



# BARMER GEK

---

## Gesundheitswesen aktuell 2011

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

---

Paul Raffauf

„Die schwarz-gelbe Finanzreform. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011 (Seite 66-91)

Paul Raffauf

## Die schwarz-gelbe Finanzreform

### Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Der Beitrag bilanziert den aktuell erreichten Stand der Reformaktivitäten der schwarz-gelben Regierungskoalition. Für die Zwischenbilanz dient die GKV-Finanzreform sowie der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien aus dem Jahr 2009 und die darin schriftlich niedergelegten Reforminhalte zu den Themenbereichen: Weiterentwicklung des Fonds, Umstieg auf einkommensunabhängige Prämien, Einführung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs und Abkoppelung von den Arbeitskosten. Die Reformergebnisse werden unter wettbewerblichen, fiskalischen und verteilungspolitischen Aspekten diskutiert.

#### Einleitung

Die schwarz-gelbe Koalition ist mit hohen Ansprüchen in die Reformpolitik zum Gesundheitswesen gestartet. So enthält der Koalitionsvertrag vom 26. Oktober 2009 anspruchsvolle Ziele. Bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll es mehr Gerechtigkeit und Transparenz sowie sozialen Ausgleich geben. Allerdings waren die Koalitionsverhandlungen zwischen CDU, CSU und FDP zum Politikbereich Gesundheit auch von unterschiedlichen Auffassungen über die konkrete zukünftige Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes gekennzeichnet.

Zum Koalitionsvertrag und zur Verwirklichung des gemeinsamen Programms in der laufenden Legislaturperiode soll nach anderthalb Jahren eine Zwischenbilanz gezogen werden. Im Vordergrund der gesundheitspolitischen Bilanz steht die Frage, inwieweit die politischen Absichten realisiert werden konnten und wie die Reformergebnisse beziehungsweise einzelne Elemente unter den selbst gesetzten Kriterien einer gerechteren und sozial ausgeglichenen sowie langfristig stabilen Finanzierung zu bewerten sind.

## Unterschiede in den Parteiprogrammen

Eine kritische Analyse der gemeinsamen schwarz-gelben Programmatik laut Koalitionsvertrag muss berücksichtigen, dass die parteipolitischen Vorstellungen von liberaler und christdemokratischer beziehungsweise -sozialer Gesundheitspolitik auseinanderdriften. Im Koalitionsvertrag finden sich zudem mit Blick auf andere Politikfelder Widersprüche zum gesundheitspolitischen Programm, die CDU, CSU und FDP allerdings für den Regierungsstart in den Hintergrund gerückt haben. Zunächst stehen die unterschiedlichen Auffassungen nach den parteipolitischen Programmen im Vordergrund. Damit können auch die sachlich-inhaltlichen Gründe für den tiefgehenden Konflikt zwischen CDU, CSU und FDP im ersten Regierungsjahr herausgearbeitet werden.

Dreh- und Angelpunkt der Diskussionen im ersten Regierungsjahr war der geforderte Umstieg auf ein von der FDP favorisiertes Prämienmodell. Die unterschiedliche Herangehensweise der regierungserfahrenen Unionsparteien und der langjährigen Oppositionspartei FDP mit dem sensiblen Reformbereich Gesundheit zeigte sich im Umgang mit einem derartigen Modell vom grünen Tisch. Während das FDP-Programm (Wahlprogramm vom Mai 2009) vor allem aus wirtschaftspolitischen Motiven eine komplett prämiensfinanzierte GKV, einen steuerfinanzierten Sozialausgleich und langfristig den Umstieg auf ein kapitalgedecktes Versicherungssystem fordert, beschränkt sich schon das Regierungsprogramm der Union (vom 29. Juni 2009) weitgehend auf Kurskorrekturen an der letzten mit zu verantwortenden Finanzreform, dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aus Zeiten der Großen Koalition. Im Programm der Union fehlte es im Sommer des Wahljahres 2009 an einem mittelfristigen Reformmodell für die GKV. Den Hintergrund hierzu bildet eine offene Debatte zwischen CDU und CSU in der Gesundheitspolitik. Die CSU hatte sich in ihrem Programm mit Absagen an ein Prämienmodell sowie mit Distanz zum Gesundheitsfonds öffentlich profiliert. Im gemeinsamen Regierungsprogramm der Union tauchten dann Aussagen zu einem Prämienmodell oder dem Gesundheitsfonds nicht mehr auf. Grundsätzlich steht die Union radikalen Kurswechseln

skeptisch gegenüber und bekennt sich zur solidarischen, einkommensbezogenen Finanzierung von Gesundheit.

Demgegenüber tat sich die FDP mit dem Prämienmodell hervor und geißelte insbesondere den Gesundheitsfonds, den nicht zuletzt Bundeskanzlerin Merkel miterfunden und dessen Umsetzung sie entscheidend mit zu verantworten hat. Die ablehnende Haltung der FDP zum Gesundheitsfonds, der populistisch schlicht als Bürokratiemonster bekämpft wurde, ist Geschichte. Anscheinend hat die FDP – plötzlich für das Ressort Gesundheit verantwortlich – einen Lernprozess absolviert. Um einen baldigen Ausstieg aus den zentralen Elementen des Fonds, wie staatlich fixierter Einheitsbeitrag, krankenkassenindividueller Zusatzbeitrag und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, ist es zumindest stiller geworden.

### Widersprüche im Koalitionsvertrag

Der Koalitionsvertrag enthält politische Ankündigungen, die in sich nicht widerspruchsfrei sind. Eine Klärung der Prioritäten musste im Rahmen der konkreten Reformgesetzgebung der Regierung erfolgen. So steht im Koalitionsvertrag die Gesundheitspolitik im Zielkonflikt mit der Steuerpolitik, insbesondere dem propagierten Anspruch der FDP, die Steuern zu senken (Richter 2010).

### Steuersenkung versus Steuererhöhung

Einem Kopfpauschalenmodell beziehungsweise einkommensunabhängigen Prämien ist unter Belastungsaspekten grundsätzlich zu eigen, dass eine Umverteilung von unten nach oben erfolgt. Durch einheitliche Pauschalen werden Versicherte mit höherem Einkommen entlastet und kleinere beziehungsweise mittlere Einkommen belastet. Um dieser politisch unerwünschten regressiven Verteilungswirkung zu begegnen, sehen alle Kopfpauschalenmodelle eine Kompensation über das Steuersystem vor. Die Verlagerung des sozialen Ausgleichs zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen in das Steuer-Transfer-System kann theoretisch, je nach Ausgestaltung, unter distributiven Aspekten

gerechter sein. Sie verlangt aber dafür vor allen Dingen zusätzliche Steuermittel in zweistelliger Milliardenhöhe. Der Bericht der Regierungskommission von 2003 („Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“) ermittelte zum Beispiel rund 22,5 Milliarden Euro für den Sozialausgleich bei Erwachsenen, und auch aktuellere Berechnungen gehen meist von rund 20 Milliarden Euro zusätzlicher Steuermittel aus.

Neben dem Widerspruch, grundsätzlich die Steuern erhöhen zu müssen, um den Sozialausgleich in der Krankenversicherung zu sichern, verspricht der Koalitionsvertrag zudem, speziell die Lohn- und Einkommenssteuer zu senken. Um aber die Entlastung der Höherverdienenden im Kopfpauschalenmodell an geeigneter Stelle bei den Steuereinnahmen zu kompensieren, wäre gerade eine einkommenssteuerliche Erhöhung für diese Gruppe geboten. Dieser Aspekt steht punktgenau im Konflikt zu den Versprechungen des Koalitionsvertrages.

### Kopfpauschale versus Zusage an die Private Krankenversicherung

Als weiterer systematischer Widerspruch kann herausgearbeitet werden, dass der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung der Status eines konstitutiven Elementes im Gesundheitswesen zugewiesen wird, während zugleich mit Einführung eines umfassenden Kopfpauschalenmodells die PKV ihre Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit verlieren würde. Die PKV als Vollversicherer ist bekanntlich für höherverdienende Personen attraktiv, weil sie sich der Einkommensumverteilung im GKV-System durch Wechsel in die PKV entziehen können. In einem Kopfpauschalenmodell, das die Umverteilung ins Steuersystem verlagert, entfällt der Anreiz für Gutverdiener, aus finanziellen Motiven in die PKV abzuwandern. Insofern impliziert ein umfassendes Kopfpauschalenmodell systematisch auch das Ende der PKV als Krankenvollversicherung beziehungsweise tangiert grundlegend ihren derzeitigen Status quo. Zu der verbrieften Daseinsberechtigung der PKV im schwarz-gelben Koalitionsvertrag passt ein Kopfpauschalenmodell daher nicht.

## Ziele des Koalitionsvertrages

Vergegenwärtigt man sich diese programmatische Ausgangslage, sind die Schwierigkeiten zur Realisierung einer gemeinsam getragenen, in sich konsistenten Reform offenkundig. Im Kontext der Verhandlungen – die sich dem übergeordneten Ziel einer schnellen politischen Einigung beugen mussten – konnte eine konkrete Reformumsetzung wenig ausdiskutiert werden beziehungsweise es entstanden Interpretationsspielräume für die Akteure. Im Koalitionsvertrag findet sich nachfolgender programmatischer Anspruch:

„Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem.“ „Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung

- mit mehr Beitragsautonomie,
- regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und
- einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen,
- die sozial ausgeglichen werden.

Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest“ (Koalitionsvertrag: 86).

Um den langfristigen Umstieg auf einkommensunabhängige Prämien vorzubereiten, hatten sich die Verantwortlichen zugleich im Koalitionsvertrag auf die Einrichtung einer Regierungskommission verständigt. Diese sollte die notwendigen Schritte im Jahr 2010 festlegen, verlor aber im Verhandlungsverlauf ihre Funktion. Mitte 2010 konnte dann mit dem Eckpunktepapier vom 6. Juli 2010 („Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem“) ein Konsens auf höchster Ebene (Parteivorsitzende) hergestellt und eine Verständigung über den Reformweg erzielt werden. Der austarierte Konsens bildete die Grundlage für das GKV-Finanzierungsgesetz und hat die gesundheitspolitische Diskussion vorläufig beruhigt. Richtungsentscheidungen über grundsätzliche Reformmodelle sind aber offengeblieben.

### Reformwirklichkeit: Der eingeschlagene Weg

Es soll überprüft werden, inwieweit Schwarz-Gelb mit dem GKV-Finanzierungsgesetz, das am 17. Dezember 2010 abschließend den Bundesrat passierte, die Ansprüche des Koalitionsvertrages verwirklicht hat. Dazu wird nachfolgend kurz auf die wesentlichen Elemente des GKV-Finanzierungsgesetzes eingegangen. Im Kern lassen sich die Inhalte des GKV-Finanzierungsgesetzes in zwei unterschiedliche Kategorien einordnen:

- Kurzfristige Maßnahmen zur Kostendämpfung und zum Ausgleich eines angenommenen Defizits für 2011
- Mittel- bis langfristige strukturelle Maßnahmen zum Umstieg auf einkommensunabhängige Prämien

### Kurzfristmaßnahmen zur Kostendämpfung

Vor dem Hintergrund eines prognostizierten Defizits von rund 11 Milliarden Euro für 2011 kann Mitte 2011 festgestellt werden, dass die Regierungskoalition wirksame Maßnahmen zur Kostendämpfung ergriffen hat, die zwar aus Sicht der Krankenkassen anspruchsvoller hätten ausfallen können (Stichwort Nullrunde bei Vergütungen, wie sie der GKV-Spitzenverband mehrfach forderte), die aber ihr vorgegebenes Ziel einer Einnahmen-/Ausgabenkonsolidierung erreichen. Die Maßnahmen umfassen entsprechende Sparbeiträge aus den maßgeblichen Leistungssektoren sowie bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen. Zusammen mit den Einsparungen, die auch aus anderen Gesetzen der schwarz-gelben Regierung resultieren und allesamt den Arzneimittelsektor betreffen, soll laut BMG ein Einsparvolumen von rund 3,5 Milliarden Euro für 2011 realisiert werden.

Die Regierungskoalition hat beachtlicherweise die Kostendämpfungsmaßnahmen auf mehrere Jahre angelegt, sodass ihre Wirkungen über das Jahr 2011 hinausreichen. Zu den aktuell wirksamen Sparpaketen zählt zum einen noch das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) mit einem Preis moratorium und einem erhöhtem Herstellerabschlag auf Arzneimittel

ohne Festbetrag. Diese Einsparungen traten bereits zum 1. August 2010 in Kraft und wirken bis Ende 2013. Zum anderen ist das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hervorzuheben, das neben kurzfristigen Einsparungen – durch Neuregelung der Apotheken-Großhandelsvergütung und des Apothekenabschlags – auch eine echte Strukturreform bei der Preisbildung im Arzneimittelmarkt für innovative Medikamente mit sich bringt. Durch eine frühe Nutzenbewertung neuer Arzneimittel sowie anschließende Preisverhandlungen zwischen Pharmaindustrie und GKV-Spitzenverband greift Schwarz-Gelb regulativ in die bislang freie Preisbildung der Industrie ein. Von einem liberal geführten Bundesgesundheitsministerium war dieser Eingriff in den Arzneimittelmarkt sicher nicht zu erwarten. Die neuen Strukturen können sich zukünftig positiv auf die Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelsektor auswirken.

### Beitragsatzerhöhung und Steuerzuschuss

Neben der Kostendämpfung gehören zu den Kurzfristmaßnahmen insbesondere die paritätische Beitragsatzerhöhung um 0,6 Beitragssatzpunkte sowie ein zusätzlicher Steuerzuschuss für 2011 in Höhe von 2 Milliarden Euro. Die Mehreinnahmen aus der Anhebung des Beitragsatzniveaus belaufen sich auf rund 6,3 Milliarden Euro jährlich. Summa summarum wird so das vorgebliche Defizit des Jahres 2011 verhindert.

Die christlich-liberale Regierung hat letztlich über Einsparungen und Einnahmeverbesserungen den Gesundheitsfonds, wie in seinem Startjahr, wieder zu 100 Prozent gefüllt beziehungsweise aufgrund der guten Konjunktur sogar überfüllt. So erwartet inzwischen das Bundesgesundheitsministerium, dass die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds Ende des Jahres 2011 voraussichtlich auf etwa 6,9 Milliarden Euro ansteigt (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. Juni 2011). Darin seien rund drei Milliarden Euro für die nötige Mindestreserve (20 Prozent einer monatlichen Durchschnittsausgabe des Fonds) sowie die zusätzlichen Steuermittel von zwei Milliarden Euro (nach dem GKV-Finanzierungsgesetz) enthalten. Diese Entwicklung ist insofern von Bedeutung, als die Liquiditätsreserve des Fonds – entgegen ihrer originären



Funktion – in den kommenden Jahren bis einschließlich 2014 auch den Sozialausgleich finanzieren soll, da für diesen Zweck keine (weiteren) Steuermittel vom Finanzminister zur Verfügung gestellt werden.

Eine Folge der Kurzfristmaßnahmen von Einsparungen und Beitrags-erhöhung ist, dass die schwarz-gelbe Regierung den Einstieg in die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge zeitlich weiter nach hinten geschoben hat. Die Koalitionäre werden dies, je nach politischer Zugehörigkeit, als erwünscht/unerwünscht oder notwendig/vermeidbar werten. Dahinter stehen dann die nicht ausgeräumten Meinungsverschiedenheiten über die zukünftig intendierte Entwicklung.

### Langfristmaßnahmen: Sukzessiver Umstieg auf Prämien

Eine Analyse der langfristig angelegten, strukturellen Reforminhalte zeigt zunächst, dass sämtliche Elemente des Gesundheitsfonds als realpolitische Ausgangsbasis inzwischen auch von der FDP anerkannt werden und mit dem GKV-Finanzierungsgesetz nur an bestimmten Stellschrauben gedreht wird. Dazu gehören insbesondere

- unbegrenzte Zusatzbeiträge,
- ein pauschaler steuerfinanzierter Sozialausgleich und
- die dauerhafte Fixierung des Allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Beitragssatzpunkte.

### Unbegrenzte Zusatzbeiträge

Die krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge sind zukünftig in der Höhe unbegrenzt. Zuvor waren Zusatzbeiträge auf maximal ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitgliedes gedeckelt. Diese bei Fondseinführung sozialpolitisch motivierte Ein-Prozent-Grenze war allerdings nicht konsistent mit dem Absinken des Fondsvolumens beziehungsweise dem 95-Prozent-Anpassungsmechanismus über den einheitlichen Beitragssatz. Denn die beschriebene Ein-Prozent-Grenze beschnitt auf institutioneller Ebene, abhängig vom Absinken des Fondsvolumens, die Refinanzierungsmöglichkeit einer Krankenkasse. Ohne

ein Verschulden – sprich auch bei wirtschaftlichem Handeln – drohte einer Krankenkasse gegebenenfalls die Insolvenz: Bei allein ungünstiger Mitgliederstruktur durch überdurchschnittlich viele Geringverdiener war eine Kasse finanziell bedroht, da benötigte Mittel nicht geschöpft werden konnten. Bevor dieser Fehler in der Finanzierungssystematik des Fonds jemals zum Tragen kam, hat Schwarz-Gelb ihn ebenso beseitigt wie den Anpassungsmechanismus über den Allgemeinen Beitragssatz selbst. Durch seine gesetzliche dauerhafte Fixierung auf 15,5 Beitragssatzpunkte wird die zukünftige Ausgabenentwicklung, die über die Beitragsschöpfung aus dem Allgemeinen Beitragssatz hinausgeht, durch Zusatzbeiträge der Versicherten aufzubringen sein.

### Pauschaler Sozialausgleich

Auf der anderen Seite werfen unbegrenzte Zusatzbeiträge, die generell hohe Einkommen entlasten und niedrige Einkommen belasten, die Frage eines gesicherten Einkommensausgleichs bei der Finanzierung von Gesundheit auf. Der flankierende Sozialausgleich für zukünftig wachsende Zusatzbeiträge sieht wie folgt aus: Anstelle der Ein-Prozent-Grenze beim individuellen Zusatzbeitrag steht seit 2011 eine pauschale Zwei-Prozent-Überforderungsklausel. Übersteigt der von der Bundesregierung im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium festgesetzte (prospektiv für ein Kalenderjahr) durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, wird der normale einkommensabhängige Beitragsanteil eines Arbeitnehmers, Rentners etc. entsprechend reduziert. Der pauschale Sozialausgleich nimmt aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung – hier hatten Union und FDP stets einen automatischen Sozialausgleich ohne Antragstellung in Aussicht gestellt – keinen Bezug auf den tatsächlich zu entrichtenden krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrag eines Mitgliedes. Das bedeutet zugleich, dass der Sozialausgleich gewährt wird, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe ein Mitglied einen individuellen Zusatzbeitrag zu zahlen hat.

Folglich wirkt der Sozialausgleich wie eine generelle Subvention der Bezieher niedriger Einkommen. Sukzessive erreicht diese Subvention über den geplanten Anstieg der Zusatzbeiträge auch die Bezieher mittlerer Einkommen. Zu Ende gedacht, werden von dem pauschalen Sozialausgleich langfristig auch Personen über der Beitragsbemessungsgrenze profitieren. Und zwar in dem Moment, in dem der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent der Beitragsbemessungsgrenze überschreitet – auf Basis des Jahres 2011 also über 74,25 Euro liegt. Paradoxerweise würde dann die gesamte – die Fondsmittel überschreitende – GKV-Ausgabendynamik allein durch Steuermittel aufzubringen sein. Aber diese Konsequenz des neuen pauschalen Sozialausgleichs dürfte ein absurdes Zukunftsszenario bleiben.

## Politische Bewertung zentraler Aspekte

### 1. Gesundheitsfonds wird fortgeschrieben

Es ist offenkundig, dass mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die bestehenden Finanzierungsstrukturen modifiziert statt revolutioniert werden. Die Finanzierungssystematik des Gesundheitsfonds wie das Zusammenspiel von Einheitsbeitrag und Zusatzbeitrag und die Ausgestaltung einer Belastungsgrenze sind lediglich nachjustiert worden.

Zum einen wird die Beschränkung der Zusatzbeiträge auf mitgliederindividueller und auf kollektiver (Krankenkassen-)Ebene aufgehoben. An die Stelle der Belastungsgrenze tritt, aus Zeiten der Großen Koalition, ein neuartiger Sozialausgleich. Diesen haben nicht die Finanzämter oder systemintern die Krankenkassen, sondern die Arbeitgeber, die Rentenversicherung, die Bundesanstalt für Arbeit und teilweise die Krankenkassen umzusetzen. Zum anderen entfällt die gesetzliche Verpflichtung, den Beitragssatz automatisch anzupassen, wenn in zwei aufeinanderfolgenden Jahren die Ausgaben der GKV nicht zu mindestens 95 Prozent vom Fonds gedeckt sind.

Ein fundamentaler Richtungswechsel findet demnach nicht statt. Dennoch gehört zur politischen Bilanz, dass die Basis für einen Umstieg in der Finanzierungssystematik und die Verlagerung der sozialen Umverteilung geschaffen ist. Die Wirkungen der Reform werden allerdings auf die lange Bank geschoben. Die Folgen für die Versicherten, die Arbeitgeber und die Krankenkassen werden (und sollen) erst in den kommenden Jahren eintreten. Verschiebungen bei der Finanzierungsbasis – von lohnabhängig zu lohnunabhängig – mit ihren spezifischen Belastungswirkungen werden sich in den nächsten Jahren nur in homöopathischen Dosen einstellen.

### Geringe fiskalische Bedeutung von Zusatzbeiträgen

Mitte 2011 mangelt es daher hinsichtlich der Reformergebnisse der schwarz-gelben Finanzreform noch an Empirie. Dem verzögerten und sukzessiven Hineinwachsen in ein Prämienmodell ist es geschuldet, dass einkommensunabhängige Prämien aktuell nicht bestimmend für die GKV-Finanzierung sind. Auch zur Realisierung des flankierenden neuen Sozialausgleichs liegen noch keine Erfahrungen vor.

Die krankenkassenindividuellen Zusatzbeiträge – eingeführt 2009 von der Großen Koalition im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes und nun von Schwarz-Gelb in der Höhe offen gestaltet – spielen derzeit fiskalisch betrachtet nur eine marginale Rolle. Im Jahr 2010 wurden lediglich rund 660 Millionen Euro über Zusatzbeiträge geschöpft, was einem Anteil von weniger als 0,4 Prozent der seinerzeitigen gesamten GKV-Einnahmen (175,3 Milliarden Euro) entspricht. In der Konsequenz haben sich auch die Verteilungs- und Belastungswirkungen gegenüber der bisher rein prozentualen Beitragsschöpfung noch wenig verändert.

### 2. Zusatzbeiträge bestimmen das Wechselverhalten

Anders ist dies mit den wettbewerblichen Auswirkungen. Auch wenn zum Stand Juni 2011 lediglich erst 13 Krankenkassen Zusatzbeiträge im meist einstelligen Euro-Bereich erheben, hat sich aus Sicht der Krankenkassen der Wettbewerb seit 2009 spürbar verschärft.

**Tabelle 1:** Übersicht über Zusatzbeiträge Juni 2011

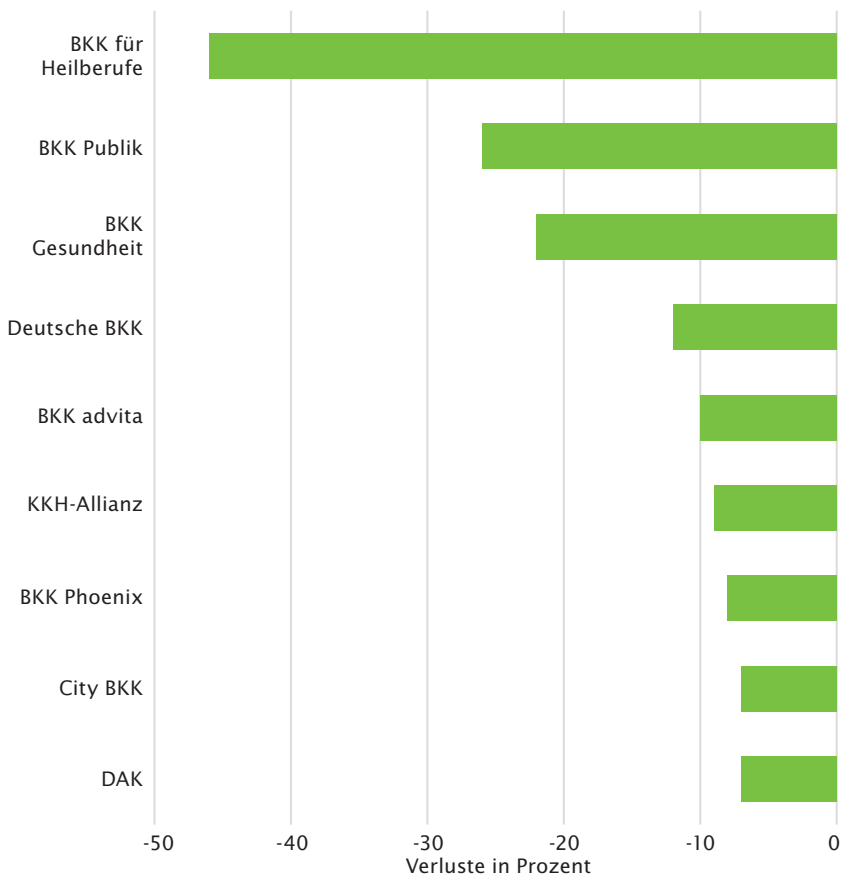
Name der Krankenkasse	Höhe des Zusatzbeitrages (in Euro)	seit dem
BKK Axel Springer	8,00	1. Januar 2010
BKK Phoenix	8,00	1. Januar 2010
BKK Advita	8,00	1. Februar 2010
BKK Gesundheit	8,00	1. Februar 2010
DAK	8,00	1. Februar 2010
Deutsche BKK	8,00	1. Februar 2010
E.ON BKK	8,00	1. März 2010
KKH-Allianz	8,00	1. März 2010
BKK Merck	8,00	1. April 2010
BKK für Heilberufe	10,00	1. Januar 2011
City BKK*	15,00	1. Januar 2011
BKK Publik	8,00	1. Januar 2011
BKK Hoesch	15,00	1. Januar 2011

\* seit dem 1. Juli 2011 geschlossen

Basis hierfür sind die Reaktionen des Marktes. Denn die Versicherten reagieren sensibel auf die nominalen Zusatzbeiträge in Euro. So haben auch relativ geringe einkommensunabhängige Zusatzbeiträge im Jahr 2010 Hunderttausende Versicherte veranlasst, ihre Krankenkasse zu wechseln (Zok 2011). Die prozentualen Verluste bezogen auf den Mitgliederbestand erreichen vereinzelt Rekordwerte von über 20 Prozent.

Dieser existenzbedrohende Mitgliederverlust für einzelne Krankenkassen befördert auch das implizite Ziel der Marktberreinigung. Schon ein eher marginaler Zusatzbeitragswettbewerb treibt das Fusionsgeschehen voran oder führt zur Schließung von Krankenkassen. Allerdings hat der Gesetzgeber die intendierte Marktberreinigung bereits mit den zurückliegenden Reformen, zuletzt dem Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen, kontinuierlich verfolgt. Insofern hat die schwarz-gelbe Koalition die eingeschlagenen Pfade hier lediglich fortgesetzt.

**Abbildung 1:** Mitgliederentwicklung der Krankenkassen mit Zusatzbeitrag im Jahr 2010



Quelle: BMG, KMI zum 31. Dezember 2010 und Daten der BARMER GEK

### 3. Null-Euro-Fixierung statt Versorgungswettbewerb

Das Wechselverhalten der Versicherten schon bei Zusatzbeiträgen im Minimal-Bereich bestimmt seit dem Jahr 2009 das Wettbewerbsverhalten der Krankenkassen. Auch die Angst vor einer Erhebung des

Zusatzbeitrages ist als psychologische Größe im Wettbewerb relevant. Im Kern sind sämtliche Krankenkassenstrategien und individuelle Wirtschaftlichkeitsbemühungen darauf gerichtet, einen Zusatzbeitrag als den entscheidenden Wettbewerbsparameter so lange wie möglich zu vermeiden. Die Wechselbereitschaft der Versicherten straft zumindest jedes Unternehmen ab, das vor dem Hintergrund der weitgehenden Preisgleichheit beziehungsweise eines Marktes ohne Extrakosten einen Zusatzbeitrag erheben muss. Die in den Jahren 2010 und 2011 beobachtbaren Wanderungsbewegungen mit einem massiven Mitgliederverlust für Krankenkassen mit Zusatzbeitrag haben die Wettbewerber somit in eine Null-Euro-Fixierung getrieben. In der Folge haben individuelle Vertragsstrategien für mehr Versorgungsqualität, die zunächst einmal Investitionen erfordern, letztlich einen Rückschlag erlitten. Hinzu kommt, dass eine Öffnung der Vertragsseite für einzelvertraglichen Wettbewerb, zum Beispiel im fiskalisch besonders relevanten stationären Sektor, rechtlich weiter auf sich warten lässt.

Aus ordnungspolitischer Sicht ist daher bislang beobachtbar, dass marginale Zusatzbeiträge – die den Fokus der Versicherten auf den Preis richten – einen gegebenenfalls intendierten Versorgungswettbewerb weiter in den Hintergrund drängen. In einem Markt, in dem Zusatzbeiträge generell als Makel gelten, verringern sich die ohnehin ambivalenten Anreize für Zukunftsinvestitionen in neue Versorgungsmodelle, zumal deren Rendite sich in der Regel erst langfristig einstellen kann. Mit Blick auf die häufig wettbewerbliche Argumentation der Koalition für einkommensunabhängige Prämien ist daher infrage zu stellen, ob sich ein funktionaler Wettbewerb, in dem Zusatzbeiträge als Indikator für Wirtschaftlichkeit, für besondere Qualität oder für Mehrleistungen fungieren, überhaupt herausbilden kann.

#### 4. Keine Beschäftigungswirkung durch fixierten Arbeitgeberbeitrag

Des Weiteren zielt die Koalition durch die dauerhafte Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags darauf ab, schrittweise auf eine einkommensunabhängige Finanzierung von Gesundheit umzusteigen. Der zentrale

ökonomische Begründungszusammenhang ist hierfür laut Koalitionsvertrag die Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten. Insgesamt verspricht sich die Koalition davon positive Beschäftigungswirkungen. In der Bilanz bleibt von diesem arbeitsmarktpolitischen Motiv wenig übrig, da schon Schwarz-Gelb selbst zur Deckung des veranschlagten Defizits im Jahr 2011 kurzfristig eine Erhöhung des einkommensbezogenen Beitrags inklusive des Arbeitgeberanteils zu vertreten hat.

Die erhofften positiven Arbeitsmarkt- und Beschäftigungswirkungen, die sich die christlich-liberale Regierung verspricht, stehen im Gegensatz zu Untersuchungen, die eine zu hohe Belastung der deutschen Arbeitskosten im Standortwettbewerb bereits vielfach widerlegt haben beziehungsweise relativieren konnten. Insbesondere zwei Studien des Berliner IGES-Institutes von 2004 und 2011 zur Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich widersprechen fundiert dem Lohnzusatzkostenargument der Koalition (vergleiche Albrecht, Sliwen und Wolfschütz 2011, Häussler, Ecker und Schneider 2004).

### Arbeitgeber weiterhin beteiligt

Von dem Anspruch, die Gesundheits- von den Arbeitskosten durch die Finanzreform abzukoppeln, hat sich die Koalition in einem ersten Schritt entfernt. Die Arbeitgeber bleiben zum einen über den zum Jahresbeginn 2011 erhöhten prozentualen Anteil (auf 7,3 Beitragssatzpunkte) formal an den GKV-Ausgaben maßgeblich beteiligt. Und zum anderen gilt das bei genauerem Hinsehen auch für zukünftig steigende Gesundheitsausgaben. In dem Maße nämlich, wie sich die beitragspflichtigen Arbeitsentgelte und der Arbeitsmarkt dynamisch entwickeln, partizipieren auch die Arbeitgeber mit einem absolut wachsenden Anteil an der GKV-Finanzierung.

### Gesamte Arbeitskosten berücksichtigen

Vernachlässigt man diesen Aspekt, ist es wegen der mittel- bis langfristigen Perspektive trotzdem sinnvoll, auf das Arbeitskostenargument näher



einzuweisen, da dies im Koalitionsvertrag eine zentrale Rolle spielt. Die Bedeutung des Krankenversicherungsbeitrages für die Arbeitskosten wird von der Koalition überschätzt und damit auch seine beschäftigungspolitische Relevanz. Grundsätzlich müssen die gesamten Arbeitskosten im Hinblick auf die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft beachtet werden. Die Arbeitskostenstatistik des Statistischen Bundesamtes offenbart, dass der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung eine untergeordnete Kostengröße für den Faktor Arbeit darstellt. Der folgenden Berechnung liegen zugängliche Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2008 für das Produzierende und das Dienstleistungsgewerbe zugrunde (durchschnittliche Jahreswerte pro Beschäftigten).

Bezogen auf die unmittelbaren, entgeltbezogenen Arbeitskosten je Arbeitnehmer schlugen die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge 2008 demnach für die Arbeitgeber im Schnitt lediglich mit 4,4 beziehungsweise 4,9 Prozent zu Buche. Hier wirkt sich auch die Beitragsbemessungsgrenze aus, nach der höhere Arbeitsentgelte nicht mehr von einer Beitragszahlung erfasst werden (siehe Tabelle 2).

Simuliert man die Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages um einen vollen Beitragssatzpunkt, manifestiert sich, dass dadurch die Arbeitskosten nicht im gleichen Maße, sondern geringer belastet werden. Auf Basis der obengenannten Ausgangswerte ergibt sich nämlich folgendes Bild: Die Arbeitskosten erhöhen sich bei einem um 0,5 Beitragssatzpunkte gestiegenen Arbeitgeberanteil lediglich um 0,38 bis 0,39 Prozent. Das Ergebnis deckt sich auch mit einer Schätzung des Sachverständigenrates für Gesundheit aus dem Jahr 1996, der die Effekte auf die Arbeitskosten je nach Branche damals zwischen 0,38 und 0,42 Prozent ermittelte. Im Ergebnis kann daher festgehalten werden, dass in jeder Tarifrunde mit in Deutschland meist eher mäßigen Lohnsteigerungen die Arbeitskosten wesentlich stärker wachsen, als dies ein einprozentiger Aufschlag auf den Krankenversicherungsbeitrag mit sich bringt.

**Tabelle 2:** Anteil des Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrages an den Arbeitskosten

	Produzierendes Gewerbe (in Euro)	Dienstleistungs- gewerbe (in Euro)
durchschnittliche Bruttolöhne je Arbeitnehmer	41.523	35.589
+ Arbeitgeberanteil Krankenversiche- rungs-/Pflegeversicherungsbeitrag (etwa 6,5 Prozent)	2.615	2.050
+ weitere Sozialaufwendungen inklusive Lohnfortzahlung	9.264	8.840
gesamte entgeltbezogene Arbeitskosten	53.402	46.479
Anteil Krankenversicherungs-/Pflege- versicherungsbeiträge an entgelt- bezogenen Arbeitskosten	4,9 Prozent	4,4 Prozent
<b>Simulation Arbeitskostenbelastung bei Beitragssatzerhöhung um einen Prozentpunkt</b>		
erhöhter Arbeitgeberanteil von 0,5 Beitragssatzpunkten	207,62 Euro	177,95 Euro
dadurch erhöhte Arbeitskostenbelastung	0,39 Prozent	0,38 Prozent

Quelle: Statistisches Bundesamt (2011), Arbeitskostenerhebung 2008

Bei zukünftig GKV-weit ansteigenden Zusatzbeiträgen ist zudem die angestrebte Abkoppelung von den Arbeitskosten fraglich. Von Gewerkschaftsseite ist vielfach angekündigt, dass die Arbeitnehmer in Tarifverhandlungen versuchen werden, steigende Belastungen der Beschäftigten durch die versichertenseitigen Zusatzbeiträge über Lohnerhöhungen auszugleichen. Ob diese gewerkschaftsseitige Erwartung an das Tarifgeschehen aufgeht, kann nur die Zukunft zeigen. Bislang existieren die durch Einkommensunabhängige Pauschalen erwarteten Beschäftigungseffekte nur in der Theorie. Und es dürfte wegen der zahlreichen anderen, überlagernden Effekte kaum gelingen, jemals reale Beschäftigungseffekte empirisch zu belegen. Dass für die schwarz-gelbe Koalition allerdings die Entkopplung von den Arbeitskosten weiterhin als zentrale Begründung für Zusatzbeiträge dient, rückt in die Nähe einer ideologischen Fixierung.

## 5. Diskussion zur Verteilungsgerechtigkeit

Eine Bewertung unter Gerechtigkeitsaspekten muss hinsichtlich der zweigeteilten Reformmaßnahmen unterscheiden:

- Bei den Kurzfristmaßnahmen werden mit der schlichten Erhöhung um 0,6 Beitragssatzpunkte bestehende Belastungswirkungen des heutigen Beitragssystems nicht verändert beziehungsweise teilweise noch verstärkt. Zwar werden die beitragspflichtigen Einkommen gleichmäßig belastet, allerdings nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Zudem bleiben die anderen Einkunftsarten weiterhin unberücksichtigt. Kurzum: Die unteren und die mittleren Einkommen sind, relativ betrachtet, stärker belastet als die höheren Einkommen. Auch bezieht die auf die GKV begrenzte Maßnahme weitere Personenkreise nicht in die Lastentragung mit ein. Diese Wirkungen sind nicht neu beziehungsweise bestehen bei einer Beitragssatzerhöhung systematisch weiter fort (Blank und Leiber 2010).
- Mit den Langfristmaßnahmen, die pauschale Zusatzbeiträge anpeilen, sind allerdings neue, zusätzliche Belastungsunterschiede zwischen unteren und höheren Einkommen verbunden. Die degressiven Verteilungswirkungen von Zusatzbeiträgen in Euro kann der Sozialausgleich mit seiner Zwei-Prozentgrenze nicht kompensieren. Denn bis zu dieser Grenze bedeutet ein pauschaler Zusatzbeitrag stets eine umso höhere Belastung, je geringer ein Einkommen ist. Insofern sind Bezieher niedriger Einkommen stärker belastet als Bezieher höherer Einkommen (Greß, Jacobs und Schulze 2010).

### Sozialausgleich kompensiert unzureichend

Ein Beispiel, ohne Berücksichtigung der Gleitzonenregelung für Einkommen zwischen 400 bis 800 Euro, die für Rentner und Auszubildende zudem nicht gilt: Bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro ergibt sich für ein Mitglied mit 1.000 Euro beitragspflichtigen Einnahmen (identisch mit der Belastungsgrenze) eine prozentuale Gesamtbelastung zur Krankenversicherung von 10,2 Prozent.

**Tabelle 3: Monatliche Belastung bei 20 Euro Zusatzbeitrag\***

beitragspflichtiges Arbeitseinkommen (in Euro)	Arbeitnehmeranteil Krankenversicherung (in Euro (8,2 Prozent))	Sozialausgleich (in Euro)	verbleibender Arbeitnehmeranteil inklusive Zusatzbeitrag (in Euro)	Belastung Arbeitseinkommen gesamt (in Prozent)
500	41,00	10,00	51,00	10,2
900	73,80	2,00	91,80	10,2
1.000	82,00	0	102,00	10,2
2.000	164,00	0	184,00	9,2
3.000	246,00	0	266,00	8,9
5.000**	304,43	0	324,43	6,5

\* Annahme: krankenkassenindividueller Zusatzbeitrag und durchschnittlicher GKV-Zusatzbeitrag identisch

\*\* Beitragsbemessungsgrenze 2011 bei 3.712,50 Euro

Die gleiche relative Belastung von 10,2 Prozent ergibt sich für Mitglieder mit niedrigerem Einkommen, die in den Genuss des Sozialausgleichs kommen, zum Beispiel mit 500 und 900 Euro Einkommen.

Für Mitglieder mit höherem Einkommen fällt dagegen die Belastung durch den Zusatzbeitrag, relativ betrachtet geringer aus. Logischerweise nimmt die relative Belastung ab, umso höher das Einkommen liegt. Bei 3.000 Euro beträgt die Belastung 8,9 Prozent und bei 5.000 Euro sinkt die Belastung auch wegen der Beitragsbemessungsgrenze auf nur noch 6,5 Prozent.

Misst man diese Ergebnisse zentraler Verteilungsaspekte an den Ankündigungen des Koalitionsvertrages nach einem „gerechteren und transparenteren Finanzierungssystem“ mit sozial ausgeglichenen Arbeitnehmerbeiträgen, dann wird die soziale Schieflage der Finanzreform deutlich. Das Konzept des Sozialausgleichs kann die neuen Belastungsunterschiede zugunsten der höheren Einkommen und zum Nachteil der niedrigen und mittleren Einkommen nicht kompensieren (vergleiche

Gesundheitspolitischer Informationsdienst 2010). Daher kann der neue Sozialausgleich, der unabhängig von einer tatsächlichen Prämienbelastung ist und der die individuelle Einkommenssituation durch andere Einkunftsarten (beispielsweise gesamtes Haushaltseinkommen) nicht berücksichtigt, unter Verteilungsgesichtspunkten nicht überzeugen. Auch eine erhöhte Transparenz der realen Belastungen ist nicht erkennbar. Rhetorisch gefragt: Welche Versicherten werden schon die korrekte Gewährung eines Sozialausgleichs rechnerisch nachvollziehen und erhalten so vollständige Transparenz über die reale Beitragslast?

In naher Zukunft ist zudem über die Bürokratiekosten des Sozialausgleichs eine neue Diskussion erforderlich. Zwar laufen aktuell die Vorbereitungen für die technische Abwicklung des Sozialausgleichs über die Arbeitgeber und die Rentenversicherung beziehungsweise die Krankenkassen auf Hochtouren. Der Eignungstest des gesamten Konstruktes steht aber zu Beginn des Jahres 2012 oder spätestens 2013 aus. Bei erstmaliger Durchführung wird das komplexe Verfahren (Stichwort: umfassendes Meldewesen) erneut auf der politischen Agenda stehen.

## 6. Finanzielle Stabilität offen

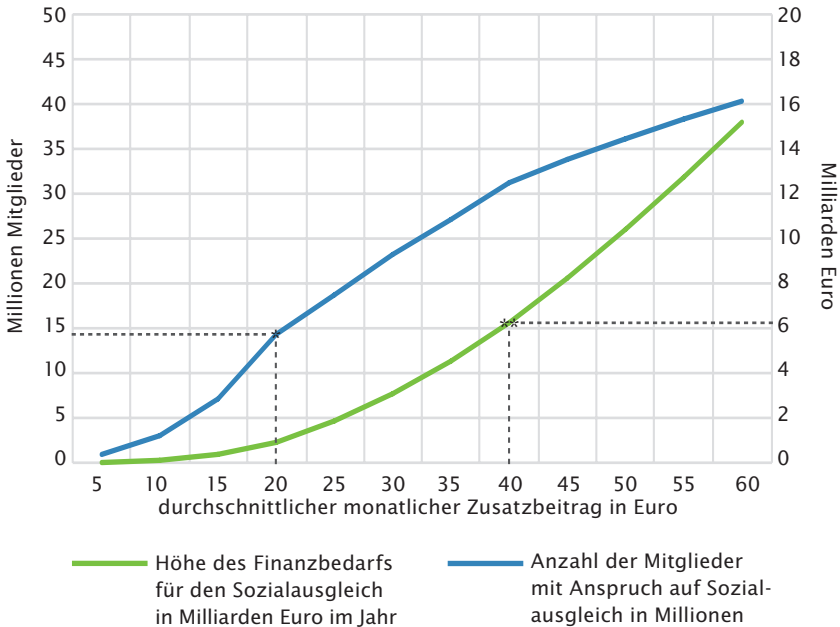
Der Anspruch an Stabilität und Nachhaltigkeit der Finanzreform ist im Koalitionsvertrag nicht explizit festgehalten. Allerdings hat zum Beispiel das FDP-geführte Bundesgesundheitsministerium in einem Argumentationspapier von Anfang Juli 2010 dargelegt, dass die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge die Voraussetzung dafür schafft, dass langfristig die Finanzierung des Gesundheitssystems gesichert sei. Nun steht und fällt eine Bewertung der Reform unter Stabilitätsaspekten mit der gesicherten Finanzierung des Sozialausgleichs über das Steuersystem. Zumindest sehen auch Union und FDP diesen Ausgleich als politischen Dreh- und Angelpunkt für eine einkommensunabhängige Prämienfinanzierung im Gesundheitswesen.

Die durch den Sozialausgleich fehlenden Finanzmittel im Gesundheitsfonds sollen zukünftig über Steuermittel ausgeglichen werden. Allerdings

konnte sich die Koalition an dieser Stelle nicht auf eine langfristige Absicherung verständigen. Denn bis zum Jahr 2014 ist zunächst lediglich gesetzlich fixiert, dass der Sozialausgleich aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Fonds geschöpft wird. Erst in der nächsten Legislaturperiode soll eine neue Bundesregierung politisch klären, wie viele Steuermittel ab 2015 für den Sozialausgleich bereitgestellt werden.

Diese finanzpolitische Aufgabe dürfte genau in eine Phase fallen, in der die Anzahl der anspruchsberechtigten Mitglieder für den Sozialausgleich deutlich ansteigt. Die Zahl der Anspruchsberechtigten steht in Abhängigkeit von der Höhe des GKV-durchschnittlichen monatlichen Zusatzbeitrages. Zwar gehen die Prognosen darüber auseinander, wie schnell in den kommenden Jahren der durchschnittliche Zusatzbeitrag ansteigen wird. Und es ist offen, wie valide heute die regierungsamtlichen Zahlen des Bundesversicherungsamtes (BVA) im Kontext der Beratungen des GKV-Finanzierungsgesetzes (2012 bei 8 Euro, 2013 bei 12 Euro und 2014 bei 16 Euro) oder die Prognose wissenschaftlicher Institute sind. Eine Hochrechnung der BARMER GEK zeigt allerdings, dass in der nächsten Legislaturperiode die Zahl der anspruchsberechtigten Mitglieder schnell die 20-Millionen-Marke erreicht – mit allen Konsequenzen für einen wachsenden Finanzbedarf aus Steuermitteln.

Wenn Ende der laufenden Legislaturperiode (im Jahr 2013) oder zu Beginn der nächsten Legislatur mit einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro zu rechnen ist, dann sind auf Basis von BARMER GEK-Daten bereits etwa 14,3 Millionen GKV-Mitglieder vom Sozialausgleich erfasst und der Bund mit etwa einer Milliarde Euro belastet. In den Folgejahren steigt die Belastung für den Bund sprunghaft an: Bei 30 Euro Zusatzbeitrag auf 3,1 Milliarden und bei 40 Euro bereits auf 6,2 Milliarden Euro zusätzlicher Steuerbedarf, da dann über 60 Prozent aller GKV-Mitglieder anspruchsberechtigt sind.

**Abbildung 2:** Anzahl der Mitglieder mit Anspruch auf Sozialausgleich

Quelle: Berechnungen der BARMER GEK

- \* Bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von 20 Euro haben 14,3 Millionen Mitglieder Anspruch auf Sozialausgleich.
- \*\* Bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 40 Euro beträgt der Finanzierungsbedarf 6,2 Mrd. Euro jährlich.

Die fehlende politische Klärung bei der Finanzierung des Sozialausgleichs muss als Soll-Bruchstelle des eingeschlagenen Reformweges zur einkommensunabhängigen Finanzierung der GKV gewertet werden. Hier zeigt sich, dass die Tragfähigkeit und Nachhaltigkeit der Reform von ihren Betreibern selbst infrage gestellt wird. Allein durch die offene Sozialausgleichsfrage wird die GKV-Finanzierung wieder auf die politische Agenda gelangen. Dabei steht die Sicherung des GKV-Sozialausgleichs über Steuermittel zukünftig in Konkurrenz zu den Forderungen anderer Ressorts. In den zu erwartenden Diskussionen bietet der Sozialausgleich

politische Stellschrauben, um gegebenenfalls sein Volumen anzupassen. Vom Nachdenken über die Berücksichtigung weiterer Einkünfte, was die Zahl der Anspruchsberechtigten und die Ausgleichszahlungen selbst senken würde, bis hin zur Höhe der Belastungsgrenze steht das Konstrukt dann zur politischen Disposition. Eine Konsequenz, die der automatische implizite Einkommensausgleich im beitragsfinanzierten System nicht kennt.

### Richtungsentscheidung in der nächsten Legislatur?

Schon die unterschiedliche parteipolitische Programmatik stand einer konsistenten schwarz-gelben Finanzierungsreform im Weg. Der nicht widerspruchsfreie Koalitionsvertrag hat die gravierenden Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Koalition über den konkreten Reformweg und das Reformtempo verdeckt. Bei der konkreten Umsetzung des Koalitionsvertrages und im Kontext realen Handlungsdrucks sind die Meinungsunterschiede offen zutage getreten.

Die Lösungen im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes lassen offen, wie eine konsistente Weiterentwicklung der Finanzierung aussehen könnte. Unter dem Aspekt der Zielklarheit ist die schwarz-gelbe Koalition einer schlüssigen Systementscheidung ausgewichen. Die im Jahr 2010 beschlossenen Regelungen vollziehen zwar einen Schritt in Richtung Prämienmodell, lassen aber stabile langfristige Rahmenbedingungen in organisatorischen und finanziellen Fragen vermissen.

Aus sozialer, fiskalischer und gesamtwirtschaftlicher Perspektive – hier mit Blick auf das Festhalten am segmentierten Markt in GKV und PKV – sowie aus wettbewerblicher Sicht, man denke an den verengten Preiswettbewerb in der GKV, fehlt es an einem erkennbaren Reformfortschritt.

In zukünftigen Debatten wird zu thematisieren sein, dass der pauschale Sozialausgleich unter Verteilungsgesichtspunkten dem Anspruch einer „gerechteren und transparenteren“ Finanzierung nicht Stand hält. Die christlich-liberale Koalition hat die mit einer einkommensunabhängigen



Finanzierung verknüpfte Umverteilungsfrage nur perspektivisch im Steuersystem verortet und nicht nachhaltig geklärt. Entscheidungen sind einer kommenden Bundesregierung überantwortet worden.

## Literatur

- Albrecht, M., A. Schliwen und A. Wolfschütz (2011): Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Aktualisierung der Untersuchung des Jahres 2006. IGES Institut GmbH. Berlin.
- Blank, F., und S. Leiber (2010): Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ohne Kopfpauschalen. WSI Mitteilungen. 10. S. 542-543.
- Bericht der Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Kapitel 4, Reformvorschläge zur Gesetzlichen Krankenversicherung. S. 143-190.
- Eckpunktepapier der Koalitionsfraktionen (2010): Für ein gerechtes, soziales, stabiles, wettbewerbliches und transparentes Gesundheitssystem. 6. Juli 2010.
- Gesundheitspolitischer Informationsdienst (2010): Ein Solidarausgleich, der keiner ist. Nr. 19. 13. Juli 2010. S. 2-9.
- Greß, S., K. Jacobs und S. Schulze (2010): GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. Gesundheits- und Sozialpolitik. 4/2010. S. 16-29.
- Häussler, B., T. Ecker und M. Schneider (2004): Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH. Berlin. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH. Augsburg. Oktober 2004.
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. 26. Oktober 2009.
- Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (2011): Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Quartal: Finanzlage der Krankenkassen hat sich verbessert – auch das Arzneimittel-Sparpaket greift. Nr. 32. 17. Juni 2011.

Richter, W. F. (2010): Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur. IZA Standpunkte Nr. 29. August 2010.

Statistisches Bundesamt (2011): Arbeitskosten 2008. Arbeitskostenerhebung (WZ2008). destatis

Zok, K. (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. WIdO-monitor 2011. Ausgabe 1/2011.

### Wahlprogramme der Parteien

CDU/CSU: Regierungsprogramm 2009 – 2013. Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land. Beschluss der Parteivorstände CDU und CSU. 28. Juni 2009.

CSU: Für eine solidarische und menschliche Medizin. Beschluss des CSU-Parteivorstandes. 3. bis 4. April 2009.

FDP: Deutschlandprogramm. Die Mitte stärken. Beschluss des 60. Ordentlichen Bundesparteitags. 15. bis 17. Mai 2009.