaftskrise in aller Deutlichkeit zeigt, hat die Einführung des Gesundheitsfonds zum Jahresbeginn 2009 keine Lösung für die unverändert fortbestehenden Strukturprobleme der GKV-Finanzierung bewirkt. Dennoch hat das neue Fondsmodell zumindest in institutioneller Sicht Fakten geschaffen und bildet somit den maßgeblichen Ausgangspunkt für künftige Reformen. Zentrale Stellschrauben dafür sind die Beitragszahlungen zum Fonds (Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze, Personenkreis und Beitragssatz) sowie die kassenindividuellen Zusatzbeiträge (die angesichts der untauglich ausgestalteten Überforderungsklausel in jedem Fall einer dringenden Korrektur bedürfen). Neben den Beitragszahlungen kommt aber vor allem auch der Steuerfinanzierung im Fondsmodell besondere Bedeutung zu. Im Interesse einer stabilen Finanzierung der GKV sollte die Ausgestaltung des Bundeszuschusses so erfolgen, dass die Spielräume für den Einfluss von Willkür und Kassenlage von vornherein möglichst klein ausfallen.

Schlüsselwörter: gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsreform, Gesundheitsfonds, GKV-Finanzierung, Zusatzbeitrag, Überforderungsklausel

Even after the health care reform of the Grand Coalition of 2007, the financing structures of the statutory health insurance (SHI) scheme are in great need of reform. The current economic crisis shows that the introduction of the Health Fund in 2009 has not solved the enduring structural problems of SHI financing. However, at least from an institutional perspective, the new Health Fund scheme has created facts and, therefore, constitutes the starting point for coming measures of reform. Central parameters are the contributions to the Health Fund (assessable income base and limit, coverage and contribution rate) and the additional contributions of the individual health care funds (which, given the ineffective hardship clause specified in each case, urgently need to be adjusted). However, apart from contribution payments, the aspect of tax financing is of particular significance. In the interest of a stable financial basis of statutory health insurance, the government subsidy should be shaped in such a way that possible influences of arbitrariness or fluctuating solvency are minimised from the start.

Keywords: Statutory Health Insurance, health care reform act, Health Fund, SHI financing, additional contribution, hardship clause

1 Die ausgefallene Finanzierungsreform

Die Notwendigkeit einer Reform der Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stand weiterhin außer Frage, als die Große Koalition im Herbst 2005 ihre Arbeit aufnahm. Im Koalitionsvertrag von Unionsparteien und SPD vom 11.11.2005 hieß es ausdrücklich, dass die Koalition eine ihrer großen Herausforderungen darin sehe,

„die dauerhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens durch stabile Finanzstrukturen zu sichern“. Dazu sei ein Konzept erforderlich, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichere (CDU/CSU/SPD 2005).

Vorangegangen war bekanntlich eine lange Reformdebatte mit vielen Kommissionen, Gutachten und Reformvorschlä-

¹ Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin
Telefon: 030 34646-2182 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

gen. Erinnert sei nur an die Rürup- und die Herzog-Kommission sowie die Gutachten der Sachverständigenräte Gesundheit und Wirtschaft (*SVR-G 2003; SVR-W 2004*). Im Bundestagswahlkampf 2005 verfolgten die späteren Koalitionsparteien unterschiedliche Reformkonzepte. Die SPD bekannte sich zum Modell einer Bürgerversicherung, das – jenseits konkreter Ausgestaltungsvarianten (*Reiners 2009, 137 ff.*) – vor allem durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist: Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes auf der Grundlage eines umfassenden Leistungsfähigkeitsbegriffs (also unter Berücksichtigung aller relevanten Einkommensarten) bei einem nicht in gesetzliche und private Krankenversicherung geteilten Versicherungsmarkt. Die Unionsparteien hatten sich dagegen auf das Modell der solidarischen Gesundheitsprämie (vormals: Kopfpauschale) festgelegt. Darin wird die Einkommensumverteilung aus der GKV ausgegliedert und in das allgemeine Steuer-Transfer-System überführt. Im Ergebnis entrichten die GKV-Mitglieder einen einkommensunabhängigen (pauschalen) Beitrag an ihre Krankenkasse, wobei einkommensschwache Mitglieder zur Begrenzung der individuellen Beitragsbelastung einen steuerfinanzierten Zuschuss erhalten.

Im weiteren Unterschied zur Bürgerversicherung war im Prämienmodell der Union keine Rede von einem gemeinsamen Versicherungsmarkt für die gesamte Bevölkerung. „Versöhnungsversuche“ aller Art – insbesondere das Modell der Bürgerpauschale des Sachverständigenrats Wirtschaft, bei dem die pauschale Beitragsgestaltung aus dem Prämienmodell und die Überwindung der Marktsegmentierung aus dem Bürgerversicherungsmodell miteinander vereint wurden (*SVR-W 2004*), blieben ohne Resonanz. Zu stark hatte sich mittlerweile in den Köpfen der politisch Verantwortlichen – und in den Köpfen vieler Medienvertreter – festgesetzt, dass es sich bei den beiden Konzepten der Bürgerversicherung beziehungsweise der solidarischen Gesundheitsprämie um zwei gänzlich unvereinbare, einander diametral gegenüberstehende Reformkonzepte handeln würde.

Vor diesem Hintergrund war es für die Große Koalition naturgemäß keine einfache Aufgabe, eine Reform zu verabschieden, die allen Beteiligten hinreichende Gesichtswahrung ermöglichte. Mit dieser Formulierung soll bereits angedeutet werden, dass sich im Zuge der Suche nach einem gemeinsamen Reformkonzept nicht zuletzt auch die Beurteilungskriterien für die schließlich vereinbarte Reform spürbar veränderten. Anstelle von mehr Stabilität, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der GKV-Finanzierung ging es der Großen Koalition erkennbar zunehmend darum, Kompromiss- und damit Handlungsfähigkeit unter Beweis zu stellen und dabei zugleich eine Regelung zu finden, die es keiner Seite erschweren durfte, ihr jeweiliges Reformkonzept zu einem späteren Zeitpunkt – bei veränderten politischen Mehrheiten – doch noch zu realisieren. Das ließ sich so natürlich

nicht „regierungsamtlich“ verlautbaren, aber auffällig ist es schon, dass von den ursprünglichen, im eingangs zitierten Koalitionsvertrag explizit genannten Zielen der angestrebten Finanzierungsreform – Stabilität, Nachhaltigkeit (Demografiefestigkeit), Gerechtigkeit (Solidarität) – in der Begründung zu dem 2007 verabschiedeten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) keine Rede mehr ist. Stattdessen heißt es dort: „Mit der Einrichtung eines neuen Gesundheitsfonds werden die Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen erhöht. (...) Ein entscheidender Wechsel hin zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit in der deutschen Kassenlandschaft zum Nutzen der Versicherten und Patienten wird eingeleitet.“ (*Bundestagsdrucksache 2006*)

Nun sind mehr Wettbewerb und Transparenz gewiss keine minderwertigen Reformziele – auch wenn durchaus Zweifel angebracht erscheinen, ob die tatsächliche Wettbewerbssubstanz des GKV-WSG mit der vollmundigen Wettbewerbsrhetorik der Reform auch nur annähernd Schritt halten kann (*Jacobs 2007a; Cassel et al. 2008*). Gleichwohl verweist bereits der Umstand, dass die zentrale Gesundheitsgesetzgebung der zu Ende gehenden Legislaturperiode ein „WSG“ und – dies sei noch einmal betont: entgegen der eigenen Zielvorgabe aufgrund einer zutreffenden Problemdiagnose – nicht etwa ein „GKV-FGG“ (Finanzgrundlagenstabilisierungs- und Gerechtigkeitsstärkungsgesetz) hervorgebracht hat, auf die kaum zu leugnende Konsequenz, dass die mit der Einführung des Gesundheitsfonds verbundene Gesundheitsreform die GKV-Finanzierung kein Stück stabiler, nachhaltiger und gerechter gemacht hat.

2 Faktum Gesundheitsfonds

Dass der Gesundheitsfonds keine Lösung der Finanzierungsprobleme der GKV mit sich bringt, ist auch ein wesentlicher Grund dafür, dass etwa der Sachverständigenrat Wirtschaft den Reformkompromiss rundweg als misslungen bezeichnet hat (*SVR-W 2006*). Dass diese – auch von vielen anderen Seiten geäußerte – Kritik an der Großen Koalition weitgehend folgenlos abprallen konnte, hatte gewiss auch damit zu tun, dass die vormals praktisch unstrittige Reformnotwendigkeit der GKV-Finanzierung angesichts der ausgesprochen günstigen allgemeinen Wirtschaftslage 2006/07 zumindest in puncto Stabilität ein Stück weit an Dringlichkeit eingebüßt zu haben schien. Welcher Trugschluss sich mit dieser Sicht jedoch verband, ist spätestens deutlich geworden, seit die globale Finanz- und Wirtschaftskrise auch Deutschland erfasst hat. Er wird voraussichtlich noch einmal ein ganzes Stück deutlicher, wenn die Beitragseinnahmen, die nach wie vor ausschließlich auf (Teilen der) Erwerbs- und Erwerbsersatzesinkommen des unverändert abgegrenzten Kreises der

GKV-Mitglieder basieren, in der zweiten Jahreshälfte 2009 sowie 2010 massiv einzubrechen drohen.

Damit ist klar, dass die Notwendigkeit einer Reform der GKV-Finanzierung im Hinblick auf die „alten“ Ziele Stabilität, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit durch die Einführung des Gesundheitsfonds nicht geringer geworden ist. Insbesondere ist die schon vor Beginn der Wirtschaftskrise unverändert bestehende – und immer wieder neu dokumentierte (z.B. Wille 2008) – Wachstumsschwäche der GKV-Finanzierungsbasis struktureller Natur. Sie lässt sich nicht dadurch beheben, dass mehr oder weniger dasselbe Geld wie zuvor lediglich innerhalb der GKV auf etwas anderen Wegen von den Beitragszahlern zu den Krankenkassen fließt, wenn es dieselben Beitragszahler wie vorher sind, die Beiträge auf derselben Einkommensbasis wie vorher entrichten. Dass sich dadurch zudem auch kaum mehr Verteilungsgerechtigkeit erzielen lässt, dürfte ebenfalls außer Frage stehen.

Allerdings wäre es blauäugig anzunehmen, dass sich die Reformdebatte zur GKV-Finanzierung damit praktisch weiterhin unverändert in derselben Situation befände wie vor der letzten Bundestagswahl. Fast könnte man diesen Eindruck gewinnen, wenn man einige wahlprogrammatische Positionierungen zur Kenntnis nimmt – insbesondere von den derzeitigen Oppositionsparteien (aber auch vonseiten der nicht nur in dieser Frage zunehmend wie eine Oppositionspartei agierenden CSU), die die Abschaffung des Gesundheitsfonds propagieren und ein neues Finanzierungskonzept quasi „auf der grünen Wiese“ an seine Stelle setzen wollen. So funktioniert jedoch keine Gesundheitspolitik (siehe dazu den Beitrag von Hartmut Reiners ‚Gesundheitspolitik als Implantierung von ‚Reformviren‘ – Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform“ ab Seite 7). Vielmehr gilt bei realistischer Betrachtung: Der Gesundheitsfonds hat zwar keines der unverändert dringlichen Finanzierungsprobleme der GKV gelöst, wohl aber einige neue geschaffen (Jacobs 2008). Und er existiert und hat deshalb ohne Zweifel die viel zitierte Kraft des Faktischen auf seiner Seite. Damit ist der Gesundheitsfonds unweigerlich Anknüpfungspunkt für alle weiteren denkbaren Reformmaßnahmen. Das braucht keineswegs zu bedeuten, dass bei deren Konzipierung und Bewertung keine Orientierung an umfassenderen Reformkonzepten erfolgte – auch und gerade an den „alten“ Konzepten Bürgerversicherung und solidarische Gesundheitsprämie. Denn schließlich haben sowohl die Unionsparteien als auch die SPD den Gesundheitsfonds seinerzeit auch deshalb als Kompromiss akzeptiert, weil sie ihn mit der Erwartung verbunden haben, dass er einer späteren Realisierung ihrer jeweiligen Reformkonzepte nicht im Weg stehen würde (Neumann 2009; Schroeder 2009). Aber dass es in der kommenden Legislaturperiode zu einer erneuten Grundsatzdebatte über die vollständige Neukonstruktion der GKV-Finanzierung kommt, erscheint angesichts der mit dem Gesund-

heitsfonds geschaffenen Fakten schlicht unrealistisch, und zwar unabhängig vom Ausgang der Bundestagswahl Ende September 2009.

3 Versicherungsmarkt und Leistungskatalog

Wahrscheinlich wäre es aber auch illusionär zu erwarten, dass die Frage der ordnungsökonomisch unsinnigen Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes in gesetzliche und private Krankenversicherung von der Politik endlich einmal ernsthaft aufgegriffen würde. Es gibt bei allen sonstigen, teilweise beträchtlichen Unterschieden wohl kein einziges geschlossenes Reformmodell für eine zukunftsgerichtete Organisation des Krankenversicherungssystems, das einen geteilten Versicherungsmarkt vorsieht, wie er zurzeit – weltweit weithin einzigartig – in Deutschland existiert. Nach eindeutiger Auffassung aller einschlägigen unabhängigen Experten gilt, was der Sachverständigenrat Wirtschaft auf den Punkt formuliert hat, nämlich „dass sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist“ (SVR-W 2004, Ziff. 494).

Gleichwohl ist der Einfluss der privaten Versicherungswirtschaft auf Politik und sonstige Meinungsbildner derart mächtig, dass diese unter Ökonomen weithin einhellige Auffassung in der gesundheitspolitischen Reformdebatte nicht nur eine zumeist weit untergeordnete Rolle spielt, sondern dass vielfach sogar umgekehrt ein gemeinsamer Krankenversicherungsmarkt als „Einheitsversicherung“ diffamiert und der sogenannte „Systemwettbewerb“ geradezu als segensreich gepriesen wird (Jacobs und Schulze 2004; Jacobs und Schulze 2006; Jacobs 2007b). Dass in diese Sicht zudem der Großteil der Ärzteschaft einstimmt, die die privaten Krankenversicherungen (beziehungsweise die dort Versicherten) als weithin widerstandsunfähige „Melkkühe“ schätzen, ist angesichts der vollkommen unzureichenden Steuerungsmöglichkeiten der privaten Krankenversicherung (Sehlen 2006) zwar durchaus verständlich. Dies bestätigt jedoch lediglich ein weiteres Mal, dass die meisten Ärztevertretungen mittlerweile jegliche Mitverantwortung für das Gemeinwohl ihren durchsichtigen Eigeninteressen vollständig untergeordnet haben.

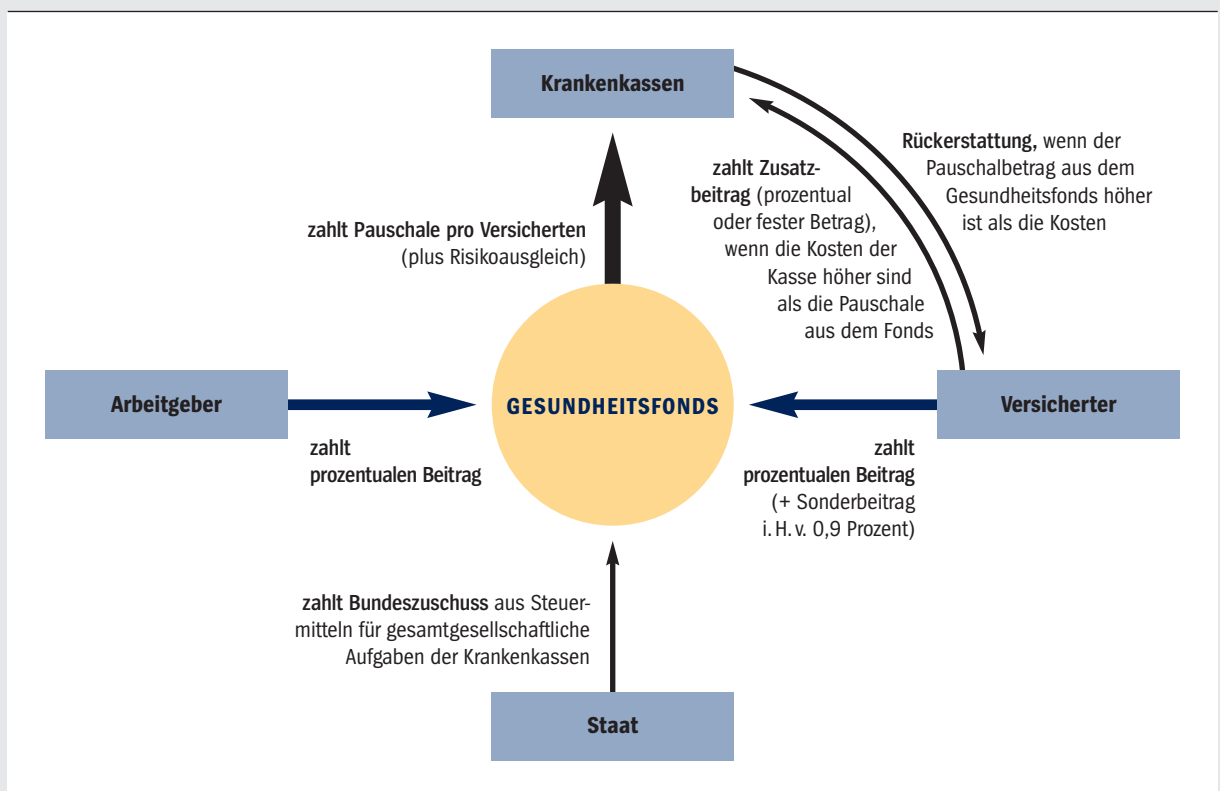
Vor diesem Hintergrund sowie angesichts einschlägiger Erfahrungen im Zuge der Entstehung des GKV-WSG – Paquet und Schroeder bezeichnen die für diese Frage maßgebliche Reformphase als „machtpolitische Fixierung der Architektur“ der Reform (Paquet und Schroeder 2009) – scheinen die Aussichten für die Realisierung einer „wirklichen“

Bürgerversicherung derzeit nicht übermäßig groß. Dies gilt umso mehr, als sich mittlerweile selbst erklärte Befürworter einer Bürgerversicherung von zentralen Gestaltungsmerkmalen dieses Konzepts zu verabschieden scheinen. So hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem Zeitungsinterview auf die Frage nach der Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung geantwortet, dass sie möchte, „dass alle sich zu gleichen Bedingungen an der Finanzierung beteiligen, alle Risiken füreinander eintreten und die Einnahmehasis verbreitert wird. Das kann man über Steuern lösen“ (*Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 18.05.2009*). Wenn der für das Bürgerversicherungskonzept konstitutive Gedanke einer möglichst vollständigen Einbeziehung aller Bürger und aller Einkommensarten in die solidarische Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes über Steuern erfolgen soll – in diese Richtung geht auch das am 14. Juni 2009 beschlossene Wahlprogramm der SPD (*SPD 2009, 36*) –, bedeutet dies nicht mehr unbedingt dasselbe wie das ursprünglich für die Bürgerversicherung gleichfalls konstitutive Ziel, einen gemeinsamen Versicherungsmarkt zu schaffen.

Bei allen Überlegungen zu möglichen Reformen der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes geht es aber nicht allein um die Frage, wer in welcher Form zur solidarischen Finanzierung herangezogen wird, sondern auch immer um die Festlegung des zu finanzierenden Leistungskatalogs. Dies wird häufig mit dem Hinweis erledigt, dass an dem bestehenden Leistungskatalog der GKV und den Regularien seiner Konkretisierung im Wesentlichen festgehalten werden soll. Dazu gibt es für die Politik gute Gründe, denn allen einschlägigen Umfragen zufolge wünscht sich der übergroße Teil der Bevölkerung einen umfassenden Versicherungsschutz im Rahmen eines solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystems (*Nolting et al. 2009*). Damit wäre dieses Thema eigentlich erschöpfend behandelt, gäbe es aktuell nicht eine von der verfassten Ärzteschaft forcierte Stimmungsmache, mit der zu suggerieren versucht wird, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Finanzmittel der GKV keine umfassende Gesundheitsversorgung auf hohem medizinischen Niveau mehr zuließen und demzufolge explizite Rationierung („Priorisierung“)

ABBILDUNG 1

Konstrukt mit Tücken: der Gesundheitsfonds



Quelle: AOK-Bundesverband, BMG

erforderlich sei (Hoppe 2009). Mit dieser Position, für die es angesichts des in Deutschland zur Verfügung stehenden Finanzvolumens nicht die geringste Veranlassung gibt, begibt sich die Ärzteschaft außerhalb des gesellschaftlichen Konsenses. Dies geschieht mit der unverhohlenen Absicht, noch mehr Geld in das System der Gesundheitsversorgung zu lenken, dessen in vielfacher Weise ineffiziente Strukturen – Stichworte: abgeschottete Versorgungssektoren ambulanz/stationär, Überkapazitäten und unwirtschaftliche Betriebsformen innerhalb der Sektoren – dabei zugleich mit keinem Wort in Frage gestellt werden. Bleibt zu hoffen, dass die politisch Verantwortlichen auch künftig an der umfassenden Versorgungsfunktion der GKV festhalten. Zumindest die Volksparteien dürften wenig Neigung verspüren, den entsprechenden Wunsch des Großteils der Bevölkerung zu ignorieren.

4 Beiträge zum Gesundheitsfonds

Kommen wir zurück zum Gesundheitsfonds, der – wie dargelegt – allein schon aufgrund seiner schlichten Existenz den maßgeblichen Anknüpfungspunkt für weitere Reformen der GKV-Finanzierungsstrukturen darstellt. Dies betrifft zunächst die Ausgestaltung der Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder.

Seit dem 1. Januar 2009 fließen die Krankenkassenbeiträge aller GKV-Mitglieder und ihrer Arbeitgeber beziehungsweise der Renten- und Arbeitslosenversicherung an den zentralen Gesundheitsfonds (Abbildung 1). Die Krankenkassen erhalten aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben für jeden Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- oder Abschläge zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen. Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Fonds nicht auskommen, müssen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben, der einkommensabhängig oder als Pauschalbetrag erhoben werden kann. Ein pauschaler Zusatzbeitrag ist auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt (Überforderungsklausel). Sofern der Monatsbeitrag acht Euro nicht übersteigt, kann die Krankenkasse den Zusatzbeitrag ohne Prüfung der Einkommen verlangen. Wenn die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Kasse übersteigen, kann sie monatliche Prämien an ihre Mitglieder auszahlen. Bei jeder Veränderung des Zusatzbeitrags haben die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht.

Der allgemeine Beitragssatz zum Gesundheitsfonds wird einheitlich per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung festgelegt. Die Entscheidung über die Höhe des Beitragssatzes wird auf Basis der Empfehlung des „Schätzer-

kreises“ beim Bundesversicherungsamt (BVA) gefällt. Der erste einheitliche Beitragssatz wurde zum 1. Januar 2009 auf 15,5 Prozent festgelegt und war laut Gesetz so zu bemessen, dass im Einführungsjahr des Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen zu 100 Prozent gedeckt werden. Für die Zukunft ist jedoch ein Finanzierungsanteil der GKV-Ausgaben von bis zu fünf Prozent über Zusatzbeiträge vorgesehen. Der Gesetzgeber muss den allgemeinen Beitragssatz erst dann erhöhen, wenn die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit den Steuerzuschüssen des Bundes die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und im Folgejahr nicht mehr zu mindestens 95 Prozent decken.

Keine grundlegenden Änderungen hat es bei der Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder und bei der Verteilung der Beitragslast auf Mitglieder und Arbeitgeber gegeben. Hier bleibt es bei der „verschobenen Parität“ infolge des zum 1. Juli 2005 eingeführten Sonderbeitrags der Mitglieder in Höhe von 0,9 Beitragssatzpunkten, sodass der Beitragssatz für die GKV-Mitglieder zum Start des Gesundheitsfonds 8,2 Prozent und für die Arbeitgeber 7,3 Prozent betrug. Durch das Anfang 2009 als Reaktion auf die weltweite Wirtschafts- und Finanzmarktkrise beschlossene Konjunkturpaket II kam es zum 1. Juli 2009 durch eine Erhöhung des Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds zu einer Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes auf 14,9 Prozent, von der Mitglieder und Arbeitgeber zu gleichen Teilen von jeweils 0,3 Prozentpunkten profitieren.

Mögliche Stellschrauben bei der Gestaltung der Beitragszahlungen zum Gesundheitsfonds betreffen insbesondere die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder. Dabei betreffen entsprechende Modifikationen speziell die Pflichtmitglieder, weil bei der Beitragsbemessung der freiwilligen Mitglieder schon heute die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird. Dazu sind neben dem Arbeitsentgelt und dem Zahlbetrag von gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen „alle Einnahmen und Geldmittel (zugrunde zu legen), die für den Lebensunterhalt verbraucht werden oder verbraucht werden können, ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Berücksichtigung“ (GKV-Spitzenverband 2008). Gerade die aktuellen, durch die Wirtschaftskrise hervorgerufenen Einnahmeprobleme der GKV zeigen, dass es dabei keineswegs allein um mehr Verteilungsgerechtigkeit ginge, sondern zugleich ein höheres Maß an Stabilität der Finanzierungsgrundlagen der GKV erwartet werden kann. Alternative Ausgestaltungsvarianten der Beitragsbemessungsgrundlagen und -grenze sind bereits im Vorfeld des GKV-WSG umfänglich untersucht worden (z.B. Pfaff et al. 2006). Sie stellen auch im Modell des Gesundheitsfonds unverändert relevante Weiterentwicklungsoptionen für die Beitragserhebung dar.

5 Kassenindividuelle Zusatzbeiträge

Eine demgegenüber neue, erst mit dem Gesundheitsfonds geschaffene Stellschraube für mögliche Reformen betrifft den kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Dessen Bedeutung bei der Mittelaufbringung zur GKV könnte dadurch erhöht werden, dass der Mindestanteil der Deckung der GKV-Ausgaben durch den Gesundheitsfonds von derzeit 95 Prozent reduziert würde. Es erscheint evident, dass die Realisierungschancen für einen solchen Schritt unmittelbar vom Ergebnis der Bundestagswahl abhängen. So wird insbesondere aus CDU-Kreisen für die Zukunft die schrittweise Anhebung des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags propagiert, wobei zum Teil unmittelbar auf das niederländische Finanzierungsmodell verwiesen wird, in dem es seit 2006 eine gesetzlich festgeschriebene 50/50-Aufteilung zwischen einkommensabhängigen Beiträgen und einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen gibt (*Greß und Manouguian 2007*). Allerdings erscheint es wenig wahrscheinlich, dass die SPD – sofern es auch künftig eine Große Koalition geben sollte – bereit wäre, diesen Weg mitzugehen.

Unabhängig davon, ob der kassenindividuelle Zusatzbeitrag künftig einen größeren Stellenwert erhalten oder seine Rolle auf den derzeit gültigen Finanzierungsanteil von maximal fünf Prozent der GKV-Ausgaben begrenzt bleiben soll, besteht im Hinblick auf seine Ausgestaltung dringender „Reparaturbedarf“. Er würde gewiss noch augenfälliger und dringlicher, je weiter der Anteil des Gesundheitsfonds an der Finanzierung der GKV-Ausgaben zurückgefahren würde. Dies betrifft insbesondere die nur als desaströs zu bezeichnende Ausgestaltung der Ein-Prozent-Überforderungsklausel, die – wie mehrfach gezeigt (*Schawo 2007*) – Krankenkassen mit vergleichsweise vielen einkommensschwachen Mitgliedern in die Insolvenz treiben kann. Dies geschieht unweigerlich, wenn eine Kasse die Finanzierungslücke zwischen ihren Ausgaben und den Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht mehr durch Einnahmen aus Zusatzbeiträgen vollständig decken kann, weil letztlich alle ihre Mitglieder von der Überforderungsklausel erfasst werden. Auf diesem Mechanismus fußt auch die Kritik, dass die Krankenkassen mit der Einführung des Gesundheitsfonds ihre Finanzautonomie verlieren. Dies als „Phantom-schmerz“ abzutun (*Knieps 2007, 23*; siehe dazu auch den Beitrag von Hartmut Reiners „Gesundheitspolitik als Implantierung von ‚Reformviren‘ – Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform“ ab Seite 7) – stellt insoweit eine krasse Fehldiagnose dar.

Eine wirksame Therapie für dieses Problem, das zugleich der mit ihm unmittelbar verbundenen „Nebenwirkung“ vorbeugt, dass die Kassen unerwünschte Risikoselektion gegenüber einkommensschwachen Mitgliedern betreiben, könnte darin liegen, dass Zusatzbeiträge generell einkommensab-

hängig erhoben werden müssten. Allerdings erscheint eine derartige Gesetzesvorschrift wenig wahrscheinlich, stellt der pauschale Zusatzbeitrag aus der Sicht der Unionsparteien doch gerade – je nach Perspektive – das letzte Überbleibsel der solidarischen Gesundheitsprämie beziehungsweise die Keimzelle ihrer Entstehung auf der Grundlage des Gesundheitsfonds dar. Das ursprüngliche Unionsmodell der solidarischen Gesundheitsprämie (*CDU 2004*) zeigt aber auch, wie das skizzierte Problem der „Überforderungsfalle“ sachgerecht gelöst werden kann: durch Steuermittel, die entweder – wie es im Unionsmodell vorgesehen war – als Beitragszuschuss an einkommensschwache Mitglieder gezahlt werden, damit diese ihre pauschalen Kassenbeiträge vollständig entrichten können, oder – wie es letztlich auf dasselbe Ergebnis hinauslief, aber der jetzigen Regelung des Gesundheitsfonds mutmaßlich eher entspräche – an die Kassen fließen, um die infolge der Überforderungsklausel entgangenen Zusatzbeiträge zu kompensieren.

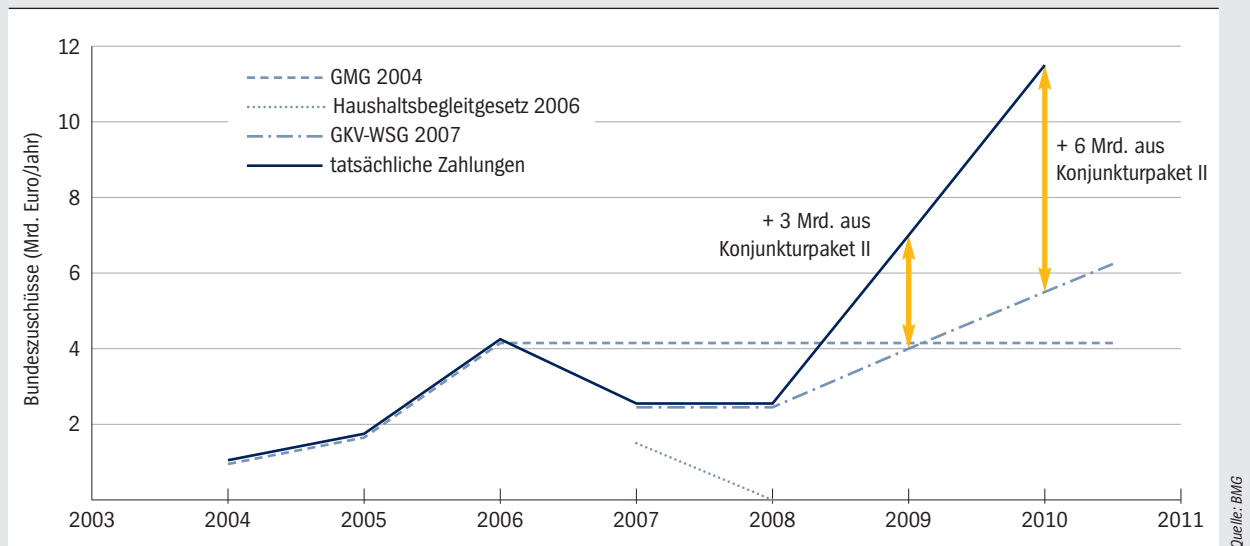
Neben dem Problem der „Überforderungsfalle“ gibt es beim Zusatzbeitrag aber noch weiteren Korrekturbedarf, denn in seiner aktuellen Ausgestaltung setzt der allein von den Mitgliedern zu entrichtende Zusatzbeitrag bei den Kassen unerwünschte Anreize zur Risikoselektion gegen mitversicherte Familienangehörige beziehungsweise gegen Mitglieder mit einer großen Zahl mitversicherter Angehöriger. Dieser Fehlanreiz könnte vermieden werden, wenn für die Zusatzbeiträge ein Ausgleich unterschiedlicher Mitversichertenanteile durchgeführt würde (Wasem und Buchner 2006).

6 Steuerfinanzierung

Neben den Beitragszahlungen der GKV-Mitglieder und Arbeitgeber wird der Gesundheitsfonds auch durch Zuschüsse aus Steuermitteln gespeist (Tabelle 2). Mit dem GKV-WSG wurde der Steuerzuschuss „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ (Paragraf 221 Sozialgesetzbuch V) für das Jahr 2007 und das Jahr 2008 auf jeweils 2,5 Milliarden Euro festgeschrieben. Danach war ein jährlicher Zuwachs des Steuerzuschusses um 1,5 Milliarden Euro bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Milliarden Euro vorgesehen. Durch das Konjunkturpaket II fließen aber schon im Jahr 2009 zusätzlich zu den ursprünglich geplanten 4 Milliarden Euro weitere 3,2 Milliarden Euro Steuergelder in den Fonds, um die zum 1. Juli 2009 erfolgte Beitragsatzsenkung von 15,5 auf 14,9 Prozent auszugleichen. Damit beläuft sich die Gesamtbeteiligung des Bundes 2009 auf 7,2 Milliarden Euro. Für das Jahr 2010 sieht das Konjunkturpaket II eine weitere zusätzliche Erhöhung um 3,1 Milliarden Euro vor, wodurch die Gesamtbeteiligung des Bundes auf 11,8 Milliarden Euro steigt.

ABBILDUNG 2

Auf und Ab des Bundeszuschusses zur GKV



Quelle: BMG

Dass in der Gestaltung des Steuerzuschusses zum Gesundheitsfonds eine zentrale Stellschraube für die künftige GKV-Finanzierung liegt, zeigt schon die aktuelle Erfahrung mit dem Konjunkturpaket II. Allerdings machen die ebenfalls noch nicht allzu lange zurückliegenden Erfahrungen mit dem Steuerzuschuss zur GKV vor Einführung des Gesundheitsfonds deutlich, dass hinter die Verlässlichkeit dieser Finanzierungsquelle grundsätzlich ein dickes Fragezeichen gesetzt werden muss (Abbildung 2). So war die Einführung eines Bundeszuschusses zur GKV erst im Rahmen des 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes beschlossen worden – verabschiedet während der Regierungszeit der rot-grünen Koalition, allerdings mit Zustimmung der damals in der Opposition befindlichen Unionsparteien. Damit sollten versicherungsfremde Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft finanziert werden, wozu als „Gegenfinanzierung“ eine Erhöhung der Tabaksteuer vorgenommen wurde. Dieser Zuschuss wurde in drei Schritten auf 4,2 Milliarden im Jahr 2006 erhöht und sollte danach auf diesem Niveau verbleiben. Im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 beschloss die inzwischen amtierende Große Koalition jedoch, den Bundeszuschuss zur GKV wieder abzuschaffen, und zwar ebenfalls schrittweise bis zum Jahr 2008 (ohne allerdings die Tabaksteuer wieder zu senken). Doch noch ehe dieses Vorhaben umgesetzt werden konnte, hatte dieselbe Große Koalition nur ein Jahr später das GKV-WSG beschlossen, in dem der Bundeszuschuss nicht nur grundsätzlich aufrechterhalten blieb, sondern

sogar weit über das zuvor vorgesehene Volumen hinaus ausgeweitet wurde, sodass der Bund erstmals eine bedeutsame direkte Rolle bei der GKV-Finanzierung spielt.

Diese Rolle könnte in Zukunft noch einmal deutlich gestärkt werden – zumindest hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt diese Absicht bekundet und in dem bereits zitierten Zeitungsinterview gefordert, den Steuerzuschuss zur GKV auf 25 Milliarden Euro zu erhöhen, „um alle familienpolitischen Leistungen zu bezahlen, die die Kassen tragen“ (*Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2009). Fast zeitgleich hat die FDP ihr Programm zur Bundestagswahl 2009 verabschiedet; darin steht unter anderem der Satz: „Die Kosten für die Krankenversicherung der Kinder sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher aus Steuermitteln zu finanzieren.“ (*FDP* 2009, 20)

Nimmt man allein diese beiden Aussagen aus gewiss unterschiedlichen politischen „Ecken“, gibt es offenbar an einer Erkenntnis kaum noch ein Vorbei: Das Instrument der – zumindest partiellen – Steuerfinanzierung des Krankenschutzes ist augenscheinlich bereits etabliert. Da scheint es fast schon müßig, daran zu erinnern, dass etwa das Bundesverfassungsgericht vor genau vier Jahren festgestellt hat, dass die Familienversicherung in der GKV von ihrem Grundgedanken her „in einer langen sozialversicherungsrechtlichen Tradition (steht)“ und „zu denjenigen Sozialleistungen (gehört), die das Bild der klassischen Sozialver-

sicherung mitgeprägt haben“ (*BVerfG 2005, Abs. 85*). Was gilt denn nun? Versicherungsfremde Leistung oder prägendes Element der klassischen Sozialversicherung?

Überzeugte Befürworter des Sozialversicherungsgedankens tun sich bei der Beurteilung von Elementen der Steuerfinanzierung vielfach schwer. Natürlich wäre die GKV-Welt ordnungspolitisch „sauberer“, wenn sie völlig ohne Steuerfinanzierung auskäme – am besten als Bürgerversicherung mit finanzautonomen Krankenversicherungen (wobei deren organisationsrechtliche Verfasstheit – privat, gemeinnützig, öffentlich-rechtlich – letztlich von untergeordneter Bedeutung wäre) und mit solidarischer Finanzierung eines substanziellen Leistungskatalogs auf der Grundlage eines umfassend abgegrenzten Leistungsfähigkeitsbegriffs. Aber wenn das – aus welchen Gründen auch immer – nicht in Reinform zu haben ist, darf Systempurismus im Sinne eines „reinen“, ausschließlich beitragsfinanzierten Sozialversicherungsmodells letztlich kein Grund sein, Einbußen bei der Stabilität und Gerechtigkeit der Finanzierung oder beim Umfang des solidarisch finanzierten Versicherungsschutzes zu legitimieren. Dennoch muss auch Pragmatismus – gerade im Interesse der Stabilität des Systems – klare Grenzen haben. Wenn mehr Solidarität zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen bei der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes anders nicht zu haben ist – wohlgermerkt: aus politischen Gründen, denn entsprechende Konzepte liegen vor (*Sehlen et al. 2006*) –, ist eine steuerfinanzierte Beteiligung der Privatversicherten besser als nichts – zumal ein Ausbau der Steuerfinanzierung „sowohl die Risiko- als auch die Einkommenssolidarität in der GKV erhöhen (würde)“ (*Greif et al. 2008, 20*).

Im Interesse der Stabilität der GKV-Finanzierung müssen Willkür und Kassenlage als Bestimmungsfaktoren des Umfangs der Steuerfinanzierung jedoch soweit wie irgend möglich reduziert werden. Gänzlich ausgeschaltet werden können sie nie, denn es gibt keine zweckgebundenen Steuern („Non-Affektationsprinzip“) – genau hierin liegt auch ein entscheidender Unterschied zwischen Steuern und Beiträgen, auch wenn dies ausgerechnet im Geburtsland der Sozialversicherung mittlerweile viele politisch Verantwortliche kaum noch zu wissen scheinen. Im Prinzip lassen sich vier Formen der Verwendung von Steuermitteln im Kontext der GKV-Finanzierung unterscheiden (*Jacobs 2004, 26*):

- steuerfinanzierte Beiträge für bestimmte Personengruppen,
- steuerfinanzierte Erstattungen definierter Auftragsleistungen (gesamtgesellschaftliche oder versicherungsfremde Leistungen),
- pauschale Zuschüsse wie zum Beispiel der allgemeine Bundeszuschuss in der Rentenversicherung und
- individuelle Zuschüsse an Beitragszahler nach Bedürftigkeit wie zum Beispiel im ursprünglichen Gesundheitsprämien-Modell der Unionsparteien.

Von diesen vier Optionen der Steuerfinanzierung ist aus Sicht der GKV der unspezifische Pauschalzuschuss „zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen“ die schlechteste, weil nach allen einschlägigen Erfahrungen, nicht zuletzt auch in der Rentenversicherung, die am wenigsten gesicherte Form. Wie gesehen, ist der Begriff „versicherungsfremde Leistung“ einem breiten Interpretationsspielraum ausgesetzt (unabhängig davon, dass es auch bei unstrittiger Definition keine Verpflichtung gibt, entsprechende Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren, wie das Beispiel des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 gezeigt hat). Beitragszahlungen für Kinder und Jugendliche, deren Höhe nicht „beliebig“ durch das Parlament bestimmt, sondern nach einem festen Regelmechanismus zur Deckung der jährlichen Leistungs- und anteiligen Verwaltungsausgaben für diesen Personenkreis festgestellt und dem Finanzministerium mitgeteilt werden – zum Beispiel durch das Bundesversicherungsamt –, wären deshalb zweifellos vorzuziehen. Ein solches „Steuermodell“ würde auch dem für die GKV schädlichen Gerede von einer Subventionierung der GKV durch den Steuerzahler entgegenwirken.

7 Ausblick

Die Ausgestaltung einer stabilen und gerechten Finanzierung der GKV ist ein komplexes Thema, das in diesem Beitrag naturgemäß nicht vollständig im Hinblick auf alle relevanten Reformerfordernisse und -optionen dargestellt werden konnte. So wurde bewusst darauf verzichtet, einmal mehr zu begründen, warum die GKV keine Kapitaldeckung benötigt (*dazu ausführlich Reiners 2009, 53 ff.*) – nach der jüngsten globalen Banken- und Finanzkrise schon gar nicht. Allerdings braucht die GKV in der Tat sehr bald eine substanzielle Finanzierungsreform, die diesen Namen verdient. Ein Finanzierungs- und Organisationsmodell mit Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes auf der Grundlage eines umfassend abgegrenzten Leistungsfähigkeitsbegriffs sowie einem gemeinsamen, wettbewerblich ausgestalteten Markt für alle Krankenversicherer (unabhängig von deren jeweiliger organisationsrechtlicher Verfasstheit) wäre im Hinblick auf die Reformziele Stabilität, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit aus ökonomischer Sicht nach wie vor das Mittel der Wahl. Je größer die künftige Rolle der Steuerfinanzierung ausfällt, desto wichtiger ist, den Bundeszuschuss auf möglichst willkürfreie und gegenüber kurzfristigen Haushaltserfordernissen weitestgehend immune, regelgebundene Grundlagen zu stellen. Hierzu böten sich ausgabendeckende Beitragszahlungen aus allgemeinen Steuermitteln als ein probater Weg an.

In keinem Fall aber darf es sich eine Bundesregierung noch einmal leisten, die für eine Reform ursprünglich getrof-

fene Problemdiagnose aus offensichtlichen Opportunitätsgründen einfach zu verändern und den ungelösten Problemen weiter tatenlos zuzusehen. Wer immer nach der Bundestagswahl im September 2009 in Deutschland regiert, muss sich der Aufgabe stellen, die Finanzierungsgrundlagen der GKV auf stabilere Füße zu stellen, und zwar ohne substanzielle Abstriche beim solidarisch finanzierten Leistungskatalog. Der Gesundheitsfonds bietet hierzu durchaus eine Chance, weil er – das ist keineswegs gering zu schätzen – wenigstens dem Anschein nach eine pragmatische und weniger von vornherein ideologisch überfrachtete Herangehensweise an die Veränderung bestimmter Stellschrauben des nunmehr bestehenden Finanzierungskonzepts erlaubt. Also auf zur nächsten Reformrunde!

Literatur

- Bundestagsdrucksache (2006):** Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. BT-Drs. 16/3100 vom 24.10.2006, 249
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht (2005):** Begründung zum Beschluss des Zweiten Senats vom 18.07.2005 – 2 BvF 2/01 – im Verfahren zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit des Risikostrukturausgleichs; http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20050718_2bvf000201.html (letzter Zugriff am 22.05.09)
- CDU (2004):** Das solidarische Gesundheitsprämien-Modell. Fragen und Antworten; http://www.cdu.de/doc/pdf/11_19_04_faq_gesundheitspraemie.pdf
- CDU/CSU/SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005
- Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (2008):** Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? In: Cassel D, Ebsen I, Greß S et al. (Hrsg.). Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 151–220
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2009):** „Ich will 25 Milliarden Euro Steuergeld für die Gesundheit.“ Im Gespräch: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. 18.05.2009, Seite 13
- FDP (2009):** Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei, verabschiedet auf dem 60. ordentlichen Bundesparteitag, Hannover, 15.–17.05.2009
- GKV-Spitzenverband (2008):** Einheitliche Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und weiterer Mitgliedergruppen sowie zur Zahlung und Fälligkeit der von Mitgliedern selbst zu entrichtenden Beiträge (Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler) vom 27.10.2008, zuletzt geändert am 17.12.2008
- Greß S, Manouguian M (2007):** Der Gesundheitsfonds vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Niederlanden. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: asgard, 231–247
- Greß S, Manouguian M, Walendzik A, Wasem J (2008):** Gesundheitsfonds und Finanzierungsreform im GKV-WSG. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 8, Heft 3, 16–23
- Hoppe JD (2009):** Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung. Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages am 19. Mai 2009 in Mainz; <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/112-DAET-Rede-Hoppe-1905091.pdf> (letzter Zugriff am 22.05.09)
- Jacobs K (2004):** Kassen-Finanzierung: Aufbau oder Abriss. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 7, Heft 10, 20–27
- Jacobs K (2007a):** Alles bloß Etikettenschwindel? Der künftige Kassenwettbewerb nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. In: Ulrich V, Ried W (Hrsg.). Effizienz, Qualität und Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Theorie und Politik öffentlichen Handelns, insbesondere in der Krankenversicherung, Festschrift zum 65. Geburtstag von Eberhard Wille. Baden-Baden: Nomos, 325–341

Jacobs K (2007b): Die Gesundheitsreform und die PKV: von „fairer Wettbewerb“ keine Spur. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard, 249–272

Jacobs K (2008): Am Vorabend des Gesundheitsfonds – Kaum ein Problem gelöst, aber neue geschaffen. Wirtschaftsdienst, Jg. 88, Heft 10, 636–640

Jacobs K, Schulze S (2004): Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 4, Heft 1, 7–18

Jacobs K, Schulze S (2006): Der segmentierte Krankenversicherungsmarkt in Deutschland. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hrsg.). Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 11–29

Knieps F (2007): Der Gesundheitsfonds aus Sicht der Politik. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard, 9–26

Neumann A (2009): Die Union zwischen Gesundheitsfonds und Rettung der PKV. In: Schroeder W, Paquet R (Hrsg.). Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag, 89–102

Nolting HD, Albrecht M, Schwinger A et al. (2009): Perspektive 2020: Gesundheit als Chance. 5. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss: Janssen-Cilag

Paquet R, Schroeder W (2009): Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse. In: Schroeder W, Paquet R (Hrsg.). Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag, 11–29

Pfaff A, Langer B, Mamberer F et al. (2006): Finanzierungsalternativen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Berlin: edition sigma

Reiners H (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Hans Huber

Schawo D (2007): Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds. Sankt Augustin: Asgard, 97–115

Schroeder W (2009): Die SPD und die Gesundheitsreform 2007: Vom Gesundheitsfonds zur Bürgerversicherung? In: Schroeder W, Paquet R (Hrsg.). Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform. Wiesbaden: VS Verlag, 77–88

Sehlen S (2006): Gestaltungsmöglichkeiten der PKV zur Leistungs- und Ausgabensteuerung. In: Jacobs K, Klauber J, Leinert J (Hrsg.). Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 77–101

Sehlen S, Hofmann J, Reschke P (2006): Möglichkeiten zur Einbeziehung von gesetzlich und privat Krankenversicherten in eine integrierte Krankenversicherung. In: Albrecht M, Schröder WF, Sehlen S (Hrsg.). Modelle einer integrierten Krankenversicherung: Finanzierungseffekte, Verteilungswirkungen, Umsetzung. Berlin: edition sigma, 89–142

SPD (2009): Sozial und demokratisch. Anpacken. Für Deutschland. Regierungsprogramm der SPD 2009–2013, beschlossen auf dem außerordentlichen Bundesparteitag am 14. Juni 2009 in Berlin; http://www.spd.de/de/pdf/parteiprogramme/090614_Beschluss_Regierungsprogramm.pdf (letzter Zugriff am 15.06.09)

SVR-G (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Bundestags-Drucksache 15/530 vom 26.02.2003

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 04.11.2004

SVR-W (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2006): Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07, Bundestags-Drucksache 16/3450 vom 13.11.2006

Wasem J, Buchner F (2006): Risikostrukturausgleich in einem GKV-System mit Pauschalprämien. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.). Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin: Asgard, 279–303

Wille E (2008): Kassenfinanzen: Die Basis auf Dauer sichern. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 11, Heft 11, 36–41

DER AUTOR



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des WIdO und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Insti-

tut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Lehrbeauftragter am Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen (Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement). Seit April 2009 im Erweiterten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.