

# Finanzreform der Krankenversicherung vor dem Hintergrund des GKV-FQWG: Deutschland und die Schweiz im Vergleich

CHRISTIAN KUNOW,  
BERNHARD LANGER

Christian Kunow, M.A. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management an der Hochschule Neubrandenburg

Prof. Dr. Bernhard Langer ist Hochschullehrer am Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management an der Hochschule Neubrandenburg

Seit über 10 Jahren wird in Deutschland die Debatte um eine grundlegende Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit den zentralen Reformvorschlägen „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschalen“ geführt. Dabei wurde neben der Diskussion diverser einheimischer Modellvarianten immer wieder auf Praxiserfahrungen des Auslands verwiesen. Der Beitrag analysiert daher zunächst das oft als Vorbild für die deutsche Debatte dienende Schweizerische Finanzierungsmodell. Anschließend wird dieses anhand wichtiger Kriterien einer vergleichenden Bewertung unterzogen: sowohl mit der in Deutschland derzeit noch geltenden GKV-Finanzierung als auch mit den durch das GKV-FQWG im Sommer 2014 verabschiedeten und ab Anfang 2015 geltenden Neuregelungen.

## 1. Einleitung

Die mittlerweile seit fast 20 Jahren in der Schweiz praktizierte pauschale Finanzierung der Krankenversicherung wird schon seit vielen Jahren als Lösungsoption für die Probleme der GKV-Finanzierung in Deutschland diskutiert. In deutlichem Gegensatz zur Schweiz wurde bis Ende 2008 die GKV – neben einem seit 2004 gezahlten Bundeszuschuss aus Steuermitteln – durch einkommensabhängige Beiträge finanziert. Doch mit den anhand des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WStG) im Jahr 2009 eingeführten, den Kran-

kenkassen als Einnahmemöglichkeit zur Verfügung stehenden Zusatzbeiträgen („kleine Kopfpauschale“) mit kasseninternem Sozialausgleich zur Vermeidung sozialer Härten begann auch in Deutschland eine erste Hinwendung zu Elementen der Kopfpauschale. 2011 erfolgte dann durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) ein Ausbau der Pauschalfinanzierung, wonach die Zusatzbeiträge ausschließlich in pauschaler Form von den Krankenkassen zu erheben wären. Der dazugehörige Sozialausgleich wurde ebenso modifiziert und sollte ab 2015 systemextern durch Steuermittel aus dem Gesundheitsfonds

finanziert werden. Durch die nun mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) verabschiedeten Änderungen in der Finanzierung der GKV werden die einkommensunabhängigen durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge ersetzt. Damit wird der seit dem GKV-WSG eingeschlagene Weg hin zu einer stärkeren Teilfinanzierung durch pauschale Finanzierungselemente beendet.

Ziel dieses Beitrags ist es daher zum einen, das oft als Vorbild für die deutsche Debatte dienende Finanzierungssystem der Schweizer Krankenversicherung vorzustellen und einer aktuellen sozialpolitischen Bewertung zu unterziehen (vgl. Abschnitt 2). Zum anderen wird das Schweizer Finanzierungssystem mit der in Deutschland aktuell geltenden GKV-Finanzierung (Status quo) und den Änderungen, die sich aus dem GKV-FQWG ergeben, anhand wichtiger Kriterien vergleichend bewertet. Dadurch sollen mögliche Vor- und Nachteile der einzelnen

## Das Kopfpauschalensystem der Schweiz weist eine erhebliche sozialpolitische Fehlentwicklung auf.

Finanzierungsvarianten identifiziert werden (vgl. Abschnitt 3). Dabei stehen die Schweiz mit ihrer „reinen“ Kopfpauschalensfinanzierung am einen Ende und die in Deutschland vollständig einkommensbezogene Finanzierungsregelung durch das GKV-FQWG am anderen Ende eines möglichen Finanzierungskontinuums. Dazwischen bewegt sich die Status-quo-GKV mit einem Mix aus einkommensbezogenen und pauschalen Finanzierungselementen.

### 2. Finanzierungssystem der Schweizer Krankenversicherung

Die Krankenversicherung der Schweiz ist seit der Reform im Jahr 1996 durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt. Das KVG beinhaltet, neben einer freiwilligen Taggeldversicherung als private Zusatzversicherung, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) als Grundversicherung.<sup>1</sup> Mit der als Pendant zur GKV in Deutschland anzusehenden OKP<sup>2</sup> kam es zwar zu einer

Neuausrichtung des Krankenversicherungssystems der Schweiz, dieses wurde aber keiner kompletten Reform unterzogen. Einige Systemkomponenten, bsw. die Finanzierung über Kopfpauschalen, sind mit veränderter Ausgestaltung aus dem alten System übernommen worden.<sup>3</sup>

#### 2.1 Finanzierungsgrundpfeiler

Die OKP ist in Form eines Versicherungsobligatoriums verpflichtend für die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz. Dabei zahlen alle Versicherten an ihren Krankenversicherer Kopfpauschalen anhand sog. „Kopfprämien“. Eine prämiensfreie Mitversicherung und Arbeitgeberbeiträge gibt es also nicht. Um die in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen lebenden Versicherten finanziell nicht zu überfordern, wird die Prämienzahlung mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich flankiert. Sog. „Prämienverbilligungen“, die vom Bund und von den Kantonen aufgebracht werden, federn die Überforderung ab. Zudem

müssen sich die Versicherten an den von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zum Teil selbst beteiligen. Für den Ausgleich unterschiedlicher Versichertenstrukturen der Versicherer sorgt ein Risikoausgleich. Anhand der Morbiditätsfaktoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim werden die über die Kopfprämien eingenommenen Finanzmittel zwischen den Versicherern umverteilt.<sup>4</sup>

#### 2.2 Ausgestaltung der Kopfprämien

Die im Umlageverfahren berechneten einkommensunabhängigen Kopfprämien werden von jedem Bewohner der Schweiz gezahlt. Grundsätzlich gelten für alle Versicherten eines Krankenversicherers die gleichen Kopfprämien. Dennoch kann es zu Prämienunterschieden kommen: sowohl zwischen den Versicherern als auch zwischen den Kantonen und innerhalb eines Kantons. Intrakantonale sind für die Versicherer bis zu drei regionale Prämienabstufungen erlaubt. In einem Kanton können demzufolge drei Prämienregionen bestehen. Insofern hängt die Prämienhöhe vom Wohnort der Versicherten und vom jeweiligen Versicherer ab.

Unterschiede in der Prämienhöhe ergeben sich auch hinsichtlich des Alters der Versicherten. So haben die Krankenversicherer bei der Prämienberechnung drei Altersgruppen zu unterscheiden: Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, junge Erwachsene bis zum 25. Lebensjahr und Erwachsene, die 26 Jahre und älter sind. Erwachsene zahlen die volle Kopfprämie, junge Erwachsene und Kinder hingegen eine niedrigere. Da das Alter und das Erkrankungsrisiko korrelieren, kann in Anbetracht der Altersabhängigkeit von leicht risikoorientierten Kopfprämien gesprochen werden. Die Prämienhöhe unterscheidet sich zudem aufgrund der Möglichkeit der Versicherten, einen auf freiwilliger Basis wählbaren Prämienrabatt von ihrem Krankenversicherer erhalten zu können. Eine Prämienberechnung ist sowohl nach dem Krankheitsrisiko, dem Einkommen und dem Geschlecht der Versicherten als auch nach dem Eintrittsalter in die Versicherung unzulässig.

#### 2.3 Ausgestaltung des Sozialausgleichs

Im Rahmen des sozialen Ausgleichs gewährt eine dafür in jedem Kanton zuständige Behörde den in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen lebenden Versicherten eine Prämienverbilligung. Der Bund beteiligt sich zwar neben den Kantonen durch Steuermittel an der Finanzierung des Sozialausgleichs, schreibt aber mit Ausnahme der Auszahlung der Prämienverbilligung kein für die Schweiz einheitliches Ausgleichsverfahren vor. Die konkrete Ausgestaltung ist im kantonalen Recht geregelt und liegt somit in der Zuständigkeit der Kantone. Da jeder Kanton sein eigenes Prämienverbilligungssystem hat, existieren 26 verschiedene Verfahren. Diese werden in Tabelle 1 anhand von ausgewählten Kriterien systematisiert.

Gemeinsam haben alle Verfahren, dass die Prämienverbilligung berechnet und anschließend ausgezahlt wird. Zunächst müssen allerdings die anspruchsberechtigten Versicherten ermittelt

1 Vgl. BAG 2012: 3.

2 Vgl. Telsler/Steinmann 2005: 528.

3 Vgl. Spycher 2004: 20.

4 Der Bundesrat der Schweiz hat den Risikoausgleich revidiert, womit dieser ab 2017 verfeinert werden soll (vgl. Gemeinsame Einrichtung KVG o.J.).

Tabelle 1. Prämienverbilligungssysteme der Kantone im Überblick

	Antragstellung		Berechnung des Prämienverbilligungsbetrages					Auszahlung des Betrages an die Krankenversicherer
	Ohne Antrag	Mit Antrag	Berechnungsgrundlage		Berechnungsmodell			
			Finanzielle Verhältnisse vor dem Anspruchsjahr	Finanzielle Verhältnisse im Anspruchsjahr	Stufenmodell	Prozentmodell	Mischmodell	
ZH		x	x	x	x			x
BE	x	x	x	x	x			x
LU		x	x				x	x
UR	x	x	x				x	x
SZ		x	x				x	x
OW		x	x	x			x	x
NW		x	x				x	x
GL		x	x	x			x	x
ZG		x	x				x	x
FR		x	x			x		x
SO		x	x	x			x	x
BS		x	x	x	x			x
BL		x	x				x	x
SH		x	x				x	x
AR		x	x				x	x
AI	x	x	x				x	x
SG		x	x				x	x
GR		x	x	x			x	x
AG		x	x	x			x	x
TG		x	x	x	x			x
TI		x	x	x	x			x
VD		x	x	x	x			x
VS	x	x	x	x	x			x
NE	x	x	x	x	x			x
GE	x	x	x	x	x			x
JU	x	x	x		x			x
	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>26</b>

ZH (Zürich), BE (Bern), LU (Luzern), UR (Uri), SZ (Schwyz), OW (Obwalden), NW (Nidwalden), GL (Glarus), ZG (Zug), FR (Freiburg), SO (Solothurn), BS (Basel-Stadt), BL (Basel-Landschaft), SH (Schaffhausen), AR (Appenzell Ausserrhoden), AI (Appenzell Innerrhoden), SG (St. Gallen), GR (Graubünden), AG (Aargau), TG (Thurgau), TI (Tessin), VD (Waadt), VS (Wallis), NE (Neuchâtel), GE (Genf), JU (Jura)

Quelle: Eigene Zusammenstellung<sup>5</sup>

werden. Für die Ermittlung sind zwei Verfahren zu unterscheiden: das Verfahren ohne eine Antragstellung und das Antragsverfahren mit Benachrichtigung. Bei der Ermittlung ohne Antrag wird das Ausgleichsverfahren von der zuständigen Behörde ohne eine jegliche Mitwirkung der Versicherten vollzogen. Beim Antragsverfahren benachrichtigt die Behörde meist zu Beginn des Anspruchsjahres die von ihr ermittelten Anspruchsberechtigten. Dem Benachrichtigungsschreiben legen einige Behörden ein ausgefülltes oder unausgefülltes zu unterschreibendes Antragsformular bei. Das Antragsformular muss dann

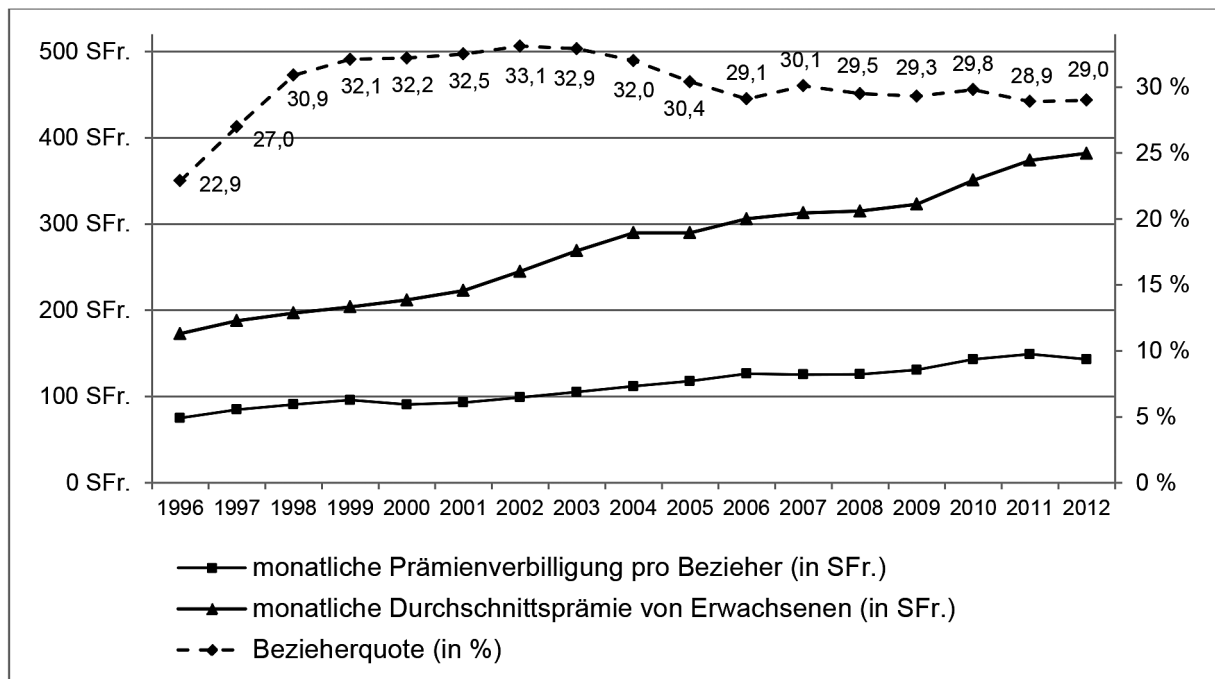
innerhalb der kantonalen Frist und in den meisten Kantonen im Anspruchsjahr bei der Behörde eingereicht werden. Grundsätzlich kann jeder Versicherte, der glaubt anspruchsberechtigt zu sein, bei der zuständigen Behörde einen Antrag stellen.

Nachdem die Anspruchsberechtigten ermittelt worden sind, erfolgt die Berechnung der Prämienverbilligung. Zu den Berechnungsgrundlagen gehören neben den Familien- und Wohnverhältnissen und der beruflichen Situation die finanziellen Verhältnisse der Anspruchsberechtigten. Bei der Berechnung greifen die Behörden auf Steuerdaten zurück,

die vor dem Anspruchsjahr entstanden sind. Falls sich die finanziellen Verhältnisse im Anspruchsjahr verschlechtert haben, können in einigen Kantonen auch die aktuellen Steuerdaten geltend gemacht werden. Zu den maßgebenden Steuerdaten gehört das Einkommen zzgl. eines prozentualen Teils des Vermögens. Je nach Kanton beruht die Berechnung, bei der verschiedenste Abzüge und Aufrechnungen erfolgen können,

<sup>5</sup> Tabelle 1 und folgende Verschriftlichungen basieren auf einer synoptischen Übersicht (GDK 2014) und auf den Informationen der von den kantonalen Behörden erstellten aktuellsten Merkblätter.

Abbildung 1. Entwicklung der Bezieherquote, der monatlichen Prämienverbilligung pro Bezieher und der monatlichen Durchschnittsprämie von Erwachsenen von 1996 bis 2012



Quelle: Eigene Darstellung und Berechnung auf Basis BAG (2013a: 2); BAG (2013b: 99 und 187)

auf unterschiedlichen Einkommensbegriffen. In Bezug auf das zur Berechnung verwendete Modell ist zwischen dem Stufenmodell, dem Prozentmodell und dem Mischmodell zu unterscheiden. Das Stufenmodell besitzt i.d.R. Einkommensgrenzen. Ein Anspruch auf eine Prämienverbilligung besteht, sofern das maßgebende Einkommen unter den jeweiligen Grenzen liegt.<sup>6</sup> Hingegen arbeitet das Prozentmodell mit einem prozentualen Teil des Einkommens. Versicherte sind anspruchsberechtigt, wenn die herangezogene Prämie, bei der es sich nicht um die tatsächlich zu zahlende, sondern um eine Richt-, Referenz- oder Durchschnittsprämie handelt, einen bestimmten Prozentsatz übersteigt. Dabei entspricht die Differenz zwischen Selbstbehalt und herangezogener Prämie der Prämienverbilligung. Das Mischmodell bringt die Berechnungsmethoden des Stufen- und Prozentmodells zusammen. Hier wird den Einkommensstufen – im Vergleich zum Stufenmodell – keine Prämienverbilligung, sondern ein prozentualer Selbstbehalt zugeordnet. Dabei steigt dieser mit der Höhe der Stufe.

Nach Berechnung der Prämienverbilligung wird diese bargeldlos ausgezahlt. Seit 2014 gilt die gesamtschweizerische

Regelung, dass alle zuständigen Behörden den Sozialausgleich an die Krankenversicherer zu entrichten haben. Dies soll verhindern, dass die Anspruchsberechtigten ihn zweckentfremden. Bis 2013 konnten die Empfänger des Sozialausgleichs, abhängig vom jeweiligen Kanton, die Versicherer oder die Versicherten sein. Waren die Versicherer die Empfänger, verrechneten sie die Prämienverbilligung mit der von den Versicherten zu zahlenden Prämie. Der mit der reduzierten Prämie ersichtliche Abzug wurde abhängig vom Kanton monatlich, vierteljährlich oder jährlich vollzogen. Im Fall der Versicherten wurde der Sozialausgleich einmal im Jahr oder jeden Monat auf das Bankkonto der Versicherten überwiesen oder mit ihrer Steuerrechnung verrechnet.

## 2.4 Sozialpolitische Wirksamkeit

Um einen ersten Einblick in die solidarische Ausprägung des Schweizer Finanzierungssystems bezüglich der Prämienzahlung und Prämienverbilligung zu bekommen, müssen die dazugehörigen Kennzahlen betrachtet werden. Abbildung 1 zeigt für den Zeitraum von 1996 bis 2012 die Entwicklung der Bezieherquote, also der Anteil der Versicherten,

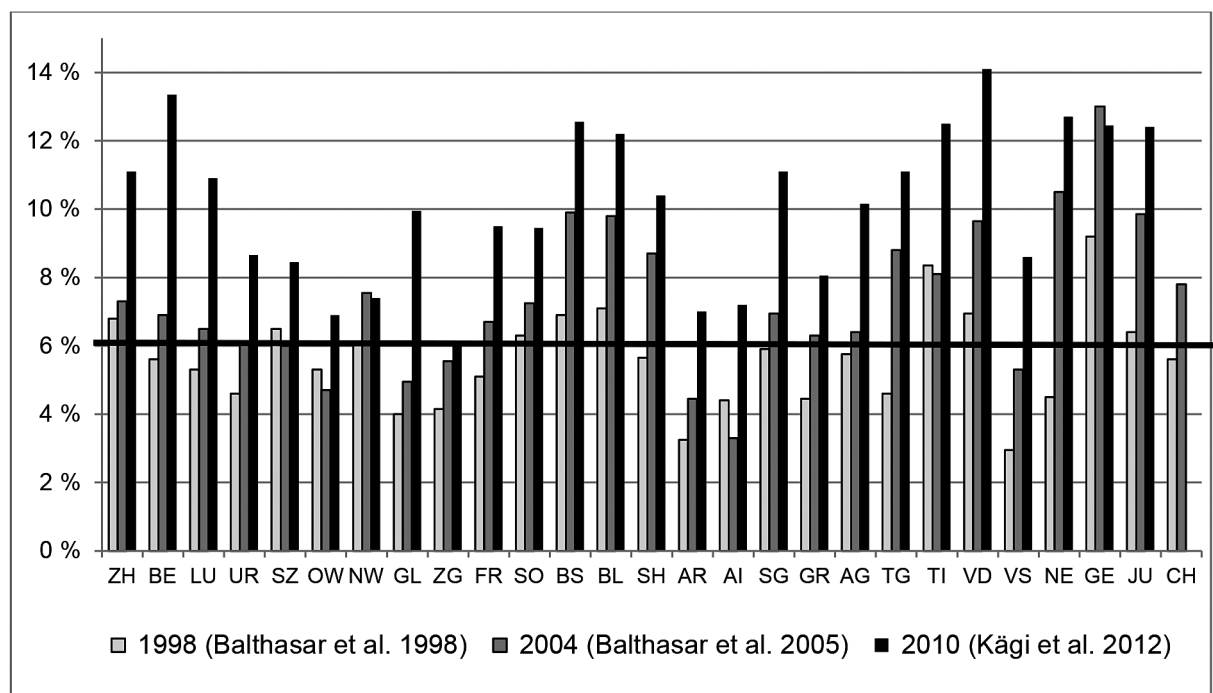
die eine Prämienverbilligung erhalten haben. Zudem wird dargestellt, wie sich im gleichen Zeitraum die monatliche Prämienverbilligung pro Bezieher und die monatliche Durchschnittsprämie von Erwachsenen entwickelten.

Es ist sichtbar, dass sich die Bezieherquote in zwei Richtungen entwickelt hat. Im Jahr 1996 lag der Anteil der Versicherten, die eine Prämienverbilligung erhalten haben, bei 22,9 %. In der Folgezeit stieg die Quote bis 2002 auf 33,1 %, um danach mehr als 4 %-Punkte abzunehmen. 2012 bezogen noch 29,0 % der Versicherten eine Prämienverbilligung. Der Anstieg der Bezieherquote von 1996 bis 1999 wird auf eine bessere Erfassung der Bezieher zurückgeführt.<sup>7</sup> Zudem brauchte der Sozialausgleich Zeit, um als soziales Element in der Bevölkerung bekannt zu werden. Wenn als Referenz die Zeit ab 1999 zu Grunde gelegt wird, lag die Bezieherquote über einen langen Zeitraum bei rund einem Drittel. Bezüglich der Prämienverbilligung, die alle Bezie-

<sup>6</sup> Im Kanton Thurgau arbeitet das Stufenmodell nicht mit Einkommens-, sondern mit Steuergrenzen. Die Höhe der Prämienverbilligung richtet sich hier nach der Höhe der zu zahlenden Steuer.

<sup>7</sup> Vgl. Balthasar et al. 2001: 49.

Abbildung 2. Entwicklung der kantonalen Prämienbelastung des verfügbaren Modelleinkommens nach Erhalt der Prämienverbilligung von 1998 bis 2010



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis Balthasar et al. (1998); Balthasar et al. (2005); Kägi et al. (2012)

her im Durchschnitt erhalten, ist dagegen ein anderer Verlauf zu beobachten. 1996 wurde den Beziehern monatlich ein Sozialausgleich von 75 SFr. ausbezahlt. In den Jahren darauf erhöhte sich der Betrag bis 2012 kontinuierlich auf 143 SFr. Doch im gleichen Zeitraum stieg die monatliche Durchschnittsprämie der Erwachsenen sogar von 173 SFr. auf 382 SFr. Somit ist die Prämie mit 121 % stärker gestiegen als die Prämienverbilligung mit 91 %. Daraus folgt, dass der Anteil der vom Sozialausgleich gedeckten Prämie kleiner geworden ist.

Noch aussagekräftigere Kennzahlen zur sozialpolitischen Wirksamkeit des Schweizer Finanzierungssystems liefern insbesondere die seit 1998 in regelmäßigen Abständen veröffentlichten Monitorings. Darin wird untersucht, welcher Anteil des verfügbaren Haushaltseinkommens auf die mit einem Sozialausgleich verbilligte Prämie entfällt. Der Bundesrat in der Schweiz schlug schon Anfang der 1990er Jahre vor, dass eine Prämienverbilligung gewährt werden soll, wenn die Prämie einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt. Dieser Vorschlag sah eine verbleibende Prämienbelastung von 8 % des steuerbaren Einkommens vor.<sup>8</sup> Dabei entspre-

chen 8 % des steuerbaren Einkommens ca. 6 % des verfügbaren Einkommens.<sup>9</sup> Bis heute traf der Gesetzgeber aber keine gesamtschweizerische Regelung zu einer maximalen Prämienbelastung. Abbildung 2 zeigt für jeden Kanton die Entwicklung des Anteils, den die über den Sozialausgleich verbilligte Prämie am verfügbaren Modelleinkommen hat.

Bezüglich der gezeigten Jahre ist deutlich zu sehen, dass in 20 Kantonen ein kontinuierlicher und teils erheblicher Anstieg der Prämienbelastung vorliegt. In den restlichen 6 Kantonen stieg die Belastung zwar nicht fortlaufend, dort ist aber zumindest eine insgesamt steigende Tendenz zu erkennen. 1998 haben 10 Kantone das Sozialziel einer maximalen Belastung von 6 % des verfügbaren Haushaltseinkommens nicht erreicht. In den darauffolgenden Jahren erhöhte sich die Zahl. So waren es 2004 20 Kantone, bis 2010 alle 26 Kantone die 6 %-Marke überstiegen. Somit erhöhte sich die Prämienbelastung auch im schweizerischen Durchschnitt von 5,6 % im Jahr 1998 auf 7,8 % im Jahr 2004 und stieg bis 2010 vermutlich weiter an.<sup>10</sup> Ausgehend vom Sozialziel zeigen diese Werte eine erhebliche sozialpolitische Fehlentwicklung.

### 3. Finanzierung der OKP, der Status-quo-GKV und nach dem GKV-FQWG: eine vergleichende Bewertung

Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass sozial ausgeglichene Kopfpauschalen für die Erreichung sozialpolitischer Zielsetzungen kein in der Praxis taugliches Vorbild sind. Im Vergleich zur OKP ist in der GKV seit einigen Jahren eine langsam aufwachsende Pauschalfinanzierung mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen gesetzlich vorgesehen. Aufgrund der in den letzten Jahren sehr guten Einnahmesituation der Krankenkassen kommt diese aber – wobei einige Kassen sogar Beitragsrückzahlungen gewähren – gegenwärtig nicht zum Tragen. Da analog dazu die für die Durchführung des Sozialausgleichs relevante Rechengröße „durchschnittlicher Zusatzbeitrag“ in den letzten Jahren stets auf 0 € festgelegt wurde, findet dementsprechend auch kein Sozialausgleich

8 Vgl. Schweizerischer Bundesrat 1992: 225.

9 Vgl. Balthasar et al. 1998: 4.

10 Das letzte Monitoring (Kägi et al. 2012) hat für das Jahr 2010 keinen Wert für die Prämienbelastung bezogen auf den gesamtschweizerischen Durchschnitt berechnet.

statt. Die Finanzierung der GKV beruht daher neben dem Steuerzuschuss des Bundes auf den einkommensabhängigen Beiträgen, die mittels beitragspflichtiger Einkommen, i. d. R. den Löhnen und Lohnersatzleistungen der Versicherten, erhoben werden.

Mit dem von CDU, CSU und SPD verabschiedeten GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) sind Veränderungen geplant, die eine Neujustierung der GKV-Finanzarchitektur bedeuten. So werden ab 2015 die derzeit nicht erhobenen einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge in einen prozentualen Satz der beitragspflichtigen Einkommen umgewandelt.<sup>11</sup> Der für die pauschalen Zusatzbeiträge bisher vorgesehene steuerfinanzierte Sozialausgleich ist damit nicht mehr notwendig und entfällt, ebenso wie die Möglichkeit von Beitragsrückzahlungen. Gegenwärtig ist im allgemeinen Beitragsatz von 15,5 % der vom Versicherten allein zu tragende Sonderbeitragsatz von 0,9 % integriert. Die Neuregelung sieht vor, dass dieser – nicht gedeckelt und damit perspektivisch in der Höhe unbegrenzt – in den einkommensabhängigen, von den Kassen individuell zu erhebenden Zusatzbeitrag einfließt. Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für das Jahr 2015 festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitragsatz von 0,9 %-Punkten<sup>12</sup> dient zur Deckung eines Defizits von voraussichtlich rund 11,2 Mrd. € für 2015,<sup>13</sup> da im Gegenzug der kassenübergreifend geltende, allgemeine Beitragsatz auf 14,6 % abgesenkt wird. Dabei ist der Arbeitgeberanteil weiterhin bei 7,3 % festgeschrieben. Da zukünftige Finanzierungsdefizite der Kassen auch weiterhin ausschließlich von den Versicherten zu decken sind, handelt es sich lediglich um eine „Scheinparität“<sup>14</sup>. Darüber hinaus soll bezüglich der Erhebung der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge ein Ausgleichsmechanismus dafür sorgen, dass die unterschiedlichen Einkommensstrukturen der Kassen im Rahmen eines vollständigen Finanzkraftausgleichs ausgeglichen werden. Zudem wird der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) weiterentwickelt. Darüber hinaus bleibt weiterhin der Steuerzuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds bestehen. Dieser soll im Jahr 2015 von ursprünglich geplanten 14,0 auf 11,5 Mrd. € gekürzt werden.<sup>15</sup>

Im Folgenden werden diese Neuregelungen des GKV-FQWG einer vergleichenden Bewertung mit der Status-quo-Finanzierung der GKV in Deutschland und der OKP in der Schweiz anhand ausgewählter Kriterien unterzogen. Hintergrund der Auswahl dieser drei Finanzierungssysteme ist, dass dadurch das gesamte Finanzierungskontinuum von einkommensunabhängiger (Schweiz) über einen Mix aus einkommensunabhängiger und einkommensabhängiger (Status-quo-GKV) bis zu vollständig einkommensabhängiger Beitragsfinanzierung (GKV-FQWG) exemplarisch dargestellt und vergleichend bewertet werden kann.

### 3.1 Solidarität

Im Gegensatz zu Deutschland besteht in der Schweiz mit der OKP ein einheitliches Krankenversicherungssystem mit einer allgemeinen Versicherungspflicht. Dort zahlt die gesamte Wohnbevölkerung die pauschalen Kopfprämien und beteiligt sich somit an der Finanzierung der Solidargemeinschaft der OKP (vgl. Tabelle 2). In Deutschland gibt es dagegen kein einheitliches Krankenversicherungssystem. Der überwiegende Teil der Bevölkerung muss sich in der GKV versichern. Ein kleinerer Bevölkerungsteil, mit im Durchschnitt besserem Gesundheitszustand,<sup>16</sup> kann sich zwischen GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) entscheiden. Derzeit wird die GKV neben dem Steuerzuschuss des Bundes, der sowohl von Versicherten der GKV als auch von PKV-Versicherten aufgebracht wird, allein von GKV-Versicherten und deren Arbeitgebern/Rentenversicherungsträgern zu tragenden, einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. Nach aktueller Gesetzeslage ist vorgesehen, dass entstehende Finanzierungslücken der Krankenkassen über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge geschlossen werden müssten. Diese hätten lediglich die Versicherten der GKV, aber nicht die der PKV, zu zahlen. Würde der bei einem durchschnittlichen Zusatzbeitrag größer als 0 € gesetzlich vorgesehene Sozialausgleich greifen, bestünde über die ab 2015 dafür vorgesehenen Steuermittel wie beim Bundeszuschuss eine indirekte

te Beteiligung der Privatversicherten an der GKV-Finanzierung.

Nach den Regelungen des GKV-FQWG soll nun das Experiment mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen durch ihre Abschaffung beendet werden, so dass zugleich der Sozialausgleich und mit ihm die indirekte Beteiligung der Privatversicherten entfällt. Es sind zwar über den auch zukünftig fließenden Bundeszuschuss weiterhin Privatversicherte indirekt an der GKV-Finanzierung beteiligt, allerdings liegt der Steueranteil an den Einnahmen des Gesundheitsfonds voraussichtlich bei lediglich rund 5,7 % für 2015.<sup>17</sup> Ein höherer Anteil würde zwar die PKV-Versicherten stärker an der GKV-Finanzierung beteiligen, doch davon ist aus Gründen der mangelnden Verlässlichkeit abzuraten. Dies wird an der Entwicklung des Bundeszuschusses seit 2004 deutlich.<sup>18</sup> Eine Möglichkeit, alle Bürger direkt an der Finanzierung

## Das Nebeneinander von GKV und PKV sollte endlich beendet werden.

der GKV zu beteiligen – und dadurch ähnliche Solidaritätseffekte wie bei einer deutlich höheren Steuerfinanzierung bei gleichzeitig größerer Verlässlichkeit zu erzeugen – liegt in der direkten Einbeziehung des bislang außerhalb der GKV abgesicherten Personenkreises.<sup>19</sup> Im GKV-FQWG ist ein derartiges Vorhaben allerdings nicht vorgesehen.

Inwieweit die OKP- und GKV-Finanzierung solidarisch ausgestaltet

11 Die Umwandlung in einkommensabhängige Zusatzbeiträge wurde im Vorfeld von Jacobs (2013), Wasem (2013) und Jacobs/Wasem (2013) als mögliche Reformoption vorgeschlagen.

12 Vgl. BMG 2014.

13 Vgl. BVA 2014.

14 Bäcker et al. 2014: 30; Dem Vernehmen nach gibt es aber eine Nebenabrede unter den Koalitionären, die die längerfristige Festschreibung des Arbeitgeberanteils doch wieder in Frage stellt.

15 Vgl. Ulrich 2014: 10.

16 Vgl. Huber/Mielck 2010.

17 Vgl. BVA 2014.

18 Vgl. Ulrich 2014: 10; Die Verlässlichkeit der Steuerfinanzierung leidet u.a. unter den Vorgaben des europäischen Fiskalpakt und der im Grundgesetz verankerten Haushaltskonsolidierung.

19 Zu konkreten Umsetzungsvarianten sei auf Langer (2011) verwiesen.

**Tabelle 2. Übersicht zur vergleichenden Bewertung der Finanzierung der OKP, der Status-quo-GKV und nach dem GKV-FQWG (negativ (-), neutral (o), positiv (+))**

	OKP		Status-quo-GKV		GKV-FQWG	
<b>Solidarität</b>						
Kreis zur Mittelfinanzierung	➤ Kopfprämien: alle Bürger der Schweiz	+	➤ Beiträge und pauschale Zusatzbeiträge: nur GKV-Versicherte  Steuerzuschuss: GKV- und PKV-Versicherte	o	➤ Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge: nur GKV-Versicherte  Steuerzuschuss: GKV- und PKV-Versicherte	o
Form der Mittelfinanzierung						
<i>Einkommenssolidarität</i>	➤ systemintern: kein Ausgleich über Kopfprämien  systemextern: durch steuerfinanzierten Sozialausgleich bei Kopfprämien	-	➤ systemintern: über lediglich lohn- und lohnersatzabhängige Beiträge bis zur BBG; kein Ausgleich über pauschale Zusatzbeiträge  systemextern: durch steuerfinanzierten Sozialausgleich bei pauschalen Zusatzbeiträgen  Steuerzuschuss	o	➤ systemintern: über lediglich lohn- und lohnersatzabhängige Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge bis zur BBG  systemextern: entfällt durch Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge  Steuerzuschuss	o
<i>Risikosolidarität</i>	➤ Kopfprämien: weitestgehend risikounabhängig	o	➤ Beiträge und pauschale Zusatzbeiträge: risikounabhängig	+	➤ Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge: risikounabhängig	+
<b>Praktikabilität</b>						
Beitragszahlung						
<i>Zeitpunkt</i>	➤ Kopfprämien: monatlich oder weiter im Voraus	-	➤ Beiträge: monatlich; pauschale Zusatzbeiträge: unterschiedlich	o	➤ Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge: monatlich	+
<i>Form</i>	➤ Kopfprämien: kein Quellenabzug; unterschiedliche Zahlung	-	➤ Beiträge: Quellenabzug; pauschale Zusatzbeiträge: unterschiedlich	o	➤ Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge: Quellenabzug	+
Sozialausgleich bei Pauschalen						
<i>Antragstellung</i>	➤ in den meisten Kantonen mit Antrag	-	➤ i.d.R. ohne Antrag	o	➤ vollständig systeminterner Ausgleich	+
<i>Berechnung</i>	➤ „großer“ Rechenvorgang und einzuholende Rechengrößen	-	➤ „kleiner“ Rechenvorgang und vorliegende Rechengrößen	o	➤ vollständig systeminterner Ausgleich	+
<i>Auszahlung</i>	➤ Verrechnung mit den Kopfprämien	+	➤ Verrechnung mit den Beiträgen	+	➤ vollständig systeminterner Ausgleich	+
<b>Wettbewerb</b>						
Preissignal	➤ vorhanden, aber verzerrt	-	➤ in der Breite nicht vorhanden, im Einzelfall zu intensiv	o	➤ abgeschwächt vorhanden	+
Risikostrukturausgleich (RSA)	➤ relativ unvollkommen	-	➤ eingeschränkt	o	➤ weiterentwickelt	+
<b>Nachhaltigkeit</b>						
Finanzierungsverfahren	➤ Umlagefinanzierung	o	➤ Umlagefinanzierung	o	➤ Umlagefinanzierung	o
Finanzierungsgrundlage	➤ Kopfprämien: ohne Bezug zu Einkommensarten  ➤ steuerfinanzierter Sozialausgleich	+	➤ Beiträge: lediglich Lohn und Lohnersatzleistungen; pauschale Zusatzbeiträge: ohne Bezug zu Einkommensarten  ➤ Steuerzuschuss und steuerfinanzierter Sozialausgleich	o	➤ Beiträge und prozentuale Zusatzbeiträge: lediglich Lohn und Lohnersatzleistungen  ➤ Steuerzuschuss	-

Quelle: Eigene Darstellung

sind, hängt, wie Tabelle 2 ebenfalls zeigt, neben dem Kreis der Beteiligten von der Form der Mittelfinanzierung ab. Bezüglich der Einkommenssolidarität<sup>20</sup> unterscheiden sich beide erheblich voneinander. In der OKP gibt es im Vergleich zur GKV keinen Einkommensausgleich innerhalb des Krankenversicherungssystems. Dies liegt darin, dass die pauschal zu zahlenden Kopfprämien keinen Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen der Versicherten ermöglichen. Dieser wird stattdessen systemextern über einen steuerfinanzierten Sozialausgleich durchgeführt. Er weist allerdings, wie Abschnitt 2.4 gezeigt hat, eine deutliche sozialpolitische Fehlentwicklung auf. In der GKV ist dagegen im Status quo hauptsächlich ein systeminterner Einkommensausgleich angelegt. Über die am beitragspflichtigen Einkommen prozentual zu erhebenden Beiträge wird die Einkommenssolidarität sichergestellt. Da aber die Beiträge – außer bei freiwilligen Mitgliedern, für die ein umfassenderer Einkommensbegriff gilt – nur von Löhnen und Lohnersatzleistungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG) erhoben werden, ist der Einkommensausgleich innerhalb der GKV unzureichend. Im Zusammenhang mit einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen ist auch ein Ausgleich außerhalb der GKV vorgesehen. Der dafür erforderliche Sozialausgleich würde ab 2015 wie in der OKP über Steuermittel und damit auch von PKV-Versicherten finanziert werden. Wenngleich in deutlich geringerem Umfang, da die Zusatzbeiträge vom Gesetzgeber nicht, wie in der Schweiz, als „Vollkostenpauschalen“ angelegt sind.

Aufgrund der durch das GKV-FQWG geplanten Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge wird zukünftig auch ein systemexterner Einkommensausgleich – hier durch den vorgesehenen steuerfinanzierten Sozialausgleich – obsolet. Somit wird die Einkommenssolidarität wie vor 2009 ausschließlich systemintern realisiert. Unter verteilungspolitischen Aspekten ist die Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge einerseits positiv zu bewerten, da diese für die Bezieher höherer Einkommen (ohne Berücksichtigung der Gegenfinanzierung) zunächst regressiv wirken. Andererseits kann der Sozialausgleich aus Steuermit-

teln – analog zum steuerfinanzierten Bundeszuschuss – bei entsprechender Gegenfinanzierung<sup>21</sup> die Einkommenssolidarität vergrößern. Zum einen ist die Bemessungsgrundlage bsw. der Einkommensteuer deutlich breiter als die Beitragsbemessungsgrundlage der Löhne und Lohnersatzleistungen der GKV. Zum anderen werden PKV-Versicherte mit im Durchschnitt höheren Einkommen einbezogen. Es gelten allerdings auch hier die schon weiter oben geäußerten Bedenken hinsichtlich der Verlässlichkeit der Steuerfinanzierung. Deshalb besteht eine Alternative darin, ähnliche Effekte einer Steuerfinanzie-

### Ein systeminterner Einkommensausgleich ist verlässlicher als ein Externer über Steuermittel.

rung durch eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage in Verbindung mit einer deutlichen Anhebung der BBG innerhalb der Beitragsfinanzierung zu realisieren.<sup>22</sup>

Bezogen auf den Ausgleich zwischen gesunden und kranken Versicherten, der Risikosolidarität<sup>23</sup>, zeigt sich lediglich ein kleiner Unterschied zwischen OKP- und GKV-Finanzierung (vgl. Tabelle 2). In der OKP sind die Kopfprämien nicht gänzlich risikosolidarisch ausgestaltet, da sie von den Krankenversicherern zumindest nach drei Altersgruppen eingeteilt werden. In der Status-quo-GKV sind die Beiträge und pauschalen Zusatzbeiträge von den Krankenkassen hingegen vollkommen unabhängig von Risikofaktoren der Versicherten (Alter, Geschlecht, Morbidität etc.) zu erheben. Durch das GKV-FQWG wird es auch keine Änderungen an der risikounabhängigen Beitragsfinanzierung geben.

### 3.2 Praktikabilität

Wie aus Tabelle 2 ebenso hervorgeht, unterscheiden sich OKP und GKV in Zeitpunkt und Form der Beitragszahlung. In der OKP ist gesetzlich geregelt, dass die pauschalen Kopfprämien von den Versicherten im Voraus und in der Regel monatlich an die Versicherer gezahlt werden müssen. Dazu können zudem noch abweichende Regelungen

in den Satzungen der Versicherer bestehen. Danach setzen die Versicherer grundsätzlich einen von den Versicherten einzuhaltenden Fälligkeitstermin fest. Mit entsprechenden Regelungen in den Satzungen ist es auch möglich, dass die Versicherten sich für einen längeren Zeitraum zur Prämienvorauszahlung entscheiden, beispielsweise pro Quartal, halbjährlich oder jährlich. Des Weiteren haben die Versicherten die Möglichkeit, ihre Prämien neben der Banküberweisung auch per Lastschriftverfahren oder Dauerauftrag zu zahlen.<sup>24</sup>

Im Gegensatz dazu werden in der GKV die prozentualen Beiträge von den beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten erhoben und von den zuständigen Stellen im Quellenabzugsverfahren direkt an die Krankenkassen abgeführt. Mit dem Quellenabzug besteht in der GKV ein „automatisiertes“ Verfahren, womit eine relativ verlässliche und unkomplizierte Beitragszahlung ermöglicht wird. Gegenwärtig gibt es aber noch die Möglichkeit, dass die Kassen von ihren Versicherten pauschale Zusatzbeiträge verlangen können, die nicht im Quellenabzug erhoben werden. Die konkrete Zahlungsweise der Zusatzbeiträge regeln die einzelnen Kassen in ihren Satzungen. Darin kann festgelegt sein, dass die Zusatzbeiträge von den Versicherten als Vorauszahlung monatlich und mit Beachtung eines Fälligkeitstermins an ihre Kasse zu überweisen sind. Davon abweichend ist aber auch eine vierteljährliche bzw. jährliche Beitragsvorauszahlung möglich. Als Zahlungsformen sind neben Überweisungen auch Daueraufträge bzw. die Zahlung per Einzugsermächtigung möglich.<sup>25</sup>

Mit dem GKV-FQWG werden die pauschalen Zusatzbeiträge und mit ihnen die administrativ aufwändigen Regelungen zu ihrer Zahlungsweise abgeschafft. Anstelle der Pauschalen führt das Gesetz die prozentualen Zusatzbeiträge ein, die das bewährte Quellenabzugsverfahren der einkom-

20 Vgl. Buchner/Wasem 2013: 261.

21 Wie Härpfer et al. (2009) belegen, weist die Mehrwertsteuer eher regressiven Charakter und die Einkommenssteuer eine zumindest tendenziell progressive Wirkung auf.

22 Vgl. Langer 2012: 191 ff.

23 Vgl. Buchner/Wasem 2013: 260.

24 Vgl. o.V. o.J.a.

25 Vgl. o.V. o.J.b.

mensabhängigen Beiträge nutzen und – neben einem geringen einmaligen Umstellungsaufwand für die beitragsabführenden Stellen – mit ihnen gemeinsam aufwandsarm für die Versicherten und Krankenkassen erhoben werden. Damit weist das zukünftige Verfahren sowohl gegenüber dem Beitragssystem der OKP als auch der Status-quo-GKV ein erheblich praktikableres Verfahren zur Beitragszahlung auf.

Um eine finanzielle Überforderung der Versicherten bei der pauschalen Beitragszahlung zu verhindern, ist in der OKP und in der Status-quo-GKV ein steuerfinanzierter Sozialausgleich vorgesehen. Das Verfahren zur deren Durchführung unterscheidet sich zwischen der OKP und GKV (vgl. Tabelle 2). In der Schweiz wird das Ausgleichsverfahren in den meisten Kantonen nach Antragstellung von der zuständigen Behörde durchgeführt. Zur Berechnung des Sozialausgleichs sind neben familiären und anderweitigen Daten die Finanzdaten des Ausgleichsberechtigten maßgebend. Kantonsabhängig wird zu einem bestimmten Einkommen ein Anteil seines Vermögens hinzugerechnet. Zudem erfolgen noch verschiedene Abzüge und Aufrechnungen. Bezüglich der Auszahlung erhielten die Versicherten in einigen Kantonen bis 2013 noch den Sozialausgleich per Banküberweisung. Dabei bestand die Gefahr, dass dieser von den Versicherten nicht zweckmäßig verwendet wird. Seit 2014 ist eine Zweckentfremdung nicht mehr möglich. Der Sozialausgleich wird in allen Kantonen nur noch an die Versicherer ausgezahlt, die ihn mit den Kopfprämien verrechnen.

Das Ausgleichsverfahren in der Status-quo-GKV bezüglich der pauschalen Zusatzbeiträge sieht dagegen i.d.R. ein Verfahren ohne Antragstellung vor. Die Verantwortung obliegt dabei den Stellen, die die einkommensabhängigen Beiträge abführen. Unter Umständen kann ein antragsloses Verfahren mit weniger Aufwand für die Ausgleichsstellen durchgeführt werden. Dies hängt aber davon ab, wie „automatisiert“ die Fallbearbeitung tatsächlich abläuft. Ein solches Verfahren hat zumindest für die Versicherten den Vorteil, dass sie keine Anträge stellen brauchen. Die Ausgleichsberechnung in der GKV soll für die Pflichtversicherten nur auf ihren beitragspflichtigen Einkommen basieren. Da keine sonstigen (Finanz-)Da-

ten mit einbezogen werden sollen, wäre der Sozialausgleich mit einem relativ „kleinen“ Rechengang zu ermitteln. Dagegen wird der Sozialausgleich in der Schweiz mit einem „großen“ Rechengang durchgeführt. Zudem können dort die Ausgleichsstellen erst berechnen, wenn sie die erforderlichen Daten über die Anträge der Versicherten oder über die Steuerveranlagung bei der Steuerbehörde eingeholt haben. Hin- gegen liegen den Ausgleichsstellen in Deutschland die zur Berechnung benötigten Daten der Versicherten bereits vor. Bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten sind die Stellen allerdings auf eine entsprechende Mitteilung der Krankenkassen angewiesen. Bei der Auszahlung ist wie in der Schweiz eine Zweckentfremdung des Sozialausgleichs durch die Versicherten ausgeschlossen. Die Regelung sieht seine Verrechnung über die einkommensabhängigen Beiträge vor. Aufgrund der genannten Aspekte könnte der vorgesehene Sozialausgleich in der Status-quo-GKV gegenüber dem praktizierten in der OKP als der insgesamt praktikablere bewertet werden. Da in Deutschland durch das GKV-FQWG die pauschalen Zusatzbeiträge durch einkommensabhängige Zusatzbeiträge ersetzt und damit die Sozialausgleichsregelungen obsolet werden, erfolgt der Einkommensausgleich vollständig systemintern und damit praktisch aufwandslos.

### 3.3 Wettbewerb

Im Unterschied zur derzeitigen Beitragsituation in der GKV besteht, wie Tabelle 2 zeigt, in der OKP mit den zwischen den Versicherern unterschiedlich hohen Kopfprämien zwar ein – aber durch den recht unvollkommenen RSA verzerrtes – Preissignal für den dortigen Kassenwettbewerb. In der GKV gibt es dagegen, mit Ausnahme der von einigen Kassen ihren Versicherten gewährten Beitragsrückzahlungen, gegenwärtig kein Preissignal. Hintergrund ist, dass die als Preissignal vom Gesetzgeber vorgesehenen pauschalen Zusatzbeiträge von der Masse der Kassen aufgrund ihrer (noch) guten Finanzausstattung<sup>26</sup> nicht erhoben werden müssen. Analog wirkende Beitragsrückzahlungen

werden aufgrund der zu vermutenden zukünftigen Ausgabensteigerungen auf breiter Front ebenfalls nicht in Betracht gezogen.

Es lässt sich somit einerseits konstatieren, dass in der GKV in den letzten Jahren der Preiswettbewerb unter den Kassen in der Breite zum Erliegen gekommen ist. Andererseits waren Kassen, die dennoch einen Zusatzbeitrag erheben mussten, von massiven

## **Eine einseitige Fokussierung auf den Wettbewerbsparameter "Preis" ist nicht zielführend.**

Mitgliederverlusten betroffen. Allein die Erhebung eines Zusatzbeitrags erzeugte ein starkes Preissignal, zumal die meisten Kassen keinen Zusatzbeitrag verlangten.<sup>27</sup> Die Folge war eine existenzbedrohende finanzielle Schieflage der betroffenen Kassen. Das führte zu einigen Kassenfusionen und bei der City BKK bzw. der BKK für Heilberufe sogar zur Kassenschließung. Hintergrund ist die Höhe des Zusatzbeitragsreferenzniveaus von 0 € (durchschnittlicher Zusatzbeitrag in den letzten Jahren von 0 €), so dass es aufgrund dieser Erfahrungen bis heute oberstes Gebot der Kassen ist, keinen Zusatzbeitrag zu erheben („Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“), um nicht durch deutliche Mitgliederverluste am Markt „abgestraft“ zu werden.

Somit hat sich gezeigt, dass die gesetzliche Ausgestaltung der GKV-Finanzierung seit dem GKV-WSG, entgegen ihrer Absicht einer Wettbewerbsstärkung, zu einer deutlichen Abschwächung des Preiswettbewerbs der Kassen in der Breite geführt hat. Durch den „Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb“ ist zudem der wünschenswerte Kassenwettbewerb um innovative Versorgungskonzepte deutlich geschwächt worden. Somit haben sich die pauschalen Zusatzbeiträge als dysfunktionales Wettbewerbssignal erwiesen.

Auch die im GKV-FQWG vorgesehenen Änderungen haben Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb. Neben der

<sup>26</sup> Die gute Finanzsituation der Kassen in den letzten Jahren resultiert aus dem (zu) hoch angesetzten Beitragssatz von 15,5 %.

<sup>27</sup> Vgl. ausführlich Albrecht/Neumann 2013.

Umwandlung der pauschalen Zusatzbeiträge in einen prozentualen Satz der beitragspflichtigen Einkommen wird der allgemeine Beitragssatz auf 14,6 % abgesenkt. Diese Absenkung hat Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds zur Folge, was wiederum die Zuweisungen an die Kassen verringert. Die dadurch entstehenden Unterdeckungen von voraussichtlich 11,2 Mrd. € für 2015 könnten einige der Kassen dazu veranlassen, den derzeit im allgemeinen Beitragssatz von 15,5 % integrierten Sonderbeitrag von 0,9 % entweder zum Teil, voll oder sogar darüber hinaus als Zusatzbeitrag vom beitragspflichtigen Einkommen ihrer Versicherten zu erheben.<sup>28</sup> Da die zukünftigen Zusatzbeiträge deshalb nicht wie zuletzt um den Wert 0, sondern in Verbindung mit der Senkung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds voraussichtlich deutlich darüber schwanken und tatsächlich durch die Mehrheit der Kassen erhoben werden dürften, scheint damit ein Hemmschuh für einen konstruktiven Kassenwettbewerb beseitigt zu sein.

Im Vergleich zu den Kopfprämien der OKP und zu den noch geltenden Zusatzbeiträgen der GKV sollen die

### **Für eine weitergehende Wettbewerbsdifferenzierung benötigen die Krankenkassen deutlich mehr Handlungsoptionen auf der Ausgabenseite.**

zukünftigen Zusatzbeiträge prozentual und im Quellenabzug erhoben werden. Die Erhebung wäre für die Versicherten somit nicht so transparent bzw. weniger spürbar als bei einer Zahlung von Kopfprämien bzw. pauschalen Zusatzbeiträgen bsw. per Überweisung. Diese Vorgehensweise ist sinnvoll, um die derzeit vorherrschende, zu einseitige Fokussierung auf den bislang recht inhaltsleeren Parameter „Preis“ abzuschwächen. Dieser richtigen Intention könnten aber die vorgesehenen Hinweispflichten im Zusammenhang mit der Erhebung eines Zusatzbeitrags entgegenstehen. Dabei müssen die Kassen ihre Mitglieder durch ein gesondertes Schreiben auf die Möglichkeit eines Kassenwechsels, die Höhe

des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes und die vom GKV-Spitzenverband im Internet veröffentlichte, laufend aktualisierte Übersicht über die Höhe der Zusatzbeitragsätze der Kassen hinweisen. Falls der Zusatzbeitragsatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz überschreitet, müssen die Mitglieder auch auf die Möglichkeit, in eine günstigere Kasse wechseln zu können, hingewiesen werden. Hier haben die Kassen ihre aktuellen Zusatzbeitragsätze dem GKV-Spitzenverband zu melden, womit die Mitglieder Kenntnis über eine transparente Vergleichsmöglichkeit erhalten. Gleichzeitig können aber diese überzogenen Hinweispflichten zusammen mit dem Sonderkündigungsrecht der geplanten und sinnvollen Abnahme der im Einzelfall bislang zu hohen Preiswettbewerbsintensität entgegenstehen. Eine „Scharfstellung“ des Kassenwettbewerbs – wie bei den preistransparenteren Kopfpauschalen- bzw. Zusatzbeitragsmodellen – vor allem über den Parameter „Preis“ ist aber zumindest solange nicht zielführend, bis die Wettbewerbsgrundlagen verbessert werden.

Eine Grundlage für einen funktionierenden Kassenwettbewerb stellt ein möglichst umfassender Risikostrukturausgleich (RSA) dar. Dieser ist die Voraussetzung dafür, dass die Kopfprämien der OKP und die (pauschalen bzw. zukünftig prozentualen) Zusatzbeiträge der GKV kein aufgrund von unterschiedlichen Versichertenstrukturen verzerrtes Preis- und damit Wettbewerbssignal, sondern idealtypisch die Unterschiede

in den Kostenstrukturen der Kassen und damit angemessene Preissignale für Wirtschaftlichkeit widerspiegeln. Hinsichtlich dieser Kriterien kann der Risikoausgleich in der OKP mit seinen relativ groben Ausgleichsfaktoren nicht überzeugen. Demgegenüber gleicht der derzeitige morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in der GKV die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen zwar genauer aus, doch auch er weist (immer noch) Defizite hinsichtlich seiner Zielgenauigkeit auf.<sup>29</sup> Um einen faireren Wettbewerb zwischen den Kassen zu ermöglichen, ist es im GKV-FQWG daher folgerichtig vorgesehen, den Morbi-RSA durch Veränderungen in den Bereichen

Krankengeld und Auslandsversicherte weiterzuentwickeln.<sup>30</sup>

Ein „optimierter“ Morbi-RSA würde zwar, wie eben dargelegt, die Grundlage für einen möglichst unverzerrten Preiswettbewerb schaffen. Ein sinnvoller Kassenwettbewerb liegt damit aber immer noch nicht vor, da im Status quo aufgrund der weitgehenden Dominanz kollektivvertraglicher Regelungen eine völlig einseitige Fokussierung auf den Parameter „Preis“ erfolgt. Für eine weitergehende Differenzierung im Wettbewerb und zur Vermeidung eines reinen Preiswettbewerbs ist es daher wichtig, den Kassen auf der Ausgabenseite deutlich mehr Handlungsoptionen bzw. Gestaltungsspielräume – bsw. Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens im Rahmen des Vertragswettbewerbs – als bislang zu geben. Der Kassenwettbewerb könnte sich dann auch durch die stärkere Berücksichtigung von qualitativen Elementen von einem reinen Preiswettbewerb – der nicht angestrebt werden sollte – zu einem optimierten Preis- und Qualitätswettbewerb weiterentwickeln. Leider haben die diesbezüglichen Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag keinen Niederschlag im GKV-FQWG gefunden.

Sehr sinnvoll sind hingegen die durch das GKV-FQWG vorgesehenen, wettbewerblichen Maßnahmen auf der Einnahmenseite durch die Einführung eines vollständigen Einkommensausgleichs. Ziel ist es hierbei, Wettbewerbsverzerrungen und Risikoselektionsanreize bei den Kassen zu verhindern und sicherzustellen, „dass sich der Wettbewerb an den Bedürfnissen der Versicherten orientiert und sich die Krankenkassen um eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Versorgung bemühen.“<sup>31</sup> Da sich die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Mitglieder je nach Kasse unterscheiden und von den Kassen nicht beeinflusst werden können bzw. nicht beeinflusst werden sollten, erscheint ein vollständiger Einkom-

28 Eine Erhebung der Zusatzbeiträge setzt allerdings voraus, dass die Unterdeckungen mancher Kassen nicht durch eine Verwendung ihrer im Durchschnitt relativ hohen Rücklagen ausgeglichen werden.

29 Vgl. Drösler et al. 2011.

30 Das Vorhaben der Annualisierung der Kosten für Verstorbene, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde (vgl. CDU/CSU/SPD 2013: 83), soll auf Grundlage der Rechtsprechung ebenfalls umgesetzt werden.

31 BT-Drucksache 18/1307: 3 und 26.

mensausgleich sachgerecht<sup>32</sup> und dient zur Stärkung der Wettbewerbsneutralität.<sup>33</sup> In der Folge differiert der einkommensabhängige Zusatzbeitrag (bei ansonsten gleichen Rahmenbedingungen) nur aufgrund der kassenspezifischen Unterschiede auf der Ausgabenseite. In der OKP der Schweiz bzw. der Status-quo-GKV stellt sich hingegen die Frage nach einem (vollständigen) Einkommensausgleich nicht. Da die Kopfprämien bzw. Zusatzbeiträge pauschal erhoben werden, hat die Einnahmesituation der jeweiligen Kasse keinen Einfluss darauf. Selbstverständlich erfolgt auch hier ein Einkommensausgleich, allerdings nicht systemintern, sondern extern durch Steuermittel.

### 3.4 Nachhaltigkeit

Sowohl die OKP- und die Status-quo-Finanzierung der GKV als auch die Finanzierung nach dem GKV-FQWG basieren, wie aus Tabelle 2 zu entnehmen ist, auf dem Umlageverfahren. Bei einem Umlageverfahren werden die eingenommenen Finanzmittel zur Deckung von laufenden Ausgaben verwendet. Kritisiert wird hierbei neben der mangelnden intergenerativen Verteilungsgerechtigkeit häufig die fehlende Nachhaltigkeit, so dass von einigen Autoren

**Es ist nicht erkennbar, dass die Neuregelungen des GKV-FQWG die Finanzierungsgrundlage der GKV nachhaltig stärken.**

als Alternativlösung die Umstellung auf eine Umlagefinanzierung mit anteiliger Kapitaldeckung oder sogar auf eine vollständige Finanzierung über ein Kapitaldeckungsverfahren vorgeschlagen wird.<sup>34</sup> Bei diesem Verfahren ist Kapital mittel- bis längerfristig an den Finanzmärkten anzusparen, um es später bei Bedarf zu entsparen. Als ein möglicher Vorteil wird neben der höheren intergenerativen Verteilungsgerechtigkeit eine Glättung der Beitragsbelastung über die Lebenszeit diskutiert. Davon wird sich zwar eine höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung versprochen, belastbare empirische Ergebnisse stehen allerdings bislang aus. Außerdem ist das Ansparen von Kapital an den Finanzmärkten mit beträchtlichen Risiken verbunden,

insbesondere vor dem Hintergrund der letzten Finanzkrise. Nicht zuletzt gibt es aufgrund hoher Kosten bei einer Umstellung der Finanzierung von der Umlage auf ein (Teil-)Kapitaldeckungsverfahren erhebliche Zweifel an einer praktikablen und zudem politisch durchsetzbaren Umsetzung eines derartigen Vorhabens.<sup>35</sup>

Neben der Art des Finanzierungsverfahrens ist für die Bewertung hinsichtlich der Nachhaltigkeit auch relevant, auf welcher Grundlage die Finanzierung basiert (vgl. Tabelle 2). Eine wie in der Schweiz praktizierte pro-Kopf-Finanzierung ist per se nachhaltiger als die in Deutschland praktizierte einkommensbezogene Finanzierung. Dies liegt daran, dass eine pro-Kopf-Finanzierung implizit alle Einkunftsarten miteinschließt, wohingegen die einkommensbezogene Finanzierung in Deutschland nur bestimmte Einkunftsarten für die Beitragsberechnung heranzieht. Zudem kommt eine pro-Kopf-Finanzierung aufgrund ihres Pauschalcharakters ohne BBG aus. Der große Nachteil einer pro-Kopf-Finanzierung liegt jedoch im dafür erforderlichen steuerfinanzierten Sozialausgleich zur Realisierung der Einkommenssolidarität. Dabei ist zwar der Sozialausgleich in der OKP nachhaltiger ausgestaltet als der in der Status-quo-

GKV gesetzlich vorgesehene, aber nie benötigte Sozialausgleich. So wird in der OKP ein umfangreicherer Einkommensbegriff zur Ermittlung der Belastungsgrenze herangezogen. Dennoch weisen Gesundheitssysteme, die den

Einkommensausgleich in das Steuer-Transfer-System verlagert haben, entweder – wie in der Schweiz – ein sehr niedriges Gleichgewichtsniveau oder das Problem der mangelnden Verlässlichkeit eines ex-ante definierten Gleichgewichtsniveaus auf. Bei steigenden Ausgaben und damit steigenden Pauschalen müsste bei konstantem Gleichgewichtsniveau der absolute Subventionsbedarf ebenfalls ansteigen. Da dies gerade auch den Bemühungen zur Konsolidierung des Bundeshaushalts in Deutschland entgegenlaufen würde, ist es sehr wahrscheinlich, dass das Gleichgewichtsniveau im Zeitverlauf sinkt. Zwar wären die bei „kleinen“ Zusatzbeiträgen benötigten Steuermittel zur Prämiensubvention ebenfalls noch relativ „klein“, bei „anwachsenden“ Zusatzbeiträgen

würden die benötigten Steuermittel aber (enorme) Größenordnungen annehmen. Dies lässt eine verlässliche Finanzierung aus dem Bundeshaushalt mehr als fraglich erscheinen. Aus den genannten Gründen ist es daher – wie im GKV-FQWG vorgesehen – sachgerecht, den Einkommensausgleich im Rahmen der Beitragsfinanzierung wieder ohne Ausnahme systemintern zu realisieren.<sup>36</sup> Allerdings stellen die Neuregelungen des GKV-FQWG für die Realisierung der (systeminternen) Einkommenssolidarität i.d.R. nur auf die beitragspflichtigen Löhne und Lohnersatzleistungen ab. Zudem ist auch keine Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze geplant. Eine mögliche Lösungsoption für diese Problematiken der einkommensbezogenen Finanzierung der GKV – die jedoch im GKV-FQWG keinen Niederschlag gefunden hat – liegt in einer Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten in Verbindung mit einer deutlichen Anhebung der BBG. Dadurch werden die Nachhaltigkeitseffekte der pro-Kopf-Finanzierung in einer einkommensbezogenen Finanzierung quasi „nachgebaut“. Es ist also nicht erkennbar, dass – wie im Bericht des Gesundheitsausschusses behauptet wird<sup>37</sup> – die Neuregelungen im GKV-FQWG die Finanzierungsgrundlage der GKV nachhaltig stärken und auf eine stabile, solide und zukunftsfähige Basis stellen.

32 „Da nicht sichergestellt ist, dass sich die Zahlungsströme im Einkommensausgleich auf Null saldieren, ist die Abwicklung über die Liquiditätsreserve und deren Aufstockung auf 25% sinnvoll.“ (Wasem 2014b: 2f.)

33 Vgl. Albrecht/Neumann 2013 und Neumann/Albrecht 2014. Für einen unverzerrten Kassenwettbewerb wäre es allerdings noch sachgerechter, die Umlage des Defizits durch die Kürzung der Zuweisungen „je Versicherten“ umzusetzen. Auch der Einkommensausgleich sollte entsprechend auf GKV-durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen je Versicherten abstellen (vgl. Wasem 2014b: 3).

34 Vgl. dazu stellvertretend Felder/Fetzer 2007.

35 Vgl. Pfaff et al. 2006: 98 ff.

36 Auch Wasem (2014a) weist darauf hin, dass ein steigender, durch Steuermittel finanzierter externer Solidaritätsgleich auf lange Sicht nicht durchzuhalten ist und somit folgerichtig zukünftig auf pauschale Zusatzbeiträge mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich verzichtet wird.

37 Vgl. BT-Drucksache 18/1657: 2, 57 und 65; Für Greß (2014) hat aber auch die Finanzierung über pauschale Zusatzbeiträge die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung auf keine sichere Basis gestellt.

#### 4. Fazit

Die Analyse hat gezeigt, dass jedes der drei Finanzierungssysteme im Vergleich gewisse Vor- und Nachteile besitzt. Die OKP der Schweiz ist als Vorbild hin-

### **Das Prädikat eines großen Wurfes kann dem GKV-FQWG trotz deutlicher Verbesserungen – auch im Vergleich zur OKP der Schweiz – nicht zugesprochen werden.**

sichtlich der direkten Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in ein Krankenversicherungssystem zu sehen. Ihre Finanzierung weist jedoch gegenüber der Status-quo-Finanzierung der GKV in Deutschland und insbesondere gegenüber der Neugestaltung durch das GKV-FQWG erhebliche Schwächen auf. So sind vor allem die mit der Zeit immer geringer werdende sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligungen sowie die wenig praktikable Prämienzahlung und Abwicklung des Sozialausgleichs zu nennen. Im Vergleich zur OKP hat die Status-quo-GKV mit ihrem Mix aus einkommensbezogenen und pauschalen Finanzierungselementen keine erkennbaren Vorteile. Im Gegenteil, statt die bekannten Probleme der i.d.R. auf Lohn und Lohnersatzleistungen bezogenen Beitragsfinanzierung endlich anzugehen, wurden neue durch das ergänzende Pauschalbeitragssystem erzeugt.

Die nun in Kraft tretenden Neuregelungen in der GKV-Finanzierung bringen im Vergleich zur Status-quo-GKV und vor allem zur OKP der Schweiz hingegen deutliche Verbesserungen mit sich. Dazu gehören die höhere Praktikabilität hinsichtlich der Beitragszahlung und Ausgleichsabwicklung sowie der weiterentwickelte RSA für einen zweckmäßigeren und faireren Kassenwettbewerb. Das Prädikat eines großen Wurfes kann dem Gesetz allerdings nicht zugesprochen werden. Es entsteht eine Finanzarchitektur, die mit der Wiederherstellung einer zwar rein einkommensbezogenen, aber i.d.R. nur von Lohn- und Lohnersatzleistungen abhängigen Beitragsfinanzierung

in etwa der vor 2009 entspricht und die den weiterhin großen Herausforderungen nicht begegnen kann. So löst das Gesetz weder die in der GKV bestehenden Beitragsungerechtigkeiten noch das Problem einer kaum nachhaltigen Beitragsfinanzierung und der damit verbundenen Einnahmenerosion. Nicht beseitigt werden darüber hinaus die solidarischen Verwerfungen zwischen GKV und PKV und daraus resultierend der unfaire Systemwettbewerb zu Lasten der GKV. Daher sind Änderungen in der Beitragsgestaltung in Richtung einer Verbreiterung der bei-

tragspflichtigen Einkommen sowie eine Vereinheitlichung des dualen Krankenversicherungssystems geboten, indem – wie in der Schweiz – die gesamte Bevölkerung solidarisch versichert ist.<sup>38</sup> Derartige Maßnahmen hätten neben einer Stärkung der Einkommens- und Risikosolidarität einen deutlich positiven Finanzierungseffekt für die GKV, wie unterschiedliche Untersuchungen ergeben haben.<sup>39</sup>

Hinsichtlich der Umsetzung dieser Reformvorschläge sind allerdings einige „Fallstricke“ zu beachten. So ist die Verbeitragung weiterer Einkommensarten in der GKV mit einem gewissen zusätzlichen Verwaltungsaufwand verbunden. Allerdings relativiert sich dieser Aufwand vor dem Hintergrund einer höheren Einkommenssolidarität sowie eines deutlich positiven Finanzierungseffektes.<sup>40</sup> Eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten ohne gleichzeitige Anhebung der BBG würde entgegen dem eigentlichen Ziel zu einer Schwächung der Einkommenssolidarität und so zum Nachteil von Pflichtmitgliedern mit kleinen und mittleren Einkommen führen. Bezüglich der Systemvereinheitlichung hin zu einer erweiterten GKV sind bei einer sofortigen und vollständigen Einbeziehung von PKV-Vollversicherten zwar deutliche Beitragssatzsenkungen zu erwarten, jedoch gibt es gegenüber einem derartigen Vorhaben erhebliche rechtliche Bedenken.<sup>41</sup> Die auch häufig diskutierte, verfassungsrechtlich hingegen zulässige<sup>42</sup> Variante einer schrittweisen Einbeziehung der Privatversicherten (bsw.

Neugeborene und Berufseinsteiger) in eine erweiterte GKV hätte den Nachteil, dass die aufgezeigten positiven Finanzierungs- und Gerechtigkeitseffekte nur sehr langsam auftreten, wodurch die politische Umsetzbarkeit massiv leidet. Eine weitere Alternative sieht ebenfalls eine sukzessive Ausweitung des Versichertenkreises der GKV bsw. durch ein „Hineinwachsen“ zukünftiger Neugeborener bzw. Berufseinsteiger in eine erweiterte GKV vor. Allerdings vermeidet sie das Problem der bei einer schrittweisen Umsetzung nur sehr allmählichen Beitragssatzentlastungen durch eine Einbeziehung der PKV-Altfälle in den Risikostrukturausgleich der GKV.<sup>43</sup> Einen zentralen Vorteil des dargestellten Finanzierungsverfahrens stellen die ähnlichen Entlastungseffekte wie bei einer sofortigen Ausweitung des Versichertenkreises dar. Der Unterschied liegt darin, dass eine verfassungskonforme Umsetzung möglich ist, da in die bereits bestehenden, im Kapitaldeckungsverfahren laufenden Vollversicherungsverträge nicht eingegriffen wird. Im Zusammenhang mit der

### **Lösungsansätze für eine solidarische GKV-Finanzreform liegen auf dem Tisch – die Politik ist nun gefordert endlich zu handeln.**

Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes sind auch Überlegungen hinsichtlich einer Angleichung der entsprechenden Rechtsformen anzustellen.<sup>44</sup>

Eine in der GKV aufeinander abgestimmte Umsetzung der drei Stellschrauben „Ausweitung Einkommensarten“,

38 Von einer stärkeren oder gar reinen Steuerfinanzierung der GKV ist mit Blick auf das Problem der schon mehrfach hingewiesenen mangelnden Verlässlichkeit und auch aufgrund der Gefahr einer (vermeintlichen) Unterfinanzierung der Gesundheitsversorgung wie in Großbritannien und ihrer Folgen (vgl. Schölkopf/Pressel 2014: 15) abzuraten.

39 Vgl. Langer 2012: 188 und die dort angegebenen Studien.

40 Vgl. Langer 2012: 197 und die dort angegebenen Studien.

41 Vgl. bsw. Greß/Bieback 2013: 51 ff.

42 Vgl. bsw. Greß/Bieback 2013: 53 ff.

43 Vgl. Langer 2012: 189 ff.

44 Vgl. Kingreen/Kühling 2013: 23 ff.

„Ausweitung BBG“ sowie „Ausweitung Versichertenkreis“ in der gezeigten Form würde ein Beitragssatzentlastungspotenzial von ca. 2 %-Punkten generieren und bislang existierende Gerechtigkeitsdefizite deutlich reduzieren. Würden die einzelnen Stellschrauben jedoch voneinander unabhängig und somit nicht aufeinander abgestimmt implementiert werden, kann es zu deutlich verminder-

ten Finanzierungs- und sogar zu unerwünschten Verteilungseffekten kommen. Flankierend zu diesen drei Stellschrauben sollte möglichst schnell eine Angleichung der Vergütungsstrukturen vorgenommen werden, wodurch die ökonomischen Fehlanreize aufgrund einer bevorzugten Behandlung von Privatversicherten zu künftig vermieden werden. Sollte sich das Vergütungsniveau der Leistungserbringer

in der erweiterten GKV aber nicht an der bisherigen GKV orientieren, ergeben sich jedoch niedrigere als die vorgestellten Beitragssatzentlastungen. Dennoch könnten die genannten Reformvorschläge zusammen einen spürbaren Beitrag zu einer erheblich solidarischeren und nachhaltigeren Finanzierung und somit deutlich stabileren Einnahmesituation einer „neuen“ GKV leisten. ■

## Literatur

- Albrecht M/Neumann K (2013)**, Beitragssatzautonomie der Krankenkassen. Eine Machbarkeitsanalyse, medhochzwei, Heidelberg
- Bäcker G/Eichhorst W/Gerlach I/Gerlinger T (2014)**, Rückblick auf die Entwicklung der Sozialpolitik im Jahr 2013, Zeitschrift für Sozialreform 1/2014, 5 ff.
- BAG; Bundesamt für Gesundheit (2012)**, Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG), (file:///C:/Users/Christian/Downloads/d%20(6).pdf) **Stand: 11.11.2014**
- BAG; Bundesamt für Gesundheit (2013a)**, Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung, (file:///C:/Users/Christian/Downloads/Flyer2013\_Taschenstatistik\_A4\_2.pdf) **Stand: 11.11.2014**
- BAG; Bundesamt für Gesundheit (2013b)**, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011, Bern
- Balthasar A/Stüdle R/Bieri O (1998)**, Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Bern
- Balthasar A/Stüdle R/Bieri O (2001)**, Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Luzern
- Balthasar A/Bieri O/Müller F (2005)**, Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen, Bern
- BMG; Bundesministerium für Gesundheit (2014)**, Pressemitteilung, Berlin 22. Oktober 2014 Nr. 50, ([http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014\\_04/141022\\_PM\\_Festlegung\\_durchschnittlicher\\_ZB.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2014/2014_04/141022_PM_Festlegung_durchschnittlicher_ZB.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- BVA; Bundesversicherungsamt (2014)**, Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, ([http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturvergleich/Schaetzerkreis/20141015\\_Schaetztableau\\_Endfassung.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturvergleich/Schaetzerkreis/20141015_Schaetztableau_Endfassung.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- Buchner F/Wasem J (2013)**, Finanzmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse R et al., Management im Gesundheitswesen, Springer 3. Auflage, Berlin, 260 ff.
- CDU/CSU/SPD (2013)**, Deutschlands Zukunft gestalten, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode
- Dröslers S/Hasford J/Kurth B-M/Schaefer M/Wasem J/Wille E (2011)**, Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturvergleich. Endfassung, ([http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht\\_zum\\_Jahresausgleich.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- Felder S/Fetzer S (2007)**, Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wer bezahlt den Übergang? Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 5-6/2007, 603 ff.
- GDK; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2014)**, Krankenversicherung: Prämienverbilligung Synoptische Übersicht 2014, ([http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Krankenversicherung/Praemienverbilligung/IPV\\_2014\\_d.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Krankenversicherung/Praemienverbilligung/IPV_2014_d.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- Gemeinsame Einrichtung KVG (o.J.)**, Risikoausgleich, ([http://www.kvg.org/de/risikoausgleich\\_content---1-1047--62.html](http://www.kvg.org/de/risikoausgleich_content---1-1047--62.html)) **Stand: 11.11.2014**
- Greß S (2014)**, Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GKV-FQWG, ([http://www.bundestag.de/blob/280478/4d954973c8d732280bffb33597badae8/18\\_14\\_0029-20\\_esh-prof-dr--stefan-gress-pdf-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/280478/4d954973c8d732280bffb33597badae8/18_14_0029-20_esh-prof-dr--stefan-gress-pdf-data.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- Greß S/Bieback K-J (2013)**, Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt, ([https://www.awo.org/fileadmin/user\\_upload/documents\\_Awo/aktuelles\\_und\\_presse/Presse\\_Downloads/AWO-Gutachten\\_Umsetzung\\_Buergerversicherung.pdf](https://www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/AWO-Gutachten_Umsetzung_Buergerversicherung.pdf)) **Stand: 11.11.2014**
- Jacobs K (2013)**, Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finzen und sinnvollen Kassennettbewerb, Wirtschaftsdienst 1/2013, 24 ff.
- Jacobs K/Wasem J (2013)**, Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft?, G+G Wissenschaft 1/2013, 15 ff.
- Härpfer M/Cacace M/Rothgang H (2009)**, And fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? ZeS, Arbeitspapier Nr. 4, Bremen
- Huber J/Mielck A (2010)**, Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten, Bundesgesundheitsblatt 9/2010, 925 ff.
- Kägi W/Frey M/Säuberli C/Feer M/Koch P (2012)**, Wirksamkeit der Prämienverbilligung, Bern
- Kingreen T/Kühling J (2013)**, Monistische Einwohnerversicherung, Nomos, Baden-Baden
- Langer B (2011)**, Wie privat Versicherte in die GKV einbezogen werden können, Soziale Sicherheit 5/2011, 171 ff.
- Langer B (2012)**, Bausteine einer solidarischen Weiterentwicklung der Finanzierung. In: Klein B/Weller M, Masterplan Gesundheitswesen 2020, Nomos, Baden-Baden, 181 ff.
- Neumann K/Albrecht M (2014)**, Auf dem Weg zur Beitragssatzautonomie, Welt der Krankenversicherung 2-3/2014, 36 ff.
- o.V. (o.J.a)**, Prämien und Unkostenbeiträge, (<https://secure.om-kv.ch/html/paemien.html>) **Stand: 11.11.2014**
- o.V. (o.J.b)**, Antworten auf häufige Fragen zum Krankenkassen-Zusatzbeitrag, (<http://www.krankenkassen.de/zusatzbeitrag/fragen/>) **Stand: 11.11.2014**
- Pfaff AB/Langer B/Mamberer F/Pfaff M/Freund F/Holl N (2006)**, Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung, edition sigma, Berlin
- Schölkopf M/Pressel H (2014)**, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, MWV 2. Auflage, Berlin
- Schweizerischer Bundesrat (1992)**, Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, (<http://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc.do?id=10052098>) **Stand: 11.11.2014**
- Spycher S (2004)**, Bürgerversicherung und Kopfpauschalen in der Krankenversicherung der Schweiz: Vorbild oder abschreckendes Beispiel? G+G Wissenschaft 1/2004, 19 ff.
- Telser H/Steinmann L (2005)**, Die Finanzierung des Schweizer Gesundheitswesens, Wirtschaftspolitische Blätter 4/2005, 526 ff.
- Ulrich V (2014)**, Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben? Ifo-Schnelldienst 7/2014, 9 ff.
- Wasem J (2013)**, „Rückgabe der Beitragsautonomie“ – Mögliche Umsetzungen, Welt der Krankenversicherung 11/2013, 268 ff.
- Wasem J (2014a)**, „Wettbewerb braucht gleichlange Spieße“, Ersatzkasse Magazin 1-2/2014, 38 ff.
- Wasem J (2014b)**, Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GKV-FQWG, ([http://www.bundestag.de/blob/279400/ffbb51e99c6e345702f758c22f62f862/18\\_14\\_0029-7\\_esh-prof-dr--juergen-wasem-pdf-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/279400/ffbb51e99c6e345702f758c22f62f862/18_14_0029-7_esh-prof-dr--juergen-wasem-pdf-data.pdf)) **Stand: 11.11.2014**