

Die Finanzierungsreform der GKV im Koalitionsvertrag

JÜRGEN WASEM,
ANKE WALENDZIK,
SONJA SCHILLO

Prof. Dr. Jürgen Wasem leitet den Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Er ist Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA

Dr. Anke Walendzik leitet die Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitik, Gesundheitssystem, Arzneimittelmarkt“ am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Dr. Sonja Schillo ist Senior Researcher am Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen

Im Vorfeld der Bundestagswahl und der Koalitionsverhandlungen spielte die Finanzierung der Krankenversicherung eine nicht unerhebliche Rolle. Im Ergebnis haben sich die Koalitionspartner für eine begrenzte Weiterentwicklung der GKV-Finanzierung bei Zusatzbeiträgen und Morbi-RSA entschieden, bei der einige akute Probleme angegangen werden, die grundsätzliche Herausforderung der strukturellen Einnahmeschwäche der GKV jedoch nicht thematisiert wird.

1. Einleitung

Die Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens hat zumeist mehrere Ebenen: Zum einen geht es seit gut 10 Jahren¹ um den möglichen Einbezug der PKV-Versicherten in die durch das GKV-System implementierte Absicherung des Krankheitskostenrisikos über einkommensabhängige Beiträge. Des Weiteren werden die strukturelle Einnahmelücke der GKV im Vergleich zur allgemeinen Wirtschaftsentwicklung und die damit zusammenhängende Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben thematisiert, auch vor dem Hintergrund einer eher zu überproportionalen realen Ausgabenanstiegen in der Zukunft führenden demographischen Entwicklung.² Schließlich wird auf die allokativen (auch auf den Kassenwettbewerb bezogenen) und distributiven Effekte des jeweils gegebenen GKV-Finanzierungssystems eingegangen.

Mit der Thematik des Verhältnisses von GKV und PKV im Koalitionsvertrag befasst sich der Beitrag von Stefan Etgeton in diesem Schwerpunktheft. Im vorliegenden Beitrag sollen hauptsächlich die allokativen (und distributiven) Effekte der geplanten Ausgestaltung der GKV-Finanzierung thematisiert werden. Im Koalitionsvertrag werden sie unter

der Überschrift „Finanzierung und Risikostrukturausgleich“ abgehandelt. Schließlich soll auch nach der Antwort des Koalitionsvertrages auf die Einnahmelücke der GKV gefragt werden.

2. „Beitragsautonomie“ in der Welt von Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds, der den Krankenkassen ihre Mittel nach dem Algorithmus des Morbi-RSA zuweist, und von etwaigen Zusatzbeiträgen von Kassen, die mit den Zuweisungen nicht auskommen, hatte der Gesetzgeber die bis Ende 2008 geltende Logik der Finanzierung über kassenindividuelle Beitragssätze bei gleichzeitiger Teilnahme der Kassen am RSA abgelöst. Der Gesetzgeber versprach sich seinerzeit davon – so die Allgemeine Begründung des GKV-

- 1 Die Diskussion begann 2001 mit der Forderung nach Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in dem Reformpapier der Friedrich-Ebert-Stiftung: G. Glaeske / K. Lauterbach / B. Rürup / J. Wasem. Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Berlin 2001.
- 2 Statt vieler: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland. Jahresgutachten 2012/2013. Wiesbaden 2012, Tz. 599f.

WSG – „Anreize für die wirtschaftliche Verwendung der Einnahmen und mehr innovative Angebote der Kassen“.³ Er ging davon aus, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen durch die neue Konstruktion „deutlich intensiviert“ werde. Insbesondere: „Durch den Fonds werden die Krankenkassen gezwungen, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, um ihre Versicherten halten zu können.“⁴ Auch die Gesundheitsökonominnen waren überwiegend von einer Verschärfung des Kassenwettbewerbs ausgegangen, insbesondere weil die Kassen die Mitglieder gesondert über den Zusatzbeitrag unterrichten mussten (statt ihn über den Arbeitgeber einziehen zu können) und weil zunächst nur wenige Kassen Zusatzbeiträge benötigen würden und daher unter besonderem Druck ständen.⁵

Die Intensivierung des Kassenwettbewerbs ist tatsächlich eingetreten und viele Krankenkassen mussten sich (wie vom Gesetzgeber vermutet) bemühen „alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen“. Denn: Wer einen Zusatzbeitrag erheben musste, wurde von einer großen Zahl von Versicherten durch Kassenwechsel abgestraft. Durchschnittlich haben Krankenkassen, die einen Zusatzbeitrag eingeführt haben, hierdurch mehr als 10% ihrer Versicherten verloren, obwohl die Beitragsdifferenzen in der Regel deutlich geringer als die vor 2009 bestehenden waren.⁶ In Einzelfällen sind mehr als 40% der Versicherten abgewandert, und die ersten Krankenkassen mussten wegen nicht mehr vorhandener Leistungsfähigkeit schließen.

Auf der Strecke blieb dabei jedoch die zweite Überlegung im Gesetzentwurf des GKV-WSG: Die Kassen scheuten „mehr innovative Angebote“, zumindest solche, die kurzfristig zu Mehrausgaben führen würden, auch wenn der Business Case sich mittelfristig rechnen würde, d.h. entsprechende neue Angebote mittelfristig kosteneffektiv wären. Denn kurzfristige Mehrausgaben hätten sie dem Zusatzbeitrag näher gebracht. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen in jüngerer Zeit eine Debatte über eine „Rückgabe der Beitragsautonomie“ gestartet. Formal geht das Argument zwar ins Leere, da jede Krankenkasse frei ist, Zusatzbeiträge in jeder beliebigen Höhe zu beschließen, gemeint gewesen aber ist, entweder den Gesundheitsfonds wieder abzuschaffen oder aber eine Form von Zusatzbeitrag mit geringerer psycholo-

gischer Wirkung und Merkhlichkeit für die Versicherten zu finden.⁷

Neben der – insbesondere von den Krankenkassen initiierten – Debatte über die zu starken Auswirkungen der Zusatzbeiträge waren zwei weitere Diskussionsstränge im Kontext der Finanzarchitektur des Gesundheitsfonds virulent: Die Sozialdemokraten lehnten die seit dem GKV-FinG ab 2011 obligatorische Einkommensunabhängigkeit etwaiger Zusatzbeiträge (die das in 2009 und 2010 bestehende, mit Blick auf Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen allerdings problematische⁸ Wahlrecht der einzelnen Kasse zwischen einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Beiträgen ablöste) aus verteilungspolitischen Gründen ab – auch wenn es bei Zusatzbeiträgen auf breiter Front einen Sozialausgleich gegeben hätte und aufgrund der vorgesehenen Steuer-

Es ist davon auszugehen, dass die meisten Krankenkassen rasch einen Zusatzbeitrag erheben müssen.

finanzierung dieses Sozialausgleichs die Verteilungswirkungen nicht so eindeutig gewesen wären. Angesichts der erkennbaren Neigung der Finanzpolitiker – auch vor dem Hintergrund der grundgesetzlichen Schuldenbremse –, die Verpflichtungen gegenüber der GKV zurückzudrehen, wurde zudem eine Anpassung des Finanzierungssystems mit der Möglichkeit eines Verzichts auf einen steuerfinanzierten Sozialausgleich diskutiert.⁹

Schließlich wurde auch eine Debatte über die Verteilung der Beitragslast zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern geführt: Nachdem während der rot-grünen Regierung der alleine vom Mitglied zu zahlende „Sonder-Beitrag“ in Höhe von 0,9 v.H. eingeführt und sowohl von der großen als auch der schwarz-gelben Koalition bei ihren jeweiligen Finanzierungsreformen übernommen worden war, begehrten die Sozialdemokraten nunmehr die Rückkehr zur Parität, während die Union dies ablehnte.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die Veränderungen der Finanzierungssystematik, auf die sich die Koalitionäre für die 18. Wahlperiode verständigt haben, nachvollziehbar: Der Beitrag an den Gesundheitsfonds wird künftig wieder

paritätisch finanziert – mit je 7,3 Beitragssatzpunkten von Mitgliedern und Arbeitgebern (bzw. Rentenversicherungsträgern etc.). Dies bedeutet eine Senkung des Beitragssatzes an den Gesundheitsfonds um die vom Mitglied bislang alleine getragenen 0,9 Beitragssatzpunkte, was (im Rahmen des Finanztableaus des Schätzerkreises für 2014) Mindereinnahmen des Fonds von rd. 10,6 Mrd. Euro bedeutet. Entsprechend müssen (dies ist nicht im Koalitionsvertrag geregelt, ergibt sich aber aus der Logik der Konstruktion) die Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen (zumindest dann, wenn keine ausreichend hohen Rücklagen des Gesundheitsfonds mehr bestehen und der Steuerzuschuss, wie derzeit geplant, nicht weiter erhöht wird) um diesen Betrag reduziert werden.

Damit wird eine Unterdeckung der laufenden Ausgaben durch die Zuweisungen von rd. 5,3% bewirkt. Zur Deckung dieser Finanzierungslücke müssen die Krankenkassen – sofern sie ihrerseits keine Rücklagen einsetzen können oder wollen – einen Zusatzbeitrag erheben, der nunmehr obligatorisch einkommensabhängig ist. Es ist daher davon auszugehen,

dass rasch die meisten Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Im Durchschnitt dürfte dieser nahe an die 0,9 Beitragssatzpunkte, um die der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds gesenkt wurde, herankommen. Wird dieser zudem (dies ist nicht im Koalitionsvertrag geregelt, wird aber als Wille der Koalitionäre kolportiert) direkt vom

3 Vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 86.

4 Vgl. ebenda, S. 91.

5 Vgl. etwa S. Felder. Gesundheitsfonds und Preiswettbewerb. In: D. Göppfarth / S. Greß / K. Jacobs / J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. Gesundheitsfonds. Asgard-Verlag. Sankt Augustin 2007, S. 215-230.

6 Vgl. etwa Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn 2012, Tz. 495 ff.

7 Vgl. zu der Debatte: J. Wasem. Rückgabe der Beitragsautonomie – Mögliche Umsetzungen. In: Welt der Krankenversicherung, Jg. 2, 2013, Heft 11, S. 268-269.

8 Vgl. D. Schawo. Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007. In: D. Göppfarth et al., a.a.O., S. 97-114.

9 Vgl. K. Jacobs / J. Wasem. Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? In: G+G Wissenschaft, Jg. 13, 2013, Heft 1, S. 15-22.

Arbeitgeber eingezogen, sind die wesentlichen Elemente, die zu der sehr großen Mercklichkeit des bisherigen Zusatzbeitrags geführt haben, beseitigt – und der Umfang der durch Beitragsunterschiede induzierten Wanderbewegungen der Versicherten dürfte sich eher wieder auf dem Niveau von vor 2009 einpendeln.

Mit der Einführung zwingend einkommensabhängiger Zusatzbeiträge entfällt – wie der Koalitionsvertrag auch explizit hervorhebt – die Notwendigkeit eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs. Damit wird auch der absehbaren Unsicherheit dieses Finanzierungselementes – die man während der Verhandlungen auch daran erkennen konnte, dass die Mitglieder der AG Gesundheit der Koalitionsverhandlungen den Erhalt des Bundeszuschusses von 14 Mrd. Euro in den Vertragstext geschrieben hatten, die große Koalitionsrunde diesen Satz jedoch strich – in den kommenden Jahren Rechnung getragen.

3. Zum Umgang mit der Unterdeckung in der neuen GKV-Finanzarchitektur

In den letzten Wochen ist verschiedentlich die Frage diskutiert worden, ob „es für die mit dem Zusatzbeitrag zu deckenden Ausgabenrisiken einen Morbiditätsausgleich geben soll“.¹⁰ In der Tat hat der Koalitionsvertrag nicht explizit gemacht, wie mit der durch die Absenkung der Zuweisungen an den Gesundheitsfonds bewirkten Unterdeckung technisch umgegangen werden soll, die sich infolge der Reduktion des Beitragssatzes ergibt. Allerdings kann dies u.E. aus der Feststellung der Notwendigkeit von Rahmenbedingungen für „einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen“, den der Koalitionsvertrag postuliert,¹¹ abgeleitet werden. Es ließen sich Ausgestaltungen vorstellen, bei denen die Unterdeckungen für Kranke größer wären als für Gesunde. Eine solche Situation wäre beispielsweise gegeben, wenn die notwendige Kürzung der Zuweisungen prozentual erfolgen würde, also etwa die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten (bei der angenommenen Unterdeckung von rd. 5 Prozent) jeweils 95 % der Zuweisungen erhielten, die ihnen bei einer 100%-Deckungsquote für diese Versicherten zustünden. Eine solche Vorgehensweise würde der aktiven und passiven Risikoselektion

nach dem Gesundheitszustand Tür und Tor öffnen und jegliches Engagement der Krankenkassen in Sachen Versorgung erlahmen lassen. Eine solche Vorgehensweise erscheint daher wenig sachgerecht.

Bereits bislang hatte sich allerdings der Verordnungsgeber der Risikostrukturausgleichsverordnung mit den Folgen einer möglichen Unterdeckung (wie sie ja 2010 auch bestand) zu befassen. Er hat sowohl für die monatlichen Abschlagszahlungen (§ 40 RSAV) als auch für den Jahresausgleich (§ 41 Abs. 2 RSAV) geregelt, dass die Zuweisungen zunächst auf dem Niveau einer Deckungsquote von 100% errechnet werden und sodann eine Unterdeckung eben nicht prozentual, sondern über eine für alle Mitglieder in Euro je gleiche Kürzung der 100%-Zuweisung weitergegeben wird. Diese Regelung führt dazu, dass die Unterdeckung unabhängig vom Gesundheitszustand der Versicherten einer Kasse für alle Mitglieder gleich hoch ist.

Durch die Vorgabe im Koalitionsvertrag, dass die Zusatzbeiträge künftig einkommensabhängig sein sollen, ergibt sich allerdings eine weitere Fragestellung: Gleiche Unterdeckungen in Euro wirken bezüglich des zu erhebenden Zusatzbeitrags auf die Krankenkassen je nach Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) ihrer Mitglieder unterschiedlich: Je niedriger die beitragspflichtigen Einnahmen, umso höher müsste der Zusatzbeitragssatz sein. Der Sachverhalt ist daher ähnlich wie bis zur Einführung des RSA in der Allgemeinen Krankenversicherung¹², Anreize zur Risikoselektion nach dem Einkommen der Versicherten wären die Folge. So wie mit dem RSA ein Finanzkraftausgleich eingeführt wurde, der durch den Gesundheitsfonds vervollständigt wurde, muss auch für den Zusatzbeitrag ein entsprechender Ausgleich vorgesehen werden. Die Koalitionäre haben die Thematik gesehen und entsprechend im Kontext des einkommensabhängigen Zusatzbeitrages vereinbart: „Damit die unterschiedliche Einkommensstruktur der Krankenkassen nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führt, ist ein vollständiger Einkommensausgleich notwendig.“¹³

Sinnvoll erscheint dabei folgendes Vorgehen: Für die Anwendung des

Zusatzbeitrages werden den Krankenkassen nicht die kassenindividuellen BPE Einnahmen zugerechnet, sondern die GKV-durchschnittlichen BPE je Versicherten – auf diese durchschnittlichen BPE wird der Zusatzbeitragssatz angewendet, und entsprechend muss die Krankenkasse auf diesen durch-

Sinnvoll wäre, für den Zusatzbeitrag den GKV-durchschnittlichen BPE je Versicherten zu Grunde zu legen.

schnittlichen BPE die Höhe des von ihr zu erhebenden Zusatzbeitragssatzes ermitteln. Das Modell wird über den Gesundheitsfonds abgewickelt, in den die von der einzelnen Kasse bei ihren Mitgliedern tatsächlich erzielten Beitragseinnahmen aus Zusatzbeitrag einfließen, wohingegen Zusatzbeitragseinnahmen unter Zugrundelegung der GKV-durchschnittlichen BPE je Versicherten und unter Verwendung des kassenspezifischen Zusatzbeitragssatzes aus dem Gesundheitsfonds an die Kasse ausgeschüttet werden. Dadurch, dass bei der Weiterleitung an die Krankenkassen nicht die kassenindividuellen BPE, sondern die GKV-durchschnittlichen BPE angesetzt werden, findet implizit der Einkommensausgleich statt.¹⁴ Das Modell wird möglicherweise nicht genau auf Null aufgehen, wobei Abweichungen in beide Richtungen denkbar sind. Die Differenzen werden aber relativ gering ausfallen und problemlos im Rahmen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verrechnet werden können.

10 o.V. Wie bitte? Unklarheiten der neuen GKV-Finanzarchitektur. In: Gesundheitspolitischer Informationsdienst gid, Jg. 18, 2013, Heft 33, S. 9-12, hier: S. 10.

11 Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Berlin 2013.

12 In der Rentnerkrankenversicherung war demgegenüber seit 1977 durch einen Finanzausgleich sichergestellt, dass die unterschiedliche Finanzkraft der Versicherten zwischen den Kassen keinen Einfluss auf die finanzielle Lage haben würde.

13 Koalitionsvertrag 2013, a.a.O., S. 83

14 Vgl. ausführlicher, auch zur Abgrenzung gegenüber anderen Modellen: J. Wasem. Zur Umsetzung der GKV-Finanzierungsreform des Koalitionsvertrages. In: Gesellschaftspolitische Kommentare – gpk, 2013, Heft 11-12, S. 1-3.

4. Zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA

Bei ihrer Einführung war die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA, die der Gesetzgeber mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 grundsätzlich beschlossen und mit dem GKV-WSG dann konkret umgesetzt hatte, umstritten gewesen. Dies spiegelte sich auch im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP nach der Bundestagswahl 2009 wieder, der davon sprach, der Morbi-RSA werde „auf das notwendige Maß reduziert“.¹⁵ Inzwischen hat sich allerdings seine Notwendigkeit weitgehend herumgesprochen. Entsprechend formulieren CDU, CSU und SPD im neuen Koalitionsvertrag: „Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) bildet die finanzielle Ausgangslage für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen.“¹⁶

Folglich sieht die neue Koalition auch die Notwendigkeit, den RSA weiterzuentwickeln. Hierzu führt sie aus: „Die im jüngsten Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zur Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte sowie zum Krankengeld und den Auslandsversicherten wollen wir zeitgleich umsetzen.“¹⁷

Dies ist allerdings in der Umsetzung weniger klar als auf den ersten Blick

Die Umsetzung der vereinbarten RSA-Reform ist weniger klar, als auf den ersten Blick vermutet werden könnte.

vermutet werden könnte. Das gilt zunächst für die Absicht einer „zeitgleichen Umsetzung“ – ist damit ein zeitgleiches Inkrafttreten der unterschiedlichen Regelungen oder (nur) eine zeitgleiche Verabschiedung gemeint? Auch ist es hier möglich, dass dem Gesetzgeber hinsichtlich des Einführungszeitpunktes einer sachgerechten Annualisierung der Kosten für verstorbene Versicherte faktisch kein eigener Gestaltungsspielraum verbleibt. Das wäre nämlich dann der Fall, wenn das Bundessozialgericht das Urteil des LSG NRW aus Juli 2013¹⁸ bestätigt, mit dem für das Ausgleichsjahr 2013 die bisherige Praxis des BVA für rechtswidrig erklärt hat und eine Korrektur entspre-

chend den Vorschlägen des Wissenschaftlichen Beirats angeordnet wurde. Dann müssten auch Krankengeld-Reform und Veränderung bei den Auslandsversicherten bereits für den Jahresausgleich 2013 erfolgen, was gegenüber den sich aus den Monatsausgleichen für 2013 ergebenden Salden für einige Krankenkassen relativ hohe – ex post wirkende – Änderungen der Zuweisungshöhe bedeuten würde.

Auch inhaltlich ist die Vorgabe des Koalitionsvertrages nicht klar. Denn der wissenschaftliche Beirat, auf den die Koalitionäre verweisen, hat für die Berücksichtigung des Krankengeldes im RSA gar keinen Vorschlag und für die Auslandsversicherten nur eine Übergangsregelung empfohlen.¹⁹ Hinsichtlich des Krankengeldes haben auch seit Vorlage des Evaluationsgutachtens durchgeführte Forschungen bislang kein geeignetes Modell identifizieren können.²⁰ Es erscheint aber tatsächlich sinnvoll, zu große Über- und Unterdeckungen beim Krankengeld bis zur Entwicklung eines geeigneten Modelles ebenfalls im Rahmen einer Übergangsregelung zu korrigieren. Diese könnte etwa im Rahmen einer Korridorlösung vorgenommen werden, indem für die beim Krankengeld unterdeckten Krankenkassen eine Mindestzuweisung (z.B. mind. 93% ihrer Ausgaben) und

für die überdeckten Krankenkassen eine Höchstzuweisung (z.B. höchstens 107% ihrer Ausgaben) vorgesehen wird. Alternativ wäre ein Hybrid-Modell denkbar, bei dem z.B. die Zuweisungen für das Krankengeld zu 50% nach

heutiger Standardisierungsformel ermittelt werden und sich zu weiteren 50% an den tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Kasse in diesem Bereich orientieren.

5. Antworten auf das strukturelle Einnahmenproblem der GKV?

Eingangs hatten wir festgestellt, dass einer der Treiber der Debatte zur Finanzierung die Feststellung einer strukturellen Einnamenschwäche der GKV ist: Während die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied nominal seit der Wiedervereinigung jahresdurchschnittlich nur um 1,8% gewachsen sind, ist das BIP je Ein-

wohner um 2,9% gewachsen (und damit annähernd im gleichen Ausmaß wie die GKV-Leistungsausgaben je Mitglied). Von einer GKV-Finanzierungsreform wird seit langem gefordert, die GKV-Financen auch angesichts der absehbaren Bevölkerungsentwicklung auf stabilere Füße zu stellen. „Bürgerversicherung“

Es ist schade, dass der Koalitionsvertrag keinerlei Vorschläge enthält, mit denen die GKV zukunftsfester gemacht wird.

und „Kopfpauschale“ werden auch als Konzepte diskutiert, weil sie Antworten auf diese Problematik geben.²¹

Vor diesem Hintergrund muss der Koalitionsvertrag enttäuschen. Er enthält keinerlei Vorschläge, mit denen die GKV zukunftsfester gemacht wird. Schade eigentlich! ■

¹⁵ Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. Berlin 2009. Zeile 3897.

¹⁶ Koalitionsvertrag 2013, a.a.O., S. 83.

¹⁷ Vgl. ebenda.

¹⁸ Vgl. Urteil des LSG NRW vom 04.07.2013; Az. L 16 KR 774/12 KL.

¹⁹ Vgl. die Zusammenfassung des Gutachtens in Kapitel 2 von S. Drösler / J. Hasford / B.M. Kurth / M. Schaefer / J. Wasem / E. Wille. Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Bonn 2011.

²⁰ Vgl. K. Tebarts / P. Ballesteros / H. Dahl / G. Lux / J. Wasem / S. Schillo. Verbesserung der Zuweisungen für Krankengeld im morbiditätsorientierten RSA: Diskussionsansätze. In: U. Repschläger / C. Schulte / N. Osterkamp (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2012. Barmer GEK. Düsseldorf 2012, S. 184-208.

²¹ Vgl. etwa J. Wasem / A. Walenzik. Optionen zur „Überwindung“ der Marktsegmentierung zwischen GKV und PKV. In: E. Wille und K. Knabner (Hrsg.): Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl. Peter Lang-Verlag. Frankfurt am Main, 2010. S. 43-66.