

Wille, Eberhard (Ed.); Albring, Manfred (Ed.)

Book — Digitized Version

Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand: 9. Bad Orber Gespräche- 11.-13. November 2004

Allokation im marktwirtschaftlichen System, No. 53

Provided in Cooperation with:

Peter Lang International Academic Publishers

Suggested Citation: Wille, Eberhard (Ed.); Albring, Manfred (Ed.) (2005) : Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand: 9. Bad Orber Gespräche- 11.-13. November 2004, Allokation im marktwirtschaftlichen System, No. 53, ISBN 978-3-631-75609-6, Peter Lang International Academic Publishers, Berlin, <https://doi.org/10.3726/b14111>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/182636>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING (HRSG.)

**VERSORGUNGS-
STRUKTUREN UND
FINANZIERUNGS-
OPTIONEN AUF DEM
PRÜFSTAND**



PETER LANG

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING (HRSG.)

VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND FINANZIERUNGSOPTIONEN AUF DEM PRÜFSTAND

In diesem Band der Bad Orber Gespräche 2004 diskutieren prominente Vertreter der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Krankenhausträger und der Politik, wie sie mit wettbewerblichen Mitteln die effiziente Versorgung durch Strukturverbesserungen erreichen und gleichzeitig die eigentliche Ursache der mangelnden Effizienz des Gesundheitswesens, nämlich die nicht angemessene Indikationsstellung ärztlichen Handelns, in den Griff bekommen können.

Der Sammelband enthält die erweiterten Referate eines interdisziplinären Workshops zu Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand. Behandelt wurden die beiden Themenkreise integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme sowie Finanzierungsoptionen.

Eberhard Wille wurde 1942 in Berlin geboren. Nach dem Dipl.-Examen 1966 an der Universität Bonn, der Promotion 1969 und der Habilitation 1973 an der Universität Mainz, ist er seit 1975 Professor für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim. Er ist u. a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Manfred Albring wurde 1943 in Bochum geboren. Er studierte Humanmedizin an der Universität Marburg. Er war Leiter des Gesundheitswesens bei einem deutschen Pharmaunternehmen und ist u. a. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für dermatologische Forschung, der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft und des Kuratoriums der Deutschen Herzstiftung.

Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Herausgegeben von
Heinz König (†), Hans-Heinrich Nachtkamp,
Ulrich Schlieper, Eberhard Wille

Band 53



PETER LANG

Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING
(HRSG.)

**VERSORGUNGS-
STRUKTUREN
UND FINANZIERUNGS-
OPTIONEN AUF DEM
PRÜFSTAND**

9. Bad Orber Gespräche
11.–13. November 2004



PETER LANG
Europäischer Verlag der Wissenschaften

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.



This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

**Gedruckt auf alterungsbeständigem,
säurefreiem Papier.**

ISSN 0939-7728

ISBN 3-631-54904-0

ISBN 978-3-631-75609-6 (eBook)

**© Peter Lang GmbH
Europäischer Verlag der Wissenschaften
Frankfurt am Main 2005**

Printed in Germany 1 2 4 5 6 7

www.peterlang.de

Danksagung

Die Fertigstellung des vorliegenden Symposium-Bandes der neunten „Bad Orber Gespräche“ erforderte ein hohes Engagement. Von der Planung und Vorbereitung bis hin zur Durchführung der Tagung und Präsentation der Ergebnisse als Publikation waren Arbeitseinsatz und Motivation vieler Beteiligten gefragt. Stellvertretend für alle möchten wir unseren ausdrücklichen Dank Dr. Michaela Flug, Dr. Vanessa Elisabeth Schaub und Konstanze Lipelt aussprechen.

Dr. rer. pol. Klaus Knabner

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille

Berlin im Juni 2005

Inhaltsverzeichnis

Peter Schwoerer	Vorwort	9
Manfred Albring	Begrüßung	13
Ferdinand Kirchhof	Reform der Beitragssatzgestaltung unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten?	17
Themenkreis 1		
Wolfgang Schäfer	Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme	37
Karl-Heinz Schönbach	Veränderte Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung – ein neues Konzept?	39
Franz Knieps	Veränderte Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung – ein neues Konzept?	51
Ralf Michels	Chancen der integrierten Versorgung für die Krankenhäuser	57
Heinz Lohmann	Chancen der integrierten Versorgung für die Krankenhäuser	69
Wolfgang Aubke	Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung bei zukünftigen Versorgungsformen	77
Christoph Hans Straub	Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen	91
Herbert Rebscher	Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen	101
Christopher Hermann	Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen	123
Themenkreis 2		
Gerhard Schulte	Finanzierungsoptionen	135
Eberhard Wille	Optionen im Rahmen einer Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein systematischer Überblick	137
Peter Oberender und Volker Ulrich	Kapitalgedeckte risikoäquivalente Pflichtversicherung	155
Jürgen Wasem	Einkommensabhängige Bürgerversicherung	189
Karl Lauterbach	Einkommensabhängige Bürgerversicherung	207
Eckhard Knappe	Kassenspezifische Pauschalbeiträge mit Pflichtversicherungsgrenze	215

Volker Leienbach	Die Reformkonzepte aus Sicht der privaten Krankenversicherungen	233
Günter Dibbern	Mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen - die Reformkonzepte aus Sicht der priva- ten Krankenversicherungen	239
	Verzeichnis der Teilnehmer	259
	Verzeichnis der Referenten	263

Vorwort

Peter Schwoerer

Das deutsche Gesundheitswesen erfreut sich einer hohen Akzeptanz bei der Bevölkerung. Die medizinische Versorgung in hoher Qualität ist ungeachtet interesseninduzierter Dauerkritik für alle Bürger gleichermaßen zugänglich und im internationalen Vergleich auch erfahrbar. Trotzdem wird das derzeitige System der gesetzlichen Krankenversicherung angesichts hoher Kosten, damit niedriger Effizienz und mangelnder Produktivität zu einer Belastung der jetzt arbeitenden Generation und zu einer Bedrohung für künftige Generationen.

In dieser Situation setzt die Mehrheit der systeminternen, aber auch der politischen Akteure auf die Selbstheilungskräfte des Wettbewerbs. Folgerichtig beschränkte der Gesetzgeber in den letzten Jahren die Monopolstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Gunsten des vertragsgesteuerten Wettbewerbs aller Akteure u. a. mit den Instrumenten der Integrationsversorgung, der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser, der medizinischen Versorgungszentren, der hausarztzentrierten Versorgung und der vertraglichen Festlegung von Behandlungswegen mit Hilfe von Disease-Management-Programmen.

In dem jetzt vorliegenden Band der Bad Orber Gespräche 2004 schildern prominente Vertreter der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der Krankenhausträger und der Politik mit bemerkenswertem Optimismus, wie sie mit wettbewerblichen Mitteln die Effizienz der Versorgung durch Strukturverbesserungen erreichen und gleichzeitig die eigentliche Ursache der mangelnden Effizienz des Gesundheitswesens, nämlich die nicht angemessene Indikationsstellung ärztlichen Handelns, in den Griff bekommen wollen.

Die hier dargestellten strategischen Handlungsansätze rechtfertigen den Optimismus der Referenten, die Realität der Umsetzung tat das weder 2004 noch Mitte 2005. Einige Beispiele mögen dies verdeutlichen:

Folgt man den ersten positiven Evaluationsergebnissen, so bedingen die wenigen umgesetzten Disease-Management-Programme eine deutliche Verbesserung der Qualität der ärztlichen Versorgung der Patienten. Ob dies aber zu angemessenen Preisen erreicht wird, bleibt offen.

Die Versorgung ökonomisch bedeutsamer Krankheitsbilder auf der Basis medizinisch definierter Versorgungspfade von der Prävention über die

ambulante und stationäre Betreuung bis zur Rehabilitation scheint der Königsweg der Umsetzung der Idee der integrierten Versorgung. Dieser Weg bedarf aber starker regionaler Einzelkassen oder effizienter regionaler Verbände von Krankenkassen und kommt folgerichtig nur langsam in Gang.

Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sind ein begrüßenswerter systematisierender Ansatz, rechnen sich aber nur, wenn die beteiligten Ärzte durch eine rationale Pharmakotherapie für die notwendigen Finanzen sorgen – was sollte aber die immer gesuchter werdenden Hausärzte veranlassen, auf Dauer ein Morbiditätsrisiko zu übernehmen?

Gesetzliche und private Krankenversicherungen mit Gestaltungskraft konnten auch vor dem Fall des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigungen schon im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Spielräume das Geschehen im stationären Bereich und in der rehabilitativen Medizin aktiv wettbewerblich gestalten. Ein Beispiel waren die Komplexpauschalen, in denen operative Behandlung und Rehabilitation elektiver endoprothetischer Patientenversorgung auf wenige Krankenhausabteilungen und Rehakliniken konzentriert wurden. Die Umetikettierung der Komplexpauschalen in integrierte Versorgung und ihre flächendeckende Ausbreitung unter dem Eindruck der 1% Anschubfinanzierung kombiniert mit Garantieverprechen, birgt die Gefahr der Risikoselektion und bedroht damit unter anderem die strukturellen Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung von Notfällen wie auch die Betreuung von Patienten mit weniger lukrativen Erkrankungen.

Die Autoren des vorliegenden Bandes der Bad Orber Gespräche sehen zu Recht die Möglichkeit, die finanzielle Belastung der Bürger durch Rationalisierungsmaßnahmen und Produktivitätssteigerung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zu mindern. Sie setzen dabei auf die rationale Entscheidungskraft des aufgeklärten Patienten, unterschätzen aber die Begrenztheit dieser Patientenautonomie in der akuten, von Angst und Schmerz geprägten Situation genauso, wie die nach wie vor kaum eingeschränkte Definitionshoheit der Ärzte über Morbidität und Indikationsstellung. In der von Optimismus geprägten Diskussion um die Selbstheilungskräfte des Wettbewerbs im Gesundheitswesen empfiehlt sich ein Seitenblick auf die Grenzen des Wettbewerbs in anderen regulationsbedürftigen Märkten, deren Infrastruktur aufgrund begrenzter Ressourcen nicht beliebig oft reproduzierbar ist (z. B. deutscher Energiemarkt).

Unabhängig von den Erfolgsaussichten einer Rationalisierung und Renovierung der Versorgungsstrukturen im Wettbewerb muss angesichts

der demographischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und des drohenden Generationenkonflikts die Diskussion um die Finanzierung des Gesundheitswesens vorangetrieben werden.

Konsequenter- und dankenswerterweise gaben die Veranstalter der Bad Orber Gespräche, Herr Dr. Albring und Herr Professor Wille, im Jahre 2004 den Exponenten der wissenschaftlichen Diskussion um die Weiterentwicklung der Krankenversicherung eine Plattform. Die vorliegenden Beiträge sind eine obligate Propädeutik für die Teilnehmer an der Auseinandersetzung um die Finanzierung der Krankenversicherung nach der allfälligen Wahl des Jahres 2005. Sie befassen sich vordergründig mit den von den Parteien favorisierten Finanzierungsoptionen des Gesundheitswesens, aber eben auch mit den Grenzen und Möglichkeiten einer kapitalgedeckten, dem Äquivalenzprinzip folgenden, individuellen Versicherung unter sozialstaatlichen Vorgaben. In umfassenden Arbeiten wird neben der im Sozialstaat unstrittigen Solidarität der Gesunden mit den Kranken die Frage des Einkommensausgleichs und die der Generationensolidarität in der Krankenversicherung diskutiert. Erfreulich konsequent wird die Gefahr der Verlagerung der Kosten der Krankenversorgung der heutigen Rentner auf zukünftige Generationen angesprochen. Die differenzierten Beiträge verdienen es, sorgfältig gelesen zu werden, obwohl viele Probleme inzwischen so klar umrissen sind, „dass die Notwendigkeit der politischen Entscheidung die Möglichkeit der weiteren Erkenntnis übertrifft.“

Wer auch immer im Jahre 2006 gesetzgebend entscheidet, sollte sich jedoch ausführlich mit dem Festvortrag von Herrn Professor Kirchhof befassen. Er gab einen verfassungsrechtlichen Rahmen und zeigte die Grenzen der Überlegungen zur Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens auf. Neben einigen scheinbar trivialen, aber leider nie gesetzgeberisch oder rechtlich durchgesetzten Thesen wie

- die Sozialversicherung hat keine verfassungsrechtlichen Sonderbefugnisse,
- die Krankenkassen verwalten keine disponiblen Mittel wie der allgemeine Staatshaushalt, sie können und dürfen das Beitragsaufkommen nur für Zwecke verwenden, für die sie beim Bürger erhoben wurden,

legt er ausdrücklich dar, dass im Gegensatz zu der Gemeinlast Steuer der Beitrag zur Sozialversicherung als Sonderlast einem hohen Rechtfertigungsdruck z. B. durch Versicherungsprinzip, Verantwortungsprinzip

und soziales Ausgleichsprinzip unterliegt. Beitragshöhe, Leistungen und Versicherungspflicht der Sozialversicherung resultieren verfassungsrechtlich aus der Notwendigkeit des Schutzes derer, die aus eigenen Kräften keine Eigenvorsorge treffen können und werden nicht durch finanzielle Wünsche des Staates legitimiert.

Folgt man mit dem juristischen Sachverstand eines Arztes den Ausführungen von Herrn Professor Kirchhof, so wird die Frage der Schutzwürdigkeit der Betroffenen zum Dreh- und Angelpunkt der Debatte sowohl um die Einkommensabhängigkeit der Beiträge als auch um den Kreis der Versicherungspflichtigen. Das heißt, wie hoch ist der Prozentsatz der Bundesbürger, die auf der Basis ihres Einkommens und ihres Besitzes in der Lage sind, das finanzielle Risiko beispielsweise einer Organtransplantation ohne Vernichtung ihrer bürgerlichen Existenz zu tragen.

Die vorliegende neunte Dokumentation der Bad Orber Gespräche gibt Grundlagen zur Reformdiskussion des Gesundheitswesens unter dem Diktat begrenzter ökonomischer Mittel und unbegrenzter medizinischer Möglichkeiten. Die Beiträge sind aber auch eine Mahnung an die politischen Entscheidungsträger. Entweder sie haben den Mut, die jetzt Lebenden, insbesondere aber die Generation der Rentner, vor die Wahl zwischen Finanzierung ihrer Krankheitskosten und Verzicht auf Gesundheitsgüter zu stellen, oder aber sie gefährden die finanziellen Grundlagen zukünftiger Generationen. Angesichts dieses Konflikts werden die Bad Orber Gespräche sich wohl in einer der nächsten Sitzungen mit den ethischen Grundlagen der expliziten Rationierung befassen müssen.

Begrüßung

Manfred Albring

Meine sehr geehrten Damen und Herren, heute darf ich Sie wiederum im Namen der Schering Deutschland GmbH und dem Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH zu den 9. Bad Orber Gesprächen über kontroverse Themen im Gesundheitswesen hier in Berlin willkommen heißen.

Es ist mir eine große Freude, dass ich Sie heute offiziell begrüßen darf, da ich mich seit dem 1. November bereits in der Freistellungsphase meiner Altersteilzeit befinde. Trotzdem hat mir mein Nachfolger in der Funktion als Leiter der Abteilung Gesundheitswesen bei Schering, Herr Dr. Knabner, dieses in sehr kollegialer Form ermöglicht. In diesem Jahr sehen Professor Wille und ich, und wahrscheinlich auch Sie alle aus aktuellem Anlass, mit besonders hohen Erwartungen auf die Qualität der Referate und der Diskussionen.

„Ist soviel Streit eigentlich gesund?“ – Diese sorgenvolle Frage nach dem Zustand der Unionsparteien stellte sich wortwörtlich der Bundesvorsitzende Bündnis 90/Die Grünen, Reinhard Bütikofer vor wenigen Tagen. Anlass der ungewöhnlichen Sorge einer Regierungspartei um den Zustand der Opposition war und bleibt der Streit der Union um die Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Dauerthema seit dem Frühsommer, ein Thema, das den Bürger schaudern lässt, der sich mit Grausen abwendet. Ganz persönlich bin ich natürlich den Streithähnen in der Politik zu Dank verpflichtet, weil ihr Verhalten belegt: Das Programm der diesjährigen Bad Orber Gespräche ist hoch aktuell.

Der Streit um die zukünftigen Finanzierungsoptionen der gesetzlichen Krankenversicherung ist keine Auseinandersetzung um ein Phantom. Vielmehr bedarf das Thema der sehr ernsthaften Auseinandersetzung, aus drei Gründen.

1. Seit mehreren Jahren zeigt sich, dass das deutsche Gesundheitswesen nicht mehr nur ein Ausgabenproblem hat, das bislang immer wieder mit staatlichen Interventionen und einer permanenten Suche nach Rationalisierungsreserven zu moderieren versucht worden ist. Tatsächlich erleben wir eine dramatische Erosion der Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenkassen. Trotz eines Wirtschaftswachstums von 1,8 % in diesem Jahr wird sich die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse verringern, und

dies bedeutet: weniger Einnahmen für die Sozialversicherungen. Erst für das kommende Jahr rechnen die führenden Wirtschaftsforschungsinstitute mit einem Stillstand des Rückgangs der Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter. Rückgang in diesem Jahr, Stillstand im kommenden Jahr – das ist in Deutschland fast schon Fortschritt.

Aber das bedeutet: Die Einnahmen der Krankenkassen stagnieren, die magischen 14 % bei den Krankenkassenbeiträgen werden nicht oder bestenfalls nur geringfügig unterschritten, die erhoffte Entlastung bei den Lohnnebenkosten bleibt aus oder wird bestenfalls erkaufte durch die Aufgabe der paritätischen Finanzierung, wie sie am 1. Juli 2005 stattfinden wird. Die Prognose stimmt pessimistisch: Das Wirtschaftswachstum im nächsten Jahr könnte bei 1,5 % liegen, die Lohnentwicklung dürfte nach Einschätzung der Wirtschaftsinstitute unter dem Zuwachs der Arbeitsproduktivität liegen – und damit bleibt es auf mittlere Sicht für die Krankenkassen dabei, dass selbst geringe Ausgabenzuwächse wieder ins Defizit führen.

Die Verdachtsdiagnose lautet: Die rein lohnbezogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führt entweder zu steigenden Beitragssätzen oder zu einem Leistungsabbau im Gesundheitswesen – und keines von beiden ist gewollt.

2. Mehr als eine Verdachtsdiagnose ist die demographische Entwicklung. Nichts lässt sich langfristig über mehrere Jahrzehnte so sicher prognostizieren wie die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer Struktur. So wissen wir: Im Jahre 2001 haben 100 Menschen zwischen 20 und 59 Jahren 44 ältere Menschen quasi ernähren müssen. Im Jahr 2050 kommen auf die 100 Aktiven aber 71 der über 60-Jährigen. Die Leistung für die aktive Generation steigt also um 61 %.

3. Wir wollen medizinische Innovation und wir brauchen sie auch. Innovation macht Medizin in den allermeisten Fällen nicht kostengünstiger, sondern teurer. Möglicherweise sind die zusätzlichen Belastungen aus dem medizinischen Fortschritt sogar größer als die Belastung aus der Alterung der Gesellschaft.

Man muss es schon als einen politischen Fortschritt anerkennen, dass diese Tatsachen – im Unterschied zur Sozialpolitik der 90er Jahre – nicht mehr geleugnet werden. Der Zeitverlust, für den die Ignoranz auch der konservativ-liberalen Kohl-Ära mitverantwortlich ist, hat das Problem verschärft. Wer eine ursachenadäquate Lösung will, wird tief ins Fleisch der gegenwärtigen Besitzstände schneiden müssen.

Vor diesem Hintergrund bin ich besonders dankbar dafür, dass Herr Professor Ferdinand Kirchhoff in seinem Eröffnungs- und Festvortrag den verfassungsrechtlichen Rahmen für Reformen der zukünftigen Beitragsgestaltung abstecken wird. Das Grundgesetz und das Bundesverfassungsgericht werden von den Beteiligten im Gesundheitswesen, vor allem von Leistungserbringern und jenen, die Forderungen an das System stellen, ja gern in Anspruch genommen, um Belastungen aus Reformen unter Hinweis auf angeblich grundgesetzlich garantierte Besitzstände und Freiheiten auszuhebeln. In einer ganzen Reihe von Entscheidungen hat allerdings das Bundesverfassungsgericht die Freiheit des Gesetzgebers betont, die notwendig ist, das System der sozialen Sicherung durch Reformen insgesamt zu erhalten. In diesem Lichte schöpfe ich Hoffnung, dass zumindest prinzipiell unter verfassungsrechtlichen Aspekten die Finanzierung des Krankenversicherungssystems reformfähig ist, und wir unser Symposium nicht schon heute Abend abbrechen müssen.

Dann aber sollen die Ökonomen das Wort haben. Ganz besonders freut mich, dass wir die Protagonisten der beiden zur Diskussion stehenden Modelle „Bürgerversicherung“ und „Kassen-spezifische Pauschalbeiträge“, die Professoren Karl Lauterbach und Bert Rürup, am Samstag begrüßen und in sicher sehr kontroverser Diskussion genießen dürfen. Ihnen zur Seite werden Jürgen Wasem, Eckhard Knappe und Volker Ulrich stehen.

Die Frage ist jedoch, ob die beiden zur Diskussion stehenden Reformoptionen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“, die die Einnahmen der Krankenkassen weitgehend unabhängig von den Lohnkosten machen sollen, die Finanzierung des Gesundheitswesens nachhaltig in Bezug auf Alterung und medizinischen Fortschritt sichern. Deshalb haben wir diese Lösungsvorschläge eingerahmt mit Konzeptionen, die aus der privaten Krankenversicherung stammen. Ich bin schon sehr gespannt auf die Referate von Günter Dibbern und Volker Leienbach zur Kapitaldeckung und Risikoäquivalenz.

Meine Damen und Herren,
zunächst werden wir uns aber am morgigen Freitag jenen Reformen zuwenden, deren Verwirklichung bereits begonnen hat, und die für das Gesundheitswesen vor allem ein Stück Qualitätszuwachs bringen sollen. Die Zauberworte heißen integrierte Versorgung und Wettbewerb. Es scheint in der Tat so zu sein, dies ist die Einschätzung vieler Akteure, dass der Gesetzgeber aus einem misslungenen ersten Anlauf bei der Gesundheitsreform 2000 gelernt und Reformhemmnisse beseitigt hat, sodass eine Kooperation der verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen nun eine reale Chance hat.

Ein Blick in die Realität der bereits abgeschlossenen Integrationsverträge verdeutlicht allerdings auch: So mancher „alter Wein in neuen Schläuchen“ wird als Integrationserfolg verkauft – Versorgungsstrukturen werden als neues Marketingfeld entdeckt. Und die Krankenhäuser haben aufgrund ihrer teils sektorübergreifenden Infrastruktur – man denke an Akutversorgung und Rehabilitation – scheinbar einen Verhandlungsvorteil im Vergleich zu den niedergelassenen Leistungserbringern. Zu diesem Thema dürfen wir auf interessante Diskussionen zwischen Herrn Prof. Lohmann, Ralf Michels und Wolfgang Aubke gespannt sein.

Vorher jedoch widmen sich Karl-Heinz Schönbach und Franz Knieps der provokanten Frage, inwiefern das GMG mit der integrierten Versorgung überhaupt ein neues Konzept vorlegt. Den Freitagnachmittag beginnen wir mit den Referaten von Christoph Straub, Herbert Rebscher und Christopher Hermann: Eröffnen die neuen Vertragsoptionen in der Patientenversorgung den Krankenkassen neue Wettbewerbsparameter auf der Leistungsseite? Oder ist hier ein weiteres Feld, auf dem gemeinsam und einheitlich vorgegangen werden wird?

Meine Damen und Herren,
ich wünsche Ihnen in den kommenden zwei Tagen neue Erkenntnisse und fruchtbare Diskussionen in aller Offenheit. Wir können uns dabei glücklich schätzen, keine Entscheidungen treffen zu müssen, denn der Zwang zur Entscheidung führt oft zum Kompromiss, manchmal zum faulen Kompromiss. Im Zusammenhang mit dem Streit über die Gesundheitsprämie hat Friedrich Merz, der stellvertretende Unionsfraktionsvorsitzende, jüngst gesagt: „Wenn wir vom Links- auf Rechtsverkehr im Gesundheitswesen umstellen wollen, dann können wir ja auch nicht auf dem Wege des faulen Kompromisses sagen, wir fahren jetzt alle über den Grünstreifen.“ In diesem Sinne wünsche ich uns eine spannende und produktive Tagung. Vielen Dank.

Reform der Beitragssatzgestaltung unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten?

Ferdinand Kirchhof

1. Das Thema gibt mir Gelegenheit, verfassungs- und finanzrechtliche Erwägungen in ihre ökonomischen und finanzwissenschaftlichen Erörterungen zur Reform der Krankenversicherung zu tragen. Das Referat ist als Festvortrag angekündigt. Ein Lamentieren über eine marode Sozialversicherung und ihre steigenden Beiträge wirkt jedoch kaum festlich und führt überdies nicht weiter. Das Gleiche gilt für ihre zynische Kommentierung. Ich erlaube mir deshalb, einen wissenschaftlich nüchternen Vortrag über Vorgaben und Rahmen einer offenen Verfassung für eine Krankenversicherungsreform vorzutragen. Dabei werde ich neue Modelle und ihre zukünftigen Chancen bewerten.
2. Das Sozialversicherungsrecht ist, weil es Beiträge einfordert und Sachkosten erstattet, letztlich Finanzrecht. Die staatliche Sozialversicherung muss sich dem Finanzverfassungsrecht stellen. Dieses wird merkwürdigerweise kaum beachtet, weil Politik und Publikum sich bisher auf die Bewegung von Finanzvolumina und großzügige Leistungen konzentriert haben. Das Finanzrecht der Sozialverfassung hat bis heute in Gesetzgebung und Rechtsanwendung wenig Aufmerksamkeit gefunden.

Die Negation des Verfassungsrechts in der Sozialversicherung beruht auf drei verfehlten Grundannahmen. Das Grundgesetz teilt die staatliche Organisation in Bundes- und Länderverwaltung sowie in unmittelbare, staatlich-hierarchische und mittelbare, selbständige Verwaltung durch eigene Rechtssubjekte auf. Die Sozialversicherung und ihre Träger stehen nicht als eigenständige Säule neben Bund und Ländern, sondern sind als mittelbare Verwaltung in Bund oder Länder eingegliedert. Deshalb gelten die Organisationsvorschriften des Grundgesetzes für sie wie für jeden anderen Verwaltungsteil. Sie haben verfassungsrechtlich keine Sonderbefugnisse, für sie wurde keine Verfassungsbindung gelockert. Art. 1 Abs. 3 und 20 Abs. 3 GG ordnen unmissverständlich an, dass die gesamte Staatsverwaltung ohne Ausnahme an Grundrechte und Verfassung gebunden ist. Krankenkassen bilden zwar eine Sonderverwaltung mit eigenen Aufgaben und eigenständigem Beitragssystem. Verfassungsrechtlich stehen sie aber den anderen Eingriffs- oder Leistungsbehörden gleich.

Versicherte zahlen Beiträge für ihre eigene Versicherung an ihre jeweilige Krankenkasse und bilden eine eigenständige Versicherten-gemeinschaft. Der Belastungsgrund für den Sozialversicherungsbeitrag liefert zugleich die Legitimation, dass die Krankenkasse den Beitrag behalten und verwenden darf. Sozialversicherungsbeiträge erbringen zweckgebundene Einnahmen, die der Krankenkasse ein Aufkommen liefern, das dem Einsatz für die Krankenversicherung ihrer Mitglieder gewidmet ist. Krankenkassen verwalten keine disponiblen Mittel wie der allgemeine Staatshaushalt; sie können und dürfen das Beitragsaufkommen nur für die Zwecke verwenden, für die sie es beim Bürger erhoben haben.

Die staatliche Sozialversicherung ist nach ihrer historischen und ihrer aktuellen verfassungsrechtlichen Konzeption eine Schutzveranstaltung für Schutzbedürftige, die aus eigenen Kräften keine Eigenvorsorge betreiben können. Nach der Schutzbedürftigkeit wird der Personenkreis der gesetzlich Versicherten bestimmt, werden die Leistungen der Versicherung bemessen und die Beiträge berechnet. Dieses Ziel gerät heute aus dem Blick, weil wir nur noch über die problematische Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung reden. Selbstverständlich muss eine gesetzliche Krankenversicherung finanzierbar sein. Der Begriff der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber in der aktuellen Diskussion unter der Hand zu einem unbenannten Verfassungsgut mutiert, mit dessen Hilfe die Politik zur Zeit Diskussionen um Versichertenkreise, Beitragsquellen und Beitragsschuldner führt und auf verfassungswidrige Abwege lenkt.

Es wäre hilfreich, wenn man sich dieser drei Tatsachen der Eingliederung der Sozialversicherungsträger in die staatliche Verwaltung ohne Sonderrechte, der Zweckbindung ihrer Beiträge für Versicherungszwecke der eigenen Versichertengemeinschaft und der Legitimationsnotwendigkeit ihrer Leistungen, Beiträge und Versicherungspflichten nach der Schutzbedürftigkeit und nicht der Finanzierbarkeit der Sozialversicherung wieder erinnerte. Es ist bedauerlich, dass diese Grundlinien in der politischen Diskussion verschwimmen, denn sie könnten weg von hektischen Alltagsreformen sowie Verbände- und Gruppeninteressen in ruhiges, verfassungssicheres Fahrwasser führen, sodass eine planbare Finanzierung und eine bürgerverlässliche Krankenversicherung entstünde.

3. Das Grundgesetz setzt der Sozialversicherung nicht enge und lähmende Grenzen, sondern gibt ihr lediglich wenige, aber dafür scharfe Konturen, die unter anderem dem Schutz des Bürgers und des

Staates vor finanzieller Überforderung dienen. Aus dem Bekenntnis der Art. 20 und 28 GG zum sozialen Bundes- oder Rechtsstaat entnehmen wir nach herrschender Auffassung den Auftrag zum Sozialstaat. Der Staat muss eine solide Grundsicherung gegen das Krankheitsrisiko zu zumutbaren Beiträgen leisten. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz über die „Sozialversicherung“. Daraus wird die Befugnis zur bundeseinheitlichen Sozialgesetzgebung und zum Erlass von Normen über Sozialversicherungsbeiträge als besondere Finanzierungsform der Sozialversicherung abgeleitet. Klarere Linien gibt Art. 87 Abs. 2 GG vor, nach dem die Sozialversicherungsträger als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sind und bei einer Zuständigkeit über Ländergrenzen hinaus in der Regel dem Bund, sonst aber den Ländern angehören. Der Bund kann also die Krankenversicherung durch sein Gesetz organisieren und in seine eigene Verwaltung nehmen; er muss es aber nicht. Andernfalls bleiben – wie im deutschen Bundesstaat üblich – die Länder zuständig. Zudem wird durch den Begriff der Körperschaft eine Finanzierung durch die Mitglieder der Versichertengemeinschaft anerkannt. Kombiniert man die Aussage des Art. 74 GG über die Gesetzgebungs- und des Art. 87 GG über die Verwaltungskompetenz, so erkennt das Grundgesetz die bestehenden Grundstrukturen einer Sozialversicherung in mittelbarer Staatsverwaltung an, die sich grundsätzlich durch Beiträge ihrer Mitglieder finanziert und aus eigenen Sonderhaushalten Leistungen erbringt.

Diese Finanzierungsweise steht im Gegensatz zur sonstigen Finanzierung des deutschen Steuerstaates, dessen Hauptfinanzierungsmittel für allgemeine Staatsaufgaben die Steuer bildet, die von Finanzämtern erhoben und verwaltet wird und deren Aufkommen ohne Zweckbindung im Staatshaushalt nach dem Willen des Parlaments verwendet wird. Hier genießt die Sozialversicherung tatsächlich eine Sonderrolle, die mit den Merkmalen Beitragsfinanzierung, Sonderhaushalt und gemeinsamer Risikoabdeckung durch eine Versichertengemeinschaft nach Versicherungsprinzipien charakterisiert wird.

Dabei verliert der Steuerstaat im Sozialversicherungswesen nicht völlig an Bedeutung. Strom- und Mineralölsteuer sollen mit „blauer Dividende“ die Rentenversicherung unterstützen, die Tabaksteuer seit diesem Jahr der gesetzlichen Krankenversicherung finanziell auf die Beine helfen. Zuschüsse aus Steuermitteln sind nach Art. 120 Abs. 1 S. 4 GG sogar als weitere Säule der Sozialfinanzierung vorgesehen, vor allem wenn die Sozialversicherung Fremdlasten

tragen muss. Finanziell steht die Krankenversicherung damit auf zwei Beinen. Sie erhält von den Versicherten zweckgebundene Beiträge und zusätzlich vom Parlament Staatszuschüsse aus Steuermitteln ohne konkrete Zweckbindung. Der Beitrag ist die Regel, der Zuschuss die Ausnahme aufgrund gesonderter Parlamentsinitiativen.

4. Die aktuelle Reformdiskussion setzt beim Beitrag an, weil der Staat mit knappen Kassen vor weiterem monetären Engagement durch Zuschüsse zurückscheut.

Eine Reform des Beitragswesens muss sich zuvor der finanzverfassungsrechtlichen Legitimation sowie der Grenzen und Möglichkeiten des Sozialversicherungsbeitrags vergewissern. Der Sozialversicherungsbeitrag stellt ein festes finanzrechtliches Rechtsinstitut einer Versicherungsprämie der gesetzlichen Krankenversicherung besonderer Prägung dar. Er ist zwar im Text des Grundgesetzes weder ausdrücklich erwähnt noch definiert worden. Aber aus den bereits dargestellten Art. 74 und 87 GG wissen wir: Er existiert verfassungsrechtlich; er wird von den Mitgliedern einer öffentlich-rechtlichen Versicherungsgemeinschaft gezahlt; er dient der Sicherung ihres familiären Krankheitsrisikos. Diese zwei Vorschriften mit anderen Regelungszielen bringen jedoch nur einen kärglichen Ertrag für seine finanzverfassungsrechtlichen Konturen.

Erst ein zweiter Ansatz lässt sie in einer systematischen Überlegung schärfer hervortreten. Das deutsche Grundgesetz verfasst die Steuer als Gemeinlast in den Art. 105 bis 108 GG und stellt sie allen anderen Abgaben – den Sonderlasten – gegenüber, die sich auf die allgemeinen Kompetenzregeln der Art. 73 ff. und 84 ff. GG stützen. In dieser rechtlichen Dichotomie unterscheidet sich nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Steuer als voraussetzungslose Zwangsabgabe, die von allen zur allgemeinen Staatsfinanzierung erhoben wird, von den Sonderlasten, also unter anderem von Gebühren, Beiträgen, Verbandslasten, Sozialversicherungsbeiträgen. Sonderlasten entstehen nur in besonderen Rechtsbeziehungen, aufgrund besonderer Belastungsgründe und finanzieren besondere Aufgaben. Obwohl 90 % der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung gesichert sind und Beiträge zahlen, bleibt der Sozialversicherungsbeitrag nach herrschender Meinung und ständiger Rechtsprechung Sonderlast, weil er für jede Versicherungsgemeinschaft von ihren Mitgliedern erhoben wird, in deren Sondervermögen fließt und nur zur Abdeckung des Versichertenrisikos der jeweiligen Kassenmitglieder dient. Er bleibt vor allem Son-

derlast, weil jeder Versicherte mitgliedschaftlich und finanziell allein mit seiner jeweiligen Krankenkasse verbunden ist, nicht etwa allgemein an „die Sozialversicherung“ zahlt.

5. Diese Klassifikation als Sonderlast führt wegen des Grundsatzes der Belastungsgleichheit aus Art. 3 Abs. 1 GG zu konkreten Rechtsfolgen. Der Gleichheitssatz prägt mittlerweile geradezu das System der Sonderlasten und damit auch der Sozialversicherungsbeiträge. Wo die Steuer in der Regel keine Probleme mit dem Gleichheitssatz aufweist, weil sie als Gemeinlast von allen zu zahlen ist, stößt eine Sonderlast im Regelfall auf die Notwendigkeit einer besonderen Rechtfertigung, warum einzelne Steuerbürger mit gleicher Leistungsfähigkeit ein zweites Mal, nämlich besonders für die Krankenversicherung, belastet werden dürfen. Das Bundesverfassungsgericht legt zu den dafür verlangten Legitimationsniveaus eine detaillierte Rechtsprechung vor. Der Beitrag bedarf einer besonderen, realitätsgerechten, sachlichen Legitimation, welche den Beitrag dem Grund und der Höhe nach rechtfertigen muss. Dabei existieren typische Rechtfertigungsgründe für ihn, die aber in jedem Fall tatsächlich gegeben sein müssen.

Das Versicherungsprinzip kann den Krankenversicherungsbeitrag rechtfertigen, wenn er wie eine private Prämie für die Versicherung des eigenen Risikos des Zahlungspflichtigen erhoben wird. Das Versicherungsprinzip rechtfertigt den Beitrag, weil der Versicherte den Vorteil der Abdeckung seines eigenen Risikos erhält. Da eine Versicherungsprämie mit dem Gesamtaufkommen aus allen Leistungen die individuellen Risiken finanziell ausgleicht, können hohe und niedrige Gesundheitsrisiken sowie Generationsrisiken zwischen jungen und alten Versicherten auf diese Weise gedeckt werden.

Ein weiterer, typischer Rechtfertigungsgrund ist das Prinzip des sozialen Ausgleiches zwischen Versicherten und deren Familienangehörigen; in der Sozialversicherung werden so in kasseninterner Umverteilung Krankheitskosten beitragsloser Personen mitfinanziert. Allerdings wirft die Familienversicherung die Frage auf, warum gerade die zufälligen Mitglieder einer Krankenkasse und nicht die Gesamtheit aller gleich leistungsfähigen Steuerbürger für den Familienlastenausgleich aufkommen müssen. An sich ist nicht einzusehen, dass die Mitglieder einer Krankenkasse für den Familienbestand ihrer Versichertengemeinschaft aufzukommen haben, während andere Nichtversicherte damit nicht belastet werden. Diese Familienversicherung ist aber einschließlich der internen Umverteilung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und 87 Abs. 2 GG historisch anerkannt, weil bei Erlass

des Grundgesetzes bereits dieser soziale Ausgleich bestand und von der Verfassung akzeptiert wurde.

Zu seiner Legitimation vor dem Gleichheitsgrundsatz wird häufig auf den Auftrag des Art. 6 Abs. 1 GG verwiesen, Ehe und Familie zu fördern. Ich kann in Art. 6 GG keine Rechtfertigung für die dadurch verursachte Sonderbelastung der Versicherten sehen. Art. 6 GG verlangt vom Staat, Ehe und Familie zu fördern; das erstreckt sich sicherlich auch auf die notwendigen Leistungen bei Krankheit. Er ordnet indessen allein an, dass gefördert werden muss, nicht wie das geschieht. Derartige Leistungen könnten z.B. ebenso mittels Staatszuschuss finanziert werden. Dass man dafür ausgerechnet Sonderlasten Dritter einsetzt, leuchtet unter Gleichheitsaspekten nicht ein. Im Gegenteil würde man sogar das Grundrecht des Art. 6 GG, welches Eingriffe Dritter in private Bereiche abwehren soll, unter der Hand zu einem Eingriffstitel des Staates umformen. Diese Funktion entfalten Grundrechte aber nicht. Es bleibt deswegen nur das Argument historischer Anerkennung des sozialen Ausgleichs im Grundgesetz selbst.

Weitergehende oder neue interne Umverteilungsmechanismen zwischen Höher- und Geringerverdienenden kann das Grundgesetz aber nicht mehr rechtfertigen, weil sie nicht historisch angelegt waren. Sozialpolitische Abschläge von Beiträgen unter dem Volumen einer Risikoprämie müssen deshalb aus Steuermitteln finanziert werden. Vor allem lässt es das Prinzip des sozialen Ausgleichs nicht zu, Sozialversicherungsbeiträge am Maßstab der Leistungsfähigkeit auszurichten, weil dann eine Personengruppe, die bereits nach diesem Maßstab wie alle anderen Steuern gezahlt hat, nochmals mit derselben, schon ausgenutzten Belastungslegitimation in Sonderöpfe zugunsten Dritter einzahlen muss.

Die herrschende Meinung sieht einen Legitimationsgrund zur Belastung des Arbeitgebers mit dem hälftigen Beitrag in der besonderen Verantwortung des Arbeitgebers für seinen Arbeitnehmer. Nach dem Verantwortungsprinzip ist es an sich durchaus möglich, Beitragslasten auf Personen abzuwälzen, die von den beitragsfinanzierten Unternehmen nicht profitieren, weil eine soziale Verantwortung auch monetär eingefordert werden darf. Die Anwendung des Verantwortungsprinzips zur Rechtfertigung des Arbeitgeberanteils dürfte aber überzogen sein, weil der Arbeitgeberanteil letztlich versteckter Lohnbestandteil ist, der ökonomisch vom Arbeitnehmer getragen und nur in anderer rechtlicher Ausgestaltung vom Arbeitgeber geleistet wird.

Das Verantwortungsprinzip ist an sich zur Legitimation des Sozialversicherungsbeitrags tauglich. Es wird aber in der Rechtsprechung zuweilen stark strapaziert, um den Kreis der Beitragspflichtigen erweitern zu können. Mag es noch angehen, dass der Auftraggeber von Heimarbeitern oder atypischen Freien Mitarbeitern wegen seiner sozialen Verantwortung Arbeitgeberbeiträge leistet, so wird dieses Prinzip überdehnt, wenn die Verwerter von Kunstwerken, also Galeristen, Agenten u.ä. zur Krankenversicherung der Künstler herangezogen werden und das Bundesverfassungsgericht diese Pflicht mit einem „kulturgeschichtlich gewachsenen besonderen Verhältnis gleichsam symbiotischer Art“ zwischen ihnen begründet. Mit dieser Argumentation mutieren Werk- oder Kaufverträge, die zwischen ihnen von Fall zu Fall abgeschlossen werden, zum arbeitsähnlichen Dauerverhältnis, obwohl sich die Kontrahenten nur punktuell für einen einzigen Kunstgegenstand vertraglich binden.

Die Prinzipien der (eigenen) Versicherung, des sozialen Ausgleichs und der sozialen Verantwortung in typischen Fallgruppen liefern eine taugliche Belastungsargumentation für den Sozialversicherungsbeitrag. Ein in seinem sachlichen Gehalt nicht erklärtes, undefiniertes Solidaritätsprinzip ist dazu aber nicht imstande. Es wird in der politischen Diskussion zwar häufig eingesetzt, hat dort aber eher die Funktion des substanzleeren Schlagworts als eines inhaltlichen Arguments. Das Solidaritätsprinzip taugt allenfalls als Oberbegriff für die drei anderen Prinzipien, die exakt definiert sind.

Der Grundsatz der Belastungsgleichheit gibt damit deutliche Grenzen für die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen vor. Sie dürfen nicht wie die Steuer nach Leistungsfähigkeit der Abgabepflichtigen und nach dem Finanzbedarf des Staates erhoben werden, sondern müssen jeweils einen besonderen Sachgrund vorweisen und sich im Gesamtaufkommen nach den Bedürfnissen des Versicherungszweigs und der Versichertengemeinschaft legitimieren.

6. Wie bereits angedeutet, führen diese Belastungsgründe zu einer Zweckbindung des Beitragsaufkommens. Die Mittel sind zur kollektiven Abdeckung individueller Risiken erhoben worden. Damit ist das Aufkommen der Deckung des Risikos der jeweiligen Versichertengemeinschaft gewidmet; es ist kein politisch disponibles Finanzaufkommen. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erlaubt die Beitragserhebung nur für Zwecke der Sozialversicherung. Das Bundesverfassungsgericht schließt daraus das Verbot, mit Beiträgen den allgemeinen Finanzbedarf des Staates zu decken; es sieht in der Verwaltung der Beiträge in getrennten Sonderhaushalten und in der gesetzlichen Auf-

gabenstellung der jeweiligen Krankenkasse geradezu eine Garantie widmungsgerechter Verwendung der Beitragsmittel.

Der Blick in das Grundgesetz ergibt demnach, dass Beiträge nach dem Grundsatz der Belastungsgleichheit unter stetem Rechtfertigungsdruck stehen, dass typischerweise Versicherungs-, Verantwortungs- und soziales Ausgleichsprinzip diese Legitimation liefern können und dass das Beitragsaufkommen den Kassen indisponible, gewidmete Finanzmittel verschafft.

7. Mit diesem grundgesetzlichen Rüstzeug können die zur Zeit kursierenden Reformmodelle für die Krankenversicherung rechtlich bewertet werden. Zu deren ökonomischen Beurteilung können sie selbstverständlich nichts beitragen. Eine Finanzverfassung sammelt, kanalisiert und bindet staatliche Finanzströme. Sie erzeugt aber keine Finanzquellen.

Bei der verfassungsrechtlichen Bewertung konzentriere ich mich auf die drei Reformmodelle, die zur Zeit im Gespräch sind, in ihrer reinsten Form, um die verfassungsrechtlichen Konturen deutlich zeigen zu können: Auf die Bürgerversicherung, die unter dem Motto „Alle mit allem für alle“ alle Einwohner Deutschlands einem einzigen, bundesweiten Krankenversicherungsträger zuordnet, ein gesetzliches Versicherungsmonopol für ihn schafft und Beiträge auf alle Einkünfte der Versicherten erhebt; auf das Gesundheitsprämienmodell, dass die zwei Säulen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung bestehen lässt, aber alle unter Kontrahierungszwang und Abschlusspflicht stellt, in dem jeder Versicherte eine Einheitsprämie zahlt, das keine Arbeitgeberbeiträge fordert und das für erwerbslose Familienmitglieder und Bedürftige Zuschüsse aus der Staatskasse vorsieht; zuletzt auf das Privatisierungsmodell, das ausschließlich die private Krankenversicherung mit Kontrahierungszwang und Abschlusspflicht der Versicherten sowie eine kapitalgedeckte Basissicherung durch Einheitsprämien vorsieht, die bei Erwerbslosen und anderen nicht ausreichend Leistungsfähigen von Staatszuschüssen ergänzt wird.

8. Eine Bürgerversicherung erfasst entgegen ihres sympathischen Begriffs nicht nur Bürger, also alle Deutschen, die das Wahlrecht besitzen, sondern alle Einwohner Deutschlands. Das führt zur Einbeziehung bisher nicht Versicherter in großem Umfang.

Es würden alle Beamten versicherungspflichtig, die bisher in anderen Systemen gesichert waren. Gegen den Grundsatz der amtsan-

gemessenen Staatsalimentation aus Art. 33 Abs. 5 GG dürfte das aber nicht verstoßen, denn es gibt keine Freiheit in der Wahl der Vorsorge im Beamtenrecht. Der Staat kann seine Beamten auf eine gesetzliche Krankenversicherung verweisen, wenn er den dafür notwendigen Beitrag bei der Besoldung berücksichtigt. Er muss allerdings als Garant der finanziellen Sicherheit im Krankheitsfall im Hintergrund weiter zur Verfügung stehen.

(Dasselbe gilt für die Rentenbürgerversicherung. Der Dienstherr dürfte ebenso statt Pensionen aus dem Staatshaushalt Renten aus einer gesetzlichen Rentenversicherung vorsehen, solange er als Bürge dahintersteht. Probleme bereitet der Bürgerversicherung jedoch, dass Renten beitragsbezogen und gekappt geleistet werden, während die beamtenrechtliche Alimentation nach Art. 33 Abs. 5 GG amtsbezogen in unterschiedlicher Höhe bereitgestellt werden muss. Eine Rentenversicherung für Beamte müsste ihr Leistungsverhalten völlig umstellen, um das beamtenrechtliche Leistungsprinzip in der Versorgung aufrecht zu erhalten. Deshalb dürfte sich im Ergebnis eine Bürgerrentenversicherung für Beamte verbieten.)

Für Richter, Soldaten und andere Bedienstete in einem öffentlichen Dienstverhältnis gilt – auf verfassungsrechtlich teilweise anderen Grundlagen – Ähnliches.

9. Bisher privatversicherte Angestellte würde eine Bürgerversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung überführen. Die allgemeine Handlungsfreiheit des Art. 2 Abs. 1 GG sperrt sich gegen jegliche Zwangsmitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Körperschaften, sofern nicht ein legitimer Sachgrund dafür vorliegt. Der Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 GG erlaubt die Sonderbelastung mit Sozialversicherungsbeiträgen nur zur Finanzierung einer legitimen öffentlichen Aufgabe. Sie kann – wie gezeigt – in der eigenen Versicherung, in der Familienversicherung oder in der Verantwortung Dritter für ein Krankheitsrisiko bestehen. Allein die finanzielle Leistungsfähigkeit einer Person reicht zur Rechtfertigung nicht aus. Finanzielle Erwägungen äußern nur einen Wunsch des Staates nach Geldmitteln, legitimieren jedoch keine Finanzlasten. Eine Rechtfertigung liegt nur in der Schutzbedürftigkeit des Versicherten, also der mangelnden Eigenvorsorge. In diesem Punkt wird die Bürgerversicherung auf verfassungsrechtlichen Granit stoßen, weil sie allein aus finanziellen Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung neue Personenkreise als Pflichtmitglieder und -zahler einbezieht, also nur weil bei ihnen Geld zu holen ist. Mit diesem Argument dürfte man allenfalls Randkorrekturen an einer an sich schutzbedürftigen Perso-

nengruppe vornehmen oder die marginale Zahl der Nichtversicherten – zur Zeit ca. 0,2 % der Bevölkerung – einbeziehen.

10. Zugunsten der Bürgerversicherung wird gerne das Bundesverfassungsgericht zitiert, das einmal geäußert hatte, es wäre zulässig, alle gesetzlich Versicherten in einer riesigen Bundesanstalt für Krankenversicherung zusammenzufassen. Diese Äußerung ist in einer Entscheidung als bloßes Gedankenspiel gefallen, um darzulegen, wie weit die Organisationsmacht des Staates nach Art. 87 Abs. 2 GG in der gesetzlichen Krankenversicherung reicht. Der Fall betraf nur die Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, jedoch nicht den zulässigen Versichertenkreis. Es wäre danach verfassungsrechtlich zwar erlaubt, alle gesetzlichen Krankenkassen zu einer einzigen Kasse zu fusionieren. Das Gericht hat aber nicht gesagt, alle Einwohner Deutschlands könnten ohne Verfassungsverstoß in der gesetzlichen Krankenkasse zwangsweise zusammengefasst werden. Im Übrigen ist dieser vielzitierte Ausspruch des Gerichts beiläufig als so genanntes „obiter dictum“ ohne jegliche Bindungswirkung und Entscheidungsrelevanz in der konkreten Streitsache gefallen.
11. Wenn alle in eine gemeinsame Bürgerversicherung Beiträge zahlen, vor allem wenn diese Bürgerversicherung aus einer einzigen bundesweiten Versicherungsanstalt besteht, wird die Sonderlast des Beitrags, die bisher nur den Personen der jeweiligen Versicherten-gemeinschaft auferlegt wurde, zur Gemeinlast Steuer, die von allen zu zahlen ist. Allenfalls der besondere Erhebungsgrund der Krankenversicherung und die Gegenleistung der Risikoabdeckung könnten noch für eine Sonderlast sprechen. Da sie aber von allen erhoben wird, wird letztlich nicht mehr gegen Risikoprämie versichert, sondern aus staatlichem Sonderhaushalt versorgt. Die Sonderlast des Sozialversicherungsbeitrags wird zur Gemeinlast Steuer, wahrscheinlich zu einer Zwecksteuer, wie wir sie z.B. bei der Tabak- oder der Mineralölsteuer kennen.

Sobald der Beitrag aber in eine Steuer umschlägt, wechseln plötzlich alle verfassungsrechtlichen Grundlagen und führen zu völlig anderen Vorgaben: Die Zuständigkeit zur Gesetzgebung würde von Art. 73 Abs. 1 Nr. 12 zu Art. 105 GG wandern, das Aufkommen aus einer Sozialversicherungssteuer müsste sich der Regelung über die Ertragshoheit für Steuern nach Art. 106 GG stellen, die Verwaltungshoheit über Beiträge würde vom Regime des Art. 87 Abs. 2 GG in die Regelung des Art. 108 GG übergehen.

Es ist bereits fraglich, ob der Staat neue Steuern erfinden darf, die in Art. 106 GG nicht vorgesehen sind. Wäre der Beitrag als neuartige Steuer zu klassifizieren, würde er gegen Art. 106 GG verstoßen. Könnte man ihn in die dort aufgezählten Steuertypen einpassen, würde man in Schwierigkeiten mit der Ertragszuständigkeit geraten. Eine nach Leistungsfähigkeit von allen Verdienern in Deutschland entrichtete Steuer dürfte wohl als Einkommensteuer zu qualifizieren sein. Dann wäre ihr Aufkommen jedoch zwischen Bund, Ländern und Gemeinden nach Art. 106 Abs. 3 und 5 GG aufzuteilen; das zielt aber am Sozialversicherungshaushalt vorbei, welcher jeder Kasse ihr eigenes Sondervermögen gibt. Von der Beitragsverwaltung durch die Krankenkassen nach Art. 87 Abs. 2 GG käme man zur Verwaltung durch die Finanzämter nach Art. 108 GG. Kurz: Es wären plötzlich andere Kompetenzen, Empfänger und Behörden verfassungsrechtlich vorgesehen. Die Idee der Versichertengemeinschaft, die sich in Körperschaften mit Selbstverwaltung und Sondervermögen organisiert, wäre verschwunden. Die bisherigen Versicherungsprinzipien würden obsolet, es käme zur staatlichen Versorgung.

Damit wird aber insgesamt die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen in besonderen Verfahren sinnlos. Warum sollten wir überhaupt noch zwischen der allgemeinen Einkommensteuer und einer allgemeinen Krankenversicherungseinkommensteuer unterscheiden, vor allem wenn letztere auf alle Einkünfte erhoben wird? Ehrlicher und effizienter wäre es in diesem Fall, einen endgültigen Schnitt zu machen, die Bürgerversicherung zur Bürgerversorgung auszugestalten und vollständig aus dem parlamentarischen Budget zu finanzieren. Ob das unter Kosten- und Effizienz Gesichtspunkten sinnvoll ist, steht auf einem anderen Blatt.

12. Eine Bürgerversicherung beschwört überdies erhebliche, langfristige Übergangsschwierigkeiten herauf. Die Verträge der Privatversicherungen genießen den Eigentumsschutz des Art. 14 GG, vor allem für die darin enthaltenen Leistungsrechte im Krankheitsfall. Sie werden rechtlich oder faktisch von einer umfassenden Bürgerversicherung aufgehoben, obwohl sie auf erheblichen, eigenen Prämienzahlungen beruhen und eine existenzwesentliche Lebensplanung darstellen. Diese Rechte würden auf einen Schlag genommen. Eine derartige Legalenteignung zieht aber gigantische Entschädigungspflichten nach sich. Von einer bloßen Eigentumsumgestaltung kann man nicht mehr sprechen, weil ein System völlig aufgegeben, die Kapitaldeckung aufgehoben und die Leistungen verändert werden. Zudem fehlt das legitimierende Allgemeinwohlinteresse beim Eigen-

tumseingriff, weil die Privatversicherten sich bereits eine hinreichende, im Regelfall sogar bessere Eigenvorsorge erworben haben.

13. In gleicher Weise würden die privaten Krankenkassen faktisch aufgelöst. Ihr Altbestand an Verträgen würde enteignet, obwohl er infolge der Spartenrennung im Versicherungswesen ihre einzige Finanzquelle bildet.

Ein Verwaltungsmonopol für die gesetzliche Bürgerkasse würde ferner die Berufs- und Unternehmerfreiheit privater Krankenkassen beenden, weil sie in dem Bereich nicht mehr tätig werden dürften. Die Sperrung dieses Marktsegmentes für die Zukunft hätte vor Art. 12 GG nur Bestand, wenn sie zum Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter vor schweren, höchstwahrscheinlichen Gefahren unerlässlich wäre. Bloße fiskalische Interessen, selbst die grundsätzliche Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, könnten dafür nicht ins Feld geführt werden, vor allem weil sie auf andere Weise, z.B. durch Staatszuschuss, garantiert werden könnten.

Zuletzt gefährdet die Einführung einer Bürgerversicherung das Recht auf freie Verbandsbildung nach Art. 9 Abs. 1 GG. Das Bundesverfassungsgericht verbietet es, mit öffentlichen Pflichtkörperschaften privaten Verbänden unnötige Konkurrenz zu schaffen. Ein Monopol einer Bürgerversicherung würde nicht nur Konkurrenz schaffen, sondern sogar den privaten Konkurrenten verdrängen. Sie ist jedoch unnötig, weil die privaten Versicherungen zufriedenstellend ihrer Aufgabe nachkommen.

14. Eine Bürgerversicherung für alle erfasst die gesamten Einkünfte der Beitragszahler. Sie wendet sich von der ausschließlichen Belastung der Löhne und Gehälter ab und einer Bemessung nach ihrem Gesamteinkommen zu. Die Nähe zur Einkommensteuer mit allen verfassungsrechtlichen Konsequenzen wird erneut deutlich. Wenn die Bürgerversicherung Beiträge nach Leistungsfähigkeit erheben will, stellt sich die Frage einer risikogerechten Belastung. Der Grundsatz der Belastungsgleichheit nach Art. 3 GG verlangt eine Legitimation der Höhe eines jeden Beitrags. Der Sozialstaat darf nicht zugreifen, wo und weil Geld vorhanden ist, sondern nur, wo ein Risiko existiert, das gedeckt werden muss; er darf allein risikogerecht belasten. Das fiskalische Motiv der Bürgerversicherung überfährt den Gedanken der Risikoprämie. Der Sozialversicherungsbeitrag verliert seinen legitimen Belastungsgrund und wechselt zur typischen Rechtfertigung für Steuerlasten über. Der Abgabepflichtige wird zweimal unter Leis-

tungsfähigkeitsgesichtspunkten belastet, einmal von der Einkommensteuer und einmal von einer Sozialsteuer.

15. Die Bürgerversicherung auf alle Einkünfte des Versicherten nach dem Maßstab der Leistungsfähigkeit wird sich aus praktischen und abgabensystematischen Gründen an die Bemessungsgrundlagen und die Bescheide für die Einkommensteuer anlehnen. Beim Finanzamt sind alle Angaben und Erklärungen des Steuerpflichtigen über seine Einkünfte und seine Leistungsfähigkeit vorhanden. Es wäre sinnlos und unangemessen, identische Daten nochmals zu erheben. Die Bürgerversicherung eröffnet damit neue Chancen für Finanzberater, die nicht nur die steuerlichen, sondern künftig auch die versicherungsrechtlichen Belastungen von Kapital- und Immobilienanlagen prüfen und neue Sparmodelle entwickeln werden. Man sollte sich zuvor genau überlegen, was man sich mit der Anknüpfung an die Einkommensteuerbemessungsgrundlage einhandelt. Der Sozialversicherungsbeitrag macht dann alle Bewegungen mit, die in einer für die Steuer gedachten Bemessungsgrundlage enthalten sind. Diese Rechtstechnik würde die Erhebung und Berechnung des Sozialversicherungsbeitrags gewiss vereinfachen. Es ergeben sich aber wegen der unterschiedlichen Ziele beider Abgaben – hier die allgemeine Staatsfinanzierung, dort die Abdeckung des Krankheitsrisikos – erhebliche, ja ganz unsinnige Verwerfungen.

Im Einkommensteuergesetz wird z.B. der Familienlastenausgleich u.a. durch einen Kinderfreibetrag, in der Krankenversicherung aber durch die Familienversicherung zu identischen Beiträgen berücksichtigt. Der Kinderfreibetrag senkt die Bemessungsgrundlage und damit die Steuerlast. Synchron sinkt ein daran anknüpfender Sozialversicherungsbeitrag. Die Krankenversicherung bewältigt den Familienlastenausgleich aber nicht auf der Beitrags-, sondern auf der Leistungsseite, indem die Kinder des Versicherten kostenlos mitversichert werden. So entsteht die merkwürdige Verwerfung, dass Familien doppelt begünstigt werden, obwohl es dafür keinen Rechtfertigungsgrund gibt. Sie erwerben zu ermäßigten Beiträgen des versicherten Mitglieds zusätzlich eine kostenlose Risikoabdeckung für seine Familienangehörigen.

Nach § 3 Nr. 11 EStG werden bestimmte Stipendien an Studenten von der Steuer befreit. Damit entfallen sie für Beiträge zu einer Bürgerversicherung, die an die Bemessungsgrundlage des EStG anknüpft. Der Student muss für seine Krankenversicherung überhaupt nichts zahlen mit der Begründung, er habe kein Einkommen.

Derartige Verwerfungen beruhen darauf, dass die Einkommensteuer ausschließlich zur Staatsfinanzierung geschaffen wurde, der Versicherungsbeitrag aber zur Finanzierung des Krankheitsrisikos. Wenn man beide Abgabearten in einer Bemessungsgrundlage zusammenspannt, folgt der Sozialversicherungsbeitrag den finanzpolitischen Zielsetzungen der Einkommensteuer und es kommt zu irrationalen Belastungsbewegungen.

16. Als Letztes zu den Erwägungen über die Bürgerversicherung ein kurzer Ausflug in die Rentenbürgerversicherung, weil sich dort etliche Probleme deutlicher aufzeigen lassen. Auch hier nur einige Beispiele, um die mangelnde Rationalität einer Bürgerversicherung aufzuzeigen. Wenn eine Bürgerrentenversicherung alle Einkünfte mit Beitrag belastet, treten Konstellationen auf, die zum Beitragsparen anleiten oder Gruppen gleichheitswidrig und unzumutbar treffen.

Was macht der hochbezahlte Manager im Ausland, der geringes Kapitalvermögen im Inland besitzt? Schaffen wir nach dem Modell des Steuerrechts eine beschränkte Sozialversicherungspflichtigkeit, die nur sein Kapitalvermögen im Inland belastet? Erhält er seine Gesundheitsversorgung zu kleinen Preisen, weil seine Hauptfinanzquelle, nämlich sein Arbeitseinkommen, im Ausland liegt? Erfassen wir seine gesamten Einkünfte, also auch das ausländische Arbeitseinkommen? Dann wird er schnell eine GmbH gründen und sich von ihr anstellen lassen, damit seine Arbeitseinkünfte dort hinfließen, er im Inland ein geringes Arbeitseinkommen vorweisen und so eine geringe Beitragsbelastung erreichen kann. In dieser Situation möchte ich Steuerberater werden. Es würde geradezu Spaß bereiten, ein Bürgerversicherungsgesetz auf diese Weise zu unterlaufen.

Was passiert mit einem Rentner, der ein hohes Einkommen außerhalb seines früheren Arbeitseinkommens hat, wenn er in Rente geht? Muss er überhaupt weiter Beiträge zahlen, obwohl er bereits in Rente ist? Eine Bürgerversicherung auf alle Einkünfte müsste nach dem Gleichheitsgrundsatz eigentlich seine Kapitaleinkünfte weiter belasten. Plötzlich entsteht die Figur des Rentenbeziehers, der zugleich Rentenbeiträge zahlt, d.h. das Risiko weiter versichert, welches bereits eingetreten ist.

Ein letztes Beispiel: Ein Arbeitnehmer mit geringem Arbeitseinkommen geht in Rente. Aufgrund einer großen Erbschaft bezieht er plötzlich hohe Kapitaleinkünfte, erhält aber nur eine geringe Rente. Wenn der weiter zu zahlende Rentenbeitrag aus Kapitaleinkommen

höher ist als die ihm aus dem früheren Arbeitseinkommen gezahlte Rente, erhält er dann niemals im Leben Leistungen, weil die Versicherung selbstverständlich beide Ansprüche aufrechnet, selbst nicht leistet, jedoch den überschießenden Beitrag einfordert?

Bereits in der gegenwärtigen Situation der Rentenversicherung mehrten sich warnende Stimmen – auch aus dem Karlsruher Gericht –, die eine Rentenversicherung, deren individuelles Beitragsaufkommen höher ist als die spätere Rentenzahlung, für verfassungswidrig halten. Es ließe sich noch eine Fülle derartiger Beispiele aufzeigen. Ich will das Modell der Bürgerversicherung nicht persiflieren. Meine Schlussfolgerung lautet aber: Sie ist nicht zu Ende gedacht und verfassungsrechtlich in dieser Modellform nicht zu halten. Sie schafft mehr Probleme als sie löst. Zur Bürgerversicherung fällt mir im Ergebnis immer nur der schöne Satz ein: Er sprang als Tiger und landete als Bettvorleger.

17. Ich komme zum Modell der Gesundheitsprämie. Im Kontrast zur Bürgerversicherung weist sie den Vorteil auf, dass gesetzliche und private Krankenversicherung erhalten bleiben. Die gesamten Probleme einer Umorganisation eines Ausschlusses der privaten Krankenversicherung entfallen damit. Das Modell ist insoweit verfassungskonform. Wenn man aber davon abrücken würde und nur eine gesetzliche Krankenversicherung vorsähe, würde wie bei der Bürgerversicherung eine Sozialversicherungssteuer geschaffen, die mit den genannten Organisations-, Verteilungs- und Belastungsgrundsätzen der Verfassung in Schwierigkeiten geriete.

Wenn im Prämienmodell jeder Versicherte lediglich für sein eigenes Risiko zahlte, entfielen auch die Umverteilungsproblematik einer gesetzlichen Krankenversicherung, die sich aus Sonderlasten finanziert, weil kein Ausgleich am Maßstab der Leistungsfähigkeit der Versicherten mehr stattfinden würde. Wo im Prämienmodell finanzielle Unterstützung mangels Leistungsfähigkeit notwendig wird, würde sie aus dem staatlichen Haushalt und damit aus dem Steueraufkommen gezahlt. Die gleichheitsrechtlich fragwürdige, interne Umverteilung würde von einem Zuschuss abgelöst. Das wird dem Gleichheitssatz gerecht und entspricht den sonstigen Vorgaben der Verfassung, insbesondere Art. 120 Abs. 1 S. 4 GG, nach dem die Zuschüsse für die gesetzliche Krankenversicherung aus dem Bundeshaushalt zu leisten sind.

18. Wenn die Prämie nach den Kriterien des eigenen Risikos und der Kapitaldeckung berechnet wird, treffen wir aber auch auf den wun-

den Punkt des Prämienmodells. Risikogerechte Prämie kann nicht jeder aufbringen. Familien, Arbeitnehmer mit niedrigen Löhnen oder Erwerbslose können dadurch in monetäre Schwierigkeiten geraten. Da sich aus der Schutzpflicht des Sozialstaates u.a. eine Verpflichtung zur Bereitstellung einer Basissicherung im Gesundheitswesen zu zumutbaren Beiträgen ergibt, muss der Staat diesen Personen einen Zuschuss zur Gesundheitsprämie geben oder sie ganz übernehmen. Das Prämienmodell bezieht somit unvermeidlich den Staat als Financier für diejenigen Versicherten ein, die das Geld nicht selbst aufbringen können. Man kann das Volumen dieser Finanzlücke eventuell verringern, indem man auf das generelle und typische Risiko von Versichertengruppen abstellt und dadurch wieder eine geringfügige Umverteilung innerhalb der Versicherungsgemeinschaft erreicht. Es wird aber immer eine beträchtliche Anzahl von Versicherten geben, die sich die volle Prämie nicht leisten können.

19. Um staatliche Zuschüsse zu vermeiden, wird erwogen, den bisherigen Arbeitgeberbeitrag beizubehalten. Er könnte in Einklang mit der Finanzverfassung weiter als Beitrag hoheitlich erhoben und direkt an die Kasse des Arbeitnehmers oder über einen bundesweiten Pool geleitet werden. Der Vorschlag, ihn gesetzlich auf den Lohn aufzuschlagen und als dessen Bestandteil an den Arbeitnehmer auszu zahlen, brächte zwar den Vorteil, dass der versicherte Arbeitnehmer leichter seine ganze Prämie selbst tragen könnte; er würde über die Lohnsteuer sogar dem Staat Mittel für den Zuschuss verschaffen. Die gesetzliche Anordnung eines arbeitsrechtlich geschuldeten Lohnbestandteils dürfte aber gegen die Tarifautonomie des Art. 9 Abs. 3 GG verstoßen.
20. Der Zuschuss wirft eine Frage auf, die bisher in der politischen Diskussion noch nicht genügend erwogen wurde. Sie ist verfassungsrechtlicher Natur, obwohl ihre dogmatische Fixierung auf bestimmte Normen des Grundgesetzes noch nicht gelungen ist. Sie ist aber in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bereits aufgetaucht. Es gibt nämlich den Grundsatz, dass der Staat nicht im ersten Schritt den Bürger durch eine Abgabe bedürftig machen darf, wenn er im zweiten Schritt diese Bedürftigkeit durch Subvention wieder ausgleichen muss. Statt auf der einen Seite im Übermaß zu fordern, um auf der anderen Seite gütig durch Sozialleistungen wieder auszugleichen, hat der Staat bereits im ersten Schritt seine Forderung auf das sozial Angemessene und Zumutbare zu beschränken. Im Ergebnis ist damit ein Ausgleich dieser Fehlbeträge im direkten Finanzverkehr zwischen Staat und Krankenkasse statt eines individuellen Zuschusses vom Staat an den bedürftigen, versicher-

ten Zahlungspflichtigen gefordert. Wenn aber der Zuschuss unmittelbar an den Sozialversicherungsträger fließt und nicht an den Sozialversicherten, entsteht politisch wieder das äußere Bild von gestaffelten Prämien. Jeder wird mit dem Sozialversicherungsbeitrag nur nach seinen monetären Fähigkeiten belastet, die Einheitsprämie erst durch den Zuschuss im Binnenausgleich zwischen Staat und Krankenkasse erreicht. Mit der Einheitsprämie wollte man aber gerade gestaffelte Prämien ausschließen.

21. Ein Prämienmodell muss privaten wie gesetzlichen Krankenversicherungen einen Kontrahierungszwang auferlegen, wahrscheinlich sogar ein Verbot der Risikoprüfung wegen der Einheitsprämie aufstellen. Die Unternehmens- und Vertragsfreiheit der privaten Krankenversicherungen aus Art. 12 und 2 GG wird dadurch erheblich eingeschränkt, weil sie nicht mehr frei kalkulieren können. Für eine Grundsicherung nach dem Prämienmodell könnte sich das durchaus als zulässig erweisen, vor allem weil Privaten das Geschäft mit Zusatzversicherungen ohne dieses Korsett bliebe. Wenn jedoch die Krankenversicherung nach diesem Prämienmodell das gesamte Krankheitsrisiko abdecken soll und weitere Versicherungen untersagt würden, werden derartige Abschlüsse für private Versicherungen ökonomisch schwierig oder sinnlos. Das stößt an die Grenze der Berufsfreiheit des Art. 12 GG.
22. Ein Risikostrukturausgleich nach den Vorgaben der §§ 266 f. SGB V wäre in diesem Modell nicht mehr durchführbar. Ungeachtet seiner aktuellen Probleme mit der Finanzverfassung des Grundgesetzes innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung würde er hier sogar Ausgleichspflichten zwischen privaten und öffentlichen Kassen begründen. Die private Krankenversicherung würde mit einer neuen öffentlich-rechtlichen Abgabe belastet. Was innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung nur als Verschiebung öffentlicher Finanzmittel erscheint, wird bei der privaten Versicherung zum Problem der Art. 14 und 2 GG, nämlich zur echten, hoheitlichen Abgabenbelastung. Private Kassen müssten unter Umständen für Defizite der öffentlichen Hand aufkommen, obwohl sie selbst gut gewirtschaftet und Steuern gezahlt haben. Hier liegen noch viele Steine auf dem Weg zu einem verfassungsrechtlich einwandfreien Prämienmodell. In einer behutsamen Ausgestaltung dürfte ein Prämienmodell verfassungsrechtlich zulässig sein. Es kommt entscheidend auf die gesetzliche Ausgestaltung dieses Modells an. Je mehr Elemente der Bürgerversicherung sie aber übernimmt, desto eher gerät sie in verfassungsrechtliche Problemzonen.

23. Zum Schluss noch zum Privatisierungsmodell. Es plant eine völlige Beseitigung der gesetzlichen Krankenversicherung und gibt die gesamte Risikodeckung in die Hände privater Krankenversicherungen. Dafür muss sie ihnen Kontrahierungszwang und den Bürgern Abschlusspflichten auferlegen. Selbstverständlich darf der Staat seine sozialstaatlichen Aufgaben in der Weise wahrnehmen, dass er ihre Durchführung Privaten überlässt, sofern er als Garant für die Erfüllung dieser Aufgabe einsteht. Die gesetzlichen Krankenversicherungsträger könnten sich nicht auf Existenzschutz berufen, denn als öffentlich-rechtliche Körperschaften stehen ihnen weder die Grundrechte der Art. 12 und 14 GG noch Existenzgarantien im Staatsorganisationsrecht zu. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 enthält nur eine Gesetzgebungskompetenz, Art. 87 Abs. 2 GG gibt allein eine Verwaltungskompetenz, aber keine Bestandsgarantie.

Die privaten Krankenversicherungen sollten sich dennoch genau überlegen, was nach dem Privatisierungsmodell auf sie zukommt. Weil der Sozialstaat eine Basissicherung zu zumutbaren Preisen gewährleisten muss, wird er scharfe Auflagen für das private Versicherungsgeschäft machen. Eine umfangreiche Aufsicht über die Privaten wäre notwendig, eine umfassende Regulierung dieses Versicherungsmarktes unumgänglich. Es käme sehr schnell zu Marktformen wie auf den Telekommunikations- und Energieversorgungsmärkten, die von einer eigenen Regulierungs- und Aufsichtsbehörde betreut werden. Wenn private Krankenversicherungen zur Durchführung einer öffentlichen Aufgabe herangezogen werden, wächst notwendigerweise der Staatseinfluss. Ich darf hier an das Schicksal der Ersatzkassen erinnern, die bis in die 30er Jahre private Einrichtungen waren und dann in öffentlich-rechtliche Organisationsformen überführt wurden. Diese organisatorische Bewegung mit ihren schärferen Bindungen dürfte sich dann letzten Endes wiederholen.

24. Auf Seiten des Staates birgt das Privatversicherungsmodell die Gefahr, dass er Zuschüsse unübersehbaren Volumens leisten muss. Sie sind zum einen für Versicherte notwendig, die aus eigenen finanziellen Kräften die Beiträge nicht bezahlen können; sie müssen aber zum anderen letztlich auch eine ökonomische Basisverzinsung für die Privatversicherer garantieren, denn Private müssen Gewinne machen, um zu existieren. Der Zuschuss müsste sich demnach auch auf die berechtigten Gewinnerwartungen eines privaten Krankenversicherungssystems erstrecken, falls der Markt den notwendigen Ertrag nicht abwirft. Wir sehen: Auch das Privatisierungsmodell ist nicht ganz ohne verfassungsrechtliche und -politische Tücken.

25. Zusammenfassend: Das Grundgesetz zeichnet nur wenige, aber scharfe Rechtskonturen für die Krankenversicherung vor, die Politik, Sozialverwaltung und Öffentlichkeit kaum bewusst sind. Eine Einwohner- oder Bürgerversicherung hat verfassungsrechtlich keine Chance. Das Modell der Gesundheitsprämie für eine Basissicherung ist leichter in Einklang mit der Verfassung zu bringen, setzt aber staatliche Zuschüsse voraus. Das Privatisierungsmodell weckt erfreuliche Marktvorstellungen; es stößt auf geringe verfassungsrechtliche Bedenken; strukturpolitisch würde es aber auf Dauer zu einem streng regulierten und staatlich beaufsichtigten Versicherungsmarkt führen. Die privaten Versicherungen würden als Träger öffentlicher Aufgaben näher an den Staat rücken. Es stellt sich die Frage, ob man das will.

Themenkreis 1

Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme

Wolfgang Schäfer

Nach dem hochinteressanten Vortrag von Herrn Kirchhof zu den verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten einer GKV-Finanzierungsreform am gestrigen Abend, wollen wir uns heute Morgen mit dem Thema der durch das GMG geförderten neuen Versorgungsformen befassen. Ihnen, Herr Dr. Albring, ist gestern Abend in Ihrer Begrüßung ein zwar nicht gewollter aber vielleicht hintergründiger Versprecher passiert: Sie sprachen nicht von der integrierten Versorgung, sondern von der „intrigierten“ Versorgung!

Tatsächlich birgt die individuelle Vertragsgestaltung als Managementaufgabe große Hürden. So liegen die Verwaltungskosten deutlich über 6 %. Auf der anderen Seite kann die integrierte Versorgung für Kliniken auch ein Mittel sein, sich Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich zu sichern.

Aber man darf sich nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Intentionen von Kostenträgern und Leistungserbringern auch und gerade bei den neuen Versorgungsformen sehr unterschiedlich sind. Aus meiner Sicht müssen weiterhin die Versorgung sichergestellt sowie die freie Arztwahl und Therapiefreiheit beibehalten werden.

Seit kurzem ist eine Vermischung von Disease-Management-Programmen und Individualverträgen durch die Krankenkassen zu beobachten. Diese Entwicklung ist deshalb bedenklich, weil dadurch gleich in zweifacher Hinsicht finanzielle Bedürfnisse befriedigt werden. Zum einen profitieren Kassen und auch Ärzte von jedem eingeschriebenen DMP-Patienten durch eine Umverteilung der Gelder aus dem Risikostrukturausgleich, zum anderen können die für die integrierte Versorgung zur Verfügung gestellten Mittel aus 1 % der Gesamtvergütung bzw. der Klinikbudgets beansprucht werden.

Es besteht die große Gefahr, dass dadurch die ursprüngliche Zielsetzung sowohl der DMPs als auch der integrierten Versorgung aus dem Blickfeld gerät: die umfassende und qualitativ verbesserte Betreuung der Patienten von der Diagnose und Behandlung im ambulanten Bereich,

über Klinikeinweisung und stationäre Behandlung bis hin zur erforderlichen Rehabilitation – und dies über alle sektoralen Grenzen hinweg.

Nachfolgend kommen alle Träger der Perspektiven zu Wort: der Gesetzgeber, die Krankenkassen, der Klinikbereich und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die de jure von den Verträgen zur integrierten Versorgung ausgeschlossen sind. Ich freue mich auf spannende Diskussionen.

Veränderte Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung – ein neues Konzept?

Karl-Heinz Schönbach

Integrierte Versorgung nach dem Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz

Der Gesetzgeber hat die Diskussion um „integrierte Versorgung“ seit Anfang der neunziger Jahre in einer Reihe von Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen. Aber erst mit dem Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) 2004 wurde diese Initiative von den Beteiligten im Gesundheitswesen auf breiter Front umgesetzt. Die Veto-Position der Kassenärztlichen Vereinigung ist aufgehoben und die Budgetbereinigung ist in einem Korridor gesetzlich geregelt. Der Beitrag beschäftigt sich mit der integrierten Versorgung unter den veränderten Bedingungen des GMG.

Ausgangslage

Die Einzelheiten der gesetzlichen Neuregelungen zur integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. SGB V sind vielfach dargestellt worden. Die auf dieser Grundlage entfachte erste Vertragswelle zu Jahresbeginn 2004 ließ zunächst den Anspruch „neuer Versorgungsformen“ hinter sich. Zahlreiche Verträge mit geringem Integrationsgrad hinsichtlich Leistungstiefe und Zahl der Beteiligten wurden „unterschrieben“. Im Vordergrund standen Komplex-Fallpauschalen mit Kliniken. Statt an Innovation und Marktentwicklung waren die Protagonisten an kurzfristig realisierbaren Kosten- und Erlösvorteilen interessiert.

Einerseits hätte es für solche Verträge des GMGs nicht bedurft. Andererseits sind sie unmittelbare Folge der Gesetzgebung, die inhaltliche Schwellen gesenkt und finanzielle Anreize erhöht hat. Seit dem GMG braucht die integrierte Versorgung nicht mehr „sektorübergreifend“ aufgestellt zu werden; schon wer fachübergreifende Verträge zustande bringt, kann von dem 1 %-Budget partizipieren. Und angesichts der Flut eiliger Angebote hatten offenbar viele die Vorstellung einer Art Wettlaufs um die Mittel aus diesem Topf von 680 Mio. Euro jährlich.

Nicht gering zu schätzen ist, dass auch mit den stationären Komplexpauschalen zum Teil Innovationen durchgesetzt wurden. So konnten in beträchtlichem Umfang Gewährleistungsverträge geschlossen werden.

Gerade bei der ungebrochenen Zunahme z.B. der Hüft- und Knieersatztherapie¹ gehen hiervon positive Wirkungen aus.

Generell aber gilt: Kurzfristige Preisnachlässe führen zu kurzfristigen Mengensteigerungen. Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit lässt sich nicht auf den Rechnungsblock reduzieren. Und für die Krankenkassen könnten sich selbst die kurzfristigen Erfolgsaussichten in Luft auflösen, wenn die Mengenrisiken aufgrund von Indikationsausweitungen überwiegen, wenn ohne verhandlungsstrategische Absicherung an anderer Stelle Mindererlösausgleiche zu zahlen sind oder schlicht neue Kapazitäten geschaffen werden.

Die zweite Vertragswelle ab der Jahresmitte 2004 hat zu nachhaltigeren Verträgen geführt. Dabei lassen sich zwei Hauptrichtungen unterscheiden:

- Diagnosebezogene regionale Verträge mit Krankenhäusern (vor allem in der Kardiologie und Onkologie). Dies scheint eine Domäne der Ersatz- und Betriebskrankenkassen.
- Erste Flächenverträge mit starkem Hausarztbezug. Dies scheint eine Domäne der Ortskrankenkassen und einiger Ersatzkassen. Sie stellen wiederum einzelne Indikationen in den Mittelpunkt oder beziehen die Arzneimittelberatung besonders ein.

Bemerkenswert ist, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V) nur mühsam etabliert.² Sie wird eher in der integrierten Versorgung organisiert. Damit wird den letzten Bastionen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter den neuen Versorgungsformen die Grundlage entzogen. Ebenso kommen spezielle Facharztverträge nach § 73 c SGB V nicht zustande. In beiden Fällen nutzen die jeweiligen Arztgruppen bevorzugt die integrierte Versorgung.

Mit Stand September 2004 berichtet die Registrierungsstelle von 170 Verträgen mit einem Finanzvolumen von 65 Mio. Euro. Zum Jahresende 2004 werden rund 200 Verträge mit einem Volumen von rund 200 Mio. Euro erwartet.

¹ So stieg die Zahl der Hüft-TEPs nach GKV-Daten in den letzten 5 Jahren erneut um 20 %. Die Zahl der Knie-TEPs sogar um 50 %.

² Erwartet wird im Jahre 2004 nur ein Vertrag in Nord-Württemberg.

Vertragspartner

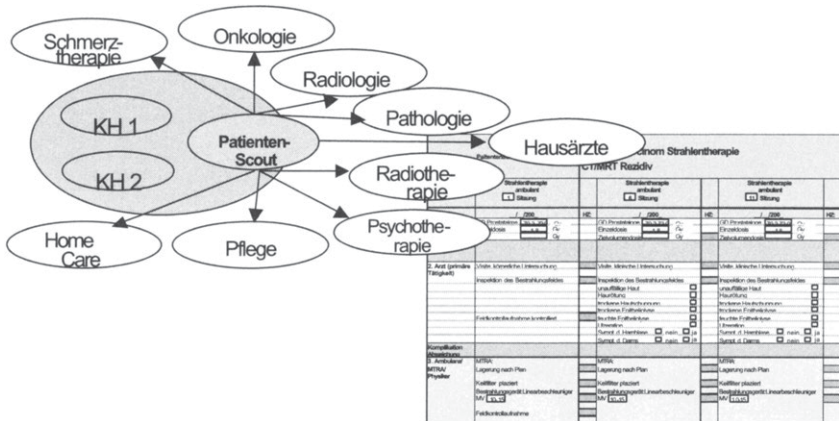
In der Auswahl der Vertragspartner sind die Krankenkassen nicht an das Vergaberecht gebunden. Das Sozialgesetzbuch 5 entbindet die Beteiligten explizit vom deutschen Wettbewerbsrecht. Aber auch das europäische Vergaberecht greift nur, wenn die Nachfragelenkung in die Verträge ein bestimmender Faktor ist. Davon würde beispielsweise bei Umsatzgarantien oder Budgetzuweisungen ausgegangen werden können. In diesem Falle kann nicht von einer Dienstleistungskonzession gesprochen werden, vielmehr liegt dann ein „Öffentlicher Auftrag“ vor. In diesem Falle hält das EU-Recht Transparenzvorschriften mit Berichtspflichten der Vertragspartner an die Kommission vor.

Allerdings sind die Krankenkassen nach dem Festbetragsurteil des EuGH dann Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts, wenn sie in der jeweiligen Funktion nicht durch gesetzgeberische Vorgaben gebunden sind, sondern unternehmerische Freiheitsgrade vorliegen. Dies könnte ggf. bei der integrierten Versorgung so gesehen werden, da die entsprechenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches 5 den sonstigen Regelungsrahmen des vierten Kapitels gerade verlassen und das Abweichen von zahlreichen ergänzenden Gesetzen und Verträgen möglich ist. Es ist mithin auch und gerade in der integrierten Versorgung geboten, sich wettbewerbsgerecht zu verhalten und nach dem jeweiligen sachlichen Grund des Handelns auszurichten.

Interesse der Krankenhäuser

Schon mit der aktuellen zweiten Vertragswelle ergeben sich insbesondere zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern Entwicklungspartnerschaften für indikationsspezifische Projekte. Anders als bei Arztnetzen steht nicht die Kooperation an sich, sondern das „medizinische Konzept“ der Kooperation im Mittelpunkt.

Abb. 2 Schema „Ambulantes Tumorzentrum“



Eigene Darstellung.

So entstehen in großstädtischen Regionen mit Krankenhäusern unter Beteiligung verschiedener Facharzttrichtungen und hausärztlich tätiger Internisten bzw. Hausärzten „kardiologische Netze“ und „onkologische Netze“. Ziel ist es, die Patienten nicht erst bei Komplikationen mit einem Team von Spezialisten zu betreuen, sondern gute Diagnostik mit Patientenführung zu verbinden, um Komplikationen im Team zu verhindern. Für die onkologische Versorgung wird z.B. ein „Ambulantes Tumor Zentrum“ errichtet, in dem ein Patient-Scout die Patienten auf der Grundlage medizinischer Behandlungspfade führt, die die ambulante, stationäre, teilstationäre, rehabilitative und naturheilkundliche Versorgung mit ihren jeweiligen Schnittstellen einschließen (Abb. 2).

Mit der integrierten Versorgung können leistungsfähige Krankenhäuser über ihre bisherigen Budgetgrenzen hinaus wachsen, weil sich ihre Mehrleistungen aus dem 1 %-Budget finanzieren lassen. Diese Mehrleistungen sind allerdings auf alle beteiligten Häuser gerechnet begrenzt, da es anders als bei den niedergelassenen Ärzten eine über die 1 %-Marge hinaus gehende Budgetbereinigung der Krankenhäuser nicht geben wird.

Wirkt das DRG-System künftig vollständig, soll der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern Mehr- und Minderleistungen ausgleichen, ohne dass die Krankenkassen weiter „Leerstände“ finanzieren müssen. Somit brauchen die Kliniken auch angesichts der Befristung der Anschubfinanzierung auf drei Jahre nicht mit einem bloßen Strohfeder rechnen, da die gesetzlichen Weichen insgesamt bereits an vielen Stellen auf Wettbewerb und auf die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung gestellt sind. Die integrierte Versorgung schafft den einzelvertraglichen Rahmen, damit diese Öffnungen nicht in erster Linie die angebotsinduzierte Nachfrage erhöhen. Man wird zweifellos auch zur berücksichtigen haben, dass der enorme Produktivitätsschub nach den DRG auf der Grundlage von klinischen Behandlungspfaden in den Kliniken Kapazitäten entbindet, die Beschäftigung suchen.

Interesse der niedergelassenen Ärzte

Auch die niedergelassenen Ärzte haben ein Interesse, sich an der integrierten Versorgung zu beteiligen. Dem Gesetz nach scheidet für sie mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als nicht mehr zulässigem Vertragspartner eine Agentur aus. Gleichwohl können die KVen die allgemeine Beratung übernehmen oder mit eigenen Consulting-Gesellschaften aktiv werden.

Es ist aber nicht zu übersehen, dass Einzelpraxen Probleme haben, sich bei neuen Vertragstypen zu engagieren: Rechtsform, Management, Kapitalmarktzugang, medizinisches Konzept und so weiter stellen kaum überwindbare Hürden dar, auch wenn berufsrechtliche Hemmnisse weiterhin abgebaut sind. Größere Verbände nach Art der neuen „Medizinischen Versorgungszentren“ (MVZ) sind zwar gesetzlich gewollt, aber kaum zu positionieren. Zum einen fehlt es an freien Facharztsitzen, zum anderen werden Investoren außen vor gehalten. Krankenhäuser, die über ermächtigte Ärzte einzusteigen versuchen, kann die Zulassung entzogen werden, wenn die Ermächtigung entfällt: Kurzum, auch hier führt die KV weiterhin umfassend Regie. Berichte, es gäbe bereits „100 MVZs“, sind mangels Beleg nicht nachzuvollziehen.

Insbesondere die Benachteiligung der niedergelassenen Ärzte im Hinblick auf Risikokapital schwächt deren Position. Viele fragen ratlos, wie sie angesichts der auf drei Jahre befristeten Förderung an Fremdkapital kommen sollen. Bei Investitionen gehen Banken in der Regel von einem zeitlichen Refinanzierungshorizont aus, der zehn Jahre überschreitet. Von daher spielt es eine beträchtliche Rolle, wie die mittelfristigen Perspektiven wettbewerbender Praxen in der integrierten Versorgung zu

bewerten sind. Für die Krankenhäuser konnte dies aus der Entwicklung des Vergütungssystems positiv beurteilt werden.

Bei den niedergelassenen Ärzten dagegen steht auf der Vergütungsseite ab dem Jahre 2007 die Einführung „morbidityorientierter Regelleistungsvolumen“ an. Diese „Morbi-Pauschalen“ pro Versichertem sollen die bisherigen „Kopf-Pauschalen“ pro Mitglied der Krankenkassen ablösen. Damit sollen die Plafonds der ärztlichen Gesamtvergütung für die Kassenärztlichen Vereinigungen nach ärztlich beeinflussbaren Kriterien verhandelbarer gestaltet werden: Allerdings wird die ökonomische Kollektivierung des niedergelassenen Arztes als Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung umso vollständiger. Dass die gesetzlichen Bestimmungen für diagnosebezogene Regelleistungsvolumen „beim einzelnen Arzt“ realisierbar sind, glaubt nach den ersten Experten-Workshops ernsthaft niemand. Und obgleich die Vergütungsvolumina in der Formulierung „nach Arztgruppen“ auf den ersten Blick gerade für indikationsbezogene Verträge kompatibel erscheinen, wird die Budgetbereinigung damit für die KV (innen-) politisch umso schwieriger. Letztendlich schließen die Gebiete der Weiterbildung Besonderes ein, aber Allgemeines nicht aus. Und was ein Facharzt so macht, hat oft nicht mit seinem Fach zu tun: Erinnerung sei nur an den Dauerstreit um die Teilradiologie. Jedenfalls wird das Tabu der Budgetbereinigung bei den Ärzten nicht leichter zu überwinden als bisher, und bisher wurde es nicht überwunden.

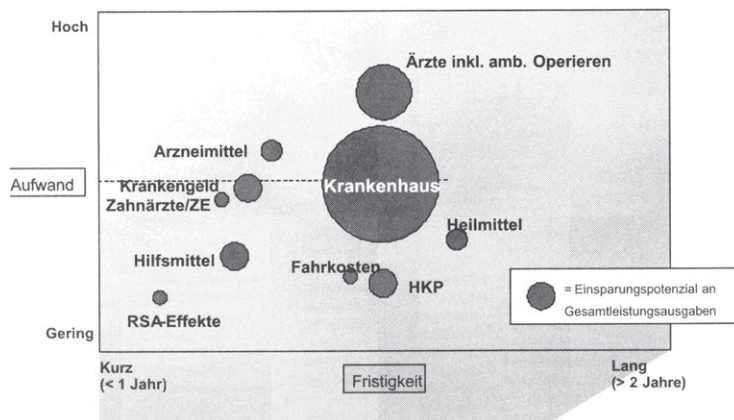
Dabei macht der Gesetzgeber, anders als für den stationären Sektor, bei der 1 %-Marge für die Budgetbereinigung und Leistungsverlagerung aus der Gesamtvergütung nicht halt. Alles was allerdings über die ein Prozent im Gebiet einer KV hinaus bewegt werden soll, muss mit der KV verhandelt oder im Schiedsamt erfolgreich geltend gemacht werden. Versuche dahin sind nicht ausgeschlossen. Sie sind auch unverzichtbar, da sich das Problem nicht „auf dem Wege“ beim Übergang zu einem Einzelvertragssystem von selbst löst.

Interesse der Krankenkassen

Für die Krankenkassen, bei denen maßgebliche Teile der Kostenstrukturen noch im alten Budgetsystem gebunden sind, stehen ceteris paribus ab dem Jahre 2007 mit der Einführung der Regelleistungsvolumen im ambulanten Bereich eine Preisharmonisierung und darüber hinaus die Einführung des „Morbi-RSA“ an. Beide Instrumente haben beträchtliche Auswirkungen auf die Beitragssatzposition der Krankenkassen. Auch wenn sich die Effekte teils ausgleichen und sich der Morbi-RSA bei seiner gesetzlichen Einführung auf einer Datenbasis errechnete, die geringere Ausschläge bedingt, wird sich die Beitragssatz-Position der einzel-

nen Krankenkassen massiv ändern. Auf der Ebene der Kassenarten werden die Ergebnisse geglättet. Aber die Kassenarten sind Haftungs- und weithin Vertragsgemeinschaften, während der Wettbewerb und die Ausübung der immer zahlreicher werdenden Einzelvertragsrechte auf der Ebene der Einzelkassen stattfindet. Von daher haben die auf das Jahr 2007 gestellten Reformen den Charakter einer Zeitenwende ähnlich wie das Gesundheitsstrukturgesetz im Jahre 1993.

Abb. 3 Optionen zur Beeinflussung von Ausgabenstrukturen einer Krankenkasse



Quelle: BCG.

Vor diesem Hintergrund können die Krankenkassen im Wettbewerb nur das Interesse haben, (1.) Kostenstrukturen zu ihrem Vorteil zu ändern (vgl. Abb. 3), (2.) Nachfrage ungeachtet der Finanzkraft und des Beitragsbedarfs der Versicherten zu binden und dazu (3.) Angebote nach Versicherten-Präferenzen auszudifferenzieren, um den Beitragssatzwettbewerb „zu bestehen oder zu entgehen“, bzw. der Reaktionsverbundenheit mit dem Wettbewerb auf der Preisebene zu reduzieren. Dazu einige Anmerkungen:

1. Änderung der Kostenstrukturen

Die krassensten Verwerfungen kennen wir bei den Kopfpauschalen je Mitglied in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Obwohl mit dem RSA seit zehn Jahren ein umfassender Finanzkraftausgleich je Versicherten zwischen allen Krankenkassen stattfindet, wurden die Punktwerte ge-

genüber der KV weithin rigide fortgeschrieben. Die Verzerrungen gemessen am Preis (Punktwert) liegen in den Extremen zwischen einzelnen Krankenkassen bei 100 %. Im Prinzip wurde das politisch sanktioniert, da die AOK auf diese Weise insbesondere von Ersatzkassen und BKK mit weiteren 0,3 Beitragssatzpunkten subventioniert werden konnte. Ausgesessen wurden aber auch die für die einzelnen Kassen – gemessen am Beitragssatzeffekt – weitaus größeren Verzerrungen innerhalb Kassenart BKK.

Sollte die Einführung von Regelleistungsvolumina bei den Ärzten scheitern, weil die Flut unstimmgiger Diagnosen der niedergelassenen Ärzte finanzwirksame Rückschlüsse verböte, muss es gleichwohl bei der Harmonisierung der Punktwerte bei den Krankenkassen bleiben.

Es gibt aber nicht nur politisch induzierte Rigidität. Wegen des nach Kräften auch auf der Anbieterseite unterdrückten Wettbewerbs kennen wir eine weite Kultur der Preisfortschreibung. Krankenkassen haben es umso leichter, diese Kultur zu durchbrechen, je größere Anteile ihrer Nachfrage sie variieren können. Wenn eine Kasse mit 20 % Marktanteil ihre Nachfrage um 10 % verlagern kann, erreicht sie Effekte am Markt, für die Standesführer sich als Helden an der Tariffrent auf's Schild heben lassen. Fraglich aber ist, ob der Krankenkasse die Variation gelingt, wenn sie keine Einzelverträge bzw. keinen Einfluss auf das Nachfrageverhalten ihrer Versicherten hat.

In zahlreichen Sektoren finden sich Preisunterschiede, die durch nichts begründet sind. In zahlreichen Sektoren werden auch Abrechnungssysteme gepflegt, bei denen der nicht präsente Vertragspartner systematisch mehr zahlt. So kennt man aus Münchner Krankenhäusern Listen mit den Krankenkassen, die DRG-Abrechnungen offensichtlich prüfen.

2. Differenzierung der Angebote

Es liegt mithin im Interesse der Krankenkassen, gegenüber den Anbietern im Prinzip einzelvertragliche Beziehungen aufzubauen und den Versicherten spezifische Leistungs- und Kommunikationsmöglichkeiten zu bieten. Die Frage ist allerdings, wie wir aus dem heutigen Stand dort hinkommen und was die Differenzierung kosten darf.

Den Einstieg hat der Gesetzgeber bereits ermöglicht. Insbesondere Verträge zur „integrierten Versorgung“, zur „hausarztzentrierten Versorgung“ und zu „Disease-Management-Programmen“ sind als Einzelverträge zu schließen. Auch sind bereits Erfolge sichtbar. So haben etwa BKK im

Raum Salzgitter, die ausdauernd mit Arztnetzen kooperiert haben, als erste Krankenkassen überhaupt DMPs akkreditieren können und mit vergleichsweise geringem Aufwand exzellente Einschreibequoten realisiert. Zudem bestehen ihre Arzneimittelfallwerte jede Diskussion, und die Versichertenbindung ist hoch. Außerdem erlaubt der Kern der integrierten Versorgung ergänzende Einzelverträge zu schließen, von denen andere nur reden: Hilfsmittelverträge nach Ausschreibung und Arzneimittelrabatte als Beispiel. Für Krankenkassen mit regional hohem Marktanteil sind solche Strategien keine Zauberei. Und die BKK sind gegen anders lautende Vermutungen in zahlreichen Kreisen bzw. Ballungsgebieten der Republik Marktführer.

Regionale Strategien sind allerdings von einer Vielzahl überregionaler Wettbewerber nicht durchsetzbar, weil sie die Summe der Differenzierung auf die Spitze treiben würden. Schon mehr als zwei bis drei ernsthafte Einzelverträge nebeneinander gehen auf der Angebotsseite nicht mehr auf. Daher müssen sich Allianzen zu Standards finden. Solche Allianzen deuten sich auch bereits an. Für Kassen, die nicht Marktführer sind, ist es gleichwohl wichtig, ihre teuer entwickelten Vertragsmuster überregional zu multiplizieren, da ansonsten nur teures Stückwerk und nicht die angestrebte Positionierung einer Marke entsteht.

Mit „einer“ Strategie alles regeln zu wollen wäre Unfug. Aber gerade in den Zeiten des Morbi-RSA brauchen die Krankenkassen Instrumente, um unwirtschaftlichen Angebotsstrukturen auszuweichen und mit Qualitätssicherung teuren Komplikationen in den Behandlungsverläufen für ihre Versicherten entgegen zu können. Gelingt ihnen das auch nur für 10 % der Fälle, an denen Patienten mit hoher Inanspruchnahme beteiligt sind, ist der Erfolg wettbewerbsentscheidend. Ein Verharren und Aussitzen jedenfalls scheint angesichts der geringen Beitragssatzunterschiede in der Zukunft für keine Kassenart mehr möglich.

3. Bindung der Nachfrage

Der Morbi-RSA zwingt die Krankenkassen zudem, nicht gleich jedwede Versicherte zu attrahieren und an ihr Angebot zu binden, sondern sich um Versicherte zu bemühen, bei denen die Differenz zwischen erwarteten und tatsächlichen Ausgaben Deckungsbeiträge realisieren lässt. Dieses Merkmal knüpft nicht mehr an soziographische Kategorien an, sondern an Morbiditätsmerkmale (Diagnosen, Inanspruchnahme). Die Differenz zwischen erwarteten und tatsächlichen Ausgaben bei Gesunden ist vergleichsweise am geringsten. Eine Strategie daran auszurichten bringt den geringsten Erfolg. Nicht einmal die Sicherheit dieser Strategie

scheint auf mittlere Sicht sonderlich hoch, auch wenn die Diskussion um die „Wechslerprofile“ etwas anderes glauben machen wollte.

Von daher müssen sich die Krankenkassen systematisch auf die Suche begeben, welche Präventions- und Behandlungsangebote bzw. -ketten den größten langfristigen Erfolg im o. g. Sinne bringen. Ein Zusatztarif hier, ein Sport-Sponsoring dort und ein Bonusprogramm oben darauf werden in Zukunft keine große Nachhaltigkeit haben. Und daher müssten die Krankenkassen an integrierter Versorgung überaus interessiert sein.

Fazit

Nachdem die erste Vertragswelle für die integrierte Versorgung wenig Fortschritte gebracht hat, sind die mittel- und langfristigen Interessen und Aktionsparameter der Beteiligten maßgeblich. Bereits die zweite Vertragswelle geht an den Kern der Versorgungsstrukturen für schwerwiegend kranke Patienten. Dabei sind die Krankenhäuser sowohl auf Grund derzeitiger Möglichkeiten wie künftiger Finanzierungsbedingungen primäre Entwicklungspartner der Krankenkassen. Der ambulante ärztliche Sektor wird auf dem Wege der integrierten Versorgung einbezogen. Dies entspricht auch den manifesten Interessen der Krankenkassen, die sich aus einem künftigen Morbi-RSA ergeben.

Veränderte Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung – ein neues Konzept?

Franz Knieps

Mit der integrierten Versorgung hat der Gesetzgeber eine eigenständige Versorgungsform neben der Regelversorgung geschaffen, um interdisziplinär und sektorenübergreifend durch Kooperation der Leistungserbringer und Koordination der Leistungen in der Versorgungskette die organisatorischen Voraussetzungen für eine bessere Versorgung der Versicherten zu schaffen. Unzweifelhaft bietet eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Versorgung die Chance, den Ressourceneinsatz auf den realen Versorgungsbedarf zu fokussieren. Die in der Alltagspraxis dominierende starre Abschottung zwischen den einzelnen Leistungssektoren im Rahmen von Kollektivvertragssystemen soll in der integrierten Versorgung patientenbezogenen Angeboten Platz machen. Unterschiedliche Finanzierungssysteme sollen der Finanzierung aus einer Hand weichen. In der integrierten Versorgung sollen Patientinnen und Patienten gerade an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen Hilfen angeboten werden, dass sie für „ihren“ Krankheitsverlauf den richtigen Ansprechpartner unter den Leistungserbringern finden.

Ogleich bereits mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführt, ist die integrierte Versorgung bislang über ein Dornröschen-Dasein noch nicht hinausgekommen. Dafür verantwortlich waren sowohl sozial- und berufsrechtliche Hemmnisse als auch praktische Schwierigkeiten bei der Gründung und Einrichtung von Gemeinschaften, die eine integrierte Versorgung hätten anbieten können und wollen. Große Probleme bereitete vor allem die Budgetbereinigung. Auch erwiesen sich die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen als Bremsklötze (noch heute blockieren beispielsweise die AOK Thüringen und die dortige Krankenhausgesellschaft den Abschluss von Integrationsverträgen). Vor allem fehlt es aber an betriebswirtschaftlichen Konzepten für diese Versorgungsform.

Der Bundesgesetzgeber war deshalb bestrebt, im Rahmen der Beschlussfassung zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) „seine Hausaufgaben zu machen“. Er hat die sozialrechtlichen Grundlagen für die integrierte Versorgung weiter entwickelt. Die Möglichkeiten für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung wurden erheblich erleichtert. So ist jetzt vorgesehen, dass Krankenkassen und Leistungserbringer autonom Verträge zur integrierten Versorgung abschließen können und Mitsprache und Mitwirkungsrechte Dritter und damit Ein-

flussmöglichkeiten der „Kartelle“ bei der Ausgestaltung der Verträge entfallen.

Der Gesetzgeber hat im GMG klargestellt, dass die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen in einer integrierten Versorgung außerhalb des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen stattfindet. Entsprechend entfallen auch die Rahmenvereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die das frühere Recht noch zur Verzahnung der Versorgung nach dem Kollektivvertragssystem und der integrierten Versorgung vorsah.

Die Verantwortung für die Ausgestaltung der vertraglichen Rechte und Pflichten in der integrierten Versorgung liegt zukünftig allein bei den Vertragspartnern auf der individuellen Ebene. Die Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner dürfte damit unzulässig sein. Krankenkassen und ihre Verbände können nunmehr auch Verträge mit Trägern von medizinischen Versorgungszentren abschließen und mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind – also so genannte Managementgesellschaften. Auch die Kombination von integrierter Versorgung und besonderen Versorgungsformen – wie zum Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung – ist möglich.

In der Startphase der erleichterten Rahmenbedingungen wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausgesetzt, um den Abschluss von Integrationsverträgen zu erleichtern. Darüber hinaus sieht der Gesetzgeber eine „Anschubfinanzierung“ vor: In den Jahren 2004 bis 2006 hat jede Krankenkasse jeweils Mittel bis zu 1 v.H. von der an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140 b SGB V geschlossenen Verträgen benötigt werden. Damit wird die Budgetbereinigung weitgehend überflüssig, die in den Jahren zuvor das entscheidende Hindernis für integrierte Versorgung geworden war.

Neben rechtlichen Hemmnissen, die im nicht der Bundesgesetzgebung unterliegenden ärztlichen Berufsrecht noch fortbestehen, gibt es leider auch enorme faktische Schwierigkeiten, um die Hemmschwelle zu überwinden, dass sich Leistungserbringer für eine integrierte Versorgung aufgrund von einzelvertraglichen Absprachen mit Krankenkassen oder deren Verbänden bereit finden. Die reale Gründung oder virtuelle Vernetzung eines Trägers der integrierten Versorgung, bei dem „unter ei-

nem Dach“ oder „auf einer Plattform“ verschiedene medizinische Disziplinen oder verschiedene Leistungssektoren zur koordinierten Behandlung von Patienten in Absprache und Zusammenarbeit zusammenfinden, bedarf eines größeren administrativen Aufwands. Entsprechende Betriebs- und Managementkonzepte müssen erst entwickelt werden. Die Furcht vor Konkurrenz von außerhalb der etablierten Gesundheitsszene, die sich in der Beschränkung der Vertragspartner auf zugelassene Leistungserbringer manifestierte, führt natürlich zur Abwehr neuer Anbieter und externem Know-how.

Neben den finanziellen Mitteln sind unausweichlich sachliche, aber auch intellektuelle „Investitionsleistungen“ erforderlich, um einen Träger der integrierten Versorgung über die Anschubphase hinaus überlebensfähig zu errichten und seine Angebotspalette so plausibel auszugestalten, dass Krankenkassen und ihre Verbände von der Güte und dem Wert des jeweiligen Angebots langfristig zu überzeugen sind. Interessierte Leistungserbringer müssen sich einfügen in ein Team oder ein Netzwerk. Sie bestimmen nicht mehr autonom über ihre Tätigkeit, sondern müssen sich abstimmen und ggf. auch Aufgaben, die nicht zu ihren Kompetenzen gehören, aufgeben. Insofern macht eine integrierte Versorgung Verzicht auf formelle, nicht unbedingt professionelle Autonomie unausweichlich.

Die medizinische Leistungsfähigkeit des Trägers oder der Träger der Integrationsversorgung muss evident dargetan und plausibel gemacht werden. Je überzeugender die Leistungspalette und die Voraussetzungen für eine optimierte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteuren dargelegt werden, um so größer ist die Chance, dass sich Krankenkassen zum Abschluss entsprechender Verträge bereit finden werden. Neben einer konkreten Leistungsbeschreibung bedarf es vor allem eines ausgefeilten Qualitätssicherungsprogramms.

Die Organisationsstrukturen, insbesondere die Grundlagen für Entscheidungsabläufe und die Planungskompetenz müssen so fundiert sein, dass sie eine auf Dauer angelegte, nachhaltige Versorgung der Versicherten einer Krankenkasse sicherstellen. Auch das betriebswirtschaftliche Know-how muss außer Frage stehen. Schließlich müssen der oder die Träger in der Lage sein, marktfähige, wettbewerbsfähige und konkurrenzfähige Vergütungsangebote zu machen.

Wenn man kritisch das Entwicklungstempo der integrierten Versorgung reflektiert, muss man den politischen Kontext berücksichtigen: Bei der Implementierung der integrierten Versorgung werden neben dem mehr als 100 Jahre bestehenden Versorgungssystem alter Art neue pluralistische Ansätze ermöglicht, mit denen bessere, effektive und ressourcen-

schonende Formen der Versorgung der Versicherten initiiert werden. Dies ist mehr als ein ehrgeiziges Projekt. Auch wer ungeduldig neue Versorgungsformen erwartet, sollte den Akteuren gestatten, sorgfältig zu planen, zu verhandeln und umzusetzen, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Die Zahl der bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BQS) registrierten Verträge ein Jahr nach Inkrafttreten des GMG (342) sagt daher ebenso wenig aus wie das Finanzvolumen (115.716.619 Euro). Entscheidend ist der strukturelle Wandel, der sich in messbarer Qualität und ersparten Ressourcen niederschlagen muss.

Das GKV-Modernisierungsgesetz bietet zur Umsetzung neuer Ansätze größtmöglichen Freiraum. Es lässt eine enorme Variationsbreite an Organisationsstrukturen wie aber auch bei der Ausgestaltung der Leistungspalette einzelner Vorhaben zu. Beispielsweise kann sich eine integrierte Versorgung auf einzelne Krankheitsbilder konzentrieren, wenn für deren Behandlung ein sektorenübergreifendes Management angezeigt ist. Die integrierte Versorgung lässt sich auch als alternative Regelversorgung für das gesamte Krankheitsspektrum der Versichertengemeinschaft vorstellen. Die integrierte Versorgung kann räumlich großflächig angelegt sein; sie kann sich auch auf kleine räumliche Zonen beschränken. Exemplarisch zeigt sich dies für die Integrationsversorgung in den neuen Bundesländern in einer Studie des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (Hildebrandt Consulting, integrierte Versorgung für eine moderne Gesundheitswirtschaft in den neuen Bundesländern – eine erste Bewertung, Hamburg 2005).

Der Gesetzgeber legt die Anbieterstruktur eines Trägers der integrierten Versorgung nicht einengend fest, sondern überlässt es den interessierten Gründungsmitgliedern einer Anbiertergemeinschaft, welche „Verfassung“ sie sich als Grundlage für ihre Arbeit in Berücksichtigung ihrer Aufgabenstellung und in Berücksichtigung einzelner regionaler, medizinischer oder gar personeller Umstände geben wollen.

Letztlich münden sämtliche Anforderungen an die „Versorger“ „nur“ in das Ziel, mit einem überzeugenden Angebot an integrierter Versorgung eine Krankenkasse auszumachen, die zu einem Vertragsabschluss bereit ist. Allerdings ist der Weg dahin alles andere als ein „Spaziergang“. Die faktischen Anforderungen zur Ausfüllung des vom Gesetzgeber eingerichteten Gestaltungsfreiraums sind erheblich. Die an einer integrierten Versorgung interessierten Beteiligten müssen eine erhebliche Portion Ehrgeiz, Kompetenz, Verantwortung und Leistungswillen mitbringen, damit die zu vereinbarenden Integrationsziele erreicht werden. Doch die Mühe lohnt sich – und dass nicht nur finanziell für die direkt Beteiligten, sondern für das deutsche Gesundheitswesen insgesamt:

- Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, im Wettbewerb ihre Kompetenz, ihre schöpferische Gestaltungskraft und ihren Einsatz für die kranken Versicherten unter Beweis zu stellen. Sie können überzeugende Versorgungsalternativen gerade auch in den Fällen anbieten, in denen Ihre Versicherten die Einlösung des Risikoversprechens unter schwierigen Bedingungen erwarten. Nur dann werden Sie dem selbst formulierten Anspruch gerecht, vom „Payer“ zum „Player“ zu werden.
- Die Versicherten ihrerseits können mit den Füßen darüber abstimmen, wie eine optimierte, auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Versorgung aussehen soll. Sie können davon ausgehen, dass ihre Versorgung nicht unter dem Primat sektorabhängigen sowie institutionen- und interessen geleiteten Handelns steht.
- Die Leistungserbringer können sich wieder auf ihre berufliche Kernkompetenz konzentrieren. Sie werden bei einer effizienteren Organisation ihres Integrationsträgers um bürokratische, fachfremde Aufgaben entlastet. Die Chance wächst, wieder mehr Zufriedenheit in ihrer beruflichen Tätigkeit zu finden.

Vorläufige Bewertung: Integrierte Versorgung ist ein Modul in der Öffnung starrer Leistungs- und Vertragsstrukturen hin zu mehr Flexibilität und Innovationen. Ihre Neugestaltung im GKV-Modernisierungsgesetz ist kein Wechsel zu einem neuen Konzept, sondern verbessert die Chancen zu deren Realisierung – nicht mehr und nicht weniger. Was aus ihr wird, hängt von den Akteuren des Gesundheitswesens ab:

- Vom Rollenverständnis der Krankenkassen
- Vom Selbstverständnis und vom „Nachfrageverhalten“ der Patientinnen und Patienten
- Von der professionellen Identität der Mediziner und anderer Gesundheitsberufe in neuen Kooperations- und Unternehmensformen
- Von der Entwicklung gesundheitswissenschaftlicher und – ökonomischer Kompetenz bei allen Akteuren
- Von einer realistischen Erwartungshaltung nicht nur in der Politik.

Chancen der integrierten Versorgung für die Krankenhäuser

Ralf Michels

Einleitung

Die Gesundheitspolitik hat auf die großen Herausforderungen im Gesundheitssystem reagiert und im Rahmen des GMG mit dem Instrument der Verträge zur integrierten Versorgung die Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation der verschiedenen medizinischen Leistungserbringer initiiert. Aus Sicht der HELIOS-Gruppe, einem großen Akutklinikträger, stellt sich die Frage, welche Chancen und Risiken die integrierte Versorgung bietet und welches Fazit sich nach Bewertung der ersten Praxiserfahrungen ziehen lässt.

Rahmenbedingungen für integrierte Versorgung

Die Akteure des Gesundheitssystems stehen, nicht nur in Deutschland, vor zentralen Herausforderungen. Der Bedarf an medizinischer Versorgung wächst, der Druck, diese Leistungen immer effizienter und kostengünstiger zu erbringen, ebenfalls.

Grund für den wachsenden Bedarf medizinischer Versorgung sind nicht nur Errungenschaften der Forschung in Diagnose und Therapie, die immer mehr Krankheitsbilder überhaupt therapierbar machen. Vor allem die demographische Entwicklung stellt einen Treiber der Nachfrage dar. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird sich die Alterspyramide in der deutschen Bevölkerung erheblich verschieben und gerade der überproportional wachsende Anteil der älteren Menschen und die stetig steigende Lebenserwartung wird die Gesellschaft insgesamt, aber das Gesundheitssystem im besonderen vor die Herausforderung stellen, die in diesem Bevölkerungsanteil sehr viel stärker nachgefragte medizinische Versorgung bereitzuhalten.

Neben der wachsenden Nachfrage steigt der Druck auf die Anbieter der medizinischen Leistungen, diese effizienter und kostengünstiger zu erbringen, was sich u.a. im politischen Ziel der „Beitragsstabilität“ widerspiegelt.

Das zentrale gesundheitspolitische Instrument, um Kosten- und Qualitätswettbewerb im Akutklinikmarkt zu erreichen, stellt die Einführung des neuen Entgeltsystems mit Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRGs) dar, das mit der jahrzehntelangen Praxis des Kostenerstattungsprinzips im deutschen Klinikwesen bricht. Dies fordert und – schon

jetzt vielfach sichtbar – überfordert Träger von Akutkliniken: mangelnde Managementkompetenz, politische Abhängigkeiten, überkommene Selbstverständnisse, ungünstige tarifliche Strukturen, mangelnde Patientenorientierung, Zurückhaltung bei Transparenz, grundsätzliche Skepsis vor Wandel. Überall dort, wo diese Merkmale auf eine Klinik zutreffen, ist absehbar, dass die Wettbewerbsfähigkeit leidet. Wettbewerb ist aber ein Kernelement des politisch neu geprägten Gesundheitssystems und nicht alle Kliniken werden in der Lage sein, den Wandel in der kurzen Zeit zu gestalten. Eine Reihe von Studien prognostizieren das Aus von bis zu 300 Krankenhäusern in den kommenden Jahren.

HELIOS begrüßt die gesundheitspolitische Weichenstellung für mehr Wettbewerb um Qualität und Leistung, der nur durch ein Transparenz- und leistungsförderndes Entgeltsystem wie den DRGs möglich ist. Schon lange vor Einführung der Fallpauschalen hat HELIOS als Vorreiter offensiv seine medizinische Qualität durch Publikation der medizinischen Konzernziele und auch deren Erreichungsgrad transparent gemacht. Und: Medizinische Ausrichtung und Managementkompetenz in allen HELIOS-Krankenhäusern sind die entscheidenden Erfolgsfaktoren, um Krankenhäuser wettbewerbsfähig zu machen. Wenn zum Zeitpunkt der Übernahme durch HELIOS sich viele der Krankenhäuser in Schieflage befanden, so stehen heute alle Kliniken deutlich gestärkt da.

Am 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in Kraft getreten und damit auch das gesundheitspolitische Gestaltungsinstrument der integrierten Versorgung. Dieses neue Vertragssystem erleichtert intersektorale Kooperation im Gesundheitswesen, das bislang von budgetbedingten Abgrenzungen der einzelnen Sektoren geprägt ist, durch Abschluss von IV-Verträgen zwischen den Kassen, Trägern von Krankenhäusern oder Rehaeinrichtungen, Apotheken, Erbringern häuslicher Pflege usw. mit dem Ziel eines abgestimmten Versorgungsangebotes mehrerer Leistungserbringer. Bis zu einem Prozent der jährlichen ärztlichen Vergütungen (rund 220 Mio. Euro) und einem Prozent aus dem Krankenhaustopf (rund 460 Mio. Euro) werden speziell für die integrierte Versorgung bereit gehalten.

Wirklich absehbar ist heute noch nicht, welche Bedeutung die integrierte Versorgung perspektivisch im deutschen Gesundheitssystem spielen wird. Allerdings wird allgemein für die nächsten Jahre eine deutliche Zunahme der integrierten Versorgung erwartet. Die Prognosen reichen von 20 % Marktanteil bis zu einer Verdrängung der Regelversorgung.

Zusammenfassend lässt sich zu den Rahmenbedingungen und der Einführung der integrierten Versorgung festhalten, dass der Gesetzgeber sich von der Politik der Budgetierung und dem Prinzip der Kostenerstattung abwendet, um vorsichtig Preis- und Qualitätswettbewerb zu ermög-

lichen. HELIOS begrüßt diese Entwicklung, da die Ausrichtung auf Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit die Strategie des Unternehmens bereits vor den Strukturveränderungen im deutschen Gesundheitswesen bestimmt hat.

Für jeden Träger im Akutklinikmarkt wird der wachsende Wettbewerbsdruck dazu führen, alle Chancen zu nutzen, um seine Kliniken nachhaltig wettbewerbsfähig zu machen. Daher ist zu klären, ob die integrierte Versorgung eine solche Chance ist oder ob Risiken existieren und diese möglicherweise überwiegen.

Chancen und Risiken der integrierten Versorgung

Die Bewertung des Potenzials einer Gesetzesänderung, wie der Möglichkeit, IV-Verträge abzuschließen, muss im Gesundheitswesen aufgrund höchst komplexer Strukturen und Regulierungsdichte und den sehr unterschiedlichen Interessenlagen der Akteure vorsichtig ausfallen. Denn nicht der Gesetzentwurf kann ausschlaggebend sein, vielmehr muss sich das Instrument in der Praxis bewähren und letztlich dem Patienten echten Mehrwert bieten. Nach wenigen Monaten integrierter Versorgung können Chancen und Risiken nicht abschließend bewertet werden. Erste Erfahrungswerte bieten dennoch die Möglichkeit, erste Einschätzungen zu treffen.

Chancen

Aus der Sicht des HELIOS-Konzerns eröffnet die integrierte Versorgung wirkliche Chancen:

1. Die Einbeziehung von Qualitätsparametern in die Vergütung
2. Die sektorenübergreifende Versorgung
3. Die Steigerung der Erlöse und Marktanteile

Qualitätsparameter und Vergütung

Erstmals können in die Verhandlung der Vergütung Qualitätsparameter einbezogen werden. Mit den Vertragspartnern können im Rahmen eines IV-Vertrages exakt Struktur- und Prozessqualität, konkrete Behandlungspfade und auch Ergebnisqualitäten definiert werden. Diese Verbindlichkeit, vertraglich gesichert, hat die Chance, dem Patienten wirklich zu nutzen. Für das Krankenhaus bietet sich dadurch grundsätzlich die Chance, dass sich die Qualitätsführer im Wettbewerb durchsetzen und als Partner der Kassen und anderer Vertragspartner empfehlen können. Für einen Klinikkonzern wie HELIOS, der als Pionier medizinischen Qualitätsmanagements ein Maximum an Transparenz fördert und fordert, sind Qualitätsregelungen, wie sie am Beispiel des IV-Vertrages mit der

BEK noch erläutert werden, vorteilhaft, da sie eine fundierte und sachliche Leistungs- und Qualitätsbewertung der beteiligten Leistungserbringer ermöglichen, von der der Patient wirklichen Nutzen hat.

Sektorenübergreifende Versorgung

Weitere Vorteile, sowohl aus Patienten- als auch aus Klinikside, ergeben sich aus der sektorenübergreifenden Versorgung. Der Patient profitiert von der sektorenübergreifenden Versorgung, da eine durchgängig hohe Versorgungsqualität gewährleistet ist, Doppeluntersuchungen vermieden werden, eine zeitnahe Versorgung möglich wird und dem Patient von Beginn an der gesamte Behandlungsverlauf bekannt ist. Und dass der Bedarf an einer besseren Kooperation der einzelnen Sektoren tatsächlich existiert, ist jedem Praktiker der Branche bekannt. Alleine das Beispiel aus dem Umfeld einer HELIOS-Fachklinik macht den Bedarf deutlich: Ein Patient mit akutem Rückenschmerz wartet oft 12 bis 14 Wochen, bis er vom Hausarzt über den niedergelassenen Orthopäden endlich in der Fachklinik landet und dort zielführend behandelt werden kann. Jeder Zwischenschritt mit nicht aussagekräftiger Diagnose oder Doppeluntersuchungen (Röntgen der Lendenwirbelsäule, danach im Regelfall CT, obwohl die Kernspintomographie in ihrer Aussage für die Wirbelsäule wesentlich spezifischer ist), Fehlbehandlung (i.d.R. keine Blutuntersuchung und damit kein Ausschluss von Entzündungen), Therapieversagen (unspezifische Physiotherapie ohne Effekt), Wartezeit auf Termin nach Überweisung oft vier bis sechs Wochen, machen die strukturellen Probleme der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit deutlich. Hier bietet ein mit allen Beteiligten vereinbarter Behandlungspfad mit festgelegtem Standardablauf deutlichen Mehrwert für alle, aber vor allem dem Patienten.

Steigerung der Erlöse

Die Darstellung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens hat deutlich gemacht, dass der Wettbewerb zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird. Wettbewerb heißt auch, Wettbewerb um Leistungen und damit Erlöse. Auch hier kann die integrierte Versorgung Krankenhäusern Chancen bieten:

1. Mehrleistungen bezahlt zu bekommen
2. Zusätzliche Erlöse zu generieren
3. Marktposition durch gezielte Steuerung der Patienten ausbauen.

Die ersten beiden Aspekte erhalten vor dem Hintergrund der gedeckelten Budgets Bedeutung. Für das Krankenhaus ist die Vergütung von Mehrfällen (außerhalb des Budgets) im Rahmen eines IV-Vertrages mit

Rabatten immer noch attraktiver, als die für diese Fälle geltenden Mehrerlösabschläge hinzunehmen.

Eine erhebliche Chance aus Trägersicht stellt die Möglichkeit dar, mittels der IV-Verträge Patienten gezielt in eine Klinik zu lenken. Dies setzt voraus, dass alle Vertragspartner diesen Schritt gehen und das Angebot insgesamt für die Patienten so attraktiv ist, dass sie den Mehrwert dieser Paketlösung erkennen und sich für die Einschreibung in dieses Programm entscheiden. Erst weitere Praxiserfahrungen werden deutlich machen, ob Vertragspartner wirklich gewillt sind, einen exklusiven Leistungserbringer auszuwählen und ob die Patienten in entsprechender Zahl dieses Angebot annehmen.

Die Bewertung der Chancen der integrierten Versorgung fällt eindeutig aus: Die integrierte Versorgung bietet grundsätzlich das Potenzial einer höherwertigen medizinischen Versorgung und aus Wettbewerbssicht die Chance, dass sich die Qualitätsführer durchsetzen. Ein Gesamturteil muss jedoch potenzielle Risiken einbeziehen.

Risiken

Während die Frage nach Chancen grundsätzlich bejaht werden kann, so gilt umgekehrt die ebenfalls klare Aussage, dass die integrierte Versorgung aus Klinikträgersicht erhebliche Risiken aufweist. Diese bestehen in:

1. Umsteuerung von Leistungen
2. Erlösrisiken
3. Haftungsrisiken

Umsteuerung von Leistungen

Auch wenn Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen zunehmend sowohl Eigenverantwortung als auch Wahlmöglichkeit des mündigen Patienten postulieren, besteht das Risiko, dass die Kassen gegenüber den Kliniken ihre Zuweisungsmacht mittels IV-Verträge ausspielen. Sollten sich mehrere Kassen einig sein, kann über diese Steuerungsmacht in der Konsequenz Versorgungsplanung betrieben werden, indem bestimmten Kliniken ein indikationsbezogenes Patientengut entzogen wird. Und dies kann geschehen, ohne dass der eigentliche Anreiz für integrierte Versorgung, der Ausbau der Qualität der Versorgung, überhaupt eine Rolle spielt.

Erlösrisiken

Die Ausgangssituation vieler gesetzlicher Krankenkassen und erste Erfahrungswerte aus der Praxis lassen befürchten, dass für viele Kassen,

auch bei einem Interesse an qualitativ hochwertiger Medizin, klar der Preisrabatt als Zweck des Abschlusses eines Vertrages integrierter Versorgung im Vordergrund steht. Dies spiegelt sich in den teilweise verlangten „Meistbegünstigtenklauseln“ wider, nach denen für den Kostenträger immer der niedrigst verhandelte Preis gilt. Hier droht die Gefahr einer Preisspirale nach unten, für viele Krankenhäuser mit mangelnder Verhandlungsmacht ein erhebliches Erlösrisiko.

Ein weiteres Erlösrisiko besteht für den Fall, dass Leistungen eines IV-Vertrages gar nicht außerhalb des Budgets erbracht werden können, weil die im Budget geplante Anzahl von beispielsweise Knie-Totalendoprothetik nicht erreicht wurde. Dies bedeutet, dass die Knie-TEPs, die über den IV-Vertrag abgedeckt sind, für einen erheblichen Preisrabatt geleistet wurden, obwohl das Budget noch gar nicht ausgeschöpft wurde.

Haftungsrisiken

Ein bislang kaum zu überblickendes Risiko besteht in den Haftungsrisiken. Während von Kassenseite gerade im Rahmen der Endoprothetik weitreichende Gewährleistungen seitens der Krankenhäuser gefordert werden, sind betriebswirtschaftlich verlässliche Kalkulationen in Form von möglichen Kosten in kaum einer Klinik verfügbar. Und dass hier erhebliche Risiken existieren, machen die Beispiele aus der Hüft- und Knie-Totalendoprothetik deutlich:

- Geschätzter Anteil von Revisionsoperationen bei Hüft-/Knie-TEPs liegt bei 5 – 10 % in zehn Jahren
- Geschätzter Anteil von Revisionshäufigkeit bei Zweitimplantationen liegt bei 26 % in zehn Jahren

Es ist aus Trägersicht nicht nachvollziehbar, auf welcher Datenbasis Krankenhäuser heute teilweise Gewährleistungen eingehen, deren mögliche Folgekosten sie überhaupt nicht quantifizieren können. Dies bedeutet im schlimmsten Fall, dass ein Krankenhaus in zehn Jahren aufgrund von massiven Forderungen aus Haftung für erbrachte Leistungen finanziell in die Knie gezwungen wird. In diesem Fall hätten selbst der Versicherte und auch der Kostenträger keinen Vorteil, da ein insolventes Krankenhaus die dann anfallenden Kosten für Revisionsoperationen auch nicht begleichen können wird.

Aktivitäten der HELIOS-Gruppe in der integrierten Versorgung

Die HELIOS Kliniken GmbH ist mit einem Umsatz von über 1,1 Mrd. Euro einer der großen privaten Träger von Akutkliniken. Derzeit gehören zum Konzern 25 Kliniken, darunter vier Krankenhäuser der Maximalver-

sorgung in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal und Schwerin. Zurzeit beschäftigt das Unternehmen 17.600 Mitarbeiter bei einer Gesamtkapazität von 9.345 Betten und jährlich 330.000 stationär behandelten Patienten. Im Jahr 2004 haben die HELIOS Kliniken insgesamt 331.306 Patienten stationär und 615.163 ambulant behandelt.

Strategisch ist HELIOS auf die Qualitätsführerschaft im Akutklinikmarkt ausgerichtet. Das von HELIOS entwickelte Qualitätsmanagement umfasst die Definition von medizinischen Unternehmenszielen, die konsequente, laufende Kontrolle der Zielerreichung und die Erweiterung der Ziele bei Erreichung. Mit über 1,4 Millionen ausgewerteten stationären Behandlungsfällen ist die medizinische Datenbank von HELIOS das größte nichtinstitutionelle Qualitätsmanagementprojekt eines Krankenhausträgers in Europa.

Für einen großen privaten Klinikträger, der als Unternehmen nachhaltige Wirtschaftlichkeit und als Klinikgruppe medizinische Qualitätsführerschaft anstrebt, stellt die integrierte Versorgung ein interessantes Werkzeug dar. Denn, wie bereits ausgeführt, Chancen bieten Verträge der integrierten Versorgung durch Steigerung der Erlöse und der Qualität der Patientenversorgung. Beispielhaft sollen zwei IV-Projekte im Konzern erläutert werden.

IV-Vertrag mit der BEK über kardiologische und kardiochirurgische Leistungen

Das HELIOS Klinikum Wuppertal ist ein Haus der höchsten Versorgungsstufe und mit über 1.000 Betten das größte Krankenhaus im Raum Bergisch-Land. Mit der Barmer Ersatzkasse (BEK) wurde ein Vertrag zur integrierten Versorgung (IV Herznetz Bergisch Land) zu kardiologischen und kardiochirurgischen Leistungen abgeschlossen. Das Ziel des Vertrages ist die Verbesserung der Versorgungsqualität durch Beschleunigung der Behandlung und Reduzierung von Wartezeiten für Patienten. Die Vergütung umfasst drei Phasen: 1) Akutbehandlung im Krankenhaus, 2) Rehabilitation, 3) Nachsorge. Das Leistungsspektrum umfasst 18 DRGs und ermöglicht dem Klinikum Erlöse außerhalb des Budgets, sollten mehr als 466 dieser Leistungen erbracht werden.

Bei der Bewertung der ersten Praxiserfahrung sind die Qualitätsvorteile für die Patienten und die strukturelle Optimierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ein klarer Mehrwert für alle Beteiligten: Mit dem Vertrag ist der Beginn einer engeren Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten und den umliegenden Krankenhäusern gelungen. Durch die Rehavisiten der Akutmediziner wird Qualität über einen Sektor hinaus gewährleistet.

Rechtlich formuliert bedeutet das Garantieren von Qualität die Vereinbarung von Gewährleistungen. Hier hat das HELIOS Klinikum Wuppertal

eine Gewährleistung für kardiologische und kardiochirurgische Leistungen von zwei Jahren vereinbart, ausgenommen sind Patienten mit Endokarditis und Patienten mit Kombinationseingriff. Für kardiologische Leistungen werden Qualitätskriterien vereinbart, die bei Nichterfüllung zu einer Malusregelung führen: Während nach internationaler Literatur die Restenoserate bei 30 – 40% liegt, sichert die Kardiologie im IV Vertrag eine Restenoserate von weniger als 30 % zu; sollte diese Zielsetzung nicht erreicht werden, gewährt die Kardiologie des HELIOS Herzzentrums Wuppertal einen Malus auf die IV Vergütungen des entsprechenden Berichtszeitraumes.

Aus Kliniksicht besteht der Vorteil in der beschriebenen Regelung, dass Einfluss genommen werden konnte auf die Definition von überdurchschnittlichen Qualitätsstandards und somit ein dokumentierter Wettbewerbsvorteil erzielt wurde. Auch die Fallzahlsteigerung im Vergleich zum Vorjahr, also zusätzliche Patienten, sind aus Sicht der Klinik ein erfreuliches Ergebnis, das das Risiko aus den Rabatten abfedert.

Nachteile und Probleme bestehen in einem enormen bürokratischen Aufwand (z.B. § 301 Datenträgeraustausch), der problematischen Handhabung von Ausgleichsmechanismen zum Jahresabschluss und in Abgrenzung zum Kernbudget, in der häufig geringen Patientenmotivation zur Einschreibung (hoher Überzeugungsaufwand) und dem hohen Koordinations- und Dokumentationsaufwand. Ein weiteres Risiko besteht – ähnlich wie im Rahmen der Medizinischen Versorgungszentren – gerade in der stärkeren Vernetzung mit einigen Partnern aus anderen Sektoren: Während die beteiligten Partner die Vorteile sehen, drohen Nichtbeteiligte, ihre Zuweisung zu reduzieren, sollten sie nicht berücksichtigt werden. Dieses Dilemma gilt es im Rahmen der weiteren Entwicklung von Vernetzungsstrategien zu lösen.

Insgesamt ergibt sich also ein differenziertes Bild, die Qualitätsvorteile für die Patienten bieten deutlichen Mehrwert, allerdings ergeben sich gerade aus der Praxisebene Probleme im administrativen Bereich, deren Lösung noch aussteht. Grundsätzlich macht das Verhalten der Patienten auch deutlich, dass gerade bei schwerwiegenden Krankheitsbildern wie in der Kardiologie, ein einfacher Bonus keine ausreichende Motivation zur Einschreibung darstellt. Der Patient bewertet alle Phasen des Versorgungskonzeptes und trifft – so die Erfahrung – seine Entscheidung für die medizinischen Partner in der Versorgungskette, von denen er die höchste Qualität erwartet.

IV-Vertrag Psychiatrie mit der TK MV

Die HELIOS Kliniken Schwerin, mit der zugehörigen Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, haben mit der TK Mecklenburg-Vorpommern einen Vertrag zur integrierten Versorgung zur übergreifenden Behandlung von Patienten mit Schizophrenie oder Depression abgeschlossen. Ziel des Ver-

trages ist die Verkürzung der stationären Verweildauer und die Verbesserung der Behandlungsqualität durch die Integration aller Versorgungsformen: Voll-/teilstationäre, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung und rehabilitative Versorgung. Leistungserbringer sind die HELIOS Kliniken Schwerin mit der Psychiatrischen Institutsambulanz und die Fachklinik Waren (Rehabilitationsklinik). Die Vergütung wird über eine Jahrespauschale pro Patient geregelt.

Diese bundesweit erste Psychiatrievereinbarung bietet für den Patienten die Vorteile der Behandlung „aus einer Hand“ für einen ausreichend langen Zeitraum, die Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung und der besseren beruflichen und sozialen Integration.

Aus Klinikpersicht ergeben sich die Vorteile der gezielten Überführung des Patienten in teilstationäre, ambulante oder rehabilitative Einrichtungen zur Sicherung des Behandlungserfolgs. Denn das Patientengut der Indikationen Schizophrenie oder Depression erfährt bei nicht ausreichend koordinierter Zusammenarbeit der einzelnen Sektoren oft das Schicksal des Drehtüreffektes. Letzterer verursacht seitens der Klinik regelmäßig für administrativen Aufwand, um Anfragen des MDKs zur Behandlungsdauer oder Befristung der Krankenhausaufenthalte zu bearbeiten. Im Rahmen des IV-Vertrages wurde hier nun eine Komplexpauschale verhandelt, die den Leistungserbringern mehr Verantwortung überträgt: Alle Beteiligten haben nun Rahmenbedingungen zur Gestaltung einer individuell sinnvollen Behandlungsdauer, um den oben genannten Drehtüreffekt zu verhindern. Die Erlöse aus der Komplexpauschale liegen außerhalb des Budgets.

Eine Bewertung des IV-Vertrages Psychiatrie kann so kurz nach Abschluss nicht vollständig sein und aufgrund des Patientengutes mit der entsprechenden Behandlung und Rückfallproblematik erst nach einer gewissen Laufzeit erfolgen. Die Verbesserung der sektorenübergreifenden Kooperation, die Reduzierung des administrativen Aufwandes gegenüber dem Kostenträger und die Stärkung der Verantwortung der Leistungserbringer sind jedoch eindeutig positiv zu bewertende Merkmale des Vertrages.

Erfahrungswerte: Gelebte integrierte Versorgung im Gesundheitszentrum Berlin-Buch

Welche Vorteile eine enge integrierte Versorgung für Patienten und Leistungserbringer – auch unabhängig von indikationsbezogenen Versorgungsverträgen – bietet, zeigt das Beispiel des Gesundheitszentrums Berlin-Buch. Historisch aus der Poliklinik entstanden und im Rahmen des GMGs einem Medizinischen Versorgungszentrum gleichgestellt, handelt es sich rechtlich um eine Einrichtung nach § 311 SGB V. Diese wird gemeinsam vom HELIOS Klinikum Berlin-Buch und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband betrieben und umfasst 14 medizinische

Fachbereiche mit 28 Ärzten, die ca. 120.000 Patienten im Jahr versorgen.

Im Vergleich zum jungen Instrument der integrierten Versorgungs-Verträge, das die Bewährungsprobe in der Praxis meistens noch vor sich hat, kann aus den praktischen Erfahrungen mit dem Gesundheitszentrum Berlin-Buch ein klar positives Resümee gezogen werden: Sowohl für die Patienten als auch alle beteiligten Ärzte ergeben sich klare Vorteile durch die enge fachliche, sektorenübergreifende und räumliche Kooperation. Viele Aspekte der Kooperation über Sektorengrenzen hinweg, die sich aus der integrierten Versorgung ergeben sollen, werden im Gesundheitszentrum Berlin-Buch schon lange gelebt.

Aus Sicht der Patienten werden eine gleichbleibend hohe Qualität der Versorgung aufgrund des „Hand-in-Hand-Arbeitens“ sichergestellt und lästige und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden. Neben der unmittelbaren Behandlungsqualität wird ein hoher Servicegrad erreicht, beispielsweise durch schnelle Terminierung und ein einfachem Zugang zu Spezialsprechstunden in der Klinik.

Für das HELIOS Klinikum Berlin-Buch ergibt sich aus der engen, vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen ein erheblicher Vorteil durch die hohe Verlässlichkeit auf die prästationäre Diagnostik. Neben der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen ermöglicht die enge Kooperation auch Vorteile bei der Arztausbildung.

Fazit: IV bietet Chancen, wenn Qualität ein Anliegen aller Beteiligten ist

Die Bewertung der rechtlich-konzeptionellen Ebene einerseits und die ersten Erfahrungswerte aus der Praxis andererseits führen zu folgenden Kernerkenntnissen:

1. Das Interesse der Akteure im Gesundheitswesen, IV-Verträge abzuschließen ist groß
2. Der Aufwand für die Konzeptionserstellung des IV-Angebotes für die Vertragsverhandlungen ist derzeit noch hoch
3. Preisrabatte stehen für die Kassen im Vordergrund, aber auch sichtbare Qualitätsvorteile sind für einen Vertragsabschluss gewünscht
4. Die von den Kassen oft geforderte unspezifische Gewährleistung ist sorgfältig zu prüfen

Aus der heutigen Erfahrung lässt sich nicht sagen, welchen Stellenwert die integrierte Versorgung zukünftig haben wird. Eine Verdrängung der Regelversorgung – wie von manchen prognostiziert – ist gerade aufgrund der Praxiserfahrung mittelfristig nicht absehbar.

Da die IV-Verträge grundsätzlich ein Instrument des Wettbewerbs und der Herausstellung von Qualität ermöglichen, wird der HELIOS-Konzern weiterhin die Initiative für integrierte Versorgungsmodelle übernehmen und die enge Abstimmung mit vor- und nachgelagerten Leistungserbringern suchen. Allerdings sind unbedingte Voraussetzung für HELIOS:

1. Halten der hohen Qualitätsstandards
2. Wirtschaftliche Durchführbarkeit
3. Vereinbarung der Gewährleistung auf Schäden, die kausal auf mangelnde Behandlungsqualität zurückzuführen sind.

HELIOS befürwortet ausdrücklich den zusätzlichen Wettbewerb durch IV-Verträge, allerdings nur, wenn nicht allein die Preiskomponente, sondern vor allem auch die Qualitätskomponente das Anliegen aller Beteiligten ist: aufseiten der Leistungserbringer und der Kostenträger.

Chancen der integrierten Versorgung für die Krankenhäuser

Heinz Lohmann

Die Umbrüche, die alle postindustriellen Gesellschaften erfassen, machen es notwendig, sich über Erfahrungen beim Wandel der Gesundheitsunternehmen auszutauschen. Ich bin der festen Überzeugung, dass gerade in der jetzigen Situation nur große Offenheit und Transparenz weiterhilft. Blockaden im Denken darf es nicht geben. Visionäre Ideen, kühne Unternehmenskonzepte und konsequentes Handeln sind gefragt.

„Wer den Gürtel nicht enger schnallen will,
muss die Ärmel hochkrempeln.“

Bodo Hombach
WAZ-Geschäftsführer

Ich möchte mit meinem Beitrag auf diese Zielvorstellungen orientieren. Mir ist klar, dass meine Gedanken nicht nur an, sondern auch aufregen. Das ist durchaus gewollt und kann helfen, richtige Antworten auf die vielen neuen Fragen zu finden. Kürzlich habe ich in einer deutschen Zeitung – zum wiederholten Male übrigens – gelesen, dass der Ärztekammerpräsident kritisiert, die Ökonomisierung gefährde, ja sie verdränge die Medizin. Nicht mehr die Ärzte, sondern die Kaufleute bestimmten die zentralen Inhalte im System. Symptom für diese Entwicklung sei die rasante Verbreitung des Begriffes Gesundheitswirtschaft.

Richtig daran ist, dass noch vor rund drei bis vier Jahren der heute so gebräuchliche Begriff Gesundheitswirtschaft eher Skepsis und Ablehnung ausgelöst hat. Viele Menschen glaubten, Gesundheit und Wirtschaft gehörten nicht zusammen. Heute ist das völlig anders. Die Wirtschaftspolitik hat den Gesundheitssektor als Wachstumsmarkt entdeckt. So versäumt es Wirtschaftsminister Wolfgang Clement in seinen Reden niemals, einen zentralen Abschnitt dem Thema Gesundheitswirtschaft zu widmen. Auch die Wirtschaftszeitungen sind aufgewacht. Beispielsweise veröffentlicht die Financial Times Deutschland seit einigen Wochen jeden Donnerstag eine ganze Seite zum Thema Gesundheitswirtschaft.

Gefährdet also das boomende Thema Gesundheitswirtschaft die positive Entwicklung der Medizin? Ist wirklich die Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung zu befürchten, wenn ökonomische Betrachtungsweisen in den Gesundheitssektor Einzug halten? Viele Menschen in

Deutschland glauben, wir hätten das beste Gesundheitssystem. Ist das wirklich so?

Die Steigerung der Qualität der Medizin
macht die Optimierung der Struktur
und der Prozesse erforderlich.

Die Wahrheit ist, dass die Qualität der Medizin von Einrichtung zu Einrichtung, so auch von Krankenhaus zu Krankenhaus, gewaltig schwankt. Überall dort, wo eine komplexe Medizin angeboten wird, besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Behandlungen und der Qualität. Richtig ist deshalb auch, dass in Krankenhäusern, die komplexe Behandlungen selten durchführen, die statistischen Ergebnisse deutlich schlechter ausfallen als in Kompetenzzentren. Es macht also einen großen Sinn, über die Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems auch gerade unter qualitativen Gesichtspunkten nachzudenken. Die allgemeinen Prinzipien sind dabei völlig klar: Es geht um Konzentration und Vernetzung. Durch Zusammenführung von komplexen Behandlungen an wenigen Orten lässt sich ohne Zweifel die Qualität der Medizin verbessern.

Um auch in der Fläche, außerhalb der Metropolen, eine hervorragende Medizin anbieten zu können, ist es dann notwendig, beispielsweise durch Telemedizin, die in den ländlichen Regionen vorhandenen Portale mit den Kompetenzzentren eng zu verbinden. Erstes Ziel der Veränderung der Medizin ist also die Verbesserung der Qualität. Ein unkritisches Festhalten an den überkommenen Strukturen steht dem entgegen.

Die Hebung der Produktivitätsreserven kann nur
durch mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen
und den „Gesundheitsproduzenten“ erreicht werden.

Natürlich existiert in postindustriellen Gesellschaften auch überall ein finanzielles Problem. In solchen Gesellschaften steigt aufgrund der Demographie und der hoch entwickelten Medizin die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei gleichzeitig knappen solidarischen Finanzen. Die auseinandergehende Schere kann nur durch eine erhöhte Produktivität des Gesamtsystems geschlossen werden, wenn ein dramatischer Leistungsabbau verhindert werden soll. Das ethische Ziel der Veränderungen ist also: gute Medizin zu bezahlbaren Preisen für alle. Dieses ist nur realisierbar, wenn die unternehmerische Kreativität herausgefordert wird.

„Es hängt von Dir selbst ab, ob du das neue Jahr
als Bremse oder Motor benutzen willst.“

Henry Ford

Deshalb müssen die bisherigen staatlich organisierten Planungssysteme durch Wettbewerb der Beteiligten ersetzt werden. Einheitliches und gemeinsames Handeln führt nicht zu mehr Gleichheit, sondern zu Verantwortungslosigkeit. Wenn alle verantwortlich sein sollen, ist letztlich keiner verantwortlich.

Das Prinzip des „einheitlich und gemeinsam“ muss
durch ein Vertragssystem zwischen Anbietern
und Nachfragern ersetzt werden.

Die Krankenkassen in Deutschland, die den gesetzlichen Leistungskatalog versichern, haben auf ihrem Markt bisher lediglich über die Beitragshöhe konkurriert. Die Leistungen waren in jeder Krankenkasse auf der Basis des gesetzlichen Kataloges gleich. Das hat in den letzten Jahren äußerst negative Entwicklungen gefördert. Die Nachfrageseite im System war nicht ernsthaft an den Leistungen der Anbieter interessiert. Lediglich die Höhe der Preise war von Interesse.

Erfolgsfaktor für Krankenkassen sind künftig
differenzierte Leistungsverträge
mit Gesundheitsanbietern.

Einzelne Krankenkassen haben nun erkannt, dass sie den Wettbewerb über den Beitragssatz nicht gewinnen können. Das gilt vor allem für große Krankenkassen. Deshalb sind sie neuerdings an einer Leistungsdifferenzierung interessiert. Sie selber können die Versicherungsleistungen nur sehr begrenzt gestalten. Lediglich der Service für die Versicherten ist ihrer Disposition zugänglich. Spannend wird der Leistungswettbewerb aber erst dann, wenn die Medizin für die Versicherten an Qualität gewinnt. Es geht darum, den Versicherten nicht lediglich „Cola“, sondern „Coca Cola“ anzubieten.

Weil Krankenkassen anfangen, differenzierte Medizinleistungen einzukaufen, besteht für die Gesundheitsanbieter die Chance, mit differenzierten Leistungen erfolgreich in ihrem Markt bestehen zu können. Deshalb haben innovative Krankenhausunternehmen damit begonnen, mit innovativen Krankenkassen Leistungsverträge abzuschließen.

„Wer nichts Neues ausprobiert, landet immer an
der gleichen Stelle.“

Jan Boklöv
Erfinder des V-Stils

In ihnen ist jeweils der medizinische Inhalt geregelt, z.B. der Ablauf der Behandlung; die Operation hat spätestens am zweiten Tag des Krankenhausaufenthaltes und die Entlassung spätestens am fünften Tag des Aufenthaltes zu erfolgen, wenn medizinische Gründe dem nicht entgegenstehen. Außerdem enthalten solche Verträge Absprachen über medizinische Zusatzleistungen, wie z.B. ambulante Reha oder Sekundärprävention sowie Verabredungen zur Unterbringung und Verpflegung. Sehr wichtig ist, wenn möglich, die Vereinbarung von Gewährleistungen: beispielsweise die kostenlose Nachoperation, wenn bei der gleichen Grunderkrankung sich der Erfolg der Behandlung nicht eingestellt hat. Außerdem werden Festpreise vereinbart und für den Fall, dass es der Krankenkasse gelingt, mehr als die vertraglich festgelegte Zahl ihrer Versicherten als Patienten in das jeweilige Krankenhaus zu steuern, Rabatte. Der Vorteil eines solchen Systems liegt bei den Krankenkassen, weil sie bei höheren Patientenzahlen wegen der Rabatte weniger Kosten haben, bei den Krankenhäusern, weil sie bei Mengenausweitungen zusätzliche Erlöse erzielen und nicht durch das gedeckelte Budget begrenzt werden, und natürlich bei den Patienten, die die hohe Qualität der medizinischen Leistung in den Kompetenzzentren erhalten.

„Ein Weg entsteht, in dem man ihn geht.“

Chiang-Tzu
Chin. Philosoph und Dichter
4. Jahrhundert v. Chr.

Solche Verträge basieren in Deutschland auf der gesetzlichen Regelung für integrierte Leistungen. Das ist ein Gesetz, das im Gegensatz zur sonstigen Ausgestaltung des Leistungsrechtes für die Vertragsparteien große Gestaltungsspielräume eröffnet. Gedacht ist die integrierte Versorgung insbesondere für Leistungen, die sowohl ambulante, stationäre, rehabilitative und pflegerische Bestandteile enthalten. Deshalb werden heute immer mehr Leistungspakete geschnürt, die diesen Ansprüchen genügen. Ambulant tätige Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegedienste gestalten gemeinsam die Behandlungslösungen für die Patienten und verabreden sie in einem Leistungsvertrag mit Krankenkassen.

Schwerpunkte der Entwicklung von „Paket-Lösungen“

- Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren
- Herzchirurgie inkl. interventionelle Kardiologie
- Schlaganfall
- Knie-Totalendoprothetik
- Colon CA, Oesophagus CA
- Depression
- Schwangerschaft/Entbindung

Die Zukunft wird darin bestehen, solche Leistungspakete in größerer Anzahl in „Container“ einzubringen und insgesamt zwischen Krankenkassen als Nachfragern und den Leistungsanbietern zu vereinbaren. Umfassende Lösungen für Patienten werden dabei immer mehr von den Partnern der Gesundheitswirtschaft gemeinsam entwickelt. Dienstleister und Industrie gestalten zusammen „Markenmedizin“, um über den gesetzlichen Anspruch hinaus hervorragende Behandlungen als Komplexleistung zu wettbewerbsfähigen Preisen zu realisieren. Deshalb fördern schon heute viele Regionen die Kooperation der Partner der Gesundheitswirtschaft. Diese junge Branche wird als Wachstumsmotor mehr und mehr erkannt. „Markenmedizin“ wird in Zukunft auch ein wichtiger Export-„Artikel“ sein. Durch Lizenzvergabe ist es möglich, einmal entwickelte Behandlungsangebote in verschiedenen Ländern der Welt anzubieten.

Entwicklung von „Container-Lösungen“

- Schieflage in der Bepreisung im G-DRG-System
 - Unterdeckung bei den Leistungen höheren Schweregrades
 - Überdeckung bei den einfachen Leistungen
- Rahmenvereinbarungen mit einzelnen Krankenkassen über gesamte Krankheitsgruppen auf Basis einer realistischen Bepreisung. (Erkrankungsgruppierungen, MDC, alle Patienten)
- Keine Mehrausgaben bei unveränderten Leistungsmengen für Krankenkassen.

In Deutschland benötigen bundesweit tätige Krankenkassen auch bundesweit verfügbare Lösungen für Patienten, also Medizinangebote. Da es noch keine deutschlandweit in den Metropolen tätige Krankenhauser-

konzerne gibt, wird es in den kommenden Jahren notwendig sein, das sich einzelne Krankenhausanbieter in verschiedenen Regionen zu „Markenmedizinringen“ zusammenschließen. Damit macht die Gesundheitsbranche eine Entwicklung durch, wie sie im Einzelhandel vor etwa 30 – 40 Jahren in Deutschland und anderswo auch abgelaufen ist.

„Markenartikelringe“ entstehen:

Bundesweite Krankenkassen brauchen bundesweit standardisierte Angebote.

Diese Ringe von Medizinanbietern schließen, quasi als Gesundheitsveranstalter, Verträge mit Krankenkassen über „Container“ mit klar definierten Leistungspaketen ab. Die Krankenkassen agieren in einem solchen Zukunftssystem als Nachfrageagenturen. Nicht der abhängige Patient steht den Experten hilflos gegenüber. Deshalb können die Verhandlungen von den „Beauftragten“ auf Augenhöhe geführt werden. Die gute Behandlung fängt mit der Auswahl einer guten Krankenkasse an. Das stärkt die Autonomie der Versicherten und der Patienten.

Krankenkassen als „Nachfrageagenturen“ und „Gesundheitsveranstalter“ als Anbieter sind zentrale Partner auf dem Gesundheitsmarkt der Zukunft.

In einem Wettbewerbssystem wird der Staat „nicht arbeitslos“. Andere Branchen machen es vor: Der Staat reguliert den Markt und schützt die Verbraucher lässt aber Freiraum für unternehmerische Aktivitäten.

Umregulieren heißt die Devise. In der Gesundheitswirtschaft bedeutet das beispielsweise, dass der Versicherungsmarkt durch Verpflichtung der Krankenkassen, mit Leistungsanbietern regional Verträge abschließen zu müssen, geordnet wird. Auch sollen die Patienten durch Qualitätsvorgaben geschützt werden. Wie im Telekommunikations- und Energiemarkt ist eine Regulierungsbehörde anzustreben.

Die reformierte integrierte Versorgung ist das „Trojanische Pferd“ im Gesundheitssystem.

Die bisherige Diskussion um die Veränderung der Gesundheitslandschaft macht deutlich, dass viele Menschen den Umbruch mit Ängsten und Sorgen begleiten. Deshalb ist es erforderlich, den Strukturwandel in einer offenen Atmosphäre zu gestalten. Um Blockaden zu vermeiden, ist ein ethischer Diskurs vonnöten. Es muss deutlich werden, dass nicht die

kurzfristigen Interessen der Versicherungs- und Leistungsanbieter im Vordergrund stehen, sondern der Patient und seine Bedürfnisse entscheidend sind. Gesundheitswirtschaft ist Vertrauenswirtschaft. Deshalb sind aktive Gesundheitsunternehmen gut beraten, ihre Angebote so zu gestalten, dass sie über Qualität vertrauensbildend wirken. Markenmedizin ist dazu ein zentraler Ansatz.

„In Zukunft gibt es nur noch zwei Arten von Firmen:
schnelle und tote.“

David Vice
Geschäftsführer der Northern Telecom

Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung bei zukünftigen Versorgungsformen

Wolfgang Aubke

Vielen Dank für die Einladung. Mein Ko-Referent, Herr Zalewski, ist leider aus persönlichen Gründen verhindert.

Heute Morgen hat Herr Kossow ja bereits eine brennende Philippika für das derzeitige System gehalten. Ich habe durchaus mit diebischer Freude die Lust zum „großen Schlag“ vernommen und mich gefragt, ob die Chaostheorie jetzt das führende Motiv für die Gesundheitspolitik werden soll. Auch wenn wir dies gedanklich durchspielen wollten, glaube ich nicht, dass der Versicherte davon unbedingt begeistert wäre. Im Übrigen sind die Bad Orber Gespräche weniger ein politisches denn ein sachorientiertes Forum und insofern ist man frei vom Zwang, eine vorbestimmte Rolle einzunehmen, man kann Dinge auch mit Fragezeichen ansprechen und von daher sich sachorientierter der Thematik nähern.

Abb. 1:

Neue Versorgungsformen



- Die Gesundheitsreform ist der Einstieg in den geplanten organisatorischen **Wandel** des Gesundheitssystems ...
- durch **Diversifizierung** der Anbieterstrukturen und Versorgungs-/Vertragsformen ...
- hin zu mehr **Wettbewerb**.

Hausarztzentrierte Versorgung	§ 73b
Spezielle Versorgungsaufträge	§ 73c
Medizinische Versorgungszentren	§ 95
Teilöffnung ambulanter Sektor	§ 116a/b
Disease Management Programme	§ 137f
Integrierte Versorgung	§ 140a ff.

L28, 11/2004

Quelle: KVWL



Die Gesundheitsreform ist der Einstieg in den geplanten organisatorischen Wandel des Gesundheitssystems durch Diversifizierung der Anbieterstrukturen und der Versorgungsvertragsformen. Das Instrument für die Vertragsdiversifizierung ist der Wettbewerb. Das Zauberwort „Wettbewerb“ ist einfach in die gesundheitspolitische Debatte hineingeworfen worden, ohne dass man sich bis in alle Verzweigungen hinein darüber Gedanken gemacht hat, a) unter welchen Rahmenbedingungen, b) unter welchen Controllinggesichtspunkten und c) unter welchen Nebenwirkungsaspekten sich Wettbewerb im Gesundheitswesen abspielt. Die in dieser Folie aufgeführten sechs Vertragsmodelle sind die wesentlichen Möglichkeiten einer wettbewerblich orientierten Differenzierung des Kollektivvertragsrechts. Am ehesten wird der § 73 b (hausarztzentrierte Versorgung) mit relevanter mengenmäßiger Auswirkung auf die Versorgung auf den Weg gebracht, da die Krankenkassen zur Umsetzung hierzu verpflichtet sind. Der § 73 c führt noch eine relatives Schattendasein, sehr zu meiner Verwunderung, weil hier offensichtlich in Abwägung zu dem § 140 noch nicht richtig klar geworden ist, wo man sich eigentlich positionieren will. Welche Rolle die medizinischen Versorgungszentren spielen werden, kann sich sicher erst langfristig herausstellen. Ob diese Versorgungsstruktur in Zukunft die Regelversorgung wird, ist angesichts der derzeitigen berufsrechtlichen und sozialrechtlichen ungelösten Fragestellungen offen. Nicht gelöst sind steuerrechtliche, gesellschaftsrechtliche und bedarfsplanerische Gesichtspunkte.

Zur integrierten Versorgung haben wir heute Morgen schon eine Menge gehört. Für KVen (Abb. 2) ergeben sich drei Kernfragen: Ist dieser Systemwettbewerb, der nun auf den Weg gebracht worden ist, mit oder ohne KVen gewollt? Es gibt Aussagen, Wettbewerb mit KVen sei ein Widerspruch in sich. Auf der anderen Seite haben die Erfahrungen mit der Einführung der Disease-Management-Programme gezeigt, dass es letztendlich ohne KVen nicht ging und wir ohne eine einheitliche Vertrags- und Versorgungsstruktur heute nicht den Versorgungsstand hätten, der sich mit Einbindung der KVen entwickelt hat. Die zweite Frage, die sich stellt, ist die, ob Wettbewerb im Wesentlichen mit der Begrifflichkeit Geldpolitik oder Strukturpolitik verbunden ist. Auch diese ist aus unserer Sicht zur Zeit noch nicht beantwortet. Die Missbrauchsmöglichkeiten der Verwendung und Umsetzung integrierter Versorgung unter dem Gesichtspunkt der Geldpolitik sind – zumindest was die ersten Verträge betrifft – sehr wohl als Kritikpunkt zu sehen.

Abb. 2:

Kernfragen für die KV

KV WL

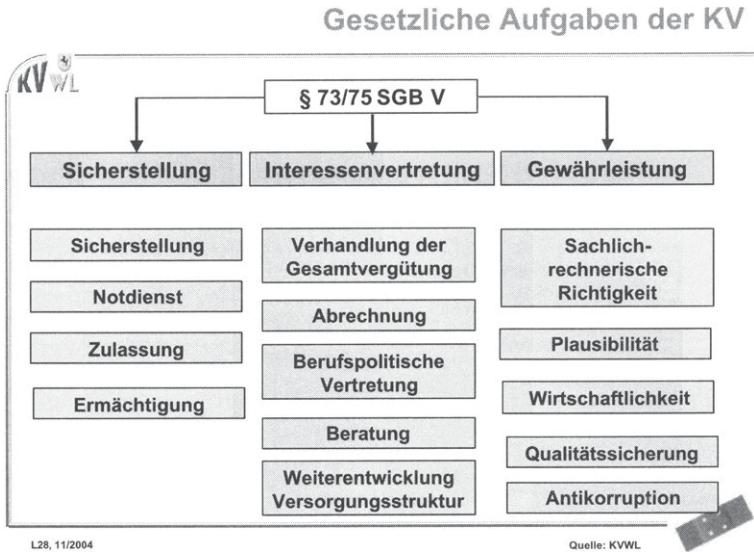
1. Eröffnung des Systemwettbewerbs mit oder ohne Beteiligung der KVen?
2. „Geldpolitik“ (Honorartopf integrierte Versorgung) und/oder „Strukturpolitik“ (nachhaltige Förderung neuer kooperativer Versorgungsformen)?
3. Welche Rolle soll die KV spielen (Provider? Berater? Dienstleister?)

L28, 11/2004 Quelle: KBV

Die dritte Frage bezieht sich auf die Rolle der KV in diesem neuen System. Hierbei ist es irrelevant, ob die Rolle der KVen mit oder ohne den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts gesehen wird.

Lassen Sie mich zunächst vor weiterem Fortgang in der Diskussion die Ist-Situation beschreiben, wie sie auf Abb. 3 dargestellt ist. Gemäß § 73 und § 75 SGB V erstrecken sich die gesetzlichen Aufgaben der KVen auf den Bereich der Sicherstellung, der Interessenvertretung und Gewährleistung mit den aufgeführten einzelnen Tätigkeitsfeldern. In allen bisherigen Vertragsansätzen zur integrierten Versorgung – Verträge also, die außerhalb der KVen angesiedelt sind – scheint man sich erst mit Umsetzung dieser Verträge darüber Gedanken zu machen, welchen Stellenwert eigentlich Plausibilitätsprüfung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung in diesen neben der KV angesiedelten einzelvertraglichen Absprachen haben. Allein die Abgrenzung dieser Aufgabenfelder in der Person eines Leistungserbringers, der gleichzeitig Inhaber eines Einzelvertrages wie aber auch Teilhaber an einem Kollektivvertragsrecht ist, macht deutlich, welche bisher nicht geklärten Schnittstellen sich im Konkurrenzfeld zwischen Einzelverträgen und Kollektivverträgen abzeichnen.

Abb. 3:




Immerhin scheint sich – nimmt man einzelne Aussagen nicht unmaßgeblicher Vertreter des BMGS ernst – eine gewisse Nachdenklichkeit breit zu machen angesichts der bereits jetzt erkennbaren Auswirkungen des Ausschusses Kassenärztlicher Vereinigungen aus Vertragsgestaltungen nach § 140. Wenn sich herausstellen sollte, dass auch Kassenärztliche Vereinigungen in Vertragsgestaltungen nach § 140 aus Praktikabilitätsgründen wieder eingeschaltet werden können, stellt sich die Frage nach einer Änderung des Körperschaftsstatus der KVen bzw. die Überlegung, ob der bisherige Körperschaftsstatus mit einer solchen Teilnahme an einer Vertragsform nach § 140 vereinbar ist. Damit verbunden ist die Frage, ob die den KVen in ihrer Funktion als Körperschaft öffentlichen Rechts aufgegebenen Ordnungsfunktion in Zukunft getrennt werden muss von der Interessenvertretungsfunktion. Man wird zeitnah die Frage klären müssen, wer in Zukunft in einer Welt flexiblierter Vertragsgestaltung die Ordnungsfunktion in dem Gesundheitssystem übernehmen soll. Die Überlegung, die Ordnungsfunktion den Krankenkassen zu übertragen, beinhaltet nicht geringe Gefahrenmomente. Die Finanzkompetenz und die Versorgungskompetenz in eine Hand zu legen, kann zu erheblichen Interessenkonflikten führen.

Diese Fragen gehen hin bis zu den Überlegungen von Horst Seehofer, der in Frage stellt, ob die Entwicklung hin zu einer Flexibilisierung und einer wettbewerblich orientierten Veränderung des Gesundheitssystems mit dem Korsett einer Körperschaft öffentlichen Rechts als Steuerungselement in Zukunft noch vereinbar ist.

Völlig unabhängig davon, wer in Zukunft die Steuerungsfunktion übernimmt, ergibt sich für Kassenärztliche Vereinigungen, sofern sie in Zukunft weiter bestehen bleiben, die Notwendigkeit, sich mit einer völlig geänderten Mitgliederstruktur auseinandersetzen zu müssen. Wir werden, wenn sie medizinische Versorgungszentren als kooperative systematische Regelversorgung entwickeln, Ärzte mit Angestellten-Status in nennenswerter Zahl haben. Daneben werden Krankenhausärzte aufgrund der Öffnung der stationären Versorgung für große Bereiche in der ambulanten Versorgung einen Mitgliederstatus in der KV bekommen. Innerhalb der derzeitigen Vertragsarztlandschaft werden wir Hausärzte mit Einzelverträgen haben sowie Ärzte, die in medizinischen Versorgungszentren einzelne Versorgungsbereiche neben der Wahrnehmung ihres Kollektivvertrages übernehmen. Daneben werden wir Ärzte haben, die in der integrierten Versorgung tätig sind. Alle diese Änderungen der Mitgliederstruktur und die Diversifizierung der Versorgungsaufträge in unterschiedlichen Vertragsgestaltungen werden nicht unerhebliche Auswirkungen haben auf den Ist-Zustand, z. B. auf die Verwaltungskostenumlage, die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Aufgaben einer KV, sowie die Wahrnehmung von Qualitätssicherung, Sicherstellung und Gewährleistung. Nicht unerheblich wird die Frage sein, wie diese Personaldifferenzierung sich auswirken wird auf die Wahrnehmung und Akzeptanz der KVen durch ihre Mitglieder aus deren bisherigen Status als Zwangsmitglieder. Auch die von uns auf den Weg gebrachte Organisationsreform – Stichwort „Hauptamtliche Vorstände“, sowie Vorstandsbesetzung auch durch nicht ärztliche qualifizierte Mitarbeiter – wird nicht unwesentliche Auswirkungen haben auf Selbstverständnis, Arbeitsweise und Außendarstellung Kassenärztlicher Vereinigungen in der Zukunft.


Abb. 4:

Neuausrichtung der Vertragsbeziehungen



1. HVM – Einvernehmen mit den Krankenkassen
2. Umstellung vom HVM auf Vergütungsvereinbarungen mit RLV und festem Punktwert
 - a) Morbiditätsbezug, Arztgruppenbezug, Arztbezug
 - b) Übernahme des Arztlisikos
 - c) bundeseinheitliche Vorgaben
3. Versorgungsauftragsbezogene „zweite“ Vertragsebene mit strukturellen und qualitativen Anforderungen an die Teilnahmeberechtigung
4. Erarbeitung von Organisations- und Vertragsmodellen für medizinische Versorgungszentren der Vertragsärzte

L28, 11/2004 Quelle: KBV



Die Verpflichtung der Einvernehmensherstellung im Rahmen der Honorarverteilungsmaßstäbe, die Umstellung der Honorarverteilungsmaßstäbe auf neue Vergütungsvereinbarungen mit Regelleistungsvolumina und festen Punktwerten sowie die versorgungsauftragsbezogene „zweite Vertragsebene“ und letztlich die Erarbeitung neuer Organisations- und Vertragsmodelle für medizinische Versorgungszentren wird eine komplette Neuausrichtung der Vertragsbeziehungen mit sich bringen.

Es gilt zwar der Fortbestand der Bedarfsplanung auch für neue Versorgungsformen, aber die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages (Abb. 5) wird arrondiert durch zunehmende Parallelzulassung des Krankenhauses, durch bevorzugte Ausrichtung auf Einzelverträge, durch Datenlücken bei Einzelvertragabrechnung bis hin zu Fragen der Auswirkung neuer Vergütungsformen unter den Bedingungen von Regelleistungsvolumenbegrenzungen und Abstaffelungen.

Abb. 5:

Erfüllung des Sicherstellungsauftrages



Fortbestand der **Bedarfsplanung** auch für medizinische Versorgungszentren und Ermächtigungen, aber ...

- Parallelzulassung des Krankenhauses
- Bevorstehender Ärztemangel
- Bevorzugte Ausrichtung auf Einzelverträge
- Datenlücken bei Einzelvertragsabrechnung
- Folgen von RLV-Begrenzung und Abstufelung
- Trotzdem: Vorstandshaftung und Zurückbehaltungsrecht bei Nichterfüllung

L28, 11/2004

Quelle: KBV

Abb. 6:

Qualität als Aufgabe der KV



1. KV-Qualitätsberichte
2. Qualitätsmanagement für Vertragsarztpraxen
3. Vereinbarung einheitlicher Qualitätssicherung für ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe
4. Formen frequenzabhängiger und/oder mit Rezertifizierung verbundener QS-Maßnahmen werden vereinbart
5. Qualitätszirkel für DMP und Pharmakotherapieberatung
6. Mitarbeit an QS-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

L28, 11/2004

Quelle: KVWL/KBV

Die zentrale Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist die Qualitätssicherung. Bekanntlich sind wir qua Gesetz zu jährlichen Qualitätsberichten verpflichtet, zur Einführung des Qualitätsmanagement, zu einheitlicher Qualitätssicherung für ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen. Es gibt viele Felder frequenzabhängiger oder mit Re-Zertifizierung verbundener Qualitätssicherungsmaßnahmen bis hin zu der gesetzlichen Verpflichtung der Mitarbeit an Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Wenn in zunehmenden Maße in Einzelverträgen die auch hier erforderliche Qualitätssicherung nur noch bilateral zwischen den Vertragspartnern stattfindet, ist eine einheitliche Wahrnehmung der Qualitätssicherungsgewährleistung durch Kassenärztliche Vereinigungen nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt möglich.

Abb. 7:

Konkurrenzfähigkeit mit dem Krankenhaus



1. Aufbau medizinischer Versorgungszentren in der Form von Sozietäten (Partnerschaftsgesellschaften)
2. Gleiche Wettbewerbsbedingungen durch feste DRG-vergleichbare Preise und Qualitätsanforderungen
3. Kooperationsmodelle zur Nutzung von Synergieeffekten und als Grundlage für Integrationsverträge
4. Nutzung der zweiten Ebene durch die KV für kollektivvertragliche Integrationsmodelle
5. KV als Dienstleister für Organisations- und Managementberatung von Vertragsärzten und deren Sozietäten

L28, 11/2004

Quelle: KBV




Die Frage, in welcher Art und Weise überhaupt eine faire Konkurrenzfähigkeit mit dem Krankenhaus steht – nicht auf der unternehmerisch-strategischen Ebene, sondern dort, wo durch gesetzliche Rahmenbedingungen insbesondere der Finanzierung unterschiedliche Voraussetzungen bestehen –, ist ebenfalls nicht eingehend durchdefiniert. Die Auswirkungen fester DRG-Vergütung und Preise auf den niedergelassenen Bereich sind nicht geregelt. Es ist zurzeit nicht geklärt, wie Leistungen nach § 116 b (Angleich an den EBM oder eigene Kostensätze) durchgeführt werden sollen. Das Gleiche gilt noch für ambulante Operationen. Wir haben nicht wenige tagesgleiche DRG-Pauschalen, die weit abweichen von identischen Leistungsinhalten im niedergelassenen Bereich. Wenn schon die doppelte Facharztschiene als Problem kritisiert wird und sich hier ein Wettbewerb eröffnen soll, dann müssen zumindest die Voraussetzungen gleichlanger Spieße geschaffen werden, um sich mit dem Argument der besseren Qualität unter gleichen Finanzierungsbedingungen hierauf einlassen zu können. Gerade hier bedarf es einer sehr klaren Positionierung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Interessenwahrnehmer der niedergelassenen Fachärzte für das gesamte Organisationsmanagement innerhalb dieser notwendigen Kooperation.

Der Ausbau der Informationstechnologie (Abb. 8) ist eine zwingende Voraussetzung, um datentechnisch die Basis für verschiedene gesetzliche Aufträge angesichts der Vertragsflexibilisierung zu gewährleisten. Hierzu ist der Aufbau einer auf pseudonymisierten Daten basierenden Datentransparenz als Grundlage für Gesundheitsberichte, Längsschnittenanalysen und Morbiditätsentwicklungen erforderlich. Einheitliche Standards für die innerärztliche Kommunikation und Patientendokumentation sind eine genauso wesentliche Voraussetzung wie der Aufbau elektronisch gestützter Informationssysteme für den Vertragsarzt zur Arzneimittelversorgung.


Abb. 8:

Ausbau der Informationstechnologie



1. Aufbau einer auf pseudonymisierten Daten basierenden Datentransparenz als Grundlage für Gesundheitsberichte, Längsschnittanalysen und Morbiditätsentwicklungen
2. Aufbau von datenschutzrechtlich gesicherten Standards für die innerärztliche Kommunikation und Patientendokumentation
3. Aufbau elektronisch gestützter Informationssysteme für den Vertragsarzt zur Arzneimittelversorgung

L28, 11/2004 Quelle: KBV



Wie bereits oben ausgeführt, ist die Rolle der KV bei zukünftigen Vertragsformen immer abhängig von der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages. Je nachdem wie der Gesetzgeber die Sicherstellung der kollektivvertraglichen Regelversorgung, den Gewährleistungsauftrag, sieht, beantwortet sich der Umfang des Anspruchs auf Mitbestimmung und Mitgestaltung bei der Qualitätssicherung.

Kommen wir zum letzten Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen, nämlich dem der Interessenvertretung. Gerade in einer versorgungs- und vertragsflexibilisierten, von Wettbewerb determinierten gesundheitspolitischen Landschaft, ist eine übergreifende Interessenvertretung der Ärzteschaft zwingend erforderlich. Wenn dies nicht mehr durch Kassenärztliche Vereinigungen sichergestellt ist, wird es eine bundesweite gewerkschaftsähnlich orientierte Ersatzorganisation geben müssen. Hierbei geht es in erster Linie um die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen, aber auch der Wahrnehmung berufsständischer Rahmenbedingungen. Die Frage ist natürlich, in welcher Art und Weise das flexibilisierte Vertragsrecht in der Zukunft Spaltungstendenzen innerhalb der Ärzteschaft verstärkt. Diese Frage ist deshalb nicht von geringer Be-

deutung, weil hier sowohl Qualitätsanreize wie auch ökonomische Anreize gesetzt werden, die Möglichkeiten schaffen, aus dem Zwangssystem auszubrechen. Ob die Ärzteschaft insgesamt in einer Berufsgruppenvertretung der ärztlichen Spaltung adäquat entgegentreten kann, ist eine für mich offene Frage.

Die Frage, inwieweit die einheitliche Vertretung Realität bleibt, hängt aber auch von der Fähigkeit der KVen ab, sich in dem neuen Markt anbieterorientiert zu positionieren.

Ausgehend von dem Organisationsmodell der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe als dienstleisterorientierte Anbieterstruktur (Abb. 9) möchte ich Ihnen darstellen, wie man den Herausforderung standhalten kann. Mit dem weiterhin aufrechterhaltenen Anspruch der einheitlichen und gemeinsamen Vertretung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts haben wir ein so genanntes Kompetenzzentrum aufgebaut, das die Aufgabenbereiche Beratung, Organisation und Schulung wahrnimmt. Die Beratungssäule ist der Bereich, der sicherlich bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich vorangetrieben wird, der aber mit Sicherheit forciert werden muss; auch wenn zur Zeit die Meinung vorherrscht, dass die Phase der Netzgründungen eigentlich vorbei sei, bleibt die Forderung weiterhin richtig, gedankliche und strukturelle Grundvoraussetzungen der Vernetzung zu schaffen, um allen Herausforderungen der Versorgungsvielfalt nachzukommen. Genau in die gleiche Richtung geht die Organisationsentwicklung, die im Sinne einer Marktanalyse sowohl bei Versicherten wie auch bei ärztlichen Mitgliedern zu einer Ist-Analyse, einer Nachfrageanalyse führen muss, um daraus entsprechende Versorgungsangebote auf der jeweiligen organisatorischen Ebene auf den Weg zu bringen. Die hierfür erforderlichen Anforderungen müssen in Form von Schulungskonzepten den ärztlichen Mitgliedern nahe gebracht werden.

Abb. 9:



Die Befugnis für eine derartige Konstruktion (Abb. 10) leitet sich ab aus § 75 SGB V (Zuständigkeit der KV für Sicherstellung und Gewährleistung) sowie aus § 105 SGB V (Förderungsbefugnis) sowie der unstrittigen Wahrnehmung der Interessenvertretung. Die Frage der Rechtsform ist hierbei von relativ untergeordneter Bedeutung. Wir sind nach sorgfältiger Analyse gesellschaftsrechtlicher Fragen der Meinung, dass die GmbH hierzu die adäquate Gesellschaftsform ist. Abb. 11 weist dieses Modell in einer Grafik aus. In dem Schaubild ist die KV-Consult eine 100 %ige Tochter der KV als Körperschaft des öffentlichen Rechtes in der Rechtsform einer GmbH mit einem Geschäftsführer. Diese KV-Consult erbringt Dienstleistungen mit oder ohne Anspruch von Ressourcen der KV und finanziert sich durch Aufträge aller Akteure im Gesundheitswesen. Wir sind so mutig zu sagen, dass dies genauso wie andere Unternehmensgesellschaften in dem Gesundheitsmarkt notwendig und auch möglich ist, auch wenn in zunehmenden Maße Konkurrenten meinen, unter dem Gesichtspunkt des Kartellrechts kritisieren zu müssen, dass die KV-Consult eine 100 %ige Tochter der KV sei und eine KV als Körperschaft öffentlichen Rechtes unter kartellrechtlichen Gesichtspunkten einen einseitigen Markt Vorteil hat.

Abb. 10:

„KV-Consult“: Rechtsfragen



Befugnis zur Gründung leitet sich her aus:

- Zuständigkeit der KV für Sicherstellung und Gewährleistung aufgrund § 75 SGB V
 - Schnittstellenproblematik
- Förderungsbefugnis nach § 105 SGB V
- *Interessenvertretung*

Frage der Rechtsform:

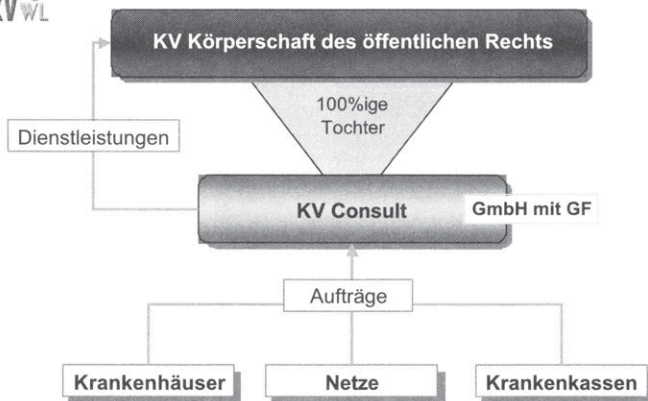
- KVen wickeln diese Tätigkeiten in privatrechtlich organisierten Rechtsformen ab (z.B. GmbH), um die Neutralität der Beratung zu sichern und Kostentransparenz herzustellen.

L28, 11/2004

Quelle: KBV, „Schirm-Papier“

Abb. 11:

KV-Consult: Modell



L28, 11/2004

Quelle: KVWL

Die optimistische These der KV als Erfolgsgarant in dem sich neu orientierenden Gesundheitsmarkt fußt auf drei Voraussetzungen: Der Aufbau integrierter Versorgung setzt die Kooperationswilligkeit der Vertragsärzte voraus. Sie sind der Schlüssel zur freiwilligen Einschreibung der Versicherten. Hierfür ist eine zielgerichtete Informationspolitik der KV erforderlich.

Der Aufbau integrierter Versorgung unter Einbeziehung von Vertragsärzten fordert diesen einen hohen Grad an struktureller und betriebswirtschaftlicher Professionalisierung ab. Dies verlangt einen Ausbau der Beratungsleistung durch die KV, wofür sie sich kompetent und überzeugend darstellen kann.

Zahlreiche Fragen und Probleme im Rahmen des Aufbaus integrierter Versorgung – wie oben dargestellt – zwischen Krankenkassen, Krankenhaus und Arztpraxis verlangen eine kompetente und von Erfahrung geprägte Unterstützung durch die KV.

Zusammenfassung:

Wir gehen davon aus, dass die KV auch über einen längeren Zeitraum weiterhin Garant sein wird in der Regelversorgung unter kollektivvertraglichen Bedingungen und qualitätsgesicherten Versorgungsangeboten. In einer realistischen Entwicklungsperspektive nach Roland Berger wird der Aufbau integrierter Verträge das kollektivvertragliche Versorgungssystem allenfalls in einem Zehn-Jahres-Zeitraum ablösen. Hierbei wird die hausarztzentrierte Versorgung der wesentliche Schrittmacher sein. Wir werden die speziellen Versorgungsverträge unter medizinischen Gesichtspunkten und vertragsrechtlichen Aspekten des Anspruchs, Qualitätssicherung zu gewährleisten, begleiten. In der weiteren Perspektive wird die KV als Dienstleistungszentrum für den Vertragsarzt im Vertragswettbewerb der Krankenkassen und in der Wahlfreiheit der Versicherten und der differenzierten Versorgungsformen eine zentrale Rolle spielen. Darüber hinaus wird die KV als Vertragspartner der Krankenkassen zur Gewährleistung von Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität gefordert. Und letztlich ist die KV als Vermittler objektivierbarer und gesicherter Daten über das vertragsärztliche Leistungsangebot Garant für den Aufbau einer dringend notwendigen Versorgungsforschung. Erst damit werden die Voraussetzung geschaffen, die gesundheitspolitisch gewollte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitssystems hinsichtlich ihrer Effizienz zu evaluieren.

Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen

Christoph Hans Straub

Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen, so lautet der vorgegebene Titel der Referate in dieser Session. Der folgende Text greift diese Frage auf und erweitert sie um zwei Aspekte: Erstens – der Diskussion von Möglichkeiten vorgeschaltet – eine Abwägung, ob eine wettbewerbliche Differenzierung zwischen einzelnen Krankenkassen sinnvoll oder gar notwendig ist, um einen funktionierenden Wettbewerb in der GKV zu begründen, und zweitens, welche Chancen die wettbewerbliche Differenzierung zwischen Krankenkassen für die GKV bietet.

Viele zweifeln grundsätzlich an den Vorteilen einer wettbewerblichen Orientierung in der GKV. Die dabei am häufigsten vorgebrachten Argumente lassen sich in den drei folgenden Behauptungen zusammenfassen:

- Wettbewerbsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen förderten direkt oder indirekt die Risikoselektion. Direkt, weil für Krankenkassen, die in einem Wettbewerb stünden, nichts rentierlicher sei als die Selektion günstiger Risiken und diese damit zum zentralen Unternehmenszweck würde. Indirekt, weil Krankenkassen über die wettbewerbliche Differenzierung von Versorgungsangeboten gezielt Angebote für (schwer oder chronisch) Kranke rationieren und damit die Attraktivität der Kasse für Kranke reduzieren könnten.
- Ein beliebtes Argument gegen jegliche Differenzierungsmöglichkeit ist die Drohung mit der Förderung einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Gemeint ist ein nicht tolerabler, respektive tolerierter Vorteil jener Versicherten, die bei einer Krankenkasse, die im Wettbewerb schneller oder erfolgreicher agiert, eine in irgend einer Hinsicht „bessere“ Versorgung erhalten könnten, als die Versicherten anderer Krankenkassen.
- Ein ebenfalls häufig bemühtes Argument gegen einen Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist, dass dies zu Aufwänden für Werbung, differenzierte Vertragswerke, allgemein für Verwaltung führen würde, und damit zu Ausgaben, die für die Versorgung von Kranken fehlten.
- Risikoselektion

Der Rahmen der Veranstaltung lässt nicht den Raum, auf alle Behauptungen einzugehen. Zu diskutieren wäre, ob es empirische Belege dafür gibt, dass Wettbewerb – anders als in anderen Produkt- und Dienstleistungsbereichen – nicht zur Verbesserung, sondern zur Verschlechterung des Angebots führt. Und dies nicht in irgend einem Versorgungssystem, sondern in der GKV. Die Verbindung von Wahlfreiheit der Versicherten, Öffnung der meisten Krankenkassen und dem Kontrahierungszwang ist eine sehr wirksame ordnungspolitische Vorkehrung gegen eine mehrheitliche und/oder längerfristige Orientierung der Krankenkassen hin auf Risikoselektion oder Rationierung. Dies unterscheidet die GKV fundamental zum Beispiel von dem in der Regel als negatives Vorbild herangezogenen US-amerikanischen Krankenversicherungsmarkt. Hinzu kommt die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit, Politik und Medien als korrigierender Faktor. Bisher wurden die ganz wenigen punktuellen und eher zaghaften Versuche einzelner Krankenkassen zur adversen Risikoselektion umgehend von den Medien aufgegriffen und angeprangert. Es erscheint höchst zweifelhaft, dass die Chancen einer kurzfristig erfolgreichen Risikoselektion die längerfristigen Risiken im Wettbewerb um Mitglieder aufwiegen könnten. Das Stigma einer Krankenkasse, die nicht versorgt, ist kaum zu kompensieren. Konkrete Beispiele sind den Zuhörern bekannt. Als weitere Frage wäre zu diskutieren, wie stabil das Merkmal „gutes Risiko“ ist usw.

Gegen die Sorge, dass gezielt mangelhafte, rationierende Versorgungsangebote die Folge vertraglicher Freiheiten aufseiten der Krankenkassen sein könnten, sprechen einerseits die gerade aufgezählten Besonderheiten des deutschen Krankenversicherungssystems. Zum anderen lässt sich zeigen, dass die Krankenkassen in der Vergangenheit die Möglichkeiten der wettbewerblichen Differenzierung von Versorgungsangeboten dazu genutzt haben, optimierte Konzepte für Kranke zu entwickeln. So betrieben z. B. die Ersatzkassen in den neunziger Jahren mit großem Aufwand die seinerzeitigen „Erprobungsregelungen“ für Psoriatiker, Neurodermitiker oder cerebralaparetische Kinder (Petö-Therapie), keine Klientel, die unter Aspekten der Risikoselektion attraktiv wäre. Wenn dennoch weitere Maßnahmen für notwendig gehalten werden sollten, um eine sinnvolle Orientierung des Wettbewerbs zu gewährleisten, dann besteht eine Option zur Verhinderung bewusst geplanter, schlechter Versorgungsangebote in der Etablierung einer Kontrollinstanz. Diese Instanz könnte die Konformität von im Wettbewerb entwickelten Versorgungsangeboten, bzw. die der Umsetzung zugrunde liegender Verträge anhand relativ einfacher Kriterien überprüfen. Denkbar ist – nach Auflösung einer Menge derzeit bestehender Ausschüsse, Gremien etc. – eine Art „Regulierungsbehörde“ für die Überwachung des Einzelvertragswettbewerbs. Notwendig scheint diese Maßnahme nicht.

Genau in die entgegengesetzte Richtung zielt das Argument der „Zwei-Klassen-Medizin“. Hier wird unterstellt, dass Wettbewerb zwischen Krankenkassen nicht zu einer schlechteren, sondern zu einer besseren Versorgung führt. Aber nicht für alle zur gleichen Zeit. Es ist richtig, dass die Versicherten einer „besseren“ Krankenkasse im Wettbewerb temporär einen Vorteil haben. Welcher Art der Vorteil sein kann, hängt von der Ausgestaltung des Wettbewerbsrahmens ab. Darauf ist später näher einzugehen. Das Wechselspiel von Vorstoß und Nachfolge ist konstitutiv für Wettbewerb. Diese Dynamik treibt den Fortschritt in wettbewerblich organisierten Märkten in Richtung auf eine höhere Bedarfsgerechtigkeit bzw. eine höhere Akzeptanz der Produkte. Die Alternative ist, in einem absolut gleichmäßig organisierten Gesundheitswesen Fortschritt unter Bedingungen wachsender Knappheit zentralisiert zu bewerten und reguliert einzuführen. Fortschritt meint dabei sowohl die Fortentwicklung des Leistungsumfanges, d.h. der Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog, als auch z. B. auf die Anbieterstruktur und die Servicequalität bezogene Verbesserungen. Sehr viel wahrscheinlicher ist unter solchen Bedingungen ein gemeinsames und einheitliches Desinteresse an einer Optimierung zu Lasten von Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit. Eine genauere Analyse einiger aktueller Trends der kollektiven Steuerung könnte hierzu Anhaltspunkte liefern.

Der Preis für eine dynamisch auf den Fortschritt gerichtete, wettbewerblich differenzierte Organisation der GKV sind (möglicherweise) anteilig höhere Ausgaben für Verwaltung. Ein Problem wären diese Kosten nur dann, wenn ihnen nicht eine höhere Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung, eine raschere Teilhabe der Versicherten an Innovationen etc. gegenüber stünden. In einem künstlich stabilisierten, gegliederten GKV-System mit ansonsten uniformen Angeboten und Leistungen dienen die Verwaltungsausgaben insgesamt nicht dem Fortschritt, sondern dem Erhalt von multiplizierter Bürokratie. Das ist kaum zu rechtfertigen.

Aus dem Gesagten (und vielem nicht Gesagten) leitet sich die erste Hypothese ab: Wettbewerbliche Differenzierung zwischen Krankenkassen ist sinnvoll. Es wäre jedenfalls erstaunlich, dass im Gesundheitswesen und unter den Krankenkassen nicht gelten sollte, was wir ansonsten für alle Bereiche der Wirtschaft und des Gemeinwesens akzeptieren, nämlich das Streben nach Unterschieden, das Streben nach Vorteilen über Verbesserung und Differenzierung eine Triebkraft der Veränderung hin zum Guten ist. Das Streben nach Verbesserung muss nicht immer zum Guten führen, aber das Prinzip ist allgemein akzeptiert.

Wettbewerbliche Differenzierung

Wenn eine wettbewerbliche Differenzierung von Krankenkassen sinnvoll ist, ist sie auch notwendig? Sie könnte notwendig sein wegen einer zunehmenden Erosion des Vertrauens der Versicherten in das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sich aufhäufenden Probleme der Steuerung bis hin zum Versagen der kollektiven Steuerung. Wettbewerbliche Differenzierung ist ein mächtiger Treiber, der die Interessen der Unternehmen auf die Interessen ihrer Klientel ausrichtet. Wiederum ist zu Bedenken, dass in Deutschland anders als z. B. in den USA, das einzelne Mitglied der umworbene Kunde der Krankenkassen ist und nicht der Arbeitgeber oder andere.

Die Gesetzgebung der letzten Jahre zielte auf eine zunehmende Vereinheitlichung des Leistungsrahmens über eine zunehmend zentralisierte und restriktiv auf Evidenz gegründete Bewertung von Leistungen. Dieser Prozess wurde in den Medien durchgängig negativ als Rationierung dargestellt. Dabei steht außer Frage, dass die Novellierung der Strukturen und Verfahren der Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren Deutschland bezüglich der Bewertung medizinischer Technologien an die bis dato führenden Länder herangeführt hat. Hinzu kommen ein rapide wachsendes Angebot an „individuellen Gesundheitsleistungen“, die ganz überwiegend zu Unrecht den Leistungsrahmen der GKV unvollständig erscheinen ließen, und Berichte über direkte, budget (perioden) bedingte Rationierungen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Die Folgen sind ein rapides Anwachsen von Widersprüchen gegen Leistungsentscheidungen von Krankenkassen, eine Zunahme von Verfahren vor den Sozialgerichten und insgesamt eine zunehmende Erosion des Vertrauens in das Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die GKV wird unter den Bedingungen durchgängig vereinheitlichter, kollektiver Leistungsdefinitionen und kollektiv organisierter Leistungsangebote immer weniger wahrgenommen als ein System konkurrierender Krankenkassen, die jeweils bemüht sind, ihren Versicherten für den gezahlten Beitragssatz den besten Gegenwert zu liefern. Diese Situation ist mittel- und längerfristig für den Fortbestand der GKV wesentlich gefährlicher als passagere Budgetrestriktionen.

Hinzu kommt das Versagen kollektiver Steuerungsverfahren, das aufseiten der (Gesundheits-)Politik das Vertrauen in das korporatistische System untergräbt. Genannt seien beispielhaft das Versagen des Sicherstellungsauftrages und der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Weder haben die beiden kollektiv verantworteten Instrumente verhindert, dass seit Jahren in Metropolregionen eine allgemein als zu hoch empfundene Zahl von Vertragsärzten tätig sein konnte (= Überversorgung), noch sind die

Instrumente jetzt zu etwas nütze, wo es gilt, die fast schon sprichwörtliche hausärztliche Unterversorgung in der Uckermark zu korrigieren (...obwohl das immer noch überversorgte Berlin doch so nahe ist). Jetzt, wo Bedarfsplanung und Sicherstellungsauftrag zur Behebung eines Defizites ineinandergreifen müssten, funktioniert es eben nicht. Der geschulte Funktionär im System kennt die unzähligen Regelungen und Normen und versteht warum. Es geht um die anderen. Als weiteres aktuelles Beispiel ließe sich die Versorgungssituation in der Kieferorthopädie und anderes anführen.

In der Quintessenz bedrohen ein Vertrauensverlust in das Leistungsversprechen der GKV aufseiten der Bürger und der Vertrauensverlust in die Steuerungsfähigkeit der kollektiven Selbstverwaltung aufseiten der Politik nicht unerheblich den Fortbestand der GKV und ihrer hohen positiven Werte für Wirtschaft und Gesellschaft. Schon heute ist die gesetzliche Krankenversicherung in der öffentlichen Diskussion fast durchgängig negativ konnotiert. Wenn das so bleibt und Versicherte, Leistungsanbieter, Arbeitgeber, Gewerkschaften und andere Gruppierungen für die Zukunft nicht mehr auf die GKV setzen, wird mit Sicherheit auch die Politik ihr Interesse verlieren und zu radikalen Änderungen bereit sein. Am Ende der Regulierung aus Angst und Not steht bezüglich der GKV das „Einheits-Basis-Versorgungs-Angebot“, das nicht den medizinischen oder den Serviceanspruch der Bevölkerung in einer wohlhabenden Industrienation erfüllt. Es soll deutlich gesagt werden, durchgreifende Veränderungen tun Not, hier wird nicht für den Erhalt des Status quo argumentiert, aber Veränderungen unter Erhalt der positiven Grundzüge der GKV und deren Fortentwicklung.

Gegenstand wettbewerblicher Differenzierung

Die zweite Hypothese ist demnach, dass eine stärker wettbewerbliche Organisation der GKV nicht nur sinnvoll, sondern aktuell auch notwendig scheint, um rasch Entwicklungspotenziale in der Versorgung zu erschließen und das Interesse der Krankenkassen stärker an den Interessen ihrer Versicherten auszurichten.

Was soll oder kann der Gegenstand einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen Krankenkassen sein? Zum Teil wird der Ansatz einer wettbewerblichen Differenzierung in der politischen Diskussion diskreditiert, indem versucht wird, die negativen Folgen einer Differenzierung über unterschiedliche Leistungen in den Vordergrund zu stellen. Dabei wird so getan, als sei Gegenstand und Ziel einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen Krankenkassen, einen exklusiven Zugang zu bestimmten (innovativen) Leistungen zu schaffen oder zu erhalten. Es ist

aber selbstverständlich, dass auch unter stärker wettbewerblichen Bedingungen die Versicherten einer bestimmten Krankenkasse nicht mit schärferen Skalpellern operiert werden oder ein Arzneimittel, eine Chemotherapie usw. erhalten, die anderen Versicherten vorenthalten wird. Der Zugang zu bestimmten Leistungen ist nicht Gegenstand der wettbewerblichen Differenzierung, die hier diskutiert wird. Gegenstand und Ziel der wettbewerblichen Differenzierung zwischen Krankenkassen ist die optimale Organisation von Gesundheitsleistungen, zu denen grundsätzlich alle Versicherte in der GKV Zugang haben.

Ein kleiner Exkurs soll dennoch der Frage gelten, wie der Zugang zu Leistungen in der GKV insgesamt reguliert wird, weil dies das Potenzial eines Wettbewerbs um die Organisation der Versorgung zeigt. In den letzten zehn Jahren wurde über verschiedene gesetzliche und andere Eingriffe in Wesen und Funktion der Bundesausschüsse und benachbarter Organisationen die Grundlage geschaffen für eine (fast) alle Leistungssektoren umfassende, methodisch hochqualifizierte Bewertung von medizinischen Leistungen, die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV finden sollen. Die Richtlinien als Grundlage der Bewertung von Leistungen, die Aufbereitung von Evidenz, die Kompetenzen der beteiligten Personen und Organisationen usw., die Fortschritte sind offensichtlich. Bei der Bewertung medizinischer Leistungen ist der „state of the art“ erreicht, der Anschluss an die international führenden Länder ist geschafft. Die Entscheidung über die Aufnahme einer Leistung in den Leistungskatalog der GKV anhand der verfügbaren Evidenz über deren Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und relative Wertigkeit ist aber nur ein Element einer auf Effizienz gerichteten Steuerung des Systems. Bekannt ist, dass die meisten medizinischen Verfahren in irgendwelchen klinischen Situationen sinnvoll sein können und dass die wesentliche Ursache für Ineffizienzen in einem Gesundheitswesen nicht der Zugang zu bestimmten, grundsätzlich nicht wirksamen oder wirtschaftlichen Leistungen ist, sondern der nicht angemessene Einsatz an sich wirksamer und – angemessen eingesetzt – wirtschaftlicher Leistungen am falschen Ort zur falschen Zeit. Vor diesem Hintergrund ist auffällig, welche aufwändigen, elaborierten Verfahren in der GKV entwickelt wurden, um über die Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog zu entscheiden, und wie wenig wirksam im Anschluss die Steuerung hin auf einen angemessenen Einsatz dieser Leistungen ist. Einiges spricht dafür, dass die Angemessenheit des Einsatzes medizinischer Interventionen im Einzelfall eben auch nicht optimal über zentralisierte Entscheidungen und Vorgaben gelöst werden kann.

Die Steigerung der Effizienz der Versorgung über eine verbesserte „Angemessenheit“ ist ein Feld für den Wettbewerb zwischen Krankenkassen.

sen: Organisationsmodelle medizinischer Versorgung in Partnerschaft mit Leistungsanbietern zu entwickeln, die Leistungen effizienter zu koordinieren und damit die Angemessenheit zu steigern. Der Wettbewerb ist im wesentlichen nicht auf „access“, sondern auf „appropriateness“ der Versorgung gerichtet. Damit ist deutlich, dass einerseits ein weites Feld von Möglichkeiten der Differenzierung besteht und dass andererseits ein kollektiver Suchprozess nach besseren Lösungen eine bestehende Schwäche des deutschen Gesundheitswesens direkt adressiert.

Instrumente einer wettbewerblichen Differenzierung

Welche Instrumente stehen den Krankenkassen für eine wettbewerbliche Differenzierung zur Verfügung? Die wesentliche Plattform für wettbewerbliches Agieren außerhalb kollektiver Vertragssysteme bildet die Integrationsversorgung nach § 140 a ff. SGB V. Ganz überwiegend werden auch die übrigen Einzelvertragsoptionen „integrierend“, d.h. gegebenenfalls in Koppelung an einen Vertrag nach § 140 a umgesetzt werden. Diese neuen Organisations- und Angebotsformen von Versorgung nach dem GMG sind die medizinischen Versorgungszentren nach § 95, eine Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b oder auch die hausarztzentrierte Versorgung. Sowohl bei aufwändigen akuten Erkrankungen als auch bei chronischen Erkrankungen ist die sektorenübergreifende, koordinierte Steuerung der Versorgung der gesamten Behandlungsepisode entscheidend für eine Steigerung der Effizienz.

Leitend bei der Konzeption von Verträgen für die integrierte Versorgung sind eine gegenüber der „unkoordinierten Regelversorgung“ darstellbare Überlegenheit in drei Dimensionen: Medizinische und ökonomische Vorteile in Verbindung mit einem besseren Service für die Patienten. Letzterer kann in unterschiedlichen Aspekten der begleitenden Information, Beratung oder anderen Dingen gefasst werden. Alle Parameter für die Bestimmung der Effekte werden vorab mit den Vertragspartnern entwickelt und in den Vereinbarungen fixiert. Ein umfassendes Controlling schließt sich an. Integrationsversorgung ist damit ein unternehmerisch eingesetztes Instrument zur Stärkung des Angebotes einer Krankenkasse und kein Mittel zur Ausgabenreduktion. Wie bereits festgestellt, geht es dabei nicht um die Schaffung exklusiver Versorgungsformen. Das Lernen vom Konkurrenten, die Kopie (besser) funktionierender Konzepte ist integraler Bestandteil dieser neuen Wettbewerbssituation.

Manche beklagen, die Krankenkassen würden die ihnen mit dem GMG eingeräumten Möglichkeiten zu einzelvertraglichem Handeln nicht genügend schnell und energisch ergreifen. Dieser Ansicht ist zu widersprechen. Weder die Zahl der Verträge noch die Ausschöpfung der als An-

schubfinanzierung zur Verfügung gestellten Mittel sind aus unterschiedlichen Gründen ein geeigneter Maßstab für die Bewertung der Dynamik. Aus der Perspektive der TK sind schon in den ersten Monaten im Rahmen der verhandelten Verträge u.a. für die Versorgung von Patienten mit Hüft- und Kniegelenksendoprothesen, die herzchirurgische, schmerztherapeutische und orthopädische Versorgung gegenüber dem status quo relevante Verbesserungen vereinbart worden. Gerade weil das Potenzial dieser Einzelvertragsformen hoch ist, ist es wichtig, der Entwicklung genügend Zeit zu lassen und nicht vorschnell über die erreichten Effekte zu urteilen.

Eine weitere Möglichkeit zur wettbewerblichen Differenzierung bieten die Modellvorhaben nach § 63. Modellvorhaben eignen sich nicht für die langfristige Organisation größerer Versorgungszusammenhänge. Sie sind nach der Novellierung der Paragraphenfolge zur Integrationsversorgung auch nicht mehr zwingend notwendig für die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte. Die Domäne der Modellvorhaben wird in der Zukunft in einem schmalen aber wichtigen Bereich liegen. Sie ermöglichen Krankenkassen die Initiierung oder Beteiligung an methodisch seriöser Versorgungsforschung, die Erkenntnisse über den Einsatz neuer oder veränderter Interventionen bringen soll. Methodisch seriös heißt, dass für die Durchführung von Modellvorhaben Protokolle notwendig sind, die etablierten Maßstäben für gute Versorgungsforschung genügen sowie eine unabhängige wissenschaftliche Begleitung für die Evaluation. Voraussetzung ist unter anderem die Zulassung der eingesetzten Technologie im jeweiligen Feld. Trotz dieser Einschränkung bieten Modellvorhaben die Möglichkeit, den Versicherten Innovationen zugänglich zu machen und der Krankenkasse damit die Option der Innovationsführerschaft. Ein aktuelles Beispiel ist das Modellvorhaben der TK zum Einsatz so genannter beschichteter Koronarstents, das nach wissenschaftlichen Kriterien die medizinischen und ökonomischen Effekte solcher Gefäßstützen gegenüber etablierten Alternativen prüft. Der Ansatz ist weiterhin interessant, weil nicht nur prospektiv, auf der Basis der vorliegenden Evidenz Patientengruppen definiert wurden, die für die Versorgung in Frage kommen, sondern auch Parameter der Struktur- und Prozessqualität teilnehmender Kliniken vertraglich vereinbart werden konnten. Auf diese Weise erfüllt dieses Modellvorhaben mehrere der vorab genannten Kriterien für eine Optimierung der Versorgung.

Die wettbewerbliche Differenzierung von Krankenkassen über neue Versorgungsangebote, die als integrierte Versorgung oder als Modellvorhaben umgesetzt werden haben das Potenzial, zu einem Treiber der Veränderung von Strukturen und Prozessen in der Versorgung zu werden. Es erscheint nicht unrealistisch, innerhalb weniger Jahre 20–30 % der

Ausgaben über innovative, integrierte Versorgungsverträge zu steuern. Wenn diese Verträge belegbare Vorteile gegenüber der traditionellen Versorgung aufweisen, ist dies ein sehr relevanter Beitrag für die Zukunftssicherung der GKV. Für Versicherte und Patienten bieten die im Wettbewerb entwickelten unterschiedlichen Versorgungsangebote der Kassen einen wichtigen ergänzenden Auswahlparameter neben dem bislang dominierenden Beitragssatz.

Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen

Herbert Rebscher

Die Themenstellung dieses Beitrags reicht über die Einengung des Themenkreises „integrierte Versorgung“ und „Disease-Management-Programme“ hinaus und eröffnet den Blick auf das systematisch „Neue“ für die Krankenversicherung nach Inkrafttreten des GMG. Quasi im Schatten der öffentlich geführten Diskussion um Belastungsverschiebungen – vornehmlich hin zum Patienten durch Leistungsausgrenzungen (Brillen etc.) oder die Zahlung einer Praxisgebühr – hat sich eine höchst interessante politische Neuausrichtung etabliert, die man kurz auf den Nenner bringen könnte: „Wettbewerbliche Suchprozesse ersetzen zunehmend staatlich regulierende Vorgaben“.

Das ist neu und durchaus geeignet, den klassischen Charakter einer Sozialversicherung für die Kunden erlebbar zu verändern: Die Zukunft der Krankenversicherung ist die eines Komplettanbieters für Leistungen rund um die individuelle Gesundheit.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz markiert den ordnungspolitischen Neubeginn von einem auf Einheitlichkeit angelegten Kollektivvertragssystem zu einem auf Differenzierung hin angelegten Modell selektiver Vertragsfreiheiten unterschiedlicher Akteure.

Dabei ist bedeutsam, dass dieses Gesetz einen weiteren Meilenstein einer durchaus kontinuierlichen Debatte um mehr Wahlfreiheiten, mehr Wettbewerb, mehr inhaltliche Orientierung im System der GKV über lange Jahrzehnte darstellt – und das unabhängig von politischen Mehrheiten.

Dieser Weg lässt sich bis zum Beginn der 90er Jahre zurückverfolgen. Er hat systematisch zu einem Entwicklungsprozess der GKV geführt, den man mit einer Transformation von einem Rechts- zu einem Vertragssystem (Wettbewerbssystem) beschreiben könnte.

Entwicklungsprozess vom Rechts- zum Vertragssystem (Wettbewerbssystem)



<u>historisch</u>	- Mitgliedschaftsrecht - Leistungsrecht - Vertragsrecht	„zuständige Krankenkasse“ „sozialrechtlicher Anspruch“ „Schiedsamt“/„einheitlich und gemeinsam“
<u>status quo</u>	- Wahlfreiheit - Leistungsrahmen - Vertragsoptionen	kriteriengestützt EBM, HTA Evaluation, Leitlinien
<u>zukünftig</u>	- Wahlfreiheit - einheitl. Leistungen/ Ergänzungstarife - Vertragsfreiheit/ Organisationsfreiheit	Wettbewerb „Produktentwicklung“ „selektives Kontrahieren“

Die historisch eindeutige Orientierung der GKV am Sozialrecht findet seine eindrucksvolle Bestätigung in vielfältigen historischen Organisationsprinzipien und Arbeitsprozessen. Begriffe wie „Mitgliedschaftsrecht“, „Leistungsrecht“, „Vertragsrecht“, „Beitragsrecht“ usw. in Verbindung mit den im Gesetz selbst verbriefenen Begrifflichkeiten von der „zuständigen Krankenkasse“, dem „sozialrechtlichen Anspruch“ oder der Forderung nach einem „gemeinsamen und einheitlichen Handeln der Krankenkassen“ illustrierten den eindeutigen Charakter einer mittelbaren Staatsverwaltung, einer körperschaftlichen Verfassung und einer ausschließlich auf Ansprüchen und Gewährleistung orientierten Leistungsverwaltung der GKV.

Mit Beginn der 90er Jahre wurde diese eindimensionale Sicht zunehmend in eine in der gesundheitsökonomischen Literatur längst geforderte Orientierung an wettbewerblichen Suchprozessen überführt. Begriffe wie Wahlfreiheiten, Vertragsoptionen und alternative Lösungswege auf der Suche nach Qualität und Effizienz von Versorgungsabläufen wurden auch rechtstechnisch implementiert.

Seit diesen Jahren setzten die Gesetzgeber allerdings auf Elemente von Wettbewerb, Entscheidungsautonomie, Wahlfreiheiten und dezentralen Suchprozessen, ohne hierfür einen zielführenden ordnungspolitischen

Rahmen simultan bereitzustellen. Es blieb bei einzelnen Freiheitsrechten, bei einzelnen Liberalisierungsschritten ohne Zusammenhang und ohne die notwendige Konsequenz für ein selbststeuerndes Regelwerk für alle beteiligten Akteure. Die Anreize für die handelnden Akteure standen den formulierten Zielen oft konfliktär gegenüber. Insbesondere der Grundsatz der Einheitlichkeit von „Handeln“ und „Haften“ wurde nicht durchgängig etabliert. Die Ergebnisse dieser zufälligen Eingriffspolitik waren dann auch alles andere als problemlösend, sondern oft geeignet, die Ideen von Wettbewerb und Wahlfreiheiten nachhaltig zu diskreditieren. Gesamtwirtschaftlich unproduktive Strategien wie Risikoselektion waren und sind in einem solchen System für einzelne Akteure immer noch betriebswirtschaftlich sinnvoller als Investitionen, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung dauerhaft verbessern können.

Auch medizinisch wurde der rechtliche Leistungsanspruch durch inhaltliche und methodengeleitete Gestaltungsprozesse abgelöst. Die Evaluations- und Versorgungsforschung, die Orientierung an „Evidenz-Based Medicine“, die zunehmende Diskussion um Leitlinien und Standards sind sichtbarer Ausdruck für die Orientierung an medizinischer Qualität und an der Verfügbarkeit kompetenter und effizienter Versorgungsbestandteile. Diese methodengeleiteten Gestaltungsprozesse überwinden den formalen Rechtsanspruch zugunsten einer inhaltlichen qualitätsorientierten Perspektive der Versorgung.

Die Einführung von Wettbewerb und Wahlfreiheit aufseiten der Krankenversicherung im Jahre 1995 hat zu einer dramatischen Veränderung der Ausrichtung der Krankenkassen geführt. Nicht zuletzt zu einem erheblichen Verdrängungswettbewerb; von den damals rd. 1400 Einzelkassen bestehen heute (Ende 2004) noch ca. 290. Damit einher ging eine neue inhaltliche Orientierung der Krankenversicherung als aktiver Akteur im Versorgungsgeschehen und als Mitgestalter qualitätsorientierter Versorgungsabläufe. Erst das GMG hat im Jahr 2004 diesen Ansatz auch in einer gewissen Stringenz auf die Leistungserbringung übertragen und dort den körperschaftlichen Alleinvertretungsanspruch speziell im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen aber auch über die Leistungssektoren hinweg einem Suchprozess guter Versorgungsarrangements überantwortet, der von den Akteuren der Kassenseite und der Leistungserbringerseite selektiv, d.h. einzelvertraglich, kontrahiert werden kann. Damit erhält Wettbewerb seine inhaltliche Dimension zurück. Einseitige Wahlfreiheit auf Kassenseite ohne die entsprechenden vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten setzen ausschließlich auf fragwürdige Anreize, fördern Risikoselektion und können damit keine gesellschaftliche Akzeptanz erzielen.

Wettbewerb in einem Sozialversicherungsmodell?

Wann immer über Wettbewerb im Zusammenhang mit Leistungen der sozialen Sicherheit diskutiert wird, stehen sich scheinbar unversöhnlich ordnungspolitische Grundmuster gegenüber. Auf der einen Seite der Ansatz: soziale Leistungen, die durch Zwangsabgaben finanziert sind, bedürfen einer quasi staatlichen Definition und sind daher für Wettbewerbsprozesse gänzlich ungeeignet; auf der anderen Seite der Ansatz: nur wettbewerbliche Suchverfahren bringen Effizienz und Druck auf alle Beteiligten zur ständigen Optimierung und sind jedem anderen Arrangement deshalb strukturell überlegen.

Dieser alte ordnungspolitische Streit scheint entschieden. Wettbewerb ist in einem Sozialversicherungsmodell als Steuerungs- und Suchprozess implementierbar, die technischen Details seiner Ausgestaltung bleiben noch wichtige Zukunftsaufgaben der Komplettierung einer Wettbewerbsordnung. Die alte Position, dass Wettbewerb grundsätzlich mit Sozialversicherung unvereinbar sei, wird nicht mehr ernsthaft politisch eingebracht.

Ohne in diese ordnungspolitischen Grundfragen einsteigen zu wollen, hat sich in der gesundheitsökonomischen Debatte der letzten Jahrzehnte herauskristalliert, dass Wettbewerb in Sozialversicherungsmodellen grundsätzlich möglich ist und mit geeigneten Methoden der politischen Gestaltung seine Systemverträglichkeit erhalten kann. Deshalb ist die Suche nach einer geeigneten und zielführenden Wettbewerbsordnung die zentrale politische Kategorie. In der bundesrepublikanischen Diskussion hat sich dies unter der Begrifflichkeit einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ mittlerweile in allen Parteiprogrammen manifestiert und wird inhaltlich, insbesondere bei den Debatten um einen zielführenden Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen und den Möglichkeiten und Grenzen individueller Wahlakte bezüglich des Leistungsrahmens diskutiert. Insgesamt besteht großer Konsens, dass Wettbewerb in einem Sozialversicherungsmodell den Suchprozess zur besseren Versorgung anregen soll. Dadurch soll Zwang zu Effizienz und Qualität auf alle Akteure ausgeübt werden. Die Individualisierung von Lebensrisiken oder die aktive Selektion von Risiken seitens unterschiedlicher Akteure darf jedoch nicht gefördert oder gar provoziert werden.

DAK

Wettbewerb in einem Sozialversicherungsmodell?

Ambivalent

SUCHPROZESS zur besseren Versorgung	➔	ja
Zwang zur EFFIZIENZ / QUALITÄT	➔	ja
<u>aber</u>		
Individualisierung	➔	nein
Risikoselektion	➔	nein

Suche nach geeigneter
WETTBEWERBSORDNUNG

Wettbewerbsparameter nach dem GMG

Eine Übersicht über die Wettbewerbsparameter nach dem GMG zeigt, in welcher komplexer und vielfältiger Form zukünftig Krankenkassen im Wettbewerb durch unterschiedliche unternehmensbezogene Profilierungen auftreten werden. Eine differenzierte Produktpalette wird im Wettbewerb um Kunden angeboten werden. Damit wird der Charakter einer einheitlichen Sozialversicherung GKV vor dem Hintergrund einer verstärkten unternehmenspolitischen Orientierung zurücktreten. Dies gilt ausdrücklich nicht für den engeren Leistungsrahmen der GKV, sondern für das ergänzende Leistungsportfolio rund um die individuellen Bedürfnisse des Kunden.

Wettbewerbsparameter



- | Beiträge
- | Leistungen
- | Verträge (Versorgungsangebote)
- | Zusatzangebote (Komplettschutz)
- | ökonomische Anreize (Bonusmodelle)
- | Wahltarife
- | Service, Beratung, Betreuung

Beiträge

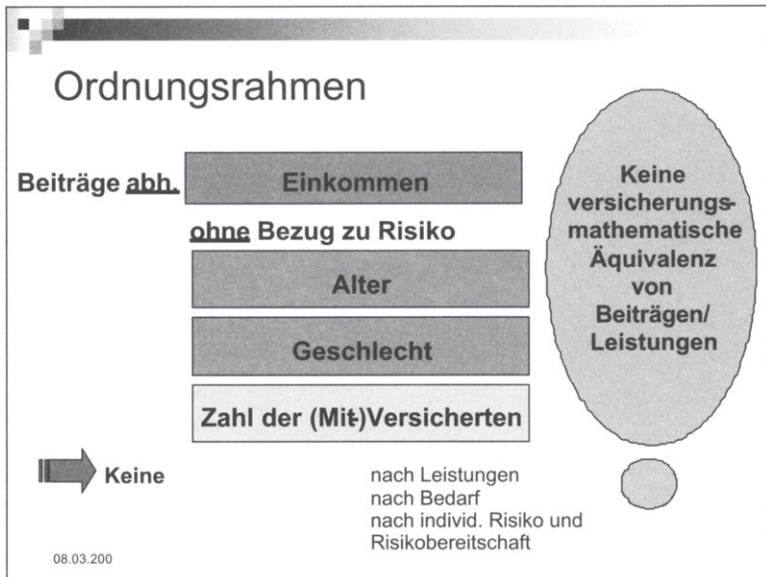
Beiträge für die GKV sind im klassischen Sinne die Preise für die Versicherungsleistung. Der Beitrag ist empirisch der entscheidende Wahl- und Wechselfaktor zwischen Kassen. Deshalb sollten im Preis die relevanten Effizienzen, Wirtschaftlichkeiten und Qualitäten abgebildet werden. Dies ist im heutigen System jedoch zentral nicht der Fall. Unter Status-quo-Bedingungen ist die Beitragshöhe ein grob fehlsteuerndes „Preissignal“ und eben kein Maß für Wirtschaftlichkeit. Der Beitragssatz einer Kasse bildet vielmehr eine historisch zufällige, regional zufällige oder sehr bewusst und aktiv als unternehmenspolitische Strategie eingesetzte Variante von Risikoselektion ab. Ein Markt, der auf so grob fehlsteuernde Preissignale setzt, kann deshalb keine auf gesundheitspolitische Ziele hin orientierte Anreizstruktur entwickeln. Zielsetzung des Versorgungsarrangements der GKV sind Qualität und Effizienz der Versorgung kranker Menschen. Im heutigen Wettbewerbssystem wird dagegen die geschickte Form von Leistungsminimierung zugunsten eines Beitragsdumpings für Gesunde honoriert und mehr oder weniger provoziert – eine grob fehlsteuernde ökonomische Logik.

Dies ist der ökonomische und ordnungspolitische Hintergrund für die aktuelle Debatte (und die angekündigte Gesetzgebung) zur Entwicklung von Methoden, die Beitragssatzunterschiede als Wirtschaftlichkeitsunterschiede zu definieren und den Risikostrukturen der Krankenkassen im Wettbewerb durch geeignete Modelle des Risikostrukturausgleichs ihre wettbewerbsverzerrenden Eigenschaften zu nehmen und einen zielführenden Wettbewerb um Inhalte zu eröffnen (morbiditätsorientierter RSA vs. Solidaritätsstärkungsmodell durch Begrenzung der Beitragsbedarfsüberdeckung).

Diese Debatte markiert stärker als viele wissenschaftlichen Expertisen und Meinungen wahrhaben wollen, in welchem ordnungspolitischen Kontext sich die Suche nach wettbewerblichen Freiheitsgraden im System einer Sozialversicherung zu bewegen hat. Solange und soweit die normative Grundentscheidung einer am Einkommen gemessenen Beitragsgestaltung ohne Bezug zu Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht und (ganz entscheidend) der Zahl der Mitversicherten in einem Vertrag gilt, solange ein ausdrücklicher und bewusster Verzicht auf versicherungsmathematische Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen gilt, solange wird ein Risikostrukturausgleich ordnungspolitisch zwingend sein als Voraussetzung für Wettbewerb und Wahlfreiheit. Genauso zwingend bleibt auch die Einheitlichkeit des Leistungsrahmens in der GKV, d.h. die verpflichtende Mitfinanzierung des Leistungsrahmens durch alle.

Leistungen

Der gerade eben formulierte Zusammenhang bedeutet für den Leistungsrahmen innerhalb des solidarisch finanzierten GKV-Modells eine logisch zwingende Einheitlichkeit und die Etablierung einer Entscheidungsebene bezüglich dieses Leistungsrahmens, die diese Einheitlichkeit an medizinischen Kriterien ausrichtet und danach im System bereitstellt. Die politische Debatte um die Entscheidungen zum Leistungsrahmen hat die Rolle der staatlich unabhängigen Entscheidungsebenen (Bundesausschüsse, Qualitätsinstitut) in einer neuen rechtspolitischen Systematik, jedoch in alter selbstverwalteter Form weiterentwickelt und formale und inhaltliche Kriterien für eine medizinisch und methodisch transparente Entscheidungsfindung neu formuliert. Die drohende Gefahr einer einseitig staatlichen Entscheidungshoheit zum Leistungsrahmen könnte damit abgewendet werden.



Noch einmal also, weil es für die gesamte ordnungspolitische Debatte zentral wichtig ist: Wenn die Beiträge mit bewusstem Verzicht auf Risikoäquivalenz erhoben werden, hat dieser Ordnungsrahmen direkte und systematisch zwingende Auswirkungen auf den

- Leistungsrahmen und auf die
- Wettbewerbsordnung im System der GKV.

Wettbewerbsordnung

- Ausgleich der sozialpolitisch übertragenen Risikostrukturen schafft eine idealtypische Form individueller risikoäquivalenter Finanzzuweisung bei Einzelkasse (genauer als im realen privaten Vers-Modell) und bietet wegen dieser system. Portabilität die Grundlage einer umfassenden Wahlfreiheit des Einzelnen (Wettbewerb).
- RSA ist Voraussetzung von Wettbewerb im Solidarmodell GKV.

24.07.05

© Re 2005

Leistungsrahmen

- Beitragsvariation aufgrund individueller Leistungsvariation ist methodisch, mathematisch und ökonomisch unzulässig.
- Kollektiver Verzicht auf Risikoäquivalenz kann nicht bei individueller Nützlichkeit durch individuelle Risikoäquivalenz substituiert werden.
- Umverteilungsfunktion bedingt Teilhabe von Nettozahlern.

24.07.05

© Re 2005

Verträge

Verträge gestalten Versorgungsabläufe und Versorgungsprozesse. Sie machen die grundsätzlichen Möglichkeiten der Medizin in der differenzierten Versorgungslandschaft verfügbar, gestalten die Anreizstruktur für alle Beteiligten und definieren die Prozesse ihrer ökonomischen Konsequenzen. Verträge sind quasi die Grundsubstanz, die medizinische Möglichkeiten erfahrbar und handelbar macht.


Im historischen Kontext galt für fast alle Leistungsbereiche der Grundsatz des Kollektivvertrages, also die weitgehend einheitliche und gemeinsame Vertragsgrundlage für alle Akteure eines Leistungssektors auf Anbieterseite und bindend für alle Akteure aufseiten der Nachfrage (alle Krankenkassen). Dieser Kollektivvertrag hatte seine historische Legitimation in der Sicherstellung einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung, die im Bereich der ambulanten Versorgung der organisierten Ärzteschaft (den Kassenärztlichen Vereinigungen) übertragen wurde, im Krankenhausbereich weiterhin (bis heute) für die staatliche Ebene der Bundesländer gilt und in vielen anderen Leistungsbereichen durch den Zwang zu gemeinsamen und einheitlichen Vertragsabschlüssen seitens der Krankenversicherung quasi indirekt organisiert wurde.

Die mit dem Kollektivvertrag einhergehende Eindimensionalität und Einheitlichkeit der Vertragsparteien, Vertragsabschlüsse und Vertragsinhalte hat zu einem massiven Monopolproblem geführt. Dies hatte nicht nur ökonomisch problematische Konsequenzen, sondern auch versorgungspolitische Nachteile, da Suchprozesse, die Orientierung am Besten und das Denken in Alternativen dadurch systematisch ausgeschlossen waren. Dies hat weiter einen systematischen Wettbewerbsausschluss mit sich gebracht, konnte deshalb weitgehend nur den kleinsten gemeinsamen Nenner an Qualität und Organisationseffizienz abbilden. Darüber hinaus war es mit erheblichen Zeitverlusten (Einigungsdauer) verbunden und war und ist bis heute Grund für die auch im internationalen Kontext begründungspflichtige sektorale Trennung der Leistungsbereiche in der deutschen Medizin.

Der Übergang zu größeren wettbewerblichen Freiheitsgraden wird durch das GMG zentral markiert, speziell die Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens eröffnet neue Chancen. Verträge der einzelnen Kassen, Koalitionen von Kassen (ihrer Verbände) mit einzelnen Gruppen von Leistungserbringern auch über sektorale Grenzen hinweg: das ist das zentrale Neue am GMG. Es eröffnet systematisch Suchverfahren in Richtung Qualität von Versorgungsinhalten und Versorgungsabläufen, der Effizienz von Organisationsstrukturen der Medizin, der Ablaufoptimierung

und Patientenorientierung. Es könnte Schritt für Schritt ein System entstehen, das aus sich heraus lernfähig wird durch Vergleich und Benchmarks mit alternativen Lösungen, mit neuen Akteuren, ohne sektorale Trennung und einer bewussten Orientierung am konkreten Patientenproblem.

In der Übersicht wird deutlich, in welcher Dichte das GMG nun selektive Vertragsabschlüsse möglich macht und wie auch neue Möglichkeiten mit neuen Akteuren die medizinischen Versorgungsstrukturen nachhaltig verändern werden.




2004: Chancen durch das GMG

- | Weiterentwicklung der integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V,
- | Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V,
- | Weiterentwicklung der DMP-Programme nach § 137 f SGB V,
- | Überwindung der engen Zulassungsregeln und -verfahren,
- | Gründung medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB

- | Abkehr von Vergütungs- und Vertragsstrukturen auch im Bereich der Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittelversorgung.

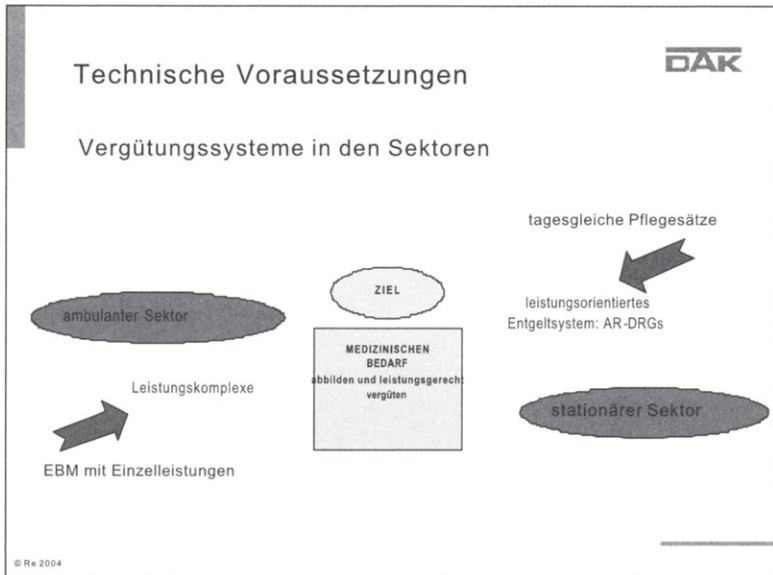
Mit dem Element selektives Kontrahieren sollen die Verkrustungen des Kollektivvertrages durch ein Arrangement ökonomischer Anreize überwunden werden. Patientenprobleme sollen in den Mittelpunkt der Produktgestaltung der Akteure auf Angebots- und Nachfrageseite gestellt werden. Dynamische Versorgungsstrukturen werden entstehen und damit innovationsfördernd und qualitätsorientiert dem Wettbewerb um Versicherungsleistungen eine inhaltliche Dimension geben. Die ordnungspolitische Konsequenz daraus: Selektives Kontrahieren ist ein wettbewerbliches Instrument, das zielführend Effizienz in einem normativ auf Solidarität und Umverteilung gegründeten System schaffen kann. Dazu

ist die Überwindung von vielfältigen, historisch gewachsenen und rechtlich ausdifferenzierten Systemelementen notwendig. Zum Beispiel müssen die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen in den Sektoren nachhaltig im Sinne einer auf Integration gerichteten Strategie überwunden werden, wie im nachfolgenden Schaubild am Beispiel der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen im ambulanten und stationären Bereich nur beispielhaft aufgezeigt werden soll.

Rechtliche und strukturelle 

	<i>ambulant</i>	<i>stationär</i>
Kapazitäten	Niederlassungsfreiheit mit Gleichverteilungsvorgabe (Bedarfsplanung)	Staatliche Objektplanung
Investitionsfinanzierung	private Finanzierung	Steuerfinanzierung
Erhaltungsfinanzierung	privat Abschreibung (im Preis) (Punktwert)	Steuerfinanzierung, zunehmend GKV-Finanzierung (zum Preis)
Vergütung - Umfang	isolierte Vergütung ärztlicher Praxis (excl. AM/Heil-/Hilfsmittel, Überweisung/Beteiligung, Pflege)	Komplettvergütung (incl. AM/Heil-/Hilfsmittel, Überweisung/Beteiligung, Pflege)
Vergütung - System	Einzelleistung im Rahmen Kopfpauschale	Tagesgleicher / aufwandsneutraler Pflugesatz zukünftig: Fallpauschalen (G-DRG)
Vertragstyp	Kollektivvertrag (ergänzende Einzelverträge im Rahmen gesetzlicher Möglichkeiten)	Einzelvertrag je Krankenhaus, aber Kontrahierungszwang im Rahmen staatl. Objektplanung
Steuerungsebene	gem. Selbstverwaltung	Steuerungsmix (Staat / Verb. /Einzelakteure)

Eine weitere technische Voraussetzung ist die Überführung der sektoralen Vergütungssysteme in eine Struktur, die Integration und eine am medizinischen Bedarf orientierte leistungsgerechte Vergütung möglich macht. Die Entwicklung zu einem leistungsbedarfsbezogenen DRG-System im stationären Sektor und einem leistungsbedarfsbezogenen Vergütungsmodell im ambulanten Sektor (Stichwort: morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumen) sind die konsequenten Schritte in diese Richtung.



Der neue Ansatz des GMG bietet Anreizstrukturen für die Akteure. Die Analyse dieser Anreizstrukturen zeigt, warum im alten Rechtssystem wenig Anreize bestanden, diese sektorenüberwindende, auf Qualität und Effizienz gerichteten Verträge zu entwickeln und warum wenig Neigung unterschiedlicher Akteure für dieses Risiko der Zukunftsinvestition vorhanden war. Die neue Anreizstruktur zeigt, warum dieser Ansatz selektiven Kontrahierens nach GMG tatsächlich Chancen birgt und die vom Gesetzgeber formulierte Hoffnung realistisch erscheint, dass daraus „die Regelversorgung der Zukunft“ entstehen möge.

GMG bietet Anreizstruktur für Akteure



Wettbewerbsanreize

Möglichkeit der anteiligen Kürzung der Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen um bis zu 1 Prozent, immer dann, wenn entsprechende Verträge vorliegen.

Wettlauf um Integrationsversorgung zwischen den Leistungserbringern, speziell zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten.

Gestaltungsanreize

Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bis Ende 2006.

Beteiligungsanreize

Möglichkeit, die Einschreibung von Patienten in diese Programme und durch Boni und Beratungs- und Informationskonzepte zu fördern.

Wirtschaftlichkeitsanreize

Beschaffung und Abwicklung von "Mehr-Wert-Leistungen" in integrierten Strukturen, z. B. die Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittelversorgung, ohne tradierte Vertriebs- und Vertragsmuster.

GMG bietet Anreizstruktur für Akteure



Organisationsanreize

Marktsignal: Zukunft ärztlicher Berufsausübung + Zukunft der Organisation medizinischer Strukturen liegt in arbeitsteiligen Organisationseinheiten.

Qualitätsanreize

Möglichkeit, Medizin ganz in den Dienst eines Patientenproblems zu stellen, wird die Qualitätsorientierung der Medizin fördern.

Basis: Endpunktdefinierte Versorgung ohne institutionelle Brüche bei Leistungs- und qualitätsdefinierter Vergütung.

Fort- und Weiterbildungsanreize

Bildung von sektorenübergreifenden medizinisch und ökonomisch verantwortlichen Teams mit professionellem Management.

Notwendigkeit + Möglichkeit zu:

- strukturierter Fort- und Weiterbildung
- Akzeptanz evidenzbasierter Leitliniendefinierter Medizin
- wechselseitigen Professionalisierung (Technologie etc.)

Schon nach knapp einem Jahr Erfahrung mit dem neuen Recht zeigt sich, dass die Wettbewerber aufseiten der Krankenkassen dieses System unterschiedlich intensiv nutzen und unterschiedliche unternehmenspolitische Strategien daraus ableiten. Für die DAK gilt, dass die unternehmenspolitische Entscheidung eindeutig auf eine offensive Gestaltung der zukünftigen Märkte und die extensive Nutzung aller verfügbaren Freiheitsgrade setzt, um das Unternehmen DAK für ihre Kunden als Akteur für Qualität und Effizienz der Versorgung erlebbar zu machen.

Auf Basis dieser Grundentscheidung wurden allein im Bereich differenzierter Vertragsmöglichkeiten zum Jahresende rund 100 Verträge der integrierten Versorgung abgeschlossen. Hundertmal wurden so die Möglichkeiten der Verbesserung von Versorgungsabläufen und Qualitäten für die Patienten erfahrbar gemacht. Es wurden drei Hausarztverträge entwickelt, die auf hohem qualitativem Niveau die Frage klären, wer in diesem Sinne als „besonders qualifizierter Hausarzt“ eine weitergehende Koordinierung und Führungsfunktion für die Patienten übernehmen kann, die sich freiwillig und in völliger Entscheidungsautonomie einem solchen Konzept nähern. Es werden darüber hinaus mit der entstehenden Landschaft neuer Akteure, z. B. mit mittlerweile über 150 Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder den sich gerade entwickelnden Managementgesellschaften weitergehende Kontrakte geprüft sowie offensiv die Möglichkeiten der strukturierten Programme für chronisch Kranke im Rahmen der Disease-Management-Programme mit entwickelt. Das Zielkonzept selektiver Vertragsgestaltung ist die medizinisch qualitative Konzentration auf das Patientenproblem und die bewusste Abkehr von der Konzentration auf institutionelle Interessen der Leistungserbringer.

Ziele der selektiven Vertragsoptionen sind:

- Die Kontinuität der Versorgungsabläufe ohne zeitliche und inhaltliche Brüche,
- der Einsatz diagnostischer und therapeutischer Verfahren in Kenntnis der vor- und nachgelagerten sinnvollen Schritte sowie
- die Endpunktverantwortung im Rahmen eines „Case-Managements“, das eine Prozessverantwortung und ökonomische Verantwortung bedingt.


Damit wird die Idee qualitäts- und ergebnisorientierter Vergütung in das System systematisch einfügt. Die „Versorgungsphilosophie“ zum Thema integrierte Versorgung kann man demnach wie folgt zusammenfassen:

Zusatzangebote (Kooperationsnetzwerke mit privater Krankenversicherung).




Eine interessante Variante, ergänzend zum solidarisch finanzierten Leistungsanspruch in der GKV das Komplettschutzinteresse von Versicherten zu bedienen, ist die Möglichkeit, gemeinsam mit Kooperationspartnern der privaten Versicherungswirtschaft zusätzliche Versicherungsangebote zu vermitteln. Diese Möglichkeit wurde in der GKV unterschiedlich wahrgenommen und unterschiedlich interpretiert. Die unternehmenspolitische Entscheidung der DAK war auch hier ein offensiver Umgang mit dieser Chance. Ziel ist es, mit hoch qualifizierten Partnern eine weitere auf individuelle Bedürfnisse ausgerichtete Produktlinie zu entwickeln, die eine sinnvolle Ergänzung des Komplettschutzangebotes der Sozialversicherung DAK darstellt. Hinter dem Komplettschutzangebot des Unternehmens steht eine Versichertenbefragung, die nach den wichtigsten Kundenbedürfnissen fragt. Darüber hinaus spricht die Kompetenz der Akteure aufseiten der Sozialversicherung eine wichtige Rolle. Das Ergebnis: Sinnvolle ergänzende Tarife ohne Dopplungen und Leistungslücken und eine Prämiengestaltung ohne Vertriebs- und Akquiseaufwand auf der Seite des privaten Partners.

Dieser Ansatz neuer unternehmerischer Möglichkeiten hat binnen eines Jahres zu rund 100.000 zusätzlichen Verträgen geführt, die mittlerweile auch „Stresstests“ unabhängiger Verbraucher-Rankings (Stiftung Waren-test, Ökotest) erfolgreich bestanden haben und damit auch ein Argument



HanseMerkur
VERBÄHRT SEIT 1977

ZusatzSchutz nach Maß



DAK
DEUTSCHE
ANGESTELLTEN
KRANKENKASSE

Kombinationstarife:

DAKplus 1

- ✓ Zahnersatz (25% max. 90% gesamt)
- ✓ Brille (180 Euro pro Kalenderjahr)
- ✓ Gesetzlicher Eigenanteil (Medikamente, Heilmittel, Krankenhaus)
- ✓ Auslandskrankenversicherung (mit Rücktransport)

DAKplus 2

- ✓ Kernmodul DAKplus1
- ✓ Zahnersatz (30% max. 90% gesamt)
- ✓ Brille und Kontaktlinsen (200 Euro pro Kalenderjahr)
- ✓ Gesetzlicher Eigenanteil (zusätzlich Krankentransport)
- ✓ Auslandskrankenversicherung (zusätzlich Impfschutz Ausland)
- ✓ Vorsorgeleistungen
- ✓ Heilpraktiker und Naturheilkunde

DAKplus 3

- ✓ Kernmodul DAKplus2
- ✓ Vorsorgeleistungen (erweitert)
- ✓ Heilpraktiker und Naturheilkunde (erweitert)
- ✓ Extrabonus für amb. Operationen

STÄRKENKOMPASS
EMPFEHLENSWERT
Die Experten empfehlen
dieses Produkt aus
folgenden Gründen:
DAKplus 1
11/2004

ÖKO-TEST
BESTE WERTUNG
Überdurchschnittlich
ausgezeichnet
Platz 4
aus 10 Produkten

Capital
Die HanseMerkur erreicht als einer von neun
Krankenversicherern alle angestrichelten
Kriterien für Größe und Solidität der
privaten Krankenversicherung.
Ausgabe 2004

Einzeltarife:

DAKplus Zahn
(30% max. 90% gesamt)

DAKplus Reise
(Auslandsreiseversicherung mit Rücktransport)

DAKplus Krankenhaus
(2-Bettzimmer und Chefarztbehandlung - bei Nichtanspruchnahme Krankenhaustagegeld)

DAKplus Verdienstausfall
(Schutz gegen Einkommensverlust im Krankheitsfall)

DAKplus Sterbegeld
(Wählbare Versicherungssummen - 2.000, 6.000, 10.000 EURO)

Zusatz-Schutz für Senioren ab 66 Jahren
(entspricht nahezu DAKplus 1)

31.08.2005
0060 20 Qualitäts- und Beschwerdemanagement
Folie 1

für die wettbewerbliche Entscheidung innerhalb des Systems der Sozialversicherung jenseits des reinen Beitragssatzvergleiches bietet. Mittlerweile wurden neun ergänzende Tarife entwickelt, die in nachfolgender Übersicht dargestellt werden.

Ökonomische Anreize/Bonusmodelle

Die gesetzliche Krankenversicherung steht insgesamt bezüglich ihrer Kundenbindungsaktivitäten vor einem zentralen Problem. Da rund 20 % der Menschen 80 % aller Leistungen bedürfen und ein Großteil dieser Leistungen unmittelbar mit dem Todeszeitpunkt korreliert, bestehen für die überwiegende Zahl junger Menschen und gesunder Menschen auch ins höhere Alter hinein, wenige oder keine Kontaktnotwendigkeiten zu ihrer Krankenversicherung. Deshalb bestehen wenig erlebbare Beurteilungsmöglichkeiten bezüglich Leistungsfähigkeit, Kompetenz und Kundenorientierung. Das aktive Management von Kundenbeziehungen wird deshalb für eine Zukunftsstrategie der Krankenversicherung von erheblicher Bedeutung sein. Ein Element aktiven Kundenmanagements bietet

das Modell ökonomische Anreize auszuloben, das Ziel der Gesunderhaltung und das Ziel der Gesundheit bei Erkrankung zu unterstützen und durch geeignete Anreize zu unterlegen.

Bonusprogramme sind in diesem Sinne Programme zum Kundenkontaktmanagement und zur inhaltlichen Beteiligung an den Fragen Gesundheit, Krankenversicherung und der eigenen (Mit-)Verantwortung. Dies kann durchaus auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet werden. Die DAK hat für ihre unternehmenspolitische Strategie zwei Bonusprogramme aufgelegt.

Erstens der so genannte „Gesund-Aktiv-Bonus“. Zielgruppe sind jüngere Versicherte, Zielinhalt: Gesundheit erhalten, hier vor allem Prävention, Vorsorge, Impfung, individuelle Gesundheitsaktivitäten und betriebliche Gesundheitsförderung als „Mitmachaktionen“ für Gesundheit. Zweitens der „Med-Aktiv-Bonus“. Dies ist ein Programm, das im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen und integrierter Versorgung die Möglichkeiten der Versorgungsoptimierung nutzt. Zielinhalt: Ältere – schon erkrankte Patienten.

Ökonomische Anreize
Bonusmodelle

Gesund-Aktiv-Bonus

- Prävention
- Vorsorge
- Impfung
- Individuelle Gesundheitsaktivität
- Betriebliche Gesundheitsförderung

medAktivBonus

- DAK Gesundheitsprogramme (z.B. Diabetes, Brustkrebs)
- Hausarzt-Versorgung
- Integrierte Versorgung

Zielgruppe / -konzept:

Jüngere Versicherte
Gesundheit erhalten

Ältere Versicherte
Versorgung optimieren

➔ **320.000 Einschreibungen Oktober 2004**


Diese Programme werden sehr gut angenommen und von ca. 400.000 Versicherten im Jahre 2004 kontrahiert.

Wahltarife

Eine im ordnungspolitischen Kontext hochproblematische Möglichkeit für die Unternehmen der gesetzlichen Krankenkassen sind Selbstbehalttarife und Beitragsrückgewährtarife. Deren politisches Ziel ist, insbesondere jüngeren freiwillig Versicherten ein „Bleibe-Argument“ im solidarisch finanzierten System gegenüber der Exit-Option zur PKV anzubieten.

Ordnungspolitisch ist dieses Instrument ohne jegliche inhaltliche Begründung und mathematische Stringenz. Man könnte auch formulieren, es ist im Überschwang wettbewerblicher Differenzierung dem Zeitgeist geschuldet und ohne ordnungspolitischen Sinn und Verstand. Gleichwohl muss es im Wettbewerb gerade um günstige Versicherte – d.h. junge Versicherte mit einem hohen Deckungsgrad – angeboten werden, um Wettbewerbsnachteile für ein Unternehmen zu vermeiden, wenn andere Kassen es umsetzen. Das zentrale Argument für junge Beitragszahler, massive ökonomische Vorteile in beiden Tarifen zu erhalten, steht im Konflikt zur dadurch indizierten Erhöhung der Beiträge für alle. Insoweit gilt auch hier: Wettbewerb produziert nicht nur Sinnhaftes, sondern auch Unseriöses. Die Entscheidungen in unserem Unternehmen für diese Wahltarife schöpfen dann auch den rechtlichen Rahmen aus, um hier keine unternehmenspolitischen Nachteile zu erzielen.

Wahltarife

1. Selbstbehalt 

Teilnehmer:
Freiwillige Mitglieder, die Kostenerstattung gewählt haben, können für ambulante Behandlungen Selbstbehalt gegen Beitragsermäßigung wählen.

Tarife:
Beitragsermäßigung 320 € p.A. bei Selbstbehalt von 400 € bei allen ambulanten Behandlungskosten. Reduzierter Selbstbehalt von 370 € nach Ablauf eines Jahres.
Beitragsermäßigung 650 € p.A. mit Selbstbehalt von 50% KE-Minderung bei allen ambulanten Behandlungskosten. Reduzierter Selbstbehalt von 45% nach Ablauf eines Jahres.


2. Beitragsrückzahlung

Teilnehmer:
Freiwillige Mitglieder, die mindestens ein Jahr freiwillig versichert sind.

Tarif:
Beitragsrückzahlung, wenn im Kalenderjahr keine Leistungen zu Lasten der Kasse in Anspruch genommen wurden. Ausgenommen sind Leistungen für mitversicherte Kinder unter 18 und Vorsorgeleistungen.

Beitragsrückzahlung: 250 € 1. Jahr
 375 € 1. + 2. Jahr
 500 € 1. - 3. Jahr

Angebot in GKV-Konzept
systematisch kaum begründbar

 **geringe Inanspruchnahme**

Insgesamt gilt jedoch: Jeder Euro, der zu gesunden Menschen bei geringer oder ohne Inanspruchnahme von Leistungen zurückfließt, fehlt in der Versorgung der aktuellen Leistungsfälle und wird daher strukturell nur durch eine entsprechende Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes finanzierbar sein. Ein Steuerungsimpuls wird von diesen Modellen systematisch nicht ausgehen. Dies ist ein Beispiel für ein Produkt mit systematischen Fehlanreizen in einem solidarisch finanzierten System – wohlgemerkt nur in diesem. Dies würde nicht gelten, würden wir von einer risikoäquivalenten Finanzierung des Systems ausgehen, wie das in der PKV wenigstens ansatzweise herrscht.

Service, Beratung, Betreuung

Im Kontext einer sehr weit ausdifferenzierten Produktpalette und des Engagements für konkrete, kleinteilige, regional und lokal gestaltete Versorgungsabläufe erhalten Service, Beratung und Betreuung eine neue und in höherem Maße als je zuvor wichtige Rolle in der Krankenversicherung. Das aktive Kundenbeziehungsmanagement gewinnt dabei eine entscheidende Bedeutung. Die inhaltliche Kompetenz, Versorgungsabläufe und sinnvolle ergänzende Produkte zu kommunizieren und seriöse Beratung im regionalen Kontext zu organisieren, werden zu einer wichtigen Kernkompetenz der Krankenkassen. Deshalb sind die Stichworte „Rundum-Erreichbarkeit“, z. B. durch Call-Center, Medizin-Hotline, Internetgeschäftsstellen, ein aktives Fallmanagement in entsprechenden Versorgungskonzepten lokaler und regionaler Art einschließlich Rehabilitationsmanagement und Kompetenz bezüglich strukturierter Behandlungsprogramme und integrierter Behandlungsabläufe neue Herausforderungen. Deshalb werden ein Vor-Ort-Service und Hausbesuche zu einer zentral wichtigen Kategorie moderner Krankenversicherungsunternehmen im Wettbewerb, was eine Vorhaltung lokaler Netzwerke durchaus auch in Kooperation mit unterschiedlichen Partnern erforderlich machen wird.

Wettbewerbliche Differenzierung – Ein Fazit

Die Chancen der wettbewerblchen Differenzierung, die systematische Erweiterung der Produktpaletten, die inhaltliche Gestaltung von Versorgungsabläufen – diese positiven Schritte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass in einem historisch gewachsenen System bei allen Beteiligten auch limitierende Faktoren die wettbewerblchen Freiheitsgrade begrenzen, wenigstens auf Zeit erschweren, wenn nicht insgesamt objektive Grenzen für die wettbewerblche Vielfalt darstellen.

Dazu gehört die mangelnde Marktdurchdringung von Einzelakteuren im Wettbewerb sowohl auf Angebots- als auch Nachfrageseite. Auch große Kassen haben nur einen geringen Marktanteil und sind deshalb gerade bei der Zielsetzung „Veränderungen der Versorgungsstrukturen“ wenig gestaltungsfähig. Deshalb werden sehr bald schon Angleichungen der Modelle, hoffentlich nach best-practise-Analysen, erfolgen und Vertragsabschlüsse im marktanteilsrelevanten Verbänderahmen wieder zunehmen und den Organisationsaufwand für alle begrenzen helfen. Auch auf der Seite des Leistungsangebotes ist die Administration unterschiedlicher Vertragskonzepte auch in Kooperation mit Dritten ein organisatorisch und von der medizinischen Logik her schwieriges Unterfangen. Schließlich wird die Kapazitätsreduktion im Wettbewerb – so das politische Ziel – durchaus durch gegenläufige Anreize selektiver Kapazitätsausweitungen konterkariert. Selektive Verträge stellen gegenüber dem über Jahrzehnte sozialisierten Kunden in seinem Urvertrauen zu lokalen und regionalen Versorgungseinheiten ein durchaus erhebliches Vermittlungsproblem dar. Für die Akteure sowohl auf Angebots- als auf Nachfrageseite werden die erweiterten Möglichkeiten sektorübergreifender Gestaltung zu einem erheblichem Kompetenzproblem und einem erheblich organisations- und verwaltungsintensiven Ansatz.

Schließlich wird die Möglichkeit und die Zahlungsbereitschaft der Einzelnen bezüglich ergänzender Angebote strukturell überschätzt. Markttests gehen von einer maximalen Zahlungsbereitschaft bezüglich Zusatzangeboten von 10 bis 20 Euro aus, was bei einem Grundschutz zwischen 350 Euro und 500 Euro eine Normalisierung der Erwartungen bedeutet. Die Relaxion von 100.000 Kunden im Zusatzschutz gegenüber 6,5 Mio. potenziellen Versicherten zeigt beispielhaft einen durchaus erfolgreichen Marktauftritt im Vergleich zu den GKV-Mitbewerbern, aber gegenüber dem Potenzial 6,5 Mio. potenziellen Kunden eine doch bescheidene Inanspruchnahme. Ähnliches gilt für Bonustarife, die Bereitschaft zur Einschreibung in Integrationsmodelle sowie die Wahltarife, die zum Glück kaum nachgefragt werden.

Wettbewerbliche Differenzierung



Chancen:

- Kasse aktiver Part rund um Gesundheit
- multipliziert Wahlakte
- schafft Kontaktnänsse
- schafft Koppelprodukte
- nimmt Kompression auf Alte / Kranke
- relativiert Fokussierung auf Beitragssatz

Die Chancen einer wettbewerblichen Differenzierung sind allerdings eindeutig und überragend. Sie liegen in der neuen Möglichkeit, eine Kasse als Unternehmen am Markt, als aktiven Partner rund um die Gesundheit zu erleben. Die neuen Möglichkeiten multiplizieren die Wahlakte und damit die Kundenbindung und das aktive Kundenmanagement über Lebenszyklen hinweg, ohne die Voraussetzung einer Erkrankung mit Rechnungslegung und Antragstellung quasi vorauszusetzen. Damit wird Sozialversicherung auch in jungen Jahren, in Jahren der Gestaltung privater und beruflicher Lebensentscheidung erlebbar und erfahrbar. Damit werden auch Koppelprodukte möglich, und es wird damit die Kompression der Leistungsbezüge, der Kontaktnahme ausschließlich auf Alte und Kranke genommen und damit ein Stück Akzeptanz für ein auf diese Lebenszeit orientiertes Arrangement sozialer Sicherheit und ergänzendem Schutz geboten. Schließlich wird die ausschließliche Fokussierung auf einen reinen Beitragssatzvergleich genommen und ein Unternehmen im Wettbewerb erfahrbar gemacht durch ein sehr differenziertes Preis-Leistungsverhältnis.

Möglichkeiten einer wettbewerblichen Differenzierung zwischen den Krankenkassen

Christopher Hermann

„Das ist übrigens das zentrale Problem des deutschen Gesundheitswesens: Die Verdrängung der Realität“¹

Kassenwettbewerb als politrhetorischer Allgemeinplatz

In keiner auch nur halbwegs programmatischen Einlassung der bundesdeutschen Gesundheitseliten der letzten Jahre fehlt es: das prominent hervorgehobene Bekenntnis zur mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen im Allgemeinen und zu mehr wettbewerblicher Differenzierung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen im Besonderen. Entsprechende Verlautbarungen aus der Politik sind mittlerweile ebenfals Legion wie gleichgerichtete Erklärungen der maßgeblichen Institutionen und Verbände des etablierten kooperatistischen GKV-Systems.

Dabei finden sich im politischen Raum zwischen Regierung einerseits und den maßgeblichen Oppositionsparteien andererseits allenfalls graduell inhaltliche Unterschiede. Heißt es etwa im Koalitionsvertrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom Herbst 2002: „Wettbewerb um die beste Prävention und Versorgung für die Patientinnen und Patienten ist ein zentrales Anliegen unserer Gesundheitspolitik“² oder in der für seine Politikgestaltung richtungsweisenden Agenda 2010 des Bundeskanzlers aus dem März 2003 „Der Staat (...) muss mehr Wettbewerb im System zulassen und fördern“³, fordert auch die Bundestagsopposition programmatisch unmissverständlich: „Mehr Wettbewerb und Flexibilität zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung“⁴.

¹ Seehofer (2003), Interview, Ärztezeitung, 02.05.2003.

² Koalitionsvereinbarung SPD und Bündnis 90/Die Grünen, 15.10.2002, Kapitel VI, Mehr Qualität und mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen.

³ Unmittelbar anschließend heißt es überraschend konkret: „Er [d. i. der Staat] muss kostentreibende Monopolstrukturen beseitigen. Hierzu gehört auch das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen“; Bundeskanzler Schröder (2003), Regierungserklärung „Agenda 2010“ vom 14.03.2003, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Pressemitteilung 107/03, Seite 19.

⁴ Beschluss der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (2003), Zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung, 11.02.2003, Seite 2.

Die dominanten Gestaltungsakteure des tradierten GKV-Systems äußern sich verwechslungsfähig gleichgerichtet. In einem – insgesamt durchaus beachtenswerten – gemeinsamen Positionspapier der Selbstverwaltungspartner vom Sommer 2003 etwa wird unter dem Motto „Mehr Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung“ angemahnt: „BDA und DGB fordern die Bundesregierung und den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen für mehr Vertragsfreiheit zu schaffen“⁵. Kongenial ergänzt der (damalige) stv. Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Ende 2004: „Wir begrüßen Wettbewerb um die qualitativ beste Versorgung“⁶.

Bei soviel programmatischem Gleichschritt verschwimmt freilich die zwingend notwendige Gestaltungsdichte hinter der Forderung nach mehr Kassenwettbewerb und wettbewerblicher Differenzierung zwischen den Krankenkassen allzu leicht. Da offensichtlich am Bekenntnis zu wettbewerblicher Öffnung des GKV-Systems niemand unter den Akteuren vorbeizukommen glaubt, verkümmert die Forderung gleichzeitig allzu leicht zum politrhetorischen Allgemeinplatz. Die intellektuellen Anstrengungen der politischen und institutionellen Gestaltungseliten im tradierten GKV-Gefüge zur konzeptionellen Ausgestaltung der eigenen Rhetorik kommen jedenfalls vielfach über die angeführte programmatische Platzhalterfunktion nicht hinaus und bleiben damit weithin nebulös und erratisch. Ob sich der Ruf nach wettbewerblicher Orientierung überhaupt mit dem seit Bismarcks Zeiten korporatistisch strukturierten Ordnungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verbinden lässt, bleibt bereits als Problemstellung regelmäßig außerhalb des – vielfach lobbygeleiteten – eigenen Blickfeldes, sodass es an einer adäquaten Bearbeitung zwangsläufig mangelt.

Freilich würde auch für eine Reihe von Institutionen und Arrangements im tradierten GKV-System leicht die Wegmarke zur Selbstaufgabe überschritten, wollte man die eigene Wettbewerbsrhetorik in konkrete Gestaltungsformen gießen. Die kooperatistische Systemlogik folgt vielmehr den Gesetzmäßigkeiten einer Politik des „einheitlich und gemeinsam“ auf Krankenkassen- wie auf gemeinsamer Selbstverwaltungsseite. Geradezu inflationär nimmt das Krankenversicherungsrecht diese Vorgabe zur Uniformität in mittlerweile mehr als 170 Einzelregelungen auf. Ein solches Ordnungsgefüge fußt damit gerade nicht auf entwickelten wettbewerblichen Mechanismen.⁷

⁵ BDA/DGB (2003), Positionspapier, 11.08.2003, Seite 2.

⁶ Hansen (2004), Interview, Rheinische Post, 09.10.2004.

⁷ Näher Hermann (2003), Vom „einheitlich und gemeinsam“ zur solidarischen Wettbewerbsordnung. Prämissen und Strukturelemente einer Gesundheitsreform für die Berliner Republik, Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6, Seite 17, 18 ff.

Gleichwohl hat der Gesetzgeber in den letzten Jahren gerade im Zusammenhang mit der Etablierung strukturierter Versorgungsangebote im Leistungserbringerrecht – Disease-Management-Programme (DMP) hier, integrierte Versorgung (IV) dort – eine Reihe von Elementen der Flexibilisierung und Wettbewerbsorientierung für Krankenkassen und Leistungserbringergruppen eingeführt, die es zunächst auf konzeptionelle Strukturierung und inhaltliche Tragweite hin abzuklopfen gilt. Anschließend wird zu fragen sein, in welchem Umfang und wie die Adressaten die neuen Instrumente zu nutzen in der Lage sind.

Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung I – was ist gewollt?

Mit den durch das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA)⁸ Anfang 2002 grundsätzlich eingeführten DMPs nach §§ 137 f und g SGB V⁹ und mit der Novellierung der bis dato an den Fakten der Realität gescheiterten Vorschriften zur IV nach §§ 140 a – d SGB V im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)¹⁰ sind zwei zentrale Eckpfeiler einer strukturierten Versorgungsgestaltung insbesondere für chronisch Kranke ins GKV-System eingeführt worden. Fundament einer strukturierten Versorgung bildet die Durchbrechung der überkommenen Grenzen des Versorgungssystems durch organisierte, abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über die verschiedenen Leistungssektoren hinweg. Nach der Begründung zum GMG soll durch die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ein „Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsformen ermöglicht (werden), mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt werden können“¹¹.

Konsequent vermeiden die entsprechenden Normen zu DMP und IV auch den Rückgriff auf die tradierte Mechanik des „einheitlich und gemeinsam“. Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V sind primär als Programme der einzelnen Krankenkassen konzipiert. Den Landes- und Spitzenverbänden der Krankenkassen bleibt allein die

⁸ RSA-Reformgesetz vom 10.12.2001, BGBl. I S. 3465.

⁹ Näher Sell (2005), Disease-Management-Programme – Von der Idee zum Gesetz, inL: Tophoven/Sell (Hg.) (2005), Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen, Seite 1 ff.

¹⁰ GMG vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190; zum a. R.: Richard (2001), integrierte Versorgung: Chancen und Perspektiven, Arbeit und Sozialpolitik 1-2, Seite 8 ff; Tophoven (2002), Der lange Weg zur integrierten Versorgung, Arbeit- und Sozialpolitik 9-10, Seite 12 ff.

¹¹ Begründung zum GMG, Bundestags-Drucksache 15/1525, Allgemeiner Teil, Abschnitt A.II.3.

Aufgabe der Unterstützung bei Aufbau und Durchführung der Programme. Verwaltungs- und Managementaufgaben im Zusammenhang mit DMPs können zudem auf Dritte übertragen werden (§ 137 f Abs. 5 SGB V). Für Kassenarten übergreifende Tätigkeiten sehen die Normen keinen Raum.

In analoger Gestaltung steht bei den Verträgen über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung nach § 140 b SGB V allein die Einzelkasse im Focus. Nur sie kann Verträge abschließen, insbesondere mit

- einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
- Trägern zugelassener Krankenhäuser, ambulanter und stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- Trägern von zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V und
- Trägern von Einrichtungen, die eine IV durch zur Versorgung von Versicherten berechtigten Leistungserbringern anbieten (§ 140 b Abs. 1 SGB V).

Die Aufgaben der jeweiligen Kassenverbände bleiben darauf reduziert, unterstützende Leistungen zu erbringen bei einer ggf. erforderlich werdenden Bereinigung der Gesamtvergütungen, falls die zur Anschubfinanzierung bereitgestellten Mittel im Rahmen der 1 %-Regelung nach § 140 d Abs. 1 SGB V nicht ausreichen, und bei der rechnerischen Bereinigung der Ausgabenobergrenzen für Arznei- und Heilmittel, soweit die IV die Versorgung von Arznei- und Heilmitteln einschließt (§ 140 b Abs. 2 und 3 SGB V). Aktionsmöglichkeiten für Kassenverbände in der ansonsten das GKV-Recht gesättigt durchziehenden Form – sei es durch autonomes Handeln aus eigener Zuständigkeit oder im Auftrag bzw. originär für Einzelkassen – sind nicht vorgesehen.

Bei der Ermittlung des normativ entwickelten jeweiligen operativen Gestaltungsrahmens für konkrete wettbewerbliche Differenzierung zwischen den Krankenkassen eröffnen sich eine Reihe von grundsätzlichen Handlungsoptionen für die Akteure. Da der Gesetzgeber bei DMP- wie bei IV-Vereinbarungen freie kassenspezifische Verträge an die Stelle des „einheitlich und gemeinsam“ – Handelns gestellt hat, ist eine substantiell notwendige Voraussetzung für wettbewerbliche Differenzierung grundsätzlich erfüllt, ohne die sich weitere Überlegungen im Wesentlichen erübrigen würden. Darüber hinaus zeigen sich aber deutliche Unterschiede hinsichtlich der einzelvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten bei DMP-Verträgen einerseits und IV-Verträgen andererseits. Die häufig kolpor-

tierte Kritik im Hinblick auf weithin strangulierte oder gar völlig fehlende Differenzierungsoptionen bei der Ausformung von DMPs¹², lässt sich freilich mit Blick auf die operativen Möglichkeiten der Akteure nur schwer aufrechterhalten. Da es bei DMPs versorgungspolitisch primär darum geht, wie suboptimale Behandlungsergebnisse der fragmentierten Versorgungslandschaft korrigiert und durch evidenzbasiertes Vorgehen auf möglichst hohem Standard bei der Behandlung chronischer Krankheiten die dadurch „bedingten Beeinträchtigungen, gemessen an der Lebenserwartung und Lebensqualität, in einer Population reduziert“¹³ werden können, verbieten sich an dieser Stelle prinzipiell Strukturierungsalternativen. Beliebigkeit in der medizinisch ausgerichteten Versorgungsgestaltung bildet kein akzeptables Zielraster bei der Implementierung von DMPs in einem solidarischen Krankenversicherungssystem, sondern würde lediglich den überkommenen Status quo reflektieren.

Handlungsalternativen werden rechtlich eröffnet, wenn es um wesentliche Qualitätssicherungsmaßnahmen oder die kassenindividuelle Ausgestaltung von Versichertenunterstützung, -betreuung und -beratung bis hin zur Ausformung von Versichertenboni (§ 65 a Abs. 2 SGB V) geht. Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV), in der die je nach Krankheitsart spezifischen Therapiestandards definiert und das jeweilige sektorübergreifende abgestufte Behandlungsregime beschrieben werden, verhält sich schon hinsichtlich der Anforderungen an die Qualifikation der zu beteiligenden Leistungserbringer (Strukturqualität) weithin unspezifisch. Ebenso gestaltbar sind etwa technische oder apparative Voraussetzungen bei diagnostischen oder therapeutischen Interventionen, die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung eigenverantwortlich entwickelter nachvollziehbarer und relevanter Qualitätssicherungsziele oder die Strukturierung der Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten. Krankenkassen bleiben somit insbesondere für die konkrete Versichertenansprache mit dem Ziel, die spezifischen Qualitätsvorteile des eigenen DMP herauszustellen, zahlreiche erfolgversprechende Anknüpfungspunkte.

Dessen ungeachtet gehen die Differenzierungsoptionen im Rahmen der IV zweifellos noch deutlich darüber hinaus. Zentraler Unterschied zum DMP bildet die Autonomie in der Vertragsgestaltung. „Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versor-

¹² Für alle: Straub (2002), Große Zweifel bleiben, Forum für Gesundheitspolitik 9/10, S. 373, 374; Schönbach (2004), Disease-Management-Programme – Ein Erfolg?, Die Betriebskrankenkasse 11, Seite 483.

¹³ Lauterbach (1997), Zum Verhältnis von Disease-Management-Programme und Managed-Care, in: Arnold et al. (Hg.) (1997) Managed-Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte, Seite 169, 171.

gung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1¹⁴ SGB V.¹⁴ Damit ist unter Gewährleistung der obligatorischen Leistungsansprüche der Versicherten eine grundsätzlich unlimitierte Palette von Vertragskonstruktionen gerade außerhalb der eingeübten Vertragspfade eröffnet (§ 140 b Abs. 2 und 3 SGB V). Auch hinsichtlich der Anforderungen an die Dokumentation und Evaluation der IV bleiben den Krankenkassen alle Optionen zur wettbewerblichen Profilierung.

Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung II – was läuft und was geht?

Der Praxistest dokumentiert eine deutliche Asymmetrie zwischen den dargestellten, vom Gesetzgeber spätestens mit dem GMG grundsätzlich eröffneten Gestaltungsoptionen einerseits und der realen bundesdeutschen Versorgungslandschaft bei der bisherigen kassenindividuellen Ausgestaltung von DMP und IV andererseits.

Im Hinblick auf die DMPs dominieren entgegen der gesetzlichen Intention bis auf wenige Ausnahmen flächendeckend Verträge nach dem tradierten Strickmuster des „einheitlich und gemeinsam“. Von maßgeblicher Kassenärzteseite wird konstatiert: „Ob Brustkrebs, Diabetes oder Herzkrankheiten – bei all diesen Programmen haben die Kassen auf Einzelverträge verzichtet und lieber Verträge mit uns [d.i. Kassenärztliche Vereinigungen] abgeschlossen“¹⁵. Auch die weiteren Optionen zur versicherten-(kunden-)orientierten Differenzierung ihrer DMP-Angebote haben die Krankenkassen regelhaft gerade nicht genutzt. Lediglich im Kontext von Versichertenberatung und -unterstützung hat sich partiell ein schattierter Markt entwickelt (vgl. Abb. 1).

¹⁴ GMG-Begründung (N11), besonderer Teil zu § 140 a Abs. 1.

¹⁵ Hansen (N6); Derselbe (2005), Einführung in die Thematik DMP – Vom Gesetz zum ersten Vertrag, in: Tophoven/Sell (N9), Seite 19, 27.

Abb. 1 Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung
Was läuft?

Gestaltungsoption	DMP	Versorgungslandschaft
■ Kassenindividuelle Verträge	⚡	■ e+g beherrschendes Bild
■ Wahl der Vertragspartner	⚡	■ KVen beherrschen das Bild
■ QS	⚡	■ e+g beherrschen das Bild
■ Versichertenberatung/-betreuung u. -unterstützung	⚡/✓	■ teilweise differenziert
■ Versichertenboni	✓	■ ja

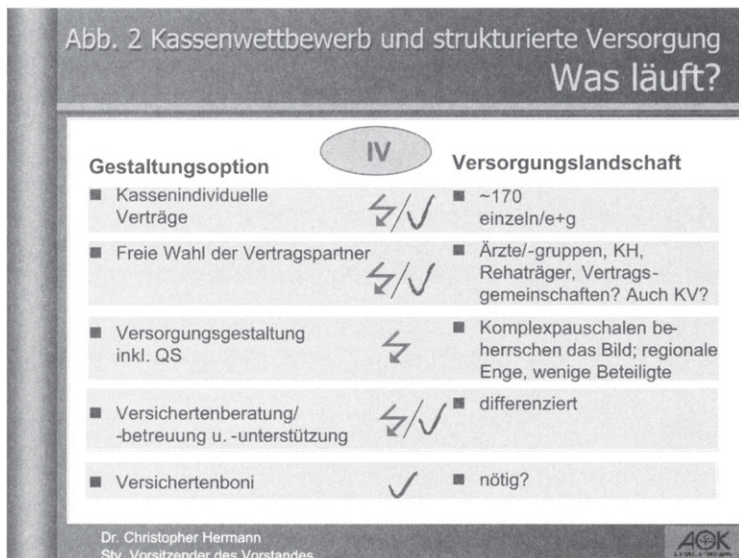
Dr. Christopher Hermann
Stv. Vorsitzender des Vorstandes

AOK

Ähnliches gilt vom Grundsatz her auch für die IV. Zwar sind hier kassenindividuelle Vertragsausgestaltungen eher zu finden, indessen keineswegs durchgängiger bundesrepublikanischer Standard. Unter den rd. 170 bundesweit im Herbst 2004 bekannten IV-Verträgen (davon 44 in Baden-Württemberg) befinden sich eine Vielzahl von Vereinbarungen, die zumindest für eine Kassenart einheitlich durch die Verbände abgeschlossen worden sind.

Die am GMG-Prozess Beteiligten haben zudem in der Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in die IV-Verträge ein wesentliches Hemmnis für deren Entwicklung seit ihrer Etablierung im Jahr 2000 gesehen und die KVen im GMG folglich als Vertragspartner ausdrücklich nicht mehr vorgesehen (vgl. § 140 b SGB V). Gleichwohl folgen die Krankenkassen keineswegs überall dieser eindeutigen Vorgabe des Gesetzgebers. Letztlich fällt auf, dass in der Gestaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags der IV 2004 in ganz erheblichem Umfang auf seit Jahren bekannte Muster zurückgegriffen wurde. Die Verträge benötigen im Zweifel vielfach die Vorgabe der §§ 140 a ff. SGB V gar nicht, sondern greifen offenbar vor allem wegen der einzelvertraglich vorteilhaften Regelungen zur Anschubfinanzierung im Zeitraum bis Ende 2006 nach § 140 d Abs. 1 SGB V auf das Instrumentarium IV zurück. IV-Verträge etwa über Komplexpauschalen bei der Knie- und Hüftendoprothetik zwischen einem Akutkrankenhaus, einer Rehabilitationsklinik und einer Krankenkasse bzw. Kassenart – garniert mit dem (teilweisen) Erlass der

Praxisgebühr für teilnehmende Versicherte – lassen die vom GMG-Gesetzgeber im Zusammenhang propagierte „Gestaltungsmacht, Innovationskraft und Kreativität der Vertragspartner“¹⁶ bestenfalls erahnen, erinnern selber indessen viel eher an ein Vorgehen nach dem Motto „alter Wein in neuen Schläuchen“ (vgl. Abb. 2).



Freilich kann ein spezifischer Nutzen für die DMP-Teilnehmer einer bestimmten Krankenkasse im Sinne eines auf Versorgungsqualität ausgerichteten Wettbewerbsbegriffs durchaus erreicht werden, wenn die gegebenen Optionen konsequent eigenverantwortlich genutzt werden. Am Beispiel der AOK Baden-Württemberg als großer Versorgerkasse mit mehr als 4 Mio. Versicherten lässt sich zeigen, dass wettbewerbliche Differenzierung bei DMPs und IV zum Vorteil der Versicherten organisierbar ist. Die zielgruppenspezifisch für die Teilnehmer am DMP Diabetes Typ 2¹⁷ entwickelten und flächendeckend bereitgestellten begleitenden Gesundheitsangebote – etwa in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Fußpflege oder Raucherentwöhnung – stoßen auf erhebliche Resonanz. Im ersten Halbjahr 2004 beispielsweise wurden bei der AOK Baden-

¹⁶ GMG-Begründung (N11) zu §§ 140 e-h a. F.

¹⁷ Näher Hermann (2005), Vorstellung bereits existierender Disease-Management-Programme (DMPs). Erfahrungsbericht aus Baden-Württemberg – Die Sicht der Kassen, in: Tophoven/Sell (N9), Seite 169 ff.

Württemberg rd. 650 entsprechende Kurse mit annähernd 7.000 Teilnehmern durchgeführt – eine Steigerung um das fünfzehnfache gegenüber prinzipiell vergleichbaren Angeboten in der Vor-DMP-Zeit. Zudem werden landesweit durch eigene Ernährungs- und Sportfachkräfte individuelle Gesundheitsberatungen angeboten, die monatlich von mehreren hundert DMP-Teilnehmern frequentiert werden.

Im Zusammenhang mit dem DMP-Brustkrebs wurde unter anderem exklusiv ein wohnortnahes niederschwelliges psychosoziales Beratungs- und Betreuungsangebot entwickelt. Persönliche Ansprechpartnerinnen aus dem Sozialen Dienst der Krankenkasse für die Frauen mit Mamma-Ca unterziehen sich einer speziellen Fortbildung und unterstützen die Betroffenen und ihre Familien in der alltäglichen Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen. Niederschwellige psychologische Hilfestellung und sozialarbeiterische Intervention aus einer Hand sowie ein umfassendes soziales Case-Management ergänzen medizinische Intervention ohne Eingriff in die ärztliche Handlungskompetenz.

Im Bereich der IV wird mit einem flächendeckend Anfang 2005 startenden Projekt „Rückenschmerz“ konzentriert der Versuch unternommen, die Behandlung der Volkskrankheit Nummer 1 – Jahresprävalenz 70 %, Lebenszeitprävalenz 80 % – zu optimieren. Kern der IV bildet die landesweite Koordination der Therapieverfahren durch mehrere tausend Hausärzte im Sinne einer leitliniengestützten strukturierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei Diagnostik und Therapie von Rückenleiden. Eingebunden sind alle wesentlich Beteiligten hinsichtlich der Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation. Die Aktivierung der Betroffenen steht – analog dem DMP-Vorgehen – mit im Vordergrund durch spezifische Präventionsangebote, die Entwicklung einer Patientenakte und die Etablierung eines Zweitmeinungsverfahrens bei erforderlich werdenden operativen Eingriffen.

Die beispielhafte Aufreihung belegt, wettbewerbliche Differenzierung als aktive Organisation optimierter Versorgung der Betroffenen durch die Krankenkasse kann sich im operativen Vorgehen vielfältig beweisen. Da sie nicht zum Selbstzweck verkümmern soll, stößt die kreative und offensive Übernahme von Managementverantwortung im Versorgungsprozess freilich dort im Einzelfall an Grenzen, wo sie übergeordnete versorgungspolitische Ziele gegebenenfalls negativ tangiert.

Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung III – Anspruch und Wirklichkeit

Zweifellos sind die rechtlichen Möglichkeiten zur wettbewerblichen Differenzierung der Krankenkassen bei DMP und IV unterschiedlich weit gestreckt. Konfrontiert mit der realen Versorgungslandschaft Ende 2004 zeigt sich unabhängig davon insgesamt ein ernüchterndes Bild. Die auch beim DMP normativ angelegte freie kassenspezifische Vertragsgestaltung wird regelmäßig nicht und bei IV nur partiell genutzt. Die umfangreiche Offenheit für innovative Vertragsformen bei der IV bleibt viel zu häufig ein Randphänomen. DMPs werden von den Krankenkassen weithin als „einheitlich und gemeinsam“ – Erlebnis vereinbart, IV mutiert vielfach zur „Lightshow“.

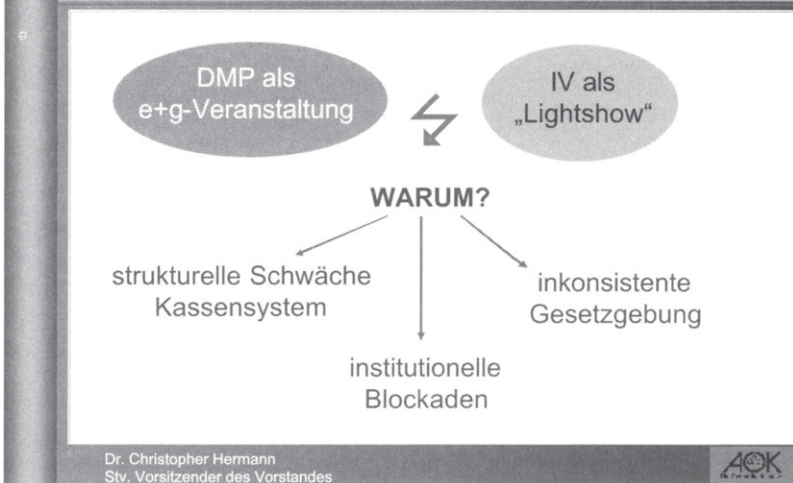
Im Ergebnis zeigt sich, dass die Möglichkeiten der wettbewerblichen Differenzierung von den Krankenkassen bisher auch nicht annähernd erschöpfend bearbeitet werden.

Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung IV – woran mangelt es?

Die aufgezeigte Bilanz – dass sich der gesetzgeberische und (wie oben gesehen; Abschnitt 1) programmatisch postulierte Anspruch der Akteure einerseits und das reale Verhalten in der Versorgungslandschaft andererseits teilweise erheblich voneinander abheben – kann nicht ohne Hinweise auf wesentliche Ursachen für diese Diskrepanz bleiben (vgl. zum Ganzen Abb. 3).¹⁸

¹⁸ Näher zum Folgenden Hermann (N7), Seite 20 ff.; Ebsen et al. (2003), Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. V. a. Seite 12 ff.

Abb. 3 Kassenwettbewerb und strukturierte Versorgung Anspruch und Wirklichkeit



Eine erste Teilantwort wurde bereits im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Hyperaktivität der Systembeteiligten bei der Auflage von Wettbewerbsrhetorik gegeben. Das korporatistische System kreist um den Nabel „einheitlich und gemeinsam“ und ist bereits definitionsgemäß ein Nicht-Wettbewerbsmodell. Die Politik sendet solange letztlich inplausible Signale aus, wie sie etwa mit dem GMG auf der einen Seite wettbewerbliche Spielräume für Einzelkassen erweitert, auf der anderen Seite aber gleichzeitig – Beispiel Zahnersatz, Beispiel bundeseinheitliche Festbeträge für Hilfsmittel – weitere Versorgungsbereiche vollständig der „einheitlich und gemeinsam“ – Philosophie unterwirft. Zwar hat das tradierte Ordnungsgefüge des GKV-Systems seit der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten 1996 als Ergebnis des Lahnsteiner Parteienkompromisses zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 erhebliche Schlagseite. Das Leitbild des mündigen Versicherten als autonom handelndes Subjekt im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung ist damit aber keineswegs an seine Stelle getreten. Im Gegenteil: Die Inkonsistenz der Gesetzgebung zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesundheitspolitik der letzten Dekade.

Eng damit verbunden bildet die fortdauernde strukturelle Schwäche des Krankenkassensystems zum Aufbau einer soliden wettbewerblichen Ba-

sis ein weiteres wesentliches Element der Antwort auf die aufgezeigten Widersprüchlichkeiten. Wer die Souveränität der Versicherten zum Zentrum seiner ordnungspolitischen Überlegungen macht, kommt an umfassender freier Kassenwahl, für die wiederum ein dauerhaftes Öffnungsgebot für alle Krankenkassen die Voraussetzung bildet, nicht vorbei. Damit verliert das überkommene Ordnungsgefüge mit seinem „bewährten“ gegliederten Kassenartensystem endgültig seine Legitimität – sein Fundament bilden gerade verzerrte Wettbewerbsbedingungen. Gleichzeitig sind dann die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass über Fusion und Konzentration durchgängig Kassengebilde entstehen, die überhaupt erst in der Lage sind, Krankenkassen zu „Playern“ in der Versorgungslandschaft werden zu lassen. Qualitätswettbewerb setzt Kassenstrukturen voraus, die Krankenkassen befähigen, die Versorgung aktiv und kompetent mitgestalten zu können.

Nachhaltige wettbewerbliche Differenzierung der Krankenkassen im GKV-System erfordert deren umfassende Dienstleistungsorientierung bei gleichzeitiger Entwicklung weitreichender Managementfähigkeiten. Dem stehen nicht zuletzt institutionelle Blockaden eines im Kern bedrohten „bewährten“ GKV-Gefüges entgegen. Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Versorgung setzt aber den entsprechenden funktionalen GKV-Ordnungsrahmen voraus. Die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu schließen, verlangt somit erkennbar deutlich mehr als fragmentierte Polithetorik: die offensive Umsetzung eines konzeptionell unterlegten Zielhorizonts für ein GKV-System im 21. Jahrhundert.

Themenkreis 2

Finanzierungsoptionen

Gerhard Schulte

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Formulierung des Themenkreises „Finanzierungsoptionen“ könnte die Erwartung stützen, dass die gesetzliche Krankenversicherung aus einer Reihe von Optionen nur diejenigen zu wählen braucht, die ihr die höchsten Einnahmen sichert und möglichst zukunftsfest ist. Zweifelsohne haben auch die Vertreter der kapitalgedeckten risikoäquivalenten Versicherung, der einkommensabhängigen Bürgerversicherung oder der kassenspezifischen Pauschalbeträge den Anspruch, einen Beitrag, wenn möglich einen besseren als die jeweils anderen Modelle, zur finanziellen Sicherung der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Bei allen Unterschieden verfolgen die Vertreter der divergierenden Finanzierungsoptionen gemeinsame Ziele:

- Die Stabilisierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung ist das herausragende Ziel. Herr Prof. Wille hat gestern zurecht angemerkt, die Beitragssatzstabilität sei ohne weitere Reformen mittelfristig nicht möglich. Das ist richtig, wenn auch mit der Einschränkung, dass möglicherweise auch mit weiteren Reformen Beitragssatzstabilität nicht zu erreichen ist. Es sei denn durch eine weitere Reduzierung des Leistungskataloges oder einen noch höheren Anteil von Selbstbeteiligungen der Versicherten, was politisch allerdings kaum mehrheitsfähig wäre. Die letzten Jahre haben gezeigt, dass medizinischer Fortschritt, eine fortschreitende Veränderung der Altersstruktur und auch erweiterte Patientenwünsche aus dem Wirtschaftswachstum allein nicht zu finanzieren sind. Wachstumsraten in der erforderlichen Größenordnung sind auch in absehbarer Zukunft nicht zu erwarten. Die Folge aus dieser Erkenntnis ist, einen höheren Anteil des Bruttoinhaltsproduktes für Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen zu müssen. Das ist leicht gesagt, aber schwer umzusetzen.
- Mehr Beitragsgerechtigkeit ist ein weiteres gemeinsames Ziel. Handlungsbedarf besteht hier zweifelsohne. Leider hat in letzter Zeit die Beitragsgerechtigkeit nicht im Blickpunkt des Gesetzgebers gestanden. Wenn etwa durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz die

Bezieher von Betriebsrenten, die bisher schon einen reduzierten Beitragssatz zur GKV zu zahlen hatten, jetzt den vollen Beitragssatz zu zahlen haben, dagegen andere Alterseinkommen vollständig frei bleiben, so hat offensichtlich nicht der Gerechtigkeitsgedanke Pate gestanden, sondern das leichtere Einzugsverfahren.

- Die Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnkosten ist ebenfalls nicht kontrovers. Hier setzt sich die Erkenntnis durch, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gescheitert ist und andere Wege gesucht werden müssen. Mit einer Abkoppelung würde im Übrigen auch ein Wachstumshindernis für medizinischen Fortschritt beseitigt. Zugleich könnte die Gesundheitsversorgung zum Wirtschaftswachstum stärker beitragen. Der Weg dahin allerdings ist schwierig. Dies hat Herr Prof. Kirchhoff mit seinem Hinweis auf fragwürdige Rechtsgrundlagen für die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages in einzelnen Modellen deutlich gemacht. So bleibt die Frage, ob nicht eine Obergrenze für den Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag der kleinste gemeinsame Nenner der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger ist.
- Schließlich soll die GKV zukunftssicherer gemacht werden durch unterschiedliche Ansätze einer demographischen Komponente. Wer wünscht sich nicht eine Kapitaldeckung, aus der die Kosten der Gesundheitsversorgung bezahlt werden könnten. Aber kein Land auf dieser Welt hat sie, weder in privaten noch in staatlichen Modellen. Insofern wäre schon eine etwas bescheidenere kapitalgestützte Abflachung der Alterslasten ein gewaltiger Fortschritt.

Soweit ich sehe, besteht auch ein Einvernehmen darüber, dass es in der Krankenversicherung einen Sozialausgleich zwischen Starken und Schwachen geben muss, ein reines Versicherungsprinzip in der Gesundheitsversorgung also keinen Platz hat. Die Frage, ob dies über das Steuersystem gewährleistet werden kann oder in der Sozialversicherung selbst bleiben muss, ist sicher eine der spannendsten Fragen dieses Themenkreises. Wesentlich leichter wäre die Frage zu beantworten, wenn wir aktuell in Deutschland ein Steuersystem hätten, das selbst verteilungsgerecht wäre.

Ich bin gespannt, wie die Referenten mit Ihrer Finanzierungsoption überzeugen können und erwarte eine spannende Diskussion.

Optionen im Rahmen einer Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung – ein systematischer Überblick

Eberhard Wille

Generelle Ansatzpunkte

Obgleich sich im Anschluss an das Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 149 ff.) die politisch orientierten Diskussionen um eine Reform der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf die beiden Optionen „Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen“ und „Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem Einkommensausgleich“ konzentrierten, existiert hier im Prinzip eine Vielzahl von Reformoptionen. Diese können an unterschiedlichen Elementen und Strukturen des geltenden Beitragssystems ansetzen und auch aus zahlreichen Kombinationen dieser Elemente bestehen. Entsprechende Systematisierungen finden sich mit unterschiedlichem Spektrum auch bereits in der Literatur (vgl. Gerken, L. und Raddatz, G. 2003, S. 4 ff.; Henke, K.-D. et al. 2004; Beske, F. und Drabinski, T. 2004). Um eine Einengung des Blickfeldes zu vermeiden und damit möglicherweise wichtige Reformoptionen zu übersehen, versuchen die folgenden Ausführungen einen systematischen Überblick über dieses weitere Reformspektrum zu geben.

Grundsätzlich kann eine Finanzierungsreform in der GKV an folgenden Elementen ansetzen:

- Pflichtversichertenkreis,
- Bemessungsgrundlage,
- Beitragstarif,
- Mitversicherung von Familienangehörigen,
- Deckung der Ausgaben und
- Beteiligung des Arbeitgebers.

Wie bereits angedeutet, erlauben diese Ansatzpunkte eine Vielzahl von Kombinationen, die eigenständige Reformoptionen darstellen. Die folgenden Ausführungen zielen lediglich darauf ab, dieses weite Spektrum an Reformalternativen systematisch aufzuzeigen, ohne diese dabei näher zu analysieren bzw. im Detail kritisch zu würdigen. Dies geschieht hinsichtlich einiger zentraler Reformvorschläge in den nachfolgenden Beiträgen.

Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage

Die Versicherungspflichtgrenze, die derzeit (2005) bei einem Arbeitsentgelt von monatlich 3.900 Euro liegt, teilt die Bürger in ziemlich willkürlicher Weise auf zwei unterschiedliche Versicherungsmärkte auf. Für Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt unterhalb dieser Grenze besteht eine Versicherungspflicht in der GKV, während Arbeitnehmer mit einem höheren Arbeitsentgelt eine Wahl zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV und der privaten Krankenversicherung (PKV) besitzen. In dieser Hinsicht bieten sich anstelle der geltenden Regelung die folgenden Reformoptionen an:

- Absenkung der Pflichtversicherungsgrenze,
- diskretionäre Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze, z. B. auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV),
- Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze (noch ohne Selbständige und Beamte) und
- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“).

Der Begriff „Bürgerversicherung“ bezieht sich somit nur auf den Versichertenkreis einer sozialen Krankenversicherung und erlaubt generell keinerlei Aussagen über die anderen potenziellen Reformelemente, wie Bemessungsgrundlage, Tarifform, die Deckung der Ausgaben, die (Mit-)Versicherung von Familienangehörigen oder die Beteiligung des Arbeitgebers. Detailliertere Einblicke bietet erst die zusätzliche Heranziehung der Bemessungsgrundlage mit den folgenden Optionen:

- risikoäquivalente Prämien,
- kassenspezifische Pauschalbeiträge,
- geltende Regelung, d.h. im wesentlichen Arbeitsentgelte und Renten,
- alle Einkünfte mit Freigrenzen oder Freibeträgen bei Kapitaleinkünften und
- alle Einkünfte.

Kombinationen aus Alternativem Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage, die Tabelle 1 synoptisch aufzeigt, kennzeichnen dann schon in konkreter Form mehrere Reformoptionen, die derzeit in Wissenschaft und Politik diskutiert werden. Dabei konzentriert sich das Interesse vor allem auf sechs Reformoptionen. Das Votum für risikoäquivalente Prämien geht konsequenterweise mit einer allgemeinen Pflicht zur Krankenversicherung bzw. der Einbeziehung der gesamten Bevölkerung

einher (vgl. Oberender, P. und Fleischmann, J. 2002, S. 128 ff.; Oberender, P. und Zerth, J. 2003, S. 36 ff.; Kronberger Kreis 2002; Zweifel, P. und Breuer, M. 2002). Alle heutigen Krankenkassen und -versicherungen besitzen in diesem System (Feld 1) die Chance, unter gleichen Rahmenbedingungen in den Wettbewerb zu treten. Übersteigt die Prämie einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens, erhalten die Versicherten die jeweilige Differenz aus Steuermitteln.

Tabelle 1: Kombinationen aus Pflichtversichertenkreis und Bemessungsgrundlage

Bemessungsgrundlage / Pflichtversicherten- grenze	risiko- äquivalente Prämien	kassenspe- zifische Pauschal- beiträge	geltende Regelung (im Wesent- lichen Ar- beitsentgel- te u. Ren- ten)	alle Ein- künfte, mit Freibeträ- gen oder -grenzen	alle Ein- künfte
Abseukung der Pflichtversicherungs- grenze	X				
geltende Regelung (75 % der BBG in der GRV)	X	2	Status quo	4	
diskretionäre Anhebung (z.B. auf 100 % der BBG in der GRV)	X			5	
Aufhebung (aber ohne Selbständige und Beam- te)					
Einbeziehung der gesamen Bevölkerung („Bür- gerversicherung“)	1	3		6	

X) Es handelt sich hier um ausgeschlossene bzw. schon konzeptionell um wenig sinnvolle Alternativen.

Kassenspezifische Pauschalbeiträge harmonieren im Prinzip sowohl mit der geltenden Pflichtversicherungsgrenze (Feld 2) als auch mit einer Bürgerversicherung (Feld 3). Für kassenspezifische Pauschalbeiträge bei geltender Pflichtversicherungsgrenze plädieren der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002,

Ziffer 519 ff. und 2003, Ziffer 306 ff.), ein Teil der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 161 ff.), die Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, S. 22 ff.) nach einer Übergangsphase, der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004) sowie B. Rürup und E. Wille (2004). Für kassenspezifische Pauschalbeiträge im Rahmen einer Bürgerversicherung, d.h. für eine so genannte Bürgerpauschale, sprechen sich ebenfalls zahlreiche Autoren aus (siehe Knappe, E. und Arnold, R. 2002; Henke, K.D., Grabka, M.M. und Borchardt K. 2002; Poensgen, A. 2003, S. 150 ff.; Wagner G. 2003; Breyer, F. et al. 2004, S. 115 ff.; Farhauer, O. Borchardt, K. und Stargardt, T. 2004, S. 19 f. sowie zuletzt auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004, Ziffer 510 ff.). Beide Varianten der kassenspezifischen Pauschalbeiträge benötigen steuerfinanzierte Zuschüsse für Versicherte mit niedrigem Haushaltseinkommen, wobei der Umfang dieser Zuschüsse von der Höhe der Pauschalbeiträge abhängt.

Die Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, S. 19) und eine Mehrheit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 203 ff.; ebenso Beske, F. 2002, S. 65) empfehlen bei geltender Pflichtversicherungsgrenze eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkünfte (Feld 4), während eine Minderheit zusätzlich die Pflichtversicherungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung anheben möchte (Feld 5). Die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage lässt sich auch mit einer Bürgerversicherung verbinden, wofür Bündnis 90/Die Grünen (vgl. Sehlen, S., Schröder, F.W. und Schiffhorst, G. 2004, S. 21 ff.) und ein Teil der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 149 ff.) plädieren. Diese Reformvariante beinhaltet einen Freibetrag für Einkünfte aus Kapitalvermögen, obwohl – was die Befürworter dieses Vorschlages konzedieren (ebenda, S. 158) – die geltende Regelung bei freiwillig Versicherten keine solche Regelung vorsieht.

Beitragstarif und Mitversicherung von Familienangehörigen

Bei den Bemessungsgrundlagen risikoäquivalente Prämien und kassenspezifische Pauschalbeiträge stellt sich das Problem eines Beitragstarifes im Sinne einer Abhängigkeit der Beiträge vom Arbeitsentgelt oder Einkommen nicht. Der geltende Beitragstarif in der GKV stellt, wie bereits ausgeführt, im Wesentlichen eine lineare Lohnsteuer mit einer Bemessungsgrenze von monatlich derzeit (2005) 3.525 Euro dar.

Neben der geltenden Regelung mit dieser Bemessungsgrenze und einheitlichen Beiträgen existieren im Prinzip noch folgende Alternativen :

- alterskohortenspezifische Beiträge,
- geschlechtsspezifische Beiträge,
- diskretionäre Senkung der Beitragsbemessungsgrenze,
- diskretionäre Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, z.B. auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV sowie
- Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Zu diesen Varianten – einschließlich der geltenden Regelung – könnte noch aus beschäftigungspolitischen Gründen jeweils ein reduzierter Beitragssatz bei niedrigerer Bemessungsgrundlage treten (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997/98, Ziffer 470 ff.).

Das Konzept der alterskohortenspezifischen Beiträge engt, verglichen mit allgemeinen Beiträgen, die Versichertengruppen ein, in denen jeweils Umverteilungsprozesse ablaufen und verstärkt damit das Prinzip der gruppenmäßigen Äquivalenz. Bei alterskohortenspezifischen Beiträgen ohne Ansparphase besteht jedoch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Beiträge in den höheren Alterskohorten ein Niveau erreichen, das die Zahlungsfähigkeit vieler Versicherter überfordert. Dies gilt um so mehr, je dynamischer sich der medizinisch-technische Fortschritt entwickelt und gerade für die höheren Alterskohorten ausgabenintensive Produktinnovationen entwickelt. Diesem Unsicherheitsfaktor der künftigen Ausgabenentwicklung vermögen, ähnlich wie bei der reinen Kapitaldeckung, auch alterskohortenspezifische Beiträge mit einer Ansparphase nicht gezielt bzw. wirksam zu begegnen, sodass auch bei dieser Variante mit zunehmendem Alter eine finanzielle Überforderung vieler Versicherter droht.

Da eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze aus fiskalischen Gründen wohl ausscheidet, verbleiben hinsichtlich der Höhe dieser Grenze nur noch zwei Reformoptionen, die sich, wie Tabelle 2 zusammenfasst, einschließlich der geltenden Regelung mit den Alternativen der Pflichtversicherungsgrenze kombinieren lassen. Dabei erscheinen aus aktueller und theoretischer Perspektive vier Reformoptionen von Interesse. Eine Bürgerversicherung mit geltender Beitragsbemessungsgrenze (Feld 1) entspricht dem „Grünen Modell“, d.h. dem Reformkonzept von Bündnis 90/Die Grünen (vgl. Sehlen, S., Schröder, W.F. und Schiffforst, G. 2004, S. 21 ff.). Die Befürworter einer Bürgerversicherung in der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003, S. 159) votieren bei ihrem Reformvorschlag

für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der entsprechenden Grenze in der GRV, d.h. auf derzeit (2005) monatlich 5.200 Euro (Feld 3). Eine Minderheit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 206) befürwortet eine Anhebung von Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (Feld 2). Einen theoretisch interessanten (Grenz-)Fall stellt schließlich die Kombination einer Bürgerversicherung mit einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze dar (Feld 4). Die Beitragsgestaltung läuft bei dieser Reformoption für alle Bürger auf eine unbegrenzte lineare Lohn- bzw. Einkommensteuer hinaus, die dann neben die progressive Einkommensteuer tritt.

Tabelle 2: Kombinationen von Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV

Beitragsbemessungsgrenze (BBG)	geltende Regelung	diskretionäre Anhebung z.B. auf 100 % der BBG der GRV	generelle Aufhebung im Wesentlichen proportionale Lohn- bzw. Einkommensteuer
Pflichtversicherungsgrenze			
Absenkung		X	X
geltende Regelung (75 % der BBG der GRV)	<i>Status quo</i>	X	X
diskretionäre Anhebung (z.B. auf 100 % der BBG der GRV)		2	X
Aufhebung (aber ohne Selbständige und Beamte)			
Einbeziehung der gesamten Bevölkerung („Bürgerversicherung“)	1	3	4

X) Es handelt sich hier um wenig sinnvolle Kombinationen, da jeweils die Beitragsbemessungs- die Pflichtversicherungsgrenze übersteigt, was zu einer starken Abwanderung in die PKV führen würde.

Die derzeitige Beitragsgestaltung benachteiligt in vielen Fällen Zweiverdiener- gegenüber Einverdienerfamilien. So entrichtet eine Familie, in der beide Partner ein monatliches Arbeitsentgelt von 3.525 Euro erhalten, doppelt so hohe Beiträge wie eine Familie, in der ein Partner 7.050 Euro im Monat verdient und der andere keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht. Um diese und ähnliche distributive Verwerfungen der geltenden beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen zu be-

seitigen oder zumindest abzumildern, bieten sich folgende Reformalternativen an:

- Splitting-Verfahren für Ehegatten, Kinder beitragsfrei,
- Mindestbeitrag für nichtberufstätige Ehegatten,
- Option einer Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag,
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, Kinder beitragsfrei,
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, gruppenäquivalenter Beitrag für Kinder aus Steuermitteln sowie
- Pauschalbeitrag für jeden Ehepartner, Kinder im Bedarfsfall ausgeglichen.

Da Pauschalbeiträge den nichtberufstätigen Partner schon vom Ansatz her in die Beitragspflicht einbeziehen, beschränken sich die Ausführungen hier auf die drei Varianten, die mit einer einkommensabhängigen Bemessungsgrundlage einhergehen. Wie Tabelle 3 synoptisch aufzeigt, lassen sich die obigen drei Varianten der Mitversicherung von Familienangehörigen mit alternativen Abgrenzungen der beitragspflichtigen Einkunftsarten zu verschiedenen Reformoptionen verknüpfen. Unter verteilungspolitischen und fiskalischen Aspekten stellt die Berücksichtigung aller Einkunftsarten in Verbindung mit dem Splitting-Verfahren (Feld 1) in diesem Kontext die konsequenteste Lösung dar, gefolgt von der Alternative, die Freibeträge oder Freibetragsgrenzen bei den Kapitaleinkünften (Feld 2) in Abzug bringt. Das Splitting-Verfahren teilt das gemeinsame Haushaltseinkommen hälftig auf und unterwirft dann beide Ehepartner der Beitragspflicht. Es belastet auch Einverdienerfamilien, deren Haushaltseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, nicht stärker als das geltende System. Die Reformalternative, die Nicht-Arbeitseinkommen nur zur Hälfte und mit Freibeträgen berücksichtigt und zudem eine Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag gestattet (Feld 3), schneidet zwar unter Zielaspekten am schlechtesten ab, besitzt aber möglicherweise im Hinblick auf die politische Implementierung komparative Vorzüge. Da die Versorgungsbezüge inzwischen dem vollen Beitragssatz unterliegen, erscheint die hälftige Anrechnung von anderen Nicht-Arbeitseinkommen, wie z.B. Zinsen, allerdings sehr problematisch. Für ein Splitting-Verfahren spricht sich grundsätzlich (Feld 1 oder 2), d.h. bei Ehegatten, die keine Kinder erziehen und keine Pflegedienste verrichten, der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003, Ziffer 204) und die Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, S. 19 f.) aus (ähnlich Sehlen, S., Schröder, W.F., Schiffhorst, G. 2004, S.65 ff.).

Die Deckung der Ausgaben

Die Deckung der Ausgaben erfolgt im geltenden System der GKV im Unterschied zur PKV mit Hilfe eines reinen Umlageverfahrens, d.h. es findet keinerlei Kapitaldeckung statt. Als mögliche Alternativen kommen hier in Frage:

- Übergang zur vollen Kapitaldeckung,
- dauerhafte Teilkapitaldeckung und
- temporäre Kapitaldeckung („demographische Reserve“).

Ein Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung durch entsprechende Altersrückstellungen bietet sich zunächst bei jenen Reformkonzepten an, die auf risikoäquivalente Prämien abstellen (vgl. Kronberger Kreis 2002; Oberender, P. und Zerth, J. 2003, S. 36 ff.).¹

Tabelle 3: Einkommensabhängige Bemessungsgrundlage: Kombination aus Einkunftsarten und Mitversicherung von Familienangehörigen

Mitversicherung Einkunftsarten	Splitting-Verfahren	Für nicht berufstätigen Ehepartner Mindestbeitrag	Wahl zwischen Splitting-Verfahren und Mindestbeitrag
Alle Einkunftsarten in voller Höhe	1		
Nicht-Arbeits-einkommen zu 50 vH			
Freibetrag bzw. Freibetragsgrenze bei Kaptialeinkünften	2		
Nicht-Arbeits-einkommen zu 50 vH und Freibetrag bzw. Freibetragsgrenze bei Kaptialeinkünften			3

¹ Eine Ausnahme bildet hier das Modell von P. Zweifel und M. Breuer (2002), das im Prinzip risikoäquivalente Prämien auf der Basis des Umlageverfahrens vorsieht.

Ein stufenweiser Übergang zur Kapitaldeckung kann grundsätzlich aber auch in einem Reformkonzept mit einer anderen Bemessungsgrundlage, z.B. mit Pauschalbeiträgen, stattfinden (vgl. Henke, K.-D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002; Rumm, U., 2002, S. 73 f.; Kommission „Soziale Sicherheit“ 2003, S. 22 f.). Die Teilkapitaldeckung stellt entweder eine dauerhafte Ergänzung des Umlageverfahrens dar (vgl. Poensgen, A. 2003, S. 152), oder dient temporär der künftigen Überbrückung sich abzeichnender Haushaltsengpässe, die andernfalls erhebliche Beitragsatzsteigerungen erwarten lassen (in diesem Sinne Cassel, D. und Oberdieck, V. 2002; Cassel, D. 2003a und 2003b). Probleme der Portabilität von Anwartschaften bzw. Rückstellungen beim Wechsel der Krankenkasse ließen sich dadurch umgehen, dass das angesparte Vermögen nicht bei den Krankenkassen, sondern im Risikostrukturausgleich verbleibt (vgl. Felder, S. 2003).²

Die Kapitaldeckung besitzt gegenüber dem Umlageverfahren unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit und, vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur, auch im Sinne der intergenerativen Verteilung zweifellos komparative Vorteile. Sie weist allerdings verglichen mit dem Umlageverfahren geringere Vorzüge als im Rahmen der Alterssicherung auf (so auch Sehlen, S., Schröder, W.F. und Schiffforst, G. 2004, S. 18 f.). Die Kapitaldeckung vermag im Unterschied zum Umlageverfahren zwar Veränderungen der demographischen Struktur zu neutralisieren, einer verlängerten Lebenszeit kann sie aber ebenfalls nur mit Hilfe diskretionärer Anpassungen der Prämien Rechnung tragen. Gleiches gilt für die Ausgabeneffekte, die aus dem medizinischen Fortschritt als dem bisher und auch wohl auch künftig dominanten Einflussfaktor der Gesundheitsausgaben resultieren.

Angesichts des beträchtlichen Transferbedarfs, den ein Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung erfordert (vgl. Henke, K.D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002) und der langen Übergangszeit³ überrascht es nicht, dass die überwiegende Zahl der Reformvorschläge von dieser Variante absieht. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass eine Kapitaldeckung nicht nur in der Krankenversicherung, sondern auch im Rahmen von Reformen im Bereich der Alterssicherung und der Absicherung gegenüber

² Eine solche Lösung scheidet bei risikoäquivalenten Prämien aus, da diese Reformkonzepte keinen Risikostrukturausgleich benötigen, sondern unter Wettbewerbsaspekten die Portabilität der Altersrückstellungen voraussetzen.

³ Die Höhe des jährlichen Transferbedarfs hängt dabei von der Länge des Übergangszeitraums und dem Alter der Kohorten ab, die noch im Umlageverfahren verbleiben. Der Übergangszeitraum endet erst mit dem Tod aller Versicherten, die sich im Umlageverfahren befanden (vgl. Henke, K.-D., Grabka, M.M. und Borchardt, K. 2002, S. 201 ff.).

dem Pflagerisiko zur Diskussion steht. Diese Zweige der sozialen Sicherung konkurrieren bei einer zumindest begrenzten Belastungsfähigkeit der heutigen Generation um das Sparpotenzial (ähnlich Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004, S. 33). Die fiskalischen Effekte, die aus dem demographischen Wandel erwachsen, sowie die speziellen Ausgabenprofile im Bereich der Pflege sprechen eher für eine Kapitaldeckung im Bereich der Alterssicherung (hier als zweite Säule) und/oder der Pflege. Der Aufbau einer temporären „demographischen Kapitalreserve“ zur Abschwächung künftig zu erwartender Beitragssatzsteigerungen setzt ebenfalls für eine bestimmte Zeitspanne höhere als ausgaben- bzw. budgetdeckende Beiträge voraus. Diese obligatorische partielle Kapitaldeckung kann allerdings nur dann ihr angestrebtes Ziel erreichen, wenn der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg künftig nur temporär auftritt, d.h. sich anschließend wieder ein entsprechendes Gleichgewicht einstellt.

Zur Beteiligung des Arbeitgebers

Da Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Beiträge zur GKV bisher jeweils hälftig finanzieren, führen steigende Beitragssätze auch zu einer Erhöhung der Lohn- bzw. Lohnnebenkosten und damit über eine Belastung des Faktors Arbeit tendenziell zu negativen Beschäftigungswirkungen. Um die Arbeitskosten künftig von den Effekten steigender Beitragssätze abzukoppeln, existieren folgende Möglichkeiten:

- Abkehr von der paritätischen Finanzierung mit niedrigerem Beitragssatzanteil des Arbeitgebers,
- Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers und
- Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages.

Eine Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Beiträge nahm bereits das Gesundheitsmodernisierungsgesetz vor, das die Arbeitgeber künftig von der Finanzierung des Zahnersatzes und des Krankengeldes freistellt. Eine gewisse Aufweichung der paritätischen Finanzierung trat schon in der Vergangenheit materiell insofern ein, als die meisten Gesundheitsreformen bzw. Kostendämpfungsgesetze den Leistungskatalog der GKV einengten und die Selbstbeteiligung der Versicherten ausweiteten, d.h. die finanziellen Aufwendungen in Richtung der Versicherten verschoben. Eine Festschreibung bzw. Fixierung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers verlagert alle nachfolgenden Beitragssatzsteigerungen auf den Arbeitnehmer bzw. Versicherten. Eine Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers entspricht in seiner Wirkung einer steuer- und beitragsfreien Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages, dessen Wachstum dann der allgemeinen Lohnentwicklung folgt. Dabei bleibt in

beiden Varianten offen, ob und inwieweit die Arbeitnehmer etwaige Beitragssatzsteigerungen als Argumente in die Lohn- und Tarifverhandlungen einbringen.

Die Festschreibung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers und die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages verhindern, dass Beitragssatzsteigerungen unmittelbar und zwangsläufig die Lohnnebenkosten erhöhen. Im Rahmen einer Bemessungsgrundlage mit einkommensabhängigen Beiträgen können beide Varianten zum Einsatz kommen, während das Konzept kassenspezifischer Pauschalbeiträge nur mit der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages⁴ harmonisiert. Im letzteren Fall sprechen fiskalische und verteilungspolitische Aspekte dafür, den ausgeschütteten Arbeitgeberbeitrag als Bruttolohnbestandteil zu behandeln und ihn bei dem Versicherten der Einkommensteuer zu unterwerfen. Festschreibung des Beitragssatzanteils und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages besitzen im Sinne von Eigenverantwortung und Autonomie des Versicherten den Vorzug, dass der Arbeitgeber keinen Anreiz mehr besitzt, die Wahl der Krankenkasse zu beeinflussen, denn diese kann sich nun ausschließlich an den Präferenzen des Versicherten orientieren.

Festschreibung des Beitragssatzanteils und Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages können jeweils zum Stichtag bei

- kassenspezifischem Beitragssatz,
- durchschnittlichem Beitragssatz,
- unterdurchschnittlichem Beitragssatz oder
- niedrigstem Beitragssatz

erfolgen. Die Wahl dieser Benchmark besitzt vor allem erhebliche wettbewerbliche Konsequenzen. So erhält bei Wahl des kassenspezifischen Beitragssatzes ein Versicherter, der sich in einer Krankenkasse mit einem hohen Beitragssatz befindet, einen dauerhaft höheren Zuschuss des Arbeitgebers, was sein Interesse mindert, vor dem Stichtag in eine Krankenkasse mit günstigerem Beitragssatz zu wechseln. Die Wahl des durchschnittlichen Beitragssatzes verdoppelt hingegen verglichen mit dem Status quo die Beitragssatzunterschiede und induziert damit eine deutliche Verschärfung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen.⁵ Im Sinne eines funktionsfähigen Wettbewerbs setzt dies allerdings eine

⁴ Der Arbeitgeber könnte sich, theoretisch betrachtet, auch im Falle kassenspezifischer Pauschalbeiträge hälftig an der Finanzierung beteiligen.

⁵ Dies bewirkt auch eine Normierung des Beitragssatzanteils des Arbeitgebers, bei der im Unterschied zur Festschreibung Beitragssatzsteigerungen in den normierten Satz eingehen und damit auch die Lohnnebenkosten erhöhen.

faire wettbewerbliche Grundlage in Form eines adäquaten Risikostrukturausgleichs (RSA) voraus.

Die Wahl des niedrigsten Beitragssatzes dürfte den Wettbewerb zwar am stärksten fördern, stellt für die gesamte Versichertengemeinschaft aber möglicherweise keine realistische Option dar. Sofern die Krankenkasse mit dem niedrigsten Beitragssatz eine günstige Risikostruktur aufweist, die der RSA nicht völlig ausgleicht, müsste ihr Beitragssatz bei einer Zuwanderung selbst dann steigen, wenn es sich bei den Neuzugängen nur um durchschnittliche Risiken handelt. Die gesamte Versichertengemeinschaft könnte die Krankenkasse – abgesehen von Verwaltungsproblemen – zu diesem günstigen Beitragssatz in keinem Fall aufnehmen. Aus dieser Perspektive bietet sich ein Beitragssatz etwa in der Nähe des Durchschnitts der unteren Hälfte an, während pragmatische bzw. Implementationsaspekte insofern für den durchschnittlichen Beitragssatz sprechen, als dieser zum Zeitpunkt der Umstellung insgesamt gesehen den Finanzierungsanteil von Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht verändert. Er könnte gleichwohl bereits im Vorfeld der Umstellung beitragsatzsenkende Wettbewerbsprozesse auslösen.

Gemeinsamkeiten der Reformvorschläge

Ogleich somit eine Vielzahl von Reformoptionen existiert, die mit dem Pflichtversichertenkreis, der Bemessungsgrundlage, dem Tarif, der Ausgabendeckung, der (Mit-)Versicherung von Familienangehörigen und der Beteiligung des Arbeitgebers an sechs verschiedenen Elementen der Finanzierung des Krankheitsrisikos ansetzen und hier jeweils unterschiedliche Varianten präsentieren, besteht doch ein beachtlicher Fundus an Gemeinsamkeiten. Dieser erstreckt sich nicht nur auf die Analyse der Schwachstellen des geltenden Beitragssystems (siehe hierzu Wille, E. 1998 und 2002), sondern beinhaltet zumindest in der Tendenz auch die konstruktiven Vorschläge. Darüber hinaus umfassen die Gemeinsamkeiten der Reformoptionen sowohl fiskalische als auch allokativen und verteilungspolitische Aspekte.

In fiskalischer Hinsicht unterstellen – mehr oder weniger explizit – alle Reformvorschläge, dass die derzeitige Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV nicht nur auf konjunkturelle, sondern auch auf strukturelle Einflussfaktoren zurückgeht. Dies bedeutet, dass die Finanzierungsbasis der GKV auf absehbare Zeit nicht mit dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes Schritt zu halten vermag. Da auch die Schöpfung des vorhandenen Rationalisierungspotenzials, die zudem entsprechende Reformen voraussetzt, diese Finanzierungslücke bestenfalls verringern, aber nicht schließen kann, drohen bei gegebener Beitragsgestaltung

entweder weitere Beitragssatzsteigerungen oder empfindliche Rationierungen. Beide Effekte treffen Versicherte mit geringerem Einkommen und sozialem Status absolut und relativ stärker. Insofern bemühen sich alle Reformvorschläge um eine fiskalische Stärkung der Finanzierungsbasis mit dem Ziel einer besseren Nachhaltigkeit.

Da immer noch ein beachtliches Rationalisierungspotenzial im deutschen Gesundheitswesen existiert, steht dessen Realisierung unter allokativen Aspekten im Vordergrund. Die Ausschöpfung der Effizienz- und Effektivitätsreserven kann sowohl fiskalische Effekte in Form von Einsparungen als auch allokativen Wirkungen durch eine Verbesserung der gesundheitlichen *Outcomes* erzeugen. Die überwiegende Mehrzahl der Reformvorschläge fordert zu diesem Zwecke eine Intensivierung des Wettbewerbs und zwar nicht nur zwischen den Krankenkassen, sondern auch auf der Ebene der Leistungserbringer. Ein funktionsfähiger Wettbewerb der Krankenkassen innerhalb der GKV setzt zunächst einen adäquaten RSA, der die wettbewerblich relevanten Morbiditäten veranschlagt, als ordnungspolitischen Rahmen voraus.

Die Versicherungspflichtgrenze trennt den Markt in zwei Segmente mit völlig unterschiedlichen Rahmenbedingungen, wobei derzeit sowohl der Wettbewerb zwischen GKV und PKV an dieser Grenze als auch der Wettbewerb innerhalb der PKV ordnungspolitische Defizite aufweisen. An diesem Befund setzen alle Reformvorschläge an. Die Konzepte, die an der Pflichtversicherungsgrenze festhalten, fordern deshalb zur Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der PKV die Portabilität der Altersrückstellungen. Ein funktionsfähiger Wettbewerb setzt allerdings ebenfalls voraus, dass die privaten Krankenversicherungen über Instrumente im Vertragsgeschäft mit den Leistungserbringern verfügen. Die kassenspezifischen Pauschalbeiträge verändern die Preisrelationen, die an der Pflichtversicherungsgrenze zwischen GKV und PKV bestehen, erheblich und verbessern damit die wettbewerbliche Position der GKV.

Die Reformkonzepte, die über eine Abschaffung der Pflichtversicherungsgrenze eine Bürgerversicherung vorsehen, verfolgen damit aber nicht in erster Linie allokativen Zwecke, sondern Verteilungsziele. Die Pflichtversicherungsgrenze zwingt in ziemlich willkürlicher Weise einen Teil der Bevölkerung in ein Krankenversicherungssystem mit Solidarausgleich, während sie einem anderen Teil eine Wahl zwischen entgeltabhängigen Beiträgen und risikoäquivalenten Prämien eröffnet. Eine Beteiligung der PKV-Versicherten an der solidarischen Finanzierung der GKV beinhalten – auch unabhängig von der derzeitigen höheren Bezahlung von Gesundheitsleistungen durch die PKV – alle Reformkonzepte, d.h. auch jene, die an der Pflichtversicherungsgrenze festhalten. Hin-

sichtlich der ökonomischen Inzidenz, d.h. der tatsächlichen Belastung der Versicherten, weisen alle Reformkonzepte bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze einen entgelt- bzw. einkommensabhängigen Bereich auf. Je nach Ausgestaltung dieses Bereichs können Versicherte mit einem niedrigen Einkommen bei einkommensabhängigen Beiträgen, bei kassenspezifischen Pauschalbeiträgen und sogar bei risikoäquivalenten Prämien die gleiche Belastung tragen. Selbst bei risikoäquivalenten Prämien besteht auch bei sehr kranken Versicherten nicht die Gefahr einer finanziellen Überforderung.⁶ Der Unterschied besteht hier nicht in der Zahllast des Versicherten bzw. seiner solidarischen Unterstützung, sondern darin, ob die entsprechende Finanzierung innerhalb des Krankenversicherungssystems oder von außen über das Steuer- und Transfersystem erfolgt.

Nahezu alle Reformvorschläge nehmen Kinder von der Belastung aus, entweder durch unmittelbare Befreiung von der Beitragspflicht oder durch Ersatz der entsprechenden Aufwendungen. Der Unterschied liegt auch hier nicht in der finanziellen Belastung als vielmehr darin, ob dies im System oder außerhalb geschieht. Ferner rücken im Hinblick auf die Bemessungsgrundlage fast alle Konzepte von der derzeitigen schmalen und wachstumsschwachen Finanzierungsbasis ab und streben in irgendeiner Form nach einer Verbreiterung. Alle Vorschläge verringern, wenn auch mit unterschiedlicher Reichweite, die einseitige Abhängigkeit der Beiträge bzw. Prämien von den Arbeitseinkommen und damit vom Faktor Arbeit. Parallel hierzu findet im Rahmen der Beitragsbemessung, z.B. durch die Einbeziehung von Zinseinkünften oder bei kassenspezifischen Pauschalbeiträgen, eine etwas stärkere Belastung von Rentnern statt, was zumindest mit dem intergenerativen Verteilungspostulat in Einklang steht. Schließlich versuchen mehrere Reformvorschläge, die derzeitigen verteilungspolitischen Verwerfungen zu beseitigen, die in der Bevorzugung von Einverdienerfamilien bestehen. Dies geschieht bei risikoäquivalenten Prämien und kassenspezifischen Pauschalbeiträgen quasi automatisch, diesem Ziel dient bei einkommensabhängigen Beiträgen das Splitting-Verfahren.

⁶ Das Konzept risikoäquivalenter Prämien sieht, ähnlich wie heute die PKV, für jedes Kind eines Versicherten bzw. für jeden Neugeborenen unabhängig von dessen Krankheitsrisiko bzw. Morbidität eine Pauschalprämie vor. Es unterscheidet sich somit erst dann von dem Reformvorschlag kassenspezifischer Pauschalbeiträge, wenn der Versicherte die Krankenkasse bzw. Krankenversicherung wechselt. Da es im Konzept risikoäquivalenter Prämien im Unterschied zum System kassenspezifischer Pauschalbeiträge keinen RSA gibt, dürfte ein Versicherter mit einem hohen oder auch schon etwas höherem Krankheitsrisiko zeitlebens in der Kasse bleiben, in die er als Neugeborener eintrat.

Literatur:

Beske, Fritz (2002), Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Kiel.

Beske, Fritz und Drabinski, Thomas (2004), Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test – Kiel.

Breyer, Friedrich et al. (2004), Reform der sozialen Sicherung, Gutachten im Auftrag der Bertelsmann, der Heinz Nixdorf und der Ludwig-Erhard Stiftung e.V., Bonn, Gütersloh.

Cassel, Dieter und Oberdieck, Veit (2002), Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst 2002/1, S. 15-22.

Cassel, Dieter (2003a), Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der GKV, in: Albring, Manfred und Wille, Eberhard (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt et al., S. 209-234.

Cassel, Dieter (2003b), Intergenerative Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Cassel, Dieter, Müller, Herbert und Thieme, H. Jörg (Hrsg.), Stabilisierungsprobleme in der Marktwirtschaft, Prozesse und Strukturen, München, S. 235-261.

Farhauer, Oliver, Borchardt, Katja und Stargardt, Tom (2004), Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt, Technische Universität Berlin, Diskussionspapier 2004/8, Berlin.

Felder, Stefan (2003), Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Bd. 54, Heft 1, S. 60-72.

Gerken, Lüder und Raddatz, Guido (2003), „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“. Im Dickicht der Gesundheitsreform, Stiftung Marktwirtschaft, Frankfurter Institut, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Nr. 79, Berlin.

Henke, Klaus-Dirk, Grabka, Markus M. und Borchardt, Katja (2002), Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10. Jg., Heft 3, S. 196-210.

Henke, Klaus-Dirk et al. (2004), Eine Systematisierung der Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung in Deutschland, in: Journal of Public Health, Vol. 12, Nr. 1, S. 10-19.

Knappe, Eckhard und Arnold, Robert (2002), Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit. Gutachten für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V., München.

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (2003), Bericht der Kommission, Berlin.

Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), Bericht der Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin.

Kronberger Kreis (2002), Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Kronberger Kreis Studie Nr. 39, Berlin.

Oberender, Peter O. und Fleischmann, Jochen (2002), Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Analysen der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Stuttgart.

Oberender, Peter O. und Zerth, Jürgen (2003), Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth.

Poensgen, Andreas (2003), Konsequenz die Zukunft des Gesundheitswesens gestalten. Transparenz, Qualität und klare Verantwortlichkeit, The Boston Consulting Group GmbH.

Rürup, Bert (2004), Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch pauschale Gesundheitsprämien, in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 10, Heft 2, S. 31-36.

Rürup, Bert und Wille, Eberhard (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten, Darmstadt und Mannheim, 15. Juli 2004.

Rumm, Ulrich (2002), Die private Krankenversicherung in der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie soll die künftige Versicherung gegen Krankheit gestaltet sein?, in: Pitschas, Rainer et al. (Hrsg.), Reformoptionen der GKV-Quo vadis Gesundheitswesen, Vorträge der 4. Speyerer Gesundheitstage vom 15. und 16. April 2002, Speyer, S. 67-92.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997/98), Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003), Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, Berlin.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/2005, Berlin.

Sehlen, Stephanie, Schröder, Wilhelm F. und Schiffhorst, Guido (2004), Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, Berlin.

Wagner, Gert G. (2003), Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, 56. Jg., 17/2003, S. 3-6.

Wille, Eberhard (1998), Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1 /2, S. 16-27.

Wille, Eberhard (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheit und Gesellschaft, Wissenschaft, 2. Jg. Ausgabe 3 (Juli), S. 7-14.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004), Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Bonn.

Zweifel, Peter und Breuer, Michael (2002), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller, Zürich.

Kapitalgedeckte risikoäquivalente Pflichtversicherung

Peter Oberender und Volker Ulrich

1. Einleitung

Zwei zentrale Ziele der Gesundheitspolitik in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft sind die präferenzgerechte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung. Von beiden Zielen ist das deutsche Gesundheitssystem ein erhebliches Stück entfernt. Zwar besitzt das Gesundheitssystem nach wie vor einen guten Ruf, und die Versicherten schätzen den hohen Standard von Behandlung und Pflege oder die Reichweite des Leistungsumfangs. Dennoch belegen zahlreiche Studien vielfältige Fehlsteuerungen und -anreize sowie eine im internationalen Vergleich nur niedrige Produktivität des deutschen Gesundheitswesens (vgl. Börsch-Supan 1997, WHO 2000, DIW 2001, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) 2002, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) 2003 und 2004). Im Zentrum der gegenwärtigen Diskussionen über die „GKV 2010“ steht die Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen (vgl. Wille 2003). Der Auftrag der so genannten „Nachhaltigkeitskommissionen“ (Rürup und auch Herzog) lautet, „umsetzbare und langfristig tragfähige Vorschläge zu erarbeiten, die gleichermaßen geeignet sind, im Interesse einer Verbesserung der Beschäftigung die Lohnzusatzkosten zu dämpfen wie aus Gründen der generativen Gerechtigkeit die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung zu erhöhen“¹.

Die derzeitige lohnzentrierte Finanzierung der GKV ist aufgrund ihrer negativen Wachstums- und Beschäftigungseffekte („Lohnnebenkosten“) den wachsenden Anforderungen an eine solide Finanzierungsgrundlage nicht mehr gewachsen.² Hinzu kommen die Herausforderungen durch

¹ Bundesversicherungsministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin, S. 3.

² Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen. Die Beiträge der Arbeitgeber für Kranken- und Pflegeversicherung haben an den Lohnnebenkosten zurzeit nur einen Anteil von 11,7 %, so das Ergebnis einer neuen IGES/BASYS-Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse (vgl. Ecker et al. 2004). Da aber auch alle anderen Sozialversicherungsbeiträge zu den Lohnnebenkosten rechnen und in naher Zukunft die Wechselwirkungen zwischen Demographie und technischem Fortschritt eine Versteigerung der Ausgabenprofil-

den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die Veränderungen in den Lebens- und Erwerbshistorien der Individuen in einer globalisierten Umwelt. Diese Herausforderungen an die Sozial- und Gesundheitspolitik können nur gemeistert werden, wenn die Systeme der sozialen Sicherung flexibel und pluralistisch ausgestaltet werden (vgl. Börsch-Supan 2000, S. 1). Um Qualität und Produktivität ständig zu erhöhen, bedarf es eines stetigen „ökonomischen Drucks“, der am wirkungsvollsten über Wettbewerb und Anreize organisiert werden kann. Dazu ist ein wettbewerblicher Systemwechsel in der Krankenversicherung erforderlich, da die derzeitige einkommensabhängige Beitragsbemessung an ihre Grenze stößt bzw. nicht zukunftsfähig ist.

Die öffentliche Diskussion über die Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV dreht sich vorwiegend um die Vorschläge einer einkommensabhängigen Bürgerversicherung auf der einen und den so genannten Gesundheitsprämienmodellen auf der anderen Seite (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, Gerken und Raddatz 2003, Lauterbach 2004, Rürup und Wille 2004). Während der Vorschlag einer Bürgerversicherung eine Ausweitung des bestehenden Umlagesystems vorsieht, gehen die Befürworter einer Gesundheitsprämie von einem einkommensabhängigen Beitrag zu einer Kopfpauschale über. Prämienmodelle sehen zudem eine institutionelle Trennung von „Versicherung“ und „sozialem Ausgleich“ vor. Während sich die Krankenversicherung auf die erwünschte originäre, d.h. zufallsgesteuerte Umverteilung zwischen „Gesund und Krank“ mit Hilfe einer individuellen oder pauschalen Prämie konzentriert, wird der notwendige soziale Ausgleich insbesondere zwischen „Reich und Arm“ in das allgemeine Steuer- und Transfersystem verlagert.

Gegen beide Reformmodelle bestehen ernst zu nehmende Bedenken. Bei der Bürgerversicherung kommt es zu einer Ausdehnung des Umlageverfahrens, ihre ökonomische Wirkungsweise entspricht derjenigen der Einkommensteuer, sie leistet keinen Beitrag zur Reduktion der gesamtwirtschaftlichen Abgabenquote und ist nicht vereinbar mit dem Ziel der Senkung der Grenzsteuersätze im Rahmen der Einkommensteuerreform. Gegen das Gesundheitsprämienmodell wird eingewendet, dass es ebenfalls überwiegend im Umlageverfahren verbleibe (je nach betrachteter Variante), mit sozialen Ungerechtigkeiten einhergehe und außerdem der erforderliche Transferbedarf nicht zu finanzieren sei.

le erwarten lassen, bleibt die Stabilisierung der Sozialabgaben bzw. ihre Entkopplung von den Arbeitskosten eine vordringliche Aufgabe.

Beiden Konzepten ist demnach vorzuhalten, dass sie unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit das selbst gesteckte Ziel der langfristigen Sicherung der GKV-Finanzierung verfehlen.

Der folgende Beitrag stellt eine wettbewerbliche Alternative zu den beiden Reformmodellen für die Finanzierungsseite der GKV vor, das so genannte „Bayreuther Versichertenmodell“, dessen zwei zentrale Bausteine eine kapitalgedeckte risikoorientierte Pflichtversicherung und die Gewährung einer Subjektförderung durch ein steuerfinanziertes Versicherungsgeld darstellen.

2. Ökonomische Forderungen an einen Systemwechsel

Die gegenwärtigen, teilweise stark politisch geprägten Diskussionen verdecken zentrale ökonomische Kernfragen, die es zu beantworten gilt, wenn man ein in sich geschlossenes und zukunftsfähiges Konzept für die Finanzierungsreform der GKV abstrebt. Die seit Jahrzehnten anhaltende Dominanz der kurzfristigen Einnahmen- und Ausgabenpolitik des Staates blockiert die erforderliche Ausrichtung hin zu einer langfristig strukturverändernden Politik, die für eine erfolgreiche Umorientierung der zukünftigen GKV-Finanzierung erforderlich ist. Die zentralen Kernfragen lauten:

3. Wie viel Transparenz ist für die GKV-Finanzierung erwünscht?

Nur wenn die Bürger die tatsächlichen Belastungs- bzw. Begünstigungswirkungen der diskutierten Finanzierungssysteme kennen, können sie die Weiterentwicklung der GKV in rationaler Weise beeinflussen. Es ist deshalb wünschenswert, dass sich die Politik darauf festlegt, die Transparenz der Finanzierung zu erhöhen, auch wenn damit die gegenwärtig vorherrschende „Stellschraubenökonomie“ aufgegeben werden müsste. Dabei kann ein System mit risikoäquivalenten Prämien und individuellen Altersrückstellungen als der am stärksten wettbewerblich ausgerichtete Vorschlag angesehen werden. In einem solchen transparenten System entrichtet jeder Versicherte eine für ihn individuell errechnete Prämie, sodass intergenerative Transfers nicht stattfinden. Die Gesundheitsprämie ist hier ein Preissignal, das den notwendigen ökonomischen Druck auf alle Beteiligten des Gesundheitswesens ausübt. Nur in diesem Modell risikoäquivalenter Prämien mit Altersrückstellungen haben sowohl die Versicherten als auch die Kassen beispielsweise einen Anreiz, Präventionsanstrengungen zu unternehmen bzw. zu fördern. Die Versicherten profitieren von einer günstigen Prämie bei guter Gesundheit, die Kassen konkurrieren um Versicherte aber nicht länger nur um gute Risiken.

4. Strebt man ein Umverteilungssystem (allgemeines Steuer- und Transfersystem) an oder möchte man wie bisher zwei parallele Umverteilungssysteme (Steuer- und GKV-System) beibehalten?

Im Kern zielt diese Frage darauf ab, ob man den Einkommensausgleich innerhalb des GKV-System belassen möchte oder ihn aus der GKV in das allgemeine Steuer- und Transfer-System verlagert. Die Finanzierung der aus gesamtstaatlicher Sicht erwünschten Umverteilung sollte nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip geregelt werden. Am vergleichsweise besten dürfte dem, trotz aller Unzulänglichkeiten, die allgemeine Einkommensteuer entsprechen (vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen; 2004).

In der GKV sind die Leistungen heute bis auf die Zahlung von Krankengeld praktisch unabhängig von der Beitragshöhe oder dem Arbeitseinkommen. Deshalb entspricht hier ein vom Lohn oder Einkommen unabhängiger Beitrag auch besser dem Prinzip der Beitragsäquivalenz. Bei einer Trennung von Versicherung und Umverteilung beteiligen sich zudem alle Steuerzahler (auch Selbständige, Beamte und PKV-Versicherte) an der Umverteilungsaufgabe und nicht nur die GKV-Versicherten. Da das Steuersystem alle Einkünfte ohne Obergrenze erfasst und die Steuersätze mit dem Einkommen ansteigen, werden Gutverdiener und Kinderlose an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs stärker beteiligt, während Geringverdiener und Familien geringer belastet werden. Dies liegt auch daran, dass Kinder im Steuersystem aufgrund der Freibeträge steuermindernd berücksichtigt werden, während im heutigen GKV-System die Beitragszahlung unabhängig von der Zahl der Kinder erfolgt. Das Streben nach Transparenz würde somit durch die Verlagerung von Umverteilungsspielräumen aus dem Sozialfiskus in den allgemeinen Fiskus unterstützt. Neben der zu erwartenden Kosteneinsparung ergäben sich zwei weitere Vorteile aus der Trennung von Versicherung und Umverteilung: Einerseits würden die Versicherungen in Abhängigkeit von ihren Leistungsangeboten entlohnt und hätten ebenso wie ihre Kunden Anreize, sich wirtschaftlich zu verhalten. Andererseits würden die Bedürftigen treffsicherer gefördert, d.h. Mitnahmeeffekte oder Unterstützungslücken könnten besser kontrolliert werden.

5. Sollte das vorherrschende Umlageverfahren in der GKV durch Kapitalbildung ergänzt werden?

Da die Ausgaben der Krankenversicherung in hohem Maße altersabhängig sind, erwachsen aus dem demographischen Wandel in Verbindung mit den Wechselwirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts Ausgabensteigerungen, die in einem Umlagesystem zwangsläufig

fig zu Beitragssteigerungen führen (vgl. Zweifel, Felder und Meier 1996, Schmähl und Ulrich 2001, Ulrich 2000, Felder, Meier und Schmitt 2000). Dies hat bei anhaltender Alterung zunehmende Belastungen zukünftiger Generationen beziehungsweise intergenerative Transfers zur Folge: Ein immer größer werdender Anteil des Beitrags der Jüngeren wird zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Älteren aufgewendet. Daraus resultiert die so genannte Nachhaltigkeitslücke (vgl. Auerbach et al. 1994, Raffelhüschen 1999). Ihre Schließung setzt voraus, dass jede Generation über ihren Lebenszyklus hinweg ihre eigenen Gesundheitskosten finanziert. Mit der Kapitaldeckung können grundsätzlich sowohl die demographischen Belastungen als auch die Ausgabeneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts gleichmäßiger über die Zeit verteilt und damit zumindest partiell vorfinanziert werden (vgl. hierzu Cassel 2003, Knappe 2003). Bei einer individuellen Kapitalbildung, etwa in Form von Altersrückstellungen, finden keine intergenerativen Transfers mehr statt. Die Belastungen in der Gegenwart fallen dann höher aus, während die zukünftigen Belastungen entsprechend niedriger sind. Der individuelle Belastungspfad lässt sich durch Kapitalbildung glätten. Natürlich erweist sich die Bestimmung des erforderlichen Kapitalbedarfs im Gesundheitswesen im Vergleich zur Rentenversicherung als komplexe Aufgabe, da die zukünftigen Wechselwirkungen zwischen Demographie und technischen Fortschritt nur schwer zu quantifizieren sind. Falls der Kapitalbedarf unterschätzt wird, wird trotzdem noch eine entlastende Wirkung erzielt. Lediglich im Falle der Überschätzung würde der Verschwendung von Ressourcen Vorschub geleistet. Zum Vergleich sei auf die Situation in der PKV verwiesen: Damit die Versicherungsbeiträge nicht mit zunehmendem Alter der Versicherten steigen, führt die private Krankenversicherung aus den Beitragseinnahmen und den Kapitalerträgen umfangreiche Mittel der Altersrückstellung zu. In der PKV ist dadurch bis Ende 2003 ein Kapitalstock von rd. 71,4 Mrd. Euro gebildet worden (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung 2004).

Will man nur die Kapitaldeckung stärken, könnte man im öffentlich-rechtlichen System jeden Versicherten auch zwingen, neben seiner Krankenversicherung einen Sparvertrag abzuschließen, der im Falle eines Versicherungswechsels automatisch portabel ist. Dadurch könnte auch die Teil-Kapitaldeckung in den einzelnen Zweigen der sozialen Sicherung gebündelt werden, bzw. man könnte sie nur in einem Zweig der sozialen Sicherung einführen, etwa der Rentenversicherung – dort allerdings in einem Umfang, der die gewünschte Kapitaldeckung in allen Zweigen der Sozialversicherung berücksichtigt. Diese Lösung besitzt aber den gravierenden Nachteil, dass die Finanzierungs- und Budgetierungsgrenzen für die einzelnen Teilsysteme an Kontur verlieren und deshalb die Akzeptanz für die erforderlichen Reformschritt spürbar nach-

lassen dürfte. Es dürfte kaum ein Weg daran vorbei führen, jedes Teilsystem der sozialen Sicherung eigenständig nachhaltig zu finanzieren.

Grundsätzlich erscheint es aber auch möglich, die Ausgabeneffekte des demographischen Wandels und des technischen Fortschritts im Rahmen des bestehenden Umlageverfahrens abzuschwächen (vgl. SVR 2004). Dazu wäre allerdings eine stärkere Belastung der älteren Versicherten erforderlich, sodass jede Generation deutlicher als im Status quo ihre eigenen Gesundheitskosten finanziert und damit dem Nachhaltigkeitsziel eher entsprochen wird. Die Begrenzung intergenerativer Transfers ist grundsätzlich also auch in einer umlagefinanzierten GKV möglich und erfordert nicht unbedingt Kapitaldeckung. Der Grund dafür besteht darin, dass die Rentner in der Krankenversicherung anders als in der Rentenversicherung Beiträge zahlen. Dieser Argumentation lässt sich entgegenhalten, dass eine höhere Belastung für Rentner aus Verteilungsgründen nur sehr eingeschränkt durchsetzbar sein dürfte. Falls eine stärkere Belastung der Rentner ausscheidet, verbleiben im Umlageverfahren letztlich nur ausgabenseitige Reformen, die dafür sorgen, dass der Anstieg der Gesundheitskosten im Alter gebremst wird. Dazu müssten die Reformen aber insgesamt mutiger sein und den eingetretenen Pfad der klassischen Kostendämpfung verlassen. Das könnte insbesondere erreicht werden, indem deutlich stärkere Anreize als bisher für die Prävention im Gesundheitswesen gesetzt werden. Hier bieten die neuen Formen der Integrationsversorgung einen möglichen Ansatzpunkt.

Die Bilanz der bisherigen Kostendämpfungspolitik ist aber nicht so ermutigend, dass man auch bei zukünftigen Gesundheitsreformen wieder alleine auf ausgabenseitige Reformen setzen sollte. Unter diesem Gesichtspunkt erscheinen Modelle, die zu einer Kapitalbildung im Gesundheitswesen beitragen, Erfolg versprechender. Die Ergänzung des Umlagesystems durch kapitalgedeckte Elemente erscheint auch unter dem Aspekt der Risikomischung vorteilhaft, da beide Finanzierungssysteme unterschiedliche sensibel auf Risiken reagieren. Da Deutschland bisher stark auf die Umlagefinanzierung gesetzt hat, erscheint der Ausbau kapitalgedeckter Finanzierungsmodelle Ausrichtung vorteilhaft.

6. Wie lassen sich die potenziellen Wachstums- und Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens realisieren?

Ein zentraler Vorteil des angestrebten Systemwechsels wäre, dass der bestehende *circulus vitiosus* zwischen GKV-Einnahmen und Lohnkosten durchbrochen würde: Bisläng erhöhen steigende Beiträge die Lohnnebenkosten und vernichten dadurch Arbeitsplätze.

Dadurch entstehen der GKV und auch anderen Sozialversicherungen enorme Einnahmenverluste, wodurch wiederum der Druck auf die Beitragssätze erhöht wird. Zudem würden steigende Gesundheitsausgaben nicht automatisch negativ bewertet. Damit könnte auch der Wachstums- und Beschäftigungsdynamik des Gesundheitswesens eher entsprochen werden.

7. Wie lässt sich Fairness zwischen den Generationen herstellen?

Nachhaltigkeit bzw. Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen bedeutet, dass jede Generation über ihren Lebenszyklus hinweg die eigenen Gesundheitskosten trägt. In die GKV zahlen sowohl erwerbstätige Mitglieder als auch Rentner Beiträge ein. Der beitragszahlende Erwerbstätige zahlt dabei im Durchschnitt mehr ein als gegenwärtig zur Finanzierung der Leistungen für ihn und seine mitversicherten Familienangehörigen erforderlich wäre. Der durchschnittliche Beitrag eines Rentners hingegen reicht zur Selbstfinanzierung der Leistungen für ihn und seine mitversicherten Familienangehörigen nicht aus. Im Durchschnitt deckt ein Rentner nur etwa 43 % seiner Leistungsausgaben durch seinen Beitrag ab, während alle anderen Mitglieder einen Beitrag einzahlen, der ihre Leistungsausgaben um durchschnittlich 46 % übersteigt. Der Überschuss, den die erwerbstätigen Mitglieder netto in die GKV einzahlen, dient der Finanzierung der Nettoauszahlungen, die Rentner für ihre medizinische Versorgung erhalten. Das bedeutet, dass innerhalb der GKV eine intergenerative Umverteilung von den Erwerbstätigen zu den Rentnern vorgenommen wird.

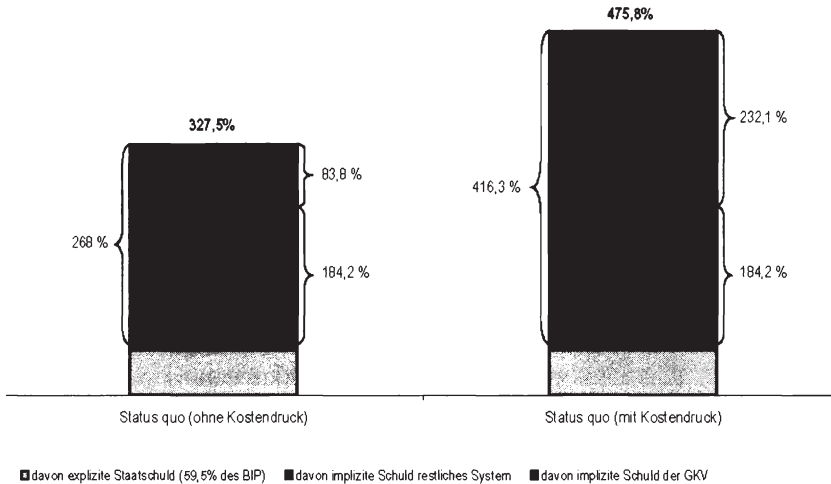
In einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft nimmt der Anteil der Versicherten im Rentenalter in der GKV zu, während der Anteil der Erwerbstätigen sinkt. Die sich dadurch multiplizierenden Nettoauszahlungen für Rentner müssen auch durch höhere Beiträge der Erwerbstätigen finanziert werden, so dass das Ausmaß der Umverteilung von Erwerbstätigen zu Rentnern steigen und damit gegen das Prinzip der Nachhaltigkeit zunehmend verstoßen wird. Die Investition in das Gesundheitssystem wird dadurch für die erwerbstätigen Generationen in toto ungünstiger. Der Barwert der Beiträge übersteigt den Barwert der Leistungen, was bedeutet, dass die Erwerbstätigengenerationen einen Lebensnetto-transfer an die Überlebenden früherer Kohorten zahlen. Zeichnet man den Lebensweg eines Einzelnen nach, kann die Bewertung des Umlageverfahrens im demographischen Wandel positiv ausfallen. Für den Einzelnen besitzt das Umlageverfahren dagegen durchaus Vorteile, da er „heute“ zwar intergenerative Transfers leistet, er aber „morgen“ durch eine mögliche Versteigerung der Ausgaben höhere Transfers erhält.

Um die intergenerativen Belastungswirkungen der öffentlichen Finanzen ermitteln zu können, wurde von Auerbach, Gokhale und Kotlikoff das Konzept des Generational Accounting entwickelt (vgl. Auerbach et al. 1994). In Deutschland existieren Berechnungen sowohl für die gesamte Fiskalpolitik des Staates als auch für die einzelnen Zweige der sozialen Sicherung.³ Mit Hilfe so genannter Generationenkonten können intergenerative Belastungsrechnungen für einzelne Altersjahrgänge erstellt werden. Die empirischen Analysen zeigen, dass auf zukünftige Generationen eine deutliche Mehrbelastung zukommt – in der Größenordnung eines Vielfachen des Bruttoinlandsprodukts. Wir leben, fiskalisch gesehen, also deutlich über unsere Verhältnisse und engen den Handlungsspielraum zukünftiger Generationen drastisch ein. Man kann die Ergebnisse auch so interpretieren, dass wir uns heute einen Umfang an sozialen Leistungen in der Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung gönnen, der für die nachfolgenden Generationen mit den bestehenden Finanzierungssystemen nicht aufrecht zu erhalten ist.

Die ungedeckten Leistungsansprüche aus dem System der sozialen Sicherung sind ökonomisch nichts anderes als implizite Staatsschulden, die zu einer Nachhaltigkeitslücke in Höhe von über 6 Billion Euro oder etwa 325 % des BIP geführt haben (vgl. Abb. 1).

³ Vgl. hierzu Raffelhüschen 1999, Fetzter, Moog und Raffelhüschen 2003, Fetzter, Mevis und Raffelhüschen 2003, Fetzter und Hagist 2004, Fetzter, Hagist und Raffelhüschen 2004.

Abb. 1: Implizite Schulden in der GKV in Prozent des BIP



Quelle: Fetzer und Hagist 2004, S. 23.

In diesem Umfang sind letztlich Sparanstrengungen erforderlich, um eine unverhältnismäßig hohe Mehrbelastung zukünftiger Generationen zu vermeiden und eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten zwischen den Generationen zu erreichen. Die von der GKV verursachte implizite Staatsschuld beläuft sich im Rahmen dieser Generationenrechnung auf 83,8 % des BIP. Gelänge es, durch ein Reformpaket diese Nachhaltigkeitslücke in Höhe von 83,8 % des BIP zu schließen, so wäre die langfristige Finanzierung der GKV gesichert. Die Nachhaltigkeitslücke und damit auch der Konsolidierungsbedarf fallen jedoch signifikant höher aus, falls man ein etwas realistischeres Reformszenario unterstellt, nämlich ein Szenario mit Kostendruck in der GKV. Unterstellt man, dass der medizinisch-technische Fortschritt im Gesundheitswesen ein Ausgabenwachstum generiert (vgl. Breyer und Ulrich 2000), das pro Jahr einen Prozentpunkt über der allgemeinen Produktivitätsentwicklung liegt, so beläuft sich die Nachhaltigkeitslücke auf 232,1 % des BIP, und die erforderlichen Konsolidierungsanstrengungen fallen entsprechend höher aus.⁴

⁴ Üblicherweise beziehen sich die Berechnungen mit Hilfe der Generationenbilanzen auf die gesamte Fiskalpolitik des Staates und nicht alleine auf die GKV, da

Es ist daher von großem Interesse, wie die aktuellen Reformvorschläge unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit abschneiden. Abbildung 2 zeigt die resultierenden Nachhaltigkeitslücken, wenn das gegenwärtige GKV-System auf eine der vorgestellten Reformalternativen umgestellt wird (vgl. hierzu Fetzter, Hagist und Raffelhüschen 2004 sowie Fetzter und Hagist 2004).

Um einen Vergleich der Nachhaltigkeitslücken vornehmen zu können, müssen die verschiedenen Reformoptionen zunächst aufeinander abgestimmt werden. Dazu findet insbesondere eine Korrektur um die unterschiedliche Zahl der Versicherten und damit der Einnahmenbasis in den einzelnen Reformmodellen statt. In Abbildung 2 sind die drei analysierten Reformkonzepte (Bürgerversicherung, Kopfpauschalen und Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen [Schweizer Modell bzw. Bürgerpauschale des Sachverständigenrats]) daher auf vergleichbare Bezugsgrößen bzw. Budgets umgerechnet.⁵ Legt man etwa den Budgetumfang des Status quo zu Grunde (erste drei Säulen in Abb. 2), sinkt die Nachhaltigkeitslücke von 415 % leicht auf 405 % bei der Einführung des Prämienmodells, während das Schweizer Kopfpauschalenmodell einen Anstieg der Nachhaltigkeitslücke auf 424 % impliziert. Betrachtet man das Budget der Bürgerversicherung im engeren Sinne (zweite Gruppe von Säulen in Abb. 2), d.h. eine alleinige Ausweitung des Versichertenkreises unter Beibehaltung der gegenwärtigen Beitragsätze und der Beitragsbemessungsgrenze, geht auch hier das Bürgerversicherungsmodell mit der geringsten Reduktion der Nachhaltigkeitslücke einher.

Die Einführung des Schweizer Modells (Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen) schneidet dabei nur unwesentlich besser ab, sodass die Einbeziehung des bisherigen PKV-Versichertenkreises bei einer langfristigen Betrachtung sich in etwa die Waage hält. Dies dürfte auch damit zusammen hängen, dass die bisherigen PKV-Versicherten sich bereits mittelfristig dem Verhalten der bisherigen GKV-Versicherten annähern werden, bzw. dass der abgespeckte GKV-Leistungskatalog hier kosten-senkend wirkt. Allerdings müsste sich dann immer noch ein positiver Effekt auf die Nachhaltigkeitslücke daraus ergeben, dass der bisherige PKV-Versichertenkreis im Durchschnitt jünger ist und damit über ein flacheres Ausgabenprofil verfügt.

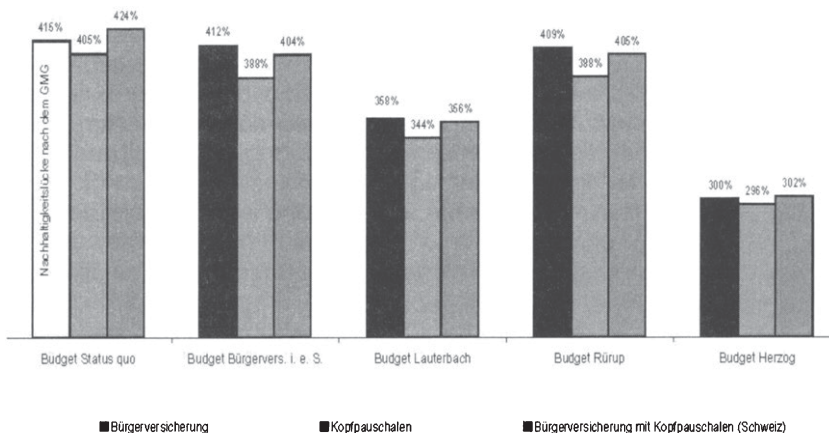
An der grundsätzlichen Bewertung der Reformoptionen ändert sich auch wenig, wenn man die weiteren Fälle in Abbildung 2 diskutiert. Auch bei

die untersuchten Reformoptionen auch andere staatliche Budgets betreffen (vgl. Fetzter und Hagist 2004, S. 8).

⁵ Neben der Zahl der Versicherten sollte nur der demographische Struktureffekt erfasst werden. Hinzu kommt noch der zusätzliche Transferbedarf im Kopfpauschalenmodell (vgl. für Details Fetzter und Hagist 2004, S. 18 ff.).

Zugrundelegung des so genannten Lauterbach-Budgets (Ausdehnung des Versichertenkreises, Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze, Erweiterung der Beitragsgrundlagen), des Rürup-Budgets (ursprünglicher Vorschlag der Rürup-Kommission mit einer Gesundheitsprämie in Höhe von 210 Euro) und des Herzogkonzepts (200 Euro Prämie inklusive 20 Euro Sparanteil) schneiden die Prämienmodelle unter Nachhaltigkeitsaspekten besser ab als die Bürgerversicherung.

Abb. 2: Nachhaltigkeitslücken ausgewählter Reformoptionen



Quelle: Fetzter und Hagist 2004, S. 23.

Alle genannten Reformvorschläge erweisen sich letztlich als „etwas demographiefester“ als das gegenwärtige GKV-System, eine signifikante Reduktion der bestehenden Nachhaltigkeitslücke erreichen sie jedoch nicht. Sowohl im Modell der Bürgerversicherung als auch bei den Gesundheitsprämienmodellen resultiert die höhere Demographiefestigkeit aus einer stärkeren finanziellen Belastung der älteren Versicherten und damit durch eine Stärkung des Äquivalenzprinzips. Bei der Bürgerversicherung werden die älteren Menschen stärker an der Finanzierung ihrer Gesundheitskosten beteiligt, da neben der Rente weitere Einkunftsarten herangezogen werden.⁶

⁶ Die gesetzliche Rente beläuft sich gegenwärtig nur noch auf knapp 50 % des Haushaltseinkommens der Rentner.

Insgesamt weisen die Ergebnisse aber auch auf ein zentrales Problem der Reformmodelle hin. Eine Nachhaltigkeitslücke besteht immer dann, wenn auf lange Sicht die Schere zwischen den Beiträgen bzw. den Einnahmen und den jeweiligen Leistungsausgaben auseinander driftet. Alle Reformvorschläge führen zu einem – wenn auch nur mäßigen – Rückgang dieser Lücke, indem sie letztlich neue Einnahmen für die GKV generieren. Die Prämienmodelle erhöhen den Finanzierungsanteil der Rentner, und das Modell der Bürgerversicherung impliziert eine Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Ausdehnung des Versichertenkreises. Dies erscheint aber unter dem Aspekt der langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit der GKV nicht ausreichend, da die Notwendigkeit der wettbewerblichen Neuausrichtung durch eine anreizkompatible und präferenzgerechte Ausgestaltung der Finanzierungsseite bestehen bleibt.

Die Forderungen an einen Systemwechsel aus ökonomischer Perspektive lassen sich somit wie folgt zusammenfassen:

- Erhöhung der Transparenz der Finanzierung, durch Trennung von „Versicherung“ und „sozialem Ausgleich“.
- Realisierung der Wachstums- und Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens durch Entkopplung der Lohnkosten von den Beitragssätzen.
- Erhöhung der Demographiefestigkeit des Gesundheitswesens durch Kapitalbildung.
- Stärkung des Äquivalenzprinzips durch risikoorientierte Prämien.
- Die Prämie muss ein Preissignal darstellen, da nur dann „ökonomischer Widerstand“ gegen den im System latent vorhandenen Kostendruck entstehen kann.

8. Grundzüge des Bayreuther Versichertenmodells

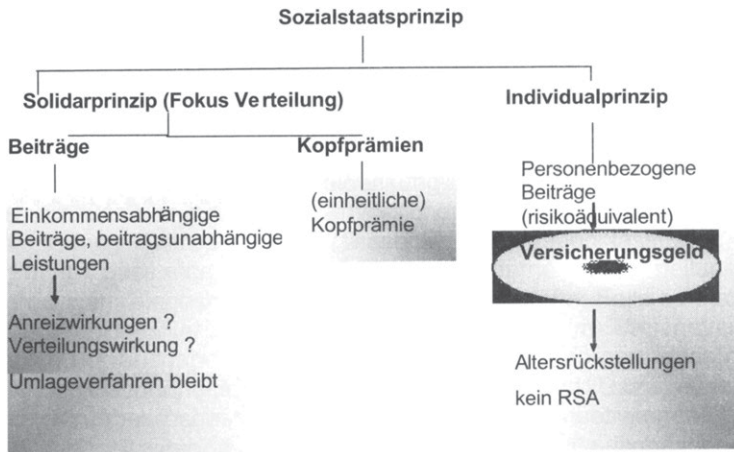
Die Kernelemente des Bayreuther Versichertenmodells lauten:

- Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips gemäß dem Individualprinzip (Fokus Anreize)
- Kapitaldeckung durch personenbezogene Altersrückstellungen
- Subjektförderung durch ein steuerfinanziertes Versicherungsgeld mit Kappungsgrenze
- Allgemeine Versicherungspflicht
- Konstitutiver Regelleistungsschutz
- Gültigkeit des Wettbewerbsrecht auf der Leistungs- und Vertragsseite

Die hier zugrunde liegende individuelle Sichtweise des Sozialstaatsprinzips ergibt sich durch die Trennung zwischen Versicherung und Umverteilung, wie sie sich beispielsweise auch in anderen Politikfeldern findet, etwa beim Wohngeld (vgl. Abb. 3). Bei diesem Ansatz liegt der Fokus der Argumentation zunächst auf der Souveränität des einzelnen Bürgers. Souveränität des Bürgers ist demnach das Pendant zur Eigenverantwortung. Eine Sozialpolitik muss deshalb die Grundsätze der formalen Gerechtigkeit erfüllen und auf allgemeinen Regeln begründet sein, also als soziale Ordnungspolitik konzipiert werden. Eine subsidiär ausgerichtete Sozialpolitik hat sich hierbei auf die Sicherung schutzbedürftiger Bevölkerungskreise gegen elementare existenzbedrohende Risiken und deren Folgen zu konzentrieren. Der einzelne Mensch und seine adäquate Bedürfnisbefriedigung – und nicht Institutionen sowie deren Schutz müssen demzufolge im Mittelpunkt stehen. Sozialpolitik im Markt kann beispielsweise bedeuten, Stärkung ökonomisch Schwacher durch Einkommens-transfers bei gleichzeitiger Respektierung der Souveränität des Einzelnen⁷, d. h. Geld- statt Sachleistungen. Ein Ziel der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muss es sein, Entscheidungskompetenzen auf die Ebene der einzelnen Bürger zurückzuverlagern, gleichzeitig aber eine anreizkompatible Umverteilung zu gewährleisten. Durch eine Zusammenführung individueller Handlung und finanzieller Verantwortung ließen sich derartige Anreizprobleme lösen.

⁷ Vgl. Oberender/Fricke 1994.

Abb. 3: Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips



Quelle: Eigene Darstellung.

Weitere Kernelemente dieses Vorschlags sind der Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren durch risikoäquivalente Prämien mit individueller Altersrückstellung sowie die Einführung eines Versichertengeldes, das den Solidarausgleich gewährt (ähnlich vgl. Kronberger Kreis 2002, Zweifel und Breuer 2002, Oberender und Zerth 2003, Oberender et al. 2004). Da die Versicherungsprämie grundsätzlich mit dem Alter ansteigt, dienen die Altersrückstellungen der Prämienglättung über den Lebenszyklus hinweg. Die Rückstellungen werden im Alter aufgelöst, um die anfallenden höheren Gesundheitsausgaben finanzieren zu können.

Bei dieser Form der Kapitaldeckung handelt es sich um eine kohortenspezifische Kapitaldeckung innerhalb des Krankenversicherungssystems, da alle Versicherten einer Alterskohorte über den Risikopool der Versicherung Kapital ansparen. Intergenerative Transfers treten dabei grundsätzlich nicht auf. Eine Glättung der Prämienbelastung findet über den Lebenszyklus ja nur für die einzelnen Kohorten statt. Im Grundsatz entspricht dieses Vorgehen dem gegenwärtigen PKV-System. „Gedanklich könnte man eine PKV-Prämie deshalb aufteilen in einen Umlagean-

teil und einen Sparanteil beziehungsweise die Versicherung aufteilen in eine umlagefinanzierte Krankenkasse und eine, bezogen auf eine Alterskohorte, kapitalgedeckte Versicherung gegen Beitragssteigerungen“ (SVR 2004, S. 522).

Die Vorgehensweise bei der Prämienberechnung erfordert eine Anpassung der Altersrückstellungen, wenn sich das Ausgabenprofil für den Durchschnitt der Versicherten einer Kohorte verändert. Solche kollektiven Änderungsrisiken ergeben sich zum Beispiel aus einer Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung und natürlich auch durch die Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts.

Neben den kollektiven Änderungsrisiken bestehen allerdings auch individuelle Änderungsrisiken, die darin liegen können, dass die erwartete Ausgabenentwicklung für ein Individuum vom Durchschnitt seiner Alterskohorte abweicht, wenn zum Beispiel bei einem Versicherten eine chronische Krankheit auftritt. Die individuellen Änderungsrisiken stellen für das Versicherungsunternehmen grundsätzlich kein zentrales Problem dar, da es zum Wesen der Krankenversicherung zählt, unkalkulierbare Einzelrisiken durch das Poolen vieler ähnlicher Fälle in ein kalkulierbares Risiko umzuwandeln (vgl. Kortendieck 1993, S 192). Sie stellen aber eine hohe Hürde dar mit Blick auf einen angestrebten Versicherungswechsel, der unbedingt ermöglicht werden muss, wenn man einen stärkeren Wettbewerb als bisher anstrebt.

Da die privaten Krankenversicherungen bisher bei einem Versicherungswechsel keine, auch keine durchschnittlichen, Altersrückstellungen mitgeben, findet ein Wechsel von Bestands- bzw. Altkunden innerhalb der PKV nicht statt und der Wettbewerb zwischen den einzelnen Versicherungsunternehmen konzentriert sich auf die Gewinnung von Neukunden (vgl. Meyer 2002). Um Wettbewerb zu ermöglichen, wäre es erforderlich, für die Versicherten individuelle prospektive Altersrückstellungen zu kalkulieren, die ihnen bei einem Wechsel der Versicherung mitgegeben werden und die eine Risikoselektion verhindern. Solche individuellen prospektiven Altersrückstellungen sind genau dann richtig bemessen, wenn ihr Barwert der Differenz zwischen dem Barwert der Versicherungsleistungen und dem Barwert der erwarteten Prämienzahlung entspricht, da dann ein potenzieller Wechsler keine höheren bzw. niedrigeren Rückstellungen in das aufnehmende Versicherungsunternehmen mitbringt, als für die Deckung seines Versicherungsrisikos erforderlich wären.

Damit ein solches „Versichertenmodell“ (Oberender et al. 2004, S. 19) funktioniert, ist es erforderlich, entweder die Altersrückstellungen zu indi-

vidualisieren oder letztlich zumindest die durchschnittlichen Altersrückstellungen mitzugeben – die dann aber bestehende Gefahr der Risikoselektion durch einen morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zu unterbinden. Dieser hätte allerdings wenig mit dem gegenwärtigen Risikostrukturausgleich in der GKV gemein, da der bisher dominierende Einkommensausgleich entfallen könnte. Mit der Einführung eines so genannten Basistarifs mit portablen durchschnittlichen Altersrückstellungen hat die private Krankenversicherung aktuell einen ersten Schritt unternommen, um den privat Krankenversicherten Wechseloptionen zu ermöglichen.

Da die risikoäquivalente Krankenkassenprämie nun ein Preissignal für die Versicherten darstellt, wird in das System damit auch ein Instrument eingeführt, das Widerstand gegen den auch zukünftig zu erwartenden Kostendruck erwarten lässt. Solche Preissignale fehlen in der bisherigen GKV nahezu vollständig, sind letztlich für eine stärkere wettbewerbliche Ausrichtung des Systems aber unabdingbar.

Da die Risikoprämie unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten nach dem Äquivalenzprinzip erhoben wird, kann für Bezieher niedriger Einkommen eine Überforderung eintreten, die eine staatliche Transferzahlung erforderlich werden lässt. Hierzu wird ein steuerfinanziertes Versichertengeld gezahlt, das vergleichbar mit der Gewährung des Wohngeldes am Prinzip der Subjektförderung ausgerichtet ist. Dazu erhalten Versicherte, deren Prämie einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigt, einen Prämienzuschuss bzw. ein Versichertengeld. Die Subventionierung sollte sich dabei nicht auf die tatsächlich gezahlte Prämie beziehen, sondern lediglich auf die durchschnittliche Prämie, da ansonsten jeglicher Anreiz zur Wahl eines preiswerten Krankenversicherers entfällt.

Nach dem Versicherungsgeldmodell würde durch die staatliche Subjektförderung der über den normativ definierten Eigenanteil liegende Versicherungsbetrag durch einen individuellen Prämienzuschuss gemäß dem Versicherungsgeld ausgeglichen. Durch diese Traglastgarantie hätten ceteris paribus sowohl Versicherer als auch Versicherte einen Anreiz, entweder Prämienanpassungen zu akzeptieren oder Altersrückstellungen „richtig“ zu kalkulieren, soweit die weiteren Kosten über das Versicherungsgeld abgedeckt werden könnten. Eine derartige Externalisierung der Kosten des Versicherungsvertrages ohne weitere institutionelle Einschränkung würde wiederum einem Trittbrettfahrerverhalten sowohl der Versicherten als auch der Versicherungen Vorschub leisten. Als Möglichkeit würde es sich daher anbieten, eine einkommensabhängige Kapazitätsgrenze des Versicherungsgeldes einzuführen und andererseits

die Höhe des Versicherungsgeldes wiederum an einer durchschnittlichen Prämie zu orientieren. Bei häufigem Versicherungswechsel könnte zwar u. U. die Eigenbeteiligung des Versicherten ansteigen, gleichzeitig aber ließen sich diese höheren Selbstbehalte gegebenenfalls durch eigene Versicherungslösungen absichern.

Das Versichertenmodell würde eine starke wettbewerbliche Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens darstellen und bildet konzeptionell einen in sich geschlossenen Vorschlag. Ein zentraler Vorteil des Vorschlags liegt darin, dass nun Wettbewerb sowohl zwischen Leistungserbringern als auch zwischen Versicherern und ihren Patienten ermöglicht wird, ohne dass grundsätzlich die Gefahr einer Risikoselektion besteht. Solange nämlich regulierte Prämien vorliegen, wird jeder Produktwettbewerb als Ansatz zur Risikoselektion betrachtet. Bei risikoorientierten Prämien findet letztlich nicht ein unerwünschter Wettbewerb um gute Risiken statt, sondern ein erwünschter Wettbewerb um Versicherte.

Weitere Kernelemente des Versichertenmodells sind u.a. ein wirksamer Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Liberalisierung der Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern und eine allgemeine Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang bezüglich der Regelleistungen, die durch Wahlfreiheiten der Versicherten ergänzt werden.

Das Bayreuther Versichertenmodell würde bei einer allgemeinen Versicherungspflicht für eine Regelabsicherung ansetzen, den Versicherungsaspekt vom Umverteilungsaspekt jedoch trennen. Wie die Versicherten dieser Pflicht nachkommen, ist ihren eigenen Vorstellungen zu überlassen. Eine allgemeine Versicherungspflicht lässt sich als grundsätzlicher Risikolausgleich zwischen allen Individuen eines Gesellschaftssystems interpretieren und ist vor diesem Hintergrund noch keine Umverteilung.⁸ Im Gegensatz zum gegenwärtigen System muss jedoch nicht vorgeschrieben werden, wie der Versicherungsvertrag auszugestaltet ist. Mit anderen Worten, es ist nicht erforderlich, zwingend eine gesetzliche Krankenversicherung als Organisation vorzuhalten. Vielmehr kann dieser Markt für verschiedene Versicherungsanbieter geöffnet werden.

⁸ Bei Berücksichtigung einer vertragstheoretischen Interpretation, wie es beispielsweise Wagner 1998, 32 ff. im Sinn hat, sind Sozialversicherungssysteme, die ab Geburt für alle Bewohner eine Versicherungspflicht vorsehen, als Risikoumverteilung zu betrachten, da sie bei Beachtung eines „Schleiers der Unwissenheit“ für alle ex ante zustimmungsfähig sind.

Dabei muss festgehalten werden, dass bei Gültigkeit einer allgemeinen Versicherungspflicht jeder Bürger von Geburt an der Versicherungspflicht unterliegt. Die Prämien werden sich zum Zeitpunkt der Geburt am erwarteten Schadensverlauf eines Mannes oder einer Frau orientieren und damit die Risikoorientierung tendenziell am Durchschnittswert des Versicherungskollektivs angenähert sein. Da zu diesem Zeitpunkt außer dem biologischen Geschlecht wesentliche Merkmale, die den späteren Lebensweg beeinflussen und zugleich auch von der Person beeinflusst werden können wie etwa Lebensstil, Ausbildungsstand, Berufswahl u. ä., noch nicht bekannt sind, kann eher von risikoorientierten statt von risikoäquivalenten Prämien gesprochen werden. Eine Individualisierung der Prämien tritt demzufolge erst zu einem späteren Zeitpunkt auf, insbesondere bei einem Versicherungswechsel.

Einen zusammenfassenden Überblick über das Bayreuther Versicherungsmodell mit den Vorschlägen für den Versicherungs- und den Versorgungsbereich liefert Tabelle 1.

9. Finanzierungsaspekte

9.1 Übergangsaspekte

Für den Umstieg auf Kapitaldeckungsmodell bieten sich drei Szenarien an. Erstens ein kompletter Umstieg für einen bestimmten Kreis der Bevölkerung, z. B. abhängig vom Alter. Zweitens die stufenweise Rückführung von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze, verbunden mit einer Öffnung der PKV auch für GKV-Unternehmen, sodass diese auch Versicherungen nach dem Prinzip der Kapitaldeckung anbieten können. Drittens ein gradueller Einstieg mittels einer Teilkapitaldeckung, bei der der umlagefinanzierte Teil der Krankenversicherung schrittweise reduziert und gleichzeitig, bei konstantem Gesamtaufkommen, eine kapitalgedeckte Prämie eingeführt wird, die nach und nach ansteigt.

Im zweiten Szenario erfolgt der Wechsel in ein kapitalgedecktes System durch die Senkung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze unter Wegfall der freiwilligen Versicherung im Umlageverfahren. Es werden somit zuerst einkommensstarke Personen in das neue System überführt, gleichzeitig muss der bisherige Leistungskatalog für die Umlagebevölkerung erhalten und finanzierbar bleiben.

Tabelle 1: Das Bayreuther „Versichertenmodell“ im Überblick

Versicherungsvertrag	
Versicherungsumfang	Es gilt eine allgemeine Versicherungspflicht, keine Pflichtversicherung.
Regelleistungskatalog	Jedes Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, die Regelleistungen anzubieten. Struktur und Form sind verhandelbar (Wettbewerbsprozess). Die Regelleistungen orientieren sich an existenzbedrohenden Risiken.
Prämiengestaltung	Es gelten personenorientierte, d. h. dem Risiko angepasste Prämien. Eine Orientierung an Langzeitprämien ist zu unterstellen, („geglättete“ Prämien)=Altersrückstellungen werden gebildet.
Versicherungswechsel	Eine ordentliche Kündigung durch den Versicherungsnehmer ist möglich. Es sind individualisierte Altersrückstellungen mitzugeben. Der Versicherer hat kein ordentliches Kündigungsrecht.
Solidarischer Schutz	Es wird ein Versicherungsgeld eingeführt. Sobald die personenorientierte Prämie die individuelle Belastungsgrenze (Prozent des Haushaltseinkommens) übersteigt, übernimmt der Staat aus Steuermitteln die überschüssige Zahlung. Das Versicherungsgeld ist degressiv ausgestaltet und mit einer Kappungsgrenze versehen.
Versorgungsvertrag	
Vertragsbeziehungen	Es sind selektive Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern möglich. Für beide gilt das allgemeine Wettbewerbsrecht.
Sicherstellungsfunktion	Die Sicherstellung wird in einem zweistufigen Verfahren geregelt. Zunächst ist es Aufgabe des Vertragswettbewerbs, die Sicherstellung zu gewährleisten. Der Staat (Regionen) übernehmen eine Monitoringfunktion. Bei Gefährdung der Sicherstellung sind staatliche Vergabelösungen möglich.

Quelle: Eigene Darstellung.

Da die implizite Umverteilung von Reich zu Arm nach und nach abgebaut wird, muss gleichzeitig ein Transfersystem geschaffen werden, so dass die verbleibenden Haushalte nicht unzumutbaren finanziellen Belastungen ausgesetzt sind.⁹ Dagegen baut das dritte Szenario auf einem allmählichen Abbau des bestehenden und einem ebenso graduellen Aufbau eines wettbewerblichen Versicherungssystems auf. Vorteil dabei ist, dass die Bevölkerung nicht vollkommen in ein anderes System überführt werden muss. Gleichzeitig ist es dabei möglich, einen Kapitalstock für die gesamte Bevölkerung aufzubauen. Problematisch dabei ist die Ermittlung der kapitalgedeckten Prämie. Dies könnte beispielsweise durch eine Reduktion des Leistungskatalogs für das Umlageverfahren erfolgen, wobei die ausgegliederten Bereiche in den Leistungskatalog der Kapitaldeckung übergeführt werden müssten.

Generell ist im Rahmen der Übergangsphase zu bedenken, ob auf individuelle, risikoäquivalente Prämien umgestellt werden soll oder in dieser Phase auf Kopfprämien¹⁰ gesetzt wird. Zwar soll nach Ende des Übergangs ein System von risikoäquivalenten, zumindest jedoch risikoorientierten Prämien implementiert sein, bis dahin bieten jedoch auch Kopfprämien gewisse Vorteile. Zum einen ist der Transferbedarf bei risikoäquivalenten Prämien wahrscheinlich höher als bei Kopfprämien. Zum anderen erleichtert eine pauschale Prämie die Umsetzung, da sie nicht vom individuellen Risiko abhängt und somit zumindest zu einem Teil noch das Solidarprinzip greift. Der vollständige sofortige Umstieg von der vollständigen Beitragsfinanzierung auf eine an der individuellen Äquivalenz ausgerichteten Prämie scheint dagegen kaum durchsetzbar.

Von hervorgehobener Bedeutung in der Übergangsphase ist der mit der Umstellung verbundene Finanzierungsbedarf. Während nach vollendetem Übergang lediglich Zahlungen in Form des Versicherungsgeldes fällig sind, tritt in der Übergangsphase ein dreifacher ‚Transferbedarf‘ auf: Erstens das Versicherungsgeld, das eine Überforderung durch die Höhe der zu entrichtenden Prämie abfedern soll. Zweitens muss die ältere Bevölkerung, die im Umlageverfahren verbleibt, gegen den mit der demographischen und medizinisch-technischen Entwicklung verbundenen

⁹ Das Modell der Vereinten von Henke et al. (2002) kann als eine Kombination des ersten und des zweiten Szenarios angesehen werden.

¹⁰ Hierbei ist ein Vergleich mit dem PKV-Standardtarif möglich, bei dem PKV-Versicherte, die eine Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreiten, sich gegen eine Durchschnittsprämie im Umfang des Leistungskatalogs der GKV versichern können.

Ausgabenanstieg abgesichert werden.¹¹ Ein dritter Posten fällt dadurch an, dass im neuen Kapitaldeckungsverfahren Personen, die zuvor in der GKV versichert bzw. Mitglied waren und älter als 21 und jünger als 40 Jahre sind, bisher keine Altersrückstellungen aufbauen konnten. Da eine Nachzahlung für mehrere Jahre viele Versicherte finanziell überfordern würde, muss auch hier auf das Steuer- und Transfersystem ausgewichen werden.

9.2 Die Gewährung des Versicherungsgeldes

Die Überführung des sozialen Ausgleichs vom Versicherungs- in das staatliche Transfersystem stellt eine der wichtigsten Änderungen beim Übergang vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren dar. Grundsätzlich sollen die Versicherten durch die neuen Prämien nicht mehr als durch die bisherigen Beiträge belastet werden. Um dies sicherzustellen, ist es notwendig, dass das Versicherungsgeld auf Haushaltsbasis gewährt wird. Als Bezugsgröße ist dabei das Haushaltsbruttoeinkommen zu wählen, dass neben den Einkommen aus selbständiger und unselbständiger Tätigkeit auch Kapitalerträge, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, alle Renten und den Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung umfasst (vgl. Henke et al. 2002).¹² Weiterhin zählen zu diesem Einkommensbegriff die Leistungen des Arbeitsamtes, d.h. Arbeitslosengeld I, jedoch keine Sozialtransfers. Wichtig erscheint vor allem, auf das Haushalts- und nicht auf das individuelle Einkommen abzustellen, da ansonsten Mehrverdienerhaushalte im Extremfall gegenüber Einverdienerhaushalten benachteiligt werden. Dies geschieht genau dann, wenn der oder die Erwerbstätige über ein sehr hohes Einkommen und somit nicht über einen Anspruch auf Zahlung des Versicherungsgeldes verfügt, der Partner jedoch kein Einkommen bezieht und anspruchsberechtigt ist. Im Vergleich zu Doppelverdienern, die bestenfalls einen Teil ihrer Prämie als Versicherungsgeld erhalten, werden Einverdienerhaushalte besser gestellt. Weiterhin stellt die Ausweitung des Einkommensbegriffs eine höhere Solidarität im Vergleich zur Berücksichtigung des reinen Einkommens aus selbständiger und unselbständiger Tätigkeit dar.¹³

¹¹ Dabei ist es unerheblich, ob für die Umlagebevölkerung ein prozentualer Anteil des Einkommens als Beitrag erhoben oder in diesem System auf eine Kopfpauschale umgestellt wird.

¹² Problematisch gestaltet sich dabei die Zuordnung der Haushaltsmitglieder nach Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren. Somit wäre das individuelle Jahresbruttoeinkommen nach § 16 SGB IV besser geeignet, um Abgrenzungsprobleme zu vermeiden. Allerdings ergibt sich dann wieder Diskriminierung von Mehrverdienerhaushalten gegenüber Einzelverdienern.

¹³ Im Vergleich zum Vorschlag einer „Bürgerversicherung“, bei dem neben dem Arbeits- auch Kapitaleinkommen zur Verbeitragung herangezogen werden soll,

Grundsätzlich setzt das Versicherungsgeld an der Differenz zwischen gezahlter Prämie und dem zumutbaren Eigenanteil für die Versicherten an. Hierbei ist zunächst zu klären, wie hoch dieser Eigenanteil gewählt wird. Generell sollte die Belastung nicht höher als im bisherigen System sein. Weiterhin ist wichtig, dass mit einem geringeren zumutbaren Eigenanteil auch der Transferbedarf drastisch ansteigt. Bei vollständiger Erstattung der Differenz ergibt sich das Problem, dass Prämien erhöhungen vollständig externalisiert werden. Dies bedeutet, dass dadurch der Versicherungsnehmer kein Interesse besitzt, die jeweils günstigste Versicherung zu wählen. Eine Lösung dieser Problematik liegt in einer Erstattung, die sich an die durchschnittliche Prämie anlehnt. Zusätzlich sollte eine Kappungsgrenze eingeführt werden, die verhindert, dass ein Versicherter die Finanzierung seiner gewählten medizinischen Leistungen auf die Steuerzahler abwälzt. Langfristig sollte darüber hinaus eine mögliche Degression der Erstattung in Betracht gezogen werden, um die Anreizproblematik zu entschärfen.¹⁴ Bei Anwendung eines solchen Prinzips müsste allerdings auch der Kreis der Berechtigten vergrößert, d. h. der zumutbare Eigenanteil verringert werden, um eine unverhältnismäßig hohe Belastung von Beziehern niedriger Einkommen zu vermeiden. Diese Möglichkeit sollte vor allem nach einem vollständigen Übergang Anwendung finden, da dann die gesamte Wohnbevölkerung mit der Funktionsweise des Systems vertraut und die Missbrauchswahrscheinlichkeit größer ist. In der Übergangsphase sollte jedoch auf eine vollständige Erstattung geachtet werden, da ansonsten mit erheblichem Widerstand gegen eine Einführung zu rechnen ist.

9.3 Überblick über bestehende Berechnungen

Da das geschilderte Bayreuther Versichertenmodell gegenwärtig noch durchgerechnet wird, können im Folgenden lediglich einige Vergleichszahlen aus anderen Berechnungen vorgestellt werden, die sich explizit auch mit der Übergangsphase beschäftigen. Dazu gehören die Berechnungen von Henke et al. (2002) für die Vereinte Krankenversicherung sowie die Analysen von Hof (2001). Diese setzen zwar am Modell der

ist der Verwaltungsaufwand bei dem hier vorgeschlagenen Einkommensbegriff geringer. Während bei der Bürgerversicherung für alle Versicherten das erweiterte Einkommen erhoben werden muss, trifft dies bei dem vorliegenden Vorschlag nur für die Empfänger des Versicherungsgeldes zu.

¹⁴ Eine weitere Möglichkeit besteht in der Wahl eines Versicherungstarifs mit Selbstbeteiligung, durch den die risikoäquivalente Prämie reduziert wird. In einem solchen Fall wäre es möglich, dem Versicherten die gesamte Differenz aus Durchschnittsprämie und Eigenanteil zu erstatten. Wählt er dagegen einen Versicherungstarif ohne Selbstbeteiligung, so wird das Versicherungsgeld reduziert, sodass er in beiden Fällen eine Zuzahlung zu leisten hat.

Vereinten an, die Umstellung erfolgt allerdings für die Gesamtbevölkerung, d. h. auch für Selbständige und Beamte, sodass letztendlich keine Vergleichbarkeit zu einer reinen Umstellung der GKV gegeben ist.

Das Modell der Vereinten sieht – ähnlich wie hier vorgeschlagen – einen langsamen Übergang auf ein kapitalgedecktes System vor. Im Unterschied zur präsentierten Vorgehensweise werden alle Personen bis zu einem Alter von 60 Jahren in das System der Kapitaldeckung integriert. Alle anderen verbleiben im Umlageverfahren. Personen, die zum Zeitpunkt der Umstellung 21 Jahre alt sind, werden ebenfalls in den Kapitaldeckungsbestand überführt. Falls der Haushaltsvorstand im Umlagebestand verbleibt, gilt dies auch für Familienangehörige ohne Bezug auf deren Alter. Die größte Unterscheidung findet sich in der Beitragsbemessungsgrenze. Diese wird innerhalb des Transferzeitraums (8 oder 16 Jahre) um jährlich ca. 5000 bzw. 2500 Euro abgesenkt. Somit erfolgt die Überführung der Bevölkerung in Abhängigkeit von Alter und Einkommen. Die in der Übergangsphase erhobene Prämie orientiert sich nicht am individuellen Risiko, sondern es wird ein altersspezifischer Kopfbeitrag erhoben. Der aufgrund von Simulationsrechnungen ermittelte Transferbedarf bei dem als Basis zugrunde gelegten Haushaltsbruttoeinkommen findet sich in Tabelle 2. Dabei wurde eine Belastungsobergrenze von 15 % des Einkommens unterstellt. In den letzten beiden Spalten ist der Transferbedarf bei sofortiger Umstellung auf Kapitaldeckung, d. h. bei eingeschwungenem System dargestellt. Falls auf einen einheitlichen Kopfbetrag umgestellt wird, so beträgt der Bedarf 22,50 Mrd. Euro. Wird hingegen ein System mit altersabhängigen Beiträgen installiert, so steigen die Transferausgaben auf 82,00 Mrd. Euro. Die Übergangsphase wird für drei verschiedene Jahre betrachtet. Im ersten Jahr ergibt sich ein Bedarf von 6,27 Mrd. Euro. Bei einem Übergangszeitraum von acht Jahren und einem Umstellungsalter von 60 Jahren steigt dieser der Betrag auf 39,67 Mrd. Euro im letzten Jahr der Umstellung. Im sechzehnjährigen Übergangsszenario wird nochmals zwischen einem Übergangsalter von 60 und 50 Jahren unterschieden. Im ersten Fall belaufen sich die Transferausgaben im letzten Jahr auf 36,67 Mrd. Euro, im zweiten Fall auf 34,71 Mrd. Euro. Man erkennt also, dass bei einem längeren Übergang mit einem niedrigeren Umstellungsalter der Transferbedarf absinkt.

10. Gegenfinanzierung

Zur Finanzierung des in Abschnitt 4.3 geschilderten Transferbedarfs stehen grundsätzlich folgende Instrumente zur Verfügung. Erstens sollte aus Transparenzgründen der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur GKV an den Versicherten ausbezahlt und besteuert werden. Zur Deckung des Finanzierungsbedarfs stehen zweitens Ausgabenkürzungen und hierbei

insbesondere der Abbau von Subventionen zur Diskussion. Als Finanzierungsinstrumente auf der Einnahmenseite stehen drittens Steuererhöhungen sowie eventuell anfallende wachstumsinduzierte Steuermehreinnahmen zur Verfügung. Viertens könnte der Transferbedarf kreditfinanziert werden.

Tabelle 2: Transferbedarf im Modell der Vereinten in Mrd. Euro

	Zeitraum 8 Jahre		Zeitraum 16 Jahre		Vollständige Überführung in die Kapitaldeckung	
	Transferbedarf im Jahr					
	1	8	16		Transferbedarf im Jahr	
	Umstellung ab 60	Umstellung ab 60	Umstellung ab 60	Umstellung ab 50	einheitlicher Kopfbeitrag	altersabhängige Beiträge
Einkommensbasis						
Haushaltsbruttoeinkommen	6,27	39,67	36,67	34,71	22,50	82,00

Quelle: Vgl. Henke et al., 2002, S. 22.

Der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur GKV sowie die Zuschüsse für freiwillig GKV-Versicherte und auch der PKV-Versicherten werden als Bruttolohn ausbezahlt und der Besteuerung unterworfen (vgl. hierzu SVR 2003, S. 305 ff.).¹⁵ Entsprechend sind auch die bisherigen Beitragszahlungen der GRV and die GKV den Bruttorenten zuzuschlagen und somit als ‚fiktive Arbeitgeberbeiträge‘ zu interpretieren. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive ist bei dieser Finanzierungsalternative allerdings zu beachten, dass ein Großteil dieser Mittel wahrscheinlich nicht unmittelbar den öffentlichen Haushalten zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs zugeführt werden kann.

¹⁵ Daraus resultiert auch für die anderen Sozialversicherungszweige ein Einnahmeneffekt, da die höheren Einkommen auch mit deren Beiträgen belegt werden. Um Zusatzbelastungen des höheren Einkommens durch Beiträge anderer Sozialversicherung zu kompensieren, können die Beitragssätze zur GRV etwa um 1,07 Prozentpunkte gesenkt werden, zur Arbeitslosenversicherung um 0,36 Prozentpunkte und zur Pflegeversicherung um 0,09 Prozentpunkte (vgl. Rürup und Wille 2004).

In Analogie der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV an die Versicherten müssten beispielsweise auch die Beiträge der Renten- und Arbeitslosenversicherung an die Versicherten ausgezahlt werden und stehen somit nicht unmittelbar zur Gegenfinanzierung zur Verfügung, sondern erhöhen zunächst das individuelle Einkommen der Versicherten. Für den auszuzahlenden Zuschuss der Rentenversicherung, der mit rund 12 Mrd. Euro diese Finanzierungsalternative stark prägt, gilt beispielsweise, dass erst nach vollständiger Umsetzung der bereits beschlossenen nachgelagerten Besteuerung der Renteneinkommen die steuerliche Erfassung dieser Beträge tatsächlich möglich wird. Zumindest kurzfristig steht daher nicht der gesamte aus der bisherigen Quersubventionierung stammende Betrag zur Gegenfinanzierung zur Verfügung.

Letztlich wird mit dieser Vorgehensweise ein Großteil der bisherigen Quersubventionierung der GKV durch die anderen Sozialversicherungsträger für die Gegenfinanzierung herangezogen. Wie Tabelle 3 ausweist, betrug die Quersubventionierung im Jahr 2002 rund 20 Mrd. Euro. Allerdings muss an dieser Stelle noch zwischen Leistungen in Form eines Einkommenstransfers und einer Versicherungsleistung unterschieden werden. Als Finanzierungsinstrument in Form des ‚fiktiven Arbeitgeberbeitrags‘ stehen letztendlich nur die Versicherungsleistungen der Renten- und Arbeitslosenversicherung zur Verfügung, während es sich bei den Erstattungen und Beiträgen des Bundes und der GUV an die GKV überwiegend um Transferzahlungen handelt. Diese Transfers stehen prinzipiell dem Staat zur Gegenfinanzierung zur Verfügung, da sie ökonomisch als Kürzung eines Bundeszuschusses interpretiert werden können. Die ‚fiktiven Arbeitgeberbeiträge‘, d. h. also die Versicherungsleistungen, können dagegen nur indirekt in Form des durch ihre Besteuerung anfallenden Aufkommens zur Gegenfinanzierung herangezogen werden.

Tabelle 3: Darstellung der Quersubventionierung der GKV (2002)

Zusätzliches Einkommensteueraufkommen durch Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung als steuerpflichtiger Bruttolohn	13,3 Mrd. €
Zusätzliches Einkommensteueraufkommen durch steuerpflichtige Auszahlung des Krankenversicherungs-Zuschusses der Rentenversicherung an die Rentner	0,7 Mrd. € (wegen steigender Rentenbesteuerung stark steigend)
Verwendung der Mittel des Bundes für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II	4,5 Mrd. €
Verwendung der Mittel der Sozialhilfeträger für Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Sozialhilfe	1,1 Mrd. €
Summe	19,6 Mrd. €

Quelle: Zusammengestellt aus BDA 2004.

Mit Blick auf die angestrebten Kürzungen bei den Subventionen lässt sich aus ökonomischer Sicht Folgendes festhalten. Kürzungen sollen und können vor allem in jenen Bereichen vorgenommen werden, in denen Subventionen sich als wettbewerbsverzerrend herausstellen. Allerdings ist hierbei, wie Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, mit erheblichem Widerstand der Betroffenen zu rechnen, so dass das mittel- bis langfristige Einsparvolumen begrenzt bzw. zumindest unsicher erscheint. Sollte eine Kürzung der Subventionen gelingen, würden sich die Finanzierungsmöglichkeiten des sozialen Ausgleichs aber signifikant verbessern. Bereits die von den Ministerpräsidenten Koch und Steinbrück vorgeschlagene lineare Kürzung beläuft sich auf ein Einsparvolumen in Höhe von 10,5 Mrd. Euro jährlich (vgl. Koch und Steinbrück 2003, S. 7). Weiterhin können Ausgabenkürzungen in den öffentlichen Haushalten zur Gegenfinanzierung herangezogen werden.

Zieht man Steuererhöhungen zur Finanzierung des Transferbedarfs heran, könnte beispielsweise der Solidaritätszuschlag von 5,5 % auf 10 % erhöht werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schlägt dagegen vor (vgl. SVR 2003, S. 312 ff.), dass alternativ auch die Mehrwertsteuer angehoben werden

könnte.¹⁶ Bei einer Finanzierung aufgrund einer Anhebung des Solidaritätszuschlags oder der Mehrwertsteuer treten dann aber wieder verzerrende Verteilungs- und Substitutionseffekte auf, welche die allokativen Vorteile eines Umstiegs auf risikoäquivalente Prämien abschwächen. Generell ist aufgrund der angespannten Lage in den öffentlichen Haushalten und vor dem Hintergrund der Verletzung der Maastricht-Kriterien von einer weiteren Verschuldung abzusehen.

Neben diesen „direkten“ Finanzierungsinstrumenten wird auch viel davon abhängen, ob es gelingt, durch die Freisetzung neuer wirtschaftlicher Kräfte ein zusätzliches „indirektes“ Instrument der Gegenfinanzierung durch Steuermehreinnahmen zu verwirklichen. Natürlich stellen die aus der wirtschaftlichen Dynamik resultierenden Steuermehreinnahmen ein Instrument für die Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs dar. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem jüngsten Jahresgutachten im Rahmen von Modellrechnungen beispielsweise gezeigt, dass die Einführung einer Kopfpauschale eine spürbare Zunahme der Beschäftigung hervorruft (vgl. SVR 2003, S. 318 f.). Andere Modellrechnungen zeigen, dass ein Rückgang der Zahl der Arbeitslosen um 100.000 Ausgabensenkungen und Steuermehreinnahmen im Umfang von 2 Mrd. Euro erbringen (vgl. Pefekoven 2003, S. 12). Allerdings bleiben die daraus resultierenden Steuermehreinnahmen auch weiterhin konjunkturabhängig und können in einzelnen Jahren niedriger ausfallen als erwartet und somit Finanzierungsprobleme hervorrufen.

Hinsichtlich eines langfristig stabilen Finanzierungsmodells erscheint es daher sinnvoll, die Gegenfinanzierung auf verschiedene Grundlagen aufzubauen, sodass die damit verbundenen Risiken diversifiziert werden können (vgl. hierzu Tabelle 4). Für eine Finanzierung des Transferbedarfs nach Abzug der Steuereinnahmen aus den ausgezahlten Arbeitgeberbeiträgen bieten sich somit folgende Komponenten an. Erstens müssten die Mittel aus dem Abbau der Quersubventionierung der GKV durch die anderen Sozialversicherungsträger so weit wie möglich dem Bund zufließen, sodass diese zielgerichtet als Zuschüsse an die Anspruchsberechtigten weitergeleitet und damit zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden können. Zweitens ist es notwendig, den Subventionsabbau voranzutreiben. Drittens kann damit gerechnet werden, dass es aufgrund der angeführten positiven Beschäftigungseffekte der Prämienmodelle zu Steuermehreinnahmen kommt. Erst wenn die

¹⁶ Dabei wird allerdings unterstellt, dass eine regressive Verteilungswirkung besteht. Aufgrund des unterschiedlichen Mehrwertsteuersatzes von 7 bzw. 16 % kann sich jedoch auch eine annähernd neutrale Verteilungswirkung ergeben.

durch diese Maßnahmen erwirtschafteten Beträge wider erwarten nicht ausreichen sollten, könnte auch eine Erhöhung des Solidaritätszuschlages oder der Mehrwertsteuer in Erwägung gezogen werden.

Tabelle 4: Übersicht über die Gegenfinanzierung

Gegenfinanzierung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abbau der Quersubventionen: max. 20 Mrd. □ ▪ Subventionsabbau: ab 2006 ca. 10,5 Mrd. □ jährlich ▪ Ausgabenkürzung und wachstumsinduzierte Steuermehreinnahmen: pro 100000 Arbeitslose weniger: ca. 2 Mrd. □ jährlich ▪ Steuererhöhungen: Solidaritätszuschlag, Mehrwertsteuer

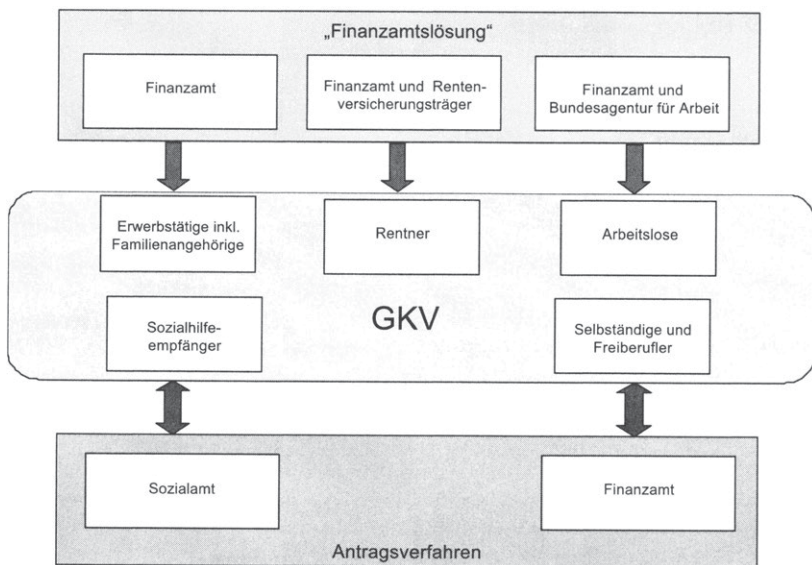
Quelle: Eigene Darstellung.

11. Konkrete Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs

Bei der konkreten Vorgehensweise bietet es sich an, je nach Versichertentyp die Zuständigkeit für den sozialen Ausgleich an einen Ansprechpartner zu delegieren. Der Kreis der Versicherten lässt sich dabei grundsätzlich in Erwerbstätige inkl. ihrer Familienangehörigen, Sozialhilfeempfänger, Rentner und Pensionäre, in die Gruppe der Selbständigen, Freiberufler und Beamte sowie in Arbeitslose unterteilen. Bei der ersten Gruppe würde der Ausgleich direkt zwischen Finanzamt und der zuständigen Krankenversicherung abgewickelt. Für Sozialhilfeempfänger würde sich im Rahmen der bestehenden Strukturen ein Versicherungsgeld auf Basis eines zuvor gestellten Antrages ergeben. Für Rentner und Pensionäre könnte der Ausgleich in Analogie zur Gruppe der Erwerbstätigen ausgestaltet werden. Voraussetzung dafür ist jedoch die vollständige Umsetzung der nachgelagerten Besteuerung der Renten. Dies ist zwar bereits gesetzlich beschlossen, der Übergangszeitraum erstreckt sich aber auf die nächsten drei bis vier Jahrzehnte. Bis dies geschehen ist, bleibt als weitere Möglichkeit die Abwicklung der Transfers über den je-

weiligen Rentenversicherungsträger in Zusammenarbeit mit dem Finanzamt. Dies gilt auch für die so genannten Minirenten, für die keine Einkommensteuererklärung abgegeben werden muss. Für die Gruppe der Selbständigen und Freiberufler ließe sich der Ausgleich in Anlehnung an das Steuersystem in Form von monatlichen Abschlägen durchführen, wobei am Jahresende eine erneute Prüfung erfolgen würde. Für Arbeitslose sollte die Zuständigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit und damit bei den zugehörigen Dienststellen liegen. Hierbei könnte ein automatischer Ausgleich ähnlich dem zwischen Finanzämtern und Krankenversicherungen erfolgen. Für eine vollständige Erfassung der Einkommen dieser Gruppe sollte auch hier das Finanzamt zuständig sein. Eine grafische Darstellung der geschilderten Ansatzpunkte für die „Finanzamtslösung“ und für das Antragsverfahren enthält Abbildung 4.

Abb. 4: Organisation des sozialen Ausgleichs in einem wettbewerblichen Krankenversicherungssystem



Quelle: Eigene Darstellung.

Bei der Finanzierung des sozialen Ausgleichs ist weiterhin sicherzustellen, dass die dafür vorgesehenen Mittel dem Zugriff der politisch Verantwortlichen entzogen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Mittel beim Auftreten von Haushaltsengpässen für alternative Verwendungszwecke ausgegeben werden und damit nicht mehr zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die öffentliche Hand die Prämiensubventionierung langfristig und dauerhaft übernimmt. Dies könnte beispielsweise im Rahmen eines Leistungsgesetzes erfolgen, welches den Anspruch auf Prämienzuschüsse regelt. Ein solches Leistungsgesetz würde zur Sicherstellung der Finanzierung beitragen und bietet zudem die Möglichkeit der übersichtlichen und gleichmäßigen Gewährung der erforderlichen Unterstützungszahlungen.

12. Zusammenfassung und Ausblick

Das Bayreuther Versichertenmodell mit risikoäquivalenten Prämien und der Gewährung eines Versicherungsgeldes im Rahmen des sozialen Ausgleich kann als ein stark wettbewerbsfähig ausgerichtetes Vorschlag für eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV angesehen werden. In einem solchen System entrichtet jeder Versicherte eine für ihn individuell errechnete Prämie und bildet Altersrückstellungen, sodass intergenerative Transfers, die für das Problem der impliziten Schulden der GKV mitverantwortlich sind, nicht stattfinden. Die Prämie ist hier ein Preissignal, das den notwendigen ökonomischen Druck auf alle Beteiligten des Gesundheitswesens ausübt. In diesem Modell risikoäquivalenter Prämien mit Altersrückstellungen haben sowohl die Versicherten als auch die Kassen einen Anreiz, Präventionsanstrengungen zu unternehmen bzw. zu fördern. Die Versicherten profitieren von einer niedrigeren Prämie bei guter Gesundheit, die Kassen konkurrieren um Versicherte aber nicht länger nur um gute Risiken. In welchem Zeitfenster und in welchem Umfang dieser Weg für die solidarische Krankenversicherung beschritten werden kann, bleibt allerdings weiter zu prüfen, da insbesondere die Frage nach der Höhe und der zeitlichen Entwicklung des Transferbedarfs von konkreten Übergangsmodellen abhängig ist und auch eine zentrale Voraussetzung der neuen wettbewerbsfähigen Ausrichtung noch nicht in dem erforderlichen Ausmaß gegeben ist, nämlich die Gewährleistung der Portabilität der Altersrückstellungen.

Literatur

Auerbach, A., Gokhale, J. und Kotlikoff L. (1994), Generational Accounting: a Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy, *Journal of Economic Perspectives*, 8, S. 73-94.

BDA (2004), BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämiensmodell, Berlin.

Börsch-Supan, A. (1997), Die niedrige Produktivität des deutschen Gesundheitswesens und ihre Gründe, in: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2, S.133-139.

Börsch-Supan, A. (2000), Soziale Sicherung: Herausforderungen an der Jahrhundertwende, *Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung*, Universität Mannheim, No. 590-00, Mannheim.

Breyer, F. und Ulrich, V. (2000), Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 220, S. 1-17.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin.

Cassel, D. (2003), Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der GKV, in: Wille, E. und M. Albring (Hrsg.), *Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen*, Frankfurt et al., S. 209-234.

DIW (2001), *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen, Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union*, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, Berlin.

Ecker et al. (2004), *Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich*, IGES/BASYS-Studie, Berlin, Augsburg, 2004.

Felder, S., Meier, M. und H. Schmitt (2000), Health Care Expenditure in the Last Months of Life, in: *Journal of Health Economics*, 19 (5), S. 679-695.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004), GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherung: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, 114/04, Freiburg.

Fetzer, S., Mevis, D. und Raffelhüschen, B. (2003), Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitswesens, Gutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Berlin.

Fetzer, S., Moog, S. und B. Raffelhüschen (2003a), Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, in: Wille, E. und M. Albring (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt et al., S. 85-114.

Fetzer, S., Hagist, C. und B. Raffelhüschen (2004), Was bringen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wirklich?, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, 120/04, Freiburg.

Gerken, L. und G. Raddatz (2003), „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“. Im Dickicht der Gesundheitsreform, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik Nr. 79, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.

Henke, K.-D et al. (2002), Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München.

Hof, B. (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft, Köln.

Koch, R. und Steinbrück, P. (2003), Subventionsabbau im Konsens. Der Vorschlag der Ministerpräsidenten Roland Koch und Peer Steinbrück, Online im Internet: URL: http://www.presseservice.nrw.de/pub/docs/pm/pm2003/q3/subventionsabbau/subventionsabbau_komplett.pdf [Stand: 05.12.2003].

Kortendieck, G. (1993), Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik: Neoklassische versus österreichische Markttheorie dargestellt am Beispiel des Gesundheits- und Krankenversicherungswesens, Freiburg i. Br.

Knappe, E. (2003), Demographie, Wettbewerb und Gerechtigkeit: Die Rolle der Kapitaldeckung, SAM-Diskussionsbeitrag Nr. 80, Universität Trier.

Kronberger Kreis (2002), Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Kronberger Kreis Studie Nr. 39, Berlin.

Lauterbach, K. (2004), Die Bürgerversicherung, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Universität Köln.

Meyer, U. (2002), Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Altersrückstellung, Diskussionspapier Universität Bamberg, Bamberg.

Oberender, P. und Fricke, F.-U. (1994), Vom Wohlfahrtsstaat zum Sozialstaat. Einsparungspotentiale im Sozialbudget, Bonn.

Oberender, P. und J. Zerth (2003), Bayreuther Manifest, Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Verlag P.C.O., Bayreuth.

Oberender, P. et al. (2004), Nachhaltige Gesundheitsreform in Deutschland: Das Versichertenmodell, unveröffentlichtes Manuskript, Bayreuth.

Peffekoven, R. (2003), Steuern und Abgaben – Bremse für Beschäftigung und Aufschwung? Schriftliche Fassung eines Vortrags anlässlich der Jahreshauptversammlung des Verbandes der Metall- und Elektroindustrie Rheinland – Rheinhessen e.V. am 8.4.2003 in Bad Kreuznach.

Raffelhüschen, B. (1999), Generational Accounting: Method, Data, Limitations, in: European Economy, Reports and Studies, 6, S. 17-28.

Rürup, B. und E. Wille (2004a), Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten, Darmstadt und Mannheim.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002), Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Band I bis III: Nomos, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003), Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/2005, Metzler-Poeschel, Stuttgart.

Schmähl, W. und Ulrich, V. (Hrsg.) (2001), Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Mohr Siebeck, Tübingen.

Sinn, H.W. (1999), Why a Funded Pension System is Needed and Why it is Not Needed, CESifo Working Paper Series, No. 195, Munich.

Ulrich, V. (2000), Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: was sind die treibenden Faktoren?, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 5, S. 163-172.

Verband der privaten Krankenversicherung (2004), Die private Krankenversicherung 2003/2004, Zahlenbericht, Köln.

Wagner, G. (1998), Zentrale Aufgaben beim Um- und Ausbau der Gefahrenvorsorge. Ein Versuch, die Vertragstheorie sowie die Theorie des Markt- und Staatsversagen für die Sozialpolitik nutzbar zu machen, in: Hardes, R. (Hrsg.): Reform des Sozialstaates II: Theoretische, institutionelle und empirische Aspekte, Berlin 1998, S. 11-52.

WHO (2000), World Health Report 2000, Health Systems, Improving Performance, Geneva.

Wille, E. (2003), Die GKV zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Ausgabendynamik, in: Albring, M. und E. Wille (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Frankfurt et al., S. 39-58.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004), Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Juli 2004, Berlin.

Zweifel, P., Felder, S. und M. Meier (1996), Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation, in: Oberender, P. (Hrsg.), Alter und Gesundheit, Gesundheitsökonomische Beiträge, Bd. 26, Baden-Baden, S. 29-46.

Zweifel, P., Breuer, M. (2002), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller, Zürich.

Einkommensabhängige Bürgerversicherung

Jürgen Wasem

1. Einleitung und Gang der Arbeit

Während in der gesundheitspolitischen Reformdiskussion der vergangenen zwei Jahrzehnte regelmäßig die Leistungen der Krankenkassen und die Steuerung des Systems der Leistungserbringung im Mittelpunkt standen (Wasem 1999), nimmt seit Anfang 2000 auch die Frage der Finanzierung eine zentrale Rolle ein. Sie soll nachhaltig gesichert werden und ihren Beitrag zur Entlastung der Lohnnebenkosten und damit zur Stärkung des Wirtschaftsstandortes Deutschland leisten. In der Gesundheitsreform, die zum Jahresbeginn 2004 in Kraft trat (dem GMG), waren erstmals auch Elemente einer Stärkung der Einnahmenseite implementiert (Orlowski und Wasem 2003).

In der Diskussion um die Reform der Finanzierungsseite der GKV dominieren gegenwärtig die Reformoptionen der Bürgerversicherung und der Kopfprämie. In diesem Beitrag werden zunächst als Ausgangspunkt für die weitere Analyse die Charakteristika des Systems der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung näher beschrieben. Anschließend wird das Finanzierungsquadrilemma der GKV untersucht, welches aus den unterschiedlichen Herausforderungen zwischen Beitragssatzstabilität, Demographie, Präferenzorientierung und Beschäftigungsmotor resultiert. Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich dann mit den Reformoptionen, insbesondere – entsprechend der Themenstellung – mit der Frage nach den Wirkungen des Modells der einkommensabhängigen Bürgerversicherung.

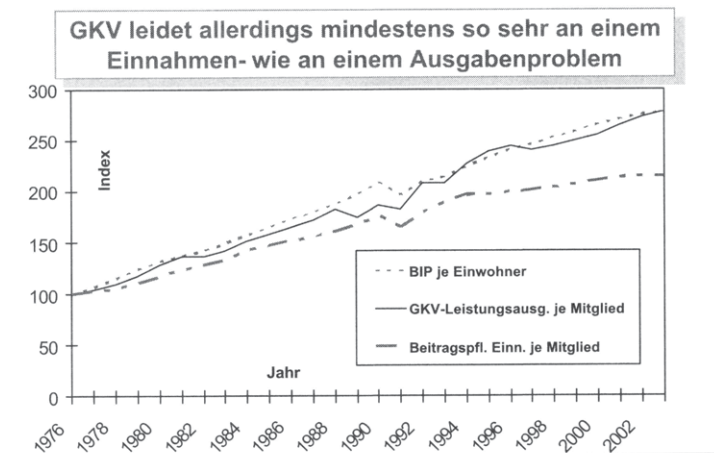
2. Charakteristiken des Finanzierungssystems der GKV

Eine verbreitete Typologie zur Finanzierung der Krankenversicherung unterscheidet die „äußere“ von der „inneren“ Finanzierung (Henke 1991). Mit ersterer ist die Frage angesprochen: „Wie kommt das Geld zu den Krankenkassen?“ Mit letzterer die Frage: „Wie kommt das Geld von den Krankenkassen zu den Leistungserbringern?“ Der vorliegende Beitrag befasst sich ausschließlich mit der „äußeren Finanzierung“.

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt in einem vergleichenden Überblick entlang der Dimensionen „Risikobezug des Beitrags“ und „Zeit- und Kohortenbezug des Beitrags“ die Vielgestaltigkeit möglicher Ausgestaltungen des Systems der (äußeren) Finanzierung.

In Bezug auf die Dimension des Risikos können grundsätzliche drei Spielarten unterschieden werden (siehe die Spalten in Abb. 1):

- *Einkommensbezogene Beiträge*: Hier hängen die Beiträge nicht vom Risiko des Versicherten ab, vielmehr besteht eine Anknüpfung an seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – es besteht „Risikosolidarität“ und „Einkommenssolidarität“ (van de Ven and Ellis 2000).
- *Kopfbeiträge*: Hier zahlt (im Idealmodell) jeder Versicherte, unabhängig von seinem Risiko den gleichen absoluten Beitrag. Dieser hängt damit zwar nicht vom Risiko ab, knüpft aber auch nicht an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit an – es ist „Risikosolidarität“ gegeben, hingegen keine „Einkommenssolidarität“.
- *Risikobezogene Beiträge*: Die Beiträge entsprechen (im Idealmodell) dem erwarteten Risiko, dass der Krankenversicherer übernimmt, wenn er den Versicherten versichert. Damit ist weder Risiko- noch Einkommenssolidarität gegeben.



Auch in Bezug auf den Zeit- bzw. Kohortenbezug können grundsätzlich drei Varianten unterschieden werden (Wasem 1997):

- *Umlageverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten werden für eine Periode (ein Jahr) so kalkuliert, dass sie ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben zu decken. Innerhalb dieser Periode kommt es

zu einer „Umverteilung“ von Jung nach Alt, die bei einer stabilen Bevölkerung allerdings weitgehend in einer intratemporalen Umschichtung aufginge.

- *Kohortenspezifisches Umlageverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten einer Altersgruppe werden so kalkuliert, dass sie in einer Periode ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben in dieser Periode zu decken. Es kommt daher nicht zu einer „Umverteilung“ von Jung nach Alt und nicht zu einer intratemporalen Umschichtung.
- *Kapitaldeckungsverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten einer Altersgruppe werden so kalkuliert, dass sie (zumeist unter bestimmten Annahmen wie: keine Inflation, kein kostentreibender medizinischer Fortschritt, keine Erhöhung der Lebenserwartung) über den gesamten Lebenszyklus ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben dieser Altersgruppe zu decken. Daher wird in jungen Jahren eine Altersrückstellung aufgebaut, die mit dem Alter wieder abgebaut wird. Es kommt zu einer intratemporalen Umschichtung, hingegen nicht zu einer Umverteilung von Jung nach Alt.

Die beiden Dimensionen können miteinander unterschiedlich kombiniert werden, womit sich insgesamt idealtypisch neun Kombinationen ergeben. Interessant ist nun, dass im internationalen Vergleich die Designer von Krankenversicherungssystemen sehr unterschiedlich damit umgegangen sind und sich hierbei auch interessante Mischmodelle ergeben haben (vgl. Abb.).

Zwar ist die Kombination von Umlageverfahren mit einkommensbezogenen Beiträgen das typische Merkmal von GKV-Systemen, aber z.B. in der Schweiz wird das Umlageverfahren mit Kopfbeiträgen und in den Niederlanden mit einer Kombination aus Kopfbeiträgen und einkommensbezogenen Beiträgen verbunden. Das Ausmaß der Einkommensorientierung hängt offenbar davon ab, inwieweit der Gesetzgeber der Auffassung ist, Einkommensumverteilung sollte über das Steuersystem hinaus auch in Sozialversicherungssystemen stattfinden.

Zwar sind Risikobeiträge für PKV-Systeme typisch, wenn der Gesetzgeber die private Krankenversicherung jedoch in den Dienst sozialpolitischer Ziele stellen will, kann er Abweichungen hiervon regulierend vorschreiben – etwa mit dem Standardtarif in Holland oder der Pflegepflichtversicherung in Deutschland. Die Annahme, dass private Krankenversicherung zwangsläufig Kapitaldeckungsverfahren bedeute, ist zwar weit verbreitet, trifft aber nicht zu, wie man am Beispiel der PKV in den USA oder den Niederlanden feststellen kann.

Für welche Konstellation sich der Gesetzgeber entscheidet, ist zentral von dem Ausmaß abhängig, mit dem verschiedene, sich teilweise entgegenstehende Ziele realisiert werden sollen. Für die bundesdeutsche GKV hat sich der Gesetzgeber bislang für ein System der Umlagefinanzierung mit einkommensabhängigen Beiträgen entschieden. Hierbei wird die in diesem System etablierten Einkommenssolidarität allerdings durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, sodass mit dem steigenden Einkommen die jeweils anteilige Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen sinkt. Auch wird sie nicht – wie bei der Einkommensteuer – durch einen progressiven, sondern einen proportionalen Tarif realisiert. Des Weiteren unterliegen – ebenfalls anders als bei der Besteuerung – nicht alle Einkommensarten der Beitragspflicht. Schließlich findet das Individual- und nicht etwa das Ehegatten- oder Haushaltsprinzip Berücksichtigung; hierbei sind Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten des beitragspflichtigen Mitglieds beitragsfrei versichert.

Neben der Einkommenssolidarität gehört auch die Risikosolidarität zu den Wesensmerkmalen des GKV-Finanzierungssystems. Dies bedeutet, dass es eine ex-ante-Umverteilung zwischen guten und schlechten Risiken gibt. Diese ist insbesondere angesichts der extrem schiefen Ausgabenverteilung im Gesundheitswesen von Bedeutung. So entfielen in den Leistungsbereichen Krankenhaus, Arzneimittel und Krankengeld in der GKV im Jahre 1999 auf 90 % der Versicherten ziemlich exakt nur 20 % der Leistungsausgaben, auf die teuersten 10 % hingegen 80 % (Jacobs, Reschke et al. 2002). Die Quersubventionierung von den Gesunden zu diesen ausgabenintensiven Versicherten macht ein Wesensmerkmal der Risikosolidarität aus.

Da das GKV-System nach dem Umlageverfahren funktioniert, ist schließlich die intergenerationelle Umverteilung in der zeitpunktbezogenen Querschnittsbetrachtung ein Wesensmerkmal dieses Systems. Die Pro-Kopf-Ausgaben junger sind im Durchschnitt deutlich geringer als die älterer Versicherter (Bundesversicherungsamt 2001). Da zugleich die Beiträge, die die Jungen zahlen, pro Kopf höher als die der Alten sind, findet somit eine Umverteilung von Jung nach Alt statt. In einer Längsschnittbetrachtung würde bei einer stabilen Bevölkerungsentwicklung ein erheblicher Teil dieser interpersonellen Umverteilung allerdings in einer intrapersonalen intertemporalen Einkommensumschichtung aufgehen (Schmähl 1989).

Zu den Charakteristiken des Systems der äußeren Finanzierung der bundesdeutschen GKV gehört weiterhin die paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei versicherungspflichtigen Be-

schäftigten und die Tatsache, dass auch auf Lohnersatzleistungen Beiträge zu entrichten sind.

In Bezug auf die angesprochenen Umverteilungsaufgaben ist schließlich hervorzuheben, dass der Gesetzgeber diese in erster Linie nicht auf der Ebene der einzelnen Krankenkasse, sondern auf der Ebene des GKV-Gesamtsystems angesiedelt hat: Durch den Risikostrukturausgleich soll bewirkt werden, dass sämtliche Krankenkassen ungeachtet ihrer jeweils konkreten Mitglieder- und Versichertenstruktur im gleichen Umfang an der Finanzierung dieser Solidaraufgaben beteiligt sind (Wasem and Greß 2002).

3. Das Finanzierungsquadrilemma der GKV: zwischen Beitragssatzstabilität, Präferenzorientierung, Demographie und Beschäftigungsmotor

Im Zuge der Kostendämpfungspolitik avancierte die Beitragssatzstabilität zum zentralen Indikator für den Erfolg oder Misserfolg von Gesundheitspolitik (Henke 1990; Wasem 1993). Gemessen an diesem Indikator ist zu konstatieren, dass die Gesundheitspolitik „versagt“ hat – denn der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen ist auch nach Beginn der Kostendämpfungspolitik stetig gestiegen. Dies gilt nach der Wiedervereinigung auch für die Situation in den neuen Bundesländern.

Heftig und kontrovers wird hierbei diskutiert, inwieweit der beobachtbare Beitragssatzanstieg „einnahmenseitig“ oder „ausgabenseitig“ verursacht ist. Ausgangspunkt für diese Diskussion ist, dass sich Beitragssatzsteigerungen dann ereignen, wenn die Leistungsausgaben der Krankenkassen stärker wachsen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Überwiegend wird in der gesundheitspolitischen Debatte aus dem Vergleich der Entwicklung von Bruttoinlandsprodukt und GKV-Leistungsausgaben auf ein „einnahmenseitiges“ Problem geschlossen (vgl. etwa: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003), jedoch ist in jüngster Zeit mit dem Verweis darauf, angemessener sei ein Vergleich mit dem Volkseinkommen, diese These bestritten worden (Schulze Ehring 2004).

Die „Fixierung“ der Gesundheitspolitik auf die Beitragssatzstabilität ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive durchaus kritisch zu bewerten. Maßstab für politisches Handeln sollten die Präferenzen der Bevölkerung sein. Mehrere Befragungen haben ergeben, dass die Bevölkerung durchaus bereit wäre, höhere Beitragssätze hinzunehmen, wenn die Alternative Einschnitte bei den Leistungen der Krankenkassen wären

(Wasem 1999; Wasem 2002). Allerdings zeigt das individuelle Krankenkassenwahlverhalten in der Praxis schon eine deutliche Dominanz des Beitragssatzmotivs (Andersen and Schwarze 1998; Andersen and Schwarze 1999), und die Preiselastizität der Kassenwahlentscheidungen (also die Frage, in welchem Ausmaß führen niedrige Beitragssätze zu Zuwanderung, hohe Beitragssätze zu Abwanderungen von Versicherten) ist – auch im internationalen Vergleich – hoch (Schut, Groß et al. 2003).

Bei einer Beurteilung der Kostendämpfungspolitik zur Sicherung der Beitragssatzstabilität ist auch zu berücksichtigen, dass das Gesundheitswesen eine arbeitsplatzintensive Wachstumsbranche ist, in der mehr als 4 Mio. Menschen beschäftigt sind. Inwieweit durch gesetzliche Eingriffe bedingte Beitragssatzsenkungen in der GKV mit entsprechenden Umsatzminderungen bei den Leistungserbringern tatsächlich netto zu Beschäftigungsgewinnen in der übrigen Volkswirtschaft führen, die größer sind als die Beschäftigungsverluste im Gesundheitswesen, bleibt jedoch offen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1998). Allerdings kann dies kein „Freibrief“ zur Erbringung ineffizienter oder ineffektiver Leistungen über das zwangsabgabenfinanzierte GKV-System sein.

Inwieweit die demographische Entwicklung künftig zu Herausforderungen für die Finanzierung des GKV-Systems führt, wird kontrovers diskutiert (vgl. dazu ausführlich: Wasem and Hessel 2002). Dies gilt insbesondere für die Frage, inwieweit zusätzlich gewonnene Lebensjahre eher krank oder eher gesund verbracht werden, sowie die Frage der Wirkungen der Interaktion von Demographie mit medizinischem Fortschritt. Die meisten Analysen prognostizieren insgesamt eine erhebliche Zunahme der Leistungsausgaben pro Kopf der Krankenkassen bis 2040, was mit der Notwendigkeit erheblicher Beitragssteigerungen einhergeht (vgl. einen Überblick in Wasem 2004).

4. Anforderungen an und Beurteilungskriterien für eine Finanzierungsreform

Mit der Fokussierung auf eine Finanzierungsreform wird beabsichtigt, die einnahmenseitigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die GKV auch in Zukunft den Versicherten die notwendige medizinische Versorgung zu finanzierbaren Beiträgen zur Verfügung stellen kann. Vor diesem Hintergrund sind folgende Anforderungen an eine Finanzierungsreform zu stellen:

- *Finanzielle Ergiebigkeit und Nachhaltigkeit:* Insofern Beitragssatzsteigerungen in der Vergangenheit aus einer Erosion der Einnahmehbasis der GKV resultierten, muss diese Entwicklung durch die Finanzierungsreform gebremst werden können. Zudem ist zu fragen, inwieweit die Finanzierungsreform einen Beitrag zur Generationen-Gerechtigkeit und Demographie-Festigkeit leisten kann. Kontrovers kann hierbei insbesondere diskutiert werden, inwieweit die Krankenversicherung der geeignete Ort für „Kapitaldeckung“ als ein Weg zur Vergrößerung von Generationen-Gerechtigkeit und Demographie-Festigkeit ist (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004).
- *Arbeitsmarktwirkungen:* Einerseits wird man von einer Finanzierungsreform erwarten können, dass sie positive Effekte auf die Arbeitsnachfrage der Unternehmen erzielt, also mehr Jobs bewirkt – insbesondere, indem sie die Lohn(zusatz)kosten senkt. Andererseits könnte eine Erwartung auch dahingehend bestehen, dass die Reform Anreize für die privaten Haushalte setzt, auf dem Arbeitsmarkt ein (legales) Arbeitsangebot abzugeben. Damit vermindern sich also die Anreize, in die Schattenwirtschaft zu gehen – insbesondere, indem die Grenzabgabenbelastung bei Angeboten von Arbeit gesenkt werden (Fritzsche 2004).
- *Verteilungsgerechtigkeit:* Wie in Abschnitt 2 bereits beschrieben, weist das deutsche GKV-System verteilungspolitische Inkonsistenzen auf. Es kann daher die Erwartung ausgesprochen werden, dass eine Finanzierungsreform zu mehr verteilungspolitischer Schlüssigkeit beiträgt. Zu fragen ist allerdings auch nach der Stabilität der verteilungspolitischen Arrangements, die in der GKV als relativ groß anzusehen ist.
- *Wettbewerbswirkungen im Krankenversicherungssystem:* Das deutsche Krankenversicherungssystem ist durch a) Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen, b) Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen und c) Wettbewerb zwischen GKV und PKV gekennzeichnet. Im Kontext der Finanzierungsreform wird insbesondere diskutiert, inwieweit der so genannte „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV dysfunktional ist (Jacobs and Schulze 2004) und durch die Finanzierungsreform eine größere Funktionalität erreicht werden kann.
- *Praktikabilität, politische Durchsetzbarkeit, juristische Machbarkeit:* Aspekte der Praktikabilität werden in der politischen Diskussion oft vernachlässigt. Da allgemein aber beklagt wird, dass im deutschen

Gesundheitswesen zu viel Bürokratie bereits heute bestehe, kann die Erwartung ausgesprochen werden, die Finanzierungsreform dürfe zumindest nicht zu mehr Verwaltungsaufwand für alle Beteiligten führen, sondern solle – wenn möglich – eher zum Abbau von Bürokratie beitragen. Dass eine Finanzierungsreform politisch durchsetzbar sein muss, versteht sich von selbst – dies gilt insbesondere für solche Vorschläge, die auch eine Bundesratsmehrheit benötigen. Schließlich zielt das Kriterium der juristischen Machbarkeit einerseits auf die verfassungsrechtliche, andererseits auf die europarechtliche Zulässigkeit von Veränderungen.

5. „Dimensionen“ der Finanzierungsreform und „Modelle“ – Vorüberlegungen

Eine Finanzierungsreform kann an unterschiedlichen Dimensionen des gegenwärtigen Finanzierungssystems ansetzen:

- *Pflichtversicherter Personenkreis*: Eine Finanzierungsreform kann den pflichtversicherten Personenkreis durch Einbezug bisher nicht Pflichtversicherter ausdehnen wollen – auf Arbeitnehmer, Beamte und Selbständige, deren Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Umgekehrt kann unter dem Kriterium der „Schutzbedürftigkeit“ auch gefordert werden, den pflichtversicherten Personenkreis zu reduzieren.
- *Ort und Art des Einkommensausgleichs*: Während (wie in Abschnitt 2 beschrieben) heute im Rahmen der Absicherung des Krankheitskostenrisikos auch Einkommensumverteilung betrieben wird, kann im Rahmen einer Finanzierungsreform die Einkommensumverteilung aus der GKV herausgenommen werden. Insbesondere kann sie hierbei auf das Steuersystem verlagert werden. Das Modell der „Kopfprämie“ beabsichtigt eine solche Verlagerung auf das Steuersystem (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004).
- *Finanzierungsform (Zeit- und Kohortenbezug)*: An die Stelle einer Umlagefinanzierung kann eine der anderen in Abschnitt 2 diskutierten Finanzierungsmöglichkeiten treten, namentlich eine Finanzierung über kohortenspezifische Prämien (Cassel 1996) oder (und dies wird im deutschen Kontext stärker diskutiert) eine Finanzierung über das Kapitaldeckungsverfahren (Henke, Johannßen et al. 2002).
- *Umfang und Ausgestaltung von Familienkomponenten*: Während (wie in Abschnitt 2 beschrieben) gegenwärtig Kinder und nicht-

erwerbstätige Ehegatten beitragsfrei versichert sind, können für diese Personengruppen auch Beiträge vorgesehen werden (die entweder von den Familien oder z.B. aus Steuermitteln finanziert werden können).

- *Ausgestaltung der direkten Arbeitgeberbeteiligung:* Gefordert werden kann, den Arbeitgeberbeitrag „festzuschreiben“, sodass er sich bei Veränderungen (Erhöhungen) des kassenindividuellen oder kassendurchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes nicht mehr erhöht. Gefordert werden kann auch seine Auszahlung, die entweder steuerfrei (Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002) oder steuerpflichtig (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004) erfolgen kann.

In Bezug auf diese Dimensionen sind nun sehr unterschiedliche Kombinationen vorstellbar. So kann etwa der Einbezug aller Einwohner in die Krankenversicherungspflicht sowohl mit einkommensabhängigen Beiträgen als auch mit Pauschalprämien geleistet werden. Sowohl einkommensabhängige als auch pauschale Beiträge können im Umlageverfahren erfolgen oder mit Elementen von Kapitaldeckung verbunden werden. Alle gerade genannten Varianten können mit oder ohne Arbeitgeberbeitrag durchgeführt werden. Und die beitragsfreie Kinderversicherung kann sowohl bei einkommensabhängigen als auch bei pauschalen Beiträgen aufgehoben oder beibehalten werden.

Eine spezifische Kombination von Ausgestaltungen in den verschiedenen Dimensionen sollen im Folgenden ein „Modell“ genannt werden. Da mehrere Dimensionen mit jeweils unterschiedlichen Ausgestaltungsoptionen vorliegen, ist die Zahl der potenziell denkbaren „Modelle“ sehr groß. Und so überrascht es nicht, dass auch in der Diskussion sehr viele unterschiedliche Modelle vorgelegt werden.¹ Die in der politischen Diskussion gegenwärtig zu beobachtende Begrenzung auf ganz wenige Modelle trägt daher zwar politischen Strategiekonzepten Rechnung, nicht aber der realen Vielfalt von möglichen Lösungsansätzen, derer sich die Politik bedienen und aus denen sie einen sachgerechten Lösungsraum zimmern muss.

¹ Alleine im Bereich der Modelle, die einkommensunabhängige Pauschalprämien vorsehen, hat eine Arbeitsgruppe um die Verfasser kürzlich zwölf öffentlich diskutierte Modelle identifiziert Rothgang, H., J. Wasem, et al. (2005). Kopfprämienmodelle in der GKV – Lohnt sich ein Systemwechsel?, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen. Campus Essen.

6. Was leistet das Modell „einkommensabhängige Bürgerversicherung“?

Aus der Reihe von Modellen, die unter der Rubrik „einkommensabhängige Bürgerversicherung“ subsumiert werden können, sollen im Folgenden zwei Modelle kommentiert werden: Das Modell der SPD, wie es im Sommer 2004 als Ergebnis der Beratungen der Arbeitsgruppe Nahlen vorgestellt worden ist (SPD 2004), und das Modell, das Bündnis 90/Die Grünen auf ihrer Delegiertenkonferenz im Oktober 2003 beschlossen haben (Bündnis 90/ Die Grünen 2004).

Das Modell der SPD ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- Einbezug aller Einwohner in die Pflichtversicherung, die durch GKV und PKV durchgeführt werden kann; in der Ausgangssituation können die bereits heute in der PKV versicherten Personen wählen, ob sie ihren bisherigen PKV-Versicherungsschutz beibehalten wollen oder den neuen „Bürgerversicherungstarif“ wählen wollen,
- Beibehalt der einkommensabhängigen Finanzierung der GKV bei Ausweitung auf Beitragspflicht auch auf Kapitaleinkünfte; für den Einbezug der Kapitaleinkünfte werden unterschiedliche Varianten eines Zwei-Säulen-Modells der Beitragsbemessung und Beitragsbemessungsgrenze von Kapitaleinkünften diskutiert; im übrigen soll es bei der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze bleiben,
- Beibehalt der paritätischen Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber,
- Beibehalt der beitragsfreien Kinderversicherung,
- Beibehalt der beitragsfreien Ehegattenversicherung,
- Beibehalt des Umlageverfahrens.

Das Bürgerversicherungsmodell von Bündnis 90/Die Grünen will ebenfalls alle Einwohner einbeziehen und stellt differenzierte Überlegungen an, wie mit denjenigen verfahren werden soll, die bereits heute in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Unterschiede ergeben sich insbesondere in folgenden Bereichen zum Modell der SPD:

- Bündnis 90/Die Grünen wollen die Beitragspflicht nicht nur auf Kapitaleinkünfte ausweiten, sondern alle steuerrechtlich bekannten Einkunftsarten einbeziehen.
- Es besteht kein abgeschlossener Meinungsbildungsprozess innerhalb von Bündnis 90/Die Grünen, ob die bisherige (dynamische) Beitragsbemessungsgrenze beibehalten oder erhöht werden soll.
- Es bestehen unterschiedliche Auffassungen innerhalb von Bündnis 90/Die Grünen, ob der Arbeitgeberbeitrag beibehalten oder abgeschafft werden soll, sodass der Beschluss zwar die Beibehaltung vorsieht, jedoch problematisiert, ob dies auch dann noch gelten soll, wenn er anzusteigen droht.
- Zwar soll die beitragsfreie Kinderversicherung beibehalten werden, jedoch soll die beitragsfreie Ehegattenversicherung unter den Vorbehalt eines negativen Ehegattensplittings gestellt werden, so dass für Ehepaare, bei denen der erwerbstätige Ehegatte ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielt, dieses bis zum Betrag der doppelten Beitragsbemessungsgrenze abgegriffen werden würde.

Unter den in Abschnitt 4 skizzierten Kriterien soll das Modell der Bürgerversicherung im Folgenden knapp kommentiert werden:

- *Finanzielle Ergiebigkeit und Nachhaltigkeit:* Das Modell führt durch den Einbezug der Kapitaleinkünfte in die Beitragspflicht und mittelfristig durch den Einbezug weiterer Personengruppen, die ebenfalls in nennenswertem Umfang über andere Einkunftsarten verfügen (Sehlen, Schröder et al. 2004), dazu, dass die Erosion der Einnahmenbasis in der GKV gebremst werden kann. Es ermöglicht in begrenztem Umfang ceteris paribus einen etwas niedrigeren Beitragssatz, von im Ausbaustadium ca. 2 Beitragssatzpunkten. Auch bedeutet es eine partielle Abkoppelung der GKV von der Konjunkturabhängigkeit der Finanzierung. Gleichzeitig bedeutet die mittelfristige Abschaffung der Vollversicherung in der PKV bisherigen Typs eine Beseitigung des damit bisher verbundenen Kapitaldeckungselementes; mit Blick auf Generationengerechtigkeit und die Demographie-Resistenz ist das Modell daher kontraproduktiv.
- *Arbeitsmarktwirkungen/Arbeitsnachfrage:* Da aus dem Modell niedrigere Beitragssätze resultieren, ergeben sich positive Effekte für die Arbeitsnachfrage der Unternehmen, deren Größenordnungen uneinheitlich quantifiziert werden (vgl. z.B. Fritzsche 2004). Insoweit PKV-Versicherte und ihre Arbeitgeber mehr belastet werden, ergeben sich allerdings negative Effekte. Über alle Branchen hinweg überwiegt hierbei der Nettoeffekt niedrigerer Beitragssätze (zumal

die Einbeziehung anderer Einkunftsarten nur die Versicherten, nicht aber die Arbeitgeber zusätzlich belastet), jedoch wird dies in den einzelnen Branchen differenziert sein: Branchen mit einem geringen Anteil von PKV-Versicherten werden stärker entlastet als solche mit einem hohen Anteil von PKV-Versicherten unter den Beschäftigten.

Von den infolge der absehbaren demographischen Entwicklung zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen wären allerdings die Lohnnebenkosten der Unternehmen aufgrund des Beibehaltens der paritätischen Finanzierung voll betroffen. Insofern bleibt die andauernde Überlagerung der Gesundheitspolitik durch Bemühungen, die Lohnnebenkosten zu entlasten, leider auf der Tagesordnung. Auf diese Situation zu reagieren, bleiben der Politik eigentlich nur zwei Möglichkeiten: Entweder sie greift auch in Zukunft ständig über Kostendämpfungsinstrumente unterschiedlichster Art in die GKV ein, oder sie rückt – siehe die Entscheidung des Gesetzgebers, den paritätisch finanzierten Allgemeinen Beitragssatz zum 01.07.2005 um 0,9 Prozentpunkte zu senken und einen alleine vom Versicherten finanzierten zusätzlichen Beitragssatz in gleicher Höhe einzuführen – faktisch sehr wohl von der Parität ab. Ich würde mir im Gegensatz zu beiden Möglichkeiten wünschen, die Politik würde die Kraft finden, den Arbeitgeberbeitrag abzuschaffen oder zumindest einzufrieren.

- *Arbeitsmarktwirkungen/Arbeitsangebot:* Die durch die Einführung der Bürgerversicherung nachfolgende Senkung des Beitragssatzes bewirkt auch eine entsprechende, geringfügige, Senkung der disincentives to work und verbessert damit die Anreize zur legalen Aufnahme von Arbeit. In dynamischer Hinsicht ist aber festzustellen, dass aufgrund der zu erwartenden steigenden Beitragssätze infolge der Interaktion von demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt die disincentives to work wieder zunehmen werden.
- *Verteilungsgerechtigkeit:* In verteilungspolitischer Hinsicht ergibt sich durch die Einführung der Bürgerversicherung ein in hohem Maße differenziertes Bild: Die auf mittlere Sicht realisierte Beseitigung der Risikoselektion, die zulasten der GKV heute an der Schnittstelle zwischen GKV und PKV durch individuell rationale Wahlakte stattfindet, führt zu mehr Verteilungsgerechtigkeit – auch wenn zu einer unideologischen Betrachtung die Quersubventionierung, die heute zwischen PKV und GKV durch höhere Preise für identische Leistungen oder durch hohe Preise für nur marginal bessere Leistungen für die PKV-Versicherten stattfindet, ebenfalls einbezogen werden muss. Auch der Einbezug anderer Einkunftsarten in die Beitragspflicht ist

zunächst verteilungspolitisch sinnvoll. Im Detail stoßen wir hier allerdings auf Probleme: Sofern die Beitragsbemessungsgrenze unverändert bleibt, führt dieser Einbezug dazu, dass nur Versicherte mit niedrigeren Arbeitsentgelten oder Renten bei Einkünften aus diesen Einkommensarten zur Beitragspflicht herangezogen werden, während Versicherte, die ohnehin mit ihren Arbeitsentgelten an der Beitragsbemessungsgrenze sind, nicht zusätzlich belastet werden – auch wenn diese ebenfalls (vielleicht sogar höhere) Einkünfte aus anderen Einkunftsarten haben. Führt man als Reaktion darauf eine zweite Beitragsbemessungsgrenze nur für etwa Kapitaleinkünfte ein (wie im Zwei-Säulen-Modell der SPD), bewirkt dies nun aber, dass unterschiedliche Einkünfte wieder unterschiedlich behandelt werden: Verfügt ein Versicherter über Arbeitsentgelt in Höhe der doppelten Beitragsbemessungsgrenze, sind hieraus Beiträge nur bis zur einfachen Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen; verfügt er hingegen über Arbeitsentgelt in Höhe der einfachen Beitragsbemessungsgrenze und zusätzlich über Kapitaleinkünfte in gleicher Höhe, ist er bis zur doppelten Beitragsbemessungsgrenze beitragspflichtig.

Nach Vorstellung der Anhänger des Modells der Bürgerversicherung wird hierdurch eine „Zwei-Klassen-Medizin“ beseitigt. Diese Vorstellung halte ich für recht naiv. Auch nach Einführung der Bürgerversicherung wird es möglich sein, sich über private Zusatzversicherungen oder direkte Bezahlung der Leistungserbringer einen privilegierten Zugang zu erschließen.

In Bezug auf die von Bündnis 90/Die Grünen vorgeschlagene Einführung eines negativen Ehegattensplittings ist zu konstatieren, dass diese verteilungspolitisch schlüssig ist. Kontrovers wird allerdings diskutiert, ob dies eine verfassungswidrige Benachteiligung von Ehepaaren gegenüber unverheirateten Paaren darstellt (Dräther and Rothgang 2004, die auch Lösungsvorschläge diskutieren).

- *Wettbewerbswirkungen im Krankenversicherungssystem:* Die Bürgerversicherung beseitigt den so genannten „Systemwettbewerb“ zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Dieser Systemwettbewerb kann selber kontrovers diskutiert und ambivalent beurteilt werden. So ist in jedem Falle klar, dass er keine Aussagen über die relative Effizienz oder Leistungsfähigkeit der beiden Systeme zulässt – denn die Akteure können ja nur in dem Rahmen agieren, der ihnen der Gesetzgeber in den jeweiligen Systemen einräumt. Auch über die Effizienz dieser Rahmensetzungen lässt sich allerdings aufgrund der individuellen Wahlakte zwischen den beiden Systemen keine Aussage treffen.

Aus meiner Sicht vorteilhaft an dem dualen Versicherungssystem mit Systemwettbewerb ist, dass es die Kostendämpfungspolitik der vergangenen 30 Jahre abgedeckt hat, indem die private Krankenversicherung als Puffer wirken konnte. Vorteilhaft ist aus meiner Sicht auch, dass der Gesetzgeber wegen des Vorhandenseins der PKV an einer funktionsfähigen GKV interessiert sein muss.

Aussagen, dass bei Einführung einer Bürgerversicherung die „Einheitsversicherung“ drohe, halte ich für wenig plausibel. Es wäre auch bei Beseitigung der Vollversicherung in der PKV gut vorstellbar, dass es in der GKV bei dem wettbewerblichen System bliebe. Wenn – wie im Konzept der SPD angelegt – auch die PKV-Unternehmen den Tarif „Bürgerversicherung“ anbieten könnten, kämen sogar noch weitere Mitbewerber hinzu. Allerdings will nicht so recht einleuchten, worin der Nutzen in einer solchen Mitwirkungsmöglichkeit liegen sollte, nachdem man die PKV ihrer spezifischen Besonderheiten (u.a. Kapitaldeckung) zunächst beraubt hat. Zu vermuten ist auch, dass vor allen Dingen marketingstrategische Überlegungen zu diesem Vorschlag geführt haben.

- *Praktikabilität:* Die Einführung der Beitragspflicht auf andere Einkunftsarten ist sicher administrativ aufwändig; dies gilt bei Ausweitung des Personenkreises der GKV in noch stärkerem Maße, als wenn man nur heute die Beitragspflicht beim bestehenden Personenkreis auf andere Einkunftsarten ausweiten würde. Im Übrigen erscheint das vorgeschlagene Modell aber nicht an Fragen der administrativen Praktikabilität zu scheitern.
- *Verfassungsrechtliche Zulässigkeit:* Als Ökonom möchte ich hier nicht den Anschein erwecken, kompetent in Bezug auf die Beurteilung verfassungsrechtlicher Fragen zu erscheinen. Auffällig ist auf jeden Fall, dass sowohl die SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen inzwischen von dem Vorschlag Abstand genommen haben, auch die bereits heute in der PKV versicherten Personen obligatorisch in die Bürgerversicherung zu überführen. Dies wäre verfassungsrechtlich vermutlich auch zum Scheitern verurteilt gewesen. Demgegenüber liegen die Hürden für Regelungen, die nur in die Zukunft gerichtet den Wechsel in die PKV ausschließen, vermutlich deutlich niedriger.

7. Literaturverzeichnis

Andersen, H. H. and J. Schwarze (1998). GKV '97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen. Berlin, Berliner Zentrum Public Health.

Andersen, H. H. and J. Schwarze (1999). „Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse.“ Arbeit und Sozialpolitik 53(5-6): 10-28.

Bundesversicherungsamt (2001). Risikostrukturausgleich. Bonn.

Bündnis 90/ Die Grünen (2004). Beschluss: Leistungsfähig - solidarisch - modern. Die grüne Bürgerversicherung. 23. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz. 2./3. Oktober 2004, Kiel, Ostseehalle.

Cassel, D. (1996). Korreferat: Private Krankenversicherung und ältere Versicherte. Alter und Gesundheit. P. Oberender. Baden-Baden, Nomos: 167-174.

Dräther, H. and Rothgang (2004). Die Familienversicherung für Ehepaare in der gesetzlichen Krankenversicherung. Z. P. N. 9/2004.

Fritzsche, B. (2004). "Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschalprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen." RWI: Mitteilungen 54/55 2003/4: 51-85.

Henke, K.-D. (1990). "Cost Containment in Health Care – Justification and Consequences."

Henke, K.-D. (1991). Alternativen zur Weiterentwicklung der Sicherung im Krankheitsfall. Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung. K.-H. Hansmeyer. Berlin, Duncker & Humblot: 117-176.

Henke, K.-D., W. Johannßen, et al. (2002). Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland. München, Vereinte KV.

Jacobs, K., P. Reschke, et al. (2002). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Jacobs, K. and S. Schulze (2004). „Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre?“ Gesundheit und Gesellschaft (1/2004).

Orlowski, U. and J. Wasem (2003). Gesundheitsreform 2004. Heidelberg.

Rothgang, H., J. Wasem, et al. (2005). Kopfprämienmodelle in der GKV - Lohnt sich ein Systemwechsel?, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbe-

reich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen. Campus Essen.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002). Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/2003. Wiesbaden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998). Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Sondergutachten 1997. Baden-Baden, Nomos.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung. Bonn.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Wiesbaden.

Schmähl, W. (1989). Demographischer Wandel und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen und Finanzierungsalternativen. Die demographische Herausforderung. Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur. C. von Ferber, H. Radebold and J. M. G. von der Schulenburg. Gerlingen, Bleicher: 281-340.

Schulze Ehring, F. (2004). Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgabensteigerung oder Erosion der Beitragsgrundlage bei besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung der Rentner. Köln, Wissenschaftliches Institut der PKV.

Schut, F., S. Greß, et al. (2003). "Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands." International Journal of Health Care Finance and Economics 3: 117-139.

Sehlen, S., W. F. Schröder, et al. (2004). Bürgerversicherung Gesundheit - Grünes Modell. Simulation zu Ausgestaltungsmöglichkeiten. Berlin.

SPD (2004). Modell einer solidarischen Bürgerversicherung. Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes. Berlin, den 26. August 2004.

van de Ven, W. P. M. M. and R. Ellis (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer and J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland. 1A: 755-845.

Wasem, J. (1993). Die Erfahrungen mit Kostendämpfungsstrategien und Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht über die Tagung Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen. I. f. Gesundheits-System-Forschung. Würzburg, Triltsch: 119-170.

Wasem, J. (1997). Die „Alterungsproblematik“ als Herausforderung für die Absicherung des Krankheitskostenrisikos. Allokation der Ressourcen bei Sicherheit und Unsicherheit. J.-M. von der Schulemburg, M. Balleer and S. Hanekopf. Baden-Baden, Nomos: 65-92.

Wasem, J. (1999). „Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem – eine repräsentative Studie.“ Die Betriebskrankenkasse 88 (9): 434-440.

Wasem, J. (1999). Staatliche Steuerung des Gesundheitswesens - Historie und Effekte von Kostendämpfungsmaßnahmen und Gesundheitsreformen. Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung. E. Wille. Baden-Baden, Nomos: 9-31.

Wasem, J. (2002). Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung
Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen zur Janssen-Cilag Bevölkerungsstudie 2002. Neuss.

Wasem, J. (2004). Finanzierungsprobleme und -rahmen der zukünftigen sozialen Krankenversicherung in Deutschland. Finanzierungsprobleme der Gesundheitsreform und GKV-Modernisierungsgesetz. R. Pitschas, DHV Speyer. Speyerer Arbeitsheft Nr. 162: 5 ff.

Wasem, J. and S. Greß (2002). Überlegungen zur Beitragsbemessung sowie zum Finanz- und Risikostrukturausgleich aus ökonomischer Sicht. Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. P. Jabornegg, R. Resch and O. Seewald. Essen, CW Haarfeld: 51-62.

Wasem, J. and F. Hessel (2002). Die Krankenversicherung in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft.

Einkommensabhängige Bürgerversicherung

Karl Lauterbach

Die zur Zeit ausgetragene Diskussion um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems wird von dem Grundmuster beherrscht, die Bürgerversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen sei zwar gerechter, das System der Kopfpauschalen hingegen bringe neue Arbeitsplätze. Dieses Grundmuster legt sogar die Überlegung nahe, dass die ideale Reform eine Bürgerversicherung mit Kopfpauschalen sein könnte, die dann gleichzeitig als gerecht und ökonomisch vernünftig erschiene. Dann könnte der Vorschlag des Sachverständigenrates für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung als der lang gesuchte Kompromissvorschlag betrachtet werden. Vor diesem Fehlschluss soll in diesem Beitrag gewarnt werden. Im Folgenden werden zuerst die vier wichtigsten Probleme des deutschen Gesundheitssystems dargestellt. Dann soll argumentiert werden, dass die einkommensabhängige Bürgerversicherung diese Probleme am besten löst, und dass sie im Vergleich zu Kopfpauschalmodellen – egal ob für alle oder für einen Teil der Bevölkerung eingeführt – sowohl gerechter als auch besser für die Wirtschaft ist.

Problem Nummer 1: Die Finanzierung des Systems allein durch Löhne und Gehälter

Kein anderes Gesundheitssystem in Europa wird so einseitig finanziert wie das deutsche: Zur Finanzierung werden nur Löhne und Gehälter sowie Renten herangezogen. Andere Einkommensquellen, insbesondere Zins- und Kapitaleinkünfte sowie die Einkommen aus selbständiger Arbeit werden nicht oder nur marginal herangezogen. Diese Finanzierung ist sowohl ungerecht als auch ökonomisch wenig sinnvoll. Sie ist ungerecht, weil sich die Bezieher von Kapitaleinkommen an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung nur geringfügig beteiligen. Sie ist ökonomisch unsinnig, weil Löhne und Gehälter nicht so schnell wachsen wie das Bruttoinlandsprodukt. Seit 15 Jahren wachsen Zins- und Kapitaleinkünfte sowie Einkommen aus selbständiger Tätigkeit schneller als Löhne und Gehälter. Selbständigkeit und Scheinselbständigkeit nehmen zu, Lohnanteile werden in nichtsozialversicherungspflichtige Prämien gewandelt, und auch die anhaltende hohe Arbeitslosigkeit führt zu Lohnausfällen. Als Konsequenz mussten die Beitragssätze um 25 % seit 1980 steigen, um die in diesem Zeitraum weitgehend am Bruttoinlandsprodukt orientierten Kostensteigerungen abzudecken. Es ist auch zukünftig zu erwarten, dass bereits die Flucht aus der abhängigen

Beschäftigung zur Beitragssteigerungen führt, ohne dass die Ausgaben durch Demographie oder medizinischen Fortschritt ansteigen. Ohne das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wäre der Beitragssatz bereits im Jahre 2004 auf über 15 % gestiegen und durch den Übergang der „Babyboomregeneration“, die geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1968 in die Rente würde das System vollends unbezahlbar. Die „Babyboomregeneration“ befinden sich derzeit auf dem Höhepunkt ihres Einkommens und ihrer Gesundheit. In zehn Jahren werden ihr Einkommen sinken und ihre Gesundheit nachlassen.

Problem Nummer 2: Die Starken der Gesellschaft sind nicht im Solidarsystem

Das deutsche Gesundheitssystem gilt weltweit als Vorbild für eine solidarische Krankenversicherung. Der Eindruck trügt. Das System ist durch die in Europa einmalige Besonderheit geprägt, dass ausgerechnet die sozial Stärksten in der Regel am System nicht teilnehmen. Diejenigen, die oberhalb der so genannten Versicherungspflichtgrenze verdienen, einem Mindesteinkommen von 3.900 Euro monatlich, können sich aus dem Solidarsystem entfernen und privat versichern. Auch Beamte und Selbstständige stehen dem System nicht zur Verfügung und genießen eine Krankenversicherung, die in Qualität und Umfang über die des Steuerzahlers hinausgeht. Von den Einkommensstarken bleiben dem Solidarsystem meistens nur diejenigen, die entweder zu krank für den Abschluss einer privaten Krankenversicherung sind, und diejenigen, für die es attraktiv ist, ihre Kinder oder die nicht berufstätige Ehefrau beitragsfrei in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern. Ein solches System ist absurd, indem es ein Solidarsystem der Schwachen und der Mittelstarken bedeutet. Es kann ausländischen Gesundheitspolitikern kaum erklärt und erst recht nicht begründet werden. Auf diese Absurdität angesprochen, argumentieren der Beamtenbund, die private Krankenversicherung und liberale Politiker häufig, dass die 15 % der Bevölkerung, die dem gesetzlichen System so verloren gehen, dieses auch nicht retten könnten. Dabei wird vergessen, dass es sich hier wahrscheinlich um die einzige Versichertengruppe handelt, mit der die Krankenkassen überhaupt Gewinne erzielen könnten. Auch für jede Firma gilt, dass der Verlust einer Kundengruppe dieser Größe den Konkurs bedeuten kann, wenn dies die einzigen gewinnbringenden Kunden sind.

Notwendig ist ein echter Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV. Entweder bieten die privaten Krankenkassen ein gutes Angebot an, dann müsste dieses auch für alle Bürger zur Verfügung stehen. Bieten sie kein gutes Angebot, sollte es auch niemanden zugemutet werden. Aber Gründe für eine Einkommensgrenze für die Wahlmöglichkeit kann es nie

geben. Das derzeitige System bedeutet in der Praxis, dass ein großer Teil derjenigen, die das deutsche Gesundheitssystem reformieren – Politiker, leitende Beamte, Professoren, Verbandsvertreter und Journalisten – im System selbst nicht versichert sind und dieses nicht aus eigener Anschauung kennen.

Problem Nummer 3: Die wachsende Zwei-Klassen-Medizin

Ein in Deutschland stark tabuisiertes Problem ist die wachsende Zwei-Klassen-Medizin. Die privaten Krankenkassen thematisieren die Zwei-Klassen-Medizin nicht, weil sie den Verlust ihrer Privilegien befürchten. Die gesetzlichen Krankenkassen fürchten die Abwanderung von freiwillig Versicherten in die PKV. Ärzteverbände fürchten um das Recht der Chefärzte, privat Versicherte auf eigene Rechnung zu behandeln.

Zwei-Klassen-Medizin äußert sich beispielsweise darin, dass privat Versicherte den Chefarzt im Krankenhaus ohne Umwege aufsuchen dürfen. Gesetzlich Versicherte hingegen dürfen im Krankenhaus entweder überhaupt nicht ambulant behandelt werden oder stehen Wartelisten machtlos gegenüber. Ein einziger Anruf im Chefsekretariat in einer beliebigen Universitätsklinik mit Bitte um Termin wird dies bestätigen. Unter diesem System leiden insbesondere Behinderte und Einkommensschwache. Sie können sich in der Regel nicht privat versichern, weisen jedoch überdurchschnittlich komplizierte Erkrankungen auf. Die Unterschiede in der Lebenserwartung des unteren Einkommensviertels und des oberen betragen für Männer zehn Jahre, für Frauen sieben Jahre. Die Unterteilung der Versorgung in privat und gesetzlich Versicherte stellt sicher, dass diejenigen, die bereits in Bezug auf Einkommen, sozialen Status und Gesundheit privilegiert sind, auch noch eine bessere Gesundheitsversorgung genießen, die wegen der bestehenden Risikoselektion der privaten Krankenversicherung häufig auch noch billiger für sie ist.

Problem Nr. 4: Die Qualitätslücke

Während wir die zweithöchsten Ausgaben in Europa für Gesundheit ausweisen, direkt nach der Schweiz, ist die Versorgungsqualität in allen untersuchten Bereichen im europäischen Vergleich nur Mittelmaß. So sterben in Deutschland mehr Menschen an den Folgen von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen und der Zuckerkrankheit als in den Ländern mit der jeweils besten Versorgung. Während die öffentliche Debatte um das deutsche Gesundheitssystem den Erfolg der Gesundheitsreformen an minimalen Senkungen der Beitragssätze misst, wird vergessen, dass 25 % der Bevölkerung an Krebs stirbt und 40 % der Bevölkerung im Laufe des Lebens an Krebs erkrankt. Dass Deutschland keine befriedigende Krebsversorgung z.B. im Vergleich zu den skandi-

navischen Ländern bietet, ist für die Versicherten von größerer Bedeutung als der Beitragssatz. Erste Abhilfe konnte insbesondere mit Disease-Management-Programmen für chronisch Kranke geschaffen werden. Hierbei ist Deutschland mittlerweile führend in Europa.

Nächste Schritte müssen folgen. Der Widerstand der Ärzteverbände, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen, gegen aussagefähige Qualitätsdaten zu Arztpraxen muss überwunden werden. Diese Daten sind notwendig, um die Patienten zu informieren und guten Ärzten auch gute Honorare bieten zu können. Derzeit werden gute Ärzte bestraft, da sie ihr hohes persönliches Engagement nicht vergütet bekommen. Krankenkassen müssen die Möglichkeit erhalten, die besten Ärzte auch zu fördern. Die freie Arztwahl der Patienten braucht dazu nicht eingeschränkt zu werden. Die derzeitige Illusion, die Qualität im deutschen Gesundheitssystem sei überall gleich und überall gut, ist für die Bevölkerung die gefährlichste überhaupt.

Wie kann die Bürgerversicherung die vier Probleme lösen?

Lösung für Problem 1: Einbeziehung aller Einkommensarten in die Finanzierung. Beendigung der einseitigen Belastung von Löhnen und Gehältern

Die konsequenteste und einfachste Antwort auf die sinkende Lohnquote ist die Einbeziehung aller Einkunftsarten in die Beitragspflicht. Allein durch die Einbeziehung der Zins- und Kapitaleinkommen aller Versicherten mit einer eigenen Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der für die Lohn- und Gehaltseinkommen gültigen würden die Beitragssätze um 1,8 % sinken. Sowohl Unternehmen als auch die meisten Versicherten würden nennenswert entlastet. Trotz Alterung der Bevölkerung blieben die Beitragssätze in der Bürgerversicherung bei voraussichtlich unter 15 % im Jahre 2030.

Eine Belastung der Zins- und Kapitaleinkünfte der privaten Haushalte ist auch gerechter. 10 % der Haushalte verfügen über 47 % des Kapitalvermögens. Daher sieht auch das Modell der Kopfpauschalen eine Verbeitragung der Zins- und Kapitaleinkünfte vor. Jedoch werden dort kleine Einkommen stärker belastet als große. Dies trifft Familien und belastet die Steuerhaushalte mit etwa 30 Mrd. Euro jährlich. Der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung prognostiziert eine Steigerung der Kopfpauschale von heute 200 Euro pro Kopf auf 300 Euro im Jahre 2030. Der Steuerzuschuss müsste entsprechend nach eigenen Berechnungen auf 94 Mrd. Euro steigen. Dies wäre der direkte Weg in die Schuldenfalle oder in den Abbau von Leistungen. Der Grund für den raschen erwarteten Anstieg der Kopfpauschalen liegt in der mangelnden Kopplung an die Lohnsumme. Arbeitgeber verlieren das Interesse an

Ausgabendämpfung, Gewerkschaften fordern höhere Beiträge wieder ein, Arbeitsplätze würden abgebaut und den Bürgern bleibt weniger Geld im Portemonnaie. Mit Kopfpauschalen kann die Wirtschaft nicht den Anschluss an die Weltkonjunktur erreichen.

Grundsätzlich geht es aber bei der Einführung von Kopfpauschalen um eine viel weitergehende Frage: Soll der Wohlfahrtsstaat durch eine ausgebauter Beteiligung der Einkommensstärksten weiterentwickelt werden oder soll er zu Gunsten eines Fürsorgestaates amerikanischer Prägung überwunden werden? Das Modell der Kopfpauschale ist der Einstieg in den Fürsorgestaat, die Bürgerversicherung die Stärkung des Wohlfahrtsstaates. Die Einkommensschwachen und die Mehrzahl der Rentner müssten bei Einführung der Kopfpauschalen Anträge auf finanzielle Unterstützung stellen, die ihnen dann je nach Kassenlage gewährt würde. Sie würden zu Bittstellern des Steuerzahlers. Bald würde die Öffentlichkeit diskutieren, ob die Bedürftigen die gleiche Versorgungsqualität bekommen sollen wie alle anderen oder ob es reicht, ihnen eine angemessene, d.h. weniger umfangreiche Versorgung zu gewährleisten.

Lösung für Problem 2: Ein gutes Gesundheitssystem für alle Ein System für alle beendet die Entsolidarisierung

Die Entsolidarisierung der Krankenversicherung ist nur zu überwinden, wenn die gesamte Bevölkerung die gleichen Wahlmöglichkeiten in der Krankenversicherung bekommt. Es ist nicht einzusehen, dass die private Krankenversicherung das Wahlprivileg der jungen, gesunden und einkommensstarken Bürger bleibt. Fortfall der Risikoprüfung für neue Versicherte, Bemessung der Beiträge am Einkommen und finanzieller Ausgleich für erkrankte Versicherte zwischen allen Krankenkassen sind die wichtigsten Schritte zur Errichtung eines zukunftsträchtigen Gesundheitssystems.

Auch die heutige Privatassekuranz kann davon profitieren. Sie kämpft derzeit mit hohen Ausgabensteigerungen, fehlenden Instrumenten zur Kostenkontrolle und einer überbordenden Bürokratie. In der Bürgerversicherung fielen diese Probleme weg. Der Wettbewerb würde sich auf die Steigerung der Qualität richten. Dazu ist insbesondere ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich notwendig. Wenn die gesamte Bevölkerung die Wahlmöglichkeit zwischen gesetzlichen und privaten Bürgerversicherungen hätte, und es keine Nachteile mehr für solche Krankenkasse gäbe, die sich auf die Versorgung chronisch kranker Menschen spezialisieren, würden die Voraussetzungen für einen Qualitätsschub in der deutschen Medizin geschaffen. In diesem Sinne ist die Bürgerversicherung das Gegenteil einer Einheitskasse und auch nicht die Ausdehnung der jetzigen GKV auf alle, da es für sie die Voraussetzungen für einen solchen Qualitätsschub noch nicht gibt.

Lösungen für Probleme 3 und 4: Qualitätszuschläge statt Privatliquidation. Qualitätszuschläge beseitigen die Zwei-Klassen-Medizin und verbessern die Versorgungsqualität

Die Ursache für die um sich greifende Zwei-Klassen-Medizin liegt darin, dass Ärzte für die gleiche Leistung bei einem Privatpatienten ein vielfaches Honorar abrechnen können als für einen gesetzlich Versicherten. Dies benachteiligt Ärzte, die aus ethischen Gründen keine Unterschiede zwischen privaten und gesetzlichen Patienten machen. Ärzte, die einen hohen Anteil von sozial Schwachen versorgen, verdienen weniger als solche, die sich auf privat Versicherte spezialisieren oder diese besonders aufwändig behandeln. Dieses System schadet allen Beteiligten: Sozial Schwache können unterversorgt werden, Privatpatienten überversorgt, und die ehrlichen Ärzte sind die Dummen. Aus diesem Grunde sollte das Honorarsystem für Ärzte und Krankenhäuser in einer Bürgerversicherung auf feste Preise mit Qualitätszuschlägen umgestellt werden. Qualitätszuschläge könnten für eine besonders intensive Fortbildung, Erfahrung mit komplizierten Eingriffen, den Nachweis guter Prozessqualität und in einigen Bereichen für die Qualität der Ergebnisse der Versorgung bezahlt werden.

Dass Wettbewerb nicht zu einer Kommerzialisierung führen muss, zeigt das Beispiel der Schulen in Finnland und Schweden. Dort konnte ein Qualitätswettbewerb eingerichtet werden, der zu besseren Ergebnissen geführt hat, ohne dass eine Kommerzialisierung eingetreten ist.

Zusammenfassung:

Da die Lohnquote sinkt, sollten auch für andere Einkommen Beiträge für die Krankenversicherung gezahlt werden. Wenn dabei Einkommensschwache weniger als Einkommensstarke zahlen, ist dies transparenter und unbürokratischer als eine Kopfpauschale gleicher Höhe für alle. Dort müssten sich Einkommensschwache nach komplizierten Antragsverfahren einen Teil ihres Geldes zurückholen. Der Preis für die Abkoppelung von den Lohnkosten bei Kopfpauschalen sind die Benachteiligung von Rentnern und Familien, stark steigende Gesundheitskosten und die steigende Neuverschuldung des Bundes. Dieser Preis ist zu hoch. Eine solche Kopfpauschale vernichtet Arbeitsplätze. Die Bürgerversicherung senkt die Lohnnebenkosten und wirkt daher nicht negativ auf den Arbeitsmarkt. Medizinische Qualität sollte belohnt werden und für alle verfügbar sein. Die Belohnung des Beamtenstatus oder des Versicherten-einkommens ist nicht begründbar. Daher sollte in einer Bürgerversicherung qualitätsorientiert vergütet werden. Private Krankenversicherungen haben nur dann eine Existenzberechtigung, wenn sie allen Bürgern offen

stehen. Damit sozial Schwache, Behinderte und Kranke realistisch eine Chance zur Aufnahme haben, müssen die Beiträge einkommensabhängig sein, und es darf keine Risikoselektion geben.

Kassenspezifische Pauschalbeiträge mit Pflichtversicherungsgrenze

Eckhard Knappe

Seit der Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen in den Jahren 1970-75 und dem darauf folgenden Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz im Jahre 1977 ist die Gesundheitspolitik nicht mehr zur Ruhe gekommen, sondern hat die „Schlagzahl“ immer neuer Reformgesetze schrittweise erhöht. Mittlerweile ist in der Gesundheitspolitik und in der öffentlichen Diskussion klar geworden, dass die Zukunftsprobleme des deutschen Gesundheitswesens nur durch grundlegende Reformen in den Griff zu bekommen sind. Das Gesundheitswesen in Deutschland – insbesondere das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – leidet an zwei grundlegenden Problemen.

Erstens ergibt sich aus der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung eine permanente Abhängigkeit von der Entwicklung des Arbeitsmarktes, und umgekehrt gehen Beitragssatzsteigerungen im Gesundheitswesen, die sich allein aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der demographischen Entwicklung nicht vermeiden lassen, zu Lasten der Beschäftigung. Eine rückläufige Beschäftigung verursacht wiederum einen Rückgang der Einnahmen bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Daraus ergibt sich als eine erste Forderung, die Finanzierung des Gesundheitswesens so weit wie möglich vom Lohn und vom Arbeitsmarkt abzukoppeln und eine Finanzierungsform zu wählen, die langfristig auch im demographischen Wandel nicht wegbriecht. Durch die Koppelung der Beiträge an den Bruttolohn differieren die individuellen Beiträge zwar zwischen ca. 100 Euro (je nach Beitragssatz der Krankenkasse) und dem Höchstbeitrag von zurzeit etwa 500 Euro¹ (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag). Im Durchschnitt ergibt sich jedoch ein altersabhängiger Verlauf der Beiträge. So werden in jungen Jahren durch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder keine Beiträge an die Krankenversicherung bezahlt, mit Eintritt in die abhängige Beschäftigung steigen die Beiträge dann entsprechend der lebenslangen Lohnentwicklung in der Regel bis zum 60. Lebensjahr (dem durchschnittlichen Rentenbeginn deutscher Arbeitnehmer).

¹ Da Beiträge zur GKV nur auf Bruttoeinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben werden, ergibt sich bei der aktuellen Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 3525 Euro und einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14,2 % ein maximaler Beitrag von 501 Euro pro Monat.

Danach errechnet sich der Beitrag in Abhängigkeit von der Rente.

Da die durchschnittliche Rente jedoch in der Regel nur knapp über 50 % des durchschnittlichen Bruttolohnes liegt, reduzieren sich nach Eintritt in das Rentenalter auch die Beiträge auf etwa die Hälfte. Das erklärt die Abhängigkeit der Finanzierungsbasis vom demographischen Wandel. Eine zunehmende Zahl Älterer und damit eine zunehmende Zahl von Rentnern bedeutet eine zunehmende Zahl von Beitragszahlern, die nur niedrige Beiträge entrichten. Das ist der Grund, warum durch die Alterung der deutschen Gesellschaft die Finanzierungsbasis der GKV erodiert.² Gleichzeitig ist damit ein „künstlich geschaffenes“ Generationenproblem in die Beitragsgestaltung eingebaut, da im Umlageverfahren die Jüngeren nicht nur die höheren Ausgaben älterer GKV-Mitglieder zu finanzieren haben, sondern auch die „Quasi-Subvention“ der Rentner. An dieser Grundproblematik ändert auch das Beitragsverfahren der so genannten „Bürgerversicherung“, in der alle Bürger mit allen Einkommensarten beitragspflichtig sein sollen, im Prinzip nichts. Zwar hätten auch Jüngere im Ausmaß ihrer sonstigen Nicht-Arbeitseinkommen Beiträge zu entrichten, das Einkommensniveau, das während der Erwerbstätigkeit den Beiträgen zugrunde gelegt würde, wäre höher und auch im Alter brächen die Einkünfte und damit die Beiträge nicht im gleichen Maße weg wie bei lohnbezogenen Beiträgen. Dennoch ergibt sich im Lebenslauf ein ähnliches Einkommens- und damit ein ähnliches Beitragsprofil zur Bürgerversicherung wie bei lohnbezogenen Beiträgen der GKV.

Auf das zweite Problem der GKV, eine „Gerechtigkeitslücke“ der heutigen Beitragsgestaltung, sollte ein umfassendes Reformkonzept ebenfalls eine Antwort geben. Ein Gerechtigkeitsproblem entsteht dadurch, dass zwar die Finanzlasten nach ökonomischer Leistungsfähigkeit der Versicherten verteilt werden sollen, de facto die Beitragslasten jedoch lediglich an Bruttolöhne (und Lohnersatzeinkommen) gekoppelt sind, und diese sind ein unzureichender Indikator für ökonomische Leistungsfähigkeit.³ Bei konstantem Beitragssatz ergibt sich eine proportional mit dem Bruttolohn steigende Beitragsbelastung, eine Tarifgestaltung, die z. B. in Bezug auf die Einkommensteuer für „ungerecht“ gehalten wird. An der Beitragsbemessungsgrenze wird der Beitrag zudem zu einer „Quasi-Pauschalprämie“, ein Tatbestand, der gerade den „echten“ Pauschalprämienmodellen als „Gerechtigkeitslücke“ vorgeworfen wird. Schließlich ist jenseits der Versicherungspflichtgrenze ein Verbleib in der Solidargemeinschaft nur noch dann sinnvoll, wenn man sich aus den Umverteilungsmaßnahmen der GKV individuelle Vorteile ausrechnen kann.

² Vgl. z. B. Hof, B. (2001), Knappe, E./Rubart, T. (2001) und Ulrich, V. (2003).

³ Vgl. Arnold, R. (2002) und Wille, E. (2000).

Durch die Beitragsbemessungsgrenze und die Nichtberücksichtigung anderer Einkommen werden bei gleichem Gesamteinkommen unterschiedlichste Beiträge fällig.⁴ Auch die Bürgerversicherung ändert an den Verteilungsergebnissen einer Beitragsbemessungsgrenze im Prinzip nichts. Allerdings werden einige Ungereimtheiten des heutigen Verteilungssystems dadurch aufgelöst, dass die gesamte Bevölkerung in die Solidargemeinschaft einbezogen werden soll und dass die Beitragspflicht sich (in den verschiedenen Vorschlägen allerdings nicht gleichermaßen) nach allen Einkommensarten richten soll.

Während die Bürgerversicherung also im Wesentlichen einen Teilbeitrag leisten möchte, um das Gerechtigkeitsdefizit der heutigen GKV zu lösen, geht das Pauschalprämienmodell von einer gänzlich anderen Philosophie aus.⁵ Die Grundidee besteht darin, dass eine langfristige Nachhaltigkeit des Systems nur sichergestellt werden kann, wenn nicht nur Veränderungen auf der Einnahmen-, sondern auch Veränderungen auf der Ausgabenseite ins Auge gefasst werden. Insbesondere geht es darum, mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen möglich zu machen und auf diese Weise den Ausgabenanstieg durch mehr Wettbewerb und höhere Effizienz zu bremsen. Eine Rahmenordnung für einen funktionsfähigen Wettbewerb im Gesundheitswesen zielt darauf ab, dass die Bevölkerung einerseits gegen Krankheiten gesichert ist und andererseits bei Krankheit effiziente Gesundheitsleistungen erbracht werden. Dieser Allokationsbereich ist vom Umverteilungsbereich organisatorisch so weit wie möglich zu trennen. Nur wenn man die beiden konfligierenden Zielbereiche „Effizienz der Gesundheitsversorgung“ und „Gerechtigkeit der Umverteilung“ organisatorisch trennt, ist man frei, in den Teilbereichen sinnvolle Ziele zu verfolgen und diese durch entsprechende Maßnahmen in die Realität umzusetzen.

⁴ Ein Vergleich von Familien mit gleichem Gesamteinkommen (5000 Euro) und unterschiedlicher Einkommensstruktur macht die ungleiche Beitragsbelastung bei einem Beitragssatz von 14,2 % deutlich: Ein Alleinverdiener-Haushalt muss aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze monatlich nur einen Beitrag von 501 Euro entrichten, während ein Zweiverdiener-Haushalt (jeweils 2500 Euro) mit 710 Euro deutlich stärker belastet wird. Besonders günstig stellt sich die Situation für einen Haushalt dar, der z. B. 2000 Euro Lohneinkommen und 3000 Euro Kapitaleinkommen bezieht: Hier fällt lediglich ein Beitrag von 284 Euro an.

⁵ Zur Diskussion der Reformvorschläge Bürgerversicherung und Pauschalprämien siehe z. B. Gerken, L./Raddatz, G. (2003), Jacobs, K. (2003) und Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), S. 149 ff.

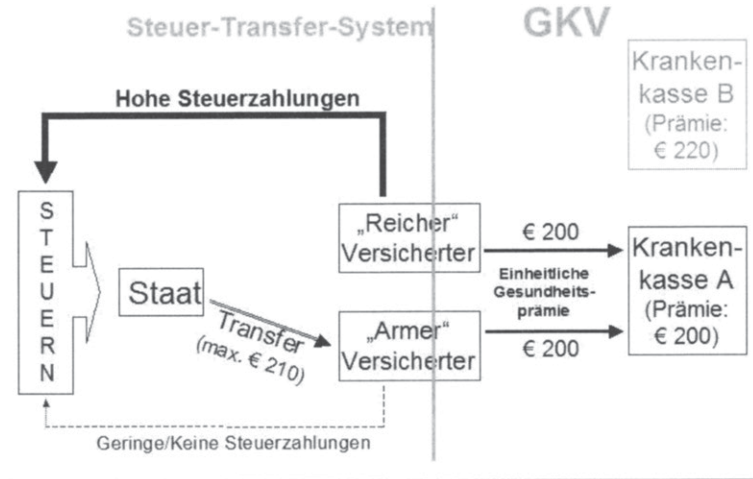
Pauschalprämienmodelle sehen eine solche Trennung der Zielbereiche vor: Für die Gesundheitsversorgung sind Pauschalprämien der Einstieg in eine Wettbewerbsordnung, die Verteilungsziele sollen – sofern sie gesamtgesellschaftlicher Natur sind – über Steuern und Transfers erreicht werden.

In Bezug auf die Organisation der Pauschalprämien gibt es unterschiedliche Modellvorstellungen. Idealtypisch wäre davon auszugehen, dass jeder Versicherte, einschließlich der Kinder, eine Pauschalprämie bezahlt, die das lebenslange Durchschnittsrisiko einschließlich einer deutlichen Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustandes und einschließlich eines langfristig mit dem Alter ansteigenden Ausgabenrisikos abdeckt. Eine solche Gesundheitsprämie für jedermann läge – je nach Krankenkasse – in der Größenordnung von 150 Euro. Alternative Modelle gehen davon aus, dass Kinder bis zu einem bestimmten Alter an der Umlage für die Älteren nicht zu beteiligen sind. Kinder würden dann nur eine Prämie für das Ausgabenrisiko der Kinderkohorten bezahlen. Diese läge in der Größenordnung von ca. 80 Euro, die Erwachsenenprämien würden in diesem Fall auf ca. 175 Euro steigen. Eine dritte Alternative geht davon aus, dass Kinder grundsätzlich beitragsfrei gestellt werden und dass die für Kinder anfallenden Ausgaben durch einen Aufschlag auf die Erwachsenenprämien finanziert werden, sodass deren Pauschalprämien in der Größenordnung von ca. 200 Euro monatlich lägen.⁶

Nimmt man das letztgenannte Modell zum Ausgangspunkt, dann lässt sich die Grundidee des Pauschalprämien-Modells an der folgenden Abbildung 1 erläutern.

⁶ Vgl. Knappe, E./Arnold, R. (2002), S. 19.

Abb. 1



Je nach Krankenkasse zahlen erwachsene Versicherte unabhängig von ihrem Einkommen für den gleichen Versicherungsschutz unterschiedliche kostendeckende Pauschalprämien, die heute etwa zwischen 190 und 220 Euro liegen würden. Auf diese Weise kann im GKV-Bereich ein funktionsfähiger Preis-Leistungs-Wettbewerb realisiert werden, der allerdings weiter gehende Maßnahmen erfordert um funktionsfähig zu sein. Getrennt davon würden je nach Einkommen „reiche“ Versicherte entsprechend ihrem Einkommen und ihren Steuersätzen hohe Zahlungen in einen „Sozialfonds“ leisten, während gleichzeitig „arme“ Versicherte nichts oder nur geringe Zahlungen zu leisten hätten. Aus diesem Sozialfonds (genannt Staat) würden gezielt nach expliziten Gerechtigkeitskriterien direkte Transferzahlungen an leistungsschwache Versicherte gezahlt, um diese mit Kaufkraft auszustatten, welche es ihnen wiederum ermöglichen soll, als „normale“ Kunden Krankenversicherungsschutz zum Pauschalprämienpreis zu kaufen. Während heute in der GKV verschiedene Umverteilungskriterien „gemischt werden“, geht das Pauschalprämienmodell von einer Trennung zwischen gesamtgesellschaftlichen Umverteilungskriterien (Einkommensausgleich; Familienlastenausgleich) und Solidaritätskriterien, die mit Krankenversicherungsschutz

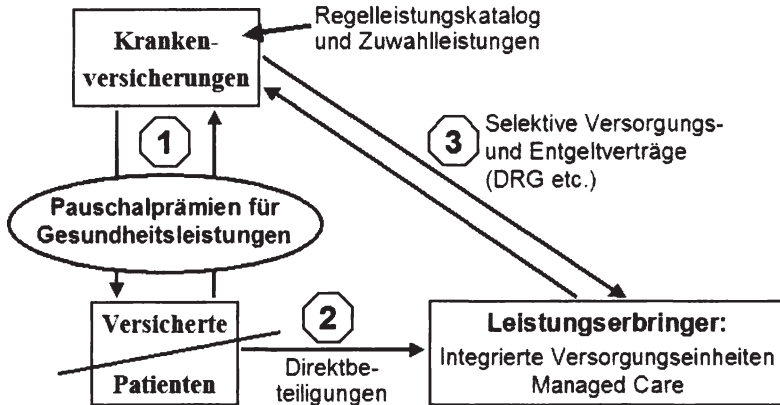
verbunden sind (hohe/geringe Krankheitsrisiken), aus. Während letztere vollständig innerhalb der GKV verbleiben sollen, sollen erstere vollständig aus der GKV ausgegliedert und im Steuer-Transfer-System realisiert werden.

Mit Pauschalprämien wird der Weg frei, eine funktionsfähige Wettbewerbsordnung für die Krankenversicherung und den gesamten Gesundheitsbereich zu entwickeln. Da Pauschalprämien kostendeckende Versicherungsprämien für ein lebenslanges Krankheitsrisiko darstellen, kann auf der Versicherungsebene erstmals ein funktionsfähiger Preis-Leistungs-Wettbewerb realisiert werden. Das setzt allerdings voraus, dass die Krankenversicherungen auch in der Lage sind, unterschiedliche Versicherungspakete zu entwickeln und den Versicherten gestattet wird, zwischen unterschiedlichen Versicherungspaketen (oberhalb einer gesetzlich vorgeschriebene Mindestsicherung) zu wählen. Sparsame Versicherte sollten daher die Möglichkeit haben, auf Zusatzversicherungen zu verzichten und allein den Grundsicherungskatalog abzuschließen und auch für diesen durch die Wahl geeigneter Direktbeteiligungen die Prämien in einem gewissen Rahmen zu senken.⁷

In einem solchen Wettbewerb müssten sich die Krankenversicherungen als Wettbewerbsunternehmen organisieren, insbesondere müssten sie Instrumente des Risikomanagements entwickeln, sie müssten sich aber auch Informationen und Fähigkeiten verschaffen, um als Steuerungsinstanzen des gesamten Gesundheitsgeschehens aufzutreten, und insbesondere in selektiven Verträgen mit den unterschiedlichsten Leistungserbringern die Verantwortung für Menge, Preis und Qualität der Gesundheitsleistungen mit übernehmen. Auf diese Weise würden durch dezentralen Vertragswettbewerb die Anreize des Krankenversicherungsmarktes in die Bereiche der Leistungserbringer hineingetragen, die ihrerseits um optimale Organisationsstruktur, bestmögliche Qualität und Preisgünstigkeit konkurrieren müssten. Die verschiedenen Leistungsstränge, die sich im „Dreiecks-Wettbewerb“ eines Krankenversicherungsmarktes ergeben würden, sind in Abbildung 2 noch einmal stichwortartig aufgeführt.

⁷ Vgl. Knappe, E. (2003)

Abb. 2

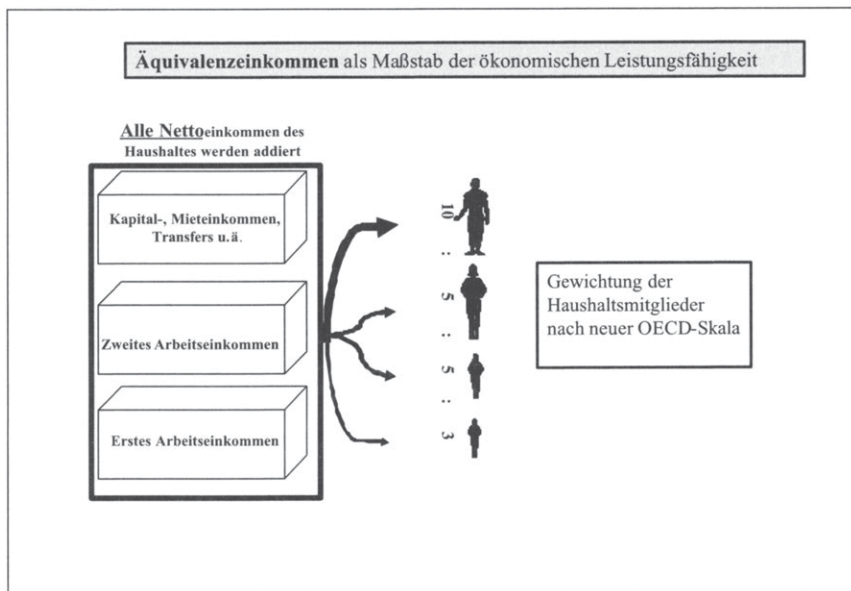


Im Versicherungswettbewerb hätten die Krankenkassen gleichzeitig das Dilemma zu lösen, dass die Ansprüche ihrer Versicherten (preiswerter Versicherungsschutz nach eigenen Präferenzen) und die Ansprüche derjenigen Versicherten, die vornehmlich in der Rolle des Patienten sind (das Beste, sofort und ohne Rücksicht auf Kosten), in einem sinnvollen Kompromiss zwischen beiden „Rollen“ gelöst wird. Unter anderem werden die Krankenversicherungen mit den Leistungserbringern Vertragskonstruktionen entwickeln müssen, in denen nicht nur Qualität und Preis stimmen und sich beide Seiten fair behandelt fühlen, sondern in denen auch das Versicherungsrisiko in optimaler Weise zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringern geteilt wird.

Das oben skizzierte Gerechtigkeitsproblem der GKV kann durch eine Trennung zwischen Finanzierung (Pauschalprämien) und Umverteilung (Steuer-Transfer-System) grundsätzlich überwunden werden. Diese Trennung ermöglicht die Anwendung der gesellschaftlich erwünschten Kriterien für Transfers und für die Aufbringung der Steuermittel. Während in der „Aufbringung der Umverteilungsmittel durch Steuern“ impliziert ist, dass alle Steuerbürger mit allen Einkommen ohne Obergrenze zur Finanzierung herangezogen werden, ist die Frage des Transferanspruches weitgehend ungeklärt. Hier ist es erforderlich, sich klar zu machen, was

man unter „mangelnder ökonomischer Leistungsfähigkeit“ und damit unter einem Kriterium für Transferansprüche verstehen möchte. Einleuchtend ist, dass „mangelnde ökonomische Leistungsfähigkeit“ einerseits etwas zu tun hat mit niedrigem verfügbarem Gesamteinkommen, andererseits aber bei gleichem Einkommen auch mit der Zahl der Haushaltsmitglieder. Vergleicht man z. B. zwei Haushalte mit gleichem Nettogesamteinkommen, berücksichtigt aber, dass der eine Haushalt aus einem Single besteht und der andere die so genannte Standardfamilie darstellt (2 Erwachsene, 2 Kinder, eines unter und eines über 14 Jahre), dann wird deutlich, dass die „ökonomische Leistungsfähigkeit“ trotz des identischen Nettogesamteinkommens unterschiedlich ist. Nach dem Indikator des Äquivalenzeinkommens⁸ muss das Haushaltsgesamteinkommen durch die Zahl der Familienmitglieder, diese aber gewichtet mit dem Familienbedarf, dividiert werden. Abbildung 3 zeigt eine solche Gewichtung, in der davon ausgegangen wird, dass das Bedarfsgewicht eines zweiten Erwachsenen 50 % des ersten Erwachsenen beträgt, während Kinder mit einem Bedarfsgewicht von 50 % (über 14 Jahre) bzw. von 30 % (unter 14 Jahren) zu Buche schlagen.

Abb. 3

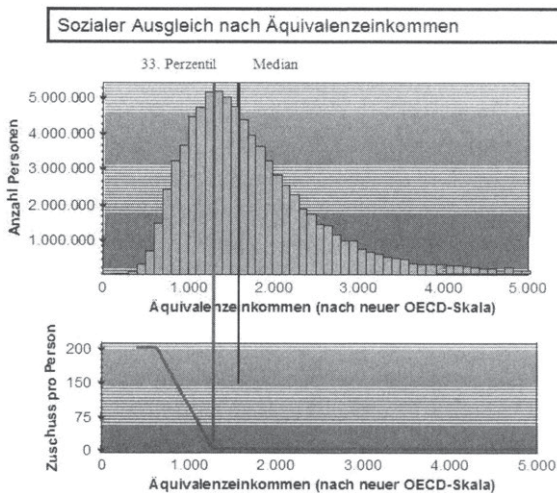


⁸ Zur Thematik des Äquivalenzeinkommens vgl. Faik, J. (1997) und Lohmann, H. (2001).

Unsere „Standardfamilie“ hätte damit bei einem Haushaltsgesamteinkommen von 5000 Euro ein Äquivalenzeinkommen von $(5000 : 2,3 = 2174 \text{ Euro})$, sie wäre in ihrer „ökonomischen Leistungsfähigkeit“ einem Single mit diesem Einkommen gleichgestellt.

Sollen Transferansprüche nach dem Äquivalenzeinkommen vergeben werden, dann muss explizit festgelegt werden, welcher Teil der „bedürftigsten Bevölkerung“ Ansprüche auf Transfers haben soll und wie hoch diese Ansprüche im Einzelfall sein sollen. So könnte man z. B. festlegen, dass dem „unteren Drittel der Bevölkerung“ Transferansprüche zu gewähren sind, dass diese linear bis zur Höhe der durchschnittlichen Pauschalprämie steigen sollen (200/400 Euro bei einem bzw. zwei Erwachsenen) und dass der maximale Transferanspruch dann erreicht werden soll, wenn das Äquivalenzeinkommen in der Nähe des Sozialhilfeniveaus liegt.⁹ Dann lässt sich berechnen, (a) wie viel Steuermittel erforderlich sind, um den Sozialausgleich durchzuführen, und (b) wie sich eine Umstellung des GKV-Systems auf Pauschalprämien – ergänzt um einen derartigen Sozialausgleich – für die einzelnen Versicherten auswirken würde. Abbildung 4 zeigt noch einmal das Schema des nach Äquivalenzeinkommen für das untere Drittel der Bevölkerung zu gewährenden Transferanspruchs.

Abb. 4



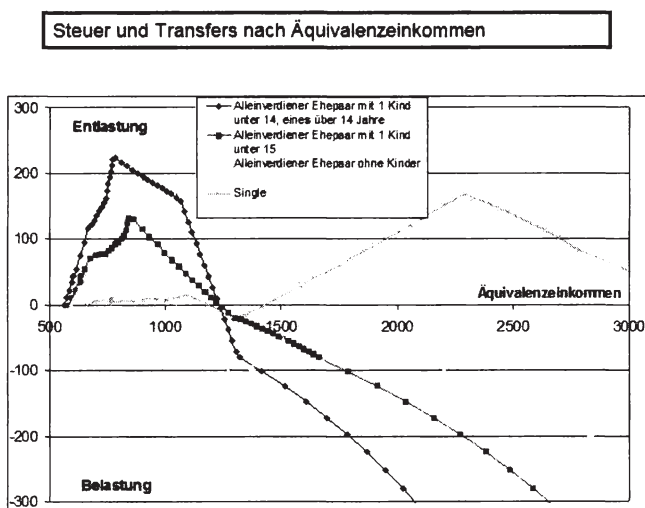
⁹ Vgl. Knappe, E./Arnold, R. (2002), S. 18 f.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die für diesen Sozialausgleich erforderlichen Finanzsummen und Abbildung 5 zeigt gegenüber dem Status quo, wer begünstigt bzw. benachteiligt wird.

Tab. 1 Erforderliches Transfervolumen

Modell	Transfervolumen 1998	Transfervolumen 2004
Alte OECD-Skala		
Kinder volle Prämie	22,3 bis 24,2	26,3 bis 28,6
Kinder geringere Prämie	20,7 bis 22,4	24,4 bis 26,4
Kinder keine Prämie	19,4 bis 21,1	22,9 bis 24,9
Neue OECD-Skala		
Kinder volle Prämie	20,0 bis 21,5	23,3 bis 25,4
Kinder geringere Prämie	19,2 bis 20,6	22,7 bis 24,3
Kinder keine Prämie	19,0 bis 20,4	22,4 bis 24,1

Abb. 5



Es zeigt sich, dass nach diesem Sozialausgleich bis zu einer Einkommensgrenze von ca. 1250 Euro Äquivalenzeinkommen (entsprechend für den Standardhaushalt einem Gesamtnettoeinkommen von 2875 Euro) alle begünstigt werden und dass darüber hinaus alle bis auf Single-Haushalte gegenüber dem Status quo zu Netto-Zählern werden. Eine Begünstigung von Single-Haushalten ergibt sich dadurch, dass bei hohem Einkommen der Maximalbeitrag der GKV (ca. 500 Euro monatlich) auf die Pauschalprämie von 200 Euro sinkt und diese Vergünstigung auch durch zunehmende Steuerbelastungen nicht wieder wettgemacht wird.

Obwohl in der politischen Diskussion die Begriffe „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ im Mittelpunkt stehen, wurde über die konkrete Ausgestaltung des Steuer-Transfer-Systems bisher wenig diskutiert. In Bezug auf Transferansprüche wurde zumeist von der Kappungsgrenze der Pauschalprämie (z. B. in Höhe von 12,5 % des Haushalts-Einkommens¹⁰) ausgegangen. Dagegen wurde über die Frage der Finanzierung des Sozialausgleichs intensiv gestritten. Insbesondere wurde bemängelt, dass eine Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs den Staatshaushalt zusätzlich belastet, Transferansprüche unsicher macht („Umverteilung nach Kassenlage“) und dass ein Sozialfonds mit Milliardenausstattung die Begehrlichkeit der Finanzpolitiker wecken würde. Da im Rahmen eines Pauschalprämienmodells der Arbeitgeberbeitrag keine Funktion mehr erfüllen kann, gingen bisher die meisten Vorschläge davon aus, den Arbeitgeberbeitrag auszuzahlen und ihn gegebenenfalls – um einen Teil der Finanzierung des Solidarausgleichs sicherzustellen – der normalen Einkommensteuer zu unterwerfen (zusätzliches Steueraufkommen ca. 16 bis 17 Mrd.¹¹). Besonders heftiger Widerstand gegen eine Finanzierung des Transfersystems über Steuern kam von der CSU, die vor allem auf einer Finanzierung des Sozialausgleichs „im System“ beharrte. Bereits bei der Freistellung der Kinder von der Pauschalprämie wurde darüber diskutiert, die Kinderausgaben den Krankenkassen nicht über Steuern (CDU-Vorschlag¹²), sondern über einen Aufschlag auf die Erwachsenenprämie zu erstatten. Wenn die Finanzmittel für den Sozialausgleich aber nicht über Steuern (bzw. über einen Solidarzuschlag) aufgebracht werden sollen, dann liegt der Gedanke nahe, diesen ebenfalls über einen weiteren Aufschlag auf die Pauschalprämie zu finanzieren. Hierdurch bliebe der Transferteil des Sozialausgleichs weiterhin außerhalb des Systems, während die Finanzierung des Sozialausgleichs in das Krankenversicherungssystem zurückverlagert würde. Da durch die-

¹⁰ Vgl. Rürup, B./Wille, E. (2004), S. 15.

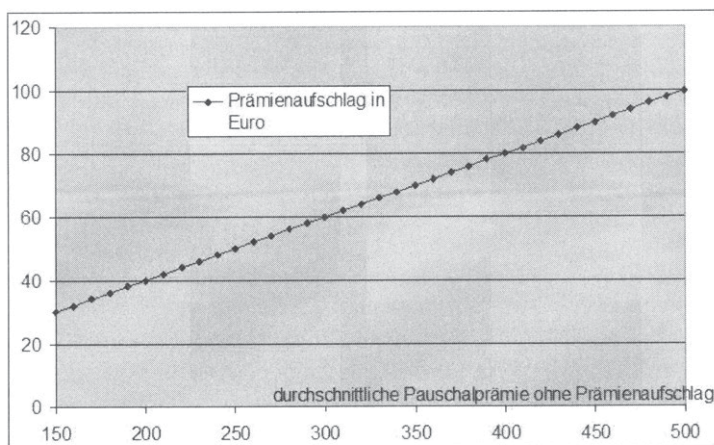
¹¹ Vgl. Bofinger, P./Franz, W./Rürup, B./Weder di Mauro, B./Wiegard, W. (2004), S. 538, Ziffer 521.

¹² Vgl. Christlich Demokratische Union (2003).

sen Aufschlag die Pauschalprämie steigt, nimmt auch der Transferanspruch zu; auch die Mittel, die für den Sozialausgleich insgesamt erforderlich sind, steigen dadurch an. Um die erforderlichen Mittel für einen Transferanspruch des unteren Drittels der Bevölkerung in Bezug auf Äquivalenzeinkommen sicherzustellen, würde bei einer Pauschalprämie von 150 Euro pro Monat (Modell: Pauschalprämie für alle einschließlich der Kinder) ein Aufschlag auf die Prämie von 30 Euro reichen; die Gesamtprämie einschließlich Finanzierungsaufschlag für den Sozialausgleich belief sich daher auf $150+30= 180$ Euro. Bei einer Pauschalprämie von 200 Euro (Modell: Kinder frei, Finanzierung der Kinderkosten über einen Erwachsenen aufschlag) ergäbe sich ein Sozialaufschlag von nochmals 40 Euro, wodurch man zu einer Gesamtprämie von 240 Euro käme. Die Größenordnung der durchschnittlichen Gesamtprämie, die zustande käme, wenn die Finanzierung des Sozialausgleichs über einen Aufschlag auf die Pauschalprämie sichergestellt werden sollte, lässt sich in Abbildung 6 ablesen.

Abb. 6

Finanzierung des Sozialausgleichs „im System“ durch einen Aufschlag auf die Pauschalprämie



Ein solches System hätte den Vorteil, den Sozialausgleich vom Staatshaushalt unabhängig zu machen, hätte andererseits den Nachteil, dass zwar der Sozialausgleich für untere Einkommensbezieher „gerecht“ gestaltet werden könnte, die Mittelaufbringung in den oberen Einkommensklassen aber quasi im Wege einer „Kopfsteuer“ aufgebracht würden.

Trotz der Vielfältigkeit der im einzelnen diskutierten Modelle¹³ ergibt sich aus der Grundidee, die Finanzierung der GKV über Pauschalprämien sicherzustellen und den Sozialausgleich nach Einkommen und Familienstand über Direkttransfers an Leistungsschwache zu sichern, eine Reihe von Vorteilen. So wird erstens von der Einkommenseite die demographische Abhängigkeit der GKV reduziert, weil der Eintritt in die Rente (Durchschnittsalter in Deutschland ca. 60 Jahre) nicht mehr mit einem Einnahmeverlust für die Krankenkassen einhergeht. Durch die Abkopplung vom Lohn und die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages wird die GKV-Finanzierung insgesamt vom Arbeitsmarkt abgekoppelt. Da auf diese Weise ein Preis-Leistungs-Wettbewerb der Krankenversicherer möglich wird, kann die Pauschalprämie als Basis für eine umfassende Wettbewerbsordnung im Gesundheitssektor genutzt werden. Durch ein stimmiges Transfersystem und eine Finanzierung über Steuern, gegebenenfalls auch durch einen Aufschlag auf die Pauschalprämie, können die heute bestehenden zahlreichen Widersprüche der lohnbezogenen Umverteilung (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) sowie zwischen denjenigen ober- und unterhalb der Versicherungspflichtgrenze beseitigt werden. Auf diese Weise bleiben die gesundheitsbezogenen Solidarprinzipien (Umverteilung zwischen Kranken und Gesunden sowie zwischen hohen und geringen Gesundheitsrisiken) in der GKV erhalten und nur die gesamtgesellschaftlichen Umverteilungsansprüche, die ohnehin innerhalb des gesamtgesellschaftlichen Rahmens besser realisiert werden können, werden ausgegliedert. Dadurch wird gleichzeitig ein Übergang zu einem europäischen Gesundheitswesen begünstigt, da alle zu kostendeckenden Prämien Krankenversicherungsschutz kaufen bzw. verkaufen können und durch eine Preisfinanzierung (Pauschalprämie) der GKV ein (sukzessiver) Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren erleichtert, zumindest aber nicht erschwert wird.

Will man tatsächlich einen nennenswerten Beitrag zur Sicherung der GKV gegen die Herausforderung des demographischen Wandels erreichen, wird man nicht bei Maßnahmen auf der Einnahmenseite stehen bleiben können, sondern wird auch Maßnahmen auf der Ausgabenseite

¹³ Vgl. z. B. Bofinger, P./Franz, W./Rürup, B./Weder di Mauro, B./Wiegard, W. (2004), S. 512 ff., Ziffer 510 ff., Knappe, E./Arnold, R. (2002) Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), S. 161 ff. und Rürup, B./Wagner, G. (2003).

in Angriff nehmen müssen. Eine dieser Maßnahmen besteht bereits in einem umfassenden Wettbewerbssystem, da ein Wettbewerbssystem für den medizinischen Fortschritt, der heute überwiegend auf Produktinnovationen (neue Behandlungsmethoden und Medikamente) konzentriert ist, starke Anreize zu Kosten senkenden Innovationen ausübt. Der allgemeine Effizienzdruck im Wettbewerb leistet daher einen Beitrag, den zukünftigen Ausgabenanstieg infolge des demographischen Wandels zu bremsen. Dennoch führen die überproportional hohen Ausgaben für Ältere und die hohen Wachstumsraten der Ausgaben für Ältere zu einer zunehmenden Belastung nachwachsender Generationen. Um auch hierfür von der Einnahmenseite her einen Beitrag leisten zu können, gibt es im Prinzip mehrere Alternativen. Eine Möglichkeit wäre, dass die Pauschalprämien, die u.a. auch den zukünftigen Risikoanstieg mit dem Alter einer Person abdecken, diesen Teil der „Altersvorsorge“, der die Jüngeren belastet, ausklammern. In diesem Falle käme man zu altersbezogenen Pauschalprämien, die je nach Altersklasse unterschiedlich hoch wären. Es könnte dann den Versicherungsmitgliedern freigestellt werden, ob sie in jungen Jahren einen Vertrag mit Altersrückstellung abschließen möchten oder ob sie durch privates Sparen oder zusätzliche Rentenverträge außerhalb der GKV diesen Altersprämienanstieg abdecken wollen. Eine zweite Alternative bestünde darin, in einem langfristigen Übergangsprozess in kleinen Schritten in das Kapitaldeckungsverfahren hinüber zu wechseln, indem der Kapitaldeckungsanteil des Versicherungsvertrages pro Jahr für alle Versicherten in kleinen Schritten zunimmt und/oder in dem der Kreis derjenigen, die für ihre eigene Zukunft durch eigene Altersrückstellung vorsorgen müssen, schrittweise ausgeweitet wird.¹⁴ Alle diese Übergänge sind für den Einzelnen (außer in sehr jungen Jahren) mit einer zusätzlichen Prämienbelastung verbunden. Sie erfordern je nach Schnelligkeit und Umfang des Überganges für leistungsschwache Gesellschaftsmitglieder einen entsprechend hohen Sozialausgleich. Eine dritte Möglichkeit bestünde darin, zumindest für den Teil der GKV-Versicherten, für den der Übergang zu Pauschalprämien mit einer deutlichen Prämienreduzierung verbunden ist (z.B. Singles in hohen Einkommensklassen, für die der GKV-Maximalbeitrag von ca. 500 Euro je nach Modell auf 200 oder gar 150 Euro sinkt), einen Teil dieser Prämienreduzierung in eine Pflicht zur Eigenvorsorge durch eigene Altersrückstellung umzuwandeln. Bis zu einem bestimmten Alter wäre diese Pflicht zur Eigenvorsorge durch Kapitaldeckung zumutbar. Gleichzeitig sollte dieser Teil der Begünstigten aufgrund ihres hohen Äquivalenzeinkommens ohnehin eher zu den Nettozahlern gehören. Damit würde auch einer Kritik am Pauschalprämienmodell, „es entlaste im Wesentlichen die Reichen“

¹⁴ Überlegungen hierzu wurden von der Allianz PKV unter dem Begriff der Generationenversicherung angestellt (vgl. Hagibt, C./Raffelhüschen, B. (2003).

vorgebeugt, da gerade diese Begünstigten in eigene Kapitalrückstellung investieren müssten. Für das verbleibende Umlageverfahren ergäbe sich zudem eine „demographische“ Entlastung, wenn die zur Eigenvorsorge durch Kapitaldeckung Verpflichteten auf Grund ihres Alters nur noch wenig zur Altersumlage beitragen oder bereits Begünstigte dieser Altersumlage wären.

Auf diese Weise kann zwar die Trennung des Gesundheitswesens in ein partielles Umlageverfahren (GKV) und ein partielles Kapitaldeckungsverfahren (PKV) nicht überwunden werden, immerhin würde der Bereich der Kapitaldeckung ausgeweitet¹⁵, damit die Belastung nachwachsender Generationen verringert und der Staatshaushalt durch diesen Schritt in Richtung mehr Kapitaldeckung nicht weiter belastet.

¹⁵ Zum Übergang vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren vgl. z. B. Bofinger, P./Franz, W./Rürup, B., Weder di Mauro, B./Wiegard, W. (2004), S. 532 ff., Ziffer 514 ff., Donges, J.B./Eekhoff, J./Franz, W./Möschel, W./Neumann, M.J.M./Sievert, O. (2002), Felder, S. (2003) und Henke, K.-D. (2002).

Literatur:

Arnold, R.: Optionen der Finanzierung von Gesundheitsleistungen: Pauschalprämie für mehr Gerechtigkeit, in: Österreichische Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (Hrsg.): Gesundheitsoeconomica, Wien 2002, S. 207-221

Bofinger, P./Franz, W./ Rürup, B., Weder di Mauro, B./Wiegard, W. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden 2004, http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/04_ges.pdf (abgerufen am 30.11.2004)

Cassel, D.: Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinationsproblemen, Bad Orber Gespräche 2002, Frankfurt a. M. 2003, S. 209-234

Christlich Demokratische Union: Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern.“, Leipzig 2003, <http://www.cdu.de/pt-leipzig-03/download/120103-beschluss-pt-dfa.pdf> (abgerufen am 6.8.2004)

Donges, J. B./Eekhoff, J./Franz, W./Möschel, W./Neumann, M. J. M./Sievert, O. (Kronberger Kreis): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin 2002

Faik, J.: Institutionelle Äquivalenzskalen als Basis von Verteilungsanalysen – Eine Modifizierung der Sozialhilfeskala, in: Becker, I./Hauser, R.: Einkommensverteilung und Armut, Frankfurt a. M. 1997, S. 13-42

Felder, S.: Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich, Working Paper No. 6/2003 der Faculty of Economics and Management Magdeburg, Magdeburg 2003

Gerken, L./Raddatz, G.: „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“. Im Dickicht der Gesundheitsreform, Argumente zu Marktwirtschaft und Politik, Stiftung Marktwirtschaft, Nr. 79, Berlin 2003

Hagist, C./Raffelhüschen, B.: Generationen- vs. Bürgerversicherung: Welches Modell steht für mehr Nachhaltigkeit in der GKV?, Kurzexpertise im Auftrag der Allianz private Krankenversicherungs-AG, Freiburg 2003, http://www.allianzgroup.com/Az_Cnt/az/any/cma/contents/

222000/ sa Obj_222486_Gutachten_Raffelh_schen.pdf (abgerufen am 5.1.2005)

Henke, K.-D.: Szenarien für den Übergang, in: Henke, K.-D./Johannßen, W./ Neubauer, G./Rumm, U./Wasem, J. (Hrsg.): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München 2002, S. 20-21

Hof, B.: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln 2001

Jacobs, K.: Bürgerversicherung oder Kopfprämie? Neues Denken statt alter Dogmen, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9, 2003, S. 42-48

Knappe, E.: Ökonomische Betrachtung, in: Klusen, N. (Hrsg.): Zuwahlleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden 2003, S. 7-56

Knappe, E./Arnold, R.: Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, München 2002

Knappe, E./Rubart, T.: Auswirkungen des demographischen Wandels. Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich, in: Schmähl, W./Ulrich, V. (Hrsg.): Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderung, Tübingen 2001, S. 95-120

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf> (abgerufen am 17.6.2004)

Lohmann, H.: Äquivalenzskalen und haushaltsspezifisches Armutsrisiko – Bedarfsbemessung auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993, in: Wirtschaft und Statistik, Heft 6, 2001, S. 483-493

Rürup, B./Wagner, G.: Gesundheitsprämien mit sozialem Ausgleich als Alternative zu Leistungsausschlüssen, Paper für die „Rürup-Kommission“, AG-KV-3-03, 2003

Rürup, B./Wille, E.: Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten, 2004, http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/gutachen_ruerup_wille.pdf (abgerufen am 4.1.2005)

Ulrich, V.: Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Bayreuth, Nr. 09-03, Bayreuth 2003

Wille, E.: GKV: Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung, HWWA: Wirtschaftsdienst, Heft 5, 2000, S. 266-269

Die Reformkonzepte aus Sicht der privaten Krankenversicherungen

Volker Leienbach

In diesem Vortrag möchte ich aus Sicht der privaten Krankenversicherung (PKV) vor allem drei Dinge ansprechen. Zunächst ist eine Bewertung der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie aus der Perspektive der PKV unumgänglich. Dies wird mein Hauptanliegen sein. Zweitens möchte ich darüber nachdenken, was alternativ zur Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie als Reformweg möglich und zielführend wäre. Und drittens möchte ich darüber sprechen, welchen Beitrag die PKV leisten kann und will, das bestehende Gesundheitssystem kontinuierlich, aber auch mutig weiterzuentwickeln.

Zum ersten Punkt: Ich habe in den letzten Monaten zwei Beobachtungen gemacht. Wir entfernen uns – das ist die erste Beobachtung – von der scheinbar existierenden Alternativendiktatur mit der Bürgerversicherung auf der einen und der Pauschalprämie auf der anderen Seite. Es wird immer deutlicher, dass wir nicht nur zwei, sondern sehr viele Möglichkeiten haben, unser Gesundheitswesen zu reformieren. Wir haben gestern und heute schon einige genannt. Die zweite Beobachtung ist, dass sich die Diskussion um Pauschalprämien und Bürgerversicherung verselbständigt hat. Immer weniger reden wir über Ziele. Immer mehr reden wir über Instrumente. Doch was soll eigentlich erreicht werden?

Ich habe auf dieser Veranstaltung wohlwollend registriert, dass sehr wohl hier auch über Ziele gesprochen worden ist. Ich finde das gut, denn nur so lassen sich die Instrumente „Bürgerversicherung“ und „Pauschalprämie“ – und es sind nun mal nur Instrumente – richtig bewerten.

Heute Morgen hat Herr Prof. Lauterbach vier Ziele genannt. Zunächst einmal spricht er von der Absenkung der Lohnzusatzkosten, um unsere Wettbewerbsfähigkeit international aber auch national – wir haben das Problem der Schwarzarbeit zu lösen – zu verbessern. Dieses Ziel wird von der Bürgerversicherung völlig verfehlt. Ich habe an anderer Stelle schon einmal angemerkt, dass über die Verbeitragung von Kapitaleinkünften maximal 10 % des notwendigen Beitragsaufkommens zu erzielen sind. Danach wären rund 90 % aller Aufwendungen immer noch lohnabhängig aufzubringen. Darüber hinaus hat Herr Prof. Lauterbach gesagt, er sähe nicht ein, warum es in Deutschland eine Zweiteilung des Marktes zwischen GKV und PKV gäbe. Man kann sich auf diese Diskussion einlassen, aber nicht mit der Argumentationslinie von Herrn Prof.

Lauterbach. Er argumentiert, dass es keinen Wirtschaftsbereich in Deutschland gäbe, in dem bestimmte Personengruppen von bestimmten Produkten ausgeschlossen werden. Umgekehrt lässt sich dann aber auch formulieren, dass es keinen Wirtschaftsbereich in Deutschland gibt, in dem alle Personengruppen zu einem bestimmten Produkt gezwungen werden. Drittens glaubt Herr Prof. Lauterbach, dass die Bürgerversicherung den Wettbewerb verbessert. Mir allerdings fällt kein wirklich einleuchtendes und stichhaltiges Argument ein, wie das eigentlich erreicht werden soll. Wenn dann erläutert wird, das ginge durch Weiterentwicklung und durch kreative Ideen im Szenario der Bürgerversicherung, dann kann man dem entgegenhalten, dass das selbstverständlich auch im heutigen Modell möglich ist. Genau das haben wir in den letzten 50 Jahren bewiesen. Ähnliches gilt für das vierte Ziel, den Wirtschaftlichkeitsreserven, die sich auch im Szenario einer Weiterentwicklung des bestehenden Systems heben lassen.

Das sind die von Herrn Prof. Lauterbach genannten Ziele. Man kann allerdings auch andere Ziele definieren, die gesamtwirtschaftlich mehr tragen und auch auf eine größere gesellschaftliche Akzeptanz treffen. Zum einen ist das eine bessere Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen. Der Beitrag der Bürgerversicherung zur Erfüllung dieses Ziels liegt bei null. Ein weiteres Ziel könnte die Verteilungsgerechtigkeit sein. Wenn ich mir aber dann das Modell der Bürgerversicherung anschau, dann stelle ich fest, dass unterschiedliche Einkommen nach wie vor unterschiedlich behandelt werden. So sollen Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mit dem Argument, dass der Gesamtsaldo aus diesen Einkünften negativ sei, nicht verbeitragt werden. Das ist sehr pragmatisch. Das stimmt wahrscheinlich in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung, aber es stimmt nicht in der individuellen Betrachtung. Haushalte mit sehr hohen Einkünften aus Vermietung und Verpachtung wären von Versicherungsbeiträgen weniger betroffen. Und jemand, der sein Geld nicht in Immobilien angelegt, sondern auf der Bank ruhen hat, der müsste zahlen. Gerecht und solidarisch? Wohl kaum.

Wir sollten auch über die Praktikabilität, über das Ziel einer schlanken Bürokratie sprechen. Ich mag mir gar nicht vorstellen, wie die Bürokratisierung voranschreitet, wenn entweder die GKV zum zweiten Finanzamt mutiert oder die Finanzierung der Gesundheitskosten in das Finanzamt zu integrieren sein wird. Vielleicht eine Kritik – aber dazu später –, die auch gegen das Modell der Pauschalprämie sprechen würde.

Heute ist über das Ziel der Nachhaltigkeit und Demographiesicherheit viel diskutiert worden. Der Beitrag der Bürgerversicherung zur Lösung dieser Problematik liegt bei null. Die Bürgerversicherung verschärft das

demographische Kosten- und Ausgabenproblem, weil ein bestehendes System, das mit Altersrückstellungen kalkuliert, beseitigt wird. Und das, obwohl schon heute das Defizit in der Krankenversicherung der Rentner 36 Mrd. Euro jährlich beträgt.

Lassen Sie mich noch einige weitere Bemerkungen zur Bürgerversicherung machen. Mit der Bürgerversicherung wird der Wettbewerb deutlich eingeschränkt. Der Wettbewerb zwischen PKV und GKV geht verloren. Wir haben heute sicherlich keinen umfassenden Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Aber man kann nicht nur dann von Wettbewerb und Impulsen aus der Wettbewerbslandschaft sprechen, wenn 100 % der Bevölkerung die Möglichkeit geboten wird, sich zwischen zwei Wettbewerbssystemen zu entscheiden. Heute haben ungefähr 30 % der Menschen die Wahlmöglichkeit zwischen PKV und GKV. Ein Anteil, der unter dem Aspekt des Systemwettbewerbs belegt, dass wir in der GKV nach wie vor einen umfassenden Leistungskatalog haben. Wenn es die PKV als Alternative für die Versicherten nicht gäbe, hätten wir heute schon einen deutlich schlankeren Leistungskatalog in der GKV.

Eine Bürgerversicherung soll zu Beitragssenkungen führen. Was Herr Prof. Lauterbach aber heute nicht erwähnt hat, ist eine sehr interessante Studie von der Hans Böckler Stiftung. Das Internationale Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES) hat für die Hans Böckler Stiftung errechnet, dass das Beitragssatzsenkungspotenzial der Bürgerversicherung in den nächsten zehn Jahren bei 0,2 Prozentpunkten liegt. Wir erleben im Augenblick, was in einem Zeitraum von sechs Monaten aus einem Beitragssatzsenkungspotential von 0,7 Prozentpunkten wird, und ich wage zu prognostizieren, was aus dem Beitragssatzsenkungspotenzial von 0,2 Prozentpunkten in zehn Jahren wird, nämlich wahrscheinlich nichts.

Zum Thema Zwei-Klassen-Medizin sei Folgendes gesagt. Ein Ausflug ins Ausland kann in diesem Zusammenhang gelegentlich sehr aufschlussreich sein. Überall dort, wo Einheitssysteme vorherrschen, wo also unter einem einheitlichen Versicherungssystem oder staatlich einheitlich versorgt wird, bilden sich sehr schnell Strukturen heraus, in denen exklusiv privat behandelt wird. Ich sehe auch keinen Rechtsrahmen, der das verhindern könnte. Ich sehe auch keinen Rechtsrahmen, der Zusatzversicherungen verhindern könnte, jedenfalls nicht in einer Gesellschaft mit der heute gültigen, freiheitlichen Verfassung.

Nun drücken sich die Befürworter der Bürgerversicherung inzwischen verbal korrekt aus. Weil eben aus verfassungsrechtlichen Gründen die heute privat versicherten Personen nicht in eine Bürgerversicherung in-

tegiert werden können, soll es der PKV erlaubt sein, sich selbst an der Bürgerversicherung zu beteiligen. Allerdings unter dem Bedingungsmerk der GKV. Das allerdings ergibt keinen Sinn. Aus 270 gesetzlichen Kassen würden plötzlich 320. Aus den heute 50 Unternehmen der privaten Krankenversicherung würden dann gesetzliche Krankenkassen. Wenn die PKV dann auch noch in den RSA einbezogen wird und wenn wir zur Kenntnis nehmen, dass einzelne PKV-Unternehmen, keineswegs alle, Gewinnerzielungsabsichten haben, dann würde dieser Einbezug letztlich dazu führen, dass über RSA-Mittel oder über Steuertransfers die Gewinne von gewinnorientierten Kapitalgesellschaften subventioniert werden. Diese Perspektive ist nicht sehr wahrscheinlich, da gibt es noch vieles zu durchdenken. Insofern sind die SPD und Bündnis 90/Die Grünen gut beraten, die nächsten zwei Jahre ohne Entscheidungszwang zur gesundheitspolitischen Diskussion zu nutzen.

Betrachten wir nun die Pauschalprämie. Begibt man sich auf eine wissenschaftlich-theoretische Beurteilungsebene, kann die Gesundheitsprämie durchaus überzeugend sein. Hätten wir eine „grüne Wiese“, auf der wir neu anfangen könnten, gäbe es die Befürworter für Pauschalprämien nicht nur in der Breite der Wissenschaft, sondern auch bei den Akteuren selbst. Allerdings gibt es diese „grüne Wiese“ nicht. Vielmehr müssen wir feststellen, dass wichtige Ziele – ich habe sie eben genannt – auch von der Pauschalprämie nicht erfüllt werden können. Manches macht sie sehr viel besser als die Bürgerversicherung. Die Abkopplung von den Lohnkosten gelingt. Der zentrale Einwand gegen die Pauschalprämie ist aber die staatliche Finanzierungsbeteiligung in der Größenordnung von 40 Mrd. Euro jährlich. Um den Sozialausgleich zu organisieren, muss dieses Geld vom Steuerzahler kommen. Erfahrungen mit der Rentenversicherung, in die der Steuerzahler einen relevanten Beitrag zahlt, zeigen, dass Eingriffe in den Leistungskatalog – um im Beispiel zu bleiben: die Kürzungen des Rentenniveaus – erfolgen. Ich glaube, dass diese Eingriffe, diese Leistungskürzungen nicht möglich gewesen wären, wenn es neben der gesetzlichen Rentenversicherung eine substitutive private Rentenversicherung gegeben hätte, in die die Leute gegebene falls hätten ausweichen können. Wohl aber sind diese Kürzungen in Systemen möglich, an denen der Staat direkt beteiligt ist. Genau dieser Punkt stellt eine massive Kritik an dem Pauschalprämiensystem dar. Eine Kritik, die auch nicht auszuräumen ist.

Welches sind – dies ist der zweite Teil meiner Ausführungen – die Alternativen zur Bürgerversicherung und Pauschalprämie? Ich weiß, man macht sich nicht beliebt, wenn man sagt, die Alternative ist die mutige Weiterentwicklung des Status quo. Das klingt immer rückwärtsgewandt, es klingt beharrend und nach Interessenvertretung. Aber es ist auch ein

realistisches Szenario. Denn wir befinden uns, wie eben erwähnt, nicht auf der „grünen Wiese“. Die Stellschrauben, die Herr Prof. Lauterbach im Rahmen des Bürgerversicherungsszenarios genannt hat, stehen natürlich auch schon heute im Status quo zur Verfügung. Ich kenne nicht eine einzige Stellschraube, die das Szenario Bürgerversicherung zusätzlich bietet. Wir haben viele Möglichkeiten, unser System weiterzuentwickeln. Es ist nicht die originäre Aufgabe der PKV, Vorschläge zur Reform der GKV zu machen, aber es gäbe Möglichkeiten. So wären die beitragsfreie Familienmitversicherung heutiger Ausprägung, der Leistungskatalog, die Höhe der Selbstbeteiligung oder auch der Einbezug weiterer Einkünfte zu diskutieren. Aufseiten der Leistungserbringer wäre mehr Wettbewerb gefordert. Beispielsweise sollte über das Mehrbesitzverbot bei Apotheken oder über eine fortschreitende Privatisierung von Krankenhaushauslandschaften nachgedacht werden. Aber all das soll heute und jetzt nicht meine Aufgabe sein. Ich möchte vielmehr im dritten Teil meiner Ausführungen skizzieren, wie die PKV sich in dem von mir favorisierten Szenario „Weiterentwicklung der gegenwärtigen Systemstruktur“ positioniert hat.

Im Sommer 2004 hat die private Krankenversicherung (PKV) ein Konzept vorgestellt, das von einer Weiterentwicklung der gegenwärtigen Systemstrukturen ausgeht. Das bedeutet, dass sich die PKV im Augenblick nur an die freiwillig Versicherte wenden kann. In diesem Konzept greifen wir zwei zentrale Vorwürfe auf, mit denen die PKV immer wieder konfrontiert wird. Erstens, weil die Portabilität der Altersrückstellungen nicht gewährleistet sei, wird es für privat Versicherte mit zunehmender Versicherungszeit immer schwieriger, von einer Versicherungsgesellschaft in eine andere zu wechseln. Zweitens, es gäbe Solidaritätsdefizite zwischen GKV und PKV, die durch die augenblicklichen Ausgleichsmechanismen, die ja unterschiedlich bewertet werden, nicht ausgeglichen werden.

Um diesen beiden Vorwürfen zu begegnen, soll – als zentrales Element unseres Lösungsansatzes – von allen Unternehmen neben ihrer jetzigen Produktpalette der so genannte Basisstarif angeboten werden. Der Basisstarif entspricht in etwa dem Leistungsniveau innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Basisstarif wird allen freiwillig Versicherten angeboten. Es gibt keine Risikozuschläge, unabhängig vom individuellen Gesundheitszustand. Es gibt Kontrahierungszwang bei den Unternehmen. Eine ganze Reihe von Forderungen, die in der Politik erhoben werden, sind damit erfüllt worden. Weil die Risiken sich unterschiedlich auf die Versicherungsunternehmen verteilen, werden wir innerhalb der PKV einen Poolausgleich organisieren müssen. Das sind für die PKV sehr große Schritte, hinter denen die gesamte Branche der privaten Kranken-

versicherung steht. Die gesamte Branche hat damit aber auch das Argument ausgeräumt, dass wir aus dem Kreis der freiwillig Versicherten nur die guten Risiken auswählten und die schlechten Risiken in der GKV beließen. Die PKV bietet nach ihrem Weiterentwicklungskonzept allen Risiken einen Versicherungsschutz, und zwar ohne Risikozuschläge und mit Kontrahierungszwang. Wir sind in der Lage, das ab 2006 – sofern der Gesetzgeber es ermöglicht – umzusetzen.

Die PKV möchte aber auch dem zweiten Vorwurf begegnen. Auf Basis des erwähnten Basistarifs ist auch ein Wechsel von Unternehmen A zu Unternehmen B möglich. Um konkret zu werden: Wenn sie mit 30 als gutes Risiko im Unternehmen A versichert sind, mit 50 als relativ schlechtes Risiko aber in das Unternehmen B wechseln wollen, dann ist das nach unseren Vorstellungen im Rahmen des Basistarifs problemlos möglich, weil sie im neuen Unternehmen so eingestuft werden, als wären sie bereits mit 30 als gutes Risiko in das Unternehmen B eingetreten. Um es zusammenzufassen: Ein Unternehmenswechsel ist mit diesem Vorschlag im Rahmen des Basistarifes zu einem GKV-äquivalenten Niveau möglich. Für den über den Basistarif hinausgehenden Versicherungsschutz gelten die bisherigen Bedingungen. Was nicht weiter problematisch ist, denn auch in der GKV kann nur auf GKV-Niveau gewechselt werden. Darüber hinaus haben die Politik und die GKV – wie die flächendeckenden Kooperationen zwischen Ihr und PKV zeigen – akzeptiert, dass im Bereich der Zusatzversicherung ein Versicherungswechsel eben nicht nachteilsfrei möglich ist.

Ich weiß, dass dieser PKV-Vorschlag alleine keine Alternative zur Bürgerversicherung und Pauschalprämie ist. Aber eine Alternative ist die Weiterentwicklung unseres jetzigen Systems. Dazu ist dieser PKV-Vorschlag ein Baustein. Weitere Bausteine wären von den GKVen und den Leistungserbringern zu liefern. Ich weiß, dass dort die Sympathie für die Weiterentwicklung des Status quo wächst. Ähnliches gilt für die GKV. Zwar unterscheiden sich die Perspektiven und Vorstellungen von GKV und PKV, aber auch in der GKV werden mehr und mehr die möglichen Weiterentwicklungen im bestehendem System favorisiert.

Mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen – die Reformkonzepte aus Sicht der privaten Krankenversicherungen

Günter Dibbern

1. Einleitung

Generationenkrieg, Generationengerechtigkeit, Methusalem-Komplott, demographische Falle, vergreiste Republik – die Zahl der Schlagwörter, die sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit dem demographischen Wandel befassen, ist lang. Noch umfangreicher ist die Liste der Publikationen, die sich mit den Folgen der alternden Gesellschaft beschäftigen. Die Autoren thematisieren auch die Auswirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme. Für die Rentenversicherung ist der Zusammenhang evident: Wenn eine sinkende Zahl an Erwerbsfähigen einer steigenden Zahl an Rentnern die Renten finanzieren muss, steigen die Beiträge oder sinken die Renten. In der Krankenversicherung scheint der demographische Einfluss weniger eindeutig, denn alle Mitglieder der GKV zahlen Beiträge und nehmen Leistungen in Anspruch. Dies spiegelt sich auch in den aktuellen Vorschlägen der Volksparteien wider, in denen die demographische Vorsorge keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Aber ist deren Entscheidung für eine umlagefinanzierte Krankenversicherung richtig? Mit dieser Frage beschäftigt sich dieser Beitrag. Er zeigt zunächst auf, dass die Alterung der Gesellschaft zu steigenden Gesundheitsausgaben führt, die ein umlagefinanziertes Krankenversicherungssystem überfordern werden. Danach ist zu klären, inwieweit kapitalgedeckte Systeme von der demographischen Entwicklung betroffen sind. Aufgrund der überforderten umlagefinanzierten Systeme und der Vorteilhaftigkeit der Kapitaldeckung werden Möglichkeiten vorgestellt, wie der Umfang der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung – über die bereits mit Alterungsrückstellungen kalkulierende private Krankenversicherung hinaus – gesteigert werden kann.

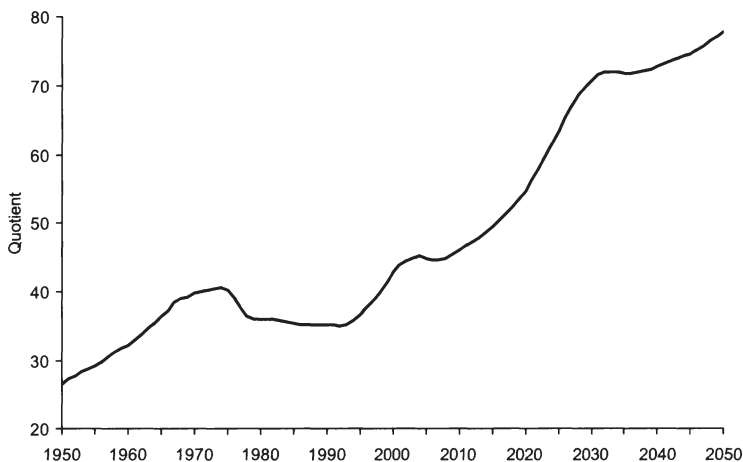
2. Demographischer Wandel und Konsequenzen für die Krankenversicherung

Die Bevölkerung in Deutschland altert – und sie schrumpft. Ohne Zuwanderung würde 2050 ein Drittel weniger Menschen in Deutschland leben. Dieser Rückgang der Bevölkerung wird durch Zuwanderung verlangsamt, aber nicht aufgehalten. Gleichzeitig wird der Anteil Älterer zunehmen. Während 2003 rund 20 von 100 Personen 60 Jahre und älter waren, steigt dieser Anteil 2030 auf 34 und 2050 auf 37 Personen an. Es

wird auch mehr Hochbetagte geben: 2003 waren 4 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. Bis 2030 wird sich dieser Anteil auf 7 % und bis 2050 sogar auf 12 % erhöhen.

Ein Indikator für die Tragfähigkeit von umlagefinanzierten sozialen Sicherungssystemen ist der Alterslastkoeffizient. Damit wird das Verhältnis von Personen ab 60 Jahren, die von den sozialen Sicherungssystemen abhängig sind, zu den Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 59 Jahren aufgezeigt. Im Jahr 2003 betrug der Alterslastkoeffizient 43. Bis zum Jahr 2030 steigt der Alterslastkoeffizient kontinuierlich auf 71 an und erhöht sich bis 2050 auf 78 (Abbildung 1). Selbst wenn zukünftig von einem höheren Renteneintrittsalter ausgegangen und deswegen der Anteil der ab 65-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen betrachtet wird, sieht die Lage kaum weniger dramatisch aus. Der Koeffizient nimmt von 29 (2003) auf 47 (2030) bzw. 55 (2050) zu.

Abb. 1: Entwicklung des Alterslastkoeffizienten 1950 – 2050: 60-Jährige und Ältere als Anteil von 100 Personen im Alter von 20 bis 59 Jahren¹

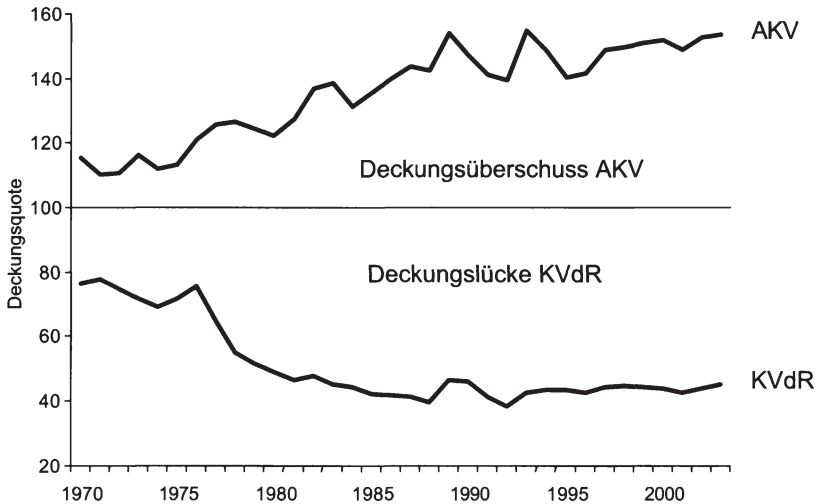


Quelle: Statistisches Bundesamt (2003, 2004).

¹ Bis 2003 Ist-Werte, ab 2004 Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorusberechnung, Variante 5.

Der demographische Wandel wirkt in der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in zweierlei Hinsicht: Er reduziert die Einnahmen, da Rentner durchschnittlich geringere Beiträge zahlen (demographischer Einnahmeneffekt der GKV), und er erhöht wegen der höheren Inanspruchnahme die Ausgaben (demographischer Ausgabeneffekt der GKV). Die dadurch in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) entstehenden Lücken müssen die in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) versicherten Erwerbsfähigen finanzieren.

Abb. 2: Entwicklung der Deckungsquote 1970 – 2003
Anteil der Beitragseinnahmen an den Leistungsausgaben von AKV und KVdR



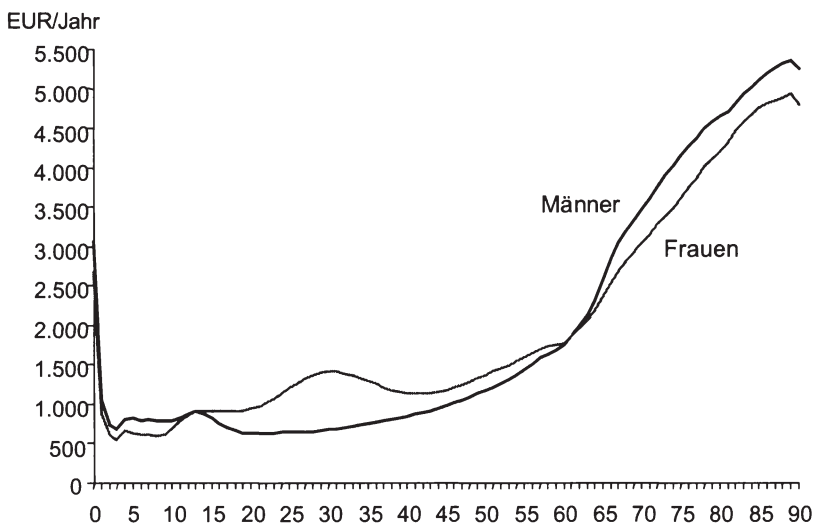
Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, verschiedene Jahrgänge, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, 2004a.

Bereits heute hat die KVdR ein beträchtliches Defizit. Die Deckungsquote, d. h. der Anteil der Beitragseinnahmen an den Leistungsausgaben, ist für die KVdR negativ. 2003 trugen die Rentner weniger als die Hälfte ihrer Leistungsausgaben. Die Versicherten der AKV zahlten 2003 ca. 50 %

mehr an Beitragseinnahmen, als sie für Leistungsausgaben benötigt hätten (Abb. 2).

Um die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben abschätzen zu können, hilft die Betrachtung der altersabhängigen Ausgaben. Die Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) der GKV zeigen eine stark altersabhängige Inanspruchnahme (Abb. 3). 80-Jährige haben in etwa die fünffachen Leistungsausgaben von 12-Jährigen.

**Abb. 3: Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben
Daten des RSA 2003 (ohne Krankengeld)²**



Quelle: Bundesversicherungsamt (2004).

Aus den Ausgabenprofilen des Risikostrukturausgleichs kann geschlossen werden, dass sich mit einer zunehmenden Zahl Älterer die durch-

² Zugrunde gelegt wurden die Daten für Versicherte ohne Erwerbsminderungsrente und ohne Teilnahme an Disease-Management-Programmen. Tendenziell unterschätzen die Daten des Risikostrukturausgleichs damit die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben. Zusätzlich verringert die separate Abrechnung von Hochkostenfällen innerhalb eines Risikopools die Altersabhängigkeit der Leistungsausgaben.

schnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben erhöhen. Dem wird entgegengehalten, dass für die Höhe der Gesundheitsausgaben nicht das Lebensalter, sondern die zeitliche Nähe zum Tod entscheidend sei. Damit einher geht die Frage, wie sich der durchschnittliche Gesundheitszustand älterer Menschen zukünftig verändern wird. Hierzu gibt es zwei konkurrierende Thesen, die Kompressions- und die Medikalisationsthese. Nach der Kompressionsthese nimmt die alterungsbedingte Morbidität kaum zu. Die Menschen bleiben länger gesund. Entscheidend für die Höhe der Krankheitsausgaben ist damit die Nähe zum Tod; eine steigende Lebenserwartung hätte nur geringe Auswirkungen. Dagegen besagt die Medikalisationsthese, dass durch neu hinzukommende Therapiemöglichkeiten multimorbide Menschen immer älter werden. Die durch den medizinisch-technischen Fortschritt bedingte höhere Lebenserwartung führt zu einer kostensteigernden Zahl an kranken Lebensjahren (vgl. bspw. Sachverständigenrat 2002, Z. 484). Die Gültigkeit einer dieser beiden Thesen ist bisher noch nicht geklärt.³ Insofern kombiniert der bimodale Ansatz beide Thesen: Er besagt, dass sich sowohl der Gesundheitszustand zukünftiger Generationen verbessern als auch die Zahl an multimorbiden Personen zunehmen werden. Unabhängig davon gilt, dass in einer alternden Gesellschaft auch die absolute Zahl der Sterbefälle zunimmt. Selbst bei Gültigkeit der Kompressionsthese würden die Gesundheitsausgaben zunehmen.

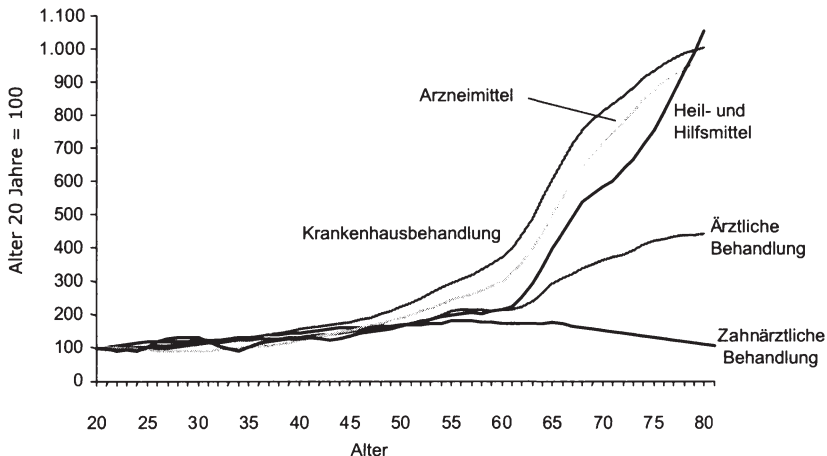
Zusätzlich beeinflusst der medizinisch-technische Fortschritt die Gesundheitsausgaben in einer alternden Gesellschaft. Die Wirkung des medizinisch-technischen Fortschritts erscheint zunächst nicht eindeutig. Er könnte sowohl ausgabensteigernd als auch ausgabensenkend wirken. Allgemein wird aber ein sich verstärkender Effekt zwischen Alterung und medizinisch-technischem Fortschritt unterstellt, denn der medizinisch-technische Fortschritt kommt vor allem Älteren zugute. Damit nehmen deren Gesundheitsausgaben stärker zu als die der Jüngeren. Dieses Phänomen wird als „Versteilerung“ der Ausgabenprofile bezeichnet. Mithin führt die Alterung der Gesellschaft zu einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben.⁴ Dadurch unterschätzen Prognosen für

³ Zu einer empirischen Untersuchung auf Basis von Daten der DKV vgl. Rodrig und Wiesemann (2004). Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die Gültigkeit der Kompressionsthese anhand der vorhandenen Daten nicht belegt werden kann. Auch ohne die Kosten des Sterbens nehmen die Gesundheitskosten mit steigendem Alter erheblich zu.

⁴ Buchner (2002, 167 ff.) zeigt anhand Daten einer großen deutschen privaten Krankenversicherung auf, dass sich im Zeitraum von 1979 bis 1996 die Aufgabenprofile dieser Krankenversicherung versteilert haben. Er führt zusätzlich einige Argumente auf, die dafür sprechen, dass sich diese Erkenntnisse auch auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen lassen.

die GKV, die allein auf den Effekten der demographischen Entwicklung beruhen, die zukünftige Ausgabenentwicklung stark.

Abb. 4: Altersabhängigkeit der Leistungsausgaben bei Männern Unterscheidung nach Hauptleistungsarten (RSA 2003)



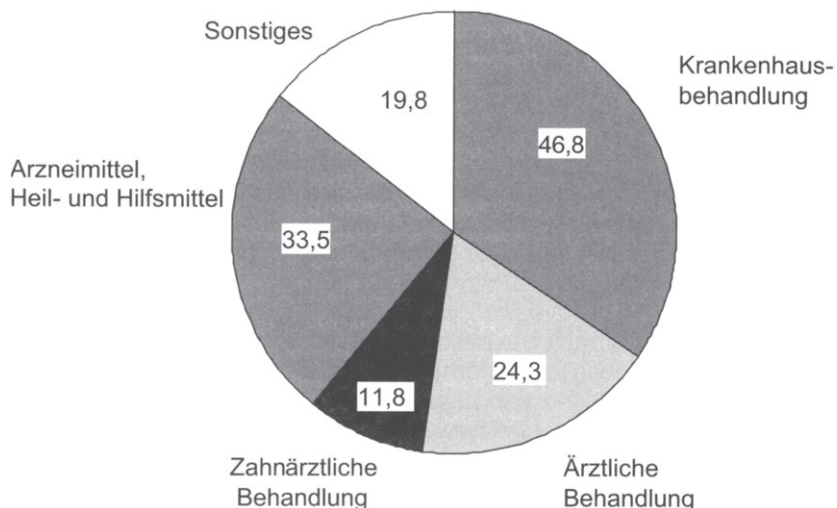
Quelle: Bundesversicherungsamt (2004).

Die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben trifft nicht alle Leistungsarten gleich. Eine besonders hohe Altersabhängigkeit hat die Krankenhausbehandlung, bei der die Ausgaben für einen 80-jährigen auf das Zehnfache eines 20-jährigen Mannes ansteigen (Abb. 4); bei Frauen steigen die Ausgaben um das Siebenfache. Ähnliche Entwicklungen sind für die Arznei- und die Heil- und Hilfsmittel zu beobachten. Nur für den Bereich der zahnärztlichen Behandlung bleiben die Ausgaben unabhängig vom Alter in etwa konstant.

Die Krankenhausbehandlung hat nicht nur eine hohe Altersabhängigkeit, sie hat auch absolut gesehen eine große Bedeutung. 2003 betrug die Ausgaben in diesem Bereich 46,8 Mrd. Euro bzw. 34 % aller Leistungsausgaben. Danach folgten Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie die

ärztliche Behandlung (Abb. 5)⁵. Insgesamt betragen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung 136,2 Mrd. Euro.

**Abb. 5: Leistungsausgaben in der GKV
Unterscheidung nach Hauptleistungsarten in Mrd. Euro
(2003)⁶**



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b).

3. Kapitaldeckung als Lösung für den demographischen Wandel

Die vorherigen Ausführungen haben aufgezeigt, dass der demographische Wandel das Gesundheitswesen trifft:

(1) Die Pro-Kopf-Ausgaben steigen an.

⁵ Die Krankenhausbehandlung hat auch in der PKV die größte Bedeutung. Danach folgt die ärztliche Behandlung (vgl. Verband der privaten Krankenversicherungen 2004a, 60).

⁶ Unter „Sonstiges“ fallen u. a. Krankengeld, Fahrkosten sowie Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

- (2) Das Defizit der KVdR nimmt – bedingt durch den demographischen Einnahmen- und den demographischen Ausgabeneffekt – zu.
- (3) Die Zahl der Versicherten der AKV, die durch ihre Überschüsse die KVdR subventioniert, sinkt.

Welche Konsequenzen haben diese Entwicklungen für ein umlagefinanziertes System wie die jetzige GKV? Um die steigenden Ausgaben zu decken, müssten die Einnahmen der GKV zunehmen; damit verbunden wären steigende Beitragssätze. Prognosen für die GKV gehen zukünftig von Beitragssätzen von über 20 % aus, sofern die Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts berücksichtigt werden.⁷ Angesichts des zunehmenden Standortwettbewerbs in einer globalisierten Welt und der schon heute als zu hoch empfundenen Arbeitskosten scheinen zukünftige Beitragssatzsteigerungen nicht durchsetzbar. Insofern muss das Ausgabenniveau der GKV gesenkt werden. Neben der Hebung von vorhandenen Effizienzreserven ist mit offenen (durch die Herausnahme von Leistungen aus dem Leistungskatalog) oder impliziten Leistungskürzungen (durch die Nichtgewährung von Leistungen) zu rechnen.

Wem Rationierung nicht als erstrebenswerte Alternative erscheint, der kommt zu dem Ergebnis, dass die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung dauerhaft sichergestellt werden muss. Durch die Einführung von Kapitaldeckung in der Krankenversicherung werden die Älteren zukünftig in die Lage versetzt, einen größeren Anteil ihrer Gesundheitsausgaben selbst zu tragen, um ihr Leistungsniveau zu sichern.

Allerdings wird häufig behauptet, dass Kapitaldeckung in alternden Gesellschaften ebenfalls keine Lösung sei, weil die so genannte Mackenroth-These besage, dass aller Sozialaufwand stets aus dem laufenden Volkseinkommen gedeckt werden muss, so dass Kapitaldeckung und Umlageverfahren allokativ gleichwertig seien. Die neue Variante der Mackenroth-These unterstellt, dass Kapitaldeckung und Umlageverfahren gleichermaßen demographieanfällig seien. Würde eine der beiden Mackenroth-thesen gelten, machte ein Übergang zu (teilweiser) Kapitaldeckung keinen Sinn. Insofern ist zunächst darzulegen, warum ein Übergang zu Kapitaldeckung vorteilhaft ist. Hierfür werden einige Einwände gegen Kapitaldeckung beleuchtet.

Einwand 1: Zusätzliches Sparen belastet die Konjunktur.

⁷ Für einen Überblick über verschiedene Beitragssatzprognosen vgl. Enquête-Kommission (2002; 191 f.).

Wenn sich durch Kapitaldeckung die Sparquote erhöhe, hätten die Haushalte weniger Geld für konsumtive Ausgaben zu Verfügung, so dass die Nachfrage zurückginge. Dies schwäche die Konjunktur und die Einkommen stiegen weniger. Werde weiterhin der gleiche Betrag gespart, belaste dies die Nachfrage zusätzlich. Eine Abwärtsspirale entstehe.

Eine höhere Sparquote ermöglicht höhere Investitionen. Damit steigt das Wachstumspotenzial einer Volkswirtschaft, so dass ein höheres Volkseinkommen erreichbar ist. Dadurch wachsen wieder die Konsummöglichkeiten. Zusätzlich benötigt eine alternde Gesellschaft auch deshalb eine höhere Sparquote, weil die Zahl an Erwerbstätigen abnimmt. Um die Produktion sicherzustellen, muss die Arbeitsproduktivität durch eine bessere Qualifikation der Erwerbstätigen und durch einen höheren Kapitaleinsatz zunehmen. Auch deswegen ist eine höhere Sparquote Voraussetzung für dauerhafte Konsummöglichkeiten. Außerdem beeinflusst das Vertrauen der Bevölkerung in die Zukunft die Sparneigung. Als Besorgnis erregend wird insbesondere die Situation der sozialen Sicherungssysteme wie der Alters- und Gesundheitsvorsorge angesehen.⁸ Die Unsicherheit in Bezug auf die zukünftige Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme erhöht die Sparneigung. Dieses so genannte Angstsparen kann durch ein schlüssiges Reformkonzept, das Vertrauen in die zukünftige Absicherung und wirtschaftliche Entwicklung fördert, verringert und damit die Nachfrage erhöht werden.

Einwand 2: Kapitaldeckung ist mit großen Kapitalmarktrisiken behaftet.

Aus Sicht vieler Kritiker der Kapitaldeckung bringt eine Ausweitung der Kapitaldeckung nicht die gewünschten Effekte. Die Ausweitung ginge mit sinkenden Renditen einher. Außerdem seien die Kapitalanlagen nur unter großen Verlusten veräußerbar.

Das Argument sinkender Renditen besagt, dass durch mehr Kapitaldeckung sich die relativen Knappheitsverhältnisse der Produktionsfaktoren Arbeit und Kapital veränderten. Dies werde zusätzlich durch den Rückgang des Arbeitsangebots verstärkt. Durch diese veränderten Knappheitsverhältnisse würden die Arbeitslöhne steigen und die Kapitalrenditen sinken. Damit verlöre das Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich zum Umlageverfahren seine Vorteilhaftigkeit.

⁸ Die Initiative „Perspektive Deutschland“ (2004, 2) kommt in einer Befragung zu dem Ergebnis, dass sich 85 % der Befragten um die sozialen Sicherungssysteme wie die Alters- und Gesundheitsvorsorge sorgen.

Diese Argumentation erscheint zunächst schlüssig: Wenn von etwas mehr zur Verfügung steht, sinkt *ceteris paribus* dessen Preis. Umgekehrt steigt durch den Rückgang des Arbeitsangebots der Lohn. Allerdings ist noch nicht klar, in welchem Umfang das Arbeitsangebot zurückgeht.⁹ Außerdem steigt bedingt durch das geringere Arbeitsangebot auch die Nachfrage nach Kapital, um den Arbeitskräftemangel im Produktionsprozess zu kompensieren, was wiederum die Preisrelationen verschiebt.¹⁰ Auch wenn die Kapitalmarktrendite sinkt, entscheidet letztlich der Renditevergleich zwischen den umlagefinanzierten und kapitalgedeckten Systemen über die Vorteilhaftigkeit. Laut Homburg (2001) muss der Zinssatz langfristig oberhalb der Wachstumsrate des Sozialprodukts liegen. Damit wäre die Rendite des Umlageverfahrens auf Dauer niedriger als die des Kapitaldeckungsverfahrens, was die relative Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens belegt.

Auch beim Argument des „Asset-Market-Meltdown“ geht es um die Demographiefanfälligkeit des Kapitaldeckungsverfahrens. Denn wenn die geburtenstarken Jahrgänge das während ihres Erwerbslebens angesparte Kapital auflösen, gebe es wegen der demographischen Entwicklung nur wenige junge Käufer. Dies führe zu einem Preisverfall.

Bisher ist in Deutschland noch keine Auflösung von Kapitalanlagen zu erkennen. Alle Altersgruppen sparen, wenn auch in unterschiedlichem Umfang. Fraglich ist, ob dies bei einem Ausbau des Kapitaldeckungsverfahrens weiterhin gelten wird. Aber auch wenn es unter diesen veränderten Rahmenbedingungen zu einer Auflösung kommt, ist es unwahrscheinlich, dass die Auflösung zu einem Stichtag erfolgt, sie wird sich über einen längeren Zeitraum – laut Börsch-Supan (2004, 16) über 15 Jahre – hinziehen. Auch dies verringert den Preisrückgang. Insofern mag es durch die veränderten Relationen zwischen Arbeit und Kapital einen gewissen Rendite- und damit auch Preisrückgang bei den Kapitalanlagen geben. Von einem Asset-Market-Meltdown kann aber nicht gesprochen werden, da die demographischen Veränderungen langfristig in den Kapitalanlagen eingepreist werden. Durch den demographischen Wandel werden sich allerdings veränderte Nachfragestrukturen herausbilden, so dass einzelne Branchen oder Kapitalanlageformen zu Gewinnern

⁹ Der Rückgang ließe sich beispielsweise durch längere Wochen- und Lebensarbeitszeiten sowie durch eine Steigerung der Erwerbsquote vermindern. Diese Maßnahmen können den Rückgang des Arbeitsangebots allerdings nur teilweise und nicht vollständig kompensieren (vgl. GDV 2003, 6 ff.).

¹⁰ Börsch-Supan (2004, 13) kommt zu dem Ergebnis, dass wegen der geringeren Zahl der Erwerbstätigen ein Produktivitätsfortschritt von etwa 15 % notwendig ist, um im Jahr 2035 die gleiche Gütermenge pro Einwohner produzieren zu können.

bzw. Verlierern des demographischen Wandels gehören (vgl. GDV 2003, 12 f.).

Die bisherigen Ausführungen haben des Weiteren noch nicht die Möglichkeiten einer globalisierten Welt berücksichtigt. Wenn die Argumente „sinkende Kapitalrenditen“ sowie „Asset Market Meltdown“ aber schon in einer geschlossenen Volkswirtschaft widerlegt werden können, gilt dies in einer globalisierten Welt umso mehr. Denn international variiert sowohl die Geschwindigkeit, in der sich der demographische Wandel vollzieht, als auch die Ausstattung mit Kapital. Je größer die Kapitalmobilität ist, desto eher können die Effekte ausgeglichen werden. Die Nachfrage aus dem Ausland kann das Überangebot des Inlands aufnehmen. Es gibt einen Renditeausgleich zwischen alternden und eher renditeschwachen sowie jungen und eher renditestarken Ländern.¹¹

Einwand 3: Die Einführung von Kapitaldeckung belastet die Übergangsgeneration.

Zusätzlich spreche auch die Belastung der Übergangsgeneration gegen eine Ausweitung der Kapitaldeckung. Denn die Ausweitung der Kapitaldeckung sei gegenüber der Fortführung des Umlageverfahrens mit hohen Zusatzkosten verbunden, da gleichzeitig für die Älteren das Umlageverfahren weitergeführt werden müsse. Insofern seien einige überproportional betroffen und damit Verlierer der Umstellung.

Dem ist entgegenzuhalten, dass im Umlageverfahren auch heute schon Ansprüche auf zukünftige Leistungen bestehen, die aber nicht ausgewiesen werden. Diese implizite Schuld würde durch die Umstellung auf mehr Kapitaldeckung (teilweise) explizit gemacht.¹² Zudem hängt die Belastung einer Generation von dem Zeitraum ab, in dem die Kapitaldeckung aufgebaut wird. Je nachdem, wie langfristig der Übergang ausgestaltet wird, wird die Doppelbelastung auf mehrere Generationen verteilt (vgl. Sachverständigenrat 2004, Z. 555). Außerdem stellt sich immer die Frage der Alternative. Die Gegner der Kapitaldeckung weisen nicht ausreichend auf die Risiken des Umlageverfahrens hin. Ist der Verbleib im Umlageverfahren für die Übergangsgeneration eine gute Alternative? Letztlich muss diese Generation darauf vertrauen, dass ihre Leistungen in der Krankenversicherung nicht zukünftig gekürzt werden.

¹¹ Das Ausland steigert damit seine Kapitalausstattung. Gleichzeitig steigen die Güterimporte des Inlands, da durch den Rückgang der Erwerbsfähigen ein größerer Anteil der Güternachfrage durch Importe gedeckt werden muss. Beide Länder profitieren (vgl. Börsch-Supan und Winter, 2000, 17).

¹² Fetzer et al. (2004) berechnen nach der Methode der Generationenbilanzierung für die GKV eine implizite Schuld in Höhe von etwa 170 % des BIP.

Im Gegensatz zur Rentenversicherung ist sie in der Krankenversicherung auch nur bedingt in der Lage, zukünftige Leistungskürzungen durch private Absicherung zu antizipieren, da sie nicht weiß, welche Leistungen gestrichen werden könnten. Durch ihre Ersparnis könnte sie allenfalls höhere Selbstbehalte abfedern. Dies macht eine private Absicherung fast unmöglich. Mithin ist diese Generation großen politischen Risiken ausgesetzt. Werden zukünftig Leistungen gekürzt, gehört diese Generation erst recht zu den Verlierern, denn sie kann auf die Veränderungen nicht mehr reagieren.

4. Kapitaldeckung in der Krankenversicherung

Nachdem in den vorherigen Kapiteln erörtert wurde, warum Kapitaldeckung notwendig und vorteilhaft ist, bleibt zu klären, wie Kapitaldeckung eingeführt werden könnte.

Der Sachverständigenrat (2004, Z. 502 ff.) diskutiert drei Alternativen, in welcher Form Kapitaldeckung eingeführt werden kann:

- individuelles Altersvorsorgesparen außerhalb der Krankenversicherung,
- Kapitaldeckung durch die Bildung eines (kohortenübergreifenden) kollektiven Kapitalstocks in der Krankenversicherung,
- kohortenspezifische Kapitaldeckung mit risikoäquivalenten Prämien analog zur PKV.

Das individuelle Altersvorsorgesparen erhöht die Beitragseinnahmen von Älteren und reduziert damit den demographischen Einnahmeneffekt. Am Kernproblem des demographischen Ausgabeneffektes setzt dieser Vorschlag nur dann an, wenn die Rentner höhere Beiträge als die Erwerbsfähigen zahlen. Beim kollektiven Sparen in der Krankenversicherung wird ein Kapitalstock zunächst auf- und im Laufe der Zeit wieder abgebaut. Der Kapitalstock soll in Zeiten mit einer besonders hohen demographischen Belastung die Ausgaben mindern. Insofern bietet der kollektive Kapitalstock keine dauerhafte Entlastung; nach seiner Auflösung sind Beitragssprünge zu erwarten. Gleichzeitig wird dieser Kapitalstock wegen der fehlenden fundierten methodischen Verifikation (smöglichkeit) im politischen Zugriff sein. Die Erfahrungen mit der Schwankungsreserve der Rentenversicherung und den Einführungsgewinnen der Pflegeversicherung belegen, dass grundlegende Systemreformen, die die dauerhafte Finanzierung des Systems gewährleisten, aus kurzfristigen politischen Überlegungen verschoben werden. Damit wird der Kapitalstock schneller als geplant aufgebraucht sein.

Verlierer sind diejenigen, die den Kapitalstock aufgebaut haben, aber aufgrund der vorzeitigen Auflösung nicht mehr die finanziellen Mittel erhalten. Insofern ist allein eine risikoäquivalente Finanzierung analog zur PKV akzeptabel. Denn nur diese Finanzierung macht eine fundierte Berechnung des notwendigen Kapitalstocks (Volumen, Zuführungen, Auflösungen) möglich. Außerdem schützt die privatrechtliche Gestaltung vor dem politischen Zugriff.¹³

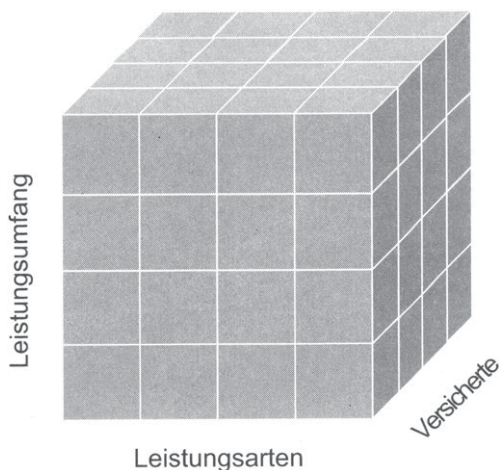
Wie ließe sich nun der Anteil der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung über den bisherigen PKV-Bestand hinaus ausbauen? Wenn man sich die Leistungsausgaben der GKV als Würfel vorstellt, könnten drei Dimensionen unterschieden werden (Abb. 6):

- Versicherte,
- Hauptleistungsarten,
- Leistungshöhe.

Anhand dieser drei Dimensionen lassen sich Ansätze zum Ausbau der Kapitaldeckung in der Krankenversicherung über den bisherigen PKV-Bestand hinaus entwickeln.

¹³ Der Sachverständigenrat (2004, Z. 504) lehnt diesen Vorschlag mit der Begründung ab, dass die private Krankenversicherung für Bestandskunden hohe Wechselhemmnisse hat. Die Kritik ist aber insofern nicht einsichtig, weil bei einer Ausweitung der Kapitaldeckung veränderte Rahmenbedingungen geschaffen werden, die auch Wechselrechte einschließen können. Dass dies für das Neugeschäft prinzipiell möglich ist, zeigt die private Krankenversicherung mit dem PKV-Zukunftskonzept, das die Weichen für erleichterte Wechselmöglichkeiten innerhalb der privaten Krankenversicherung setzt. Zum PKV-Zukunftskonzept vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2004b).

Abb. 6: Leistungsblock der GKV



Quelle: Eigene Darstellung

Eine Ausweitung der Versichertenzahl entspricht dem Grunde nach einer Ausweitung des bisherigen Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung. Schrittweise würden Personengruppen mit ihren kompletten Leistungsausgaben aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert. Dies könnte in Abhängigkeit vom Alter oder vom Einkommen geschehen. Dieser Schritt wäre innerhalb der jetzigen Systemlandschaft möglich. Die PKV steht prinzipiell als Versicherer für die zusätzlichen Gruppen zur Verfügung und hat mit dem PKV-Zukunftskonzept auch die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen: Jedem Versicherten kann – unabhängig von dessen Gesundheitszustand – mit dem so genannten Basistarif ein verbandseinheitliches Produkt auf GKV-Niveau angeboten werden, das mit Alterungsrückstellungen kalkuliert wird (vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, 2004b). Nachteilig ist, dass dieser Vorschlag zwar die Probleme des gesamten Gesundheitswesens verringert, aber nicht originär die Probleme der GKV löst.

Eine zweite Variante ist die Überführung von Hauptleistungsarten in die Kapitaldeckung. Dafür werden Leistungsblöcke der GKV von der Umlagefinanzierung in die Kalkulation mit risikoäquivalenten Beiträgen und Kapitaldeckung überführt. Die restlichen Leistungen würden im bisherigen Umlageverfahren verbleiben. Ginge man allein nach der Altersab-

hängigkeit der Ausgaben verbunden mit einer quantitativen Bedeutung des Bereichs vor (Abb. 4 und Abb. 5), böte sich die Ausgliederung der Krankenhausbehandlung an. Aufgrund substitutiver Beziehungen zur Krankenhausbehandlung ist als Zweites die Ausgliederung der ärztlichen Behandlung folgerichtig. Letztlich macht jede Ausgliederung Sinn, die den Anteil der Umlagefinanzierung verringert. Die Ausgliederung ist aber umso sinnvoller, je höher die Altersabhängigkeit der Leistungen ist. Zusätzlich sollte der Umfang der ausgegliederten Leistung den zusätzlichen administrativen Aufwand rechtfertigen. Dieser Vorschlag verringert die demographischen Probleme der GKV und erhöht damit die Nachhaltigkeit. Er ermöglicht es, zuerst Leistungsblöcke mit einer hohen Demographieanfälligkeit auszugliedern. Der Nachteil sind die Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Leistungsarten: Die damit verbundene Festbeschreibung der sektoralen Blickrichtung schwächt möglicherweise Ansätze zur integrierten Versorgung. Außerdem werden Ältere bei der Finanzierung der Ausgliederung möglicherweise finanziell überfordert. Insofern müsste zusätzlich ein Transfermechanismus installiert werden.

Beim dritten Vorschlag wird – unabhängig von der Leistungsart – ein gewisser Teil der Leistungen in die Kapitaldeckung überführt. Der Rest verbleibt in der Umlagefinanzierung. Dabei kann der mit Alterungsrückstellungen kalkulierte Anteil sukzessive erhöht werden. Damit werden die demographischen Probleme der GKV verringert, ohne eine zusätzliche sektorale Trennung einzuführen: Alle Leistungsarten werden in die Kapitaldeckung einbezogen. Um den administrativen Aufwand möglichst gering zu halten, muss die Abrechnung so gestaltet werden, dass Doppelarbeiten vermieden werden. Analog zur Ausgliederung von Leistungsblöcken ist auch hier der ausgegliederte Anteil so zu bemessen, dass sich der organisatorische Aufwand rechnet. Der Umfang der Kapitaldeckung muss demgemäß hinreichend groß sein. Auch hier ist über ein Transfersystem nachzudenken, um finanzielle Überforderung zu vermeiden.

Bei allen drei Vorschlägen muss zunächst geklärt werden, wie hoch der kapitalgedeckte Anteil zu Beginn sein soll. Je nach Variante muss bestimmt werden, wie vielen Personen der Zugang zur Kapitaldeckung ermöglicht wird, welche Leistungsarten ausgegliedert werden oder welcher prozentuale Anteil der Leistungen in die Kapitaldeckung überführt wird. Des Weiteren ist zu überlegen, in welchen Schritten der kapitalgedeckte Anteil gesteigert wird. Dabei muss zwischen der Notwendigkeit einer größeren Nachhaltigkeit und der kurzfristigen finanziellen Mehrbelastung des Einzelnen abgewogen werden. Denn die Ausweitung der Kapitaldeckung ist zunächst mit höheren Kosten verbunden, um die zukünftige finanzielle Belastung zu vermindern. Um die finanzielle Belastung des

Einzelnen zu verringern, könnten auch altersabhängige Lösungen eingeführt werden, denn bei Älteren ist, da sie nur einen kürzeren Zeitraum haben, um Alterungsrückstellungen aufzubauen, die Gefahr der finanziellen Überforderung besonders groß. Es könnten beispielsweise Altersgrenzen eingeführt werden. Insbesondere bei der prozentualen Ausgliederung ließen sich in Abhängigkeit vom Alter unterschiedliche Anteile an risikoäquivalenter Kalkulation einführen (bis zum Anteil von null). Allerdings führen altersabhängige Regelungen zu Selektionseffekten zu Lasten der Umlagefinanzierung, was möglicherweise eine finanzielle Unterstützung bedingt.

5. Fazit

Die vorherigen Ausführungen haben gezeigt, dass mehr Kapitaldeckung in der Krankenversicherung notwendig ist. Im Vergleich zu umlagefinanzierten Systemen führen kapitalgedeckte zu mehr Nachhaltigkeit und erzielen höhere Renditen. Dabei sollte die Kapitaldeckung innerhalb einer privaten Krankenversicherung aufgebaut werden, weil nur dadurch ein Eigentumsschutz garantiert und die jüngere Generation dauerhaft entlastet werden kann. Hierfür wurden drei mögliche Ansätze, nämlich die Überführung von Personen, von Hauptleistungsarten und von Teilen aller Leistungen in die risikoäquivalente Finanzierung mit Alterungsrückstellungen vorgestellt.

Die obigen Vorschläge zeigen cursorisch alternative Wege auf, wie die Kapitaldeckung im Gesundheitswesen ausgeweitet werden kann. Vorher sind aber noch wichtige Fragen zu klären, insbesondere in Bezug auf die zukünftige Rolle der GKV sowie die Gestaltung des Transfersystems. Weitere Fragen betreffen das Beitragsinkasso, die vertragliche Gestaltung der Beziehung zu den Leistungserbringern, die Gestaltung der Vergütungssysteme etc.

Es ist nicht adäquat, in einer GKV heutigen Zuschnitts Kapitaldeckung einzuführen. Denn Kapitaldeckung braucht verfassungsrechtlichen Schutz, um sie dauerhaft vor einem politischen Zugriff zu schützen. In öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungssystemen existiert aber kein Eigentumsschutz nach Art. 14 GG. Deswegen ist keine Kapitaldeckung innerhalb einer Sozialversicherung sinnvoll. Vielmehr muss der Kapitalstock in einer Individualversicherung mit privatrechtlichem Vertrag abgesichert werden – und zwar kohortenspezifisch. Konsequenz ist eine Veränderung der GKV, in dem sie kapitalgedeckte Teile ausgliedert bzw. Krankenkassen in Unternehmen privaten Rechts überführt werden.

Zusätzlich ist mit Einführung der kapitalgedeckten risikoäquivalenten Prämien auch ein Transfersystem zu installieren, um die Haushalte vor finanzieller Überforderung zu schützen. Denn zunächst belastet die Kapitaldeckung die Haushalte zusätzlich, weil sie heute für zukünftige Leistungen sparen, d. h. die Finanzierungslasten anders über die Zeit verteilt werden. Wie bei allen Pauschalprämienmodellen entscheidet auch hier die Sicherstellung einer dauerhaften Finanzierbarkeit der Transfers über die Akzeptanz des Modells. Wichtig sind administrativ einfache Lösungen.

Bei den obigen Vorschlägen ist noch eine Vielzahl von Fragen zu klären, bevor sie umgesetzt werden könnten. Als Fazit bleibt, dass an einem Mehr an Kapitaldeckung in der Krankenversicherung kein Weg vorbei geht. Das sind wir uns und unseren Kindern schuldig.

Literatur:

Börsch-Supan, A. (2004), Gesamtwirtschaftliche Folgen des demographischen Wandels, MEA Discussion Paper, Nr. 51-2004, Mannheim.

Börsch-Supan, A. und Winter, J. (2000), Soziale Sicherungssysteme im globalen Wettbewerb, Diskussionspapier des Instituts für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Nr. 592-00, Mannheim.

Buchner, F. (2002), Versteilerung von Ausgabenprofilen in der Krankenversicherung, Baden-Baden.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bundesarbeitsblatt, Gesetzliche Krankenversicherung, Gesamtübersicht über die Aufwendungen und ihre Deckung, verschiedene Jahrgänge.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004a): Gesetzliche Krankenversicherung, Kennzahlen und Faustformeln, (http://www.bmgs.bund.de/downloads/Kennzahlen_und_Faustformeln.pdf; Stand: 4.11.2004).

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2004b): Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung, (<http://www.bmgs.bund.de/downloads/kj12003.pdf>; Stand: 4.11.2004)

Bundesversicherungsamt (2004), Jahresausgleich 2003.

Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (2002), Schlussbericht, Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800, Bonn.

Fetzer, S. et al. (2004): Nachhaltige Gesundheitsreformen?, Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, 124/04, Freiburg.

GDV (2003): Altersvorsorge und demographischer Wandel: Kein Vorteil für das Kapitaldeckungsverfahren? GDV Volkswirtschaft: Themen & Analysen Nr. 1, Berlin.

Homburg, S. (2001), Kapitaldeckung und demographische Änderung, Gutachten im Auftrag des BVI (<http://www.bvi.de/downloads/CORE-4WXJAYho220501.pdf>; Stand: 15.12.2004).

Rodrig, S. und Wiesemann, H.-O. (2004), Der Einfluss des demographischen Wandels auf die Ausgaben der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 93, S. 17-46.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002), Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050, Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2004): Bevölkerung nach Altersgruppen von 1950 bis 2003 für Deutschland, Wiesbaden.

Verband der privaten Krankenversicherungen (2004a), Die private Krankenversicherung 2003/2004, Zahlenbericht, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherungen (2004b), PKV-Zukunftskonzept für die Krankenversicherung: Mehr Generationengerechtigkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Pressemitteilung vom 3.6.2004, Köln.

Verzeichnis der Teilnehmer

Albring, Dr. med. Manfred	Abteilung Gesundheitswesen der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Aubke, Dr. med. Wolfgang	2. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
Baumann, Silke	Referentin der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, Berlin
Bausch, Dr. med. Jürgen	Ehrevorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Frankfurt
Becker, Maria	Referentin der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Berlin
Cassel, Prof. Dr. rer. pol. Dieter	Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg, Duisburg
Demmler, Dr. rer. pol. Gertrud	Vorstandsmitglied der Siemens-Betriebskrankenkasse, München
Dibbern, Günter	Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenversicherung AG, Köln
Dierks, PD Dr. iur. Dr. med. Christian	Rechtsanwalt und Arzt, Dierks & Bohle, Rechtsanwälte, Berlin
Flug, Dr. rer. nat. Michaela, MPH	Abteilung Gesundheitswesen der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Häussler, Prof. Dr. med. Bertram	Geschäftsführender Gesellschafter, IGES-Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
Hermann, Dr. phil. Christopher	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
Holzgreve, Prof. Dr. phil. Dr. med. Alfred	Regionaldirektor Süd, Klinikum Neukölln, Vives Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin
Hovermann, Eike	Mitglied des Gesundheitspolitischen Ausschusses der SPD-Bundestagsfraktion, Berlin
Jacobs, Dr. rer. pol. Klaus	Institutsleitung, Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin

Kirchhof, Prof. Dr. iur. Ferdinand	Mitglied des Staatsgerichtshofs für das Land Baden-Württemberg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht, Universität Tübingen, Tübingen
Knabner, Dr. rer. pol. Klaus	Leiter Gesundheitswesen der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Knappe, Prof. Dr. rer. oec. Eckhard	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Schwerpunkt Services Administration und Management, Universität Trier, Trier
Knieps, Franz	Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung Krankenversicherung Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
Kniesche, Andreas	Referent der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziale Sicherung der SPD-Bundestagsfraktion, Berlin
Köhler, Dr. med. Andreas	Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin
Kossow, Prof. Dr. med. Klaus-Dieter	Bundvorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Allgemeinärzte, Achim-Baden
Laschet, Helmut	Stellvertretender Chefredakteur der Ärztezeitung, Berlin
Lauterbach, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W.	Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln
Leienbach, Dr. rer. pol. Volker	Verbandsdirektor und geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Verband der privaten Krankenkassen e.V., Köln
Lohmann, Prof. Heinz	Vorstandssprecher, Landesbetrieb Krankenhäuser, LBK Hamburg, Hamburg
Mennicken, Dr. Wolfgang	Deutsche Krankenversicherung AG, Berlin
Michels, Ralf	Geschäftsführer der Helios Kliniken GmbH, Klinikum Buch, Berlin
Müller, Rolf Dieter	Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin, Berlin
Murner, Heike	Leiterin der Hauptstadtrepräsentanz der Barmer Ersatzkasse, Berlin

Naase, Birgit	Gesundheitspolitische Referentin der FDP-Bundestagsfraktion, Berlin
Ober, Dr. med. Erika	Mitglied des Ausschusses für Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion, Berlin
Oberender, Prof. Dr. rer. pol. Peter	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre der Universität Bayreuth, Bayreuth
Rebscher, Dr. h. c. Herbert	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DAK Hamburg, Hamburg
Richter-Reichhelm, Dr. med. Manfred	Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Berlin, Berlin
Rürup, Prof. Dr. Dr. h. c. Bert	Finanz- und Wirtschaftspolitik, Technische Universität Darmstadt, Darmstadt
Schäfer, Wolfgang	Vorsitzender der Geschäftsführung des Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin
Schaub, Dr. rer. oec. Vanessa Elisabeth	Abteilung Gesundheitswesen der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Schlenker, Dr. iur. Rolf-Ulrich	Mitglied des Vorstandes der Gmünder Ersatzkasse, Schwäbisch Gmünd
Schmacke, Prof. Dr. med. Norbert	Leiter der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung, Zentrum für Public Health, Universität Bremen, Bremen
Schmidt, Peter	Geschäftsführer der Pro Generika e. V., Berlin
Schönbach, Karl-Heinz	Leiter der Hauptabteilung Verträge des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen
Schulte, Gerhard	Vorsitzender des Vorstandes des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen in Bayern, München
Schwoerer, Dr. med. Peter	Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDK Baden-Württemberg, Lahr
Straub, Dr. med. Christoph Hans	Vorstand der Techniker Krankenkasse Hamburg, Hamburg
Stupardt, Rolf	Vorstandsvorsitzender des IKK Bundesverbandes, Bergisch Gladbach
Taubert, Dr. rer. nat. Dieter	Geschäftsführer der Schering Deutschland GmbH, Berlin

Tesic, Dusan	Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung, Berlin
Ulrich, Prof. Dr. rer. pol. Volker	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Bayreuth, Bayreuth
Wasem, Prof. Dr. rer. pol. Jürgen	Lehrstuhl für Medizin-Management, Universität Duisburg-Essen, Essen
Widmann-Mauz, Annette	Mitglied des Ausschusses für Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Berlin
Wille, Prof. Dr. rer. pol. Eberhard	Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Planung und Verwaltung, öffentliche Wirtschaft, Universität Mannheim, Mannheim

Verzeichnis der Referenten

Aubke, Dr. med. Wolfgang	2. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
Dibbern, Günter	Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenversicherung AG, Köln
Hermann, Dr. phil. Christopher	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
Kirchhof, Prof. Dr. iur. Ferdinand	Mitglied des Staatsgerichtshofs für das Land Baden-Württemberg, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Finanz- und Steuerrecht, Universität Tübingen, Tübingen
Knappe, Prof. Dr. rer. oec. Eckhard	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Schwerpunkt Services Administration und Management, Universität Trier, Trier
Knieps, Franz	Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung Krankenversicherung Pflegeversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
Lauterbach, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W.	Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Universität zu Köln, Köln
Leienbach, Dr. rer. pol. Volker	Verbandsdirektor und geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Verband der privaten Krankenkassen e.V., Köln
Lohmann, Prof. Heinz	Vorstandssprecher, Landesbetrieb Krankenhäuser, LBK Hamburg, Hamburg
Michels, Ralf	Geschäftsführer der Helios Kliniken GmbH, Klinikum Buch, Berlin
Oberender, Prof. Dr. rer. pol. Peter	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre der Universität Bayreuth, Bayreuth
Rebscher, Dr. h. c. Herbert	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der DAK Hamburg, Hamburg
Rürup, Prof. Dr. Dr. h. c. Bert	Finanz- und Wirtschaftspolitik, Technische Universität Darmstadt, Darmstadt
Schäfer, Wolfgang	Vorsitzender der Geschäftsführung des Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin

Schönbach, Karl-Heinz	Leiter der Hauptabteilung Verträge des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen
Schulte, Gerhard	Vorsitzender des Vorstandes des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen in Bayern, München
Straub, Dr. med. Christoph Hans	Vorstand der Techniker Krankenkasse Hamburg, Hamburg
Ulrich, Prof. Dr. rer. pol. Volker	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Bayreuth, Bayreuth
Wasem, Prof. Dr. rer. pol. Jürgen	Lehrstuhl für Medizin-Management, Universität Duisburg-Essen, Essen
Wille, Prof. Dr. rer. pol. Eberhard	Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Planung und Verwaltung, öffentliche Wirtschaft, Universität Mannheim, Mannheim

STAATLICHE ALLOKATIONSPOLITIK IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 1 Horst Siebert (Hrsg.): Umweltallokation im Raum. 1982.
- Band 2 Horst Siebert (Hrsg.): Global Environmental Resources. The Ozone Problem. 1982.
- Band 3 Hans-Joachim Schulz: Steuerwirkungen in einem dynamischen Unternehmensmodell. Ein Beitrag zur Dynamisierung der Steuerüberwälzungsanalyse. 1981.
- Band 4 Eberhard Wille (Hrsg.): Beiträge zur gesamtwirtschaftlichen Allokation. Allokationsprobleme im intermediären Bereich zwischen öffentlichem und privatem Wirtschaftssektor. 1983.
- Band 5 Heinz König (Hrsg.): Ausbildung und Arbeitsmarkt. 1983.
- Band 6 Horst Siebert (Hrsg.): Reaktionen auf Energiepreiserhöhungen. 1982.
- Band 7 Eberhard Wille (Hrsg.): Konzeptionelle Probleme öffentlicher Planung. 1983.
- Band 8 Ingeborg Kiesewetter-Wrana: Exporterlösinstabilität. Kritische Analyse eines entwicklungspolitischen Problems. 1982.
- Band 9 Ferdinand Dudenhöfer: Mehrheitswahl-Entscheidungen über Umweltnutzungen. Eine Untersuchung von Gleichgewichtszuständen in einem mikroökonomischen Markt- und Abstimmungsmodell. 1983.
- Band 10 Horst Siebert (Hrsg.): Intertemporale Allokation. 1984.
- Band 11 Helmut Meder: Die intertemporale Allokation erschöpfbarer Naturressourcen bei fehlenden Zukunftsmärkten und institutionalisierten Marktsubstituten. 1984.
- Band 12 Ulrich Ring: Öffentliche Planungsziele und staatliche Budgets. Zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch nicht-staatliche Entscheidungseinheiten. 1985.
- Band 13 Ehrentraud Graw: Informationseffizienz von Terminkontraktmärkten für Währungen. Eine empirische Untersuchung. 1984.
- Band 14 Rüdiger Pethig (Ed.): Public Goods and Public Allocation Policy. 1985.
- Band 15 Eberhard Wille (Hrsg.): Öffentliche Planung auf Landesebene. Eine Analyse von Planungskonzepten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1986.
- Band 16 Helga Gebauer: Regionale Umweltnutzungen in der Zeit. Eine intertemporale Zwei-Regionen-Analyse. 1985.
- Band 17 Christine Pfitzer: Integrierte Entwicklungsplanung als Allokationsinstrument auf Landesebene. Eine Analyse der öffentlichen Planung der Länder Hessen, Bayern und Niedersachsen. 1985.
- Band 18 Heinz König (Hrsg.): Kontrolltheoretische Ansätze in makroökonomischen Modellen. 1985.
- Band 19 Theo Kempf: Theorie und Empirie betrieblicher Ausbildungsplatzangebote. 1985.
- Band 20 Eberhard Wille (Hrsg.): Konkrete Probleme öffentlicher Planung. Grundlegende Aspekte der Zielbildung, Effizienz und Kontrolle. 1986.
- Band 21 Eberhard Wille (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. 1986.
- Band 22 Bernd Gutting: Der Einfluß der Besteuerung auf die Entwicklung der Wohnungs- und Baulandmärkte. Eine intertemporale Analyse der bundesdeutschen Steuergesetze. 1986.
- Band 23 Heiner Kuhl: Umweltressourcen als Gegenstand internationaler Verhandlungen. Eine theoretische Transaktionskostenanalyse. 1987.
- Band 24 Hubert Hornbach: Besteuerung, Inflation und Kapitalallokation. Intersektorale und internationale Aspekte. 1987.

- Band 25 Peter Müller: Intertemporale Wirkungen der Staatsverschuldung. 1987.
- Band 26 Stefan Kronenberger: Die Investitionen im Rahmen der Staatsausgaben. 1988.
- Band 27 Armin-Detlef Rieß: Optimale Auslandsverschuldung bei potentiellen Schuldendienstproblemen. 1988.
- Band 28 Volker Ulrich: Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten. 1988.
- Band 29 Hans-Michael Geiger: Informational Efficiency in Speculative Markets. A Theoretical Investigation. Edited by Ehrentraud Graw. 1989.
- Band 30 Karl Sputeck: Zielgerichtete Ressourcenallokation. Ein Modellentwurf zur Effektivitätsanalyse praktischer Budgetplanung am Beispiel von Berlin (West). 1989.

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

- Band 31 Wolfgang Krader: Neuere Entwicklungen linearer latenter Kovarianzstrukturmodelle mit quantitativen und qualitativen Indikatorvariablen. Theorie und Anwendung auf ein mikroempirisches Modell des Preis-, Produktions- und Lageranpassungsverhaltens von deutschen und französischen Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes. 1991.
- Band 32 Manfred Erbsland: Die öffentlichen Personalausgaben. Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland. 1991.
- Band 33 Walter Ried: Information und Nutzen der medizinischen Diagnostik. 1992.
- Band 34 Anselm U. Römer: Was ist den Bürgern die Verminderung eines Risikos wert? Eine Anwendung des kontingenten Bewertungsansatzes auf das Giftmüllrisiko. 1993.
- Band 35 Eberhard Wille, Angelika Mehner, Jan Philipp Rohweder: Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovationen. 1994.
- Band 36 Peter Schmidt: Die Wahl des Rentenalters. Theoretische und empirische Analyse des Rentenzugangsverhaltens in West- und Ostdeutschland. 1995.
- Band 37 Michael Ohmer: Die Grundlagen der Einkommensteuer. Gerechtigkeit und Effizienz. 1997.
- Band 38 Evamaria Wagner: Risikomanagement rohstoffexportierender Entwicklungsländer. 1997.
- Band 39 Matthias Meier: Das Sparverhalten der privaten Haushalte und der demographische Wandel: Makroökonomische Auswirkungen. Eine Simulation verschiedener Reformen der Rentenversicherung. 1997.
- Band 40 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Innovationen in der Arzneimitteltherapie. Definition, medizinische Umsetzung und Finanzierung. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 25.-27.10.1996. 1997.
- Band 41 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 7.-8.11.1997. 1998.
- Band 42 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 5.-7.11.1998. 1999.
- Band 43 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. 2000.
- Band 44 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Behandlung. 2001.
- Band 45 Martin Pfaff / Dietmar Wassener / Astrid Sterzel / Thomas Neldner: Analyse potentieller Auswirkungen einer Ausweitung des Pharmaversandes in Deutschland. 2002.
- Band 46 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung. 2002.

- Band 47 Udo Schneider: Theorie und Empirie der Arzt-Patient-Beziehung. Zur Anwendung der Principal-Agent-Theorie auf die Gesundheitsnachfrage. 2002.
- Band 48 Manfred Albring / Eberhard Wille: Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen. 2003.
- Band 49 Uwe Jirjahn: X-Ineffizienz, Managementanreize und Produktmarkt Wettbewerb. 2004.
- Band 50 Stefan Resch: Risikoselektion im Mitgliederwettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung. 2004.
- Band 51 Paul Marschall: Lebensstilwandel in Ostdeutschland. Gesundheitsökonomische Implikationen. 2004.
- Band 52 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? 8. Bad Orber Gespräche. 6. - 8. November 2003. 2004.
- Band 53 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Versorgungsstrukturen und Finanzierungsoptionen auf dem Prüfstand. 9. Bad Orber Gespräche. 11.-13. November 2004. 2005.

www.peterlang.de

Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.)

Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen?

8. Bad Orber Gespräche
6. – 8. November 2003

Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien, 2004.
306 S., zahlr. Abb. und Tab.

Allokation im marktwirtschaftlichen System.

Verantwortlicher Herausgeber: Eberhard Wille. Bd. 52

ISBN 3-631-53394-2 · br. € 38.50*

Der Sammelband enthält die erweiterten Referate eines interdisziplinären Workshops zur Frage, inwiefern sich durch neue Versorgungsstrukturen ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen vollzieht. Diskutiert werden die beiden Themenkreise Vertragswettbewerb sowie Effizienz und Effektivität der Arzneimitteltherapie.

Aus dem Inhalt: P. Zweifel: Was können wir vom Schweizer Gesundheitswesen lernen? · H. Sodan / I. Ebsen: Selektives Kontrahieren unter wettbewerbspolitischen Gesichtspunkten · H. J. Ahrens: Umsetzung der integrierten Versorgung bis zu Einzelverträgen · K.-H. Schönbach: Integrierte Versorgung · J. Bausch / K.-D. Kossow: Vertragswettbewerb und ärztliche Vergütung · H. Lohmann: Auswirkungen von Vertragswettbewerb auf Krankenhäuser: Vom Budget- zum Vertragssystem · W. Gerdemann / W. Schmeinck: Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen durch neue Versorgungsstrukturen? · F. Münnich: Auswirkungen der Preisbildungs- und Erstattungs-Neuregelung im Arzneimittelbereich · C. Straub: Interdependenzen zwischen Disease-Management-Programmen und Vertragswettbewerb · R. Hoberg: Möglichkeiten des Vertragswettbewerbs im Rahmen von Disease-Management-Programmen · U. Schwabe / N. Schmacke: Bewertung des Nutzens aus ärztlicher Sicht · uvm.



Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG
Moosstr. 1, CH-2542 Pieterlen
Telefax 00 41 (0) 32 / 376 17 27

*inklusive der in Deutschland gültigen Mehrwertsteuer
Preisänderungen vorbehalten

Homepage <http://www.peterlang.de>