

Herausgegeben von Prof. Dr. J.-M. Graf v. d. Schulenburg

Kathrin Damm / Martin Frank /
J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.)

Wege zu einem nachhaltigen Kranken- versicherungssystem in Deutschland



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Kathrin Damm / Martin Frank /
J.-M. Graf von der Schulenburg (Hrsg.)

Wege zu einem nachhaltigen Kranken- versicherungssystem in Deutschland



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2011

978-3-86955-762-5

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2011

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2011

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-762-5

Vorwort

In guter Tradition führte das Institut für Versicherungsbetriebslehre auch im Sommer 2010 das alljährliche externe Universitätsseminar unter der Leitung von Herrn Professor Dr. J.-Matthias Graf von der Schulenburg durch. Hierfür fanden sich einmal mehr die Teilnehmer im Bildungszentrum Schloss Wendgräben, nahe Magdeburg, zusammen.

Während zur gleichen Zeit die politischen Entscheidungsträger über die zukünftige Ausgestaltung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung debattierten, widmeten sich auch die Vorträge der teilnehmenden Studierenden und der herausragenden Gastreferenten diesen Fragestellungen. Unter dem Leitthema „Wege zu einem nachhaltigen Krankenversicherungssystem in Deutschland“ setzten sich die Anwesenden mit den Gründen des Reformbedarfs auseinander und diskutierten konkrete Vorschläge. Die Manuskripte der studentischen Arbeiten werden in diesem Band zusammengefasst.

Der erste Themenschwerpunkt lag entsprechend auf der Identifikation der Kostentreiber im Gesundheitssystem und der Betrachtung der Wirkung vergangener Kostendämpfungsgesetze. Mit diesen grundlegenden Eindrücken wurde im Weiteren die Zukunft des Gesundheitsfonds, die künftige Bedeutung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und der Wahl- und Zusatztarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung bewertet. Als Gastreferent und ausgewiesener Experte des Systems ging Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher (Vorsitzender des Vorstandes der DAK und Honorarprofessor für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth) auf die künftige Notwendigkeit ein, die Versorgungsforschung weiter zu stärken.

In einem weiteren Themenabschnitt wurde der heutige und künftige Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung eingeschätzt und die Ziele, Chancen und Restriktionen strategischer Partnerschaften zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenkassen sowie privatwirtschaftlichen Versicherungen analysiert. Als Gastreferent für diesen Themenkomplex konnte Dr. Timm Genett (Leiter der Abteilung Politik der Geschäftsführung des Verbandes der privaten Kranken-

versicherungen e.V.) gewonnen werden. Sein Vortrag widmete sich der Frage „Wohin führt der Weg der Privaten Krankenversicherung unter Schwarz-Gelb?“

Mit grundlegenden Fragen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung befasst sich ein dritter Themenbereich. Hier wurde dem heutigen Verfahren der Umlagefinanzierung die Alternative einer Kapitaldeckung gegenübergestellt und die Möglichkeiten und Potenziale eines Systemwechsels untersucht. Als Experte für Finanzierungsfragen des Sozialversicherungssystems, lieferte Herr Prof. Dr. Volker Ulrich (Inhaber des Lehrstuhls für Finanzwissenschaften der Universität Bayreuth) vertiefende Einblicke in die Thematik und stellte weitere Ansätze für eine Finanzierungsreform dar.

Insgesamt bot das Seminar den Teilnehmern den nötigen Rahmen und den Raum, sich mit dem sehr aktuellen Leitthema wissenschaftlich auseinanderzusetzen. Trotz der sehr hohen Qualität der Vorträge und Diskussionen konnten jedoch nicht alle aufgeworfenen Fragen abschließend erörtert werden. Dementsprechend werden sich die Wissenschaftler um Professor Graf von der Schulenburg auch weiterhin mit der Thematik befassen. Unser ausdrücklicher Dank gilt hier den Studierenden der Leibniz Universität Hannover, die durch ihr Interesse und ihre gewissenhafte Arbeitsweise sehr zum Erfolg des Seminars beigetragen haben, sowie den Gastreferenten, die die Diskussionen um interessante Aspekte aus Praxis und Wissenschaft bereichert haben. Des Weiteren möchten wir uns für die Unterstützung durch die Hanns Martin Schleyer-Stiftung/Heinz Nixdorf-Stiftung und die Konrad Adenauer-Stiftung bedanken. Nicht zuletzt gebührt unser Dank Regina Thon und Mike Klora für ihre Mühe bei der Aufbereitung der Manuskripte.

Kathrin Damm, Martin Frank und J.-Matthias Graf von der Schulenburg

Inhalt

1	Steigende Kosten im Gesundheitssystem – Was sind die Kostentreiber?.....	1
	<i>Christian Krause</i>	
2	Wirkungen der vergangenen Kostendämpfungsgesetze auf die Ausgabenentwicklung in der GKV.....	29
	<i>Enno Fedderken</i>	
3	Die Zukunft des Gesundheitsfonds.....	57
	<i>Julia Krauß</i>	
4	Wettbewerb in der PKV: Wie funktioniert der Markt heute und morgen?.....	89
	<i>Eva Schmolke</i>	
5	Morbi-RSA: Derzeitige Funktion und zukünftige Bedeutung	115
	<i>Mirjana Grüne</i>	
6	Wahl- und Zusatztarife in der GKV: Ein Modell für die Zukunft?	143
	<i>Hanna Julia Nowicki</i>	
7	Kooperationen (strategische Partnerschaften) zwischen GKV, PKV und privatwirtschaftlichen Versicherungen: Ziele, Chancen und Restriktionen	167
	<i>Isabel Michaels</i>	
8	Der Patient - Vom passiven Leistungsempfänger zum souveränen Entscheidungsträger	191
	<i>Alexander Schmidt</i>	
9	Nach der Weltwirtschaftskrise: Das Kapitaldeckungsverfahren als Alternative für das Umlagesystem?	215
	<i>Ingo Kolodziej</i>	
10	Die Pflegeversicherung: Finanzierungsoptionen angesichts des demographischen Wandels und weitere zukünftige Herausforderungen	243
	<i>Olga Rotärmel</i>	

1 Steigende Kosten im Gesundheitssystem – Was sind die Kostentreiber?

Christian Krause

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
2 Entwicklung der Gesundheitsausgaben	5
2.1 Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen: „Status Quo“	5
2.2 Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?	9
3 Überblick über die Einflussfaktoren der Ausgaben-entwicklung	10
4 Ausgewählte Einflussfaktoren der Ausgaben-entwicklung	11
4.1 Medizinisch-technischer Fortschritt	11
4.2 Demographische Entwicklung	14
4.3 Arzneimittel.....	17
4.4 Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben	20
5 Fazit	23
Literaturverzeichnis	25

Abkürzungsverzeichnis

Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
Aufl.	Auflage
Bd.	Band
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
et al.	et alia (und andere)
etc.	et cetera
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
med.	medizinisch
Mrd.	Milliarden
Nr.	Nummer
o. O.	ohne Ort
PKV	Private Krankenversicherung
S.	Seite
SVR	Sachverständigenrat
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind aktuell wieder ein viel diskutiertes Thema in den Medien und auch beim derzeitigen Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler. Zeit-Online spricht dabei vom „Kampf den Kostentreibern“¹ wohingegen andere Medien wie z. B. der Spiegel sogar von einer Kostenexplosion innerhalb des Gesundheitswesens sprechen.² Auch auf Seiten der Politik sind die Gesundheitsausgaben ein Thema. Von Amtswegen insbesondere bei Philipp Rösler, der im Zuge dessen zunächst die Arzneimittelausgaben drosseln will. Rösler sagte dazu bei der Veröffentlichung des erst kürzlich von der Koalitionsfraktion ausgearbeiteten Arzneimittel-Sparpakets: „... Wir sorgen dafür, dass alle neuen und innovativen Arzneimittel sofort für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Gleichzeitig sorgen wir auch dafür, dass die Arzneimittel in Zukunft für die Menschen bezahlbar bleiben...“³ Auf Grund dieser Auseinandersetzungen mit den Gesundheitsausgaben in den Medien und der Politik ist es interessant zu klären, welche Kostentreiber im Gesundheitswesen überhaupt anzutreffen sind und welche Rolle sie gegenüber den Gesundheitsausgaben in der Vergangenheit einnahmen bzw. heutzutage einnehmen. Um einen Überblick über die gegenwärtige Situation zu erhalten, werden zunächst die Entwicklung der Gesundheitsausgaben der vergangenen Jahre und der Standpunkt Deutschlands im internationalen Vergleich analysiert (vgl. Abschnitt 2). Hierbei soll ein erster Eindruck über die Ausgangslage im Sinne eines „Status Quo“ entstehen. Daraufhin wird es einen kurzen Überblick über einige Einflussfaktoren der Gesundheitsausgaben geben (vgl. Abschnitt 3). Einige dieser Einflussfaktoren werden anschließend in Abschnitt 4 genauer untersucht. Auf Grund der Fülle von Einflussfaktoren werden dabei nicht alle, sondern einige ausgewählte (aus Sicht der Literatur bedeutende) Einflussfaktoren vorgestellt. Aus gegebenem Anlass werden dabei auch die Arzneimittelausgaben genauer analysiert.

¹ Woratschka, R. (2010), S. 1.

² Vgl. Böll, S. (2009).

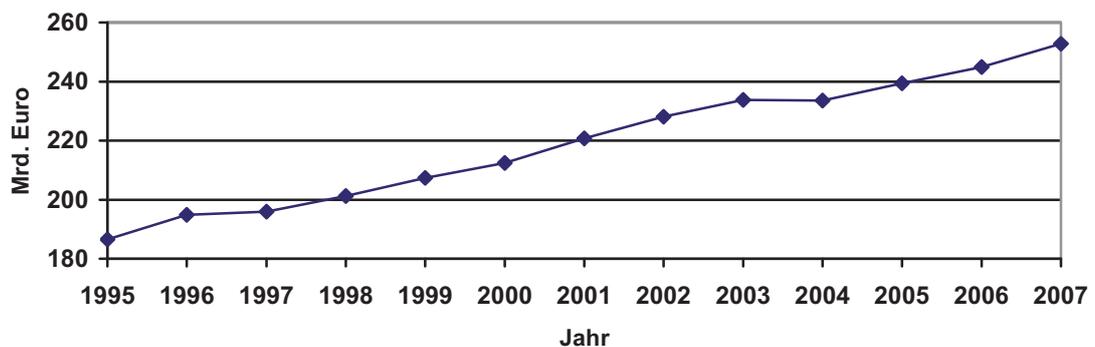
³ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010a).

2 Entwicklung der Gesundheitsausgaben

2.1 Ausgabenträger, Leistungsarten und Einrichtungen: „Status Quo“

„Unter Gesundheitsausgaben versteht man die Ausgaben für den Endverbrauch von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen sowie die Investitionen im Gesundheitssektor...“ [Anm. d. Verf.: Vorleistungen, wie z. B. die Produktion von Arzneimitteln oder Ausgaben im weiteren Sinne (z. B. Unterbringung im Altenwohnheim), sind nicht enthalten].⁴ Die Gesundheitsausgaben lassen sich nach Ausgabenträgern, Leistungsarten und Einrichtungen unterteilen.⁵

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben (1995-2007)



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a).

Die Ausgaben sind nominal von rund 186,6 Mrd. Euro um 66,2 Mrd. Euro angestiegen (vgl. Abbildung 1). Das entspricht einer Steigerung von 35,5% und einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2,96%. Der allgemeine Verbraucherpreisindex ist im gleichen Zeitraum weniger stark angestiegen. Das bedeutet, dass die Preise für Gesundheitsleistungen stärker angestiegen sind, als das gesamte Preisniveau.^{6,7} Der teilweise unterschiedlich stark anfallende Ausga-

⁴ Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006), S. 187.

⁵ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 15-22.

⁶ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 14-15.

⁷ Dieses Phänomen tritt häufiger im Dienstleistungssektor auf.

benanstieg wird zum Teil auf erlassene Gesetze zurückgeführt, die den Ausgabenanstieg temporär abgebremst haben.⁸

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (in Mrd. Euro)⁹

Ausgabenträger	1995	2000	2005	2007
Öffentliche Haushalte	19,9	13,6	13,6	13,1
GKV	112,5	123,9	135,9	145,4
soziale Pflegeversicherung	5,3	16,7	17,9	18,4
Gesetzliche Rentenversicherung	4,4	3,5	3,6	3,7
Gesetzliche Unfallversicherung	3,4	3,7	4,0	4,1
PKV	14,3	17,6	22,0	23,4
Arbeitgeber	7,8	8,7	10,1	10,7
private Haushalte	19,0	24,7	32,3	34,1
insgesamt	186,6	212,4	239,4	252,9

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), S. 15.

Die Gesetzliche Krankenversicherung trägt mit 57,5% den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben 2007 (vgl. Tabelle 1). Im Zeitraum von 1995 bis 2007 fiel der Ausgabenanstieg von 29,4%, gemessen an den gesamten Ausgaben, unterdurchschnittlich aus. Die Private Krankenversicherung hingegen hatte mit 63,6% einen überdurchschnittlichen Anstieg zu verzeichnen. Ebenso haben die privaten Haushalte (+79,5%) und die soziale Pflegeversicherung (+347%) einen überdurchschnittlichen Anstieg vorzuweisen. Letzterer kann jedoch gleich relativiert werden, da zwischen 1995-1996 eine Umstrukturierung der sozialen Pflegeversicherung stattgefunden hat (u. a. wurde der Leistungskatalog um stationäre Pflege erweitert) und die Ausgaben dadurch sprunghaft angestiegen sind.¹⁰ Neben der Gesetzlichen Rentenversicherung verzeichneten die Öffentlichen Haushalte rückläufige Ausgaben.

Die Unterteilung der Ausgaben nach Leistungsarten bringt weitere Ausgabenanstiege zum Vorschein (vgl. Tabelle 2). Die ärztlichen und pflegeri-

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a), S. 10; Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 15; Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 219-220; SVR für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 40-41.

⁹ Diese und folgende Werte im zweiten Abschnitt sind gerundet.

¹⁰ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 17.

schen/therapeutischen Leistungen machen zusammen mit 50,8% den größten Anteil an den Ausgaben aus. Daneben fallen mit 27,4% die Waren als großer Ausgabenblock an.¹¹ Die Arzneimittel, welche den größten Ausgabenanteil an

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten (in Mrd. Euro)

Leistungsarten	1995	2000	2005	2007
Prävention	7,5	7,5	8,9	10,1
ärztliche Leistungen	51,7	57,5	64,4	68,9
pflegerische/therapeutische Leistungen	43,7	52,3	57,5	59,6
Unterkunft/Verpflegung	16,0	16,5	17,7	18,6
Waren	47,8	55,7	64,5	69,3
Arzneimittel	26,4	31,6	39,4	41,7
Hilfsmittel	8,8	10,4	10,5	11,3
Zahnersatz	5,5	5,4	5,1	5,8
sonstiger med. Bedarf	7,2	8,2	9,5	10,5
Transporte	2,8	3,4	4,0	4,2
Verwaltungsleistungen	9,9	11,4	13,1	13,2
Investitionen	7,2	8,3	9,2	8,8
insgesamt	186,6	212,4	239,4	252,9

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), S. 16.

den Waren ausmachen, haben einen überdurchschnittlichen Ausgabenanstieg von 58% erfahren. Dem sonstigen med. Bedarf (z. B. Narkose- und OP-Bedarf) mit einem Plus von 45,8% stehen unterdurchschnittliche Steigerungen beim Zahnersatz und den Hilfsmitteln gegenüber. Leicht unterdurchschnittliche bis leicht überdurchschnittliche Steigerungen haben die ärztlichen (+33,3%) und pflegerischen/therapeutischen Leistungen (+36,4%) zu verzeichnen.

Zuletzt erfolgt die Unterteilung der Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. Die größten Anteile an den Ausgaben im Jahr 2007 haben zum einen die ambulanten Einrichtungen mit 49,2% und zum anderen die (teil-)stationären Einrich-

¹¹ Stand: 2007.

tungen mit 36,3% (vgl. Tabelle 3). Die Ausgaben für ambulante Einrichtungen sind dabei um 43% gestiegen. Den größten Anteil daran hatten die Arztpraxen (+42,2%) sowie die Apotheken (+54,2%). Den größten Zuwachs verzeichnete die ambulante Pflege (+102,6%), jedoch lässt sich dies zum Teil auf die Einführung der Pflegeversicherung zurückführen.¹²

Tabelle 3: Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen (in Mrd. Euro)

Einrichtungen	1995	2000	2005	2007
ambulante Einrichtungen	87,0	100,8	115,4	124,4
Arztpraxen	27,0	30,8	35,1	38,4
Zahnarztpraxen	14,0	14,7	15,2	16,4
sonstige Praxen	4,8	5,8	7,0	7,5
Apotheken	23,6	28,2	34,7	36,4
Gesundheitseinzelhandel	12,5	14,1	14,7	16,2
ambulante Pflege	3,9	5,8	7,1	7,9
sonstige Einrichtung	1,1	1,3	1,6	1,6
(teil-)stationäre Einrichtungen	70,9	78,8	87,5	91,8
Krankenhäuser	51,1	56,4	62,1	64,6
Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen	7,6	7,5	7,3	7,7
(teil-)stationäre Pflege	12,2	14,9	18,1	19,4
Verwaltung	11,1	12,7	14,6	14,7
Investitionen	7,2	8,3	9,2	8,8
Sonstige ¹³	10,4	11,9	12,7	13,1
insgesamt	186,6	212,4	239,4	252,9

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), S. 25.

Der Anstieg von 29,5% bei den (teil-)stationären Einrichtungen liegt unterhalb dem Anstieg der ambulanten Einrichtungen. Den größten Anteil der Ausgaben machen hier die Krankenhäuser aus. Das liegt an den dort stattfindenden komplexen Behandlungen und den dafür notwendigen Ressourcen.¹⁴ Sie verzeich-

¹² Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 24.

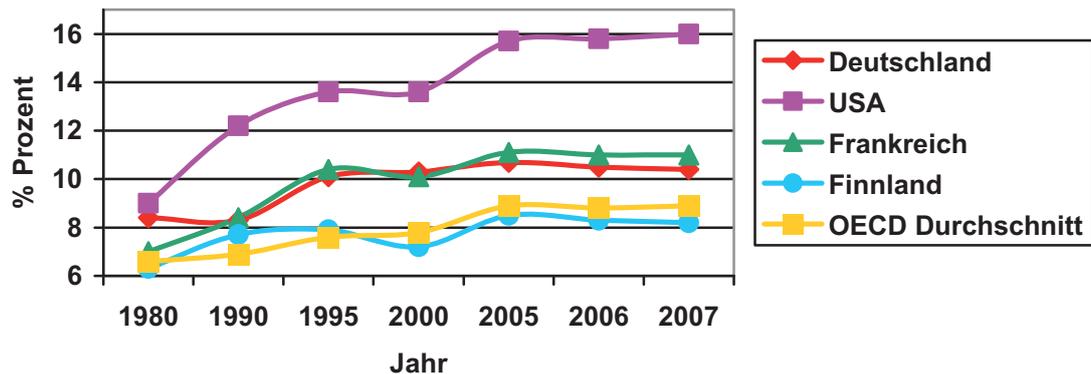
¹³ Dazu zählen: Gesundheitsschutz, Rettungsdienste, sonstige Einrichtungen und private Haushalte, Ausland.

¹⁴ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 24.

neten einen Anstieg von 26,4%. Der starke Anstieg der stationären Pflege (+59,0%) ist, wie oben schon angesprochen, auf die Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen.

2.2 Wo steht Deutschland im internationalen Vergleich?

Abbildung 2: Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP (1980-2007)



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus OECD (Hrsg.) (2009a).

Die Relation von Gesundheitsausgaben zum BIP ist eine in der Gesundheitsökonomiebedeutende Kennziffer.¹⁵ Die Aussagekraft ist jedoch in gewissem Maße eingeschränkt. Dies liegt zum einen an der Methodik bei der Gesundheitsausgabenrechnung, zum anderen sind die Unterschiede der Gesundheitssysteme zu beachten (z. B. bei der Finanzierung: öffentliche vs. private Finanzierungssysteme)¹⁶. Es ist zu sehen, dass zwischen 1980 und 1995 ein dauerhafter Anstieg stattfand. Danach ist die Entwicklung der Gesundheitsausgaben zum BIP in Deutschland verhältnismäßig konstant verlaufen: Sie lagen zwischen 10,1% und 10,4% (vgl. Abbildung 2). Der Ländervergleich zeigt Deutschland im oberen Bereich, nur die USA (16%), Frankreich (11%) und Schweiz (10,8%) lagen zuletzt oberhalb der Bundesrepublik (10,4%).¹⁷ Ebenso ist ersichtlich, dass Deutschland 2007 rund 1,5 Prozentpunkte über dem OECD-Durchschnitt lag. Festzuhalten bleibt, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den

¹⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b), S. 31; Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2009), S. 25.

¹⁶ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 25-26.

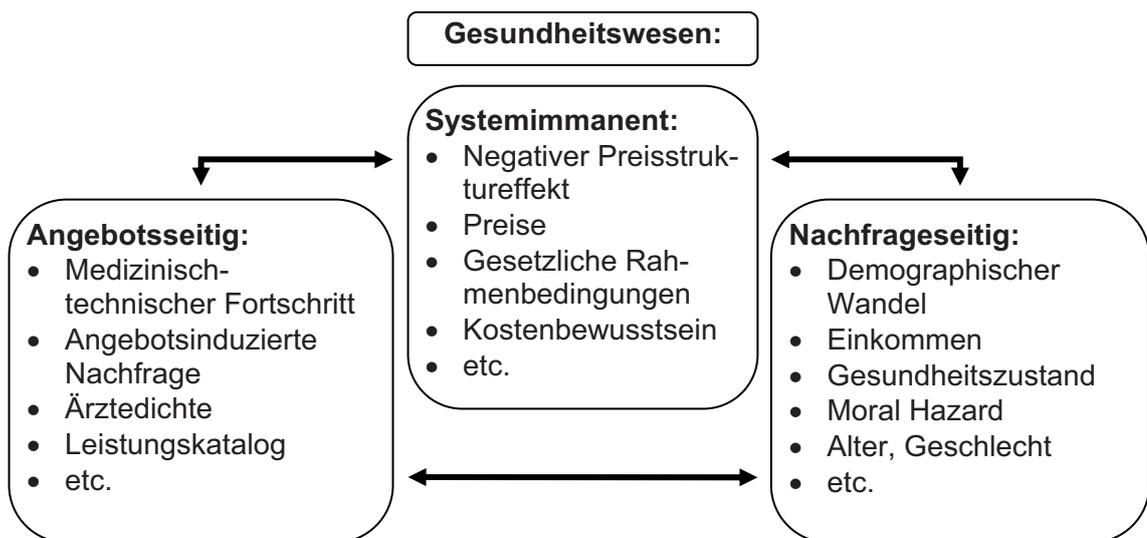
¹⁷ Vgl. OECD (Hrsg.) (2009b), S. 1.

letzten Jahren nur knapp über dem Zuwachs des BIP lag, aber im internationalen Vergleich insgesamt einen hohen Wert aufweist.¹⁸

Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner sind ebenso bedeutsam als Kennziffer.¹⁹ Im Vergleich zu anderen Ländern der OECD sind die sogenannten „Ausgaben pro Kopf“ in Deutschland langsamer und für die Betrachtung des Zeitraums zwischen 1993 und 2003 am geringsten angestiegen.²⁰ Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf liegt Deutschland (absolut betrachtet) im oberen Drittel der OECD-Staaten und ca. 20% über dem Durchschnitt.²¹

3 Überblick über die Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung

Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 249; SVR für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 42; Meidenbauer, T. (2005), S. 5.

Die Ausgabenentwicklung wird beeinflusst von diversen Faktoren, die das Gesundheitswesen beinhaltet. Diese Faktoren lassen sich in drei Kategorien

¹⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b), S. 32.

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b), S. 31.

²⁰ Vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006), S. 198.

²¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b), S. 31.

unterteilen: Angebotsseitige, nachfrageseitige und systemimmanente Faktoren. Zwischen allen Faktoren bestehen Wechselwirkungen, so dass das System äußerst komplex ist.²² Zudem beinhaltet die Abbildung nicht alle Einflussfaktoren, sondern einige ausgewählte, die zum großen Teil im kommenden Abschnitt angesprochen werden. Dabei wurden die Faktoren präferiert, die in der Literatur als bedeutsam deklariert wurden sowie in aktueller politischer Debatte stehen.²³ Das Gesundheitssystem weist einige systemimmanente Besonderheiten auf, die sich zum Beispiel in den gesetzlichen Rahmenbedingungen wiederfinden. Dies wird u. a. anhand der Arzneimittel deutlich, da sie eine gesonderte Rolle bezüglich ihrer Preisbildung in Europa einnehmen (vgl. Abschnitt 4.3). Angebotsseitig wird insbesondere auf den medizinisch-technischen Fortschritt eingegangen (vgl. Abschnitt 4.1) und auf Seiten der Nachfrage auf den demographischen Wandel (vgl. Abschnitt 4.2).

4 Ausgewählte Einflussfaktoren der Ausgabenentwicklung

4.1 Medizinisch-technischer Fortschritt

Auf der Angebotsseite gilt der medizinisch-technische Fortschritt als einer der bedeutendsten Kostentreiber für die Ausgabenentwicklung der letzten Jahrzehnte. Newhouse war einer der ersten der 1992 diese These aufstellte.²⁴ Wortwörtlich befand er: „... I believe the bulk of the residual increase is attributable to technological change, ...“²⁵ Im weiteren Verlauf wurde diese These vielfach in der Literatur untersucht und die dominierende Kraft des medizinisch-technischen Fortschritts bekräftigt.²⁶ Er lässt sich wie folgt definieren: „Medizinisch-technischer Fortschritt beschreibt demnach die Gesamtheit der am Markt erfolgreichen Innovationen in den Bereichen der Medizintechnik, der Arzneimittel, der Behandlungs- und Untersuchungsmethoden sowie im Bereich der Or-

²² Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 248.

²³ Vgl. SVR für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 42-43.

²⁴ Vgl. Newhouse, J. (1992), S. 11.

²⁵ Newhouse, J. (1992), S.11.

²⁶ Vgl. z. B. Fetzer, S. (2005), S. 18; Meidenbauer, T. (2005), S. 11; Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 247.

ganisationsstrukturen des Gesundheitswesens mit seiner Vielzahl an Unter- und Teilbereichen.“²⁷

Innovationen lassen sich allgemein in Produkt-, Prozess- und organisatorische Innovationen unterteilen. Produktinnovationen führen dazu, dass ein Produkt mit neuen oder neu kombinierten Eigenschaften entwickelt wird.²⁸ Dazu zählen der pharmalogische Fortschritt (z. B. Antibiotika), der medizinische Fortschritt (z. B. Transplantationen) oder der medizinisch-technische Fortschritt (z. B. künstliche Organe).²⁹ Hierbei handelt es sich zumeist um neue Therapie- und Behandlungsmethoden, die schon bestehende Methoden weniger ersetzen als sie ergänzen. Das führt dazu, dass Produktinnovationen zu meist kostensteigernd wirken.³⁰ Prozessinnovationen steigern die Produktivität: Entweder erhöht sich der Output bei gleichbleibendem Input oder der Output bleibt konstant bei sinkendem Input.³¹ Eine Prozessinnovation könnte z. B. ein neues Blutanalysegerät sein, welches in der gleichen Zeit doppelt so viele Parameter überprüft.³² Prozessinnovationen gelten in der Regel als kostendämpfend. Zudem wird davon ausgegangen, dass Produktinnovationen den Anteil an Prozessinnovationen im Gesundheitswesen überwiegen und demnach medizinisch-technische Innovationen kostensteigernde Wirkungen besitzen.³³ Organisatorische Innovationen (z. B. das Bündeln von Produktionsprozessen um Synergieeffekte zu erzielen) finden in der Literatur weniger Beachtung, da sie selten auftreten.³⁴

Ein exemplarisches Beispiel, bei dem medizinisch-technischer Fortschritt eine Ausgabensteigerung verursacht, ist der Krankenhausbereich (vgl. hierzu Tabelle 3 auf S. 5). Im Krankenhaus sind viele medizinische Großgeräte zu finden. Bei der bildgebenden Diagnostik hat es in den letzten Jahren technische Fortschritte gegeben (z. B. Computertomografie oder Magnetresonanztomografie³⁵), die aber die klassische Diagnostik (z. B. Röntgenbilder) nicht ersetzt,

²⁷ Ziebarth, N. (2009), S. 42.

²⁸ Vgl. Beyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005), S. 508-509.

²⁹ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 255.

³⁰ Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 18; Meidenbauer, T. (2005), S. 11.

³¹ Vgl. Meidenbauer, T. (2005), S. 11.

³² Vgl. Beyer F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005), S. 509.

³³ Vgl. Meidenbauer, T. (2005), S. 11; Göppfarth, D. / Milbrandt, B. (1998), S. 244.

³⁴ Vgl. Beyer F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005), S. 508.

³⁵ Dies wird auch als Kernspintomografie bezeichnet.

sondern ergänzt hat.³⁶ Das hat dazu geführt, dass die Anzahl an Großgeräten stetig gewachsen ist (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Großgeräte in Krankenhäusern

	2004	2008	Veränderung
Großgeräte in Krankenhäusern	8562	9891	1329 (+15,5%)

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005), S.56; Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), S. 60.

Zu sehen ist, dass die Anzahl an Großgeräten in den Krankenhäusern um 15,5% zugenommen hat. Diese Ausweitung des Bestandes ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Unter anderem sind der Wettbewerb unter den Krankenhäusern, welcher zu immer neuen Anschaffungen von besseren Geräten führt und die stetig steigende Nachfrage nach besseren Behandlungsmethoden zu nennen. Letztere ist vor allem auf Grund von fehlendem Kostenbewusstsein (auf Seiten der Ärzte und Patienten) problematisch.³⁷ Neben diesem konkreten Beispiel anhand der medizinischen Großgeräte wirkt sich der medizinisch-technische Fortschritt noch auf weitere Bereiche aus. Als Beispiel wären hier z. B. die Medizintechnik (u. a. Herzschrittmacher; betrifft Tabelle 2: Hilfsmittel und sonst. med. Bedarf) oder der Arzneimittelmarkt zu nennen.³⁸

Darüber hinaus werden dem medizinisch-technischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung (vgl. Abschnitt 4.2) Interdependenzen zugeschrieben. Das bedeutet, dass sich beide Determinanten gegenseitig verstärken und zu einem höheren Ausgabenanstieg führen (Sisyphus-These).³⁹ Darauf wird im folgenden Abschnitts näher eingegangen.

Allerdings sei darauf hingewiesen, dass medizinisch-technischer Fortschritt den Menschen positiven Nutzen beschert in Form von neuen Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Prothesen) oder neuen Operationsverfahren, die die Überlebenschancen erhöht haben. Diese Liste ließe sich noch um einige Punkte erweitern. Festzuhalten bleibt, dass die Lebenserwartung und die Lebensquali-

³⁶ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 255.

³⁷ Vgl. Schmidt, C. / Möller, J. (2006), S. 7.

³⁸ Vgl. Ziebarth, N. (2009), S. 42-44.

³⁹ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 247, 257.

tät für die Menschen verbessert wurden.⁴⁰ Die Entwicklung immer besserer Behandlungsmöglichkeiten bzw. der medizinisch-technische Fortschritt wird auch in Zukunft die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weiter antreiben.⁴¹

4.2 Demographische Entwicklung

Ein möglicherweise bedeutender Einflussfaktor auf die Ausgabenentwicklung auf der Nachfrageseite ist der demographische Wandel in Verbindung mit der Morbiditätsentwicklung.⁴² In diesem Zusammenhang wird auch von einem „doppelten Alterungsprozess“ gesprochen, da zum einen seit den 70er Jahren die Geburtenraten abnehmen und somit die jüngeren Generationen „schrumpfen“, zum anderen weil die älteren Generationen eine stetig ansteigende Lebenserwartung aufweisen und somit länger das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Ersteres führt vor allem dazu, dass die umlagefinanzierte GKV Finanzierungsschwierigkeiten bekommt, wohingegen Letzteres dazu führen könnte, dass die Ausgaben ansteigen.⁴³ Die Finanzierung gerät dadurch in Schieflage, dass die Anzahl der Erwerbstätigen in Relation zu den Rentnern abnimmt. Die Folge ist, dass die durchschnittlichen Einnahmen pro Kopf sinken. Ein Anstieg des Beitragssatzes gilt dabei als unstrittig, der Ausgabeneffekt des demographischen Wandels steht hingegen zur Diskussion.⁴⁴ Auf der Ausgabenseite lassen sich ein direkter und ein indirekter demographischer Ausgabeneffekt ausmachen.⁴⁵ Zunächst wird jedoch die demographische Entwicklung zum besseren Verständnis illustriert (vgl. Abbildung 4).

⁴⁰ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 254.

⁴¹ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009b), S. 217.

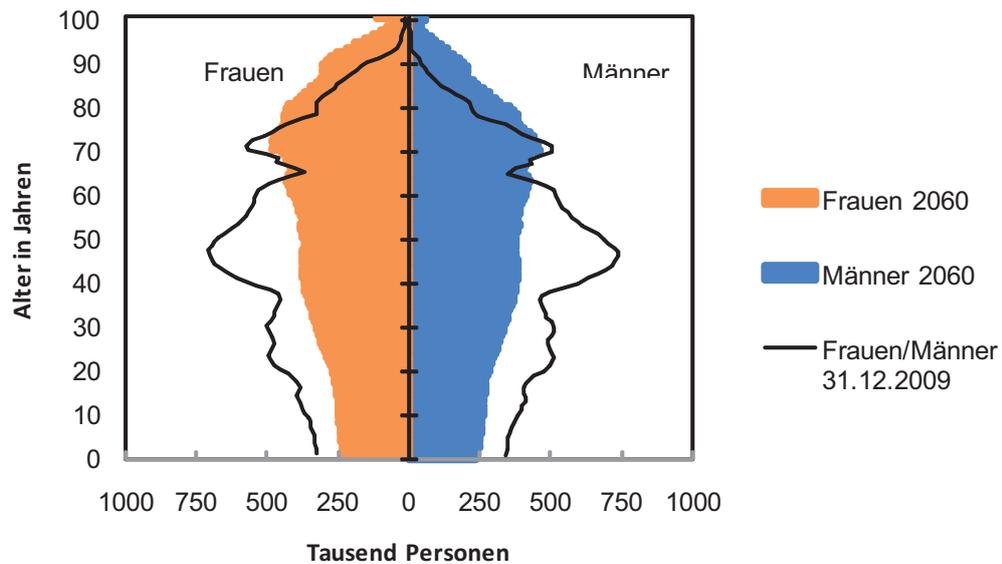
⁴² Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 251.

⁴³ Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 1-2.

⁴⁴ Vgl. Ulrich, V. (2003), S. 64-66.

⁴⁵ Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 2-8.

Abbildung 4: Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c).

Zu sehen ist, dass gerade in der künftigen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur die jungen Generationen in ihrer Anzahl abnehmen und die älteren Generationen (über 65 Jahre) zunehmen. Die ehemals „klassische“ Pyramidenform die zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch bestand und sich über die Jahrzehnte verändert hat, ist dann nicht mehr zu erkennen. Je nach Wanderungssaldo⁴⁶ gibt es eine Unter- und Obergrenze der „mittleren“ Bevölkerung, da sich der Wanderungssaldo nicht exakt bestimmen lässt und zudem beeinflussbar von Seiten der Politik ist.⁴⁷ Abgesehen vom Wanderungssaldo hat die Politik allerdings Schwierigkeiten zu intervenieren. Seit Einführung der Pille sind die Geburtenraten gesunken. Zuvor gab verhältnismäßig viele Geburten in den 60er Jahren: Der sogenannte „Baby-Boom“.⁴⁸ Selbst wenn es jetzt abrupt zu einem Geburtenanstieg käme, würde es zu einem temporär höheren Altenquotienten kommen. Die bevorstehenden Herausforderungen auf Einnahmen- und Ausgabenseite sind demnach Fakt.

⁴⁶ Wanderungssaldo bezeichnet den Saldo, welcher durch Immigration und Emigration entsteht.

⁴⁷ Vgl. Ulrich, V. (2003), S. 60.

⁴⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007), S. 8-9.

Der direkte Ausgabeneffekt ergibt sich aus dem Zusammenspiel der Entwicklung der Altersstruktur (vgl. Abbildung 4) und der Tatsache, dass ältere Menschen das Gesundheitssystem mehr in Anspruch nehmen und folgerichtig höhere Ausgaben verzeichnen. Die Ausgaben für Krankheiten lagen bei 15- bis 30-Jährigen bei 17768 Euro und bei 65- bis 85-Jährigen bei 77465 Euro. Der zukünftig höhere Ausgabenquotient sowie die Tatsache, dass ältere Menschen mehr Gesundheitsausgaben verursachen, werden das Gesundheitssystem in Zukunft belasten.⁴⁹ Daneben besteht ein indirekter Ausgabeneffekt. Dieser befasst sich mit der Morbiditätsentwicklung im Hinblick auf eine Verlängerung der Lebenserwartung.⁵⁰ Häufig diskutiert werden die konkurrierenden Aussagen der Medikalisierungsthese (auch Expansionsthese) und der Kompressionsthese. Die Morbiditätsthese geht davon aus, dass die Lebenszeit verlängert wird und die Menschen später sterben, diese zusätzliche Zeit jedoch in Krankheit verbracht wird und es durch die demographische Entwicklung zu einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben kommt. Die Kompressionsthese nimmt dagegen an, dass die zusätzlichen Lebensjahre überwiegend gesund verlebt werden, da es nach Ansicht der Befürworter erst kurz vor dem Tod zu einem sprunghaften Anstieg der Gesundheitsausgaben kommt. Die zusätzlichen Lebensjahre würden demnach die Kosten aufschieben, so dass sie lediglich zu einem späteren Zeitpunkt anfallen, aber im Extremfall insgesamt nicht steigen.⁵¹ Beide Thesen finden in der Literatur Zuspruch, da es für beide Argumentationsketten empirische Belege gibt, jedoch deuten jüngste Studien (auf Grund empirischer Berechnungen) an, dass der bisherige und kommende Verlauf eher der Kompressionsthese entspricht.⁵² Darüber hinaus findet sich eine Vielzahl weiterer Thesen, die in der Literatur diskutiert werden. Generell wird davon ausgegangen, dass der bisherige Kostenanstieg weniger auf die demographische Entwicklung als auf den medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen ist.⁵³

Der Zusammenhang von technischem Fortschritt und der demographischen Entwicklung wird ebenfalls kontrovers diskutiert. Während ein Teil der Wissen-

⁴⁹ Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 2-6; Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004), S. 38.

⁵⁰ Vgl. Fetzer, S. (2005), S. 8.

⁵¹ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 252-253; Ulrich, V. (2003), S. 68-69; Fetzer, S. (2005), S. 8-9.

⁵² Vgl. Kroll, L. E. / Ziese, T. (2009), S. 109-112.

⁵³ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 247, 253-254.

schaftler behauptet, dass sie sich in ihrer Wirkung auf die Ausgaben gegenseitig verstärken, geht ein anderer Teil davon aus, dass so ein Effekt nicht vorliegt. Innovationen können kostendämpfend wirken (vgl. auch Abschnitt 4.1), mittlerweile wird allerdings eher von einer verstärkenden Hebelwirkung zwischen demographischer Entwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt ausgegangen.⁵⁴ Von Befürwortern wird hierbei auch angeführt, dass der technische Fortschritt (verbunden mit höheren Gesundheitsausgaben) zu einer längeren Lebenszeit führt und die Mortalität abnimmt, wodurch wieder mehr Leistungen nachgefragt werden und die Ausgaben wieder steigen würden (Sisyphus-These). Empirische Belege liegen (auch auf Grund von Schwierigkeiten bei der Erfassung und Berechnung) hierfür allerdings noch nicht vor.⁵⁵

4.3 Arzneimittel

Arzneimittel haben in den letzten Jahren einen überdurchschnittlichen Ausgabeanstieg von 58% erfahren und stellen anteilig einen großen Ausgabenblock dar (vgl. Tabelle 2 auf S. 4). Seit der Ernennung des neuen Bundestages im Jahr 2009 hat Bundesminister Dr. Philipp Rösler das Ziel festgelegt, die Medikamentenpreise zu senken um Ausgaben einzusparen: „In Deutschland sind viele Medikamente zu teuer. Deshalb werden wir die Pharmafirmen in Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen zwingen ...“⁵⁶ Tatsächlich gibt es in Deutschland keine Preisregulierung wie in den meisten anderen europäischen Ländern. Dort erfolgt zumeist eine staatliche Preisfestsetzung. In Deutschland konnten die Hersteller ihre Preise bislang weitestgehend selbst festlegen (indirekte Preissteuerung über Festbeträge als Preisobergrenze wird bei Generika genutzt und zum Teil seit 2004 auch bei patentgeschützten Analogpräparaten).⁵⁷ Hersteller sollen dies bereits ausgenutzt haben, indem sie neue Medikamente ohne relevanten Zusatznutzen (im Vergleich zu schon bestehenden Medikamenten) zu überhöhten Preisen angeboten haben.⁵⁸ Dies stellte eine mögliche Schwachstelle im System dar, die sich durch das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) verringern soll. Im Folgenden wird untersucht, ob über-

⁵⁴ Vgl. Ulrich, V. (2003), S. 70-71.

⁵⁵ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 254, 257.

⁵⁶ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010b).

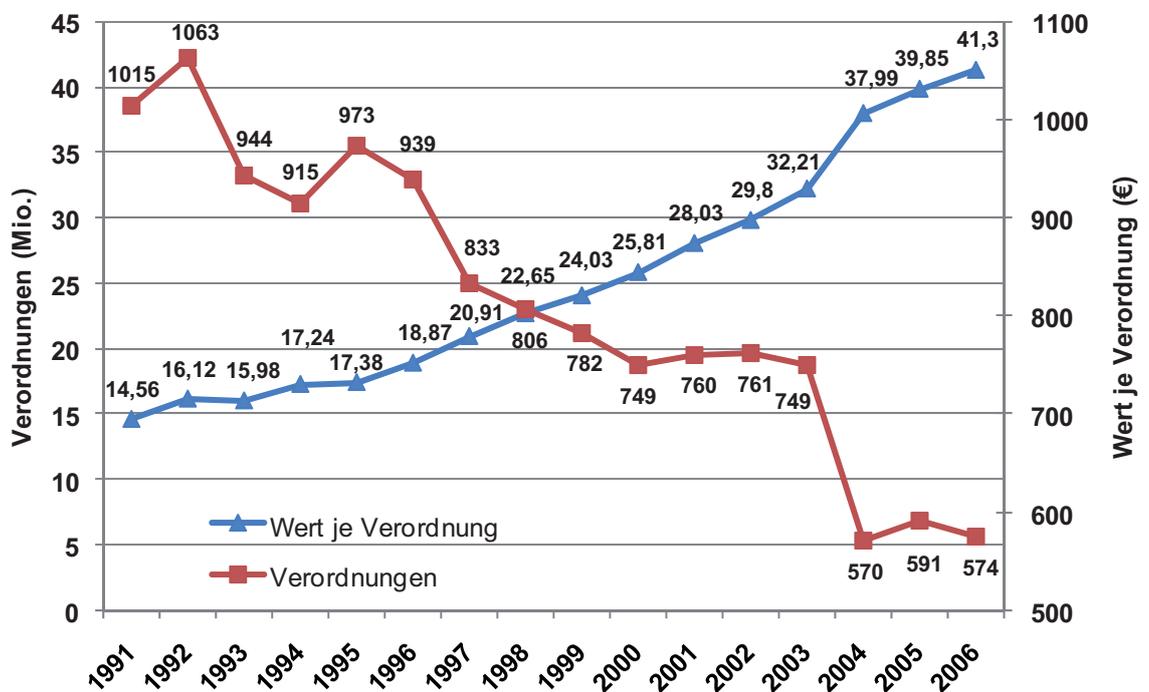
⁵⁷ Vgl. Glaeske, G. / Klauber, J. / Lankers, C. et. al. (2003), S. 28; Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 165.

⁵⁸ Vgl. Glaeske, G. / Pieper, K. / Windt, R. (2009), S. 13.

höhte Preise ein Kostentreiber für die Arzneimittelausgaben waren und wo weitere mögliche Treiber für den Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln liegen.

Unter den großen Ausgabenblöcken innerhalb der GKV haben die Arzneimittelausgaben den größten Zuwachs zwischen 2007 und 2008 hingelegt.⁵⁹ Dieser Zuwachs besteht allerdings im gesamten Gesundheitswesen schon länger (vgl. Tabelle 2). Zum Zweck der Analyse der Marktentwicklung sind die Anzahl und der Wert von verordneten Arzneimitteln interessant.

Abbildung 5: Entwicklung verordneter Arzneimittel nach Anzahl und Wert



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 159.

Es ist zu erkennen, dass die Anzahl der verordneten Arzneimittel seit 1991 kontinuierlich abgenommen, dagegen der durchschnittliche Wert einer Packung zugenommen hat (vgl. Abbildung 5). Die Entwicklung des Werts je Verordnung lässt sich mittels zweier gegenläufiger Variablen erklären: Zum einen die Preise der Arzneimittel, zum anderen die sogenannte Strukturkomponente. Die Strukturkomponente lässt sich wie folgt definieren: „Die Strukturkomponente erfasst Umsatzänderungen im Gesamtmarkt, die auf eine veränderte Struktur der Ver-

⁵⁹ Vgl. Schwabe, U. (2009), S. 1.

ordnungen zurückzuführen sind.“⁶⁰ Die Strukturkomponente gilt als Haupttreiber für die Steigerung der Arzneimittelausgaben.⁶¹ Sie lässt sich in zwei Arten unterteilen:

1. Intramedikamentenkomponente: Gleiche Medikamente werden in unterschiedlicher Stärke, Packungsgröße sowie Darreichungsform angeboten und es finden Verschiebungen zwischen jenen statt.
2. Intermedikamentkomponente: Es kommt zu einer Verschiebung zwischen unterschiedlichen Medikamenten.

Der durchschnittliche Preis für Arzneimittel ist seit der Jahrtausendwende kontinuierlich gesunken. Dieser Effekt wurde jedoch überkompensiert durch eine höhere Strukturkomponente: Vor allem die Intermedikamentenkomponente mit einer Verschiebung zu anderen, teureren Präparaten, aber auch die Intramedikamentkomponente in Form von zunehmenden Verordnungen größerer Packungen haben dafür gesorgt.⁶² Neben der Strukturkomponente treten weitere Merkmale auf, die die Kosten steigen lassen.

In Deutschland ist der Anteil an patentgeschützten Arzneimitteln am Umsatz von 10,2% (1993) auf 35,1% (2006) gestiegen. Dies führt zu einem Kostenanstieg, da neue patentgeschützte Produkte zumeist teurer als schon bestehende Medikamente sind. Die Hersteller profitieren davon, weil neue Wirkstoffe hier zu Lande direkt erstattungsfähig durch die GKV sind. Zudem wird dem Kunden suggeriert, dass neue Produkte mit einer besseren Wirkung verbunden sind, so dass sie bereit sind einen höheren Preis zu zahlen.⁶³

Des Weiteren ist die Distribution von Arzneimitteln in Deutschland als Kostenfaktor zumindest beim Vergleich innerhalb der Europäischen Union zu nennen. Im internationalen Vergleich liegen die Kosten für die Distribution in der Bun-

⁶⁰ Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 159.

⁶¹ Vgl. Hajen, L. / Paetow, H. / Schumacher, H. (2010), S. 221.

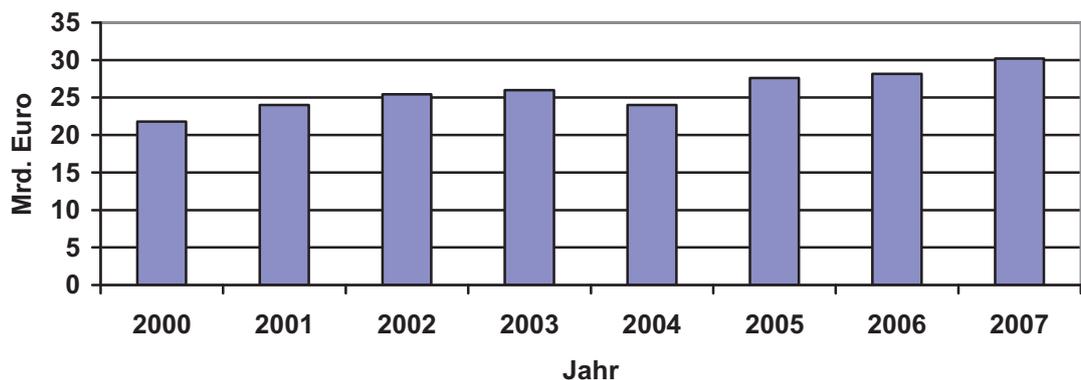
⁶² Vgl. Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 159-160.

⁶³ Vgl. Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 169-172.

desrepublik höher als in den meisten anderen Ländern der Europäischen Union.⁶⁴

Neben dem Ende März durch Gesundheitsminister Rösler veröffentlichten Arzneimittel-Sparkonzept, wurden in der Vergangenheit weitere politische Maßnahmen in die Wege geleitet um dem Kostenanstieg von Arzneimitteln entgegen zu wirken. Dies geschieht durch gesetzliche Änderungen wie z. B. im Jahr 2004. Diese Gesetzesänderung hatte eine Ausgabensenkung zur Folge, allerdings war dieser Effekt nur kurzfristig zu verzeichnen.⁶⁵ Die Arzneimittel standen jedoch schon öfter im Fokus der Politik.⁶⁶ Allerdings konnte bisher (abgesehen von der kurzfristigen Ausnahme im Jahr 2004) kein dauerhaft zu beobachtender Erfolg bei den Arzneimittelausgaben festgestellt werden, wie folgende Abbildung belegt:

Abbildung 6: Arzneimittelausgaben der GKV (2000-2007)



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a), S. 27.

4.4 Weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitsausgaben

Neben den bekanntesten (weil am meisten diskutierten) Einflussfaktoren (medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Entwicklung) und den aktuell politisch bedeutsamen Kostentreibern (Arzneimittel), gibt es noch einige weitere

⁶⁴ Vgl. Glaeske, G. / Klauber, J. / Lankers, C. et. al. (2003), S. 20-23.

⁶⁵ Vgl. Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008), S. 151.

⁶⁶ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 12-13.

Einflussgrößen auf die Entwicklung von Gesundheitsausgaben, die im Folgenden angesprochen werden.

Auf der Angebotsseite wird in der Literatur die angebotsinduzierte Nachfrage als weitere Determinante genannt. Zwischen Arzt und Patienten bestehen asymmetrisch Informationsverteilungen, da der Arzt in der Regel ein breiteres Wissen über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten gegenüber dem Patienten verfügt.⁶⁷ Lässt der Arzt dabei eigene Entscheidungen einfließen um die Nachfragemenge indirekt zu erhöhen (z. B. um ein gewisses Einkommen zu erzielen), wird von angebotsinduzierter Nachfrage gesprochen.⁶⁸ Dies geschieht z. B. indem der Arzt dem Patienten Behandlungen verschreibt, die ihm keinen oder kaum Nutzen bringen, gleichzeitig aber auch keinen Schaden hervorrufen (Newhouse spricht hierbei von „defensive medicine“).⁶⁹ Durch diese induzierte Nachfrage entstehen Ausgaben, die ohne Induzieren seitens des Arztes nicht aufgekommen wären. Ebenfalls können neue Diagnoseverfahren oder Arzneimittel Nachfrage induzieren. Das Pendant hierzu bildet das nachfrageinduzierte Angebot. Das tritt auf, wenn die Nachfrage ein gewisses Angebot auslöst, z. B. bei Internetapotheken.⁷⁰

Ein systemimmanenter Einflussfaktor ist der sogenannte negative Preisstruktureffekt. Dieser Effekt ist zu Beginn in Abschnitt 2.1 schon angeklungen (vgl. S. 2). Der Effekt beschreibt, dass der Preisindex für Gesundheitsleistungen tendenziell stärker steigt als der allgemeine Verbraucherpreisindex. Die Differenz aus beiden Größen ist der Preisstruktureffekt der üblicherweise im Gesundheitssektor negativ ausfällt. Dieser Effekt tritt generell in Dienstleistungsbranchen auf und wird dadurch begründet, dass bei gleicher Lohnentwicklung die Arbeitsproduktivität im Dienstleistungssektor langsamer zunimmt als in anderen Wirtschaftsbereichen.⁷¹ Dadurch kommt es zu erhöhten Ausgaben, allerdings in eher geringerem Umfang.⁷²

⁶⁷ Vgl. SVR für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 42.

⁶⁸ Vgl. Ziebarth, N. (2009), S. 73.

⁶⁹ Vgl. Newhouse, J. (1992), S. 8.

⁷⁰ Vgl. Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a), S. 247-248.

⁷¹ Vgl. SVR für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 42-43.

⁷² Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006), S. 187.

Eine Begleiterscheinung des demographischen Wandels ist die Zunahme von Einzelhaushalten. Erreichen diese Personen das pflegebedürftige Alter sind sie auf externe Hilfe (z. B. in Pflegeheimen) angewiesen. Ehepartner könnten sich hingegen gegenseitig pflegen. Ein Gutachten von 2003 nimmt darauf aufbauend an, dass zwei alleinstehende Personen mehr Gesundheitsausgaben verursachen als ein Ehepaar.⁷³ In der Tat ist die Anzahl der Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen (zwischen 1995 und 2003 gab es einen Anstieg von 78%).⁷⁴ Inwieweit die Zunahme der Einzelhaushalte dabei eine Rolle spielt und spielen wird, ließ sich nicht ermitteln.

Ebenfalls diskutiert wird der Gesundheitszustand der Bevölkerung als Einflussgröße auf die Gesundheitsausgaben, auch wenn sich ein direkter Zusammenhang laut dem Robert Koch-Institut bisher nicht nachweisen ließ.⁷⁵ Ungeachtet dessen würde der Theorie nach eine morbidere Bevölkerungsstruktur dazu führen, dass mehr Gesundheitsleistungen nachgefragt werden (bei bestehendem Krankenversicherungsschutz). Als Indikator wird z. B. die Fallzahl pro Jahr in Krankenhäusern herangezogen.⁷⁶ Die Fallzahl in Krankenhäuser ist seit 1991 (mit kurzfristigen Ausnahmen) stetig angestiegen.⁷⁷ Dieses Indiz würde demnach auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung schließen. Jedoch verweisen Studien darauf, dass keine Rückschlüsse von der Nutzungshäufigkeit medizinischer Leistungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung gezogen werden können.⁷⁸ Somit bleibt eine abschließende Beurteilung zu der These, dass der Gesundheitszustand einer Bevölkerung Einfluss auf die Gesundheitsausgaben hat, aus, auch wenn sie im ersten Augenblick logisch erscheinen mag.

Des Weiteren gibt es auf Seiten der Nachfrage eine weitere Determinante die untersucht wurde: Der Einkommenseffekt auf die Gesundheitsausgaben. Es wird erwartet, dass ein höheres Einkommen (und damit ein höheres Wohlstandsniveau), welches z. B. an einem höheren Pro-Kopf-Einkommen zu er-

⁷³ Vgl. SVR für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 43.

⁷⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2004), S. 115.

⁷⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006), S. 187.

⁷⁶ Vgl. Ziebarth, N. (2009), S. 70.

⁷⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b), S. 14.

⁷⁸ Vgl. Barer, L. M. / Evans, R. G. / Hertzman, C. et al. (1987), S. 854.

kennen ist, zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen führt.⁷⁹ Dabei muss zwischen einer mikro- und makroökonomischen Betrachtungsweise unterschieden werden. Zudem ist der Einkommenseffekt verbunden mit der Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben⁸⁰: Auf mikroökonomischer Ebene deuten Studien an, dass Gesundheit ein Basisgut⁸¹ ist. Bei makroökonomischer Betrachtungsweise hingegen, dass es sich um ein Luxusgut⁸² handelt.⁸³ Demnach scheint der Einfluss des Einkommens unbestritten zu sein, lediglich die Höhe hängt bisweilen von der Betrachtungsweise ab.

5 Fazit

Die Gesundheitsausgaben haben in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Anstieg hingelegt. Im Anbetracht des BIP haben sie sich allerdings zuletzt recht konstant verhalten. Deutschland liegt im internationalen Vergleich im Durchschnitt, was die Zunahmen an Ausgaben angeht, weist jedoch insgesamt bei den Gesundheitsausgaben pro BIP und den Pro-Kopf-Ausgaben hohe Werte auf. Der Haupttreiber der letzten Jahre ist der medizinisch-technische Fortschritt, wohingegen der Einfluss des demographischen Wandels dazu im Vergleich noch recht moderate Einwirkungen hatte. Dies wird sich allerdings in Anbetracht des noch verschärfenden demographischen Wandels in Zukunft ändern (neben dem demographischen Finanzierungseffekt auch durch den direkten demographischen Ausgabeneffekt). Dabei gilt es für die Wissenschaft in Zukunft zu klären, inwieweit die zusätzlichen gewonnenen Lebensjahre der Menschen die Gesundheitsausgaben beeinträchtigen werden (indirekter demographischer Ausgabeneffekt). Der Kostenanstieg des medizinisch-technischen Fortschritts ist vor allem auf die verhältnismäßig hohe Anzahl an Produktinnovationen zurückzuführen, da sie vorhandene Medikamente oder Behandlungsmethoden meistens nur ergänzen anstatt sie zu ersetzen. Prozessinnovationen bringen dagegen bisher nicht die benötigten ausgleichenden Einsparungen. Auf der anderen Seite entsteht hierdurch auch ein größerer Nutzen auf Seiten der Konsumenten in Form von einer verbesserten Lebensqualität und einem länge-

⁷⁹ Vgl. Meidenbauer, T. (2005), S. 6.

⁸⁰ Die Einkommenselastizität gibt an, um wie viel Prozent die Gesundheitsausgaben steigen, wenn das Einkommen um einen Prozent steigt.

⁸¹ Die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben ist kleiner als eins.

⁸² Die Einkommenselastizität der Gesundheitsausgaben ist größer als eins.

⁸³ Vgl. Ziebarth, N. (2009), S. 26.

rem Leben. Den medizinisch-technischen Fortschritt adäquat zu lenken, dabei ökonomische und soziale Aspekte zu vereinen sowie den Fortschritt nicht zu behindern, wird in Zukunft eine Aufgabe der Forschung und Politik sein. Neben diesen beiden Einflussfaktoren trat vor allem der Anstieg der Arzneimittelausgaben in Erscheinung, der insbesondere die GKV belastet hat. Der Grund dafür lag insbesondere in einer höheren Strukturkomponente. Die Politik hatte bisher Schwierigkeiten dem Anstieg entgegen zu treten. Es wird sich zeigen, ob das neue ausgearbeitete Arzneimittel-Sparpaket die Ausgaben nachhaltiger bremsen kann als bisherige Eingriffe. Darüber hinaus gibt es eine Fülle weiterer Determinanten, die insbesondere verdeutlichen, dass das ganze System einem komplexen Einflussprozess unterliegt. Bei vielen Determinanten herrscht in der Wissenschaft noch Uneinigkeit über ihren Einfluss auf die Ausgaben (u. a. die Zunahme von Einzelhaushalten oder der Gesundheitszustand der Bevölkerung), wohingegen bei einigen auch ein gewisser Konsens besteht (u. a. der negative Einfluss der angebotsinduzierten Nachfrage oder des negativen Preisstruktureffekts auf die Ausgaben).

Literaturverzeichnis

Barer, L. M. / Evans, R. G. / Hertzman, C. et al. (1987):

Aging and Health Care Utilization: New Evidence On Old Fallacies, Social science & medicine, 24. Jg. , Heft 10, S. 851-862.

Beyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005):

Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2004):

Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, o. O..

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010a):

O-Ton Minister Dr. Rösler zu Eckpunkten Arzneimittelmarkt (Eingangstatement), URL:

http://www.bmg.bund.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittelpreise/10-03-26-Arzneimittelpaket-o-ton-gesamt,templateId=raw,property=publicationFile.mp3/10-03-26-Arzneimittelpaket-o-ton-gesamt.mp3 [Stand 10.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010b):

Interview von Minister Rösler mit der Bild-Zeitung, 10.03.2010, URL:

http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168602/SharedDocs/Interviews/DE/10-03-11-bild.html?__nnn=true [Stand 07.04.2010].

Busse, R. / Riesberg, A. (2005):

Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, Kopenhagen.

Böll, S. (2009):

Krankes System mit Knalleffekt, URL:

<http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,653784,00.html> [Stand 07.04.2010].

Coca, V. / Nink, K. / Schröder, H. (2008):

Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2006, in: Schwabe, U. / Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2007, Heidelberg, S. 149-204.

Fetzer, S. (2005):

Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, in: Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau (Hrsg.), Diskussionsbeiträge, Bd. 130, Freiburg.

Glaeske, G. / Klauber, J. / Lankers, C. et al. (2003):

Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, o. O..

Glaeske, G. / Pieper, K. / Windt, R. (2009):

Status quo und Zukunft der Apotheken in der Arzneimittelversorgung, in: Glaeske, G. / Schick Tanz, C. / Janhsen, K. (Hrsg.), GEK-Arzneimittel-Report 2009, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 68, , Bremen, Schwäbisch Gmünd, S. 8-64.

Göpffarth, D. / Milbrandt, B. (1998):

Das Gesundheitswesen als Beschäftigungs- und Wachstumsfaktor, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 6. Jg., Heft 3, S. 202-304.

Hajen, L. / Paetow, H. / Schumacher, H. (2010):

Gesundheitsökonomie, Aufl. 5, Stuttgart.

Kroll, L. E. / Ziese, T. (2009):

Kompression oder Expansion der Morbidität?, in: Böhm, K. / Tesch-Römer, C. / Ziese, T. (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin S. 105-112.

Mardorf, S. / Böhm, K. (2009a):

Bedeutung der demografischen Alterung für das Ausgabengeschehen im Gesundheitswesen, in: Böhm, K. / Tesch-Römer, C. / Ziese, T. (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S. 247-266.

Mardorf, S. / Böhm, K. (2009b):

Finanzierung der Gesundheitsversorgung, in: Böhm, K. / Tesch-Römer, C. / Ziese, T. (Hrsg.), Gesundheit und Krankheit im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S. 216-226.

Meidenbauer, T. (2005):

Das Wachstum der Gesundheitsausgaben - Determinanten und theoretische Ansätze, in: Universität Bayreuth (Hrsg.), Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere, Nr. 07-05, Bayreuth.

Müller, M. / Böhm, K. (2009):

Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens, in: Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 45, Berlin.

Newhouse, J. (1992):

Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?, in: American Economic Association (Hrsg.), Journal of Economic Perspectives, 6. Jg., Heft 3, S. 3-21.

OECD (Hrsg.) (2009a):

Total expenditure on health, percentage of GDP 1980 to 2007, URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2009-tablea_12-en [Stand 07.04.2010].

OECD (Hrsg.) (2009b):

OECD-Gesundheitsdaten 2009 – Deutschland im Vergleich, URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf> [Stand 07.04.2010].

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2006):

Gesundheit in Deutschland, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003):

Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, o. O..

Schmidt, C. / Möller, J. (2006):

Katalysatoren des Wandels, in: Klauber, J. / Robra, B.-P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart, S. 3-19.

Schwabe, U. (2009):

Arzneimittelkosten stiegen 2008 erneut an, in: o. V., Pressekonferenz – Arzneiverordnungs-Report 2009, 17.09.2009, Berlin.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2004):

Gesundheit – Krankheitskosten 2002, Presseexemplar, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2005):

Gesundheitswesen – Grunddaten der Krankenhäuser 2004, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006a):

Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004 Presseexemplar, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2007):

Geburten in Deutschland, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009a):

Gesundheit – Ausgaben 1995 bis 2007, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2009b):

Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a):

Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger (Tabellencode: 23611-0001), Zeitraum: 1995-2007, URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online;jsessionid=D4DBF6F21EE105A645CC15F6B95F5288.tcggen1> [Stand 27.03.2010].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b):

Gesundheit auf einen Blick – Ausgabe 2009, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c):

12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, URL: <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>.

Ulrich, V. (2003):

Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, in: Albring, M. / Wille, E. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnamenschwäche und Koordinierungsproblemen, in: König, H. / Nachtkamp, H.-H. / Schlieper, U. et al. (Hrsg.), Allokation im Marktwirtschaftlichen System, Bd. 48, Frankfurt am Main, Berlin, Bern et al., S. 59-83.

Woratschka, R. (2010):

Kampf den Kostentreibern, in: Zeit-Online (Hrsg.), 10.03.2010, S. 1-4, URL: <http://pdf.zeit.de/politik/deutschland/2010-03/roesler-pharmazneimittelkosten.pdf> [Stand 07.04.2010].

Ziebarth, N. (2009):

Einflussfaktoren der Entwicklung von Gesundheitsausgaben – Der Stand der internationalen Fachliteratur am Beispiel Deutschlands, München.

2 Wirkungen der vergangenen Kostendämpfungsgesetze auf die Ausgabenentwicklung in der GKV

Enno Fedderken

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	31
1. Einleitung	33
2. Überblick über die wichtigsten Kostendämpfungsgesetze	34
2.1 Historischer Überblick von 1975 bis 2008	34
2.2 Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993	37
2.3 Das GKV- Modernisierungsgesetz	38
3. Betrachtung der Reformwirkung auf die Ausgaben der GKV	40
3.1 Die Ausgabenentwicklung der GKV von 1991-2009.....	40
3.2 Kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Kostendämpfungs- gesetze auf die GKV-Ausgaben (1991-2009).....	41
3.2.1 Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetz 1993 auf die Ausgabenentwicklung	41
3.2.2 Auswirkungen des GKV Modernisierungsgesetzes auf die Ausgaben	43
3.2.3 Überblick über die finanziellen Auswirkungen der übrigen Kostendämpfungsgesetze (1992-2008).....	46
3.3 Die langfristige Wirkung der Kostendämpfungsgesetze	48
4. Ausblick auf die Notwendigkeit zukünftiger Reformen	50
5. Fazit	51
Literaturverzeichnis	53

Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
Abb.	Abbildung
Art.	Artikel
Bd.	Band
BeitrEntlG	Beitragsentlastungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BSSichG	Beitragssicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union
CSU	Christlich Soziale Union
de	Deutschland (Internetkürzel)
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DM	Deutsche Mark
DRG	Diagnosis Related Groups
etc.	et cetera
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRG	Gesundheitsreformgesetz
Hrsg.	Herausgeber
html	Hypertext Markup Language
http	Hypertext Transfer Protocol
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVEG	Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz
Mio.	Millionen
Mrd.	Milliarden
NOG	Neuordnungsgesetz
o.O.	ohne Ort

S.	Seite
SoIG	Solidaritätsstärkungsgesetz
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SVR	Sachverständigenrat
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
Vgl.	Vergleich
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WHO	World Health Organization
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
www	world wide web
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Ein Preismoratorium für Arzneimittel ohne Festbetrag, Herstellerrabatte und verbindliche Preisverhandlungen für die Pharmaunternehmen sind einige Forderungen des heutigen Gesundheitsministers Philipp Rösler.¹ Er reagierte damit auf die steigenden Arzneimittelausgaben, die allein 2009 einen Zuwachs um 1,5 Mrd. auf 32 Mrd. Euro verzeichneten. Wie die derzeitige Debatte über die Reduzierung der hohen Arzneimittelkosten zeigt, ist das Thema der Kostendämpfung und der staatlichen Regulierung sehr aktuell. Umso interessanter ist die Frage, inwieweit die vergangenen Kostendämpfungsgesetze mit ihren Einsparungsmaßnahmen, die sich im Großen und Ganzen nicht sehr von den heutigen Forderungen unterscheiden (vgl. 2.1), die Gesamtausgaben der GKV beeinflusst haben. Diese Fragestellung soll im nachfolgenden Text ausführlich untersucht und behandelt werden. Dazu wird im Rahmen dieser Arbeit zunächst ein historischer Überblick über den Anfang der Kostendämpfungsgesetze (1977) bis zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007) gegeben, um dann im Speziellen auf das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und das GKV-Neuordnungsgesetz 2004 einzugehen. Im dritten Teil werden zunächst die kurz- und mittelfristigen Auswirkungen der beiden Gesetze auf die Ausgabenentwicklung untersucht. Dabei werden die Entwicklungen der verschiedenen Leistungsträger und Leistungsarten analysiert, um Rückschlüsse auf den Erfolg der Reformen ziehen zu können. Des Weiteren werden die Wirkungen der großen Reformen seit 1991 auf die GKV-Gesamtausgaben aufgezeigt, um zum Abschluss dieses Kapitels die Untersuchungen auf die langfristige Wirkung der Kostendämpfungsgesetze zu richten. Dabei wird vor allem die Aussagekraft des durchschnittlichen Beitragssatzes und der Kennzahl „GKV-Ausgaben/BIP“ in Bezug auf die Ausgabenentwicklung der letzten Jahre untersucht. Abschließend wird im letzten Kapitel kurz auf die zukünftige Entwicklung der GKV-Ausgaben, insbesondere unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts, eingegangen, um die zukünftige Bedeutung der Kostendämpfungsgesetze besser beurteilen zu können.

¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010), S. 1-4.

2 Überblick über die wichtigsten Kostendämpfungsgesetze

In diesem Teil der Arbeit soll zunächst die historische Entwicklung der Kostendämpfungsgesetze seit 1975 aufgezeigt werden. In den folgenden Abschnitten werden die Änderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und das GKV-Modernisierungsgesetz 2003 ausführlich beschrieben.

2.1 Historischer Überblick von 1975 bis 2008

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden bis 1975 Investitionen in den infrastrukturellen Aufbau von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie eine Ausweitung des Leistungskatalogs (Mutterschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennungsmaßnahmen, Früherkennungsmaßnahmen bei Säuglingen etc.) der Gesetzlichen Krankenversicherung gefördert.² Zwischen 1970-1977 stiegen die durchschnittlichen Beitragssätze der Krankenversicherung, bedingt durch ausufernde Gesundheitskosten von 8,2 auf 11,2 Prozentpunkte an.³ Daraufhin wurde 1977 mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz das erste Kostendämpfungsgesetz eingeführt.⁴ „Als Kostendämpfungsgesetz werden jene Eingriffe des Gesetzgebers in die Reichsversicherungsordnung bzw. das Sozialgesetzbuch bezeichnet, die eine Abschwächung des Anstiegs der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirken sollen.“⁵ Mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz wurde unter anderem die Eigenbeteiligung bei Medikamenten und Zahnersatz erhöht, eine Selbstbeteiligung bei krankheitsbedingten Fahrtkosten eingeführt und Kuren eingeschränkt.⁶ „Das Prinzip der Kostendämpfung in Deutschland war eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik, um stabile Beitragssätze zu gewährleisten. Dies war ein wichtiges Ziel in einer Phase wirtschaftlicher Restrukturierung und wachsendem internationalen Wettbewerb [...]“⁷ Auf das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz folgten

² Vgl. Behaghel, K. (1994), S. 151-152; Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 29.

³ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009); Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 29-30.

⁴ Vgl. Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 29-30.

⁵ Behaghel, K. (1994), S. 157.

⁶ Vgl. Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz) (1977), Art. 1 Nr. 7, 8, 13, 14.

⁷ Vgl. Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 220.

zahlreiche Kostendämpfungsgesetze, wobei die wichtigsten in Tabelle 1 dargestellt sind.

Tabelle 1: Die wichtigsten Kostendämpfungsgesetze von 1977-2007

Jahr der Verabschiedung ⁸	Gesetz
1977 (1977)	Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz
1981 (1982)	Kostendämpfungsergänzungsgesetz
1981 (1982)	Krankenhauskostendämpfungsgesetz
1982 (1983)	Haushaltsbegleitgesetz 1983
1984 (1985)	Krankenhausneuordnungsgesetz
1988 (1989)	Gesundheitsreformgesetz 1989
1992 (1993)	Gesundheitsstrukturgesetz 1993
1996 (1997)	Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz
1997 (1997)	1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz
1998 (1999)	Solidaritätsstärkungsgesetz
1999 (2000)	GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000
2001 (2002)	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
2002 (2002)	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz
2003 (2003)	Beitragssatzsicherungsgesetz
2003 (2004)	GKV-Modernisierungsgesetz
2006 (2006)	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
2007 (2007)	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Quelle: In Anlehnung an: Busse, R / Riesberg, A. (2005), S. 224.

Das Kostendämpfungsergänzungsgesetz erhöhte die Eigenbeteiligung bei Arznei- und Heilmitteln, Brillen, Zahnersatz und den Fahrtkosten.⁹ Das Krankenhauskostendämpfungsgesetz und das Krankenhausneuordnungsgesetz forderten den Bettenabbau, ermöglichten die Finanzierung von Einsparungsmaßnahmen über den Pflegesatz und erweiterten den Einfluss der Länder bei Bedarfs- und Investitionsentscheidungen im stationären Bereich.¹⁰ Mit dem

⁸ In Klammer: Jahr, in dem das Gesetz in Kraft trat.

⁹ Vgl. Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (1981), Art. 1 Nr. 3, 5, 10.

¹⁰ Vgl. Krankenhauskostendämpfungsgesetz (1981), Art. 1 Nr. 1-11; Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (1984), Art. 1 Nr. 18, 19.

Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden erstmals Festbeträge für sowohl Arzneimittel als auch Seh- und Hörhilfen eingeführt, die Selbstbeteiligung für Heilmittel, stationäre Versorgung und Zahnersatz erhöht und der Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, deren wirtschaftliche oder medizinische Wirkung angezweifelt wird, erlaubt.¹¹ Das Gesundheitsstrukturgesetz erhöhte den Selbstbehalt und versuchte den Wettbewerb unter den Krankenkassen mit geeigneten Maßnahmen zu verstärken (vgl. auch 2.2).¹² Am 1. Januar 1997 trat das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz in Kraft und kürzte den Beitragssatz aller Krankenkassen um 0,4 Prozentpunkte. Außerdem wurde das Krankengeld verringert und die Zuzahlung für den Zahnersatz der Personen, die nach dem 1. Januar 1979 geboren wurden, restlos gestrichen.¹³ Die zwei GKV-Neuordnungsgesetze führten zu einer weiteren Erhöhung der Eigenbeteiligung bei Arznei- und Verbandsmitteln, Krankenhausbehandlungen, Fahrtkosten sowie Heil- und Hilfsmitteln. Des Weiteren wurde ein Krankenhausnotopfer in Höhe von 20 DM für die Dauer von drei Jahren eingeführt, Beitragssatzveränderungen sollten sich direkt auf die Zuzahlungsbeträge der Versicherten auswirken und Behandlungskosten mussten mit dem Zahnarzt selbst abgewickelt werden, während die Kassen lediglich einen Festzuschuss bezahlten.¹⁴ Die harten Einschnitte stießen auf große Ablehnung der Opposition. 1998 brachte daher die rot-grüne Regierung mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz ein Gesetz auf den Weg, dass viele Neuerungen rückgängig machte. Unter anderem wurde das Krankenhausnotopfer wieder abgeschafft, Zahnersatzleistungen wurden wieder eine Sachleistung sowie für alle Versicherten bezuschusst und Zuzahlungen für Arzneimittel gesenkt. Auch die Budgets für ambulante Leistungen und Arzneimittel wurden wieder eingeführt.¹⁵ Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 bereitete zudem die Einführung eines neuen pauschalisierten Entgeltsystems für den stationären Sektor ab 2003 vor.¹⁶ Die von 2000-2003 erlassenen Gesetze zielten vor allem auf eine Stabilisierung der Arzneimittelausgaben ab, z. B. die Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets

¹¹ Vgl. Gesundheits- Reformgesetz (1988), Art. 1 Drittes Kapitel, Fünfter Abschnitt, Erster Titel: §30-§36, §39, §40.

¹² Vgl. Gesundheitsstrukturgesetz (1992), Art. 1 Nr. 16-24, 137-138.

¹³ Vgl. Beitragsentlastungsgesetz (1996), Art. 1 §2, Art. 2 Nr. 7, 14.

¹⁴ Vgl. 1. GKV- Neuordnungsgesetz (1997), Art. 1 Nr. 4; 2.GKV- Neuordnungsgesetz (1997), Art. 1 Nr. 6-10, Art. 17 §2.

¹⁵ Vgl. Solidaritätsstärkungsgesetz (1998), Art. 1 Nr. 2-3, 5, Art. 3.

¹⁶ Vgl. GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999), Art. 4 Nr. 1, 2.

aufgrund von Akzeptanzproblemen seitens der Ärzteschaft¹⁷ durch eine Arznei- und Heilmittelvereinbarung der kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen¹⁸ und die Erhöhung der Apotheken- und Herstellerrabatte.¹⁹ 2004 trat das GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft, das die Selbstbehalte der Versicherten weiter erhöhte und gleichzeitig auch eine Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen vorantreiben sollte (vgl. 2.3). 2006 wurde mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz ein zweijähriger Preisstopp für Medikamente, die zu Lasten der GKV verschrieben wurden, eingeführt. Des Weiteren kann der Spitzenverband der Krankenkassen Arzneimittel, die 30% unter dem Festbetrag liegen, von der Zuzahlung befreien.²⁰ Das GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz brachte zahlreiche Änderungen im Bereich der Krankenkasse, z. B. die Einführung eines Bundesverbands für alle Kassen, den Gesundheitsfonds, der nun zentral die Gelder an die Krankenkassen verteilt sowie größere Vertrags- und Fusionsfreiheiten.²¹ Seit der Verabschiedung des ersten Kostendämpfungsgesetzes folgten 17 größere Gesundheitsreformen in 31 Jahren, wobei die zeitlichen Abstände zwischen den Reformen immer geringer wurden (vgl. Tab. 1).

2.2 Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993

Das Gesundheitsstrukturgesetz gilt als die „bedeutendste Gesundheitsreform der 1990er Jahre“²². Das Gesetz basiert auf dem von SPD und CDU/CSU ausgehandelten Kompromiss von Lahnstein,²³ weswegen es unter anderem auch als Lahnsteinkompromiss bekannt wurde. Die ersten Komponenten des Gesetzes sind reine Kosteneinsparungsmaßnahmen, wie z. B. die Einführung der Zuzahlungen zu Arznei- und Heilmitteln mit Festpreisen in Höhe von 3-7 DM, abhängig vom Festpreis des Medikaments (ab 1994 von der Packungsgröße) oder die Einführung strikter Budgets für alle Leistungsbereiche des Gesundheitssystems mit Ausnahme der präventiven Maßnahmen. Weitere Maßnahmen

¹⁷ Vgl. Bundestagsfraktion SPD / Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen (Hrsg.) (2001), S. 1.

¹⁸ Vgl. Arzneimittelbudgetablösungsgesetz (2001), Art. 1 Nr. 3.

¹⁹ Vgl. Arzneimittelausgaben- Begrenzungsgesetz (2002), Art. 1 Nr. 5; Beitragssicherungsgesetz (2002), Art. 1 Nr. 7, 8.

²⁰ Vgl. Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (2006), Art. 1 Nr. 1, 7.

²¹ Vgl. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007), Art. 1 Nr. 149, 178.

²² Vgl. Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 226.

²³ Vgl. Czada, R. (2004), S. 141.

waren die Zuzahlungspflicht bei Zahnersatz von bis zu 50% und die Selbstbeteiligung von bis zu 20% an kieferorthopädischen Eingriffen.²⁴ Die zweite Komponente des Gesetzes beabsichtigte das Gesundheitssystem effizienter zu gestalten. Dazu zählt die Beschränkung der kassenärztlichen Sitze in einer Region, um ausufernde Kosten und eine Überversorgung zu vermeiden. Des Weiteren sollte der Wettbewerb unter den Krankenkassen gefördert werden, indem zum einen dem Großteil der Versicherten die Wahl einer Krankenkasse freigestellt wurde (ab 1996) und zum anderen, indem der Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen einführt wurde (ab 1994), um einer Marktdiskriminierung einzelner Risikogruppen entgegenzuwirken.²⁵ Im Bereich der Krankenhausfinanzierung wurde das Selbstkostendeckungsprinzip, das keine Sparanreize bot, durch ein System von leistungsorientierten Fallpauschalen und Sonderentgelten ersetzt (ab 1996). Weiterhin sollte eine Positivliste für Arzneimittel ab 1996 eingeführt werden, auf der die von der Krankenkasse erstatteten Medikamente aufgeführt werden sollten. Diese Liste wurde aber schon 1995, also ein Jahr vor ihrer Einführung, wieder verworfen. Um die Verwaltung der Patientendaten zu erleichtern wurde außerdem die maschinenlesbare Krankenversicherungskarte eingeführt.²⁶

2.3 Das GKV- Modernisierungsgesetz

Das GKV-Modernisierungsgesetz wurde von der rot-grünen Regierung zusammen mit der Christdemokratischen Union, die die Mehrheit im Bundestag hatte, entwickelt und Ende 2003 verabschiedet. Ziel war es, die Beitragssätze zu senken, um im internationalen Vergleich wettbewerbsfähiger zu werden und gleichzeitig die Qualität des Gesundheitssystems zu verbessern.²⁷ Die Reduzierung der Kosten sollte vor allem durch die Erweiterung und Erhöhung der Selbstbeteiligung der Patienten erreicht werden. Dazu zählt die Einführung der Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal je Arztbesuch ohne Überweisung, die Einstellung der Bezahlung von rezeptfreien Medikamenten und die Streichung einiger Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog, z. B. Sterbegeld, Sehhilfen und Brillen (nicht für Minderjährige und schwer Sehbeeinträchtigte), Entbindungs-

²⁴ Vgl. Gesundheitsstrukturgesetz (1992), Art. 1 Nr. 16, 17, 18, 43, Art. 29.

²⁵ Vgl. Gesundheitsstrukturgesetz (1992), Art. 1Nr. 58–60, 63, 84, 112, 116, 143.

²⁶ Vgl. Gesundheitsstrukturgesetz (1992), Art. 1 Nr. 21, 6, 71.

²⁷ Vgl. Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 234.

geld, Mutterschaftsgeld, Sterilisation, künstliche Befruchtung und Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung.²⁸ Weiterhin wurde eine einheitliche Selbstbeteiligung in Höhe von 10% der Kosten, maximal 5-10 Euro, für alle weiteren ärztlichen Leistungen und Produkte, z. B. Krankenhausaufenthalt (pro Tag), Rehabilitationsmaßnahmen oder Arzneimittel eingeführt. Zahnersatzleistungen sollten nun privat über die GKV oder die private Krankenversicherung über eine Zusatzversicherung abgesichert werden. Dies wurde aber aufgrund des enormen Verwaltungsaufwands schon im Oktober 2004 wieder verworfen. Stattdessen wurde 2005 der Beitragssatz um insgesamt 0,9 Prozentpunkte für Arbeitnehmer erhöht, um die Kosten zu decken. Die Umstellung von prozentualen Zuschüssen bei Zahnersatz auf Festbeträge wurde 2005 vollzogen.²⁹ Des Weiteren wurde die Befreiung von Zuzahlungen für Geringverdiener dahingehend abgeändert, dass die Zuzahlungen zwei Prozent, bzw. ein Prozent für chronisch Kranke, des Bruttohaushaltseinkommens nicht übersteigen dürfen.³⁰ Dies war eine Reaktion auf die steigende Anzahl zuzahlungsbefreiter Krankenkassenmitglieder, deren Anteil sich zwischen 1993 und 2000 auf 30% aller Versicherten verdreifacht hatte.³¹ Um mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt zu generieren, wurden die Preisbestimmungen für nichtverschreibungspflichtige Medikamente aufgehoben und apothekenpflichtige Medikamente für den Versandhandel freigegeben. Um die Arzneimittelkosten noch weiter zu reduzieren, wurde der Herstellerrabatt für die Krankenversicherungen auf patentierte Arzneimittel von 6 auf 16% erhöht.³² Aber auch die Qualität im Gesundheitswesen sollte verbessert werden. Dazu wurde der Gemeinsame Bundesausschuss eingeführt (ein Gremium aus Vertretern der Krankenkassen, den Krankenhäuser, der Ärzte und Zahnärzte), um über Qualitätsförderung im Gesundheitswesen zu beraten. Zu diesem Zweck wurde auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit gegründet, das sich unter anderem mit der Bewertung von Medikamenten beschäftigt und eng mit dem Bundesausschuss zusammenarbeitet.³³

²⁸ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2003), Art. 1 Nr. 15, 20, 22, 37, Art. 8.

²⁹ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2003), Art. 1 Nr. 36, 39; Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 238.

³⁰ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2003), Art. 1 Nr. 40.

³¹ Vgl. Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 91.

³² Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2003), Art. 1 Nr. 92, 95, Art. 20.

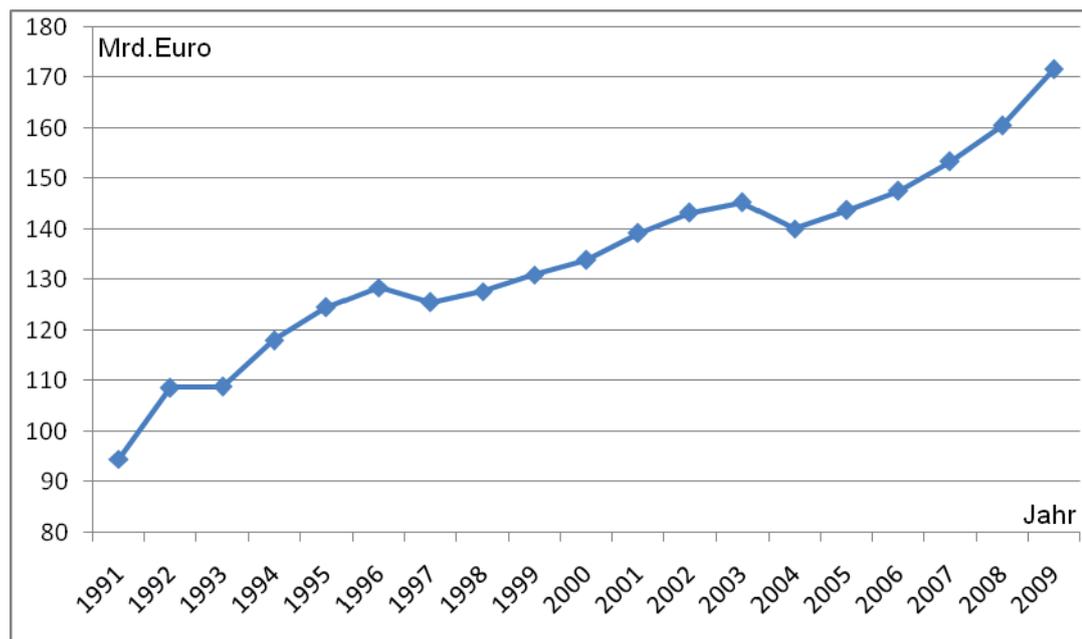
³³ Vgl. GKV-Modernisierungsgesetz (2003), Art. 1 Nr. 70, 112.

3 Betrachtung der Reformwirkung auf die Ausgaben der GKV

In diesem Abschnitt beschäftigt sich die Arbeit mit der eingehenden Analyse der Kostendämpfungsgesetze auf die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu soll zunächst ein grober Überblick über die jährlichen Gesamtausgaben seit den 90ern gegeben werden, um dann umfassender auf die kurz- und mittelfristigen Folgen der Kostendämpfungsgesetze, insbesondere des GKV und des GKVM, einzugehen. Zum Abschluss dieses Kapitels wird untersucht, ob eine nachweisbare, langfristige Wirkung der Kostendämpfungsgesetze existiert.

3.1 Die Ausgabenentwicklung der GKV von 1991-2009

Abbildung 1: Gesamtausgaben der GKV 1991-2009



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a).

Die Ausgaben der GKV, bestehend aus den Gesundheitsausgaben und den monetären Sozialleistungen, wie z. B. Krankengeld, betrugen 1991 rund 94,5 Mrd. Euro und stiegen bis 2009 auf 171,6 Mrd. Euro an (vgl. Abb. 1). Dies entspricht einer Steigerung von etwa 81,6% innerhalb von 18 Jahren bzw. einer

durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 4,5%.³⁴ Der Kostenanstieg wurde nur dreimal unterbrochen: 1993 als die Ausgaben beinahe unverändert blieben, sowie 1997 und 2004, als ein Rückgang der Kosten zu verzeichnen war. In den darauffolgenden Jahren stiegen die Kosten wieder an, so dass der langfristige Anstieg der Gesundheitsausgaben deutlich zu erkennen ist. Die stärksten Anstiege sind zwischen 1991 und 1992 von 94,5 Mrd. Euro auf 108,6 Mrd. Euro, als auch zwischen 2008 und 2009 von 160,56 Mrd. Euro auf 171,61 Mrd. Euro zu beobachten. Seit 2004 sind die Kosten innerhalb von fünf Jahren um 31 Mrd. Euro gestiegen.

3.2 Kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Kostendämpfungsgesetze auf die GKV-Ausgaben (1991-2009)

3.2.1 Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetz 1993 auf die Ausgabenentwicklung

Tabelle 2: GKV-Ausgaben nach Leistungsträgern 1992-1995 (in Mio. Euro)

Leistungsträger/Jahr	1992	1993	1994	1995
Ambulanter Sektor	53482	50683	54813	57950
Arztpraxen	17933	18835	19942	20989
Zahnarztpraxen	9166	8345	8897	9137
Apotheken	16646	14058	14923	16059
Gesundheitshandwerk/ Einzelhandel	5685	5085	5839	6322
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	36591	38915	42459	44489
Verwaltung	5522	5789	6099	6550
Sonstiges (Fahrtkosten, Krankengeld, Rettungsdienst, etc.)	13075	13503	14699	15531
Insgesamt	108670	108890	118040	124520

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a); Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b).

³⁴ Vgl. Eigene Berechnungen, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a).

1992 betragen die Gesundheitsausgaben der GKV rund 109 Mrd. Euro. Nachdem das Gesundheitsstrukturgesetz am 21. Dezember 1992 eingeführt wurde, stabilisierten sie sich 1993 bei rund 109 Mrd. Euro, stiegen aber 1994 auf 118 Mrd. Euro und 1995 auf 124,5 Mrd. Euro an (vgl. Tab. 2). Es entsteht somit der Eindruck, dass das Gesetz kurzfristig die Kosten stabilisierte, mittelfristig jedoch keinerlei Wirkung hatte. Werden die Kosten jedoch nach den Ausgaben der Leistungsträger aufgegliedert, ist zu erkennen, dass das Gesetz in bestimmten Bereichen auch mittelfristig Wirkung zeigte (vgl. Tab. 2). Die vom Gesetz beschlossenen Kostendämpfungsmaßnahmen betreffen vor allem Apotheken, Zahnärzte und den Sektor des Gesundheitshandwerks/Einzelhandels. Die Ausgaben für die Apotheken sind zwischen 1992 und 1993, aufgrund der Einführung von Zuzahlungen bei Medikamenten, die den Festbetrag nicht übersteigen, von 16,646 Mrd. Euro auf 14,058 Mrd. Euro gesunken. Dies entspricht einer Ersparnis von etwa 15,5%. 1994 stiegen die Ausgaben im Apothekenbereich um 865 Mio. Euro an, mit 14,923 Mrd. Euro blieben die Kosten aber noch rund 1,7 Mrd. Euro unter dem Wert von 1992. 1995 lagen die von der GKV übernommenen Ausgaben im Apothekenbereich mit 16,059 Mrd. Euro immer noch knapp 600 Mio. Euro unter dem Wert von 1992. Mit den Änderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes bei der Zuzahlungshöhe des Zahnersatzes und bei kieferorthopädischen Eingriffen gingen auch die Ausgaben bei den Arztpraxen 1993 um rund 9% auf 8,345 Mrd. Euro zurück. Auch im Sektor des Gesundheitshandwerks, zu dem auch die zahntechnischen Labore zählen, konnte 1993 ein Rückgang um über 10% verzeichnet werden. 1994 stiegen die Ausgaben für Zahnarztpraxen weiter an, bis sie 1995 mit 9,137 Mrd. Euro wieder den Wert von 1992 erreichten. Die Ausgaben des Gesundheitshandwerks- und Einzelhandelssektors lagen 1994 mit 5,839 Mrd. Euro Ausgaben erneut über den Kosten von 1992 und stiegen auch im Folgejahr weiter an. Die Kosten der Arztpraxen stiegen trotz der strikteren Budgetfestlegungen des Gesundheitsstrukturgesetzes bis 1995 um 8,4% an. Im Vergleich zu den stationären Kosten, die im gleichen Zeitraum um knapp 21,6% stiegen, war die Steigerung der ambulanten Ausgaben moderat und ein Beleg dafür, dass die Reform gewirkt hatte. Die gesetzliche Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips der Krankenhäuser, welches keinen Anreiz zum sparsamen Handeln bot, wurde zwar im Gesundheitsstrukturgesetz bereits geregelt, trat aber erst 1996 in Kraft

(vgl. 2.2). In Tabelle 3 werden die Kosten der GKV auf die jeweilige Leistungsarten aufgegliedert. Auch hier ist erkennbar, dass durch die Kostendämpfungsmaßnahmen die Bereiche Arzneimittel und Zahnersatz bis 1995 zwischen 400 und 500 Mio. Euro unter den Ausgaben von 1992 lagen. Interessant ist nun der Vergleich zwischen den Sektoren, die im Gesetz nicht eingeschränkt wurden, wie z.B. präventive Maßnahmen, die von den ärztlichen Budgetbeschränkungen ausgenommen waren oder dem Hilfsmittelsektor, für den die Zuschüsse, im Gegensatz zum Arzneimittelsektor, nicht gekürzt wurden. Während die Ausgaben für Hilfsmittel bis 1995 um 30% und die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz um mehr als 50% stiegen, waren Arznei- und Zahnersatzleistungen 1995 günstiger als 1992.

Tabelle 3: GKV-Ausgaben ausgewählter Leistungsarten 1992-1995 (in Mio. Euro)

Leistungsarten/Jahr	1992	1993	1994	1995
Prävention/ Gesundheitsschutz	1881	2259	2596	2857
Ärztliche Leistungen	33223	33878	35982	37477
Arzneimittel	18405	15817	16773	17938
Hilfsmittel	3864	4046	4577	5025
Zahnersatz	2887	1977	2303	2407

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b).

Das Gesundheitsstrukturgesetz zeigte also eine kurz- und mittelfristige Wirkung in den Bereichen, die vom Gesetz explizit geregelt und begrenzt wurden (Arzneimittel und Zahnersatz). Auch im Bereich der ärztlichen Leistungen bzw. der Ausgaben im ambulanten Sektor stiegen im Vergleich zum stationären Sektor die Kosten nicht so stark an, was auf die Einführung der strikten Budgetrestriktionen zurückzuführen ist.

3.2.2 Auswirkungen des GKV Modernisierungsgesetzes auf die Ausgaben

Das GKV- Modernisierungsgesetz trat Anfang 2004 in Kraft (vgl. 2.3). In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass die Gesundheitsausgaben in jenem Jahr um mehr als 5 Mrd. Euro zurückgingen und erst 2006 wieder das Niveau von 2003 er-

reichten. Bei Betrachtung der Ausgaben der Leistungsträger fällt auf, dass der ambulante Sektor 2004 die GKV über 4,8 Mrd. Euro weniger kostete als im Jahr zuvor. Mit der Einführung der Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro gingen weniger Menschen zum Arzt oder Zahnarzt.³⁵ Dies führte 2004 bei den Ausgaben für Arzt- und Zahnarztpraxen zu einer Entlastung von insgesamt über 1,6 Mrd. Euro. Die Ausgaben für den Apothekensektor gingen aufgrund der Erhöhung der Selbstbehalte und der Einstellung der Zuzahlung bei rezeptfreien Medikamenten um 2,35 Mrd. Euro zurück. Im Bereich des Gesundheitshandwerks und Einzelhandels verringerten sich die Kosten für die GKV um 9,25% auf 7,665 Mrd. Euro aufgrund der Streichung von Zuzahlungen für Brillen und Sehhilfen (vgl. 2.3).

Tabelle 4: GKV-Ausgaben nach Leistungsträgern 2003-2006 (in Mio. Euro)

Leistungsträger/Jahr	2003	2004	2005	2006
Ambulanter Sektor	72983	68135	70585	72770
Arztpraxen	24765	23624	23813	24886
Zahnarztpraxen	10216	9687	8855	9171
Apotheken	22858	20508	23754	23992
Gesundheitshandwerk/ Einzelhandel	8446	7665	7227	7525
Stationäre/teilstationäre Einrichtungen	50908	51790	53221	54768
Verwaltung	8143	8168	8271	8202
Sonstiges (Fahrtkosten, Krankengeld, Rettungsdienst etc.)	13246	11987	11673	11830
Insgesamt	145280	140080	143750	147570

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (2010a); Statistisches Bundesamt (2010b).

Die Ausgaben, der unter Sonstiges zusammengefassten Leistungen, fallen ebenfalls um 1,2 Mrd. Euro. Dies ist vor allem auf die Beschneidung der monetären Leistungen, wie. z.B. Abschaffung des Sterbegelds und der Fahrtkosten (vgl. 2.3) zurückzuführen. Lediglich die Kosten des stationären Sektors stiegen

³⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006), S. 33-34.

2004 um 1,7% auf 51,79 Mrd. Euro an. Insgesamt betrug die kurzfristige Ersparnis der Kostendämpfungsmaßnahmen im Jahr 2004 rund 5,2 Mrd. Euro. Im Jahr 2005 fallen neben den wiederansteigenden Kosten in fast allen Bereichen die rückläufigen Ausgaben der Zahnarztpraxen und des Gesundheitshandwerks auf. Die Kosten der Zahnarztpraxen gingen um ungefähr 830 Mio. Euro bzw. 8,5% zurück, die des Gesundheitshandwerks und Einzelhandels verringerten sich um knapp 440 Mio. Euro bzw. 5,7%. Dies ist vor allem auf den im GKV Modernisierungsvertrag neu geregelten Zahnersatzzuschuss (gültig ab 1. Januar 2005) zurückzuführen, bei dem die Krankenkassen vom prozentualen System auf Festbetragszuschüsse umstellten. Die Apothekenkosten legten 2005 um 2,2 Mrd. Euro zu und überstiegen die Ausgaben von 2003 um knapp 1 Mrd. Euro. Dass die Apothekenausgaben 2006 dagegen lediglich um knapp 250 Mio. Euro stiegen, ist auf das 2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz zurückzuführen (vgl. 2.1).

Tabelle 5: GKV-Ausgaben ausgewählter Leistungsarten 2003 – 2006 (in Mio. Euro)

Leistungsarten/Jahr	2003	2004	2005	2006
Prävention/ Gesundheitsschutz	3341	3514	3652	4029
Ärztliche Leistungen	44032	42912	42948	44507
Arzneimittel	25979	23998	27610	28159
Hilfsmittel	6485	5505	5423	5517
Zahnersatz	2472	2463	1745	1896

Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b).

Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben lässt sich in Tabelle 5 nachvollziehen. Diese gliedert die Ausgaben der GKV auf die einzelnen Leistungsarten auf. Mit Einführung des Gesetzes sanken die Ausgaben um 2 Mrd. Euro, stiegen aber schon 2005 wieder um 3,5 Mrd. Euro an. 2006 dagegen fiel die Steigerung mit knapp 500 Mio. Euro im Vergleich nicht so stark aus, wobei, wie bereits erwähnt, das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz in Kraft trat. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen lagen 2006 wieder über den Ausgaben von 2003, während die Ausgaben für Hilfsmittel und Zahnersatz auch 2006

deutlich unter den Ausgaben von 2003 lagen. Insgesamt stiegen 2006 die GKV-Gesundheitsausgaben auf 147,57 Mrd. Euro (knapp 2,3 Mrd. Euro mehr als 2003). Dabei blieb der ambulante Sektor trotz stark gestiegener Apothekenkosten mit 72,77 Mrd. Euro knapp 200 Mio. Euro unter den Ausgaben von 2003. Dagegen legte der, vom GKV-Modernisierungsgesetz kaum betroffene, stationäre Bereich zwischen 2003 und 2006 von 50,908 Mrd. Euro auf 54,768 Mrd. Euro bzw. 7,5% zu und führte 2006 u.a. zu den höheren Gesundheitsausgaben.

Das GKV-Modernisierungsgesetz erreichte einen starken kurzfristigen Rückgang der Ausgaben, in den beschnittenen Bereichen. Während jedoch die Kosten in den Bereichen Zahnersatz und Hilfsmittel auch 2006 unter dem Niveau von 2003 lagen, sprang das Ausgabenniveau des Arzneimittelsektors, trotz großer Einschnitte, schon 2005 wieder über das Niveau von 2003. Trotzdem erreichten die Gesundheitsausgaben erst 2006 wieder das Niveau von 2003.

3.2.3 Überblick über die finanziellen Auswirkungen der übrigen Kostendämpfungsgesetze (1992-2008)

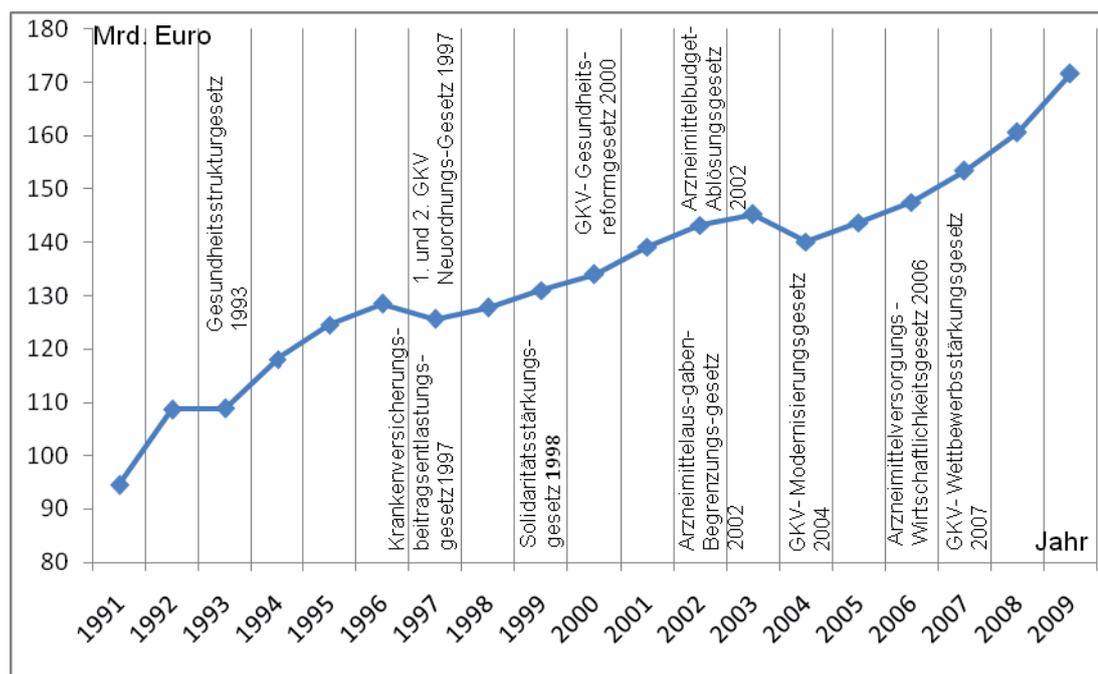
Seit der Wiedervereinigung gab es zahlreiche Reformen, um die Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu senken. Die Wirkung der größten Gesundheitsreformen seit der Wiedervereinigung auf die Gesamtausgaben der GKV ist in Abb. 2 zu sehen. Neben dem beschriebenen Gesundheitsstrukturgesetz und dem GKV-Modernisierungsgesetz hatten vor allem das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz als auch das Krankenversicherungsbeitragsentlastungsgesetz von 1997 Einfluss auf die Gesamtausgaben. Die größte Einsparung wurde bei den monetären Sozialleistungen erzielt. Dies ist vor allem auf die Kürzung des Krankengelds durch das Beitragsentlastungsgesetz zurückzuführen (vgl. 2.1), das den größten Teil der monetären Sozialleistungen ausmachte.³⁶ Insgesamt sanken diese zwischen 1996 und 1997 von 11,67 Mrd. Euro auf 9,75 Mrd. Euro. Durch die Erweiterung der Selbstbehalte und Rationalisierungen der Leistungen im Arznei- und Hilfsmittelbereich konnten die Kosten zusätzlich um knapp 900 Mio. Euro gesenkt werden (vgl. 2.1).³⁷ Demgegenüber stand die Ausgabensteigerung im stationären Bereich, die trotz Gegensteuerungsmaß-

³⁶ Vgl. Fetzer, S. / Mevis, D. / Raffelhüschen, B. (2003), S. 10.

³⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b).

nahmen, wie z. B. die Absenkung des Krankenhausbudgets um jährlich 1% in den Jahren 1997- 1999, ungefähr 700 Mio. Euro betrug.³⁸ Die Reform senkte die Gesamtausgaben von 128,44 Mrd. Euro in 1996 auf 125,57 Mrd. Euro im Jahr 1997 und brachte somit eine Ersparnis von über 2,8 Mrd. Euro. Erst 1999 übertrafen die Ausgaben mit 131,02 Mrd. Euro den Wert von 1996.

Abbildung 2: GKV Gesamtausgaben und die Gesundheitsreformen 1991-2009



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a).

Das Solidaritätsstärkungsgesetz lockerte, wie in Kapitel 2 angesprochen, einige Regelungen der GKV- Neuordnungsgesetze, weswegen die Kosten in diesem Zeitraum weiter stiegen. Das GKV Gesundheitsreformgesetz 2000 legte im stationären Bereich neue leistungsorientierte Vergütungsregeln auf Basis der sogenannten DRGs (Diagnosis Related Groups) fest, welche aber erst ab 2003 gültig werden sollten (vgl. 2.1). Die weiteren Maßnahmen des Gesetzes beschränkten sich auf die Erweiterung des Leistungskatalogs der GKV und hatten keine kostendämpfenden Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben. Nachdem die Arzneimittelausgaben von 2000 auf 2001 um über 2,2 Mrd. Euro gestiegen waren, wurde 2002 das Arzneimittel-Ausgabengesetz verabschiedet,

³⁸ Vgl. Beitragsentlastungsgesetz (1996), Art. 3.

das unter anderem den von Apotheken an die GKV weitergegebenen Rabatt von Medikamenten von 5 auf 6% erhöhte und die Apotheken verpflichtete, kostengünstigere Medikamente mit gleichem Wirkstoff zu verschreiben (vgl. 2.1). Die Arzneimittelkosten konnten jedoch nicht stabilisiert werden und stiegen um weitere 1,4 Mrd. Euro an. Eine Parallele zu dem Arzneimittelversorgungsgesetz, das nach einer Steigerung der Arzneimittelausgaben von über 3,6 Mrd. Euro 2006 verabschiedet wurde. Auch hier konnte die Steigerung zwar abgeschwächt (740 Mio. Euro 2006), jedoch nicht stabilisiert werden.

3.3 Die langfristige Wirkung der Kostendämpfungsgesetze

Der GKV Beitragssatz gilt als wichtige Kennzahl bei der Bewertung der langfristigen Reformwirkungen auf die Ausgaben. Da die Gesetzliche Krankenversicherung auf einem Umlageverfahren basiert, dürfen die Gesetzlichen Krankenversicherungen keine Verluste machen. Ein Ausgabenanstieg bedeutet somit grundsätzlich eine Erhöhung der Beitragssätze.³⁹ Seit der Wiedervereinigung sind die Beitragssätze von 12,2 auf 14,9% und somit um mehr als 2 Prozentpunkte gestiegen, weswegen generell auf einen Anstieg der Ausgaben geschlossen werden kann (vgl. Abb. 3). Es gibt jedoch auch andere Einflussfaktoren, die den Beitragssatz erhöhen können, ohne dass die Kosten gestiegen sind. Da die Einnahmen der GKV vom Bruttolohn der Versicherten abhängig sind, kann eine sinkende Lohnquote (Bruttoeinkommen gemessen am BIP) das Wachstum der Einnahmen verlangsamen und somit zu einer Beitragssatzerhöhung führen.⁴⁰ Des Weiteren kommt es auf die Personengruppen innerhalb der GKV an. Mitglieder wie Rentner, Arbeitslose oder beitragsfreie Familienmitglieder tragen wenig bzw. gar nichts zur Finanzierung der Ausgaben der GKV bei. Vergrößert sich eine dieser Personengruppen, z.B. der Anteil der Rentner aufgrund des demographischen Wandels, so reduzieren sich die Einnahmen und der Beitragssatz müsste erhöht werden.⁴¹ Die zweite Kennziffer beschreibt die GKV-Ausgaben gemessen am BIP. Sie betrug 1992 ungefähr 6% und blieb mit geringen Schwankungen auf diesem Niveau (vgl. Tab. 6). Dies deutet, dass die zahlreichen Kostendämpfungsgesetze durch ihre Einsparungsmaßnahmen die

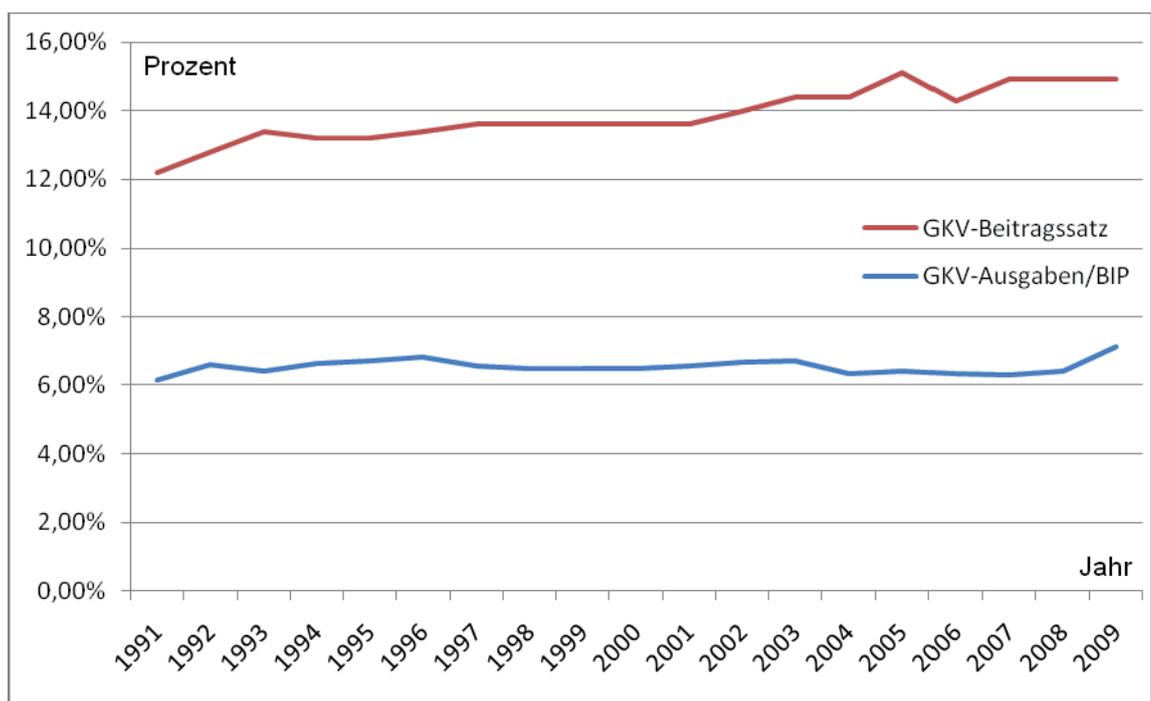
³⁹ Vgl. Busse, R. / Riesberg, A.(2005), S. 72.

⁴⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 34–35.

⁴¹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 35–38.

Ausgaben im Vergleich mit dem wirtschaftlichen Wachstum Deutschlands in den letzten Jahren konstant halten konnten.⁴² Es ist jedoch auch bei dieser Kennzahl zu beachten, dass nicht nur eine Veränderung der Ausgaben die Kennzahl verändern kann, sondern auch eine Veränderung des BIP.⁴³ Sinkt dieses in einem Jahr, wird die Kennziffer bei konstanten oder auch leicht sinkenden Ausgaben (sofern der Rückgang geringer ist, als der des BIPs) steigen. Dies ist zum Beispiel bei den Daten von 2009 der Fall, wo das BIP im Vergleich zum Vorjahr stark sank und somit zu einem erhöhten Kennzahlwert führte (vgl. Abb. 3). In den letzten Jahren (mit Ausnahme von 2009) stieg das BIP der Bundesrepublik Deutschland jedoch stetig an und machte die Kennzahl der GKV Ausgaben gemessen am BIP zu einer verlässlichen Kennzahl.⁴⁴

Abbildung 3: Entwicklung der durchschnittlichen GKV-Beitragssätze und der GKV-Ausgaben / BIP



Quelle: Eigene Darstellung, Rohdaten entnommen aus Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c); Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009).

In Abbildung 3 sind die oben beschriebenen Veränderungen deutlich zu erkennen. Während der GKV-Beitragssatz anstieg, blieb die Kennzahl der GKV-

⁴² Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003), S. 41; Busse, R. / Riesberg, A. (2005), S. 72-73.

⁴³ Vgl. Müller, M. / Böhm, K. (2009), S. 25.

⁴⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c).

Ausgaben/BIP konstant. Der steigende Beitragssatz deutet daher nicht zwangsläufig auf einen Kostenanstieg hin, da dieser von vielen Einflussfaktoren abhängig ist. Bei Betrachtung der GKV-Ausgaben gemessen am BIP ist dagegen zu erkennen, dass die Gesundheitsausgaben im Vergleich zum wirtschaftlichen Wachstum Deutschlands konstant geblieben sind.

4 Ausblick auf die Notwendigkeit zukünftiger Reformen

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, wurden die Reformen benötigt, um die Ausgaben der GKV nicht zu stark ansteigen zu lassen und im Vergleich zum BIP konstant zu halten. Um nun beurteilen zu können, inwieweit kostendämpfende Reformen auch weiterhin benötigt werden, muss zunächst die zukünftige Ausgabenentwicklung analysiert werden. In der Literatur werden vor allem zwei Faktoren genannt, die die Ausgaben in den nächsten Jahren stark beeinflussen werden. Zum einen der demographische Wandel und zum anderen der medizinisch technische Fortschritt. In einem Gutachten von 2003 des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen rechnen die Autoren mit Mehrausgaben im Gesundheitswesen aufgrund des demographischen Wandels, da ältere Menschen in der Regel häufiger erkranken als jüngere.⁴⁵ Es wird jedoch in Fachkreisen sehr kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß der demographische Wandel die Gesundheitsausgaben beeinflusst.⁴⁶ In Bezug auf den medizinisch technischen Fortschritt muss zwischen substitutiven Neuerungen und sogenannten „Add-on“-Technologien unterschieden werden. Unter substitutiven Neuerungen werden Technologien verstanden, die den Ressourcenaufwand verringern bzw. den Zielerreichungsgrad verbessern, wohingegen die „Add-on“-Technologien zusätzlich eingeführt werden, um neue Behandlungsmethoden zu ermöglichen oder bestehende Behandlungsmethoden zu erweitern.⁴⁷ Die Einführung und Unterhaltung der „Add-on“-Technologien führen zu weiteren Betriebs- und Wartungskosten und belasten die Gesundheitsausgaben zusätzlich. In den letzten Jahren dominierten bei den medizinisch technischen Veränderungen die „ausgabensteigernden Produktinnovationen“ gegen-

⁴⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.), S. 43.

⁴⁶ Vgl. Ullrich, V. (2003), S. 1-25; Cassel, D. / Postler, A. (2007), S. 578-602.

⁴⁷ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.), S. 42.

über der Einführung substitutiver Technologien.⁴⁸ Breyer und Ullrich veröffentlichten 2000 ein mathematisches Modell zur Berechnung des voraussichtlichen Beitragssatzes unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts. Sie errechneten für das Jahr 2040 einen notwendigen Beitragssatz in Höhe von 23,1%, um alle anfallenden Ausgaben decken zu können.⁴⁹ Die errechneten Mehrausgaben müssen zumindest teilweise durch neue Kostendämpfungsgesetze reduziert werden, um die Lohnnebenkosten nicht zu stark ansteigen zu lassen. Dies würde ansonsten bei einem starken Anstieg zum Verlust der internationalen Wettbewerbsfähigkeit und im Endeffekt zu Arbeitsplatzabbau in Deutschland führen, was wiederum die Einnahmeseite der GKV belasten würde.

5 Fazit

Es konnte gezeigt werden, dass die Kostendämpfungsgesetze, wie z.B. das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und das GKV-Modernisierungsgesetz 2003, die Ausgaben der GKV kurzfristig stabilisieren bzw. senken konnten. Sowohl bei den 1997 in Kraft getretenen Reformen (Beitragsentlastungsgesetz, 1. und 2. GKV- Neuordnungsgesetz) als auch beim GKV-Modernisierungsgesetz konnte auch eine mittelfristige Wirkung dahingehend festgestellt werden, dass erst einige Jahre später das Ausgabenniveau vor Eintritt des Gesetzes erreicht wurde. Dabei ist zu beobachten, dass die größten Zuwächse der stationäre Sektor und die Apotheken verbuchten.⁵⁰ Es fällt auf, dass die Arzneimittelreformen, wie z. B. das Arzneimittel-Ausgabengesetz und das Arzneimittelversorgungsgesetz, die Ausgaben kurzfristig dämpfen, jedoch nicht stabilisieren oder senken konnten. Es bleibt dahingehend abzuwarten, inwiefern die geplante Arzneimittelreform 2010 Einfluss nehmen kann. Des Weiteren konnte bei der Betrachtung der Kennziffer „GKV-Ausgaben/BIP“ aufgezeigt werden, dass die Ausgaben im Vergleich zum wirtschaftlichen Wachstum in Deutschland konstant geblieben sind. Dies bedeutet, dass die Kostendämpfungsgesetze in ihrer Gesamtwirkung eine langfristige Wirkung zeigen. Nach den von Breyer und Ullrich kalkulierten Beitragssätzen für das Jahr 2040 unter der Berücksichtigung des demographi-

⁴⁸ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.), S. 42.

⁴⁹ Vgl. Breyer, F. / Ullrich, V. (2000), S. 1–17.

⁵⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b).

schen Wandels und des medizinisch technischen Fortschritts von über 20%, werden Kostendämpfungsmaßnahmen wohl auch in naher Zukunft nötig sein. Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die Kostendämpfungsgesetze einen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung der GKV besitzen, der auf den ersten Blick eher kurzfristig erscheint, bei genauerer Betrachtung der Sachlage jedoch eine stabilisierende Wirkung auf die Kostenentwicklung haben.

Literaturverzeichnis

Behagel, K. (1994):

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung: Ein Verbandssystem unter Stress, in Campus Verlag (Hrsg.), Schriften des Max Planck Instituts für Gesellschaftsforschung, Bd. 18, Köln.

Breyer, F. / Ulrich, V. (2000):

Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt – Eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 220, S.1-17.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009):

Statistisches Taschenbuch 2009, URL: http://www.bmas.de/portal/38586/statistisches__taschenbuch__2009.html, Arbeitnehmerbeiträge zur Sozialversicherung [Stand 10.06.2009].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010):

Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für Arzneimittelversorgung, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_160/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/A/Glossar-Arzneimittelpreise/10-03-26-Eckpunkte-Arzneimittelpaket,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/10-03-26-Eckpunkte-Arzneimittelpaket.pdf [Stand 10.04.2010].

Bundestagsfraktionen SPD / Bundestagsfraktion Bündnis 90 / die Grünen (Hrsg.) (2001):

Gesetzentwurf der Fraktion SPD und Bündnis90 / Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudgetablösungsgesetz – ABAG), (Drucksache 14/6309), 19. Juni2001.

Busse, R. / Riesberg, A. (2005):

Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.), Kopenhagen.

Cassel, D. / Postler, A. (2007):

Alternde Bevölkerung und Gesundheitsausgaben. Eine theoretische Analyse demographischer Ausgabeneffekte auf den Beitragssatz der GKV, in: Henke, K.-D. (Hrsg.), Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik – Journal of Economics und Statistic, Themenheft zur Gesundheitsökonomie, Stuttgart, S. 578-602.

Czada, R. (2004):

Die neue deutsche Wohlfahrtswelt – Sozialpolitik und Arbeitsmarkt im Wandel, in: Lütz, S. / Czada, R. (Hrsg.), Wohlfahrtsstaat – Transformation und Perspektiven, Wiesbaden, S. 127-154.

Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (1.GKV-Neuordnungsgesetz- 1.GKV-NOG):

Vom 23. Juni 1997, ausgegeben zu Bonn am 30. Juni 1997.

Fetzer, S. / Mevis, D. / Raffelhüschen, B. (2003):

Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens: eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitssystems; Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller, in: Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau (Hrsg.), Diskussionsbeiträge, Bd. 108, Freiburg.

Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets (Arzneimittelbudgetablösungsgesetz- ABAG) (2001):

Vom 19. Dezember 2001, (BGBl. I S. 3773), ausgegeben zu Bonn am 21. Dezember 2001.

Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus- Kostendämpfungsgesetz) (1981):

Vom 22. Dezember 1981, ausgegeben zu Bonn am 30. Dezember 1981.

Gesetz zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelausgaben – Begrenzungsgesetz – AABG) (2002):

Vom 15. Februar 2002, (BGBl. I S. 684), ausgegeben zu Bonn am 22. Februar 2002.

Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) (1977):

Vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069), ausgegeben zu Bonn am 30. Juni 1977.

Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz- BeitrEntlG) (1996):

Vom 1. November 1996, (BGBl. I S. 1631) ausgegeben zu Bonn am 7. November 1996.

Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs- Ergänzungsgesetz- KVEG (1981):

Vom 22. Dezember 1981, (BGBl. I S. 1578), ausgegeben zu Bonn am 30. Dezember 1981.

Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) (2003):

Vom 14. November 2003,(-), ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.

Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz – KHNG):

Vom 20. Dezember 1984, (BGBl. I S. 1716), ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1984.

Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV- Gesundheitsreformgesetz 2000) (2000):

Vom 22. Dezember 1999, (BGBl. I S. 2626), ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1999.

Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssicherungsgesetz- BSSichG) (2002):

Vom 23. Dezember 2002, (BGBl. I S. 4637), ausgegeben zu Bonn am 30. Dezember 2002.

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) (1992):

Vom 21. Dezember 1992, (BGBl. I S. 2266), ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1992.

Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Solidaritätsstärkungsgesetz – GKV-SolG) (1998):

Vom 19. Dezember 1998, (BGBl. I S. 3853), ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 1998.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) (2007):

Vom 26. März 2007, (BGBl. I S.378), ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007.

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits- Reformgesetz- GRG) (1988):

Vom 20. Dezember 1988, (BGBl. I S.2477), ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1988.

Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (2006):

Vom 26. April 2006,(-),ausgegeben zu Bonn am 29. April 2006.

Müller, M. / Böhm, K. (2009):

Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens, in: Robert Koch Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 45, Berlin.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2003):

Gutachten 2003: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität, (o.O.).

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006):

Armut und Lebensbedingungen: Ergebnisse aus Leben in Europa 2005 (Pressexemplar), Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010a):

VGR des Bundes – Einnahmen und Ausgaben der Sozialversicherung: Deutschland, Jahre, Sozialversicherungszweige, Einnahme- und Ausgabearten: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>, Tabelle 81000-0136, 1991-2009, Gesetzliche Krankenversicherung, Ausgaben, monetäre Sozialleistungen [Stand 01.04.2010].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010b):

Gesundheitsausgaben Deutschland: Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>, Tabelle 23611-0004, 1992 - 2008, Gesetzliche Krankenversicherung, Leistungsarten, Einrichtungen [Stand 01.04.2010].

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010c):

VGR des Bundes – Bruttowertschöpfung, Bruttoinlandsprodukt (nominal/preisbereinigt): Deutschland, Jahre: <https://www.genesis.destatis.de/genesis/online>, Tabelle 81000-0001, 1991-2009, in jeweiligen Preisen (Mrd. Euro).

Ulrich, V. (2003):

Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, in: Wille, E., Albring, M. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinationsproblemen, Berlin, S. 1-25.

Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2.GKV-Neuordnungsgesetz- 2.GKV-NOG):

Vom 23. Juni 1997, (BGBl. I S. 1518), ausgegeben zu Bonn am 30. Juni 1997.

3 Die Zukunft des Gesundheitsfonds

Julia Krauße

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	59
1. Einleitung	60
2. Status quo des Gesundheitsfonds	61
2.1. Entwicklung	61
2.2. Ausgestaltung.....	63
2.3. Einführungsgründe und Zielsetzungen	69
3. Gesundheitsfonds – quo vadis?	71
3.1. Kritische Würdigung der Implementierung.....	71
3.1.1. Vorteile des Systems	71
3.1.2. Nachteile des Systems	74
3.2. Reformvorschläge und deren mögliche Effekte auf den Gesundheitsfonds	77
3.2.1. Bürgerversicherung nach Vorstellung der SPD	77
3.2.2. Modellkonzept der CSU	78
3.2.3. Vorschlag des Deutschen Gewerkschaftsbundes	78
3.2.4. Stand der aktuellen Verhandlungen von CDU und FDP	79
4. Fazit und Ausblick	82
5. Literaturverzeichnis	83

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
bzw.	beziehungsweise
CDU	Christlich Demokratische Union
CSU	Christlich Soziale Union
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
d. h.	das heißt
et al.	et alia
FDP	Freie Demokratische Partei
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-BSV	Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzverordnung)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GSG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)
Mrd.	Milliarden
S.	Seite
SGB IV	Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
vgl.	vergleiche

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist qualitativ sehr hochwertig.¹ Es bietet unter anderem eine umfassende Versorgung, wobei auch neue Diagnose- und Behandlungsverfahren angewendet werden. Jedoch ist mit der Ausführung dieses Systems ein erheblicher finanzieller Aufwand verbunden. Viele Reformen prägen das deutsche Gesundheitswesen, die zur Bewerkstelligung der monetären Herausforderung immer wieder vollzogen wurden. Dennoch sind Über-, Unter- und Fehlversorgungen festzustellen. Die grundlegende Umgestaltung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde im Jahr 1992 mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) eingeleitet, das die freie Krankenkassenwahl und somit Wettbewerb im Gesundheitswesen zur Folge hatte.² Auch mit der Gesundheitsreform 2007 wurde eine Neugestaltung der Finanzierungsseite des Gesundheitssystems angestrebt und durchgeführt.³ Der Gesundheitsfonds gilt dabei als Kernpunkt dieser Gesundheitsreform.⁴ Da die Einführung des Gesundheitsfonds die „... größte Umwälzung finanzieller Mittel in der bundesrepublikanischen Geschichte der Sozialversicherung ..“⁵ nach sich gezogen hat und das Thema „Reform des Gesundheitssystems“ durch die derzeitigen politischen Diskussionen weiterhin absolute Aktualität besitzt, stellt sich die Frage, wie sich die Zukunft des Gesundheitsfonds gestalten wird.

Ziel dieser Seminararbeit ist es zunächst, das Grundprinzip des Gesundheitsfonds zu vermitteln. Dazu werden im Gliederungspunkt zwei der Ursprung des Gesundheitsfonds und die wichtigsten Schritte auf dem Weg zu dessen Einführung dargestellt. Es folgt eine Beschreibung der momentanen Ausgestaltung des Gesundheitsfonds sowie der damit verfolgten Ziele. Anschließend findet sich unter Gliederungspunkt drei dieser Seminararbeit eine Beurteilung des Gesundheitsfonds, um dann durch die Betrachtung verschiedener aktueller Vorschläge zur Reform der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens

¹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007), S. 59-60.

² Vgl. Reiners, H. (2009), S. 84; Paquet, R. / Schroeder, W. (2009), S. 13.

³ Vgl. Langer, B. / Plass, M. (2007), S. 141.

⁴ Vgl. Penske, M. (2006), S. 510; Paquet, R. / Schroeder, W. (2009), S. 19.

⁵ Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257.

mögliche zukünftige Entwicklungen des Gesundheitsfonds, bezogen auf dessen Gestaltung, aber auch auf dessen Bestand an sich, aufzuzeigen.

2 Status quo des Gesundheitsfonds

2.1 Entwicklung

Zur Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme wurde Ende 2002 von der damaligen Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, eine Kommission unter Vorsitz von Bert Rürup mit der Aufgabe betraut, Reformmaßnahmen zu erarbeiten.⁶ Im August 2003 wurde der Kommissionsbericht vorgestellt, in welchem bezüglich des Themas der GKV zwei Optionen, die sogenannte „Bürgerversicherung“ und die „pauschale Gesundheitsprämie“, aufgeführt wurden.

Nach der Bildung der Großen Koalition im Jahr 2005 standen diese zwei alternativen Finanzierungsmodelle, die sich vor allem bezüglich der Finanzierungsart unterscheiden, im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Reformdiskussionen.⁷ Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) warb für die „Bürgerversicherung“, hingegen die Christlich Demokratische Union/Christlich Soziale Union (CDU/CSU) für die „Solidarische Gesundheitsprämie“, die auch als Kopfpauschale bekannt wurde.⁸

Grundgedanke dieser Bürgerversicherung war, die gesamte Bevölkerung in ein gemeinsames System einzubeziehen und die Beiträge proportional zu dem jeweiligen Gesamteinkommen zu berechnen.⁹ Es war vorgesehen, dass die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV durch Einbeziehung von Kapitaleinkünften und Mieterträgen in die beitragsrelevanten Einkunftsarten eine Verbreiterung erfährt. Darüber hinaus war eine Erweiterung der Versicherungspflicht auf Freiberufler, Selbstständige, Beamte und freiwillig Versicherte angedacht.

⁶ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S. 3, 23 und 42.

⁷ Vgl. Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 256.

⁸ Vgl. CDU / CSU / SPD (Hrsg.) (2005), S. 87.

⁹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 256; Henke, K.-D. (2007), S. 369; Fetzer, S. / Hagist, C. (2004), S. 401-402.

Bei dem Vorschlag der Gesundheitsprämie war die Erhebung einer fixen, einheitlichen Prämie Kernpunkt der Überlegungen. Diese wäre pro Person unabhängig von deren Einkommen zu entrichten, um eine Abkopplung der GKV-Finanzierung von dem Faktor Arbeit zu erreichen. Ein sozialer Ausgleich würde steuerfinanziert geregelt. Gesetzliche und Private Krankenversicherung würden nebeneinander bestehen bleiben.¹⁰

Da innerhalb der Großen Koalition von CDU/CSU und SPD aufgrund unterschiedlicher Auffassungen keine Verständigung auf eines der zur Debatte stehenden Modelle erreicht werden konnte, wurde ein Kompromiss in Betracht gezogen.¹¹ Dieser wurde Mitte 2006 von den Koalitionsfraktionen und der Bundesregierung in den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“ in Form des Gesundheitsfonds geschlossen.¹²

Ursprünglich stammt das Konzept des Gesundheitsfonds von Wolfram F. Richter, der sich mit der Gestaltung eines Kompromissvorschlages bezüglich der Reform der Finanzierung der GKV beschäftigte.¹³ Er entwickelte eine zweistufige Reformstrategie.¹⁴ Die erste Stufe beabsichtigte die Bildung eines Sonderhaushalts GKV. Nach lohnbezogener Beitragszahlung durch die gesetzlich Versicherten an den Sonderhaushalt GKV würden die Beitragszahler eine anteilige Gutschrift in Höhe des durchschnittlichen Beitrages erhalten, um damit eine Krankenversicherung bei freier Kassenwahl abzuschließen. Würde der Wert der Gutschrift nicht zum Ausgleich der von der jeweiligen Krankenkasse geforderten Prämie genügen, müssten Zuzahlungen durch die Versicherten geleistet werden. Andernfalls könnten Rückzahlungen erfolgen. Die zweite Stufe sah eine Fusion der Beitragserhebung zum Gesundheitswesen mit dem Einkommensteuertarif zu einem Abgabensystem vor.

¹⁰ Vgl. Richter, W. F. / Jacobs, K. / Wasem, J. et al. (2008), S. 636.

¹¹ Vgl. Bandelow, N. C. / Schade, M. (2009), S. 58 und 67; Penske, M. (2006), S. 510.

¹² Vgl. CDU / CSU-Bundestagsfraktion (Hrsg.) (2006), S. 21.

¹³ Vgl. Richter, W. F. (2007a), S. 78.

¹⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Richter, W. F. (2005), S. 694-695.

Die Ideen der ersten Stufe griff der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen in einer Stellungnahme zur Reform der GKV auf.¹⁵ In dem darin vorgestellten Konsensmodell ist dabei die Rede von einer sogenannten Inkassostelle. Die Politik orientierte sich in ihren formulierten Eckpunkten an dem Konsensmodell, nahm jedoch eine Umbenennung der Inkassostelle in Gesundheitsfonds vor.¹⁶

Zur Umsetzung der Planungen bezüglich der Gesundheitsreform verabschiedete im Februar 2007 der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG), kurz GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz genannt.¹⁷ Der Bundesrat stimmte diesem zu. Gemäß Artikel 46 Absatz (Abs.) 1 GKV-WSG hat dieses Gesetz seit dem 01. April 2007 Geltung, ausgenommen einiger abweichender Bestimmungen.¹⁸ Die Einführung des GKV-WSG führte zu Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die unter anderem Regelungen in Bezug auf den Gesundheitsfonds beinhalten.¹⁹ Als eine Maßnahme der Gesundheitsreform erfolgte die Einführung des Gesundheitsfonds zum 01. Januar 2009.²⁰

2.2 Ausgestaltung

„Der Gesundheitsfonds ist ein (...) Sondervermögen, in dem die zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Mittel gesammelt werden.“²¹ Laut § 271 Abs. 1 SGB V wird der Gesundheitsfonds vom Bundesversicherungsamt verwaltet.²²

Die Mittelaufbringung gestaltet sich in der Art, dass die Beiträge aller gesetzlich Versicherten, Bundesmittel und sonstige Einnahmen²³ in den Gesundheitsfonds

¹⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2005), S. 1; Richter, W. F. (2007a), S. 78.

¹⁶ Vgl. Richter, W. F. (2007a), S. 78.

¹⁷ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Bundesrat (Hrsg.) (2007), S. 1.

¹⁸ Vgl. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007), Artikel 46 Abs. 1.

¹⁹ Vgl. o. V. (2007), S. 98.

²⁰ Vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007), S. 65.

²¹ Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008), S. 3.

²² Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 271 Abs. 1.

²³ Nach Drabinski, T. (2008), S. 18 gehören zu den sonstigen Einnahmen Kapitalerträge, die sich durch Anlage der Liquiditätsreserve am Kapitalmarkt ergeben.

einfließen. Die Beiträge bemessen sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassenmitglieder.²⁴ Dazu zählen nach § 226 Abs. 1 SGB V Arbeitsentgelte, Renten, Versorgungsbezüge und neben diesen erzielte Arbeitseinkommen.²⁵ Auf diese Einnahmen wird ein Beitragssatz²⁶, der für alle Krankenkassen einheitlich ist, erhoben.²⁷ Die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes wird gemäß § 241 Abs. 1 SGB V von der Bundesregierung durchgeführt.²⁸ Die erste Festsetzung wurde Ende 2008 mit Wirkung zum 01. Januar 2009 vollzogen. Dabei betrug nach § 1 der Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BSV) die Höhe des festgesetzten allgemeinen Beitragssatzes 15,5%.²⁹ Dieser Prozentsatz wurde gemäß § 220 Abs. 1 SGB V so angesetzt, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen, die Bundesmittel und die sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Krankenkassenausgaben als auch die benötigten Finanzmittel für eine Liquiditätsreserve ausgleichen.³⁰ Die Liquiditätsreserve ist laut § 271 Abs. 2 SGB V unter anderem zur Nivellierung von unterjährigen Einnahmeschwankungen aufzubauen.³¹

Im Rahmen des zweiten Konjunkturpaketes, welches Anfang 2009 als Reaktion auf die weltweite Finanz- und Wirtschaftskrise und zur Eindämmung deren negativen konjunkturellen Folgen entwickelt wurde und dem damit verbundenen Beschluss des Gesetzes zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland, fand eine Anpassung der GKV-BSV statt.³² Dadurch resultierte zum 01. Juli 2009 eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes auf das mo-

²⁴ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 3.

²⁵ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 226 Abs. 1.

²⁶ Nach Fünftem Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), §§ 241 und 243 Abs. 1 ist zwischen dem allgemeinen und dem ermäßigten Beitragssatz, der für Mitglieder ohne Anspruch auf Krankengeld gilt, zu unterscheiden.

²⁷ Vgl. Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257.

²⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 241 Abs. 1.

²⁹ Vgl. Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (2008), § 1.

³⁰ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 220 Abs. 1.

³¹ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 271 Abs. 2.

³² Vgl. Die Bundesregierung (Hrsg.) (2010); Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (2009), Artikel 14.

mentane Level von 14,9%.³³ Davon sind nach § 249 Abs. 1 SGB V 0,9 Beitragssatzpunkte vom Arbeitnehmer alleine zu tragen.³⁴ Der verbleibende Beitragssatz von 14% wird paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert. Dementsprechend übernehmen zum jetzigen Zeitpunkt die Arbeitgeber einen Beitragssatzanteil von 7% und die Arbeitnehmer von insgesamt 7,9%.

Die Beitragszahlungen sind gemäß § 252 Abs. 2 SGB V grundsätzlich an die zuständigen Einzugsstellen zu richten und diese „... leiten die ... gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter.“³⁵ Laut § 28i des Vierten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ist die jeweils zuständige Einzugsstelle „... die Krankenkasse, von der die Krankenversicherung durchgeführt wird.“³⁶ Jedoch können nach § 28f Abs. 4 SGB IV die Arbeitgeber ab 01. Januar 2011 die Beiträge aller Mitarbeiter, unabhängig von deren Krankenkasse, gebündelt an eine einzige Weiterleitungsstelle überweisen.³⁷ Daneben wird zum Beispiel für Bezieher von Arbeitslosengeld der Krankenversicherungsbeitrag von der Bundesagentur für Arbeit direkt an den Gesundheitsfonds überwiesen.³⁸

Sind im laufenden und im folgenden Jahr die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds kleiner als 95% der voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen und den Mitteln, die für den Liquiditätsreserveaufbau nötig sind, ist nach § 220 Abs. 2 SGB V eine Erhöhung des Beitragssatzes erforderlich.³⁹ Eine Verminderung ist hingegen vorzunehmen, wenn die Einnahmen die Ausgaben zu über 100% begleichen und zudem die Deckungsquote bei einer Reduzierung der Beitragssatzpunkte um mindestens 0,2 im laufenden Haushaltsjahr nicht geringer als 95% wird.

³³ Vgl. Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (2009), Artikel 19 Abs. 3; Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (2009), § 1.

³⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 249 Abs. 1.

³⁵ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 252 Abs. 2.

³⁶ Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (2009), § 28i.

³⁷ Vgl. Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (2009), § 28f Abs. 4.

³⁸ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 252 Abs. 2.

³⁹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 220 Abs. 2.

Der Zuschuss des Bundes, der neben den Beiträgen in den Gesundheitsfonds fließt, dient laut § 221 Abs. 1 SGB V der „... pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen ...“⁴⁰ Darunter sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu verstehen.⁴¹ Im Jahr 2009 wurden Bundesmittel in Höhe von 7,2 Mrd. Euro zugeführt, im Jahr 2010 werden 11,8 Mrd. Euro eingezahlt und in den folgenden Jahren ist eine jährliche Erhöhung der Zahlungen um 1,5 Mrd. Euro beschlossen, bis ein Gesamtbetrag von 14 Mrd. Euro erreicht ist.⁴² Da dieser Bundeszuschuss aus Steuergeldern stammt, sind alle Steuerzahler und somit auch Privatversicherte auf indirektem Weg an der Finanzierung des Gesundheitsfonds beteiligt.⁴³ Laut dem Entwurf des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes sollen im Jahr 2010 überdies 3,9 Mrd. Euro an Steuermitteln vom Bund an den Gesundheitsfonds aufgrund der konjunkturellen Entwicklung fließen.⁴⁴

Genügen die Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds nicht zur Erfüllung aller Ausgaben, stellt der Bund nach § 271 Abs. 3 SGB V ein zinsloses Liquiditätsdarlehen zur Verfügung, das in dem Haushaltsjahr wieder zu tilgen ist.⁴⁵

Neben der Aufbringung der Mittel beinhaltet die Ausgestaltung des Gesundheitsfonds die gezielte Mittelverteilung. Diese Verteilung geschieht in Form von Zuweisungen an die Krankenkassen. Gemäß § 266 Abs. 1 SGB V bekommen die Krankenkassen eine versichertenbezogene Grundpauschale.⁴⁶ Diese entspricht den durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertem bezogen auf die gesamte GKV und wird zur Abgeltung der standardisierten Leistungsausgaben der

⁴⁰ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 221 Abs. 1.

⁴¹ Vgl. Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 651; Müller, J. (2008), S. 199.

⁴² Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 220 Abs. 2.

⁴³ Vgl. Greß, S. (2010), S. 70.

⁴⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010), S. 11.

⁴⁵ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 271 Abs. 3.

⁴⁶ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 266 Abs. 1.

Krankenkassen verwendet.⁴⁷ Um die unterschiedlichen Mitgliederstrukturen innerhalb der einzelnen Krankenkassen zu berücksichtigen und die dadurch entstehenden Wettbewerbsvorteile und -nachteile zu egalisieren, wird ein sogenannter morbiditätsorientierter, also krankheitsstandabhängiger, Risikostrukturausgleich durchgeführt.⁴⁸ Dieser kommt auf die Weise zum Tragen, dass die Grundpauschale⁴⁹ je versicherter Person um Zu- und Abschläge erhöht bzw. gekürzt wird, je nach Alter, Geschlecht und Risiko des jeweiligen Versicherten. Unter dem Merkmal Risiko werden die Durchschnittskosten einer Krankenkasse für den Fall, dass der Versicherte an einer der 80 ausgewählten Krankheiten leidet, mittels Morbiditätszuschlägen berücksichtigt. „Durch die Zu- und Abschläge nach Alter und Geschlecht wird die Zahlung auf den Betrag angepasst, den ein ansonsten gesunder – d.h. ein an keiner der 80 Krankheiten leidender – Versicherter gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt.“⁵⁰

Außerdem werden aus dem Gesundheitsfonds Zuweisungen zur Begleichung der sonstigen Ausgaben der Krankenkassen getätigt, wozu nach § 270 Abs. 1 SGB V Verwaltungsausgaben, Ausgaben für die Entwicklung und Durchführung von Behandlungsprogrammen und satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen gehören.⁵¹

Genügen einer Krankenkasse die zugewiesenen Beiträge aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung ihrer Ausgaben nicht, hat sie nach § 242 Abs. 1 SGB V von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag zu verlangen.⁵² Die Höhe des Zusatzbeitrages darf anhand der so genannten Überforderungsklausel höchstens 1% der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten betragen oder ohne Einnahmenprüfung pauschal maximal 8 Euro pro Monat. Hat die Krankenkasse im Gegensatz dazu höhere Zuweisungen erhalten, als sie tatsächlich benötigt

⁴⁷ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 266 Abs. 2.

⁴⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Bundesversicherungsamt (2008), S. 4.

⁴⁹ Nach Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2009), S. 1 beträgt die monatliche Grundpauschale für das Jahr 2010 gerundet knapp 195 Euro je Versicherten.

⁵⁰ Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008), S. 4.

⁵¹ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 270 Abs. 1.

⁵² Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 242 Abs. 1; o. V. (2010a) S. 5.

hat, kann sie eine Zahlung von Prämien an ihre Versicherten leisten.⁵³ In dem Falle, dass die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einfordert, eine Zusatzbeitragserhöhung durchführt oder eine Kürzung der Prämienzahlung ansteht, hat der Versicherte gemäß § 175 Abs. 4 SGB V bis zur erstmaligen Fälligkeit ein Sonderkündigungsrecht bezüglich seiner Mitgliedschaft.⁵⁴ Die Krankenkasse hat ihre versicherten Personen auf dieses Recht bis einen Monat vor erstmaliger Fälligkeit aufmerksam zu machen.

Anhand der oben dargestellten Gestaltungsweise wird der Kompromisscharakter des Gesundheitsfonds deutlich.⁵⁵ Die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes ist dabei als die Stellschraube zu sehen, denn je niedriger dieser gehalten wird, desto höhere Zusatzbeiträge werden benötigt und der Gesundheitsfonds hat somit die Form einer Gesundheitsprämie. Ist der Beitragssatz andererseits hoch, fallen die Zusatzbeiträge niedrig aus, was der Art einer Bürgerversicherung entspricht.

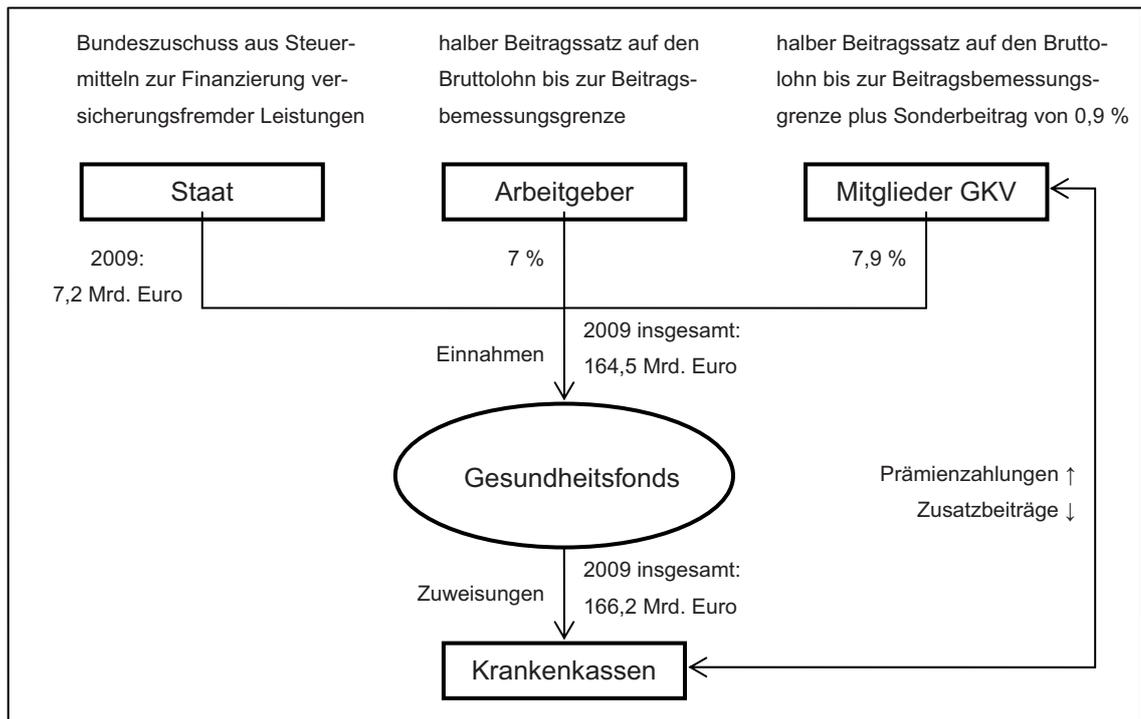
Zusammengefasst ergibt sich bezüglich der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds folgender Aufbau:

⁵³ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 242 Abs. 2.

⁵⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009), § 175 Abs. 4.

⁵⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 256.

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der Finanzströme im Gesundheitsfonds



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Penske, M. (2006), S. 511; Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257; Daten entnommen aus Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010a), S. 2.

2.3 Einführungsgründe und Zielsetzungen

Nach der Darstellung der Entwicklung und der Struktur des Gesundheitsfonds ist nun zu klären, welche Gründe überhaupt zum Aufgreifen dieses Konzeptes geführt haben und welche Ziele damit verbunden wurden.

Ursächlich für den Reformbedarf des Gesundheitssystems und somit auch für die Einführung des Gesundheitsfonds waren die zunehmenden Kosten im deutschen Gesundheitswesen und die damit verbundenen Beitragssatzsteigerungen.⁵⁶ Für den Kostenanstieg waren verschiedene Faktoren verantwortlich. Zu den Kostenverursachern gehören der fortlaufende medizinisch-technische Fortschritt und die demographische Entwicklung.⁵⁷ Durch den technischen Fortschritt stehen immer bessere Diagnose- und Heilungsmethoden zur Verfügung, aber die modernen Möglichkeiten sind meist auch mit höherem Kostenaufwand

⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S. 12.

⁵⁷ Vgl. CDU / CSU (Hrsg.) (2005), S. 25; CDU / CSU / SPD (Hrsg.) (2005), S. 87; CDU / CSU-Bundestagsfraktion (Hrsg.) (2006), S. 1.

verbunden.⁵⁸ Zudem wird nach der sogenannten Medikalisierungsthese erwartet, dass die mit dem technischen Fortschritt in Zusammenhang stehende erhöhte durchschnittliche Lebenserwartung ebenfalls wachsende Ausgaben mit sich bringt.⁵⁹

Der demographische Wandel als weiterer Faktor beinhaltet die Alterung der Gesellschaft.⁶⁰ Diese ist durch niedrige Geburtenraten und durch den bereits erwähnten Anstieg der Lebenserwartung gekennzeichnet. Zukünftig wird sich die Altersstruktur ändern, so dass der Anteil der jüngeren Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung sinkt und somit auch der Anteil der arbeitsfähigen Bevölkerung. Es wird auch von einer doppelten demographischen Alterung gesprochen, da es zum einen immer mehr ältere Menschen im Verhältnis zu jungen gibt und zum anderen die Älteren immer älter werden, was steigende Ausgaben zur Folge hat.⁶¹ Gleichzeitig ist von diesen Entwicklungen aber auch die Einnahmenseite betroffen.⁶² Durch eine stärker wachsende Rentneranzahl, im Vergleich zu Erwerbstätigen, sinken die Einnahmen der GKV. Da zudem die Beitragseinnahmen stark konjunkturabhängig sind, wurde die Einnahmenproblematik durch hohe Arbeitslosenzahlen und fallende Lohnquoten verstärkt.⁶³

Neben diesen Umständen führen aber auch falsche Anreize und effizienzmindernde Strukturen zu Finanzierungsproblemen des Gesundheitssystems.⁶⁴ Die Fehlanreize sind unter anderem auf „... die häufig schlechte Koordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und die zersplitterte Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen“⁶⁵ zurückzuführen. Auch eine angebotsinduzierte Nachfrage, die bedeutet, dass Ärzte Behandlungen aus persönlichem Interesse erweitert fortführen, lässt die Ausgaben steigen.⁶⁶

⁵⁸ Vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007), S. 59.

⁵⁹ Vgl. Fetzer, S. / Hagist, C. (2004), S. 394.

⁶⁰ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S. 51-52 und 55-56.

⁶¹ Vgl. Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 258.

⁶² Vgl. hierzu und zum Folgenden: CDU / CSU (Hrsg.) (2005), S. 25-26.

⁶³ Vgl. Müller, J. (2008), S. 200-201.

⁶⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S. 143-144.

⁶⁵ Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2004), S. 20.

⁶⁶ Vgl. Pfister, F. (2009), S. 39.

Unter Berücksichtigung dieser anstehenden Herausforderungen wurde mit der Gesundheitsreform 2007 eine breite Palette von Zielen angestrebt. Es ging dabei um die Sicherung der Finanzierung, um eine gleichwertige einkommensunabhängige Versorgung im Sinne der Solidarität, um Qualität in der Gesundheitsversorgung, aber auch um den Erhalt und das Wachstum von Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor.⁶⁷ Im Speziellen wurde durch den Gesundheitsfonds intensiverer Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und zwischen den Leistungserbringern beabsichtigt, um dadurch eine erhöhte Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu erreichen.⁶⁸ Der verstärkte Wettbewerb sollte durch abnehmende Ausgaben zudem die Lohnnebenkosten senken.⁶⁹ Weitere Belastungen des Faktors Arbeit sollten durch Entkopplung der Arbeitskosten von den Gesundheitskosten und somit von der Beitragssatzentwicklung umgangen werden.⁷⁰ Zudem wurde eine verbesserte Reaktion des Gesundheitssystems auf die sich verändernde Struktur der Bevölkerung bezweckt. Als weiteres Ziel galt die Erhöhung der Transparenz bezogen auf die Beitragsaufwendungen der Versicherten und eine Abnahme des Bürokratieaufwandes.⁷¹ Dazu wurde durch den Gesundheitsfonds auf die Ermöglichung eines vereinfachten und zielgerichteten Risikostrukturausgleichs abgezielt. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich sollte der Verminderung von Risikoselektion dienen.⁷²

3 Gesundheitsfonds – quo vadis?

3.1 Kritische Würdigung der Implementierung

3.1.1 Vorteile des Systems

Durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen im Rahmen des Gesundheitsfonds wurde die Vergleichbarkeit der individuellen Krankenkassenbeiträge und somit auch der Wirtschaftlichkeit der Krankenkassenbeiträge erreicht.

⁶⁷ Vgl. Bandelow, N. C. / Schade, M. (2009), S. 57.

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007), S. 64; CDU / CSU / SPD (Hrsg.) (2005), S. 87.

⁶⁹ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2005), S. 2.

⁷⁰ Vgl. hierzu und zum Folgenden: CDU / CSU (Hrsg.) (2005), S. 26.

⁷¹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: CDU / CSU-Bundestagsfraktion (Hrsg.) (2006), S. 2 und 21.

⁷² Vgl. Oberender, P. / Zerth, J. (2009), S. 331.

sen für die Versicherten verbessert.⁷³ Der einheitliche Beitragssatz bietet mehr Transparenz, da sich die Beitragsdifferenzen zwischen unterschiedlichen Krankenkassen bei pauschalen Zusatzbeiträgen bzw. Prämienzahlungen allein an diesen direkt ablesen lassen. Und sogar bei Forderung einkommensbezogener Zusatzbeiträge ist die Berechnung der individuellen Beitragsdifferenzen leichter, da diese über die Prozentangabe direkt kalkuliert werden können, ohne dass dabei der prozentuale Arbeitgeberanteil oder der Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten verzerrend wirken oder herausgerechnet werden müssen, wie es vorher der Fall war.

Höhere Transparenz führt zu einem Wechsel der Versicherten in Krankenkassen, die ohne oder mit geringeren Zusatzbeiträgen auskommen.⁷⁴ Dies hat zur Folge, dass die Krankenkassen gezwungen sind wirtschaftlich zu arbeiten, um Zusatzbeiträge zu vermeiden und um somit im Extremfall eine Fusion oder Übernahme zu umgehen. Der Wettbewerb findet über Zusatzbeiträge bzw. Rückzahlungen statt.⁷⁵ Ineffizient strukturierte Krankenkassen werden somit durch den Wettbewerb verdrängt.⁷⁶ Der Wettbewerb der Krankenkassen ist zudem dadurch intensiviert, dass auch Arbeitslose mit einbezogen sind.⁷⁷ Den Beitrag zur Krankenversicherung für diese Personengruppe übernimmt zwar die Bundesagentur für Arbeit, Zusatzbeiträge werden aber direkt von diesen Versicherten eingefordert.

Aus Sicht der Arbeitgeber bringt der Gesundheitsfonds eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes mit sich, da der Beitragssatz für ein Jahr und darüber hinaus für alle Mitarbeiter homogen ist und Zusatzbeiträge oder Prämienzahlungen nur die Arbeitnehmer betreffen.⁷⁸ Infolgedessen ist wiederum das Beitragsaufkommen für ein Unternehmen, trotz möglicher Krankenkassenwechsel von Mitarbeitern, für ein Jahr beständig. Aufgrund der Bündelung der Beiträge zur Übermittlung an eine Weiterleitungsstelle, anstatt an die jeweiligen Kran-

⁷³ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257; Pfister, F. (2009), S. 41; Henke, K.-D. (2007), S. 367.

⁷⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Pfister, F. (2009), S. 41-42.

⁷⁵ Vgl. Richter, W. F. (2007b), S. 270.

⁷⁶ Vgl. Pfister, F. (2009), S. 41-42.

⁷⁷ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 652.

⁷⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Pfister, F. (2009), S. 41; Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257-258.

kenkassen, kommt es ab dem 01. Januar 2011 zu einem weiteren Abbau des Verwaltungsaufwandes.⁷⁹

Dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen allein von den Versicherten getragen wird, ist für die Arbeitgeber insofern vorteilhaft, als sie zur Begleichung von Finanzierungslücken im Gesundheitsfonds, die über Zusatzbeiträge geschlossen werden sollen, nicht herangezogen werden und folglich die Lohnnebenkosten nicht ansteigen.⁸⁰

Ferner wird infolge der risikoadjustierten Zu- und Abschläge auf die Grundpauschale, die mittels des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches den Krankheitszustand der Versicherten beachten, grundsätzlich die Risikosektion nach guten Risiken seitens der Krankenkassen, auch als „Rosinenpicken“ bezeichnet, verringert.⁸¹

Vom Standpunkt der Leistungserbringer aus, wie zum Beispiel Ärzte, ist der Gesundheitsfonds vorteilig, da er gleiche Vergütungen für gleiche Leistungen impliziert.⁸² Diese Vergütung in festen Preisen gestattet den Leistungserbringern eine erhöhte Transparenz und erleichtert deren Kalkulation.

Der Vorteil des Gesundheitsfonds, dass er den Einstieg in eine Basisversorgung bildet, wird damit begründet, dass zukünftig durch die GKV nur ein eingeschränkter Leistungskatalog finanziell übernommen werden kann.⁸³

Parteilpolitisch betrachtet bietet die Einführung des Gesundheitsfonds den Vorzug, dass weiterhin die Entwicklungsmöglichkeit sowohl in Richtung einer Bürgerversicherung als auch einer pauschalen Gesundheitsprämie vorhanden ist.⁸⁴

⁷⁹ Vgl. Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (2009), § 28f Abs. 4; Richter, W. F. (2007b), S. 267.

⁸⁰ Vgl. Greß, S. (2010), S. 70.

⁸¹ Vgl. Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 651.

⁸² Vgl. hierzu und zum Folgenden: Pfister, F. (2009), S. 42; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009), S. 8.

⁸³ Vgl. Pfister, F. (2009), S. 42; Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 258.

⁸⁴ Vgl. Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007), S. 64; Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2005), S. 2.

3.1.2 Nachteile des Systems

Ein negativer Punkt, der bei einer Bewertung des Gesundheitsfonds bezüglich der Allokation aufkommt, ist, dass entgegen dem originären Vorhaben weiterhin die gesetzlichen Krankenkassenbeiträge vom Arbeitseinkommen abhängig sind und keine Abkopplung davon stattgefunden hat.⁸⁵ Trotz Einführung der Möglichkeit pauschale Zusatzbeiträge zu erheben, bleibt die Konjunkturabhängigkeit der Beitragseinnahmen bestehen, da eine Anhebung von Löhnen unter der Beitragsbemessungsgrenze zunehmende Beiträge zur GKV verursacht, die wiederum die Lohnnebenkosten steigen lassen. Demgegenüber schlägt sich eine erhöhte Arbeitslosigkeit negativ auf die Beitragseinnahmen nieder.

Aus Sicht der Arbeitnehmer ist der Zusatzbeitrag als nachteilig zu betrachten, da er von diesen allein getragen werden muss und somit die Arbeitgeber und der Staat an der Finanzierung von Defiziten der GKV nicht teilhaben, solange die 95-prozentige Deckungsquote des Gesundheitsfonds nicht unterschritten wird und es folglich zu keiner Beitragssatzerhöhung kommt.⁸⁶

Auch das Erreichen einer nachhaltigen Finanzierung ist angesichts dieser Regelung kritisch zu sehen.⁸⁷ Aufgrund steigender Ausgaben ist es denkbar, dass die Deckungsquote fortwährend unter 100% liegt. Wird dabei das 5-prozentige Gesundheitsfondsdefizit, bis zu dessen Höhe der Beitragssatz nicht angehoben werden muss, mit der Finanzierung über Zusatzbeiträge, die jedoch höchstens nur 1% der Einkommen betragen dürfen, verglichen, wird eine stetige Unterdeckung der GKV und ein Widerspruch dieser beiden Vorschriften deutlich.

Außerdem beruht die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen weiterhin auf dem Umlageverfahren, so dass eine „Demographiefestigkeit“, also eine Unabhängigkeit von der demographischen Entwicklung, nicht gegeben ist.⁸⁸ Strategien zur Bewältigung der ursächlichen Reformauslöser, wie zum Beispiel die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts, bleiben geschuldet.

⁸⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Penske, M. (2006), S. 510-511.

⁸⁶ Vgl. Butterwegge, C. (2008), S. 254-255; Greß, S. / Wasem, J. (2009), S. 11.

⁸⁷ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 257-258; Neubacher, A. (2009), S. 38.

⁸⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Penske, M. (2006), S. 512; Weber, C. (2008), S. I/13; Kentzler, O. (2008), S. 252.

Über das Preissignal der Zusatzbeiträge soll der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert werden. Diesem Ziel widerspricht jedoch die Überforderungsklausel. Durch die Beschränkung der Höhe der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge wird dieses Wettbewerbselement beeinträchtigt, da die Einkommensstruktur der Versicherten verzerrend wirkt.⁸⁹ Werden zwei Krankenkassen verglichen, die eine identische Mitgliederanzahl haben, müssen sie aufgrund der Abhängigkeit von der Grundlohnsumme der Mitglieder dennoch prozentual unterschiedliche Zusatzbeiträge erheben, um eine gleiche Defizithöhe finanzieren zu können.⁹⁰

Zudem stellen die Zusatzbeiträge, und dabei insbesondere die Überforderungsklausel, für die Krankenkassen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand dar, da der Einzug der Zusatzbeiträge und die Feststellung des möglichen Höchstbeitrages für jeden einzelnen Versicherten aufwendig sind.⁹¹

Ferner ist zu kritisieren, dass durch die Art der Gesundheitsfondsgestaltung Anreize seitens der Gesetzlichen Krankenkassen, alternative Versorgungs- und Gesundheitsförderungskonzepte zu entwerfen und nachhaltig zu denken, eingeschränkt werden.⁹² Da die Krankenkassen Zusatzbeiträge umgehen wollen und Investitionen in Innovationen meist mit unsicheren Erträgen und langer Amortisationszeit verbunden sind, bleiben solche Konzeptentwicklungen aus.

Darüber hinaus kommt es zu Wettbewerbsverzerrungen durch mangelnde Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Kostenniveaus.⁹³ Für bestimmte ärztliche Leistungen ist es vorgeschrieben, dass die Gesetzlichen Krankenkassen einen regional abhängigen Zuschlag zahlen müssen.⁹⁴ Die Gesetzlichen Krankenversicherungen erhalten jedoch die gleichen Pauschalen, unabhängig von der Region, in der sie tätig sind.⁹⁵ Würden beispielsweise einer Kranken-

⁸⁹ Vgl. Penske, M. (2006), S. 511; Richter, W. F. (2007b), S. 271; Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 259.

⁹⁰ Vgl. Lauterbach, K. / Lungen, M. (2008), S. 12.

⁹¹ Vgl. Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 651; Neubauer, G. / Pfister, F. (2008), S. 258.

⁹² Vgl. hierzu und zum Folgenden: Pfister, F. (2009), S. 43.

⁹³ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 652.

⁹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009), S. 17.

⁹⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006), S. 651-652.

kasse, deren Versicherte hauptsächlich in kostengünstigen Regionen ansässig sind, die vom Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel ausreichen, könnte sie deshalb einen Wettbewerbsvorteil gegenüber einer Krankenkasse mit Versicherten einer kostenintensiven Region realisieren.

Aber auch für die Leistungserbringer ist die fehlende Berücksichtigung der Kostenniveaus von Relevanz.⁹⁶ So werden zum Beispiel die Leistungen von Ärzten, unabhängig von den regionalen Lohn- oder Miethöhen, gleich vergütet.

Durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stehen Krankenkassen, welche viele gesunde Versicherte haben weniger Zuweisungen zur Verfügung als denen mit vielen Kranken, da für die 80 bestimmten Krankheitsbilder Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds gezahlt werden, um die daraus entstehenden zusätzlichen Kosten zu decken.⁹⁷ Die Zuordnung zu einer der Erkrankungen basiert auf verordneten Medikamenten und ärztlichen Diagnosen, die nach einem vorgeschriebenen Klassifikationssystem codiert werden.⁹⁸ Innerhalb dieser Regelung können aber Manipulationen in Krankenakten von Patienten vorgenommen werden, die finanzielle Auswirkungen haben.⁹⁹ Wird ein Patient von einem Arzt erkrankter eingestuft, als es die Symptome eigentlich zu erkennen geben bzw. erfüllt ein Patient gewisse Kriterien bezogen auf zum Beispiel Arztbesuchshäufigkeit oder Einnahme bestimmter Medikamente, und passt somit in eine der 80 Erkrankungsgruppen, erhöhen sich die Zuschläge, die die Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, ohne dass die Behandlungskosten für diesen Patienten steigen, und ohne dass der Patient davon in Kenntnis gesetzt worden ist.

Problematisch für den Patienten kann diese Situation werden, wenn er beispielsweise Gesundheitsfragen für den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ehrlich beantwortet, aber im Leistungsfall die Versicherung dennoch die Zahlung verweigert, da in der Krankenakte abweichende Aufzeichnungen zum Krankheitszustand zu finden sind.

⁹⁶ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Pfister, F. (2009), S. 43; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009), S. 16.

⁹⁷ Vgl. Neubacher, A. (2009), S. 35-36.

⁹⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008), S. 3 und 8.

⁹⁹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubacher, A. (2009), S. 36.

Trotz der Einführung von morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an die Gesetzlichen Krankenkassen kommt es zu Risikoselektion.¹⁰⁰ Die Krankenkassen selektieren im momentanen System nach Versicherten, die gesund sind oder die an Krankheiten leiden, die den Krankenkassen geringe Kosten, aber hohe Zuschläge bereiten. Somit rückt die Krankheit und nicht die Gesundheit der Versicherten in den Fokus. Für die Ärzte besteht der mögliche Anreiz darin, höhere Honorare von den Krankenkassen zu bekommen, wenn sie im Gegenzug Umcodierungen von Patienten vornehmen oder sogar Mitgliederwerbung betreiben. Dies ist beispielsweise bei bayerischen Hausärzten für die AOK Bayern der Fall. Folglich ist hier der Nachteil des Gesundheitsfonds, dass falsche Anreize für Krankenkassen und Ärzte gesetzt werden.

3.2 Reformvorschläge und deren mögliche Effekte auf den Gesundheitsfonds

3.2.1 Bürgerversicherung nach Vorstellung der SPD

Das Konzept, für das sich die SPD stark macht, ist weiterhin die Bürgerversicherung.¹⁰¹ Die Kopfpauschale wird wegen entstehender Ungerechtigkeit vehement von der Partei abgelehnt. Die Bürgerversicherung würde sich dadurch kennzeichnen, dass die Leistungsfähigkeit des Einzelnen als Maßstab für die Beteiligung an der Finanzierung des Gesundheitswesens dient. Die SPD ist deshalb für die Zahlung eines prozentualen Beitragssatzes, der sich am Gesamteinkommen ausrichtet, aber nicht mehr kassenübergreifend einheitlich angelegt ist. Das bedeutet eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage um zum Beispiel Kapitaleinkünfte und Mieterträge. Darüber hinaus würden alle Bürger an diesem System teilhaben, so dass die Trennung in Gesetzliche und Private Krankenversicherungen entfiel. Insgesamt sieht dieses Konzept eine paritätisch ausgestaltete Finanzierung vor, so dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber mit gleichen Prozentsätzen beteiligt wären.

¹⁰⁰ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Neubacher, A. (2009), S. 36-37.

¹⁰¹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: SPD (Hrsg.) (2010).

Bezogen auf die Bürgerversicherung sind zwei Entwicklungsmöglichkeiten vorstellbar.¹⁰² Einerseits könnte dadurch der Gesundheitsfonds an sich abgeschafft werden. Andererseits könnte auf dem Gesundheitsfonds aufgebaut werden. Zwar würde die Bürgerversicherung dessen Ausgestaltung auf die Weise verändern, dass die Erhebung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen abgeschafft würde, jedoch könnte die komplette Finanzierung und Verteilung der Mittel im Gesundheitssystem über den Gesundheitsfonds laufen. Durch den Einbezug aller Bürger in ein gemeinsames System könnte die Höhe der Mittel, die der Gesundheitsfonds verwalten würde, steigen. Die pauschalen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die jeweiligen Krankenkassen könnten wie bisher durchgeführt werden. Bei diesem Reformvorschlag könnte der Gesundheitsfonds also in seinen Grundprinzipien auch Fortbestand haben.

3.2.2 Modellkonzept der CSU

Aus den Reihen der CSU hat der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder einen alternativen Reformvorschlag für die zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems vorgestellt.¹⁰³ Dabei soll weiterhin ein einheitlicher Beitrag erhoben werden, jedoch in Höhe von 14%. Zur Wahrung der Solidarität würde dieser Beitragssatz paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden. Daneben würde aber, im Zuge des Wegfalls des Sonderbeitrags von 0,9%, von den Krankenkassen ein Beitrag erhoben werden, dessen Höhe diese autonom festsetzen könnten.

Auch bei diesem Vorschlag könnten die paritätisch finanzierten Mittel weiterhin über den Gesundheitsfonds fließen und verteilt werden. Anstelle der jetzigen Zusatzbeiträge, deren Höhe begrenzt ist, würden dann prozentuale Beiträge treten, die in der Höhe nicht beschränkt sind und von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich ausfallen können.

3.2.3 Vorschlag des Deutschen Gewerkschaftsbundes

Auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) plädiert für die Stärkung einer solidarischen Finanzierung im System der GKV und distanziert sich damit von den momentanen Koalitionsplänen der CDU und der Freien Demokratischen

¹⁰² Vgl. hierzu und zum Folgenden: Greß, S. / Wasem, J. (2009), S. 11.

¹⁰³ Vgl. hierzu und zum Folgenden: o. V. (2010b).

Partei (FDP), die die Einführung einer Gesundheitsprämie beabsichtigen.¹⁰⁴ Um für ein zukünftiges Gesundheitssystem Vorschläge zu erarbeiten und um ein eigenes Modell zu konzipieren, dessen Ausgestaltung bis zum Herbst diesen Jahres vorgestellt werden soll, hat der DGB die Reformkommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“ konstituiert. In dieser Reformkommission finden sich seit dem 10. März 2010 Vertreter von Gewerkschaften, Sozial- und Wohlfahrtsverbänden als auch Wissenschaftler zusammen.

Beschluss der Kommission ist es, insbesondere eine Entsolidarisierung zu vermeiden, die eine einseitige Belastung der Versicherten mit sich bringen würde.¹⁰⁵ Es wird eine paritätische Finanzierung der GKV über Beiträge angestrebt. Deshalb soll der Arbeitgeberbeitrag nicht dauerhaft auf einen bestimmten Prozentsatz fixiert werden. Durch einkommensabhängige Beiträge und den Einbezug von hohen Kapitaleinkünften in die Bemessungsgrundlage soll ein solidarischer Lastenausgleich zwischen allen Bürgern realisiert werden. Zudem soll die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben über Steuern erfolgen.

Wenn nach den bisher veröffentlichten Grundsätzen der Reformkommission des DGB gegangen wird, könnten die Auswirkungen auf den Gesundheitsfonds ähnlich aussehen wie bei der Bürgerversicherung nach dem Konzept der SPD.

Durch den Wegfall der Zusatzbeiträge und die Einbeziehung aller Bürger könnten die durch den Gesundheitsfonds verwalteten Finanzmittel stark erhöht werden und somit könnte dessen Grundstruktur beibehalten werden. Es wäre jedoch auch denkbar, dass die Zahlungen direkt über die Krankenkassen laufen könnten, was einer Abschaffung des Gesundheitsfonds gleich käme.

3.2.4 Stand der aktuellen Verhandlungen von CDU und FDP

Im derzeit gültigen Koalitionsvertrag wird ebenfalls die Entwicklung eines zukunfts- und demographiefesten Finanzierungssystems im Gesundheitswesen angestrebt, das zudem transparenter und gerechter sein soll.¹⁰⁶ Zum Erreichen dieses Zieles sollen einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge mit Sozi-

¹⁰⁴ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2010).

¹⁰⁵ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Reform-Kommission (Hrsg.) (2010).

¹⁰⁶ Vgl. hierzu und zum Folgenden: CDU / CSU / FDP (Hrsg.) (2009), S. 84-86.

alausgleich, die Berücksichtigung regionaler Differenzen, zusätzliche Beitragsautonomie und Wettbewerb beitragen. Durch Festschreibung des Arbeitgeberanteils sollen überdies die Gesundheitskosten weitgehend von den Lohnnebenkosten abgekoppelt werden.

Um Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Vereinbarungen zu finden und um Lösungen zur Ausgestaltung eines neuen Finanzierungssystems auszuarbeiten, wurde auf Beschluss des Bundeskabinetts die „Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens“ eingesetzt, die seit dem 17. März 2010 unter Vorsitz des derzeitigen Bundesministers für Gesundheit, Philipp Rösler, tätig ist.¹⁰⁷

Das geplante Konzept, auf das sich die Koalitionsparteien FDP und CDU in ihren Grundzügen geeinigt und vorgestellt haben, ist die sogenannte Gesundheitsprämie.¹⁰⁸ Dabei soll es sich nicht um eine rein einkommensunabhängige Kopfpauschale handeln, da diese laut beider Parteien nicht zur Debatte steht. Das gegenwärtige Finanzierungssystem der GKV soll mittels der Gesundheitsprämie nur partiell verändert und angepasst werden.¹⁰⁹ Um eine teilweise Abkopplung der Gesundheitskosten von den Lohnnebenkosten durchzuführen und somit eine Erhöhung der Lohnnebenkosten infolge von steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem zu unterbinden, ist eine Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge durch Festlegung eines fixen Prozentsatzes auf die Arbeitseinkommen vorgesehen. Die einkommensunabhängige Gesundheitsprämie soll von den Arbeitnehmern als fester Betrag an die jeweilige Krankenkasse bezahlt werden und würde damit den bisherigen einkommensabhängigen Arbeitnehmerbeitrag zum Teil ablösen. Die Höhe der Prämie würden die Gesetzlichen Krankenkassen selbst bestimmen und einfordern. Die Einführung der Gesundheitsprämie soll mehr Wettbewerb im System der GKV induzieren. Ein sozialer Ausgleich, der Einkunftsarten über das Arbeitseinkommen hinaus berücksichtigt, soll steuerfinanziert stattfinden. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern bliebe bestehen.

¹⁰⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010b); Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010c).

¹⁰⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden: o. V. (2010b).

¹⁰⁹ Vgl. hierzu und zum Folgenden: Rösler, P. / Gröhe, H. (2010); Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010d), S. 1-2.

Welche konkreten Auswirkungen dieses Modell der Gesundheitsprämie auf den Gesundheitsfonds haben wird, ist noch unklar, da hierzu noch keine genaueren Aussagen seitens der Politik gemacht wurden. Eine Abschaffung des Gesundheitsfonds an sich wird allem Anschein nach nicht vollzogen werden, dennoch wird das geplante Konzept der Koalition aber Veränderungen bei der Ausgestaltung des Gesundheitsfonds mit sich bringen.¹¹⁰

Seitens der Aufbringung der Mittel wird vermutlich wie bisher der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerbeitrag in den Gesundheitsfonds einfließen, jedoch in veränderter Höhe. Dabei ist anzunehmen, dass der Arbeitgeberanteil als fixe Größe auf die momentane Höhe von 7% festgelegt wird. Die Regelungen über die auszuführenden Beitragssatzanpassungen nach § 220 Abs. 2 SGB V wären damit hinfällig, da vermutlich sämtliche Defizite im Gesundheitssystem über die Höhe der Gesundheitsprämie ausgeglichen würden. Davon ausgehend, dass die Krankenkassen die Prämien einziehen, würden die Einnahmen des Gesundheitsfonds infolge einer Reduzierung des arbeitseinkommensbezogenen Beitragssatzes sinken. Zudem ist offen, ob der Bundeszuschuss in der jetzigen Form bestehen bleibt oder von dem Gesundheitsfonds losgelöst den Kassen zukommt. Unabhängig davon, ob der geplante steuerfinanzierte Sozialausgleich direkt ins Steuersystem integriert wird oder ob die betroffenen Versicherten von vornherein einen niedrigeren Beitrag zahlen, den der Staat durch direkte Zahlungen an die Krankenkassen aufstockt, würden auch diese Mittel am Gesundheitsfonds vorbeifließen. Insgesamt würde durch all diese Maßnahmen die finanzielle Manövriermasse und somit auch der Einfluss des Gesundheitsfonds gesenkt werden.

Sollte es in fernerer Zukunft im Zuge dazu noch weitere Schritte in Richtung einer pauschalen Prämie und weg von einem prozentualen einkommensabhängigen Beitrag geben, wird der Gesundheitsfonds zunehmend seinen Zweck verlieren, der ja gerade in der Bündelung der Mittel für das Gesundheitssystem und deren pauschaler Verteilung liegt.

¹¹⁰ Vgl. o. V. (2009).

4 Fazit und Ausblick

Die obigen Ausführungen und vor allem die Darstellung der Nachteile des jetzigen Systems machen deutlich, dass weiterhin Reformbedarf in Bezug auf die Ausgestaltung des Gesundheitssystems und insbesondere in Bezug auf die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland besteht. Der Gesundheitsfonds bietet dabei den Parteien eine sehr gute Ausgangssituation, da durch dieses Modell der Weg für verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten, sowohl für eine Bürgerversicherung als auch für eine Kopfpauschale oder für eine abgewandelte Form von einem dieser Vorschläge, offen gehalten wurde.¹¹¹

Auch die jetzige Regierungskoalition bemüht sich darum, adäquate Ansätze zu finden, mit denen die momentane Kostensituation, aber auch die zukünftigen Herausforderungen, die vor allem im demographischen Wandel und in den durch den medizinisch-technischen Fortschritt verursachten Ausgabensteigerungen liegen, bewältigt werden können. Anhand der unterschiedlichen Reformvorschläge der Parteien ist festzustellen, dass sich die Situation, wie sie vor Einführung des Gesundheitsfonds bestand, in gewisser Weise wiederholt, denn erneut stehen sich die Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung in den politischen Diskussionen gegenüber.

Zwar ist aufgrund der aktuellen Debatten um die Einführung der Gesundheitsprämie abzusehen, dass der Gesundheitsfonds als verwaltetes Sondervermögen mit der jetzigen Form der Mittelaufbringung und Mittelverteilung nach der nächsten Reform so nicht weiter bestehen wird. Jedoch bleibt bisher offen, ob es bei einer Umgestaltung der Struktur bleibt oder in künftigen weiteren Reformschritten die Finanzmittel auf eine andere Art gebündelt und an die Gesetzlichen Krankenkassen verteilt werden und daraus die Abschaffung des Gesundheitsfonds folgen würde. Abschließend bleibt festzuhalten, dass unabhängig davon, welcher Vorschlag Beachtung findet, allem Anschein nach im Gesundheitswesen das Motto „nach der Reform ist vor der Reform“ weiterhin Gültigkeit besitzt.

¹¹¹ Vgl. Paquet, R. / Schroeder, W. (2009), S. 24.

Literaturverzeichnis

Bandelow, N. C. / Schade, M. (2009):

Konsens im Dissens? Konflikte in der Gesundheitsreform der Großen Koalition, in: Schroeder, W. / Paquet, R. (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007: Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 58-76.

Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2007):

Monatsbericht des BMF 2007, April, Berlin, URL: http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_82/sid_6DCF3E7B9B37923FD364826AB6FADAA8/DE/BMF__Startseite/Aktuelles/Monatsbericht__des__BMF/2007/04/070419agmb009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf [Stand 26.03.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2009):

Fragen und Antworten zur Vergütungsreform, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_169/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/H/Honorarreform/Antworten__und__Fragen__zur__Honorarreform,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Antworten__und__Fragen__zur__Honorarreform.pdf [Stand 06.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010a):

Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet, Pressemitteilung, Nr. 15, 10. März 2010, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_178/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-10-03-10-kv45,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-10-03-10-kv45.pdf [Stand 08.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010b):

Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens eingesetzt, Pressemitteilung, Nr. 7, 24. Februar 2010, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-24-02-10-kommission,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-24-02-10-kommission.pdf [Stand 09.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010c):

Die Regierungskommission: Der Auftrag, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_160/nn_1168248/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/R/Glossar-Regierungskommission/Auftrag.html [Stand 12.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010d):

Fragen und Antworten zur Gesundheitsprämie, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_160/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/G/Glossar-Gesundheitspraemie/Fragen-Antworten-Gesundheitspraemie,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Fragen-Antworten-Gesundheitspraemie.pdf [Stand 12.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2003):

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme: Bericht der Kommission, Berlin, URL: http://www.bmas.de/portal/538/property=pdf/nachhaltigkeit_in_der_finanzierung_der_sozialen_sicherungssysteme.pdf [Stand 26.03.2010].

Bundesrat (Hrsg.) (2007):

Drucksache 75/07 (B), Beschluss des Bundesrates, URL: [http://www.bundesrat.de/cln_179/SharedDocs/Drucksachen/2007/0001-0100/75-07_28B_29,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/75-07\(B\).pdf](http://www.bundesrat.de/cln_179/SharedDocs/Drucksachen/2007/0001-0100/75-07_28B_29,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/75-07(B).pdf) [Stand 30.03.2010].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008):

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_100/nn_1046668/DE/Risikostruktur_ausgleich/Wie__funktioniert__Morbi__RSA,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf [Stand 25.03.2010].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2009):

5. Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds, URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Bekanntmachungen__RSA/Bekanntmachungen__Gesundheitsfonds/Bekanntmachung__05,templatelD=raw,property=publicationFile.pdf/Bekanntmachung_05.pdf [Stand 25.03.2010].

Butterwegge, C. (2008):

Gesundheitsfonds: Stützpfeiler des Sozialstaats oder Vorbote eines Systemwechsels, in: Die Krankenversicherung, Heft 10, S. 253-255.

CDU / CSU (Hrsg.) (2005):

Deutschlands Chancen nutzen, Wachstum Arbeit Sicherheit: Regierungsprogramm 2005 - 2009, URL: <http://www.cducsu.de/upload/regierungsprogramm.pdf> [Stand 25.03.2010].

CDU / CSU-Bundestagsfraktion (Hrsg.) (2006):

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, URL: http://www.cdu.de/doc/pdfc/060704_eckpunkte_gesundheit.pdf [Stand 24.03.2010].

CDU / CSU / FDP (Hrsg.) (2009):

Wachstum Bildung Zusammenhalt: Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, URL: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> [Stand 25.03.2010].

CDU / CSU / SPD (Hrsg.) (2005):

Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, URL: <http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2005/koalition/vertrag.pdf> [Stand 23.03.2010].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2010):

Drucksache 17/507, Gesetzentwurf der Bundesregierung, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/005/1700507.pdf> [Stand 30.03.2010].

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2010):

DGB mit eigener Reform-Kommission, URL: <http://www.dgb.de/++co++55ed27b2-2c35-11df-509e-00093d114afd> [Stand 12.04.2010].

Die Bundesregierung (Hrsg.) (2010):

Gegen die Krise, für neues Wachstum, URL: http://www.konjunkturpaket.de/nm_773942/Content/DE/Artikel/KP/gegen-die-krise-fuer-neues-wachstum.html [Stand 07.04 2010].

Drabinski, T. (2008):

Gesundheitsfonds ante portas, in: Institut für Mikrodaten-Analyse (Hrsg.), Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse, Bd. 12, Kiel.

Fetzer, S. / Hagist, C. (2004):

GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, in: Schmollers Jahrbuch: Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 124. Jg., Heft 3, S. 387-420.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (2009):

Vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

Gesetz zur Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland (2009):

Vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416), ausgegeben zu Bonn am 5. März 2009.

Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007):

Vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), ausgegeben zu Bonn am 30. März 2007.

Greß, S. (2010):

Zusatzbeiträge und kein Ende?, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 90. Jg., Heft 2, S. 70-71.

Greß, S. / Wasem, J. (2009):

Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung, Policy Paper für die Hans-Böckler-Stiftung, Fulda, Essen.

Henke, K.-D. (2007):

Mittelaufbringung und Mittelverwendung im Gesundheitswesen, in: Medizinische Klinik, 102. Jg., Heft 5, S. 366-372.

Kentzler, O. (2008):

Gesundheitsfonds löst keine Strukturprobleme, in: Die Krankenversicherung, 60. Jg., Heft 10, S. 252.

Langer, B. / Plass, M. (2007):

Die Neuregelungen der Gesundheitsreform – Ein kritischer Überblick, in: Die Ersatzkasse, Heft 4, S. 140-145.

Lauterbach, K. / Lungen, M. (2008):

Gesundheitsfonds – Intention, Systemfragen und Steuerungswirkung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 62. Jg., Heft 4, S. 11-14.

Müller, J. (2008):

Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach Einführung des Gesundheitsfonds, in: Güntert, B. J. / Thiele, G. (Hrsg.), DRG nach der Konvergenzphase, Heidelberg, München, Landsberg et al., S. 197-210.

Neubacher, A. (2009):

Das Tollhaus, in: Der Spiegel, 63. Jg., Heft 15, S. 34-42.

Neubauer, G. / Pfister, F. (2008):

Der Gesundheitsfonds: Eine gesundheitsökonomische Beurteilung, in: Die Krankenversicherung, 60. Jg., Heft 10, S. 256 - 260.

Oberender, P. / Zerth, J. (2009):

Der Gesundheitsfonds und die Implikation für den Kassenwettbewerb, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 89. Jg., Heft 5, S. 329-333.

o. V. (2007):

Das GKV-WSG: Die wichtigsten Änderungen im Überblick, in: Die BKK: Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, 95. Jg., Heft 03, S. 98-101.

o. V. (2009):

Kassenbeiträge werden wieder flexibler, in: Focus online, 23.10.2009, URL: http://www.focus.de/politik/deutschland/wahlen-2009/bundestagswahl/gesundheitsfonds-kassenbeitraege-werden-wieder-flexibler_aid_447343.html [Stand 13.04.2010].

o. V. (2010a)

Zusatzbeiträge und nun?, in: Magazin für Soziales, Familie und Bildung Nr. 85, S. 5, URL: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Magazine/MagazinSozialesFamilieBildung/085/s-d-zusatzbeitraege-und-nun.html> [Stand 31.03.2010].

o. V. (2010b):

Gesundheitsreform mit halber Prämie, in: Handelsblatt, 10.04.2010, URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/koalitionsstreit-gesundheitsreform-mit-halber-praemie;2559462> [Stand 11.04.2010].

Paquet, R. / Schroeder, W. (2009):

Gesundheitsreform 2007 - Akteure, Interessen und Prozesse, in: Schroeder, W. / Paquet, R. (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007: Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 11-29.

Penske, M. (2006):

Der Gesundheitsfonds löst keines der Finanzierungsprobleme der GKV, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 86. Jg., Heft 8, S. 510-514.

Pfister, F. (2009):

Der Gesundheitsfonds: Eine Analyse, in: Orientierungen zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, Heft 120, S. 39-44.

Reform-Kommission (Hrsg.) (2010):

Beschluss der Kommission: Grundsätze, URL: <http://www.dgb.de/++co++55ed27b2-2c35-11df-509e-00093d114afd> [Stand: 09.04.2010].

Reiners, H. (2009):

Wettbewerb, Regierung, Selbstverwaltung: Wer stellt die medizinische Versorgung sicher?, in: Bandelow, N. C. / Eckert, F. / Rüsenberg, R. (Hrsg.), Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden, S. 84-96.

Richter, W. F. (2005):

Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 85. Jg., Heft 11, S. 693-697.

Richter, W. F. (2007a):

Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform, in Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds, Sankt Augustin, S. 71-96.

Richter, W. F. (2007b):

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: ein Ausblick, in: Adam, H. / Behrens, C. / Göppfarth, D. et al. (Hrsg.), Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie: Festschrift zum 65. Geburtstag von Professor Dr. Klaus-Dirk Henke, Baden-Baden, S. 267-277.

Richter, W. F. / Jacobs, K. / Wasem, J. et al. (2008):

Problematische Umsetzung der Gesundheitsreform, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 88. Jg., Heft 10, S. 631-652.

Robra, B.-P. / Mayrhofer, T. (2006):

Anmerkungen zum geplanten Gesundheitsfondsmodell, in: Das Gesundheitswesen, 68. Jg., Heft 10, S. 650-652.

Rösler, P. / Gröhe, H. (2010):

Der Preis der Gesundheit, in: Welt online, 11.04.2010, URL: <http://www.welt.de/die-welt/debatte/article7131905/Der-Preis-der-Gesundheit.html> [Stand 12.04.2010].

SPD (Hrsg.) (2010):

Das SPD-Konzept: Die Bürgerversicherung – Beste Versorgung für alle, URL: <http://www.spd.de/petition/Buergerversicherung/index.html> [Stand 12.04.2010].

Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (2008):

Vom 29. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2109), ausgegeben zu Bonn am 31. Oktober 2008.

Verordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (2009):

Vom 29. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2109), geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416).

Viertes Buch Sozialgesetzbuch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (2009):

Vom 23. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3845), neugefasst durch Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973).

Weber, C. (2008):

Die private Krankenversicherung hat Zukunft, in: Clinical Research in Cardiology Supplements, 3. Jg., Heft 1, S. I/10-I/13.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2004):

Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, URL: http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_25412/DE/BMF__Startseite/Service/Downloads/Downloads__allgemein/Gutachten__Nachhaltige__Finanzierung__Renten-__und__Krankenversicherung,templated=raw,property=publicationFile.pdf [Stand 24.03.2010].

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2005):

Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, URL: http://www.bundesfinanzministerium.de/lang_DE/nn_25412/DE/BMF__Startseite/Service/Downloads/Abt__I/0510171a3001,templated=raw,property=publicationFile.pdf [Stand 24.03.2010].

4 Wettbewerb in der PKV: Wie funktioniert der Markt heute und morgen?

Eva Schmolke

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	91
1 Einleitung	92
2 Überblick über die private Krankenversicherung	93
2.1 Grundlagen der privaten Krankenversicherung	93
2.2 Einstieg in die PKV	95
2.3 Wechsel von PKV zu PKV	96
2.4 Änderungen für die PKV durch das GKV-WSG	97
3 Heutige Wettbewerbssituation auf dem PKV-Markt	100
3.1 Wettbewerb auf dem Nachfragemarkt.....	100
3.1.1 Wettbewerb um Bestandskunden.....	100
3.1.2 Wettbewerb um Neukunden	104
3.2 Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt.....	105
3.2.1 Einschränkungen der privaten Krankenversicherungen	105
3.2.2 Steuerungsmöglichkeiten der privaten Krankenver- sicherungen	106
4 Zukünftige Wettbewerbsmöglichkeiten	107
4.1 Aussichten für den Nachfragemarkt	107
4.2 Aussichten für den Behandlungsmarkt.....	108
5 Zusammenfassung und Fazit	110
Literaturverzeichnis	112

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
bzw.	beziehungsweise
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
Hrsg.	Herausgeber
KaIV	Kalkulationsverordnung
o. J.	ohne Jahresangabe
o. V.	ohne Verfasser
PKV	Private Krankenversicherung
S.	Seite
u.a.	unter anderem
URL	Uniform Resource Locators
vgl.	vergleiche
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz

1 Einleitung

Die PKV-Branche muss sich immer wieder dem Vorwurf stellen, es gäbe unter den privaten Krankenversicherungen keinen ausreichenden Wettbewerb¹ und damit kein effizientes Anreiz- und Kontrollsystem des Marktes.²

Die privaten Krankenversicherungen hätten aus diesem Grund u.a. die Möglichkeit ihre Versicherungsbeiträge kontinuierlich zu erhöhen, ohne dass ein Kundenrückgang zu befürchten ist. Um diesen Vorwurf zu untersuchen, liegt in der nachfolgenden Seminararbeit das Hauptaugenmerk auf der Marktsituation der privaten Krankenversicherungen. Aus Gründen der Vollständigkeit werden allerdings Wettbewerbsbeziehungen zwischen PKV und GKV sowie die Marktsituationen der GKV teilweise mit in die Betrachtung einbezogen.

Zunächst wird ein Überblick über die PKV gegeben. Es werden u.a. Versicherungsarten, Finanzierung, Beitragskalkulation, Einstiegs- und Wechselmöglichkeiten sowie wichtigste Änderungen für die PKV durch das GKV-WSG angesprochen. Im dritten Kapitel wird auf den Wettbewerb innerhalb der PKV genauer eingegangen, indem der Nachfragemarkt und der Behandlungsmarkt begutachtet werden. Dabei wird auf dem Nachfragemarkt eine Aufteilung zwischen Wettbewerb um Bestandskunden und Wettbewerb um Neukunden gemacht. Die jeweilige Wettbewerbssituation könnte unterschiedlicher nicht sein. Zudem erfolgt ein kurzer Rückblick, wie die Marktsituation für Bestandskunden vor dem GKV-WSG war und welche aktuellen Veränderungen daraus resultieren. Um eine vollständige Marktbetrachtung zu gewähren, wird anschließend der Behandlungsmarkt betrachtet. Auf diesem werden bisherige Wettbewerbsmöglichkeiten und -einschränkungen der privaten Krankenversicherungen in Bezug auf die Leistungsanbieter aufgezeigt. In weiterer Betrachtung beider Märkte erfolgt eine Darstellung der zukünftigen Wettbewerbsmöglichkeiten sowie abschließend eine Zusammenfassung und ein Fazit dieser Arbeit.

¹ Vgl. Eisenberger, P. (2003), S. 16.

² Vgl. Bürger, M. (2005), S. 49.

2 Überblick über die private Krankenversicherung

2.1 Grundlagen der privaten Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung (PKV) ist eine substitutive Krankenversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Substitutiv besagt, dass sie ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- und Versicherungsschutz ersetzt.³

Derzeit befinden sich 46 Mitgliedsunternehmen in dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.⁴ Vor 10 Jahren waren 50 Krankenversicherungen in dem Verband organisiert.⁵ Voraussetzung für eine Mitgliedschaft sind eine Zulassung von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder von einer Landesaufsichtsbehörde sowie der Sitz des Geschäfts im Inland. 2008 existieren daneben noch 30 kleinere Krankenversicherungsvereine, die nur Zusatzleistungen anboten.⁶ Von den ca. 82,3 Millionen Einwohnern Deutschlands liegen für das Geschäftsjahr 2009 die vorläufigen Werte der Personen, die eine private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen haben, bei 8,81 Millionen Versicherten.⁷ Im Vergleich zu 2008 stieg 2009 die Anzahl der Personen mit einer Krankheitsvollversicherung um 175.100 an.

Versicherungsarten

Die signifikanten Versicherungsarten in der privaten Krankenversicherung reichen von Krankheitsvollversicherung und Pflegeversicherung bis hin zu Zusatzversicherungen für privat oder gesetzlich Versicherte sowie Auslandsreisekrankenversicherungen. Die Krankheitsvollversicherung ist dabei die Hauptversicherungsart in der PKV und machte 2008 71,8% der Gesamtbeitragseinnahmen aus. Dabei wird eine Versicherung Vollversicherung genannt, wenn die versicherte Person ausschließlich in der PKV versichert ist. Beamte, die von Bun-

³ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12 Abs. 1.

⁴ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2001), S. 5.

⁶ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009a), S. 9-10.

⁷ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

desländern oder Kommunen finanzielle Unterstützung im Krankheitsfall erhalten, die sogenannte Beihilfe, gelten ebenfalls als vollversichert.⁸

Finanzierung

Das Finanzierungsverfahren in der PKV erfolgt nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren. Hierbei zahlt die betreffende Person in jungen Jahren Beiträge, die oberhalb des Bedarfsbeitrages liegen, der zur Deckung des aktuellen Krankheitsrisikos nötig wäre. Die Differenz zwischen gezahltem Beitrag und Bedarfsbeitrag fließt in eine verzinste Altersrückstellung. Der so entstehende Kapitalstock soll sicherstellen, dass die Beiträge über die gesamte Vertragslaufzeit konstant bleiben. Da mit höherem Alter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt, werden die Altersrückstellungen sukzessiv aufgelöst und zur Stabilisierung der Beiträge verwendet.⁹

Folglich werden bei dem Anwartschaftsdeckungsverfahren die laufenden Beitragseinnahmen nicht vollständig für die laufenden Ausgaben verwendet, wie es bei dem Umlageverfahren in der GKV üblich ist.¹⁰ Gesetzliche Einzelheiten zur Bildung von Altersrückstellungen lassen sich im Versicherungsaufsichtsgesetz¹¹ und in der Kalkulationsverordnung¹² finden.

Ein weiterer Unterschied zwischen der GKV und PKV ist, dass die PKV grundsätzlich nach dem Kostenerstattungsprinzip wirtschaftet. Der Privatpatient muss bei dem Leistungserbringer in Vorkasse treten und hat dadurch einen Erstattungsanspruch der entstandenen Kosten bei seinem Krankenversicherungsunternehmen.¹³

⁸ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009a), S. 3-15.

⁹ Vgl. Gabler Verlag (Hrsg.) (o. J.).

¹⁰ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009a), S. 114.

¹¹ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12.

¹² Vgl. Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (2009).

¹³ Vgl. Continentale Krankenversicherung a. G. (Hrsg.) (2009), S. 17.

Berechnung der Beiträge

Die Beitragskalkulation erfolgt nach dem Äquivalenzprinzip, d. h. jeder Versicherte zahlt einen seinem Risiko und dem von ihm gewollten Umfang des Versicherungsschutzes entsprechenden Beitrag.¹⁴

Krankenversicherungsbeiträge bzw. Prämien werden auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten berechnet.¹⁵

Rechnungsgrundlagen zur Prämienberechnung sind:

- der Rechnungszins (höchstens 3,5 %)
- die Ausscheideordnung (beinhaltet Annahmen zur Sterbewahrscheinlichkeit)
- die Kopfschäden (durchschnittliche Versicherungsleistungen, die nach Alter und Geschlecht ermittelt werden müssen)
- der Sicherheitszuschlag (mindestens 5 % der Bruttoprämie)
- die sonstigen Zuschläge
- die Übertrittswahrscheinlichkeiten zur Berechnung des Übertragungswertes (siehe Abschnitt 2.3) nach § 13 a KalV.¹⁶

Generell erhöht jede risikorelevante Vorerkrankung aber auch schon die altersbedingte Risikoerhöhung den Beitrag.¹⁷ Eine Ausnahme hierzu bildet die Beitragskalkulation im Basistarif, der später genauer erläutert wird.

2.2 Einstieg in die PKV

Eine Krankheitsvollversicherung kann generell von Beamten, Selbstständigen, Freiberuflern und Arbeitnehmern mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze abgeschlossen werden.¹⁸

Arbeitnehmer werden versicherungsfrei und können damit zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wählen, wenn ihr regelmäßiges Einkommen in drei aufeinander folgenden Jahren oberhalb der Versicherungs-

¹⁴ Vgl. Continentale Krankenversicherung a. G. (Hrsg.) (2009), S. 65.

¹⁵ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12.

¹⁶ Vgl. Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (2009).

¹⁷ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 33.

¹⁸ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009a), S. 13.

grenze liegt. Vor dem 2. Februar 2007 lag die Wartezeit bis zur Versicherungsfreiheit noch bei einem Jahr.¹⁹

Für das Kalenderjahr 2009 war eine Versicherungspflichtgrenze von 46.800 Euro angesetzt. Für dieses Jahr wurde sie auf 49.950 Euro angehoben.²⁰ Die Wechselquote von der GKV zur PKV betrug im Jahr 2007 233.700 und stieg 2008 auf 244.900 Personen an.²¹

2.3 Wechsel von PKV zu PKV

Durch das GKV-WSG wurde zum 1. Januar 2009 ein Recht auf Mitnahme der Altersrückstellung bei dem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens gewährt. Dabei darf der Versicherungsnehmer bei einem Wechsel einen Übertragungswert in Höhe der kalkulierten Altersrückstellung, maximal den Betrag der Altersrückstellung, mitnehmen, wenn der Versicherte von Anfang an im Basistarif versichert gewesen wäre. Diese Übernahme wird bei der neuen Versicherung mit einbezogen und verringert den neuen Beitrag.²²

Für Versicherte, die eine Krankenvollversicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, ist kein Übertragungswert vorgesehen.²³ Jedoch konnte, wenn eine Kündigung bis zum 30. Juni 2009 erfolgte, die kalkulierte Altersrückstellung (auf Grundlage des Basistarifs) übertragen werden, wenn der Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens erfolgte.²⁴ Ab dem 1. Januar 2009 müssen Versicherungsunternehmen bei Neuverträgen den Übertragungswert mit einkalkulieren.²⁵ Die genaue Zusammensetzung des Übertragungswertes lässt sich in § 13a der KalV einsehen.

Über die aktuelle Wechselquote von PKV zu PKV liegen keine Daten vor.

¹⁹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008a), S. 27-28; Sozialgesetzbuch V (2009), § 6.

²⁰ Vgl. Cecu Versicherungen, Finanzen und Vorsorge (Hrsg.) (o. J.).

²¹ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

²² Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009b), S. 151-152.

²³ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12 Abs. 1 Satz 5.

²⁴ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 204 Abs. 1 Satz 2b.

²⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009b), S. 152.

2.4 Änderungen für die PKV durch das GKV-WSG

Das GKV-WSG trat am 1. April 2007 in Kraft. Das damit verbundene Ziel besteht darin, ein leistungsfähiges, solidarisches und finanzierbares Gesundheitswesen auch für die Zukunft sicherzustellen.²⁶ Relevant sind darin für die PKV folgende Neuerungen:

- Pflicht zur Krankenversicherung (GKV ab 1. April 2007 und PKV ab 1. Januar 2009)
- Angebotspflicht eines Basistarifs ab dem 1. Januar 2009²⁷
- drei Jahre Wartezeit für Arbeitnehmer bis zum Wechsel von GKV zu PKV (siehe Abschnitt 2.2)
- Portabilität der Altersrückstellung (siehe Abschnitt 2.3).

Die wesentlichen Veränderungen im GKV-System sind u.a., der seit dem 1. Januar 2009 vorhandene Gesundheitsfonds, feste Beitragssätze und neue Vertragsfreiheiten wie Wahltarifangebotsmöglichkeiten.²⁸

Pflicht zur Versicherung

Seit dem 1. Januar 2009 besteht in der PKV eine Pflicht zur Versicherung.²⁹ Dem PKV-System zugehörige Personen, die nicht krankenversichert sind,³⁰ sind fortan verpflichtet, eine private Krankheitskostenversicherung abzuschließen.³¹ Die bis zu diesem Zeitpunkt geltende Vertragsfreiheit in der PKV wird insofern eingeschränkt,³² als dass der Versicherte eine Krankheitskostenversicherung nachweisen muss, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlungen umfasst.³³ Der darin enthaltene Selbstbehalt kann maximal bis zu einer Grenze von 5.000 Euro pro Jahr gewählt werden.³⁴

²⁶ Vgl. Bundesrat (Hrsg.) (2007).

²⁷ Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G. (Hrsg.) (2009), S. 35.

²⁸ Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G. (Hrsg.) (2009), S. 35.

²⁹ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193.

³⁰ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

³¹ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193 Abs. 3.

³² Vgl. Continentale Krankenversicherung a.G. (Hrsg.) (2009), S. 18.

³³ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193. Abs. 3.

³⁴ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193. Abs. 3.

Verträge, die vor dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden, müssen nicht aufrüsten, wenn sie nur über einen der beiden vorgegebenen Versicherungsschutz verfügen. Hier gilt eine Bestandsschutzregelung.³⁵ Aus der Versicherungspflicht ergibt sich außerdem, dass der / dem Versicherungsnehmer bei der aktuellen Versicherung nur kündigen kann / gekündigt werden kann, wenn er bei einer anderen PKV einen Vertrag abgeschlossen hat.³⁶

Die PKV kann, bei mehr als zweimonatigem Verzug der Beitragszahlungen des Versicherten, ein Ruhen der Leistungen aussprechen. Ruhen der Leistung bedeutet, dass der Versicherer nur für Aufwendungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft aufkommen muss. Werden die ausstehenden Zahlungen nicht nach einem Jahr beglichen, erfolgt eine Einstufung in den Basistarif.³⁷

Basistarif

Ein branchenweiter einheitlicher Basistarif muss seit dem 1. Januar 2009 von jeder substitutiven deutschen PKV angeboten werden.³⁸ Ziel des Basistarifs ist u.a., dass die dem PKV-System zugewiesenen Personen einen ausreichenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz erhalten können.³⁹

Der Versicherungsschutz im Basistarif ist mit den Vertragsleistungen in der GKV vergleichbar. Allerdings darf der Beitrag ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen (300, 600, 900 oder 1.200 Euro) nicht größer sein als der Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung. Der Höchstbeitrag setzt sich zusammen aus dem allgemeinen Beitragssatz sowie der Beitragsbemessungsgrenze der GKV. Zudem erfolgt eine jährliche Anpassung.⁴⁰

2009 lag dieser Höchstbeitrag bei 569,63 Euro. Die Beitragshöhe im Basistarif hängt nicht wie bei der GKV vom Einkommen ab, sondern vom Umfang der

³⁵ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

³⁶ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 205 Abs. 6.

³⁷ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193 Abs. 6.

³⁸ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12 Abs. 1a-c.

³⁹ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 123.

⁴⁰ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12 Abs. 1a-c.

versicherten Leistungen, vom Eintrittsalter und vom Geschlecht. Vorerkrankungen werden zwar bei Versicherungsbeginn durch eine Gesundheitsprüfung aufgenommen, dürfen jedoch nicht in Form von individuellen Risikozuschlägen, wie es sonst in der PKV üblich ist, berücksichtigt werden.⁴¹

Die aus dem Verbot von Risikozuschlägen eventuell resultierenden Mehraufwendungen/Finanzlücken der Versicherungsunternehmen müssen durch Prämienzuschläge, die auf alle Versicherten im Basistarif verteilt werden, beseitigt werden.⁴² Versicherte im Basistarif zahlen demnach maximal den Höchstbeitrag, allerdings auch wenn deren Einkommen als Rentner sinkt. Der Höchstbeitrag wird umso schneller erreicht, je mehr Versicherte mit Vorerkrankungen einen Basistarif abgeschlossen haben.⁴³

Der Verband der PKV erhielt die Aufgabe, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif festzulegen, allerdings unter Beachtung gesetzlicher Vorgaben.⁴⁴ Des Weiteren besteht für den Basistarif laut Gesetzgeber Kontrahierungszwang; der Versicherer darf den Antrag eines Versicherungsberechtigten grundsätzlich nicht ablehnen.⁴⁵

Versicherungsberechtigt sind:

- freiwillig in der GKV Versicherte, die innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs bzw. innerhalb von sechs Monaten nach Beginn ihrer Wechsellmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses wechseln,
- Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht im GKV-System versicherungspflichtig sind und die keine private Krankheitskostenversicherung abgeschlossen haben,
- Personen, die beihilfeberechtigt sind und ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,

⁴¹ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

⁴² Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12g.

⁴³ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

⁴⁴ Vgl. Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (2009), § 12 Abs. 1d.

⁴⁵ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

- Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nach dem 31. August 2009 eine private Krankheitskostenversicherung abgeschlossen haben.⁴⁶

3 Heutige Wettbewerbssituation auf dem PKV-Markt

3.1 Wettbewerb auf dem Nachfragemarkt

3.1.1 Wettbewerb um Bestandskunden

Der Wettbewerb in der PKV bezieht sich im folgenden Abschnitt auf den Wettbewerb um Bestandskunden.

Immer wieder steht die Hypothese im Raum, dass der Wettbewerb um Bestandskunden kaum oder nur unzureichend vorhanden ist.⁴⁷ Es existieren jedoch nur wenige fundierte Studien oder umfassende Literatur zu diesem Thema.

Wettbewerbsmerkmale

Charakteristische Wettbewerbsmerkmale, die private Krankenversicherungen voneinander, abgrenzen sind:

- Image des einzelnen Versicherungsunternehmens
- Art und Umfang des Leistungsangebots
- Beitragshöhe
- Risikopolitik, insbesondere Annahmepolitik
- Umfang und Güte des Kundenservice
- Qualität der Versicherungsvermittler.⁴⁸

Wechselgründe

Daraus können u.a. folgende Wechselgründe für einen Versicherten abgeleitet werden:

⁴⁶ Vgl. Versicherungsvertragsgesetz (2008), § 193 Abs. 5.

⁴⁷ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 48.

⁴⁸ Vgl. Timmer, H. G. (1988), S. 398.

- Image des Versicherungsunternehmens entspricht nicht dem eigenem Selbstbild / führt nicht zur gewünschten Identifikation mit den Werten des Versicherten,
- Unzufriedenheit über Art und Umfang der Beitragserstattung und / oder der Kulanz dabei,⁴⁹
- niedrigere Beiträge für das gleiche Leistungsangebot bei Konkurrenzunternehmen,
- unzureichende Beitragsstabilität,
- nicht zufriedenstellende Betreuung,
- eine nach Abschluss des Vertrags empfundene vorsätzliche oder unabsichtliche schlechte Beratung.

Allerdings setzt ein funktionierender Wettbewerb voraus, dass die eben erwähnten Merkmale effizient eingesetzt werden und es für eine privat versicherte Person stets möglich ist, verlustfrei den Wechsel von einer PKV zu einer anderen PKV zu vollziehen.⁵⁰

Das war in der Vergangenheit kaum möglich. Denn bisherige Abwanderungshemmnisse wie die erneute Risikoprüfung bei Tarif- und Anbieterwechsel sowie die fehlende Übertragbarkeit der Altersrückstellung gewährten den Krankenversicherern eine gewisse Bestandssicherheit.⁵¹ Durch das GKV-WSG, genauer durch die Einführung des Basistarifs und die Möglichkeit zur Portabilität der Altersrückstellung, sollten diese Hemmnisse vermindert werden.⁵²

Rückblick

Vor dem GKV-WSG wurden die durch die Beitragszahlungen aufgebauten Reserven dem gekündigten Versicherungsunternehmen zugesprochen. Die Konsequenz war, dass der Versicherte bei der neuen Krankenversicherung nicht zum ursprünglichen Eintrittsalter tarifiert wurde, sondern sich wechselbedingten höheren Prämienbelastungen ausgesetzt sah. Zudem mussten wechselnde Personen mit höherem Alter höhere Prämien in Kauf nehmen, da für die Nach-

⁴⁹ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 89.

⁵⁰ Vgl. Bürger, M. (2005), S. 54.

⁵¹ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 33.

⁵² Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 9.

finanzierung von Rückstellungen weniger Zeit zur Verfügung stand. Ein Versicherungswechsel, gerade mit zunehmendem Alter, war finanziell de facto unattraktiv. Folglich mangelte es an Wettbewerb um Bestandskunden. Für die alte Krankenversicherung ergaben sich durch die geerbte Reserve auch noch Vorteile. Durch eine steigende Stornoquote, und damit mehr geerbte Reserven, konnte der Teil der Prämien, der zur Rücklagenbildung diente, gesenkt werden, was nicht nur den Bestandskunden zugutekam. Niedrigere Beiträge verbesserten die Wettbewerbssituation der Versicherung um Neukunden. Sowohl die erneute Risikoprüfung bei Tarif- und Anbieterwechsel als auch die fehlende Übertragbarkeit der Altersrückstellung führten dazu, dass Bestandsversicherte lebenslang an ein und dieselbe Krankenversicherung gebunden waren, wenn sie keine finanziellen Einbußen in Kauf nehmen wollten. Darin zeigte sich ein erheblicher Wettbewerbsmangel, der sich in stetig steigenden Prämien gerade für ältere Bestandskunden widerspiegelte.⁵³

Basistarif

Der Basistarif stellte einen erheblichen regulatorischen Eingriff für den Markt dar, der sich in Kontrahierungszwang, dem Verbot von Risikozuschlägen zur Berücksichtigung von Vorerkrankungen bei der Prämienkalkulation sowie der Höchstgrenze der Prämienhöhe zeigt. Dies widerspricht den bislang maßgeblichen Kalkulationsprinzipien der PKV. Jedoch werden durch den Basistarif die Tarifwahlmöglichkeiten erweitert, da die herkömmlichen Tarife bestehen bleiben. Das wettbewerbspolitische Argument für den Basistarif ist, dass die Wechselmöglichkeiten von Bestandsversicherten verbessert werden.⁵⁴

Da bei einem Unternehmenswechsel des Versicherten in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens der Einbezug des individuellen Krankheitsrisikos in den neuen Beitragssatz wegfällt.

Der PKV-Verband argumentiert, dass einschnürende gesetzliche Vorgaben dazu führen, dass der Basistarif nicht kostendeckend sein wird und die Kosten dann von Bestandsversicherten zu tragen sind.⁵⁵

⁵³ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 33-35.

⁵⁴ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 112.

⁵⁵ Vgl. PKV-Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010).

Dies spricht jedoch genau das Ziel an, das auch das Bundesverfassungsgericht befürwortet. Gerade Bestandsversicherte sollen betroffen sein, damit ein funktionierender Wettbewerb in diesem Bereich hergestellt wird.⁵⁶

Mitnahme der Altersrückstellung und erneute Risikoprüfung

Durch das GKV-WSG ist es nun möglich, einen Teil der Altersrückstellung, den Übertragungswert, bei dem Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens unter bestimmten Bedingungen mitzunehmen – zumindest, wenn der Versicherungsvertrag nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde. Dieser „Mitnahmebetrag“ fließt in die Beitragskalkulation ein und verringert somit den Beitragssatz bei dem neuen PKV-Unternehmen.

Allerdings sei es fraglich, ob diese teilweise Mitnahme der Altersrückstellung zu mehr Wettbewerb um Bestandskunden führe.⁵⁷ Denn eine erneute Risikoprüfung, die nur bei einem Wechsel in den Basistarif eines anderen Versicherers nicht mit einkalkuliert wird, begründet auch weiterhin höhere Einstiegsbeiträge bei dem neuen Versicherungsunternehmen.

Für ältere Versicherte, bei denen zwischenzeitlich Krankheiten aufgetreten sind und / oder die schon rein altersbedingt ein höheres Krankheitsrisiko aufweisen, ist ein Versicherungswechsel daher nur wenig lohnenswert.⁵⁸

Überproportionale Beitragserhöhungen

Neben überproportionalen Prämiensteigerungen für ältere Bestandsversicherte zeige sich die Auswirkung von mangelndem Wettbewerb im Bestandskundengeschäft auch in unterkalkulierten Einstiegsprämien für jüngere Neuversicherte. Bei der Kalkulation der Altersrückstellungen werden Änderungsrisiken, die sich durch den Ausgaben treibenden medizinischen Fortschritt, die zunehmende Lebenserwartung und überdurchschnittlich steigende Krankheitskosten ergeben, nicht einbezogen. Folglich müssen die Prämien den Veränderungen angepasst werden und steigen an. Albrecht, de Millas, Hildebrandt et al. bemerken in diesem Zusammenhang, dass die in Abschnitt 2.1 beschriebene Stabilität der

⁵⁶ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 123.

⁵⁷ Vgl. Wimmer, A. (2008), S. 77-78.

⁵⁸ Vgl. Wimmer, A. (2008), S. 78.

Beiträge nur im unrealistischen Fall eintrete. Die Altersrückstellungen seien also unzureichend kalkuliert.⁵⁹

Auch die, durch das GKV-WSG eingeführte, Pflicht zur Versicherung verstärke diesen Prozess der Beitragserhöhung zusätzlich. Der Versicherer darf dem Versicherten nicht kündigen. Bei Beitragszahlungsverzug entstehen somit dem Versicherer finanzielle Lücken, die auf die zahlenden Versicherten umgelagert werden. Dies erfolgt durch Beitragserhöhungen.⁶⁰

Die aufkommende Frage, warum Versicherungsunternehmen nicht gleich bei Vertragsbeginn einen höheren Beitragssatz einkalkulieren, lässt sich mit den oben genannten Wechselgründen beantworten.

Auf der Nachfrageseite konkurrieren Versicherungsunternehmen nämlich um neue Kunden, die an niedrigen Beitragssätzen interessiert sind. Würde ein PKV-Unternehmen damit werben, dass im Alter die Prämien nicht zu sehr ansteigen aber dafür von vornherein ein höherer Beitragssatz fällig sei, würden wahrscheinlich die meisten ein Versicherungsunternehmen wählen, das den gleichen Versicherungsschutz gegenwärtig günstiger anbietet.⁶¹

Produktdifferenzierung

Der Beitragssatz ist allerdings nicht das einzige Wettbewerbsmerkmal, denn auch durch Produktdifferenzierung versuchen die PKV-Unternehmen Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Produktdifferenzierung bezieht sich sowohl auf Leistungserweiterungen als auch -beschränkungen sowie Vertragsformen mit überdurchschnittlich hohen Selbstbehalten. Versicherungsunternehmen erhoffen sich, durch die gezielte Lenkung der Kunden zu Kooperationspartnern oder bestimmten Behandlungsangeboten, eine Behandlungskostenreduzierung.⁶²

3.1.2 Wettbewerb um Neukunden

Die folgende Betrachtung widmet sich dem Wettbewerb um Neukunden in der PKV. Als Neukunden werden Personen bezeichnet, die von der GKV in die PKV

⁵⁹ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 35.

⁶⁰ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 35-48.

⁶¹ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 8-38.

⁶² Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 78-81.

wechseln. Der Personenkreis, um den die privaten Versicherungen konkurrieren, wurde bereits in Abschnitt 2.2 erläutert.

Der Wettbewerb um das Neukundengeschäft wird in der Literatur deutlich weniger kritisiert bzw. erwähnt und kann als funktionierender Wettbewerb⁶³ angesehen werden, ganz im Gegensatz zum Wettbewerb im Bestandskundenbereich.

Durch das GKV-WSG wurde der Wechsel von der GKV zur PKV für abhängig Beschäftigte erheblich erschwert.⁶⁴ Die erhöhte Wartezeit auf drei Jahre, bevor der Wechsel von der GKV in die PKV vollzogen werden durfte, und die Erhöhung der Versicherungsgrenze 2010 auf 49.950 Euro waren die Hauptmerkmale, mit denen die privaten Krankenversicherungen auskommen mussten.⁶⁵ Die Wartezeit von drei Jahren wurde allerdings mittlerweile wieder aufgehoben und die Versicherungsgrenze auf 49.500 Euro gesenkt.

Die privaten Krankenversicherer führen dazu aus, dass sie sich täglich im Wettbewerb um Neukunden behaupten müssten, während die Versicherungspflicht die Kunden quasi automatisch in die GKV treibe.⁶⁶

3.2 Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt

3.2.1 Einschränkungen der privaten Krankenversicherungen

Bei einer vollständigen Marktbetrachtung darf eine Untersuchung des Wettbewerbs, der sich auf den Leistungsmärkten abspielt, nicht fehlen.

Denn schließlich darf nicht vergessen werden, dass auf der Seite des Behandlungsmarkts Kunden an hoher Qualität der zu erhaltenden Leistung interessiert sind und diese Qualität mitunter bei den privaten Krankenversicherungen erhebliche Kosten verursachen kann. Wettbewerbsvorteile innerhalb des PKV-Systems können also nur erlangt werden, wenn es privaten Versicherungsunternehmen möglich ist, die Kosten- und Ausgabenentwicklung durch Leistungsverträge mit den Leistungsanbietern zu steuern.⁶⁷

⁶³ Vgl. Eisenberger, P. (2003), S. 16.

⁶⁴ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 108.

⁶⁵ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010c), S. 4.

⁶⁶ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010c), S. 8.

⁶⁷ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 8 und 82.

Im Gegensatz zu der GKV gibt es bei der PKV kein Wirtschaftlichkeitsgebot bezüglich der Leistungspflicht, sondern lediglich einen Ausschluss von Übermaßvergütung. Aus diesem Umstand heraus entwickelte sich auch die sogenannte „Zwei-Klassen-Gesellschaft“, da es für Leistungsanbieter lukrativer ist, privat versicherte Patienten zu behandeln. Selbst unangemessen hohe Behandlungskosten, die Leistungsanbieter privaten Krankenversicherungen in Rechnung stellen, dürfen nicht von den Versicherern verweigert werden, solange diese nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet sind.⁶⁸

Bei der stationären Versorgung ergeben sich ähnliche Probleme, denn wenn sich Krankenhäuser zu reinen Privatkliniken umformen, sind Preise frei verhandelbar. Dabei unterscheiden sich die erbrachten Leistungen angeblich kaum von den nicht privaten Krankenhäusern.⁶⁹

In der PKV existieren keine rechtlich sanktionierten und kollektiv-vertraglich vereinbarten Maßnahmen, die die Leistungsanbieter anbelangen, wie es in der GKV der Fall ist. Verträge mit Leistungserbringern stehen im Widerspruch zum traditionellen Rollenbild der PKV, das u.a. freie Arztwahl des Versicherten und Therapiefreiheit des Arztes beinhaltet. Zugleich bleiben der PKV dennoch Möglichkeiten, die Entwicklung der Leistungsausgaben zu kontrollieren. Selbstbehalte und Beitragsrückerstattung bei nicht erfolgter Inanspruchnahme von Leistungen sind zwei Ansatzpunkte dafür.⁷⁰

3.2.2 Steuerungsmöglichkeiten der privaten Krankenversicherungen

Seit dem GKV-WSG gibt es jedoch für private Krankenkassen sowie deren Verband die Möglichkeit, mit Arzneimittelherstellern Preisnachlässe auf verschreibungspflichtige Medikamente zu vereinbaren.⁷¹

So hat bspw. die Debeka bereits Ende vorigen Jahres Rabattverträge mit Generika-Unternehmen vereinbart, um Kosten einzusparen. Die AXA-Versicherung möchte diesbezüglich ebenfalls nachziehen.⁷²

⁶⁸ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 82-85.

⁶⁹ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008b).

⁷⁰ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 85-89.

⁷¹ Vgl. Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (2009), § 78 Abs. 3.

Problematisch ist allerdings, dass die privaten Versicherer auf die Verordnungspraxis von Ärzten oder auf die Arzneimittelabgabe durch Apotheken keinen Einfluss haben. In der GKV ist dies möglich geworden durch eine Verpflichtung der Apotheker, Arzneimittelherstellern Exklusivrechte zu gewähren.⁷³

Folglich seien die gesetzlich geschaffenen Eckpunkte zu kurz greifend, um den privaten Krankenversicherungen wirksame Vertragsinstrumente zuzugestehen.⁷⁴

Im ambulanten Bereich können PKV-Unternehmen durch Tarife mit gestaffelter Kostenerstattung ihre Versicherten dazu anleiten, nur Partnerärzte aufzusuchen. Allerdings werden die Honorare der Partnerärzte trotzdem über die Gebührenordnungen (GOÄ und GOZ) abgerechnet.⁷⁵

Eine Möglichkeit, Einfluss auf die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu nehmen, haben PKV-Unternehmen durch die Eigeneinrichtung von Krankenhäusern oder medizinischen Versorgungszentren zur Leistungserbringung. Dabei steht das Qualitätsargument und damit die Hoffnung, neue Kunden anzusprechen (bspw. auch durch Versprechen, wie kurze Wartezeiten), vor dem Kostendämpfungsargument, da auch hier für Partnerärzte die Gebührenverordnungen gelten. Ein Beispiel für die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit zeigt sich in der Sana-Klinikkette.⁷⁶

4 Zukünftige Wettbewerbsmöglichkeiten

4.1 Aussichten für den Nachfragemarkt

Um den Wettbewerb in der PKV zu steigern, könnte auf Verträge mit nur kurzer Laufzeit, auf einen Risikostrukturausgleich wie in der GKV oder auf ein System mit risikogerechten Übertragungswerten beim Wechsel des Versicherers zurückgegriffen werden. Kurzfristige Verträge würden den Versicherungsschutz aushöhlen und wären deshalb nicht optimal. Bei einem Risikostrukturausgleich würden die Versicherten kränker dargestellt, als sie eigentlich sind, und daher

⁷² Vgl. o. V. (2010), S. 94.

⁷³ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 101.

⁷⁴ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010a).

⁷⁵ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 102.

⁷⁶ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 102-103.

ist dieser abzulehnen. Dies spiegelt auch die aktuelle Kritik an dem Risikostrukturausgleich in der GKV wider.⁷⁷

Die Bildung von risikogerechten Übertragungswerten bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens wird im Folgenden genauer erläutert.

Diese Variante könnte laut Nell und Rosenbrock ein mögliches Wettbewerbsmodell für die PKV darstellen. Die Portabilität der Altersrückstellung auf Grundlage des Basistarifs führe eher zur einer Angleichung von PKV und GKV, als zu den gewollten Wettbewerbseffekten. Deshalb ist es, so Nell und Rosenbrock, sinnvoll bei der Bildung von Altersrückstellung einen Risikoausgleichsbetrag mit einzubeziehen. Der Risikoausgleichsbetrag drückt die individuelle Gesundheitsentwicklung des Versicherten aus und kann negativ, positiv und Null sein. Wechseln Versicherte mit guten Risiken das Unternehmen ist der Übertragungswert niedriger als die Altersrückstellung. Bei Versicherten mit schlechten Risiken ist die Altersrückstellung höher. Mittlere Risiken des Versicherten führen zu einer Übereinstimmung des Übertragungswertes mit der Altersrückstellung.⁷⁸

Durch die teilweise Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellung ergeben sich derzeit für das verbleibende Kollektiv positive Prämienrisiken, wenn Versicherte mit negativen Risiken abwandern und umgekehrt negative Prämienrisiken, wenn Personen mit positiven Risiken das Unternehmen verlassen. Um dem entgegenzuwirken sollen Reserven für einen Risikoausgleich aufgebaut werden, um höhere Gesundheitsausgaben der Versicherungen mit vielen Versicherten, die negative Risiken haben, auszugleichen.⁷⁹

4.2 Aussichten für den Behandlungsmarkt

Um nicht nur gegenüber der GKV sondern auch innerhalb des PKV-Systems mehr Wettbewerb zu erzeugen, sollten PKV-Unternehmen durch effektive Verträge mit Leistungserbringern Wettbewerbsvorteile erzielen können.

⁷⁷ Vgl. Görzdorf-Kegel, S. (2009), S.1881.

⁷⁸ Vgl. Nell, M. / Rosenbrock, S. (2008), S. 3.

⁷⁹ Vgl. Görzdorf-Kegel, S. (2009), S.1881.

Ob sich allerdings jemals Verträge zwischen PKV-Unternehmen und Leistungsanbietern gesetzlich verankern lassen, muss aufgrund von folgenden Faktoren in Frage gestellt werden. Versicherungsunternehmen benötigen eine gewisse Marktmacht, um bei Vertragsverhandlungen mit Leistungsanbietern überhaupt Markterfolge erzielen zu können.⁸⁰ 2009 waren mehr als 10 % der Bevölkerung privat versichert. Dabei hatte das größte Unternehmen innerhalb der PKV (die Debeka) 2008 - gemessen an den verdienten Bruttobeiträgen - eine Marktmacht von 14 %.⁸¹

Auf dem Versicherungsleistungsmarkt konkurrieren die privaten Krankenkassen nicht untereinander, sondern mit der GKV. Dabei liegt der Marktanteil der Debeka auf dem gemeinsamen Markt im einstelligen unteren Bereich. Des Weiteren müssen zwei grundsätzliche Voraussetzungen für einen effizienten Verhandlungswettbewerb erfüllt sein. Die PKV muss zum einen mit den Leistungsanbietern unterschiedliche Preise verhandeln können und es muss die Möglichkeit bestehen, Erstattungsansprüche von Leistungserbringern, mit denen keine Verträge bestehen, auszuschließen. Zum anderen müssen PKV-Unternehmen durch Patientensteuerung in der Lage sein, den Leistungsanbietern eine bestimmte Nachfragemenge zuzusichern. Dies kann auch als Grundvoraussetzung dafür betrachtet werden, dass die Versicherer überhaupt mit Leistungsanbietern in Preisverhandlungen treten können. Jedoch sind bis heute beide Voraussetzungen nicht in ausreichender Kombination erfüllt.⁸²

Daher fordert der Verband der privaten Krankenversicherungen verbindliche Qualitätsstandards und die Möglichkeit, die sich daraus ergebenden Mengen und Preise direkt mit Leistungserbringern aushandeln zu können – gerade vor dem Hintergrund steigender Leistungsausgaben (durchschnittlich 6% pro Jahr), die vor allem in steigenden Arzthonorarkosten begründet seien. Das erfordere eine Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes sowie der Gebührenordnungen, durch beispielsweise eine Öffnungsklausel auf genau diese.⁸³ Eine Öffnungsklausel ließe sich gut mit der Gelegenheit vereinbaren, dass die der-

⁸⁰ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S.100-101.

⁸¹ Vgl. map-report (Hrsg.) (2010).

⁸² Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S.100-101.

⁸³ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010b), S. 8.

zeitige Koalition die Gebührenordnungen ohnehin in dieser Wahlperiode verändern will.⁸⁴

Leistungsanbieter haben jedoch wenig Interesse daran, denn sie erhalten durch PKV-Patienten eine höhere Vergütung.⁸⁵

5 Zusammenfassung und Fazit

Durch das GKV-WSG sind Maßnahmen ergriffen worden, die den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt (Nachfrageseite) intensivieren sollten, wie beispielsweise die Erleichterung des Anbieterwechsels in der PKV durch die teilweise Portabilität der Altersrückstellung und die Einführung des Basistarifs. Der Rückblick vor dem GKV-WSG zeigte die Problematik des bis dato vorherrschenden Wettbewerbsmangels um Bestandskunden auf.

In Hinblick auf die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und des Ausgaben treibenden medizinischen Fortschritts sowie steigender Krankheitskosten, greift das bisherige Prämienkalkulationssystem in der PKV zu kurz, da sprunghafte Beitragserhöhungen nicht ausgeschlossen werden können. Um auf dem Wettbewerbsmarkt um Neukunden mitzuhalten, werden niedrige Einstiegsprämien angeboten. Beitragserhöhungen können damit nicht aufgehalten werden. Diese Beitragserhöhungen haben gerade für ältere Bestandskunden negative Auswirkungen, da diese das Versicherungsunternehmen nicht verlustfrei wechseln können. Verluste entstehen aufgrund einer erneuten Risikoprüfung beim neuen Versicherer und der nur teilweisen Mitnahmemöglichkeit der bis dahin aufgebauten Altersrückstellung.

Mangelnder Wettbewerb führe dazu, dass es keinen Wettbewerb um bessere Ansätze für die Beitragskalkulation gebe.⁸⁶

Um die Wettbewerbssituation um Bestandskunden zu verbessern, schlagen Nell und Rosenbrock ein System mit risikogerechten Übertragungswerten beim Wechsel des Versicherers vor. Über die zukünftige Verwendung dieses Vorschlags liegen bisher jedoch keine Aussagen vor.

⁸⁴ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010c), S. 6.

⁸⁵ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 102.

⁸⁶ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 124.

Der Wettbewerb um Neukunden wird in der Literatur weniger erwähnt und wird als effektiver angesehen. Die Erhöhung der Versicherungsgrenze und die der Wechsel-Wartezeit auf drei Jahre berührt nur das Wettbewerbsverhältnis mit der GKV, da diese Maßnahmen alle privaten Krankenversicherungen im gleichen Maße treffen.

Derzeit können PKV-Unternehmen auf dem Behandlungsmarkt auf Möglichkeiten wie Beratungen, Empfehlungen sowie auf finanzielle Anreize in Form von Tarifen mit gestaffelter Kostenerstattung zurückgreifen. Wettbewerbsvorteile für einzelne PKV-Unternehmen, aufgrund von Vertragsmöglichkeiten zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungsanbietern, sind damit allerdings unwahrscheinlich.⁸⁷

Daher fordert der Verband der privaten Krankenversicherungen, Mengen und Preise durch Verträge mit den Leistungserbringern aushandeln zu können.

Vertragswettbewerb setzt allerdings größere Spielräume, wie die Einführung einer Öffnungsklausel auf die Gebührenverordnungen voraus.⁸⁸

⁸⁷ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 104.

⁸⁸ Vgl. Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010), S. 130.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M. / de Millas, C. / Hildebrandt, S. et al. (2010):

Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, in Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) GmbH (Hrsg.), Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie – Schlussbericht, Berlin.

Bundesrat (Hrsg.) (2007):

Entschließung zum Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Drucksache 75/07 (Beschluss), Berlin.

Bürger, M. (2005):

Zum Wettbewerb um Bestandskunden in der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung, Karlsruhe.

Cecu Versicherungen, Finanzen und Vorsorge (Hrsg.) (0. J.):

Versicherungspflichtgrenze,

URL: <http://www.cecude/versicherungspflichtgrenze.html> [Stand 05.04.2010].

Continentale Krankenversicherung a. G. (Hrsg.) (2009):

Expertenbroschüre Vergleich der Systeme GKV und PKV, Dortmund.

Eisenberger, P. (2002):

Die Zukunft der privaten Krankenversicherung, Norderstedt.

Gabler Verlag (Hrsg.) (o. J.):

Gabler Wirtschaftslexikon, URL:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/58396/kapitaldeckungsverfahren-v5.html> [Stand 29.03.2010].

Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz-AMG) (2009):

Vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. September 2009 (BGBl. I S. 3172, (3578)).

Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz-VAG) (2009):

In der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), zuletzt geändert durch Artikel 4 Abs. 10 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. 1993 I S. 2437).

Görsdorf-Kegel, S. (2009):

Die Private Krankenversicherung hat noch großes Verbesserungspotenzial, in: Versicherungswirtschaft, 64. Jg., Heft 24, S. 1881.

map-report (Hrsg.) (2010):

Marktanteile in der PKV, URL: <http://www.map-report.de/> [Stand 17.04.2010].

Nell, M. / Rosenbrock, S. (2008):

Ein Risikoausgleichsmodell für den Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV, Working Paper, in: Universität Hamburg (Hrsg.), Working Papers on Risk and Insurance, Hamburg.

o. V. (2010):

Private Krankenversicherer schließen Kooperationen, in: Versicherungswirtschaft, 65. Jg., Heft 02, S. 94.

PKV - Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010):

URL: <http://www.pkv.de/>.

Schulte, R. (2010):

Die private Krankenversicherung braucht mehr Spielraum, in: Versicherungswirtschaft, 65. Jg., Heft 1, S. 2.

Sinß, F. (2010):

Gesundheit: Kapitaldeckung in der Kritik, in: Versicherungswirtschaft, 65. Jg., Heft 7, S. 477.

Sozialgesetzbuch V (2009):

Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

Timmer, H. G. (1988):

Krankenversicherung, Private in: Farny, D. / Helten, E. / Koch P. et al. (Hrsg), Handwörterbuch der Versicherung: HdV Karlsruhe, S. 391-399.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2001):

Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2000/2001, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008a):

Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2007.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008b):

Ausgründung von Privatkliniken: Tricks in der Grauzone, in: PKV Publik, Heft 01/2008, S. 6-7.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009a):

Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/2009, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2009b):

Rechenschaftsbericht der privaten Krankenversicherung 2008, Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010a):

Private Krankenversicherung: Eckpunkte zum Arzneimittelmarkt greifen zu kurz, URL: <http://www.gesundheit-adhoc.de/index.php?m=1&id=8182> [Stand 04.02.2010].

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010b):
Stellungnahme des PKV-Verbandes zur IGES-Studie: „Wettbewerb in der PKV“, 2010.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2010c):
Gut versichert, in: PKV Publik, Heft 02/2010, S. 4-8.

Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung-KaIV) (2009):
Vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 22. Oktober 2009 (BGBl. 1993 I S. 2437).

Versicherungsvertragsgesetz (2008):
Artikel 1 des Gesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), in Kraft getreten am 1. Januar 2008, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) m. W. v. 23. Juli 2009.

Wimmer, A. (2008):
Möglichkeiten der Effizienzsteigerung für die Private und Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland, Karlsruhe.

5 Morbi-RSA: Derzeitige Funktion und zukünftige Bedeutung

Mirjana Grüne

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	117
2	Der Risikostrukturausgleich von 1994 bis 2008	118
2.1	Der Risikostrukturausgleich als Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung	118
2.2	Funktionsweise des bisherigen Risikostrukturausgleichs	119
3	Weiterentwicklung der Morbiditätskomponente im Risikostrukturausgleich	121
4	Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs	123
4.1	Der Morbi-RSA als Teil des Gesundheitsfonds	123
4.2	Funktionsweise des Morbi-RSA	124
4.3	Zuschlagsvoraussetzungen.....	126
4.3.1	Auswahl der Krankheiten.....	126
4.3.2	Diagnosen und Arzneimittelverordnungen.....	127
4.4	Verteilungswirkungen des Morbi-RSA im Vergleich zum bisherigen RSA	128
5	Anreizwirkungen des Morbi-RSA	130
5.1	Risikoselektion	130
5.2	Versorgung.....	131
5.3	Manipulation	133
6	Fazit	133
	Literaturverzeichnis	135
	Anhang	139

1 Einleitung

Seit 1994 erfolgt die Finanzierung der Krankheitsleistungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Hilfe der Regelungen des Risikostrukturausgleichs. Je nach Beitragsbedarf und Finanzkraft der zugehörigen Gesetzlichen Krankenkassen, also dem Vergleich ihrer Einnahmen- und Ausgabenseiten, wird ein finanzieller Ausgleich ihrer Risikostrukturen untereinander vorgenommen. Während die Einführung des Risikostrukturausgleichs zunächst sehr umstritten war, kam ihm jedoch schnell eine große Bedeutung zu. Der Risikostrukturausgleich stellt heute den Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung dar. Seine Funktion ist es, einen intensiven Wettbewerb unter Wahrung der GKV-spezifischen Gestaltungsprinzipien, insbesondere des Solidaritätsprinzips, zu ermöglichen. Aufgrund der dramatischen Kostensituation, die sich innerhalb der GKV entwickelte, kam es schließlich zu der Überlegung, den Risikostrukturausgleich zu modifizieren. Letztendlich wurde entschieden, den Risikostrukturausgleich stärker an der Morbidität der Versicherten auszurichten, um eine genauere und gerechtere Verteilung der Gelder zu ermöglichen. Im Jahr 2009 kam es schließlich zu der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, dem so genannten Morbi-RSA. Als Teil des, gemeinsam mit ihm eingeführten, Gesundheitsfonds wurde er zum 1. Januar wirksam.¹

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die derzeitige Funktion, sowie die zukünftige Bedeutung des Morbi-RSA näher zu erläutern. Dafür wird im Folgenden zunächst auf die Funktion und Funktionsweise des bisherigen RSA sowie auf die Hintergründe seiner morbiditätsorientierten Weiterentwicklung eingegangen. Anschließend folgt eine Darstellung des gegenwärtig wirksamen Morbi-RSA als Teil des Gesundheitsfonds sowie seiner Funktionsweise. Daraufhin folgt eine vergleichende Gegenüberstellung der Verteilungswirkung beider Ausgleichsverfahren anhand eines Beispiels. Abschließend werden mögliche Anreizwirkungen des Morbi-RSA, bezogen auf das Problem der Risikoselektion, auf die Versorgung sowie Manipulation, zur Darstellung möglicher Chancen und Risiken des Morbi-RSA, näher erläutert.

¹ Vgl. Simon, M. (2010), S. 156.

2 Der Risikostrukturausgleich von 1994 bis 2008

Ursprünglich war die Gesetzliche Krankenversicherung durch ein strenges Zuweisungsprinzip der Versicherten zu den einzelnen Krankenkassen gesetzlich konzipiert. Ein wettbewerbliches Prinzip als Ordnungsfaktor wurde damit gänzlich ausgeschlossen.² Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993, welches aufgrund der dramatischen Kostenentwicklung in allen Bereichen der Krankenversicherung strukturelle Änderungen vorsah, erfuhr die GKV eine tiefgreifende Reform.³ Zum 1. Januar 1994 wurde der durch das Bundesversicherungsamt verwaltete Risikostrukturausgleich eingeführt, um die unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen, mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenkassen, finanziell auszugleichen.⁴ Neben der Einführung des Risikostrukturausgleichs zählt dazu auch die Einführung der freien Kassenwahl in den Jahren 1996/1997, welche die Grundlage einer wettbewerblichen Orientierung in der GKV darstellt.⁵ Dem Risikostrukturausgleich kam in diesem Zusammenhang neben einer begleitenden auch eine vorbereitende Funktion auf die neue Situation zu. Mit ihm sollten die derzeitigen Beitragssatzunterschiede, resultierend aus einer im Zeitablauf herangewachsenen Ungleichverteilung der Risikostrukturen, schon im Vorfeld abgebaut werden, um einen weitgehend unverzerrten Mitgliederwettbewerb zu ermöglichen.⁶

2.1 Der Risikostrukturausgleich als Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung

Ein zentrales Prinzip der GKV stellt das Solidarprinzip dar. Es steht für eine gegenseitige Hilfe und Unterstützung im Krankheitsfall innerhalb einer definierten Solidargemeinschaft, die in Form von interpersonaler Umverteilung der Ausgaben für Krankenversorgung und unterstützende Geldleistungen zum Ausdruck kommt. Die zentralen Solidarausgleiche erfolgen zwischen Gesunden und Kranken, höheren und niedrigeren Einkommen⁷ sowie zwischen Beitrag zah-

² Vgl. Mühlhausen, K.-H. (2001), S. 20.

³ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (1992), S. 1.

⁴ Die dazu geltenden Rechtsvorschriften befinden sich im sechsten Kapitel §§ 266 und 267 SGB V. Vgl. Kasper, S. (2002), S. 24.

⁵ Vgl. Wasem, J. (2002), S. 8.

⁶ Vgl. Kasper, S. (2002), S. 24-25.

⁷ Vgl. Simon, M. (2010), S. 76.

lenden Mitgliedern und beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen.⁸ Diesem Prinzip widerspricht ein Anreiz zur Risikoselektion, um die von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängenden und nicht als risikoäquivalente Prämien ausgestalteten Beiträge niedrig zu halten. Mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs, als ein Instrument zur Sicherstellung des Solidarprinzips, sollte eine Chancengleichheit der Krankenkassen im Wettbewerb sowie die Vermeidung aktiver Risikoselektion erreicht werden.⁹ Ohne einen Ausgleich würde eine „Jagd“ auf gesunde und junge Versicherte zu Lasten von sozial Schwachen und erkrankten Versicherten entstehen.¹⁰ Wettbewerb in einem gesetzlich geregelten Sozialversicherungssystem mit gleichem Leistungskatalog für alle setzt damit die Existenz eines Risikostrukturausgleichs voraus.

2.2 Funktionsweise des bisherigen Risikostrukturausgleichs

Für den Ausgleich wurden dabei die finanziellen Auswirkungen bestimmter Risikofaktoren betrachtet, Die zu Einnahmen- und Belastungsunterschieden der Krankenkassen führten: Die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die so genannten Grundlohnsummen, die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienmitglieder und die morbiditätsbedingten Risikofaktoren Alter und Geschlecht¹¹ sowie der Erwerbsminderungsstatus, Art der Anspruchsberechtigung auf Krankengeld und die Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme für durch das BVA zugelassene Krankheiten.¹² Das Verfahren ist retrospektiv ausgestaltet, d.h., dass die verwendeten Diagnosedaten unmittelbar aus der laufenden Ausgleichsperiode stammen.¹³

Die Kernelemente des RSA sind der Beitragsbedarf auf der Ausgabenseite und die Finanzkraft auf der Einnahmenseite, welche die Risikostruktur einer Krankenkasse zum Ausdruck bringen und auf der Basis von umfangreichen Datenerhebungen durch das BVA ermittelt werden. Ziel ist es, jede Krankenkasse so zu stellen, als entspräche ihre Risikostruktur dem GKV-Durchschnitt. Daher besteht für diejenigen Krankenkassen, deren Beitragsbedarf ihre Finanzkraft

⁸ Vgl. Simon, M. (2010), S. 78.

⁹ Vgl. Scheffold, K. (2008), S. 31.

¹⁰ Vgl. Lauterbach, K. W. / Wille, E. (2001), S. 2.

¹¹ Vgl. Gohla, D. / Freund, J. / Overlander, G. (2002), S. 46.

¹² Vgl. IGES / Lauterbach K. W. / Wasem, J. (2004), S. 30.

¹³ Vgl. Wasem, J. (2002), S. 15.

übersteigt eine Ausgleichsberechtigung. Krankenkassen, deren Finanzkraft über dem Beitragsbedarf liegt, sind ausgleichsverpflichtet.¹⁴ Zur Ermittlung des Beitragsbedarfs werden zunächst die Leistungsausgaben erfasst, wobei zwischen neun Hauptleistungsbereichen, wie beispielsweise nach Ärzten, Zahnärzten und Apotheken, unterschieden wird.¹⁵ Weiterhin erfolgt eine Zuordnung der Versicherten bzw. der entsprechenden Leistungsausgaben zu den, gemäß den Risikofaktoren gebildeten, RSA Zellen. Eine Einteilung erfolgt dabei nach Krankengeldanspruch, Alter, Geschlecht, Bezug von Erwerbsminderungsrente sowie die Teilnahme an DMP. Auf Basis dieser Werte werden die durchschnittlichen Ausgaben pro Versichertentag und Zelle berechnet. Der Beitragsbedarf ergibt sich aus der Multiplikation dieser standardisierten Leistungsausgaben mit den Versichertenzeiten. Die Finanzkraft dagegen ist der Wert, der an den Risikostrukturausgleich abzuführen ist. Er berechnet sich durch Multiplikation der beitragspflichtigen Einnahmen mit dem GKV-weiten¹⁶ Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz stellt einen fiktiven GKV-weiten Durchschnittsbeitragsatz dar und berechnet sich durch die Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben über alle GKV-Versicherten im Verhältnis zu den beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen.¹⁷ Durch Gegenüberstellung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft ergibt sich eine Einordnung der Krankenkassen in Empfänger- und Zahlerkassen.¹⁸ Dabei erhalten die Empfängerkassen, mit einem ihre Finanzkraft übersteigenden Beitragsbedarf, Zahlungen in Höhe der Differenz aus dem Risikostrukturausgleich und die Zahlerkassen leisten, im umgekehrten Fall, Zahlungen an den Risikostrukturausgleich.¹⁹ Im Jahr 2006 lag der Beitragsbedarfstransfer bei 44,7% und der Finanzkrafttransfer bei 42,6%.²⁰

¹⁴ Vgl. Gohla, D. (2002), S. 50.

¹⁵ Die neun Hauptleistungsbereiche unterteilen sich folgendermaßen: HLB 1: Ärzte, HLB 2: Zahnärzte, HLB 3: Apotheken, HLB 4: Krankenhäuser, HLB 5: sonstige Leistungsausgaben, HLB 6: Krankengeld, HLB 7: nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse (seit 2003), HLB 8: nicht belegt, HLB 9: berücksichtigungsfähige Mehrleistungen für in strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137 SGB V eingeschriebene Versicherte (seit 2003).

¹⁶ Bei der Einführung des Risikostrukturausgleichs erfolgte zunächst eine Verwendung unterschiedlicher Ausgleichsbedarfssätze in den Rechtskreisen Ost und West.

¹⁷ Vgl. Schneider, W. (1994), S. 129-131.

¹⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008a), S. 8.

¹⁹ Vgl. Breyer, F. / Buchholz, W. (2007), S. 238.

²⁰ Vgl. Otto, F. / Göppfarth, D. (2009), S. 320.

3 Weiterentwicklung der Morbiditätskomponente im Risikostrukturausgleich

Die Forderung nach einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich liegt bereits Jahre zurück. Mit dem RSA-Reformgesetz von 2001 wurde der Zeitpunkt seiner Umsetzung zunächst auf den 1. Januar 2007 festgelegt. Dazu kam es allerdings noch nicht.²¹ Stattdessen wurde der Risikostrukturausgleich zunächst ergänzt. Eine erste Ergänzung war die Förderung von Disease Management Programmen (DMP), mit dem Ziel die Morbidität der Versicherten stärker zu berücksichtigen und damit Anreize zur Risikoselektion zu mindern. Zudem sollte so das Interesse der Kassen an einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker erhöht werden. DMPs sind strukturierte Programme zur Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen, orientiert an evidenzbasierten Leitlinien,²² also an der Anwendung medizinischer Behandlungen mit nachgewiesener Wirksamkeit.²³ Eine weitere Maßnahme zu einem verbesserten Ausgleich der Morbiditätsrisiken ist der im Jahr 2002 eingeführte Risikopool, durch den ein teilweiser Ausgleich überdurchschnittlich hoher Aufwendungen für Versicherte erfolgte, sofern sie einen Schwellenwert von 20.450 Euro im Jahr überschritten. In diesem Fall wurde der den Schwellenwert übersteigende Betrag, vorausgesetzt er basierte auf Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse oder Krankengeld, zu 60% durch die Solidargemeinschaft ausgeglichen.²⁴

Bereits ab dem Jahr 2000 wurde die Zielgenauigkeit des bisherigen Risikostrukturausgleichs in Frage gestellt. Aus unterschiedlichen Gutachten, die daraufhin vom Bundesministerium für Gesundheit sowie einiger Spitzenverbände der Krankenkassen in Auftrag gegeben wurden, folgte eine einheitliche Bewertung. Im Grundsatz habe sich der RSA zwar bewährt und sei im Hinblick auf die Kassenwahlfreiheit unverzichtbar, führe aber auch zu Verzerrungen, unter anderem dadurch, dass Krankenkassen, die sich um die Versorgung chronisch Kranker bemühten, negative Deckungsbeiträge aus dem bisherigen RSA erzielten und

²¹ Vgl. Wasem, J. (2009), S. 250.

²² Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, T. (2006), S. 266.

²³ Vgl. Perschke-Hartmann, C. (2009), S. 48.

²⁴ Vgl. Breyer, F. / Buchholz, W. (2007), S. 243.

somit keinen Anreiz hätten, deren Versorgung zu verbessern.²⁵ Das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer verbesserten Qualität der Versorgung schwer- und chronisch kranker Versicherter sowie einer verbesserten Wirtschaftlichkeit durch einen funktionsfähigen Wettbewerb wurde nicht erreicht, stattdessen kam es sogar zu Fehlentwicklungen im Kassenwettbewerb. Als ausschlaggebend wurde die Betrachtung der indirekten Indikatoren angesehen und damit die Notwendigkeit eines direkten Morbiditätsbezugs beschlossen. Durch diese Neuorientierung sollte sichergestellt werden, dass keine gravierenden Wettbewerbsnachteile durch die Konzentration chronisch Kranker, sowie keine Wettbewerbsvorteile durch die Mitgliedschaft vieler gesunder Versicherter in einer Krankenkasse entstehen.²⁶ Die Grundidee des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs liegt somit in der möglichst genauen Erfassung der Krankheiten über kleinere homogene Risikogruppen, als den bisher herangezogenen Kriterien, zur möglichst genauen Abbildung der Risiken.²⁷ Den Krankenkassen soll damit ein Anreiz zu einer verbesserten Versorgung, insbesondere chronisch Kranker, gegeben werden, um damit zur Lösung des Problems der Risikoselektion beizutragen. Da deren Finanzierung nicht auf risikoäquivalenten Prämien basiert, soll so ein dementsprechender Vertragswettbewerb herbeigeführt werden. Durch die mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs bezweckte genauere Verteilung der Beitragsgelder verliert der Risikopool zur solidarischen Finanzierung besonders aufwendiger Leistungsfälle an Bedeutung und wird abgeschafft. Die strukturierten Behandlungsprogramme werden vom RSA entkoppelt.²⁸

²⁵ Vgl. Glaeske, G. (2009), S. 82.

²⁶ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2001), S. 14 .

²⁷ Vgl. Oberender, P. O. / Zerth, J. (2005), S. 42.

²⁸ Vgl. Göppfarth, D. (2009), S. 103.

4 Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs

4.1 Der Morbi-RSA als Teil des Gesundheitsfonds

Gemeinsam mit dem Gesundheitsfond wurde der neu ausgestaltete, durch das RSA-Reformgesetz von 2001 zunächst für das Jahr 2007 vorgesehene,²⁹ morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich zum 1. Januar 2009 eingeführt und ist in diesen integriert. Durch den Gesundheitsfond werden die Finanzströme der GKV neu organisiert. Er lässt sich als den institutionellen Ort, an dem die Beitragseinnahmen aller Krankenkassen sowie der Bundeszuschuss bei der Bundesbank zusammen fließen, bezeichnen. In ihrer Gesamtheit werden diese Zahlungen als Sondervermögen durch das Bundesversicherungsamt verwaltet.³⁰ Weiterhin wurde ein bundesweit einheitlicher Beitragssatz eingeführt, der zu Beginn auf 15,5% festgelegt wurde und seit dem 1. Juli 2009 bei 14,9% liegt.³¹ ³² Jede Krankenkasse erhält zur Deckung der laufenden Ausgaben Zuweisungen aus dem Fonds.³³ Die wichtigsten Zuweisungen sind dabei die einheitliche Grundpauschale für alle Versicherten, eine einheitliche Pauschale je Versicherten für Verwaltungsausgaben, eine Pauschale für die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teilnehmenden Versicherten³⁴ sowie unterschiedlich hohe Zuweisungen durch Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Erkrankung der Versicherten, welche an die Regeln und Kriterien des neuen, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs gebunden sind.³⁵ Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag von bis zu einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erheben. Eine Einkommensprüfung wird erst erforderlich, wenn der Zusatzbeitrag acht Euro überschreitet. Bei Überschüssen erhalten die

²⁹ Vgl. Wasem, J. (2009), S. 250.

³⁰ Vgl. Simon, M. (2010), S. 157.

³¹ Von den Arbeitgebern werden 7 Prozent und von den Arbeitnehmern 7,9 Prozent des Bruttolohns eingezahlt. Im Jahr 2009 sind insgesamt ca. 160 Mrd. Euro in den Fonds eingegangen, davon 7,2 Mrd. in Form eines Steuerzuschusses (Konjunkturpaket II: 3,2 Mrd. Euro).

³² Vgl. Simon, M. (2010), S. 158.

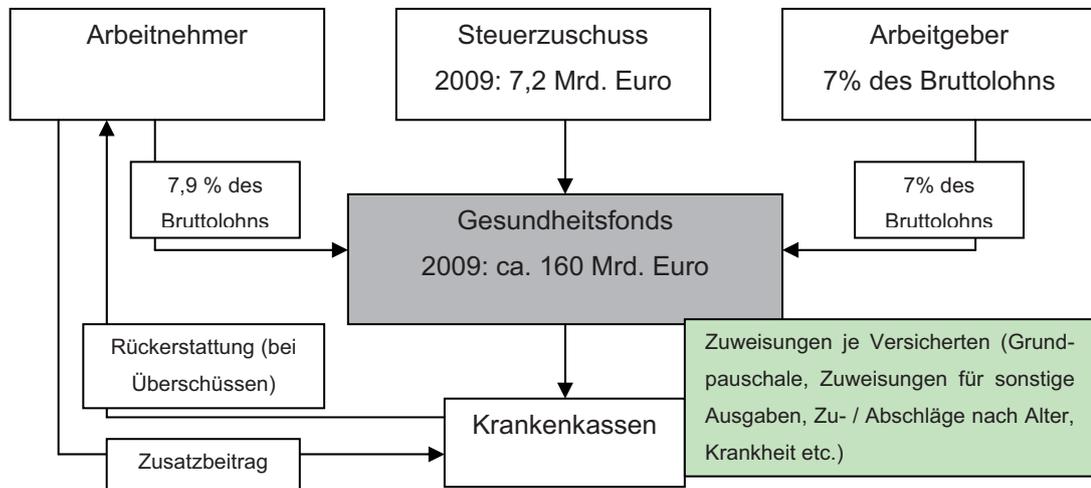
³³ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (2009), § 266 Abs. 1 SGB V.

³⁴ Im Jahr 2009 lag die Grundpauschale bei 185 Euro, die Pauschale für die Verwaltungsausgaben bei 5 Euro und die Pauschale für die an einem DMP teilnehmenden Versicherten bei 15 Euro (Angaben zur Übersichtlichkeit ohne Nachkommastellen).

³⁵ Vgl. Simon, M. (2010), S. 156-157.

Versicherten Rückerstattungen. In der folgenden Abbildung ist das Zusammenwirken von Gesundheitsfond und Morbi-RSA anschaulich dargestellt.

Abbildung.1: Der Gesundheitsfonds



Quelle: in Anlehnung an Simon, M. (2010), S. 158.

4.2 Funktionsweise des Morbi-RSA

Während der bisherige Risikostrukturausgleich auf einem Zellenmodell basierte, wird der Morbi-RSA auf der Grundlage eines Zuschlagsmodells durchgeführt. Dabei wird jeder Krankenkasse zunächst je Versicherten eine Grundpauschale in Höhe der durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugeteilt.³⁶ Zur Ermittlung der Zu- bzw. Abschläge erfolgt eine Einteilung der Versicherten in verschiedene Risikogruppen. Insgesamt sind 152 Risikogruppen zu berücksichtigen, die sich in drei Säulen einteilen lassen. Die erste Säule beinhaltet eine Einstufung nach Alter und Geschlecht. Sie setzt sich aus 40 so genannten Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG) zusammen. Männer und Frauen werden dabei getrennt und die Einteilung nach dem Alter erfolgt in fünf Jahres Schritten, wobei Neugeborene separat betrachtet werden. Jeder Versicherte wird genau einer AGG zugeordnet, woraus eine Anpassung durch Zu- oder Abschläge auf den Betrag, den ein ansonsten gesunder gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich benötigt, resultiert.³⁷ Die zweite Säule setzt sich aus sechs Erwerbsminderungsgruppen (EMG) zusammen. Unter der

³⁶ Für das Jahr 2010 wurde eine Grundpauschale in Höhe von 2.336 Euro je Versicherten berechnet, was monatlich rund 195 Euro entspricht, vgl. AOK (Hrsg.) (o. J.), o. S.

³⁷ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 6.

Voraussetzung einer schweren, ärztlich bestätigten Krankheit eines Versicherten, die die Krankenkassen über die Morbiditätszuschläge hinaus belastet, sind bei dessen Bezug von Erwerbsminderungsrente, die im Vorjahr für mehr als 183 Tage beansprucht wurde, weitere Zuschläge vorgesehen.³⁸ Die dritte Säule und damit eine Neuerung im RSA ist die Einteilung der Versicherten in insgesamt 106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG). Auf Grundlage des § 31 Abs. 4 RSAV wurden 80 zuschlagsfähige Krankheiten festgelegt, wobei es sich insbesondere um kostenintensive chronische Krankheiten sowie Krankheiten, die durch einen schweren Verlauf gekennzeichnet sind, handelt.³⁹ Die höhere Anzahl der HMG erklärt sich dabei durch die Differenzierung einiger Krankheiten nach ihrem Schweregrad. Es werden insgesamt 25 Hierarchien berücksichtigt. Bei mehreren Erkrankungen eines Versicherten aus einer Hierarchie wird der Zuschlag nur für die hierarchisch stärkste Gruppe gewährt. Bei ähnlichem Versorgungsbedarf fallen dagegen auch unterschiedliche Krankheiten in eine gemeinsame Morbiditätsgruppe.⁴⁰ Folgende Tabelle zeigt die beispielhafte Zuordnung der Daten einer 53-jährigen Frau zu den entsprechenden Säulen.

Tabelle 1: Beispiel für die Zuweisung über den Morbi-RSA

Charakteristika	Risikomerkmal	Zuweisung pro Monat	Zuweisung pro Jahr
Grundpauschale		185,64 €	2.227,68 €
53 Jahre, weiblich	AGG 011	- 100,21 €	- 1.202,52 €
Erwerbsminderungsrentnerin	EMG 003	116,67 €	1.400,04 €
Hypertonie	HMG 091	38,48 €	461,76 €
Diabetes mellitus	HMG 019	66,18 €	794,16 €
Osteoarthritis der Hüfte	HMG 040	166,15 €	1.993,80 €
Gesamtzuweisung		472,91 €	5.674,92 €

Quelle: BKK (Hrsg.) (o. J.), S. 8.

Die Ermittlung der Zuschlagshöhe basiert auf einem prospektiven Modell, d. h. es sind nicht die laufenden Behandlungskosten, sondern die mit den ausgewählten Krankheiten in Verbindung stehenden Folgekosten für das kommende

³⁸ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 5.

³⁹ Zur Auswahl der Krankheiten vgl. Abschnitt 4.3.1.

⁴⁰ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 6-7.

Jahr von Bedeutung. Für jede Morbiditätsgruppe wird somit untersucht, welche durchschnittlichen Ausgaben im Jahr nach der Diagnosestellung von dem Versicherten verursacht werden.⁴¹ Die Berechnungen erfolgen dementsprechend anhand der Daten aus den Vorjahren. Im Herbst 2010 werden die Zuschlagshöhen also anhand der Leistungsausgaben des Jahres 2008, sowie der Diagnosen und Arzneimittelverordnungen des Jahres 2007 ermittelt.⁴²

4.3 Zuschlagsvoraussetzungen

4.3.1 Auswahl der Krankheiten

Um neben dem Basiszuschlag, bemessen nach Alter und Geschlecht, Zuschläge aus dem Morbi-RSA zu erhalten, ist eine Einordnung zu den insgesamt 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen erforderlich, die sich aus 80 Krankheiten zusammensetzen. Die Auswahl der 80 Krankheiten erfolgte durch ein Gutachten des dafür neu gebildeten wissenschaftlichen Beirats des BVA⁴³ unter Einbezug wesentlicher Aspekte der Essener Liste.⁴⁴ Sie reicht von HIV/Aids über Brustkrebs und Diabetes bis hin zu Osteoporose, Demenz, Depression, Hypertonie, Epilepsie oder Pneumonie.⁴⁵ Die Anzahl der zuschlagsfähigen Krankheiten wurde dabei zunächst gesetzlich auf 50 bis 80 beschränkt, um mit der so erhöhten Kalkulationssicherheit und Planbarkeit für die Krankenkassen eine „gleitende Einführung“ in die direkte Morbiditätsorientierung sicher zu stellen und nicht vorhersehbare Verwerfungen in der Übergangsphase zu vermeiden. Für die übrigen Krankheiten erfolgt die Zuordnung der Ausgaben weiterhin über die Alters- und Geschlechtsgruppen.⁴⁶ Dabei sollen insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben die aller Versicherten mindestens um das 1,5-fache übersteigen, berücksichtigt werden. Zudem sollen sie das Kriterium der engen Abgrenzbarkeit erfüllen.⁴⁷ Durch den Beirat, der das BVA bei der Ausgestaltung des Morbi-RSA unterstützen sollte, wurden die un-

⁴¹ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 8.

⁴² Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 10.

⁴³ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008c), S. 4.

⁴⁴ Vgl. Ulle, T. / Jahn, R. / Wasem, J. (2009), S. 54.

⁴⁵ Eine aktuelle Liste der 80 zuschlagsfähigen Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 befindet sich im Anhang.

⁴⁶ Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2006), S. 204.

⁴⁷ Vgl. Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2010), § 31 Abs. 1 RSAV.

bestimmten Rechtsbegriffe zunächst operationalisiert, wobei zunächst der Begriff Krankheit als eine „medizinisch adäquate Entität, die sich aus Diagnosegruppen zusammensetzt“ definiert wurde. Bei dem Begriff der Diagnosegruppen erfolgte eine Orientierung an dem bewährten HCC-Klassifikationsmodell.⁴⁸ Als chronisch wurden dabei die Krankheiten angesehen, für die eine Einteilung in die entsprechende Diagnosegruppe bei mehr als 50% der Betroffenen mindestens in zwei Quartalen erfolgt. Zur Feststellung der kostenintensiven Krankheiten wurde eine Sortierung der gewichteten Ausgaben aller Diagnosegruppen vorgenommen, wobei die obersten 30% der 1,5fach über dem Durchschnitt liegenden Folgekosten als kostenintensiv bezeichnet wurden. Als schwerwiegend gelten diejenigen Krankheiten, deren Diagnosegruppe mindestens eine fünfprozentige Hospitalisierungsquote aufweist.⁴⁹ Nach einigen Änderungen der zu berücksichtigenden Krankheiten wurden diese letztendlich so festgelegt, dass der Anteil betroffener Versicherter 39,5% betrug, die im Zusammenhang 54% der Ausgaben in Bezug auf die Morbiditätszuschläge ergaben.⁵⁰

4.3.2 Diagnosen und Arzneimittelverordnungen

Die Zuschläge für die jeweiligen Krankenkassen ergeben sich somit durch die Zugehörigkeit ihrer Versicherten zu den auf 80 ausgewählten Krankheiten basierenden Morbiditätsgruppen, die „auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationsgruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale“⁵¹ festzustellen sind. Zur Abrechnung mit den Krankenkassen müssen die Diagnosen nach dem ICD-10-Klassifikationssystem verschlüsselt werden. Dieses System enthält über 15.000 ICD-10-Codes, von denen wiederum ca. 3.800 mit den 80 ausgewählten Krankheiten in Verbindung stehen und somit den Morbiditätsgruppen zugeordnet werden können.⁵²

⁴⁸ Bei dem HCC Modell handelt es sich um ein rein diagnosebasiertes Modell. Das Versichertenklassifikationsmodell des Morbi-RSA basiert auf einem bewährten, in den USA entwickelten Kombinationsmodell RxGroups+IPHCC, durch welches Diagnosegruppen anhand von Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen gebildet werden, vgl. Göppfarth, D. (2009), S. 112.

⁴⁹ Vgl. Glaeske, G. (2009), S. 20-21.

⁵⁰ Stand: 2005 / 2006. Vgl. Glaeske (2009), S. 28.

⁵¹ Vgl. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (2009), § 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

⁵² Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 8.

Stationäre Diagnosen führen dabei, vorausgesetzt sie betreffen die ausgewählten Krankheiten, immer zu einem Zuschlag, da in Krankenhäusern verbindliche Kodierrichtlinien gelten und sie außerdem Teil der Krankenhausrechnungen im „DRG-System“ sind, was mit einer besonderen Kontrolle im Rahmen der Abrechnungsprüfung in Verbindung steht. Höhere Anforderungen ergeben sich für ambulante Diagnosen. Sie müssen zunächst das M2Q-Kriterium erfüllen, welches die Dokumentation zweier gesicherter Diagnosen derselben Krankheit in unterschiedlichen Quartalen vorsieht. Besteht ein zwingendes Erfordernis eines stationären Aufenthalts werden ambulante Diagnosen als Aufgreifkriterium ausgeschlossen. Ist eine stationäre Behandlung nicht zwingend erforderlich, wird bei einigen Krankheiten eine zugehörige Arzneimitteltherapie als Voraussetzung für die Zuordnung zu einer Morbiditätsgruppe geprüft. Dies gilt zum einen für Krankheiten wie z. B. Diabetes mellitus Typ 1, bei denen eine Arzneimitteltherapie zwingend erforderlich ist, zum anderen wird geprüft, ob sich klinisch relevante Fälle über eine Arzneimitteltherapie separieren lassen, sofern es sich um eine Krankheit mit niedrigen zu erwartenden Folgekosten handelt.⁵³ Für die Zuordnung ist zudem eine Mindestmenge an Verordnungen erforderlich, die bei akuten Erkrankungen bei mindestens zehn definierten Tagesdosen und bei chronischen Erkrankungen bei mindestens 183 definierten Tagesdosen liegt.⁵⁴ Sie basiert auf dem Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikationssystem für Arzneimittel, welches die Wirkstoffe je nach Wirkungsort und Eigenschaften in verschiedene Gruppen einteilt.⁵⁵

4.4 Verteilungswirkungen des Morbi-RSA im Vergleich zum bisherigen RSA

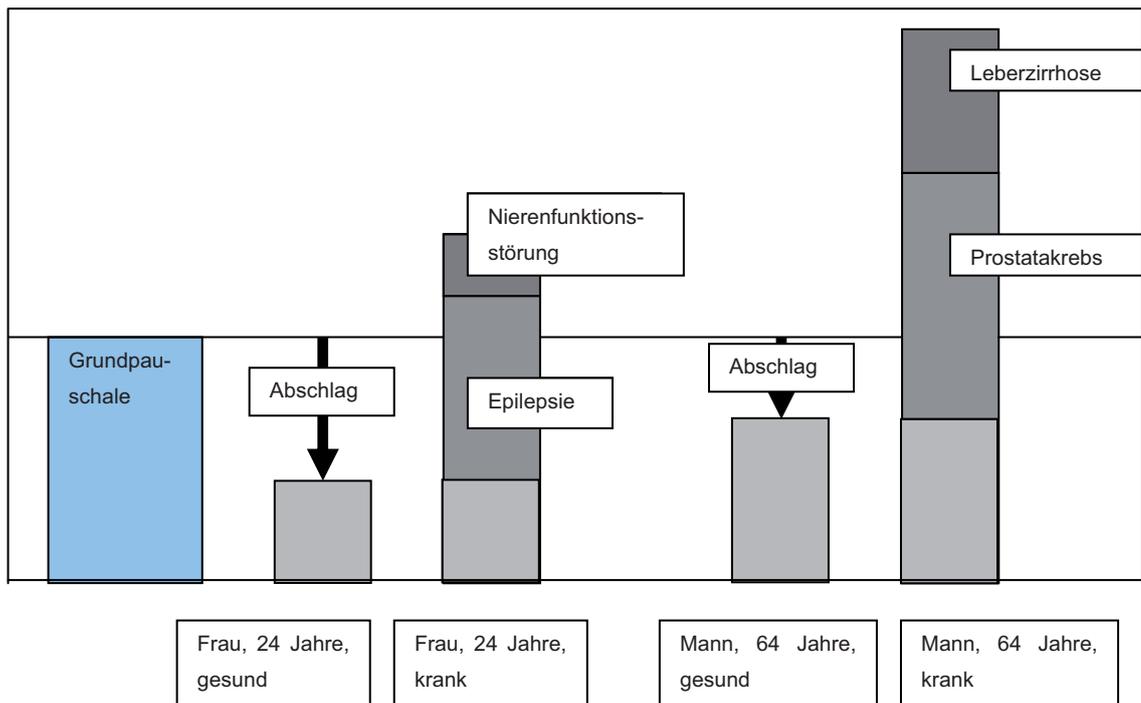
Durch die Berücksichtigung des Krankheitsstandes als Grundlage für Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds soll die Verteilungsgerechtigkeit erhöht werden. Dies lässt sich anhand des folgenden Beispiels verdeutlichen.

Abbildung 2: Zuweisungen der Krankenkasse: Grundpauschale mit alters-, geschlechts- und risikoadjustierenden Zu- und Abschlägen

⁵³ Vgl. Göppfarth, D. (2009), S. 122.

⁵⁴ Vgl. Erdogan, B. (2008), o. S.

⁵⁵ Vgl. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2010), o. S.



Quelle: Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b), S. 5.

Während die Zuweisungen aus dem bisherigen RSA insbesondere vom Alter und Geschlecht der Versicherten abhängen, wird nun zusätzlich der Krankheitsstand berücksichtigt. Damit verbunden sind Abschläge bei gesunden Versicherten und Zuschläge bei kranken Versicherten, vorausgesetzt es handelt sich um eine der 80 zuschlagsfähigen Krankheiten. Der Morbi-RSA macht den Krankheitsstand nicht mehr allein vom Alter abhängig. Die zentrale Aufgabe des Morbi-RSA liegt damit weiterhin in der solidarischen Verteilung der Risikobelastung in der GKV. Mit dem ergänzenden Einbezug von Krankheitsrisiken soll die tatsächliche Lastenverteilung der Krankenkassen gerechter gestaltet werden, was sich anhand des folgenden Beispiels verdeutlichen lässt:

Tabelle 2: RSA-Zuschläge / Morbiditätszuschläge

Beispiel	RSA	Morbi-RSA
Weiblich, 62 Jahre, gesund	1.757 €	Basis: 517 € Kein Zuschlag
Weiblich, 62 Jahre, Diabetes (Insulin)	Nicht-DMP: 1.757 € DMP: 2.599 €	Basis: 517 € Zuschlag: 2.405 €
Weiblich, 62 Jahre, Multiple Sklerose	1.757 €	Basis: 517 € Zuschlag: 8.400 €

Quelle: Glaeske, G. (2009), S. 15.

Durch die auf einer indirekten Morbiditätsorientierung beruhende Umverteilung des bisherigen RSA ergibt sich z. B. für eine 62-jährige Frau eine Summe von 1.757 Euro, unabhängig davon, ob sie an einer schweren und damit gegebenenfalls auch teureren Krankheit leidet. Lediglich durch die Einschreibung in ein DMP erhöht sich der Ausgleich, wie hier auf 2.599 Euro. Mit der direkten Morbiditätsorientierung erfolgt ein Ausgleich anhand der durchschnittlichen Leistungsausgaben der betreffenden Krankheit. Je nach Schweregrad der Krankheit steigt der Zuschlag durch den Morbi-RSA an.⁵⁶ Ziel ist es, eine gerechtere Verteilung zu bewirken, so dass die finanziellen Mittel dort hinfließen, wo sie zur Versorgung benötigt werden. Damit soll für die Krankenkassen ein Anreiz geschaffen werden, sich ggf. sogar speziell auf die Behandlung chronisch Kranker zu spezialisieren, was zuvor zu erheblichen Wettbewerbsnachteilen geführt hätte.

5 Anreizwirkungen des Morbi-RSA

5.1 Risikoselektion

Mit der Weiterentwicklung der Morbiditätskomponente sollte die Risikoselektion der Krankenkassen verringert werden. Als ein erster Schritt wurde die Bezuschussung strukturierter Behandlungsprogramme im Jahre 2003 vorgenommen, was die Versorgung chronisch Kranker für die Krankenkassen attraktiver machen sollte, da sie so nicht mehr zwingend mit Wettbewerbsnachteilen zu kämpfen hatten. Mit der Einführung der Disease Management Programme, als qualitätssichernde Maßnahme der GKV, wurde ein erster Höhepunkt über die Diskussion eines Versorgungsmanagements erreicht, wobei den Gesetzlichen Krankenkassen erstmals gestalterische Aufgaben im Versorgungsprozess zukamen. Voraussetzung für einen Zuschuss aus dem RSA war die Einschreibung der Versicherten, so dass sich aus dem Versorgungswettbewerb schnell ein Einschreibewettbewerb entwickelte.⁵⁷ Es ergab sich somit ein Anreiz zur Manipulation, indem versucht wurde, möglichst viele dazu zu bewegen, sich in die

⁵⁶ Vgl. Glaeske, G. (2009), S. 15.

⁵⁷ Vgl. Guthoff-Hagen, S. (2009), S. 155.

entsprechenden Behandlungsprogramme einzuschreiben.⁵⁸ Für die Krankenkassen ergaben sich damit zwei Kategorien: Gesunde Versicherte, bei denen Prävention betrieben werden sollte sowie diejenigen Versicherten, deren Krankheit durch eines der strukturierten Behandlungsprogramme zu versorgen war, was damit eine positive Risikoselektion dieser Kategorie durch die Krankenkassen mit sich brachte.⁵⁹

Die Verminderung der Selektionsanreize in der GKV durch die bedarfsgerechte Mittelzuweisung stellt ebenfalls ein grundlegendes Ziel des neuen Morbi-RSA dar. Während zuvor ein Anreiz zur positiven Selektion von Gesunden, sowie zur negativen Selektion von Kranken bestand, abgesehen von den durch die DMPs behandelbaren Krankheiten, ergibt sich mit seiner Einführung eine völlig neue Situation, nicht zuletzt begründet durch das eingeschränkte Morbiditätsspektrum. In Bezug auf die Selektionsanreize lassen sich nun drei Gruppen unterscheiden: Gesunde Versicherte, Versicherte mit zuschlagsfähigen Krankheiten sowie Versicherte, deren Krankheiten sich nicht den Morbiditätsgruppen zuordnen lassen. Die gesunden Versicherten verursachen in der Regel weiterhin einen positiven Deckungsbeitrag, auch wenn dieser geringer ausfallen wird als zuvor. Die Versicherten, die von den zuschlagsfähigen Krankheiten betroffen sind, stellen nun nicht mehr zwingend negative Risiken dar und können gegebenenfalls sogar positive Deckungsbeiträge bewirken. Ein Einsatz zu einer verbesserten Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung derjenigen mit zuschlagsfähigen Krankheiten kann daher durchaus lohnenswert sein. Aufgrund der durch den Morbi-RSA verringerten Basiszuschläge nach Alter und Geschlecht stellen die Versicherten mit anderen als den ausgewählten 80 Krankheiten von vornherein schlechte Risiken dar.⁶⁰

5.2 Versorgung

Durch den Gesundheitsfonds und dem damit verbundenen einheitlichen Beitragssatz gibt es in der GKV keinen echten Preiswettbewerb mehr, so Kaliuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH-Allianz. Die Abgrenzung der Krankenkassen untereinander muss nun ausschließlich über ihren Service sowie ihre Leistun-

⁵⁸ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, T. (2006), S. 267.

⁵⁹ Vgl. Guthoff-Hagen, S. (2009), S. 159.

⁶⁰ Vgl. Jacobs, K. (2009), S. 143.

gen erfolgen. Prämien und Zusatzbeitrag spielen dabei eine eher untergeordnete Rolle.⁶¹ Ein Anreiz nach besseren Therapieergebnissen zu suchen, ergibt sich zudem, wenn die Therapiekosten der Krankenkasse innerhalb einer Morbiditätsgruppe diese von Vergleichspatienten anderer Versicherungen übersteigen, da die RSA-Zahlungen gegebenenfalls nicht ausreichen, um die Kosten zu decken und sich daraus unmittelbar ein Wettbewerbsnachteil ergibt. Liegen die durchschnittlichen langfristigen Therapiekosten dagegen unterhalb der Zuweisungen, profitiert die Krankenkasse davon und verringert die Notwendigkeit der Erhebung eines Zusatzbeitrages.⁶² Ein kritischer Punkt ergibt sich hinsichtlich der Frage, ob es sich bei präventablen Krankheiten um schlechte Risiken handelt. Die Befürchtung bei der Berücksichtigung dieser Krankheiten im RSA liegt dabei in der falschen Anreizsetzung, verbunden mit der Unterstellung, die Krankenkasse sei so ausgerichtet, dass sie versucht möglichst viel Geld aus dem RSA zu erhalten und würde daher Versicherte mit einer entsprechenden Krankheit bevorzugt aufnehmen. Dagegen spricht jedoch, dass durch den Morbi-RSA lediglich die standardisierten und nicht die tatsächlichen Ausgaben ausgeglichen werden, so dass damit eine Unsicherheit bezüglich des Ausreichens der Zuweisung verbunden ist. Hinzu kommt das Argument der prospektiven Ausgestaltung des Modells. Die Zuweisungen basieren demnach auf den Daten der Vorjahre, die Leistungsausgaben hängen aber von den aktuellen Morbiditätsdaten der Versicherten ab, woraus sich ein unmittelbares Interesse an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorjahr ergibt.⁶³ Zudem kann das Wettbewerbsverhalten der Krankenkassen nicht auf die Deckungsbeitragsrechnung reduziert werden. Der vorrangigen Aufgabe, der Stellung, insbesondere der chronisch Kranken, als „schlechte Risiken“ entgegen zu wirken, kommt der RSA mit der Morbiditätsorientierung nach und führt sogar zu deren verbesserter Versorgung. Ein präventionsfeindliches Verhalten würde sowohl Krankenkassen als auch Leistungsanbieter im Wettbewerb unweigerlich schlechter stellen.⁶⁴ Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit eine Honorierung von Prävention, Rehabilitation oder Gesundheitsförderungsstrategien zur Ver-

⁶¹ Vgl. Hanser, P. (2009), S. 32.

⁶² Vgl. Schäfer, C. (2010), S. 92.

⁶³ Vgl. Cassel, D. / Jacobs, K. (2009), S. 201-202.

⁶⁴ Vgl. Cassel, D. / Jacobs, K. (2009), S. 204.

meidung von Krankheiten über Zuweisungen sinnvoll sein kann, da diese gegenwärtig nur im Krankheitsfall erfolgt.⁶⁵

5.3 Manipulation

Wie in Abschnitt 4.3.2 bereits erwähnt ist die Voraussetzung für die Zuordnung eines Versicherten zu den Morbiditätsgruppen, dass er von einer der 80 ausgewählten Krankheiten betroffen ist. Festgestellt wird dies auf der Grundlage von Diagnosen oder Arzneimittelverordnungen.⁶⁶ Für Krankenkassen könnte sich daher ein Anreiz zur Suche nach Strategien zu einem so genannten „Up-Coding“ ergeben. Up-Coding umschreibt dabei den Versuch, möglichst viele Versicherte mit einer Diagnose zu versehen, die sie eigentlich nicht bekommen dürften, um so mehr Zuschläge aus dem Morbi-RSA zu erhalten. Insbesondere in Fällen von zweifelhaften Diagnosen oder Arzneimittelverordnungen, die unterhalb der zuschlagsauslösenden Mindestmengen liegen, könnte für die Krankenkassen ein Anreiz darin bestehen, die Ärzte zu motivieren sich für zweifelhafte Diagnosen zu entscheiden bzw. eine erhöhte Menge der Arzneimittel zu verordnen,⁶⁷ was mit einer Überversorgung einhergeht. Des Weiteren könnte ein hohes Interesse daran bestehen, Nachcodierungen vorzunehmen, d.h. die Daten der bereits Versicherten erneut überprüfen zu lassen.⁶⁸ Zudem gab es bereits Versuche zur Nacherfassung von Diagnosen.⁶⁹

6 Fazit

Mit der Einführung des Risikostrukturausgleichs als ein Instrument zum umfassenden Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1994 sollte die Voraussetzung für fairen Kassenwettbewerb mit Fokus auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung insbesondere chronisch Kranker geschaffen werden. Bereits im Jahr 2000 kamen erste Zweifel hinsichtlich seiner Zielkonformität auf. An die Stelle einer indirekten Morbiditätsorientierung zur Messung des Beitragsbedarfs, der insbesondere anhand der Risikofaktoren Alter und Geschlecht festgemacht wurde, sollte nun eine direkte Morbiditätsorientie-

⁶⁵ Vgl. Glaeske, G. (2009), S. 36.

⁶⁶ Vgl. dazu Abschnitt 4.3.2.

⁶⁷ Vgl. Nebling, T. (2009), S. 227-228.

⁶⁸ Vgl. o.V. (o. J.), o. S.

⁶⁹ Vgl. Gerst, T. (2009), S. A-800.

rung treten. Ein erster Schritt in diese Richtung war der Einbezug von strukturierten Behandlungsprogrammen in das Ausgleichsverfahren sowie die Einführung eines Risikopools für den Ausgleich überdurchschnittlich hoher Leistungsausgaben der Krankenkassen. Im Jahr 2009 wurde schließlich der, zunächst unabhängig vom Gesundheitsfonds geplante, morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eingeführt. Die Beitragsgelder werden nun nicht mehr zwischen den Krankenkassen umverteilt, sondern fließen zunächst in den Fonds und werden von dort aus an die Krankenkassen überführt, was dazu geführt hat, dass es nun ausschließlich Empfänger-kassen und keine Zahlerkassen mehr gibt. Die betrachteten Risikofaktoren wurden um den Krankheitsstand erweitert, um eine verbesserte Verteilungsgerechtigkeit zu erzielen. Die Morbidität wurde zuvor insbesondere anhand des Alters und Geschlechts bemessen, so dass die Krankenkassen bspw. für eine junge Person mit einer schweren Krankheit i. d. R. einen niedrigeren Betrag zugewiesen bekamen als für eine gesunde ältere Person. Mit dem Morbi-RSA sollen die Gelder nun dort hin fließen, wo sie zur Versorgung der Versicherten benötigt werden. Um eine gleitende Einführung in die direkte Morbiditätsorientierung und damit eine gewisse Planungssicherheit zu gewährleisten, wurden die zuschlagsfähigen Krankheiten zunächst gesetzlich auf eine Anzahl von 80 beschränkt. Versicherte, die an den zuschlagsfähigen Krankheiten leiden, gelten nun nicht mehr zwingend als „schlechte“ Risiken, so dass es für die Krankenkassen nun sogar lohnenswert sein kann, sich um eine verbesserte Versorgung chronisch Kranker zu bemühen. Es wird jedoch auch deutlich, dass weiterhin Anreize zur Risikoselektion bestehen. Nicht nur wegen der begrenzten Anzahl der im Morbi-RSA berücksichtigten Krankheiten kann das Modell somit nur als ein Einstieg in die direkte Morbiditätsorientierung betrachtet werden. Vielmehr muss es sich erst in der Praxis bewähren und anhand neuer Erkenntnisse, unter ständiger Überprüfung seiner Eigenschaften, wie bspw. der Krankheitsauswahl oder des Zuschlagsalgorithmus, als „lernendes System“ weiterentwickelt werden.

Literaturverzeichnis

AOK (Hrsg.) (o. J.):

Die Grundpauschale,

URL: <http://www.aok.de/hessen/gesundheitsfonds-aenderungen-faq-40732.php> [Stand 11.04.10].

BKK (Hrsg.) (o. J.):

Beispiel für die Zuweisung über den Morbi-RSA, URL:

<http://arbeitgeber.citybkk.de/recht/gesundheitsfonds/glossar/> [Stand 11.04.10].

Breyer, F. / Buchholz, W. (2007):

Ökonomie des Sozialstaats, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg.

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008a):

So funktioniert der Risikostrukturausgleich bis 2008, URL:

http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046748/DE/Risikostruktur_ausgleich/Risikostrukturausgleich__bis__2008/So_funktioniert__RSA__bis__2008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/So_funktioniert_RSA_bis_2008.pdf [Stand 11.04.10].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008b):

So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds,

URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert__Morbi__RSA,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf [Stand 11.04.10].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2008c):

Festlegung der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten durch das Bundesversicherungsamt, URL:

http://www.dergesundheitsfonds.de/fileadmin/redaktion/Dokumente/Risikostrukturausgleich/20_Dokumentation_der_Festlegung.pdf [Stand 11.04.10].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2010):

Anhörung des GKV-Spitzenverbandes zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011, URL:

http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Anhoerungsschreiben__03032010.html [Stand 11.04.10].

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2010):

ATC-Klassifikation mit definierten Tagesdosen, URL: <http://www.dimdi.de/static/de/amg/atcddd/index.htm> [Stand 11.04.10].

Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2001):

BT-Drs. 14/6432, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/064/1406432.pdf> [Stand 11.04.10].

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (1992):

BT-Drs. 12/3608, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/12/036/1203608.pdf>, [Stand 11.04.10].

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2006):

BT-Drs. 16/3100, URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> [Stand 11.04.10].

Erdogan, B. (2008):

Die Eingeweide des neuen Morbi-RSA, in: Ärzte Zeitung, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/526524/eingeweide-des-neuen-morbi-rsa.html [Stand 11.04.10].

Gerst, T. (2009):

Gesundheitsfonds: Erhebliche Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrung, in: Deutsches Ärzteblatt 17/106 vom 24.04.09, S. A-800.

Glaeske, G. (2009):

Vom RSA zum Morbi-RSA – mehr Rationalität im GKV-Finanzausgleich?, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 7-40.

Gohla, D. (2002):

Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Grundgesetzes, Baden-Baden.

Göppfarth, D. (2009):

Auswahl und Anpassung eines Versichertenklassifikationsmodells für den Risikostrukturausgleich, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 101-132.

Guthoff-Hagen, S. (2009):

Auswirkungen des Morbi-RSA auf das Versorgungsmanagement der Krankenkassen, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S.153-168.

Hanser, P. (2009);

Wettbewerb par Ordre de Mufti, in: Absatzwirtschaft, Heft 8.

IGES / Cassel D. / Wasem J. (2001):

Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung

http://www.iges.de/publikationen/gutachten/rsa_gutachten/e5166/infoboxContent5178/RSA-Gutachten2001_ger.pdf [Stand 11.04.10].

IGES / Lauterbach K. W. / Wasem J. (2004):

Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich, URL:

http://www.iges.de/publikationen/gutachten/rsa_gutachten/e5166/infoboxContent5168/EndberichtRSA-Gutachten_ger.pdf [Stand 11.04.10].

Jacobs, K. (2009):

Der Morbiditätsbezug des RSA als Voraussetzung für versorgungsorientierten Kassenwettbewerb, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S.133-152.

Kasper, S. (2002):

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulz-Nieswand, F. (Hrsg.), Schriften zur Sozialpolitik, Bd. 10, Weiden, Regensburg.

Lauterbach, K. W. / Wille, E. (2001):

Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich, URL: http://www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/doku/05_soziales/sgb_v/2001/2001_03_28_gkv_lauterbach_wille_kurz.pdf [Stand 11.04.10].

Mühlhausen, K.-H. (2001):

Der Mitgliederwettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeits- und Sozialrecht, Bd. 69, Baden-Baden.

Nebling, T. (2009):

Gesundheitsfonds und morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich als zielkonforme Rahmenbedingung für die GKV?, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 213-238.

Oberender, P. O. / Zerth, J. (2005):

Anreizwirkungen des RSA in einem wettbewerblich orientierten Krankenversicherungssystem, in: Klusen, N. (Hrsg.), Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs, Baden-Baden.

Otto, F. / Göppfarth, D. (2009):

RSA-Jahresausgleich 2006 – Daten und Fakten, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 303-350.

o. V. (o. J.):

Statements zum Morbi-RSA und Kritik am IGES-Gutachten, URL: http://www.bkk-mittelstandsoffensive.de/content/BMO_Statements_Morbi-RSA.pdf [Stand 11.04.10].

Perschke-Hartmann, C. (2009):

Gesundheitsökonomie, in: Conzen, C. / Freund, J. / Overlander, G. (Hrsg.), Pflegemanagement heute. Ökonomie, Personal, Qualität: Verantworten und organisieren, München, S. 32-54.

Rosenbrock, R. / Gerlinger, T. (2006):

Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, 2. Aufl., Bern.

Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2010):

Vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Juni 2010 (BGBl. I S. 753).

Schäfer, C. (2010):

Strategische Einsatzbereiche empirischer Daten zur Patientencompliance, in: Versicherungswirtschaft, 65. Jg., Heft 2, S. 92.

Scheffold, K. (2008):

Kundenbindung bei Krankenkassen, in: Anker, P. (Hrsg.), Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 42, Berlin.

Schneider, W. (1994):

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.

Simon, M. (2010):

Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 3. Aufl., Bern.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Krankenversicherung (2009):

In der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

Ulle, T. / Jahn, R. / Wasem, J. (2009):

Die Essener Liste von Erkrankungen für den morbiditätsorientierten RSA – der Einfluss der Auswahl der Erkrankungen auf den Kassenwettbewerb, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 41-72.

Wasem, J. (2002):

Weiterentwicklung der Morbiditätskomponente im Risikostrukturausgleich, München.

Wasem, J. (2009):

Wissenschaftliche Politikberatung und Gesundheitsreform 2007, in: Schroeder, W. / Paquet, R. (Hrsg.), Gesundheitsreform 2007: Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden, S. 247-256.

Wille, E. / Ulrich, V. / Schneider, U. (2009):

Morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – Chancen und Risiken, in: Göppfarth, D. / Greß, S. / Jacobs, K. et al. (Hrsg.), Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008, Sankt Augustin, S. 73-100.

Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (Hrsg.) (2007):

Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cIn_108/nn_1441010/DE/Risikostruktur_ausgleich/Festlegungen/Gutachten__Wissenschaftlicher__Beirat,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Gutachten_Wissenschaftlicher_Beirat.pdf [Stand 11.04.10].

Anhang

Liste der 80 Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011 (festgelegt am 5.März 2010)

- 1) HIV/AIDS
- 2) Sepsis/Schock
- 3) Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- 4) Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane
- 5) Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe
- 6) Bösartige Neubildungen der Knochen, des Stütz- und Weichteilgewebes
- 7) Bösartige Neubildungen der Brustdrüse
- 8) Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane
- 9) Bösartige Neubildungen der Niere, der Harnwege und der Nebenniere
- 10) Bösartige Neubildungen des Auges, Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems einschließlich Hypo- und Epiphyse
- 11) Bösartige Neubildungen sekundärer Lokalisation
- 12) Bösartige Neubildungen unbekannter Lokalisation
- 13) Lymphome und Leukämien
- 14) Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens unterschiedlicher Organe
- 15) Diabetes mellitus
- 16) Schwerwiegende metabolische oder endokrine Störungen
- 17) Chronische Hepatitis
- 18) Akute schwere Lebererkrankung
- 19) Alkoholische Leberkrankheiten und Zirrhose
- 20) Ileus
- 21) Erkrankungen des Pankreas
- 22) Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Morbus Crohn / Colitis ulcerosa)
- 23) Entzündung / Nekrose von Knochen
- 24) Entzündliche Polyarthropathien
- 25) Spinalkanalstenose
- 26) Osteoarthrose der großen Gelenke

- 27) Osteoporose und Folgeerkrankungen
- 28) Myeloproliferative / myelodysplastische Erkrankungen
- 29) Aplastische und sideroblastische Anämien
- 30) Erworbene hämolytische Anämien
- 31) Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
- 32) Eisenmangel- und sonstige Anämien
- 33) Demenz (einschließlich Alzheimer-Erkrankung und vaskuläre Demenz)
- 34) Myelopathien
- 35) Schwerwiegender Alkohol- und Drogen-Missbrauch
- 36) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 37) Depression
- 38) Bipolare affektive Störungen
- 39) Angsterkrankungen
- 40) Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
- 41) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 42) Ausgeprägte schwere Lähmungen
- 43) Verletzungen des Rückenmarks
- 44) Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
- 45) Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
- 46) Erkrankungen im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
- 47) Periphere Neuropathie / Myopathie
- 48) Entzündlich / toxische Neuropathie
- 49) Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS
- 50) Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
- 51) Epilepsie
- 52) Hydrozephalus und andere schwerwiegende Hirnschädigungen
- 53) Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen
- 54) Herzinsuffizienz
- 55) Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes
- 56) Akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz
- 57) Hypertensive Herz- / Nierenerkrankung / Enzephalopathie
- 58) Ischämische Herzkrankheit
- 59) Erkrankungen der Herzklappen

- 60) Hypertonie
- 61) Atriale und ventrikuläre Tachykardie (Arrhythmie), Herzstillstand
- 62) Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung
- 63) Mukoviszidose
- 64) Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis
- 65) Asthma bronchiale
- 66) Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose
- 67) Pneumonie und andere infektiöse Lungenerkrankungen
- 68) Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
- 69) Niereninsuffizienz
- 70) Nephritis
- 71) Neurogene Blase
- 72) Schwangerschaft und Komplikationen
- 73) Hautulzera
- 74) Schwerwiegende bakterielle Hautinfektionen
- 75) Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)
- 76) Wirbelkörperfraktur (ohne Schädigung des Rückenmarks)
- 77) Traumatische Amputation einer Extremität
- 78) Schwerwiegende Komplikationen bei Patienten während chirurgischer oder medizinischer Behandlung
- 79) Angeborene Fehlbildungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes
- 80) Status nach Organtransplantation (inkl. Komplikationen)

Quelle: Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2010), o. S.

6 Wahl- und Zusatztarife in der GKV: Ein Modell für die Zukunft?

Hanna Julia Nowicki

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	145
1 Einleitung.....	146
2 Aktuelle Betrachtung des GKV-Systems	147
2.1 Begriffsabgrenzung von Wahl- und Zusatztarifen	147
2.2 Optionale Wahltarife	148
2.3 Obligatorische Wahltarife.....	151
3 Würdigung von Wahltarifen	154
3.1 Vorteile von Wahltarifen.....	154
3.2 Nachteile von Wahltarifen	158
3.3 Bedeutung von Wahltarifen für den Kassenwettbewerb	161
4 Fazit.....	162
Literaturverzeichnis.....	165

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
Ausg.	Ausgabe
Abs.	Absatz
bzw.	beziehungsweise
DMP	Disease-Management-Programm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz für Gesetzliche Krankenversicherungen
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
o. S.	ohne Seite
o. V.	ohne Verfasser
PKV	Private Krankenversicherung
RSVA	Risikostrukturausgleichsverordnung
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
URL	Uniform Resource Locators
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Wahltarife sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das erste Mal im Jahr 1997 im Zuge des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes eingeführt worden. Damals blieben diese allerdings nur bis zum Inkrafttreten des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes bestehen. Die Begründung, warum die Gesetzlichen Krankenkassen nicht auch weiterhin Wahltarife anbieten können, war, dass Wahltarife ein charakteristisches Instrument für die Private Krankenversicherung (PKV) seien und daher mit dem Solidaritätsprinzip der GKV nicht zu vereinbaren sind. Mit der Diskussion über das GKV-Modernisierungsgesetz kamen die Wahl- und Zusatztarife im Jahr 2004 wieder ins Gespräch, wodurch die Gesetzlichen Krankenversicherungen, in Kooperation mit der PKV, Zusatzversicherungen anbieten können.¹

Im Zuge des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), das am 2. Februar 2007 beschlossen wurde und am 1. April 2007 in Kraft trat, wurde das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) angepasst. Der neu gefasste § 53 SGB V regelt die Wahl- und Zusatztarife.

In der Praxis haben sich die Wahltarife in den einzelnen Gesetzlichen Krankenversicherungen kaum durchgesetzt. Es gibt viele dieser Tarife auf dem Markt, wobei die meisten Versicherungsnehmer aber sehr vorsichtig mit dem Abschluss eines Wahltarifes sind. Viele Gesetzliche Krankenversicherungen werben zudem nur zurückhaltend für ihre Wahl- und Zusatztarife.²

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob Wahl- und Zusatztarife ein Modell für die Zukunft sind. Ein Ziel ist es herauszuarbeiten, warum Wahltarife eher verhalten von den GKV Versicherten gewählt werden. Da Zusatztarife ihrem Charakter nach Elemente des PKV-Systems darstellen, bezieht sich diese Arbeit primär auf die Wahltarife.

¹ Vgl. Ehring, F. S. / Weber, C. (2007), S. 2.

² Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 351.

2 Aktuelle Betrachtung des GKV-Systems

2.1 Begriffsabgrenzung von Wahl- und Zusatztarifen

Mit dem GKV-WSG wurden Wahl- und Zusatztarife in das GKV-System eingeführt. Allgemein können Wahltarife als „Versicherungstarife, die von den Standardtarifen der Regelversorgung abweichen“³, bezeichnet werden. Es gibt zwei Arten von Wahltarifen, optionale und obligatorische. Diese werden im späteren Teil dieser Arbeit näher erläutert.

Allgemein wird ein Wahltarif als ein Tarif definiert, bei dem der Versicherungsnehmer einen speziellen Versicherungsvertrag mit der Krankenkasse eingeht, der sein Verhalten steuert. Es gibt Tarife, die nur auf den Beitragssatz Einfluss nehmen und andere, die Einfluss auf die gesamte Versorgung des Versicherungsnehmers haben.⁴

Für alle Wahltarife gilt laut Gesetzgeber, dass sie nicht quersubventioniert werden dürfen, sondern dass die Kosten aus den Einnahmen, Einsparungen und aus Effizienzerhöhungen gedeckt werden müssen.⁵

Die Krankenkassen haben freie Hand bei der Ausgestaltung der Tarife, da das Gesetz nur Rahmenbedingungen vorgibt. Gerade die optionalen Wahltarife können individuell von den Krankenkassen gestaltet werden. Hierbei kann es sein, dass Beschränkungen auf bestimmte Versichertengruppen oder Kopplungen an bestimmte Kostenerstattungen gemacht werden.⁶

Zusatztarife hingegen geben dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, gegen eine zusätzliche Gebühr weitere Leistungen, die sonst nicht von der Grundversorgung des GKV Leistungskatalogs abgedeckt sind, zu erhalten. Das Besondere an den Zusatzversicherungen der GKV ist, dass sie ähnlich wie die Zusatzversicherungen der PKV funktionieren, aber eine vollkommen andere Berechnungsart der Beiträge aufweisen. In der PKV werden die Beiträge gemäß

³ Gabeler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010a) o.S.

⁴ Vgl. Gabeler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010a), o.S.

⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 9 SGB V.

⁶ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 168.

des Äquivalenzprinzips berechnet, in der GKV hingegen sollen solidarische Prinzipien beachtet werden. Auch Zusatztarife sollen laut Gesetzgebung kostendeckend kalkuliert sein.⁷ Da sie aber nicht dem GKV-System entsprechen, werden diese in der vorliegenden Arbeit nicht weiter erläutert. Erst in der Würdigung wird auch auf die Zusatztarife eingegangen.

2.2 Optionale Wahltarife

Optionale Wahltarife sind an die Forderung gebunden, dass der Versicherungsnehmer, der sich für einen solchen Tarif entscheidet, für drei Jahre an diesen gebunden ist. Er hat kein Sonderkündigungsrecht im Fall einer Beitragserhöhung bzw. Zusatzbeitragserhebung und darf in dieser Zeit das Versicherungsunternehmen auch aus anderen Gründen nicht wechseln. Es gibt allerdings Ausnahmen in besonderen Härtefällen.⁸

Momentan werden in der Regel folgende optionale Wahltarife von den Krankenkassen angeboten:

- Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife als Individualtarife oder als Kombination
- Kostenerstattungstarife
- Tarife für die Erstattung von Arzneimitteln einer besonderen Therapierichtung

Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife sind ihrem Charakter nach sehr nahe an den Angeboten der PKV, wobei die Berechnungsart der Beiträge gravierende Unterschiede aufweist. Diese Tarife sind vor allem für gesunde und junge Mitglieder der GKV attraktiv, da hierbei Kostenvorteile entstehen, wenn der Versicherungsnehmer keine Leistungen in Anspruch nimmt.⁹ Die Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife sind für alle Mitglieder einer Krankenkasse wählbar. Eine Ausnahme hierbei sind die Versicherten, deren Beiträge

⁷ Vgl. Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009), S. 66.

⁸ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 8 SGB V.

⁹ Vgl. o. V. (2007a), S. 1042.

von dritten getragen werden, wie z.B. Empfänger von Arbeitslosengeld. Diese können solche Wahltarife nicht abschließen.¹⁰

Bei einem Selbstbehalttarif gemäß § 53 Abs. 1 SGB V trägt der Versicherungsnehmer einen Teil des Risikos. Im Erkrankungsfall zahlt er, bspw. bei einem Arztbesuch, einen gewissen vorab vereinbarten Betrag aus eigener Tasche (Kostenbeteiligungstarif). Dafür muss der Versicherungsnehmer einen geringeren monatlichen Beitrag zahlen oder bekommt eine Prämie ausgezahlt. In der Regel hat dieser Tarif eine Steuerungswirkung, da der Versicherte einen Anreiz hat, nur zum Arzt zu gehen, wenn dies unbedingt notwendig ist. Vorsorgeuntersuchungen werden weiterhin voll von der Krankenkasse bezahlt, genauso wie Leistungen für Versicherte, die unter 18 Jahre alt sind und in einer Familienversicherung mitversichert sind. Dies ist ein wichtiges Faktum, da sonst die Gefahr besteht, dass der Versicherungsnehmer gar nicht zum Arzt geht, da er hierfür zahlen müsste. Dies kann durchaus hohe Kosten durch Folgeerkrankung verursachen.¹¹

Die Prämienzahlung darf isoliert beim Selbstbehalttarif maximal 20 % der Beiträge und nicht mehr als 600 Euro pro Jahr betragen. In Verbindung mit anderen Tarifen darf sie nicht höher als 30 % der Beiträge und maximal 900 Euro pro Jahr sein.¹²

Der Beitragsrückerstattungstarif gemäß § 53 Abs. 2 SGB V beinhaltet mögliche Prämienzahlungen für den Versicherungsnehmer bei Leistungsfreiheit über einen bestimmten Zeitraum. Die Prämienhöhe darf maximal einem Monatsbeitrag (1/12 des Jahresbeitrages) entsprechen. Auch hier bleiben Leistungen, die von Mitversicherten unter 18 Jahren beansprucht wurden, unberücksichtigt.¹³ Bei diesem Tarif besteht ebenso die Gefahr, dass Versicherungsnehmer auch bei Krankheit nicht zum Arzt gehen, da sie dann keine Beitragsrückerstattung erhalten. Dies ist natürlich nicht im Sinne der GKV, da hierdurch unter Umständen größere Kosten durch Spätfolgen entstehen können. Schon während des Ge-

¹⁰ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 8 SGB V.

¹¹ Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 352.

¹² Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 8 SGB V.

¹³ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 2 SGB V.

setzgebungsverfahren haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Bedenken gegen diesen Tarif erhoben, weil er in der Tendenz die solidarische Finanzierung der Krankenversicherung aushöhlt und ganz besonders Frauen benachteiligt. Die Benachteiligung von Frauen hängt mit der Inanspruchnahme von Leistungen gemäß § 24a SGB V (Empfängnisverhütung) zusammen. Diese Diskussion ist bisher allerdings ohne Ergebnis geführt worden.¹⁴

Prinzipiell gilt für Mitglieder der GKV das Sachleistungsprinzip. Das bedeutet, dass Krankenkassen medizinisch notwendige Leistungen, die der Versicherungsnehmer in Anspruch genommen hat, mit dem Arzt über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Der *Kostenerstattungstarif* gemäß § 53 Abs. 4 SGB V gibt dem Versicherungsnehmer die Möglichkeit, wie bei Privatversicherten, eine Rechnung vom Arzt zu erhalten. Diese wird dann von der Krankenkasse teilweise rückerstattet. Hierdurch wird der GKV-Versicherte dem PKV-Versicherten vor dem Arzt gleichgestellt,¹⁵ da der Arzt seine Rechnung gemäß der GOÄ stellt. Die Vergütung ist in der Regel sehr viel höher als der reguläre Gebührensatz für GKV-Patienten.¹⁶ Problematisch an diesem Tarif ist, dass der Versicherungsnehmer eine Prämie zahlt, um in diesen Tarif aufgenommen zu werden und die Krankenkasse in der Regel nicht die volle Rechnung bezahlt. Meist muss der Versicherte einen Selbstbehalt tragen. Die Krankenkasse hat das Recht die Höhe der Kostenerstattung zu variieren.¹⁷ Der Versicherte hat durch diesen Tarif keine Leistungsausweitung, so dass die Krankenkasse nur Leistungen erstattet, die auch gemäß des GKV-Katalogs abgerechnet werden dürfen.

Bei dem Tarif für die Erstattung von *Arzneimitteln der besonderen Therapierichtung* gemäß § 53 Abs. 5 SGB V zahlt der Versicherungsnehmer eine zusätzliche Prämie, um die Kostenerstattung für solche Arzneimittel zu bekommen, die sonst von der Erstattung ausgeschlossen sind. Dies beinhaltet phytotherapeutische, anthroposophische und homöopathische Arzneimittel.¹⁸ In den letzten Jahren gab es einen immer größer werdenden Anteil der Bevölke-

¹⁴ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 169.

¹⁵ Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 353.

¹⁶ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 171.

¹⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 4 SGB V.

¹⁸ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 172.

rung, der naturheilkundliches Interesse zeigt. „Etwa 70 % der Bevölkerung in Deutschland nutzen regelmäßig Naturheilmittel und haben hiermit positive Erfahrungen“. ¹⁹ Dies zeigt, dass die Nachfrage nach einem solchem Tarif groß sein müsste. Es wurde empirisch belegt, dass sich 25 % der GKV-Versicherten für einen „Naturheilmitteltarif“ gegen Aufpreis interessieren. ²⁰ Problematisch ist allerdings, dass nur diejenigen Versicherten einen solchen Tarif wählen, die auch wissen, dass sie Ausgaben für besondere Arzneimittel haben werden. Das sind Versicherungsnehmer, die bisher immer Arzneimittel der besonderen Therapieform aus eigener Tasche bezahlt haben und diese bevorzugt verwenden. Daher kann es unter Umständen schwierig sein, den Tarif kostendeckend zu gestalten, ohne die Prämie so hoch zu setzen, dass der Tarif nicht mehr attraktiv ist. In der Literatur wird sogar von einer Art „Spartarif“ gesprochen, da hier kein Risiko versichert wird, sondern zukünftige Ausgaben mit Hilfe dieses Tarifes abgedeckt werden. Das einzige Risiko für die Versicherungsnehmer besteht darin, ob sie erkranken. ²¹ Auch dieser Tarif kann nur von Versicherten gewählt werden, deren Beiträge nicht von Dritten getragen werden. ²²

2.3 Obligatorische Wahltarife

Obligatorische Wahltarife sind die *Tarife für besondere Versorgungsformen* gemäß § 53 Abs. 3 SGB V. Mitglieder, die an diesen Versorgungsformen teilnehmen, werden mit einer Prämienzahlung oder einer Zuzahlungsermäßigung belohnt. Das besondere an diesen Tarifen ist, dass sie nicht im Ermessen der Krankenkasse liegen, sondern per Gesetz bestimmt sind. Jede Kasse hat die Pflicht diese Wahltarife anzubieten. ²³ Die Mitglieder der Versicherung können wählen, ob sie in diese Tarife aufgenommen werden möchten oder nicht. Es gibt keine Bindungsfrist bei Vertragsschluss. ²⁴ Tarife für besondere Therapieformen sind:

- Hausarztzentrierte Versorgung
- Integrierte Versorgung

¹⁹ Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 173.

²⁰ Vgl. o. V. (2007a), S. 1042.

²¹ Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 354.

²² Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 8 SGB V.

²³ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 3 SGB V.

²⁴ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 170.

- Disease-Management-Programme

Der *Hausarzttarif* gemäß § 73 b SGB V beinhaltet, dass der Versicherungsnehmer im Fall einer Krankheit immer zuerst seinen Hausarzt aufsucht. Dieser kann ihm dann eine Überweisung zu einem Facharzt ausstellen. Der Hausarzt muss einen Vertrag mit der GKV geschlossen haben, der ihn zu einem Vertragsarzt für diesen Tarif macht. Der Versicherte kann sich also bei diesem Wahltarif seinen Arzt nicht selber aussuchen. Als Gegenleistung bekommt er in der Regel eine Befreiung von der Praxisgebühr oder er muss keine Zuzahlungen leisten. Oft werden Mitglieder auch mit kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen geworben, die sie sonst nicht erhalten würden.²⁵

Integrierte Versorgung bedeutet, dass ein strukturiertes und fachübergreifendes Behandlungsprogramm für die Versicherten angeboten wird. Dies kann ebenso mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungserlassen belohnt werden und ermöglicht potenziell eine effizientere Versorgung des Versicherten. Ziel ist es, die Qualität der Behandlung für den Versicherungsnehmer zu erhöhen und die Behandlungskosten für die Krankenkasse zu senken. Das Besondere an dieser Versorgung ist, dass Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser, Einrichtungen wie medizinische Versorgungszentren und auch nicht-ärztliche Partner, wie Apotheken, daran gemeinsam teilnehmen. Es muss daher ein Vertrag zwischen den Leistungserbringern und Leistungsträgern geschlossen werden.²⁶ Die integrierte Versorgung ist im § 140 a-d SGB V verankert. Der Tarif für integrierte Versorgung kann auch von Versicherten gewählt werden, deren Beiträge von Dritten getragen werden und beinhaltet keine Bindungsfrist bei Abschluss.²⁷

Disease-Management-Programme (DMP) sollen eine optimale Versorgung für Versicherte mit chronischen Krankheiten sicherstellen. Im Zuge der Reform des Risikostrukturausgleiches wurden DMP in der GKV eingeführt. „Das DMP ist ein Organisationsansatz von medizinischer Versorgung, bei dem die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer

²⁵ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 170.

²⁶ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009), o. S.

²⁷ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs.3, 8 SGB V.

hinweg koordiniert und auf der Grundlage medizinischer Evidenz optimiert werden.²⁸ Hierbei bekommen chronisch kranke Versicherungsnehmer, die sich in ein solches Programm einschreiben, einen Bonus von der Krankenkasse. Zudem können Versicherte, die an einer chronischen Krankheit leiden, die nach dem 1. April 1972 geboren sind und die keine regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, einer Beitragserhöhung entgehen. Hierfür müssen sie sich für ein DMP einschreiben, das für ihre Krankheit angeboten wird.²⁹ Gemäß der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSVA) müssen DMP für die folgenden Krankheiten angeboten werden:

- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Koronare Herzkrankheit
- Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen

In § 28 b-h RSVA sind die Anforderungen an die Zulassung der DMP beschrieben, in den Anlagen 1-12 sind die inhaltlichen Anforderungen verankert.³⁰ Die Ziele der DMP sind ein Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung des Versicherungsnehmers, eine Verringerung der Kosten für die Krankenkasse durch lange und häufige Krankenhausaufenthalte chronisch kranker Versicherter und eine finanzielle Entlastung durch eine optimale Versorgung. Es bekommen auch Krankenkassen mit vielen chronisch kranken Mitgliedern den Risikostrukturausgleich. Auch Komplikationen und Begleiterkrankungen sollen möglichst durch optimale und abgestimmte Versorgungsprozesse vermieden oder zumindest verringert werden. Dies könnte zu einer Entlastung der Versicherten und der Krankenkasse führen.

Zusätzlich zu den Tarifen für besondere Versorgung müssen Gesetzliche Krankenversicherungen einen *Krankengeldtarif* anbieten. Ab dem 1. Januar 2009 entfiel der gesetzliche Anspruch auf Krankengeld für gesetzlich versicherte

²⁸ Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 248.

²⁹ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 121.

³⁰ Vgl. Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2009), § 28b-h RSAV und Anlage 1-12.

Selbstständige, Künstler, Publizisten und unständig Beschäftigte. Seitdem gibt es für diese Zielgruppe, die kein Krankengeld von einem Arbeitgeber erhält, die Möglichkeit, einen Wahltarif für Krankengeld gegen eine Zusatzgebühr abzuschließen. Dieser Wahltarif dient dazu, die wirtschaftliche Sicherung der Versicherungsnehmer, im Fall einer Krankheit die zur Arbeitsunfähigkeit führt, zu gewährleisten. Somit soll das Krankengeld das Einkommen eines Versicherten, das durch die Arbeitsunfähigkeit entfällt, ersetzen.³¹ Da die meisten Selbständigen tendenziell älter sind und daher ein höheres Erkrankungsrisiko aufweisen, ist es für Versicherungsunternehmungen schwierig, diesen Tarif kostendeckend und gleichzeitig wettbewerbsfähig zu gestalten. Anfangs wurden Beiträge mit einer Altersstaffelung kalkuliert. Dies wurde vom Gesetzgeber zum 1. August 2009 untersagt.³² Da dieser Tarif jedoch eine Zusatzleistung für die Versicherungsnehmer darstellt und kein Zwang besteht, diesen zu wählen, besteht bei Abschluss dieses Tarifes eine dreijährige Bindungsfrist an das jeweilige Versicherungsunternehmen.³³ Bisher haben nur 39 % der Selbständigen einen Krankengeldtarif gewählt.³⁴

Krankengeld beträgt in der Regel 70 % des regelmäßigen Einkommens, wenn es der Beitragsbemessungsgrenze unterliegt und darf 90 % des Nettoarbeitsgehaltes nicht übersteigen. Ab dem Tag, der auf die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit folgt oder bei Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung, hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld.³⁵

3 Würdigung von Wahltarifen

3.1 Vorteile von Wahltarifen

Die Vorteile der Wahltarife können abgegrenzt werden durch die Kriterien:

- Kundenpräferenzen
- Moral Hazard

³¹ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 160.

³² Vgl. Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009), S. 48-49.

³³ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 53 Abs. 8 SGB V.

³⁴ Vgl. Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009), S. 53.

³⁵ Vgl. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009), § 47 SGB V.

- Innovationen
- Wettbewerb

Diese Abgrenzung soll die Auswirkungen von Wahlтарifen aufzeigen und eine Bewertung vereinfachen. Die Betrachtung ist überwiegend aus Sicht der Krankenkassen.

Durch die Einführung von Wahlтарifen können *Kundenpräferenzen* stärker berücksichtigt werden. Viele Versicherungsnehmer möchten eine Versicherung abschließen, die individuell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Dies würde den Rahmen des GKV-Systems bei weitem sprengen. Ein Angebot von Wahlтарifen ist jedoch ein Schritt in diese Richtung. Mitglieder, die es sich leisten können, haben die Möglichkeit eine Zusatzversicherung abzuschließen oder in Wahlтарife einzutreten und dadurch eine für sie optimale Versorgung zu erhalten. Viele GKV-Versicherte stehen Wahlтарifen positiv gegenüber. Besonders die „Prämienmodelle“ riefen großes Interesse hervor. Dies lag vor allem daran, dass bei diesen Modellen gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt wird. Die dreijährige Bindungsfrist wirkt allerdings auf viele Versicherte abschreckend.³⁶ Versicherungsnehmer sind nicht in der Lage einzuschätzen, welche Verpflichtung sie eingehen, wenn sie sich für einen Wahlтарif mit einer Bindungsfrist von drei Jahren entscheiden. Es ist daher wichtig bei Versicherten das Bewusstsein zu wecken, dass die einzelnen Tarife nach sozialdemographischen Merkmalen, Gesundheitszustand, Gesundheitstypus, Versicherungsstatus und Kassenzugehörigkeit unterschieden werden müssen. Somit ist nicht jeder Tarif für jeden geeignet.³⁷ Wenn ein Versicherungsnehmer den richtigen Tarif gefunden hat, kann er aber zumindest, alleine durch Beitragssatzunterschiede, mehr als 600 Euro jährlich sparen. Durch das Angebot von Wahlтарifen kann eine Krankenkasse ihren Zielkunden auch auf andere Weise entgegenkommen.³⁸ Somit kann ein Wahlтарif, der auf die Präferenzen bestimmter Versicherungsnehmergruppen ausgerichtet ist, einen wichtigen Wettbewerbsfaktor für eine Versicherung darstellen.

³⁶ Vgl. o. V. (2007a), S. 1042.

³⁷ Vgl. o. V. (2007a), S. 1042.

³⁸ Vgl. Höpfer, T. / Warmuth, W. (2009), S. 352.

Moral Hazard bedeutet, dass der Versicherungsnehmer nach Abschluss des Versicherungsvertrages sein Verhalten ändert. Daher kann mit Versicherungsschutz ein höherer Schaden erwartet werden als ohne Versicherungsschutz. Versicherte gehen höhere Risiken ein, verzichten auf Schadensverhütung oder verursachen sogar absichtlich Schäden.³⁹ Verstärkt wird dieses Verhalten dadurch, dass die Versicherungsunternehmen nicht in der Lage sind das Verhalten ihrer Versicherungsnehmer zu kontrollieren. *Moral Hazard* entsteht durch diese asymmetrische Informationsverteilung. Das Versicherungsunternehmen weiß nicht, in was für einem Gesundheitszustand sich der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages befindet und kann das Verhalten des Versicherten nicht kontrollieren. Oft neigen die Versicherten dazu, Gesundheitsleistungen als „kostenlos“ zu betrachten. Daher gehen viele Versicherte auch dann zum Arzt, wenn dies eigentlich nicht notwendig wäre. Dies führt bei der Krankenkasse zu überhöhten Kosten. Das Versicherungsunternehmen kann von außen nicht erkennen, wann der Versicherungsnehmer wirklich krank ist und wann er unnötigerweise zum Arzt geht. Somit muss die Versicherung zu anderen Mitteln greifen, um *Moral Hazard* zu vermeiden oder zumindest zu minimieren.

Eine Möglichkeit der *Moral Hazard* Minimierung sind Selbstbehalt- oder Beitragsrückerstattungstarife. Mit Hilfe solcher Tarife wird dem Versicherten verdeutlicht, dass die Gesundheitsleistung nicht kostenlos ist. Oft kann damit das Verhalten beeinflusst werden, so dass Versicherungsnehmer verantwortungsvoller mit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen umgehen und somit die Kosten auf Seiten der Versicherung gesenkt werden können.

Das Wort „Innovation“ besitzt keine einheitliche Definition. In den Wirtschaftswissenschaften wird unter Innovation eine Neuerung mit technischem, sozialem und wirtschaftlichem Wandel verstanden.⁴⁰ Im Gesundheitswesen gibt es vielfältige *Innovationen*. Diese werden mit großem Forschungseinsatz unter Inkaufnahme von hohen Kosten und hohem Ressourcenverzehr entwickelt. Viele dieser Innovationen sind neue Behandlungsmethoden, neuartige Arzneimittel

³⁹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 59.

⁴⁰ Vgl. Gabeler Wirtschaftslexikon (2010b), o. S.

oder diagnostische Verfahren. In der Regel sind die Kosten für den Einsatz solcher innovativer Behandlungsmethoden vergleichsweise hoch. Im Rahmen der GKV sollte daher nur auf innovative Behandlungsmethoden zurückgegriffen werden, wenn der Mehrwert einer solchen Behandlung erwiesen ist und die Vorteile den hohen Preis deutlich überwiegen. Dies wird gemäß § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) gefordert.⁴¹ Häufig haben Innovationen nicht nur positive Auswirkungen auf die Qualität einer Behandlung, sondern können auch Folgekrankheiten verringern oder die Lebensqualität des Patienten erhöhen. Dies kann jedoch kaum in monetären Größen erfasst werden. Im Rahmen der Wahl- und Zusatztarife ist es für Versicherungsnehmer möglich vermehrt innovative Behandlungsmethoden zu erhalten, in dem zusätzliche Prämien von den Versicherten bezahlt werden. Somit können sich Innovationen im deutschen Gesundheitssystem besser etablieren. Die Kosten werden durch die Prämien teilweise von den Versicherungsnehmern getragen. Dies ist wichtig, damit innovative Behandlungen auch in Zukunft entwickelt werden und das Gesundheitssystem dadurch gestärkt wird.

Innovationen müssen nicht zwangsläufig kostspielig sein. Oft bewirken innovative Behandlungsmethoden auch eine langfristige Kosteneinsparung. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn Folgekrankheiten vermieden oder eine schnellere Genesung erreicht werden kann. Somit können Innovationen auch Möglichkeiten der Kostenminimierung für Versicherungsunternehmen offerieren.

Seit die Beitragssätze ab dem 1. Januar 2009 mit Inkrafttreten der GKV-Beitragssatzverordnung in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds für alle Krankenkassen einheitlich sind, ist es schwierig, für die einzelnen Krankenkassen wettbewerbsrelevante Unterschiede darzustellen. Die Versicherungsnehmer haben die Möglichkeit, die Krankenkasse frei zu wählen. Hinzu kommt der Kontrahierungszwang, nach dem jeder deutsche Bürger versichert sein muss und die Krankenkassen keine potentiellen Mitglieder ablehnen dürfen, egal welche Risiken die Versicherten haben.

⁴¹ Vgl. o. V. (2007b), S. 6.

Wahltarife können den *Wettbewerb* zwischen den Krankenkassen stärken. Sie sind ein Instrument, das den einzelnen Krankenkassen ermöglicht, sich von ihren Wettbewerbern abzuheben und für bestimmte Zielgruppen attraktiv zu sein. Neben den Wahlтарifen können Krankenkassen ausschließlich über Beitragsrückerstattungen, Erhebung von Zusatzbeiträgen und Zusatztarife eine gewisse Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Andere Instrumente stehen ihnen nicht mehr zur Verfügung. Andererseits brauchen die Gesetzlichen Krankenkassen Wahltarife, um sich aus dem Kollektivsystem abzuheben und im Wettbewerb abzugrenzen.⁴²

Aus gesundheitspolitischer Sicht sollten Wahltarife nicht nur für Marketingzwecke und als Wettbewerbsinstrumente genutzt werden, sondern vor allem Systemwirkungen haben, so dass die Versicherten nur noch gezielt ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen und somit die Effizienz des Gesundheitssystems erhöht wird.⁴³

3.2 Nachteile von Wahlтарifen

Die Nachteile von Wahlтарifen können durch folgende Kriterien abgegrenzt werden:

- Gefahr der Entsolidarisierung
- Adverse Selektion
- Medizinische Grundversorgung

Die Betrachtungsweise hier weicht etwas von der im Kapitel 3.1 ab. Der Aspekt der Adversen Selektion wird aus Sicht der Krankenkassen bewertet, die beiden anderen Kriterien werden aus gesellschaftlicher Perspektive betrachtet.

Viele Menschen in Deutschland haben Angst, dass die Einführung von Wahl- und Zusatzтарifen zu einer *Entsolidarisierung* führen könnte. Entsolidarisierung wird als die Abwendung vom solidarischen Kalkulationssystem verstanden. Das Solidarsystem, dem die GKV unterliegt, ist ein System, bei dem sich Individuen

⁴² Vgl. Schlingensiepen, I. (2009), S. 11.

⁴³ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 165.

zu einer Gemeinschaft zusammen schließen, um Risiken, die für einen Einzelnen nicht tragbar sind, im Kollektiv zu tragen.⁴⁴ So stehen im GKV-System die Jungen für die Alten, die Gesunden für die Kranken, die Reicheren für die Armen und Alleinstehende für Familien ein. Die Gefahr, die aus dem Angebot von Wahl- und Zusatztarifen entsteht, ist, dass Mitglieder, die ein höheres Einkommen haben, Wahl- und Zusatztarife abschließen, und somit eine bessere Versorgung erhalten als andere. Wenn Versicherte den richtigen Wahltarif wählen, können sie wie oben beschrieben, ihre Beiträge zumindest teilweise zurückerstattet bekommen. Diese würden sonst für andere Mitglieder zur Verfügung stehen. Dadurch können vor allem junge und gesunde Versicherungsnehmer entlastet werden, während alte und kranke Versicherungsnehmer hingegen stärker belastet werden könnten. Das entspricht jedoch nicht dem solidarischen System, welches einen Anspruch darauf erhebt, dass Versicherungsnehmer mit höherem Einkommen auch höhere Beiträge zahlen und somit für Versicherte, die ihre Beiträge selbst nicht finanzieren können, mittragen. „Die Krankenkassen kritisieren zudem, dass durch Prämienzahlungen aus dem gesamten GKV-System Geld entzogen würde, das anderweitig hätte Einsatz finden können. Gesunde, leistungsfähige Kassenmitglieder profitieren – kranke und weniger leistungsfähige Kunden können nicht partizipieren.“⁴⁵

Es wird viel darüber diskutiert, ob Wahltarife das Solidaritätsprinzip in Frage stellen oder nicht. Laut Wille und Koch ist dies nicht der Fall, da es neben den Wahltarifen, die für junge und gesunde Personen attraktiver sind, auch Tarife für chronisch Kranke gibt.⁴⁶

Adverse Selektion wird definiert als das Auftreten von Versicherten mit niedrigem Risiko (gute Risiken) und Versicherten mit hohem Risiko (schlechte Risiken) in einer Risikogruppe. Wenn gute Risiken denselben Beitrag zahlen müssen wie schlechte Risiken, kommt es dazu, dass gute Risiken keinen Versicherungsschutz erwerben, da ihnen der Beitrag als zu hoch erscheint. Dadurch erhöht sich der Beitrag für die gesamte Risikogruppe und weitere Versicherte mit geringem Risiko wechseln den Tarif oder sogar die Versicherung. Dieser

⁴⁴ Vgl. Gabeler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010c), o.S.

⁴⁵ Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 352.

⁴⁶ Vgl. Wille, M. / Koch, E. (2007), S. 166.

Prozess schreitet so lange fort, bis nur noch Versicherte mit hohem Risiko in der Risikogruppe verbleiben.⁴⁷ Dies wird auch *Selbstselektion* genannt. Das Problem liegt in der Durchschnittsprämie für eine Risikogruppe. Wenn der Beitrag individuell gestaltet wird, besteht das Problem der Adversen Selektion nicht. Gerade in der GKV ist es schwierig dieses Problem zu beheben, wenn die Versicherten die Möglichkeit haben, den Tarif oder die Versicherung zu wechseln. Oft verliert ein Versicherungsunternehmen so viele Versicherte mit geringem Risiko, dass es nicht mehr wettbewerbsfähig ist. Das liegt vor allem daran, dass Versicherte mit hohen Schadenswahrscheinlichkeiten weniger schnell bereit sind das Versicherungsunternehmen zu wechseln als Versicherungsnehmer mit geringer Schadenwahrscheinlichkeit.⁴⁸ Die Adverse Selektion wird durch Wahl- und Zusatztarife gefördert, da Versicherungsnehmer die Tarife frei wählen können. Die momentan einzige Hürde ist, dass Versicherte an einen gewählten Tarif für drei Jahre gebunden sind und somit ein Vorteilshopping von Seiten der Versicherten eingeschränkt wird. Vorteilshopping bedeutet, dass Versicherungsnehmer Zusatztarife wählen, wenn sie aktuell ein Risiko haben, das zusätzlich versichert werden kann. Sobald die Behandlung aber durchgeführt oder der Schaden behoben wurde, wird der Zusatztarif wieder gekündigt und der Versicherte zahlt keine weiteren Prämien.

In Deutschland gibt es den Anspruch auf eine Daseinsversorgung der Bevölkerung. Die *medizinische Grundversorgung* soll über die GKV mit einem solidarischen System gewährleistet werden. Zudem gibt es einen Versicherungszwang, so dass jeder Bürger eine Krankenversicherung abschließen muss. Demzufolge wird von der GKV erwartet, dass die medizinische Versorgung auch für die Versicherten, die über weniger Mittel verfügen, finanzierbar bleiben soll. Wie das GKV-System in Deutschland optimaler Weise ausgestaltet sein sollte ist eine politische Frage.⁴⁹ Möglicherweise helfen Wahltarife jedoch nicht, die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die Wahltarife zielen vielmehr auf die Befriedigung von individuellen Bedürfnissen ab, die bestimmte Versicherungsnehmergruppen vermehrt aufweisen. Das Grundproblem

⁴⁷ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 59.

⁴⁸ Vgl. Brause, S. (2007), S. 1044.

⁴⁹ Vgl. Pohl, E. (2010), S. 242.

der GKV sollte allerdings die kostendeckende Versorgung der Versicherten sein, die nicht in der Lage sind, ihre Beiträge selber zu zahlen.

Grundsätzlich gehören Zusatzleistungen, die über zusätzliche Prämien abgerechnet werden, nicht zur Grundversorgung. Somit könnte hier ein Zielkonflikt zwischen medizinischer Grundversorgung und Zusatzleistungen bzw. Wahlтарifen entstehen. „Junge und gesunde Versicherte haben in diesem System die Möglichkeit, sich der Solidarität gegenüber kränkeren Versicherten zu entziehen, während die Prämien derjenigen, die eine Absicherung dringend benötigen, ansteigen.“⁵⁰

3.3 Bedeutung von Wahlтарifen für den Kassenwettbewerb

Die wichtigsten Instrumente, die den Kassenwettbewerb steuern, sind die Kosten und die Qualität der angebotenen Leistungen. Diese sind ausschlaggebend dafür, ob eine Versicherung überlebensfähig ist oder nicht.

Für viele Krankenkassen spielt die Einführung von Wahlтарifen eine wichtige Rolle, da durch die richtigen Angebote bestimmte Zielkunden angesprochen werden können. Problematisch ist, ob die angebotenen Tarife tragfähig sind. Speziell für kleinere Versicherungsunternehmen kann es somit existenzgefährdend sein, einen falsch kalkulierten Wahlтарif anzubieten. Zudem können Risiken, die aus Wahlтарifen entstehen, heute kaum eingeschätzt werden.⁵¹

Mögliche Gründe dafür, warum die GKV-Wahlтарife sich bis 2008 nicht durchgesetzt haben, könnten sein, dass die Kassen unsicher hinsichtlich des Tarifzulaufes und der Liquiditätsbelastung aus den Tarifen sind. Auch die Ausgestaltungen und Wirkungen des ab dem Jahr 2009 geltenden Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches sind unsicher. Die Bindungsfrist trifft sowohl bei den Kassen als auch bei den Kunden auf Ablehnung und die Steuerungswirkungen sind in den Kassen immer noch umstritten. Viele Kassenmitarbeiter sind ebenfalls gegen eine Konterkarierung des Solidarprinzips. Daraus folgt die verhaltene Werbung für das Tarifangebot und eine gerin-

⁵⁰ Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009), S. 65.

⁵¹ Vgl. Brause, S. (2007), S. 1044.

ge Innovationsaffinität der Kassen. Es gibt zudem viele Verbraucherschutzwar-
nungen und Fehlinformationen, die auf die potentiellen Tarifkunden wirken.⁵²

Gerade in den letzten Jahren sind die *Kosten* des Gesundheitssystems in
Deutschland stark diskutiert worden. Die medizinische Grundversorgung der
Bevölkerung kostet viel und die Krankenkassen haben nur wenige finanzielle
Rücklagen bilden können. Das lag vor allem an der Umlagefinanzierung der
GKV, welche keine Bildung von Altersrückstellungen vorsieht. Bei einer Gesell-
schaft im demographischen Wandel, wie beispielweise in Deutschland, ist die
Finanzierbarkeit eines solchen Gesundheitssystems eher fragwürdig. Somit
müssen Krankenkassen langfristig ihre Kosten senken, um die zukünftigen
Leistungen zahlen zu können. Niedrigere Kosten können aber auch einen
Wettbewerbsvorteil bedeuten. Eine Krankenkasse mit geringeren Ausgaben
kann unter Umständen auf Zusatzbeiträge verzichten und sich so von anderen
Krankenkassen abheben.

Die *Qualität* ist ein weiteres Wettbewerbsinstrument. Hierbei geht es nicht nur
um die Qualität der medizinischen Leistungen, die von den GKV nicht be-
einflusst werden können, sondern auch um die Qualität der Dienstleistung „Ver-
sicherung“ und der damit einhergehenden Prozesse. Beispielsweise kann die
Qualität der Kundenbetreuung einen entscheidenden positiven Einfluss auf die
Wettbewerbsfähigkeit eines Versicherungsunternehmens haben.

4 Fazit

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Frage aufgeworfen, warum Versicherte beim
Abschluss von Wahl- und Zusatzversicherungen zurückhaltend sind. Eine Ant-
wort auf diese Frage könnte sein, dass zum einen viele Versicherungsnehmer
durch die dreijährige Bindungsfrist abgeschreckt werden. Zum anderen gibt es
eine allgemeine Unsicherheit über Wahltarife. Die Versicherungsnehmer haben
kaum Erfahrungen mit dem neuen System und sind teilweise nicht in der Lage
ihre Risiken selbst einzuschätzen. Außerdem sind Wahltarife, die von Versiche-
rungsunternehmen angeboten werden, oft schwer verständlich und nicht durch-

⁵² Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 351.

schaubar. Einige Verbraucherschutzorganisationen warnen sogar davor, Wahl- und Zusatztarife voreilig abzuschließen.

Eine weitere Frage zu Beginn dieser Arbeit war, warum die Gesetzlichen Krankenversicherungen nur zurückhaltend für Wahltarife werben. Eine mögliche Antwort darauf ist, dass es unsicher ist, ob Wahltarife in der Lage sind sich selbst zu tragen. Somit sind die langfristigen Auswirkungen von Wahlтарifen nicht vorhersehbar. Weiterhin kann das Angebot von Wahl- und Zusatzтарifen ein entscheidender Wettbewerbsfaktor zwischen den Versicherungsunternehmen sein. Dies ist vor allem der Fall, wenn ein Versicherungsunternehmen mit einem Wahlтарif bestimmte Versicherungsnehmer mit vorteilhaften Risikostrukturen anwerben möchte. Somit können Wahlтарife hohe Risiken aber auch Chancen beinhalten. Solange allerdings nicht klar ist, welche Seite überwiegt, sind die Versicherungsunternehmen vorsichtig.

Die Vorsicht gegenüber Wahl- und Zusatzтарifen, sowohl von Seiten der Versicherungsnehmer als auch von der Seite der Versicherer, ist daher nachvollziehbar. Die Frage, ob Wahl- und Zusatzтарife ein Modell für die Zukunft sind, ist allerdings nicht einfach zu beantworten. Sie sind ein wichtiges Instrument, welches Moral Hazard einschränken, den Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen steigern, den Kundenpräferenzen entsprechen und Innovationen im Gesundheitssystem fördern kann. Andererseits können die Auswirkungen auf das Solidarsystem auch negativ sein. Ebenso ist die Systemkonformität fragwürdig. Auch die Frage, ob sich Versicherungsnehmer im Laufe der Zeit soweit an Wahl- und Zusatzтарife gewöhnt haben, ist in diesem Zusammenhang nicht zu beantworten. Es gibt Anreize, die für eine Aufrechterhaltung der Wahlтарife durch die GKV sprechen. Die Argumentation zeigt, dass Wahlтарife sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben können. Welche Auswirkungen allerdings überwiegen ist zurzeit noch unklar. Dies kann erst über eine längerfristige Betrachtung herausgefunden werden.

Nichts desto trotz sind Wahl- und Zusatzтарife ein rudimentäres Instrument der PKV. Schürmann, Osterkamp und Amling schreiben in ihrem Bericht: „Misch-

formen zwischen GKV und PKV funktionieren aufgrund der Systemunterschiede zwischen Solidar- und Äquivalenzprinzip in der Regel nicht.⁵³

⁵³ Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009), S. 66.

Literaturverzeichnis

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009):

Integrierte Versorgung, URL:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/?sid=564714 [Stand 31.03.2010].

Brause, S. (2007):

Vier Reformen und noch mehr offene Fragen, in: Versicherungswirtschaft, 62. Jg., Heft 13, S. 1044-1048.

Ehring, F. S. / Weber, C. (2007):

Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft ?, WIP-Diskussionspapier 4/07, Köln.

Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010a):

Stichwort: Wahltarife, online im Internet: URL:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17942/wahltarife-v8.html> [Stand 27.03.2010].

Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010b):

Stichwort: Innovation, online im Internet: URL:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/54588/innovation-v4.html> [Stand 27.03.2010].

Gabler Wirtschaftslexikon (Hrsg.) (2010c):

Stichwort: Solidarität, online im Internet: URL:

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/13999/solidaritaet-v7.html> [Stand 27.03.2010].

Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009):

Erfahrungen bei Entwicklung und Kalkulation von Wahlтарifen in der Krankenversicherung, in: Versicherungswirtschaft, 64. Jg., Heft 5, S. 351-356.

Orlowski, U. / Wasem, J. (2007):

Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG), Heidelberg.

Pohl, E. (2010):

Bekennnis zur PKV - Kritik an der Gesundheitspolitik der Bundesregierung, in Versicherungswirtschaft, 65. Jg., Heft 4, S. 242.

Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2009):

In der Fassung der Bekanntgabe vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) .

Schlingensiepen, I. (2009):

Ruf nach Ende der Wahl- und Zusatztarife; in Ärzte Zeitung, 13.10.2009, S. 11.

Schürmann, C. / Osterkamp, N. / Amling, K. (2009):

Krankengeld-Wahltarife – Risiken und Nebenwirkungen für die Solidargemeinschaft, in: Repschläger, U. (Hrsg.), BARMER – Gesundheitswesen aktuell 2009, Wuppertal.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (2009):

In der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 1 G v. 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

o. V. (2007a):

GKV: Jeder Dritte interessiert sich für Wahltarife, in: Versicherungswirtschaft, 62. Jg., Heft 13, S. 1042.

o. V. (2007b):

Innovationen im Gesundheitswesen, in: AOK Forum aktuell, Heft 2/2007, S. 6.

Von der Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik: Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe.

Wille, M. / Koch, E. (2007):

Die Gesundheitsreform 2007, München.

7 Kooperationen (strategische Partnerschaften) zwischen GKV, PKV und privatwirtschaftlichen Versicherungen: Ziele, Chancen und Restrikti- onen

Isabel Michaels

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	169
2	Wahl- und Zusatztarife in der GKV	170
2.1	Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen und verschiedener Interessenpositionen zu Wahl- und Zusatztarifen	170
2.2	Abgrenzung, Ausprägungen und Zielgruppen von Wahl- und Zusatztarifen.....	173
3	Strategische Partnerschaften zwischen GKV und PKV im Hinblick auf Zusatztarife.....	176
3.1	Notwendigkeit.....	176
3.2	Ziele und Chancen	178
3.3	Restriktionen und Problematiken.....	181
4	Zusammenfassung und Ausblick.....	184
	Literaturverzeichnis.....	186

1 Einleitung

Die steigenden Kosten des Gesundheitswesens, vorrangig ausgelöst durch medizinischen Fortschritt und demographischen Wandel, verursachen steigenden Handlungsdruck sowohl auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als auch auf die private Krankenversicherung (PKV).¹ Diese Kostensteigerung hat in den letzten Jahren zu einer verstärkten Kürzung oder Streichung von Leistungen in den Gesetzlichen Krankenkassen geführt, zum Beispiel beim Zahnersatz im Jahr 2005.²

Außerdem sind in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Reformen durch den Gesetzgeber durchgeführt worden, aufgrund derer sich beide Versicherungszweige stets auf neue Gegebenheiten einstellen mussten.³ Durch die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle Gesetzlichen Krankenkassen im Zuge des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009⁴ fällt ein für den Kunden relevantes Auswahl- und Verbleibkriterium in einer Gesetzlichen Krankenkasse weg. Ein erweitertes Leistungsangebot der Krankenkassen nimmt daher an Bedeutung zu.⁵ Eine Konsequenz aus den Leistungskürzungen und des einheitlichen Beitragssatzes ist die zunehmende Relevanz von Wahl- und Zusatztarifen, die das bestehende, weitgehend einheitliche Leistungsangebot der GKV ergänzen und differenzieren.⁶ Darüber hinaus hat diese Entwicklung zu verstärkten Kooperationen zwischen der GKV und der PKV im Bereich der Zusatztarife geführt.⁷ Es handelt sich um Partnerschaften zwischen beiden Versicherungssäulen, die strategisch und daher mittel- bis langfristig orientiert sind.⁸

In dieser Arbeit wird die Frage untersucht, wie Kooperationen zwischen gesetzlichen Krankenversicherern, privaten Krankenversicherern sowie privatwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen mit Krankenversicherungsangeboten

¹ Vgl. Euroforum (Hrsg.) (2009), S. 2; Hartmann, A. / Schickling, T. (2009), S. 55.

² Vgl. Weber, C. (2009), S. 10; Hartmann, A. / Schickling, T. (2009), S. 55.

³ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 33.

⁴ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009a).

⁵ Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 351.

⁶ Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 355; Zok, K. (2009), S. 2.

⁷ Vgl. Euroforum (Hrsg.) (2009), S. 2.

⁸ Vgl. Kohlert, H. (2006), S. 190.

im Bereich der Zusatztarife im Bezug auf Notwendigkeit, Chancen und Restriktionen gestaltet werden.

Im Folgenden werden die private Krankenversicherung, private Krankenkversicherer und privatwirtschaftliche Versicherungsunternehmen mit Krankenversicherungsangeboten unter dem Begriff PKV zusammengefasst.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Einführung von Wahl- und Zusatztarifen sowie Interessenpositionen des Gesetzgebers und der beteiligten Akteure stellen den Anfang dieser Arbeit dar. Im Anschluss erfolgen eine Abgrenzung beider Tarifgruppen und eine Darstellung verschiedener Ausprägungen und möglicher Zielgruppen. Darauf aufbauend werden, neben der Entstehung von Kooperationen, Ziele, Chancen und Restriktionen dieser strategischen Partnerschaften im Bereich der Zusatztarife präsentiert und diskutiert. Den Abschluss dieser Arbeit bildet eine Zusammenfassung mit einem Ausblick auf weiteren Handlungsbedarf.

2 Wahl- und Zusatztarife in der GKV

2.1 Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen und verschiedener Interessenpositionen zu Wahl- und Zusatztarifen

Die Entwicklungen in der GKV und in der PKV sind in den vergangenen Jahrzehnten durch zahlreiche Reformen geprägt worden.⁹ In diesem Abschnitt werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Wahl- und Zusatztarife in der GKV und die Intentionen des Gesetzgebers sowie die verschiedenen Interessenpositionen der GKV und der PKV dargestellt.

Wahltariffornen konnten von den Gesetzlichen Krankenkassen bereits infolge des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 angeboten werden, allerdings wurden diese Wahltarife mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 wieder aufgehoben.¹⁰ Mit dem Gesetz zur Modernisie-

⁹ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 33.

¹⁰ Vgl. Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007), S. 2; Klemm, A.-K. (2009), S. 204.

rung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 1. Januar 2004 führte der Gesetzgeber einzelne Wahltarife für freiwillig Versicherte¹¹ ein.¹² Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 1. April 2007 beinhaltet neue Wahltarife sowie eine Öffnung der Wahltarife für pflichtversicherte Personen^{13, 14}. Geregelt sind diese im § 53 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Wahltarife sind Gestaltungsoptionen für gesetzlich Krankenversicherte, die auf dem bestehenden Leistungsumfang der GKV basieren und diesen in seiner Höhe variieren.¹⁵ Der Gesetzgeber wollte durch Schaffung eines differenzierten und vielfältigen Angebotsspektrums der Gesetzlichen Krankenkassen erreichen, dass die Wahlfreiheit der Versicherten erhöht, ein zunehmender Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ermöglicht und eine erhöhte Transparenz geschaffen wird.¹⁶ Aus diesen Gründen können die Kunden ihren Versicherungsschutz selbst bestimmen und stärker an ihre individuellen Präferenzen anpassen.¹⁷

Die Einführung von Wahlтарifen beurteilen Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen positiv. So wurde beispielsweise angeführt, dass es sich bei den Wahlтарifen um eine Optimierung des bestehenden Leistungsangebotes der GKV handele.¹⁸

Kritisch gesehen wird mitunter seitens der PKV, dass durch Einführung der Wahlтарife nach § 53 SGB V eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der PKV stattfände. Eine entsprechende Klage wurde vom Bundesverfassungsgericht am 10. Juni 2009 mit der Begründung abgewiesen, dass die PKV durch die

¹¹ Bei freiwillig Versicherten muss derzeit das Arbeitsentgelt die Versicherungspflichtgrenze an drei aufeinanderfolgenden Jahren überschritten haben. Nach Ende des dritten Jahres ist ein Wechsel in die PKV möglich, vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 33.

¹² Vgl. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003), S. 2196-2197.

¹³ Pflichtversicherte sind Personen, die Kraft Gesetzes versicherungspflichtig in der GKV sind, vgl. Simon, M. (2008), S. 133.

¹⁴ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 3; Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2007).

¹⁵ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 13-15.

¹⁶ Vgl. Blöß, T. / Rabbata, S. / Rieser, S. (2007); Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2006), S. 108.

¹⁷ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009b).

¹⁸ Vgl. Schlingensiepen, I. (2008), S. 7.

Wahltarife nicht tangiert werde.¹⁹ Folglich werden Wahltarife von der GKV auch zukünftig in der vom § 53 SGB V bestimmten Form angeboten.

Bis zum 1. Januar 2004 gestattete der Gesetzgeber keine Kooperationen zwischen der GKV und der PKV.²⁰ Ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 19. Januar 1995 untersagte bspw. den Gesetzlichen Krankenkassen die Vermittlung von Zusatzsterbegeldversicherungen mit der Begründung, dass deren Aufgabenbereich damit überschritten würde.²¹ Zum 1. Januar 2004 trat das GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft.²² Als Reaktion auf das BGH-Urteil vom 19. Januar 1995 hat der Gesetzgeber Kooperationen zwischen GKV und PKV im Bereich der Zusatztarife explizit genehmigt. Zusatztarife sind Leistungen der PKV, die eine Erweiterung des bestehenden Leistungsangebotes der GKV darstellen.²³ Der Gesetzgeber ist zudem dem Wunsch der Versicherten nachgekommen, bestimmte Versicherungen, die ihren bestehenden Versicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können.²⁴ Geregelt ist diese Kooperationserlaubnis in § 194 Abs. 1a SGB V. Demnach kann die Satzung einer Krankenkasse eine Bestimmung enthalten, den Abschluss privater Zusatztarife zwischen ihren Versicherten und der PKV zu vermitteln. Ihre Tätigkeit ist auf die Vermittlung von Zusatztarifen beschränkt. Das Angebot dieser Tarife ist den Gesetzlichen Krankenkassen untersagt.²⁵

Seitens der PKV ist damit zu rechnen, dass Kooperationen zwischen GKV und PKV zukünftig eine größere Bedeutung erlangen.²⁶ Dieser Ansicht stimmen Vertreter der Gesetzlichen Krankenkassen zu. Beispielsweise werden die Zusatztarife als „...neue Schnittstelle zwischen GKV und PKV...“²⁷ bezeichnet. Die aktuelle Regierung möchte künftig die Dualität beider Krankenversicherungs-

¹⁹ Vgl. Bundesverfassungsgericht (Hrsg.) (2009).

²⁰ Vgl. Henke, K.-D. (2007), S. 4.

²¹ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 18-19.

²² Vgl. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2004).

²³ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 19-20.

²⁴ Vgl. Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007), S. 6.

²⁵ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 18-19.

²⁶ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009c).

²⁷ Schlingensiepen, I. (2009).

säulen erhalten und Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei Zusatztarifen erweitern.²⁸

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Wahl- und Zusatztarife in ihrer aktuellen Form auf unterschiedlichen Gesetzesinitiativen basieren. Dem Gesetzgeber geht es nicht darum, die PKV durch Einführung der Wahltarife zu behindern. Dies hat auch der BGH in seinem Urteil bestätigt. Vielmehr sollen PKV und GKV durch die Zusatztarife verstärkt zusammenarbeiten, was die derzeitige Regierung intensivieren möchte. Daraus lässt sich folgern, dass strategische Partnerschaften zwischen GKV und PKV zukünftig eine steigende Bedeutung haben werden.

2.2 Abgrenzung, Ausprägungen und Zielgruppen von Wahl- und Zusatztarifen

In diesem Abschnitt werden die verschiedenen Ausprägungen von Wahl- und Zusatztarifen dargestellt, beide Tarifformen gegeneinander abgegrenzt und Zielgruppen herausgestellt.

Wahltarife lassen sich nach obligatorischen und optionalen Angeboten unterscheiden. Die obligatorischen Angebote betreffen Wahltarife besonderer Versorgungsformen. Jede Gesetzliche Krankenkasse ist verpflichtet diese Wahltarife nach § 53 Abs. 3 SGB V anzubieten. Hierbei sind u.a. die Tarife „Hausarztzentrierte Versorgung“²⁹ und die „Integrierte Versorgung“³⁰ zu unterscheiden.³¹ Darüber hinaus gibt es einen Wahltarif für den Anspruch auf Krankengeld nach § 53 Abs. 6 SGB V, der bei bestimmten Mitgliedergruppen, zum Beispiel Selbstständigen, für einen Ausgleich bei Ausfall von Arbeitseinkommen im Falle von Arbeitsunfähigkeit sorgen soll.³²

²⁸ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009d).

²⁹ Der Versicherte verpflichtet sich bei Beschwerden zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, vgl. Sozialgesetzbuch V (2009), § 73 b Abs. 3 SGB V.

³⁰ Durch Abschluss von Verträgen durch die Krankenkassen zur sektorübergreifenden Versorgung soll eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden, vgl. Sozialgesetzbuch V (2009), § 140 (a) SGB V.

³¹ Vgl. Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007), S. 3.

³² Vgl. Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009), S. 353.

Bei den optionalen Wahltarifen können die Krankenkassen über das Angebot selbst entscheiden. Es gibt unter anderem den Selbstbehalttarif nach § 53 Abs. 1 SGB V³³ und Wahltarife für Kostenerstattung nach § 53 Abs. 4 SGB V.³⁴ Dabei lässt sich die Höhe der Kostenerstattung variabel gestalten.

Als Zielgruppe von Wahltarifen werden junge und gutverdienende Versicherte anvisiert, da es an diesen Versicherten in der GKV mangelt.³⁵ Es handelt sich bei dieser Gruppe um gute Risiken, die Leistungen der GKV seltener in Anspruch nehmen und deshalb zu einer Senkung des Kostenvolumens beitragen. Allerdings gilt in der GKV Kontrahierungszwang: Die Gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet jeden Antragssteller ohne Risikoprüfung aufzunehmen.³⁶ Folglich müssen Krankenkassen Anreize zur Kontrahierung guter Risiken setzen, beispielsweise mit attraktiv ausgestalteten Wahltarifen, wie dem dargestellten Selbstbehalttarif.³⁷ Außerdem sollen freiwillig Versicherte mithilfe von Wahltarifen von einem Verbleib in der GKV überzeugt werden.³⁸

Bei der Vermittlung von Zusatztarifen durch die GKV zwischen ihren Versicherten und ihrem privatwirtschaftlichen Kooperationspartner sind in § 194 Abs. 1a SGB V namentlich die Wahlarztbehandlung und der Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung genannt.³⁹ Dies sind Leistungen, die nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst werden. Somit handelt es sich um Erweiterungen des bestehenden Angebotes der GKV. Es existieren weitere Zusatztarife, die nicht im Gesetz angeführt werden, wie zum Beispiel Zahnersatz, Krankenhaustagegeld und Heilpraktikerleistungen. In diesen Bereichen ist der Leistungsumfang der GKV in den letzten Jahren aufgrund der Notwendigkeit von Kosteneinsparung eingeschränkt worden.⁴⁰ Die PKV bietet diese und weitere Zusatztarife an, um den begrenzten Leistungsum-

³³ Versicherte übernehmen einen Teil der im Kalenderjahr entstandenen Kosten selbst und erhalten dafür eine Prämienzahlung der Krankenkasse, Vgl. Sozialgesetzbuch V (2009), § 53 Abs. 1 SGB V.

³⁴ Nach Abschluss dieses Wahltarifs erhält der Versicherte, anstatt des Sachleistungsprinzips, den Anspruch auf Kostenerstattung, vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 18-19, S. 14.

³⁵ Vgl. Schlingensiepen, I. (2009).

³⁶ Vgl. Simon, M. (2008), S. 164.

³⁷ Vgl. Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007), S. 8, S. 17.

³⁸ Vgl. Versicherungsforen Leipzig (Hrsg.) (o. J.), S. 2.

³⁹ Vgl. Sozialgesetzbuch V (2009), § 194 Abs.1a SGB V.

⁴⁰ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 20-21, S. 66; Weber, C. (2009), S. 10.

fang der GKV zu ergänzen. Diese Zusatztarife richten sich folglich neben den Kunden der PKV⁴¹, auch an Pflichtversicherte und freiwillige Versicherte der GKV.⁴² Vorrangig werden auch hier möglichst junge und gesunde Kunden präferiert.⁴³ Das wird anhand von durchgeführten Risikoprüfungen durch die PKV sichergestellt. Es ist möglich, Kunden aufgrund ihres Gesundheitszustandes abzulehnen oder Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse zu erheben.⁴⁴ Kunden mit höherem Einkommen sind eine weitere Zielgruppe,⁴⁵ da sie am ehesten in der Lage sind, diese Zusatztarife zu finanzieren.

Die Zusatztarife werden nach versicherungsmathematischen Kalkulationsverfahren berechnet, so dass die dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge gewährleistet ist.⁴⁶ Versicherungsverträge müssen sich selbst tragen und eine Quersubventionierung der einzelnen Tarife darf zum Schutz der Versicherten nicht erfolgen. Ein entsprechender Nachweis ist bei Genehmigung der Zusatztarife durch das Bundesversicherungsamt zu erbringen.⁴⁷

Es lässt sich eine präzise Abgrenzung zwischen Wahl- und Zusatztarifen erreichen. Die Wahltarife variieren den bestehenden Leistungsumfang der GKV in ihrer Höhe. Bei den Zusatztarifen handelt es sich um eine Leistungserweiterung des bestehenden Leistungsangebotes der GKV. Sowohl die GKV, die für das Angebot von Wahltarifen zuständig ist, als auch die PKV, die Zusatztarife anbietet, möchten junge und gesunde Kunden in ihrem Bestand aufnehmen oder halten. Entstehung und Abgrenzung von Wahl- und Zusatztarifen sind in der Abbildung 1 zusammengefasst.

Die Gesetzlichen Krankenkassen gehen im Bereich der Wahltarife keine Kooperationen mit der PKV ein. Das ergibt sich aus dem Wortlaut des § 53 SGB V. Die GKV besitzt im Bereich der Wahltarife ihre Kernkompetenz und bietet

⁴¹ Es handelt sich um Arbeiter und Angestellte mit einem Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige, Freiberufler und Beamte, vgl. Simon, M. (2008), S. 160-161.

⁴² Vgl. Simon, M. (2008), S. 133.

⁴³ Vgl. Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2004).

⁴⁴ Vgl. Simon, M. (2008), S. 164.

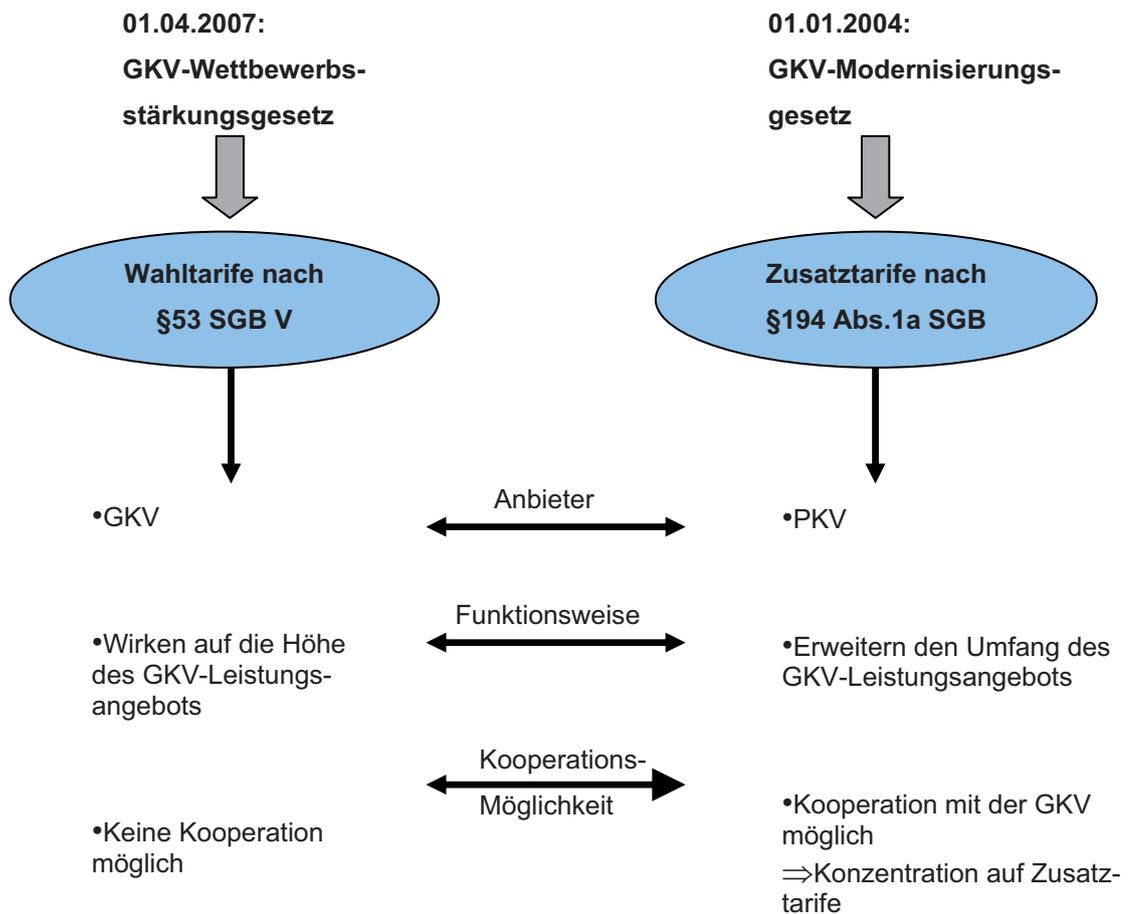
⁴⁵ Vgl. Zok, K. (2009), S. 8.

⁴⁶ Vgl. Weber, C. (2009), S. 11; Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007), S. 13.

⁴⁷ Vgl. Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008), S. 67; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008), S. 3-4.

diese folglich separat an. Möglich wäre eine Kooperation bei den Wahlтарifen nur, wenn eine entsprechende Gesetzesänderung erfolgen würde. Daher bezieht sich der nächste Abschnitt, der die Kooperationen zwischen GKV und PKV behandelt, ausschließlich auf Zusatztarife.

Abbildung 1: Entstehung und Abgrenzung von Wahl- und Zusatzтарifen



Quelle: Eigene Darstellung.

3 Strategische Partnerschaften zwischen GKV und PKV im Hinblick auf Zusatzтарife

3.1 Notwendigkeit

Zunächst wird die Relevanz von Kooperationen erläutert, bevor im darauf folgenden Abschnitt theoretische Ziele und Chancen beider Kooperationspartner dargestellt werden. Der Abschnitt 3.3 befasst sich mit Restriktionen und Problematiken von Kooperationen.

Aufgrund des geltenden einheitlichen Beitragssatzes aller gesetzlichen Krankenversicherer müssen Krankenkassen sich durch besondere Leistungen für den Kunden auszeichnen,⁴⁸ um wettbewerbsfähig zu bleiben. Ein umfassendes Leistungsangebot einer Gesetzlichen Krankenkasse ist für Kunden ein wichtiges Kriterium für die Wahl sowie den Verbleib in einer Krankenkasse. Dazu zählt auch das Angebot von Zusatztarifen, da aus Kundensicht ein starkes Interesse an einer ergänzenden Leistungsabsicherung vorliegt.⁴⁹ Die Krankenkassen müssen künftig die Kunden aktiv mit einer preisunabhängigen Vorteilsargumentation für sich gewinnen und auch die Bestandskunden so vom Verbleib in der Krankenkasse überzeugen. Die vertriebliche Tätigkeit stellt, aufgrund des nicht vorhandenen Außendienstes, keine Kernkompetenz der GKV dar.⁵⁰ Außerdem steigt durch die zunehmende Tarifvielfalt die Komplexität der Produkte für die Kunden. Folglich sinkt die Transparenz der Angebote. Die Versicherten nutzen so verstärkt das Angebot und die Versorgung über die GKV, da diese eine Orientierung für ihre Absicherung bieten kann. Sie haben auf diese Weise auch über die GKV Zugriff auf den Zusatzversicherungsschutz.⁵¹

Aus Sicht der PKV sind sinkende Neuzuwächse in der Vollversicherung festzustellen, beispielsweise aufgrund der erschwerten Zugangsbedingungen⁵² und durch die bestehende Unsicherheit über ihre künftige Entwicklung.⁵³ Aus diesen Gründen steigt sowohl für die GKV als auch für die PKV die Bedeutung, strategische Partnerschaften miteinander einzugehen.⁵⁴ Bei diesen Kooperationen kann eine Vermittlung von Kunden von der GKV an die PKV sowie umgekehrt erfolgen.⁵⁵ Alle Krankenkassen, die eine wettbewerblich bedeutsame Rolle spielen, haben inzwischen einen PKV Kooperationspartner.⁵⁶ Beispielsweise kooperiert die Allianz Private Krankenversicherung AG mit der Kaufmännischen

⁴⁸ Vgl. Schmidt-Kasperek, U. (2009), S. 40.

⁴⁹ Vgl. Paquet, R. / Stein, M. (2008), S. 279.

⁵⁰ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 33.

⁵¹ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1075; Schlingensiepen, I. (2009).

⁵² Der Kunde kann derzeit von der GKV in die PKV wechseln, wenn sein Jahresarbeitsentgelt an drei aufeinanderfolgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat, vgl. Henke, K.-D. (2007), S. 9.

⁵³ Vgl. Niemann, S. (2007); Kielhorn, H. / Rittner A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1075.

⁵⁴ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), 1075.

⁵⁵ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 39.

⁵⁶ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 39-40.

Krankenkasse Allianz.⁵⁷ Private Krankenversicherer, die keine Kooperationen mit gesetzlichen Krankenversicherern eingehen, tragen somit ein Risiko von Wettbewerbsnachteilen im Bereich der Zusatztarife.⁵⁸

3.2 Ziele und Chancen

Ein Ziel der Gesetzlichen Krankenkassen ist die nachhaltige und intensive Stärkung der Kundenbindung. Deshalb bieten Krankenkassen ein umfangreiches sowie zielgruppenorientiertes Leistungsangebot an. Folglich wird die Reputation der jeweiligen Krankenkasse bei den Kunden verbessert, was die Abwanderung von Versicherten aus diesem Bereich mindert.⁵⁹

Die PKV bietet über die Zusatztarife hinaus umfangreichere Beratungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen an. Damit kann sie diese Chance für eine Steigerung weiterer Marktanteile nutzen, zum Beispiel auch im Bereich der Sachversicherung.⁶⁰ Auf diese Weise kann sie auch in anderen Segmenten wachsen, sofern die Kunden weiterführende Beratungen wünschen.

Überdies ist die PKV an der Verhandlungsstärke der Gesetzlichen Krankenkassen bei Verträgen mit verschiedenen Leistungsanbietern⁶¹ interessiert,⁶² um ebenfalls von den ausgehandelten Verträgen zu profitieren. Die Verhandlungsstärke der Krankenkassen steigt mit zunehmender Größe. Folglich nehmen die Fusionen innerhalb der Gesetzlichen Krankenkassen zu. Beispielsweise haben die Techniker Krankenkasse und die IKK-Direkt zum 1. Januar 2009 fusioniert, um eine bedeutendere Marktposition zu erreichen.⁶³ Insbesondere große, gesetzliche Krankenversicherer mit vielen Versicherten besitzen eine bedeutende Verhandlungsmacht bei den Leistungserbringern.⁶⁴

⁵⁷ Vgl. Allianz (Hrsg.) (2008).

⁵⁸ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008), S. 7.

⁵⁹ Vgl. Paquet, R. / Stein, M. (2008), S. 279-280.

⁶⁰ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

⁶¹ Beispielsweise Arzneimittelhersteller, vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A. M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1077.

⁶² Vgl. Euroforum (Hrsg.) (2009), S. 2.

⁶³ Vgl. Handelsblatt (Hrsg.) (2008).

⁶⁴ Vgl. Menzler, L. (2009), S. 1755.

Beide Kooperationspartner wollen ein qualitatives Wachstum der Kundenanzahl mit guten Risiken erreichen.⁶⁵ Das kann zum Beispiel durch attraktiv gestaltete Zusatztarife gelingen. Adverse Selection, die eine Ansammlung von schlechten Risiken bezeichnet,⁶⁶ wird dadurch gemildert.

Außerdem wollen beide Kooperationspartner gemeinsam innovative Produkte entwickeln, die aufeinander abgestimmt sind,⁶⁷ um sich gegenüber Wettbewerbern vorteilhaft auf dem Markt zu positionieren. Der PKV fehlt es an ausreichendem Verständnis der GKV-Kunden bezüglich ihres Bedarfes.⁶⁸ Die GKV möchte das „aktuarielle Know-How“⁶⁹ und die Vertriebsstärke der PKV nutzen.⁷⁰ Dadurch besteht die Chance, dass beide Kooperationspartner gegenseitige Lerneffekte realisieren können.⁷¹ Eine Voraussetzung für die Entwicklung geeigneter Produkte ist das Vorliegen einer hohen Transparenz über die Kundenbedürfnisse, um bedeutende Marktpotentiale erschließen zu können. Vorteilhaft ist, dass sich durch eine gemeinsame Produktentwicklung Schnittstellen reduzieren und dadurch Prozesse optimieren lassen. Auf diese Weise lässt sich ein weiteres gemeinsames Ziel, die Kosteneinsparung, erreichen. Investitionsaufwand wirkt sich ebenfalls kostensenkend aus, da beide Kooperationspartner diesen gemeinsam tragen können. In der GKV gibt es Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern. Durch die Übertragung von Herstellerrabatten der GKV auf die Ausgabenhöhe der PKV lassen sich weitere Kosten einsparen.⁷² Darüber hinaus können beide Partner schneller Informationen austauschen.⁷³ Dies trägt zu einer Steigerung der Effektivität und Effizienz bei. Ein grundsätzliches Ziel beider Kooperationspartner ist die Bündelung der speziellen Stärken und die Überwindung der jeweiligen organisationsspezifischen Schwächen.⁷⁴

Eine Voraussetzung für den Erfolg strategischer Kooperationen ist auch, dass die Kunden über die Vermittlung von Zusatztarifen durch die Gesetzlichen

⁶⁵ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

⁶⁶ Vgl. von der Schulenburg, J. -M. (2005), S. 5.

⁶⁷ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1075.

⁶⁸ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

⁶⁹ Euroforum (Hrsg.) (2009), S. 2.

⁷⁰ Vgl. Euroforum (Hrsg.) (2009), S. 2.

⁷¹ Vgl. Wasem, J. (2009), S. 26.

⁷² Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076-1077.

⁷³ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1075, S. 1077.

⁷⁴ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1077.

Krankenkassen informiert werden. In einer Umfrage unter 3000 GKV-Versicherten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK waren Kooperationen lediglich 46,2% der Versicherten bekannt.⁷⁵ Daher sollten die Kooperationspartner eine Strategie entwickeln, um Informationen bezüglich Zusatztarifen zeitnah an ihre Kunden weiterzugeben und ihnen so die Gelegenheit zu bieten, ihre Versorgungslücken zu schließen. Beispielsweise lässt sich durch gegenseitige verkaufsunterstützende Maßnahmen, wie die Öffentlichkeitsarbeit, der jeweils andere Kooperationspartner integrieren. So wird bei gleichbleibenden Kosten das gemeinsame Ziel eines umfassenderen Bekanntheitsgrades erreicht. Eine weitere Möglichkeit ist es, bei Beratungen von Versicherten auf die Kooperation hinzuweisen.⁷⁶ Auf diese Weise wird eine Zusammengehörigkeit zwischen beiden Kooperationspartnern gegenüber den Kunden demonstriert.

Die aktuelle Regierung möchte die Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei Zusatztarifen erweitern (siehe Abschnitt 2.1). Dabei sind weitere Kooperationen denkbar, die über eine vertriebliche Kooperation hinausgehen. Zum Beispiel könnte auch die Leistungsregulierung aus einer Hand erfolgen.⁷⁷ Vorteilhaft ist dabei unter anderem die Schnittstellenreduzierung und die daraus folgende Verringerung von Fehlern. Eine weitere Möglichkeit ist, dass PKV und GKV gegenseitig von den jeweils anderen zur Verfügung gestellten Netzwerken profitieren können. Beispielsweise verfügen manche Gesetzlichen Krankenkassen über Ärzte-Netzwerke. Auch Kunden des Kooperationspartners könnten Zugang zu diesen Netzwerken erlangen, wodurch sich Kosten einsparen ließen.⁷⁸

Es gibt eine Vielzahl von Zielen und Chancen für beide Kooperationspartner. Die Gewinnung und Bindung von Versicherten, die gemeinsame Produktentwicklung und die gegenseitigen Synergieeffekte scheinen besonders vorteilhafte Aspekte zu sein. Allerdings setzt eine abschließende Beurteilung der strategischen Partnerschaften die Kenntnis von Restriktionen und Problematiken voraus.

⁷⁵ Vgl. Zok, K. (2009), S. 1, S. 3.

⁷⁶ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 41.

⁷⁷ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 43.

⁷⁸ Vgl. Schmidt-Kasperek, U. (2009), S. 40.

3.3 Restriktionen und Problematiken

Für eine Bewertung von Kooperationen sind auch Restriktionen und Problematiken zu berücksichtigen. Es lassen sich rechtliche Rahmenbedingungen und organisationsspezifische Problematiken unterscheiden.

Dem Datenschutz ist eine hohe Relevanz beizumessen. Dieser stellt eine Hürde für eine Ausweitung strategischer Partnerschaften dar. Das Bundesversicherungsamt, als Aufsicht der GKV, legt besonderen Wert auf den Schutz der persönlichen Kundendaten. Eine Datenweitergabe an die PKV darf nur mit Erlaubnis der Kunden erfolgen. Bei Neukunden erfolgt diese über entsprechende Datenschutzklauseln im Antrag. Bei Bestandskunden kann diese Erlaubniseinholung in Anbetracht des zeitlichen Aufwands, der Kosten und der Erreichbarkeit der Kunden nicht vollständig gelingen.⁷⁹ Es könnte versucht werden, diese Erlaubnis bei Interesse des Kunden an einem Zusatztarif schriftlich einzuholen. Voraussetzung ist der Wille des Kunden, seine Daten zur Verfügung zu stellen.

Die PKV darf, wenn sie nach einer Gesundheitsprüfung einen Antrag ablehnt, der GKV die Gründe nicht mitteilen.⁸⁰ Es mangelt daher an einer ganzheitlichen und umfassenden Beratung und Betreuung der Versicherten. Allerdings dienen die Bestimmungen des Datenschutzes deren Wohl. Es soll verhindert werden, dass durch die gegenseitige Nutzung von Krankheitsdaten Risikoselektion durch beide Kooperationspartner betrieben wird. Ebenfalls dürfen auch bei Einwilligung des Kunden zur Datenweitergabe diese Daten nur für den in dieser Einwilligung genannten Zweck genutzt werden, um eine Zweckentfremdung der Daten zu verhindern.⁸¹

Eine weitere einschränkende rechtliche Rahmenbedingung betrifft die Vergütung für vermittelte Kunden. Wenn die PKV einen Neukunden für die GKV vermittelt, dann ist die Vergütung der PKV durch die GKV in den „Gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der GKV“⁸² der Höhe nach festgelegt. Es handelt sich um einen Betrag von ungefähr 80 Euro, der in der

⁷⁹ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 37.

⁸⁰ Vgl. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein (Hrsg.) (2004).

⁸¹ Vgl. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig Holstein (Hrsg.) (2004).

⁸² Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 38.

Regel nicht kostendeckend ist. Einige gesetzliche Krankenversicherer bezahlen einen geringeren Betrag, zum Beispiel zahlt die IKK Hamburg 70 Euro.⁸³ Die Krankenkassen dürfen für die Vermittlung von Zusatztarifen an die PKV nur den tatsächlich entstandenen Aufwand in Rechnung stellen.⁸⁴ Ein Anspruch auf den Erhalt einer Provision besteht nicht, weil die Gesetzlichen Krankenkassen ihre Aufgaben, auch die Vermittlung von Zusatztarifen, mit eigenen Mitteln erfüllen sollen.⁸⁵ Deshalb können sich Anreizprobleme für beide Kooperationspartner ergeben. Wenn nur der Aufwand in Rechnung gestellt werden darf oder die Vergütung nicht kostendeckend ist, haben die Mitarbeiter der GKV sowie der PKV keine Anreize zur Kundenvermittlung und wenden sich tendenziell lukrativeren Aufgaben zu. Würden diese Motivationsschwierigkeiten nicht bestehen, könnte die Kooperation erfolgreicher verlaufen.

Die Gesetzlichen Krankenkassen dürfen, aufgrund des Wortlautes des § 194 Abs. 1a SGB V, unter anderem keine Lebens- und Sachversicherungen vermitteln. Diesen Versicherungszweigen fehlt die inhaltliche Beziehung zu der GKV.⁸⁶ Daher kann die GKV Cross-Selling-Potential nicht vollständig ausschöpfen. Aus der Perspektive der PKV ist dies jedoch erforderlich, damit sie auch in anderen Bereichen Wachstum erzielen kann.⁸⁷ Wenn ein gesetzlich Krankenversicherter Interesse an einer Sachversicherung hat, jedoch nicht an einem Zusatztarif, findet keine Vermittlung der GKV an die PKV statt. Darüber hinaus wird eine weitergehende Kooperation dadurch verhindert, dass die Gesetzlichen Krankenkassen bei Unterstützung der PKV, zum Beispiel beim Prämien-einzug, über ihre Vermittlertätigkeit hinaus handeln. Hierbei liegt ein Verstoß gegen § 30 Abs. 1 SGB IV⁸⁸ vor.⁸⁹ Auch die im letzten Abschnitt genannte gemeinsame Leistungsregulierung ist aufgrund derzeitiger Rechtslage nicht gestattet, da die GKV dadurch ihren gesetzlich erlaubten Tätigkeitsbereich überschreiten würde.

⁸³ Vgl. Schmidt-Kasperek, U. (2009), S. 40.

⁸⁴ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 38.

⁸⁵ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2004), S. 5.

⁸⁶ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2004), S. 4.

⁸⁷ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 40.

⁸⁸ Die Krankenkassen dürfen Geschäfte nur zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben ausführen, vgl. Sozialgesetzbuch IV (2009), § 30 Abs. 1 SGB IV.

⁸⁹ Vgl. Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2004), S. 4.

Neben den gesetzlichen Restriktionen gibt es auch verschiedene organisationspezifische Problematiken. Aus Sicht der PKV betreffen diese die Vermittlung von Kassenmitgliedschaften an die GKV. Eine Vorteilsargumentation ohne die Preiskomponente, wie sie in der GKV seit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes erforderlich ist, erfordert ein hohes Fachwissen bei den Vermittlern. Beispielsweise gewinnt der Vertrieb von Versicherungsprodukten über Banken zunehmend an Bedeutung. Über Banken als Vermittler werden aufgrund der Komplexität und Vielfalt der Produkte in diesem Segment jedoch nur wenige PKV-Produkte vermittelt. Wenn es darüber hinaus um die Vermittlung von Kassenmitgliedschaften geht, dann bleibt dieser Vertriebsweg hingegen vollkommen verschlossen.⁹⁰ Ein Grund könnte in den Schulungskosten liegen, die aus Unternehmenssicht möglicherweise den gewonnenen Nutzen übersteigen.

Wenn Kooperationen eingegangen werden, treffen zwei unterschiedliche Unternehmenskulturen aufeinander,⁹¹ die es zu harmonisieren gilt. Dabei können unternehmensindividuelle Hindernisse auftreten. Diese sind zeitnah zu identifizieren und gemeinsam zu beleuchten. Es sollte ein gemeinsames Verständnis der Führung hinsichtlich Zielen, Perspektiven und Grenzen der Kooperation entwickelt werden.⁹² Dieses Verständnis sollte auch an die beteiligten Mitarbeiter weitergegeben werden, damit sie motiviert zum Unternehmenserfolg beitragen.

Zudem sollte sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, besonders bei der gemeinsamen Produktentwicklung, entfalten.⁹³ Für den nachhaltigen Unternehmenserfolg ist eine abgestimmte Zusammenarbeit besonders relevant. Falls beide Kooperationspartner nicht zusammenpassen, gibt es ein hohes Konfliktpotential und es ist schwieriger einen gemeinsamen Marktauftritt herzustellen.

Darüber hinaus besteht innerhalb mancher Kooperationen ein Abwerbungsverbot von freiwillig Versicherten in die Vollversicherung der PKV.⁹⁴ Der Hand-

⁹⁰ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 39.

⁹¹ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1077.

⁹² Vgl. Kielhorn, H. / Rittner A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1075, S. 1077.

⁹³ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

⁹⁴ Vgl. Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010), S. 39.

lungsspielraum der PKV ist dadurch begrenzt und beschränkt sich innerhalb solcher strategischer Partnerschaften auf den Vertrieb von Zusatztarifen.

Das Produktangebot muss einerseits auf die Kundenbedürfnisse zuschneidbar sein und andererseits dem Kunden „einfach, transparent und zugänglich erscheinen“⁹⁵. Den bisherigen Kooperationen fehlt es an einer gemeinsamen Schnittstelle zum Versicherten. Deshalb ist der Bereich der Schadensabwicklung komplex und es geschehen vermeidbare Fehler. Daraus folgend müssen zukünftig eindeutige Prozesse von beiden Partnern entwickelt werden, die auf den bestehenden Systemen basieren. Das setzt eine Vereinheitlichung der Datenbanken und eine Zusammenführung von technischen Programmen voraus. Dabei sind spezifische und gemeinsame Ziele von GKV und PKV zu erarbeiten,⁹⁶ um letztendlich zu einer gemeinsamen Vision zu kommen, von der beide Partner gleichermaßen überzeugt sind und entsprechend gemeinsam handeln.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei Kooperationen zwischen GKV und PKV zahlreiche Restriktionen und Problematiken existieren. Zum Teil basieren sie auf gesetzlichen Bestimmungen. Daher sind dem Adjustierungspotential juristische Grenzen gesetzt. Es gibt auch organisationsspezifische Problematiken, die mit geeigneten Lösungen vermindert werden können. Zum Beispiel könnten regelmäßige, interne Schulungen durch unternehmenseigene Mitarbeiter für Bankberater angeboten werden, um so die Schulungskosten gering zu halten.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel dieser Arbeit war eine Betrachtung, wie Kooperationen im Bereich der Zusatztarife zwischen GKV und PKV im Bezug auf Notwendigkeit, Chancen und Restriktionen gestaltet werden. Dabei wurde zunächst die rechtliche Entwicklung der Wahl- und Zusatztarife dargestellt, um Entstehung und Interessenpositionen der beteiligten Akteure herauszustellen. Aufgrund des unterschiedlichen Aufbaus der Wahl- und Zusatztarife wurde im Anschluss eine Abgrenzung dieser Tariffornen vorgenommen und Ausprägungen und Zielgruppen aufgezeigt.

⁹⁵ Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

⁹⁶ Vgl. Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008), S. 1076.

Im Bereich der Wahltarife finden keine Kooperationen zwischen GKV und PKV statt. Es besteht allerdings die Notwendigkeit für beide Versicherungszweige strategische Partnerschaften einzugehen. Für beide Partner ergeben sich spezifische und gemeinsame Ziele sowie Vorteile. Es besteht der Wunsch die bestehenden Kooperationen auszuweiten, was an verschiedenen Restriktionen scheiterte.

Allerdings gibt es erst ab dem 1. Januar 2004 (siehe Abschnitt 2.1.) Kooperationsmöglichkeiten für GKV und PKV. Es fehlt daher bisher an Erfahrungswerten über den langfristigen Erfolg solcher Kooperationen. Der Anteil der GKV-Versicherten, die über mindestens einen Zusatztarif verfügen, ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Derzeit ist, im Vergleich zum Jahr 2005, eine Marktsättigung zu beobachten.⁹⁷ Es sollte daher evaluiert werden, ob sich dieser Trend fortsetzt. Darüber hinaus wird kaum ein Kooperationspartner den Erfolg der bestehenden Kooperation öffentlich in Frage stellen. Deshalb mangelt es auch an objektiven Daten.

Es bleibt abzuwarten, wie die Regierung die Kooperationsmöglichkeiten ausweiten wird. Eine Lockerung des Datenschutzes wird es wohl nicht geben, da dieser in Deutschland eine hohe Bedeutung aufweist und als hohes Gut angesehen wird. Unternehmensspezifische Problematiken können die Kooperationspartner selbst regeln. Es ist zu erwarten, dass künftige Kooperationsformen stärker gegenseitige Netzwerke nutzen und möglicherweise im Bereich der Prävention von Krankheiten stärker zusammenarbeiten. Es lassen sich weiterhin auch im Rahmen der gemeinsamen Produktentwicklung weitere innovative Produkte entwickeln. Möglich ist auch eine weitere Stärkung der Wettbewerbspositionen gegenüber Arzneimittelherstellern. Allerdings hängt die künftige konkrete Entwicklung von Kooperationen von künftigen Gesetzesinitiativen der Regierung ab, die derzeit noch nicht absehbar sind.

⁹⁷ Vgl. Zok, K. (2009), S. 1.

Literaturverzeichnis

Allianz (Hrsg.) (2008):

Strategische Partnerschaft: KKH und BKK Allianz wollen fusionieren, URL: http://www.allianzdeutschland.de/presse/news/news_2008-09-22.html [Stand 11.04.2010].

Altenähr, V. / Dittrich, R. / Hoffmann, A. et al. (2010):

Erfolgsfaktor Vertrieb, Karlsruhe.

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009a):

GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564706/gkv-wettbewerb-s-staerkungsgesetz.html?sh=10&h=-1191576858 [Stand 11.04.2010].

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009b):

Wahltarife, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/abc_gesundheitswesen/article/564734/wahltarife.html?sh=5&h=-1002815717 [Stand 11.04.2010].

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009c):

Aufatmen bei den Privaten - aber wie wirkt die steuergestützte GKV-Prämie?, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/jahresendausgabe-2009/article/581575/aufatmen-privaten-aber-wirkt-steuergestuetzte-gkv-praemie.html?sh=7&h=1032040546 [Stand 11.04.2010].

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2009d):

Aus dem Koalitionsvertrag, URL: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/jahresendausgabe2009/article/581396/koalitionsvertrag.html?sh=98&h=619125563 [Stand 11.04.2010].

Ärzte Zeitung (Hrsg.) (2004):

Zusatzversicherung: Wer sich binden will, sollte das genau prüfen, URL: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/297255/zusatzversicherung-binden-will-sollte-genau-pruefen.html?sh=2&h=772216946 [Stand 11.04.2010].

Blöß, T. / Rabbata, S. / Rieser, S. (2007):

GKV – Wahltarife: Freiheit für Versicherte, Arbeit für Ärzte, URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&p=GKV%3AWahltarife&id=55313> [Stand 11.04.2010].

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2007):

Die Gesundheitsreform ist in Kraft getreten, URL: http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168258/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2007/pm-29-307.html?__nnn=true [Stand 11.04.2010].

Bundesverfassungsgericht (Hrsg.) (2009):

Entscheidungen, URL: http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidung/en/rs20090610_1bvr070608.html [Stand 11.04.2010].

Bundesversicherungsamt (Hrsg.) (2004):

Rundschreiben: Voraussetzungen und Grenzen zulässiger Vermittlungstätigkeit nach § 194 Abs. 1a SGB V, URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_115/nn_1047218/DE/Krankenversicherung/Rundschreiben/Rundschreiben05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Rundschreiben05.pdf [Stand 11.04.2010].

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2006):

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> [Stand 11.04.2010].

Euroforum (Hrsg.) (2009):

Zukunftsperspektiven für PKV und GKV, URL: http://www.mm.wiwi.uni-due.de/uploads/media/Flyer_Euroforum_1718-08-2009.pdf [Stand 11.04.2010].

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003):

Vom 14. November 2003 (BGBl. Nr. 55) ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.

Handelsblatt (Hrsg.) (2008):

TK und IKK-Direkt fusionieren zu größter Krankenkasse, URL: <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/tk-und-ikk-direkt-fusionieren-zu-groessterkrankenkasse;2042175> [Stand 11.04.2010].

Hartmann, A. / Schickling, T. (2009):

Wo Kassenpatienten ein breites medizinisches Angebot finden und wie sie Beiträge optimieren können, in: Focus-Money, Heft 17, S. 55-56.

Henke, K.-D. (2007):

Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV, Diskussionspapier 6/2007, Technische Universität Berlin.

Höpfner, T. / Warmuth, W. (2009):

Erfahrungen bei Entwicklung und Kalkulation von Wahlтарifen in der Krankenversicherung, in: Versicherungswirtschaft, 64. Jg., Heft 5, S. 351-356.

Kielhorn, H. / Rittner, A.-M. / Rösel, N. et al. (2008):

Kundenwert schaffen und Verschwendung vermeiden, in: Versicherungswirtschaft, 63. Jg., Heft 13, S. 1075-1077.

Klaue, S. / Schwintowski, H.-P. (2008):

Grenzen der Zulässigkeit von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, Heidelberg.

Klemm, A.-K. (2009):

Vom Eintarif- zum Mehrtarifanbieter: Die neuen Wahltarifmöglichkeiten in der GKV, in: Winand Gellner/Michael Schmöller (Hrsg.), Solidarität und Wettbewerb, Baden-Baden, S. 199-220.

Kohlert, H. (2006):

Marketing für Ingenieure, 2. Aufl., München.

Menzler, L. (2009):

Krankenkassenfusionen: Weniger Kosten, mehr Macht, URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=66365> [Stand 11.04.2010].

Niemann, S. (2007):

Weniger neue PKV - Mitglieder, URL: <http://www.versicherungsmagazin.de/Aktuell/Nachrichten/195/6453/Weniger-neue-PKV-Mitglieder.html> [Stand 11.04.2010].

Paquet, R. / Stein, M. (2008):

GKV-Mitglieder: preissensibel und leistungsbewusst, in: Die BKK, Heft 5, S. 274-280.

Schlingensiepen, I. (2008):

GKV mit neuen Chancen im Wettbewerb, in: Ärzte Zeitung, 23.04.2008, S. 7.

Schlingensiepen, I. (2009):

Ruf nach Ende der Wahl- und Zusatztarife, URL: http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/570040/ruf-nach-ende-wahl-zusatztarife.html?sh=3070&h=-1802327391 [Stand 11.04.2010].

Schmidt-Kasperek, U. (2009):

Vertriebs-Chancen durch GKV-Kooperation, URL: http://www.thomasadolph.de/performance_2009-06.pdf [Stand 11.04.2010].

Schulze Ehring, F. / Weber, C. (2007):

Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?, URL: http://www.pkv.de/publikationen/gutachten__dokumentationen/wahltarife_in_der_gkv_schaden_oder_nutzen_fuer_die_versichertengemeinschaft.pdf [Stand 11.04.2010].

Simon, M. (2008):

Das Gesundheitssystem in Deutschland, Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 2. Aufl., Bern.

Sozialgesetzbuch IV (2009):

(Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973).

Sozialgesetzbuch V (2009):

(Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495).

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2004):

Kooperation von gesetzlichen mit privaten Krankenversicherungen zum Zweck der Vermittlung von privaten Zusatzversicherungsverträgen, URL: <https://www.datenschutzzentrum.de/medizin/gkv/kooperation.htm> [Stand 11.04.2010].

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.) (2008):

Stellungnahme zum Antrag „GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kostenerstattung ersetzen (BT-Drs. 16/6794)“, URL: <http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse/a14/anhoerungen/2008/091/stllg/PKV.pdf> [Stand 11.04.2010].

Versicherungsforen Leipzig (Hrsg.) (o. J.):

Auswirkungen des GKV-WSG auf den Vertrieb von Krankenversicherern, URL: http://www.versicherungsforen.net/fs/vfl/media/importiert/themendossier_gesundheitsreform_april.pdf [Stand 11.04.2010].

Von der Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik: Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe.

Wasem, J. (2009):

Kein eindeutiges Urteil möglich, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Heft 4/2009, S. 23-26.

Weber, C. (2009):

Grundversorgung und Zusatzversicherung, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Heft 3/2009 S. 8-12.

Zok, K. (2009):

Interesse an privaten Zusatzversicherungen, in: WidO-monitor, Heft 02/2009, S. 1-8.

8 Der Patient - Vom passiven Leistungsempfänger zum souveränen Entscheidungsträger

Alexander Schmidt

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	193
1 Einleitung.....	194
2 Grundlagen.....	195
2.1 Tradierte Rollenverständnisse.....	195
2.1.1 Das paternalistische Verhältnis zwischen Arzt und Patient ...	195
2.1.2 Das traditionelle Rollenbild der Krankenkasse	196
2.2 Neue Rollenbilder im Gesundheitswesen.....	197
2.2.1 Der Arzt als Dienstleister, der Patient als Kunde	197
2.2.2 Veränderungen in der Krankenversicherung	198
3 Ein theoretisches Konzept der neuen Rollenbilder	199
3.1 Das Konzept des Shared Decision Making	199
3.2 Entscheidungshilfen für die Patienten – Decision Aids.....	200
4 Ökonomische Konsequenzen der neuen Rollenbilder	201
5 Kritische Würdigung und Realisierbarkeit der Rollenbilder	203
5.1 Diskussion der alten Rollenbilder	203
5.2 Diskussion der neuen Rollenbilder	205
5.3 Diskussion der Rolle der Krankenversicherung.....	208
6 Fazit und Ausblick	210
Literaturverzeichnis.....	212

Abkürzungsverzeichnis

Aufl.	Auflage
Bd.	Band
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
et. al.	et alii
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
Hrsg.	Herausgeber
Jg.	Jahrgang
Kap.	Kapitel
Mrd.	Milliarden
o. g.	oben genannte
S.	Seite
TK	Techniker Krankenkasse
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Das Arzt-Patienten-Verhältnis war bislang durch eine bestimmte Rollenverteilung strukturiert. Die Ärzte entscheiden aufgrund ihrer Fachkompetenz, welche Behandlung für den Patienten die ideale sei. Sie setzen ihr Wissen und Können zum Wohle des Patienten ein. Der Patient dagegen begibt sich vertrauensvoll in die ärztliche Behandlung.¹

Der Patient ist aber Koproduzent seiner eigenen Gesundheit, er ist beteiligter Experte und trägt durch aktive Leistungen zur Ergebnisqualität bei. Aus diesem Grunde betonen neue Konzepte die Gleichberechtigung zwischen Arzt und Patient. Patienten sollen aktiv in alle Prozesse mit eingebunden werden. Das populärste Modell dieser aktiven Beteiligung der Patienten am Entscheidungsprozess ist das Konzept des Shared Decision Making.²

Die Patientenbeteiligung gewinnt nicht zuletzt, aufgrund des medizinischen Fortschritts, immer stärker an Bedeutung. Durch wissenschaftlichen Fortschritt stehen immer häufiger mehr als eine Behandlungsalternative zur Verfügung. Diese Möglichkeiten gilt es, unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse abzuwägen. Darüber hinaus verfügen Patienten durch verschiedene Medien über immer mehr Informationen.³

Diese Arbeit befasst sich mit der Veränderung der Rollen im Gesundheitswesen. Zunächst wird in Kapitel zwei auf die tradierten Rollenverteilungen der Akteure im Gesundheitswesen eingegangen. Ein besonderer Fokus wird auf die Charakterisierung der Rollenverteilung des Arzt-Patienten-Verhältnis (Kap. 2.1.1) gelegt. Im Anschluss daran werden in Abschnitt 2.1.2 wichtige Gesichtspunkte der Gesetzlichen Krankenversicherung genannt.

Im weiteren Verlauf des zweiten Kapitels wird die Veränderung der Verhältnisse thematisiert. Es wird die Frage beantwortet, wie sich das Verhältnis zwischen

¹ Vgl. Duttweiler, S. (2007), S. 122.

² Vgl. Dierks, M.-L. / Schwartz, F. W. (2001), S. 798.

³ Vgl. Simon, D. / Härter, M. (2009), S. 156.

Arzt und Patient verändert hat, und welche Änderungen es in der Gesetzlichen Krankenversicherung gegeben hat.

Im dritten Abschnitt wird das oben bereits erwähnte Konzept des Shared Decision Making ausführlich beschrieben. Die ökonomischen Auswirkungen der veränderten Rollenbilder werden in Kapitel vier diskutiert. Ob die Veränderungen in der Praxis umgesetzt werden können, welche Probleme und Hindernisse dabei existieren, wird in Abschnitt fünf behandelt. Die Arbeit wird mit einem Fazit und Ausblick abgeschlossen.

2 Grundlagen

2.1 Tradierte Rollenverständnisse

2.1.1 Das paternalistische Verhältnis zwischen Arzt und Patient

Ein erstes Indiz für das Über- und Unterordnungsverhältnis zwischen Arzt und Patient lässt sich aus der Verwendung des Begriffs „Patient“ ableiten. Die Definition des Wortes beschreibt eine Person, die sich in ärztlicher Behandlung befindet. Das Wort „Patient“ leitet sich aus der Substantivierung des lateinischen *patiens* ab, was mit den Adjektiven *erdulend*, *ertragend* übersetzt werden kann.⁴

Das traditionelle Rollenverständnis des Arztes gegenüber dem Patienten ist darüber hinaus durch ein hohes Standesbewusstsein geprägt. Eine annähernd gleichberechtigte Beziehung zwischen Arzt und Patient ist unter diesen Voraussetzungen nicht erreichbar. Dem Arzt obliegt die Entscheidungsmacht über Indikation und Behandlung, im Gegensatz hierzu hat der Patient die Entscheidung zu dulden und ist nicht in der Lage diese zu beeinflussen.⁵

Die hierarchische Beziehung ergibt sich aus der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient. Auf der einen Seite steht der Patient, der aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung den Arzt konsultiert, aber lediglich über un-

⁴ Vgl. Duttweiler, S. (2007), S. 121.

⁵ Vgl. Dierks, M.-L. (2001), S. 797.

vollständige Informationen seiner eigenen Bedürfnisse verfügt.⁶ Auf der anderen Seite verfügt der Arzt durch seine wissenschaftliche Ausbildung über weiterreichende Informationen als der Patient.⁷ Der Patient delegiert die Auswahl der durchzuführenden Behandlung an den Arzt und entscheidet lediglich darüber, ob er der Behandlung zustimmt oder nicht.⁸

2.1.2 Das traditionelle Rollenbild der Krankenkasse

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Rollenbild der Krankenkasse nach dem Ende des 2. Weltkrieges bis zur Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993.

Die ersten Reformen nach Kriegsende bezogen sich vor allem darauf, die Strukturen der Krankenversicherung, die während der Weimarer Republik das System bildeten, wieder herzustellen. Als Beispiel soll hier das Selbstverwaltungsgesetz vom 22. Februar 1951 genannt werden, mit dem die Selbstverwaltung in der Krankenkasse wieder eingeführt wurde.⁹ Die weiteren Reformen hatten vor allem das Ziel kostensenkend zu wirken. Bis in die 70er Jahre des letzten Jahrhunderts scheiterten die Reformen allerdings. Erstmals wurde mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz aus dem Jahr 1977 eine Reform durchgesetzt, die die Senkung der Kosten beinhaltete.¹⁰

Auch die Reformen der 1980er Jahre beschränkten sich vor allem auf die Senkung der Kosten im Gesundheitswesen. Hier seien beispielhaft das Krankenversicherungs-Ergänzungsgesetz aus dem Jahr 1982 und das Gesundheitsreformgesetz von 1988, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, genannt. Ersteres beschnitt den Leistungskatalog der Krankenkassen und erhöhte die Patientengebühren, wohingegen letzteres Festbeträge im Arzneimittel- und Hilfsmittelbereich beinhaltete.¹¹

⁶ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. S. / Kifmann, M. (2003), S. 309-310.

⁷ Vgl. Panagopoulou-Koutnatzi, F. (2009), S. 26.

⁸ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. S. / Kifmann, M. (2003), S. 310.

⁹ Vgl. Meyers-Middendorf, J. (1993), S. 58.

¹⁰ Vgl. Meyers-Middendorf, J. (1993), S. 66.

¹¹ Vgl. Meyers-Middendorf, J. (1993), S. 68-69.

Die Krankenkassen waren bis in die 1990er Jahre reine Verwalter ihrer Mitglieder, eingeschränkt auch der Leistungserbringer, vor allem aber Verwalter des Geldes. Über die letzten Jahrzehnte existierte kein Mangel an Geld, da die Mitglieder keine Möglichkeit hatten ihre Krankenkasse zu wechseln.¹² Bis zur Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes am 1. Januar 1993 existierte innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung kein Wettbewerb. Für die Mitglieder bestand keine Möglichkeit der freien Kassenwahl.

Charakteristisch für die Rolle der Krankenkasse ist auch heute noch der weitgehend festgelegte Leistungskatalog. Eine selbständige Festlegung der Leistungen ist nur in kleinen Teilbereichen möglich. Der Leistungskatalog umfasst die Behandlung von Krankheiten nach dem Sachleistungsprinzip, die Früherkennung, sowie die Verhütung von Krankheiten. Hierbei ist hervorzuheben, dass die Leistungen zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden.¹³

2.2 Neue Rollenbilder im Gesundheitswesen

2.2.1 Der Arzt als Dienstleister, der Patient als Kunde

Eine Veränderung der Rollenbilder zwischen Arzt und Patient geht einher mit dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin. Immer häufiger stehen mehr als nur eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung, die es notwendig machen, diese Alternativen in Bezug auf ihre Effektivität und Nebenwirkungen, unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse, zu beurteilen und anzuwenden. Patienten wiederum erwerben ein breiteres Wissen aufgrund der höheren Verfügbarkeit medizinischer Informationen. Die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient nimmt ab.¹⁴

Die veränderten Rollenbilder sehen in einem Patienten also nicht mehr den geduldigen Leistungsempfänger, sondern einen partizipierenden, aktiven Mitgestalter seiner eigenen Gesundheit. Der Wechsel des Begriffs Patient hin zum Kunden betont den aktiven Anteil desjenigen, der eine Dienstleistung in

¹² Vgl. Zalten, H. (2008), S. 13-14.

¹³ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2007), S. 57.

¹⁴ Vgl. Simon, D. / Härter, M. (2009), S. 156.

Anspruch nimmt.¹⁵ Hierbei geht es nicht darum, die medizinisch-fachliche Kompetenz des Arztes in Frage zu stellen, sondern das paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis in ein partnerschaftliches Verhältnis zu überführen, in dem Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner angesehen werden.¹⁶

Eine Möglichkeit Patienten in die medizinische Entscheidung mit einzubeziehen, stellt das Konzept des Shared Decision Making, auch partizipative Entscheidungsfindung genannt, dar.¹⁷ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Modell wird in Kapitel drei vorgenommen.

2.2.2 Veränderungen in der Krankenversicherung

Innerhalb des Gesundheitssystems gab es in den letzten Jahren eine Reihe von Reformen. In diesem Abschnitt werden lediglich die für das Thema dieser Arbeit relevanten Reformen angesprochen.

Wesentliche Veränderungen innerhalb der Krankenversicherung ergaben sich durch das oben erwähnte Gesundheitsstrukturgesetz. Versicherten wurde die Möglichkeit der freien Kassenwahl eingeräumt, verbunden mit einem Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot. Das Recht auf den Kassenwechsel besteht seit dem 1. Januar 1996. Aufgrund der dreimonatigen Kündigungsfrist zum Jahresende war ein erstmaliger Wechsel zum 1. Januar 1997 möglich. Ziel der Reform war die Schaffung eines Wettbewerbes innerhalb der Krankenversicherung unter Beibehaltung des Solidaritätsprinzips.¹⁸

Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, das am 1. Januar 2004 in Kraft trat, wurde erstmals ein Mitspracherecht von Patientenorganisationen in Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung eingeführt.¹⁹ Darüber hinaus erhielten die Krankenkassen die Möglichkeit, Bonuslösungen für Versicherte anzubieten, die an besonderen Versorgungsformen teil-

¹⁵ Vgl. Duttweiler, S. (2007), S. 121.

¹⁶ Vgl. Nebling, T. / Fließgarten, A. (2009), S. 84.

¹⁷ Vgl. Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997), S. 685.

¹⁸ Vgl. Lugauer, T. (2004), S. 6.

¹⁹ Vgl. Beske, F. / Ratschko, K.-W. (2006), S. 38.

nehmen. Hierbei handelt es sich um Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten.²⁰

Am 1. April 2007 trat das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Krankenkassen erhalten seitdem einen Pauschalbetrag pro Versicherten, außerdem wurde zum 1. Januar 2009 ein morbiditätsabhängiger Risikostrukturausgleich geschaffen.²¹

Der Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr krankenkassenabhängig, es gilt ein allgemeiner Beitragssatz für alle Krankenkassen, der seit dem 1. Juli 2009 bei 14,9 % des Bruttolohnes liegt. Sofern die Kassen ihre Ausgaben nicht decken, können sie einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben. Dieser darf monatlich nicht unter acht Euro liegen und ein Prozent des monatlichen beitragspflichtigen Einkommens, max. 36 Euro, nicht übersteigen.²² Eine weitere Änderung, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz in Kraft trat, besteht darin, dass die Krankenkassen ihren Mitgliedern Wahltarife anbieten können.²³

3 Ein theoretisches Konzept der neuen Rollenbilder

3.1 Das Konzept des Shared Decision Making

Das Shared Decision Making Konzept stellt eine Möglichkeit dar, wie Patienten in Behandlungsentscheidungen mit einbezogen werden können. Hierbei handelt es sich um ein Konzept, welches sich in der Mitte eines Kontinuums befindet. An dem einen Ende des Kontinuums steht eine Entscheidung des Arztes ohne die Wünsche und individuellen Merkmale des Patienten zu berücksichtigen. Am anderen Ende des Kontinuums steht eine alleinige Entscheidung des Patienten ohne Hilfestellung durch den Arzt.²⁴ Ein wesentliches Merkmal des Shared Decision Making ist die Einbeziehung von mindestens zwei Parteien, hierbei handelt es sich meistens um den Arzt und den Patienten. An die Stelle des Arz-

²⁰ Vgl. Beske, F. / Ratschko, K.-W. (2006).

²¹ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 60-65.

²² Vgl. Eichenhofer, E. (2007), S. 194.

²³ Vgl. Zalten, H. (2008), S. 14.

²⁴ Vgl. Sandman, L. / Munthe, C. (2009), S. 291.

tes kann aber auch Pflegepersonal oder anderes medizinisches Personal treten.

Herauszustellen ist, dass in vielen Fällen nicht ausschließlich der Arzt oder das medizinische Personal und der Patient in die Entscheidung involviert sind, sondern darüber hinaus noch Familienangehörige, Freunde oder andere Ärzte.²⁵ Zu beachten ist außerdem, dass sowohl der Arzt als auch der Patient gewillt sein müssen eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Sofern entweder der Arzt oder der Patient eine ablehnende Haltung einnimmt, wird es nicht zu einer partizipativen Entscheidung kommen. Eine Hilfestellung für Patienten an der Entscheidung aktiv teilzunehmen, sind Decision Aids.²⁶ Auf diese Entscheidungshilfen wird in dem nächsten Abschnitt dieses Kapitels ausführlich eingegangen.

Als Voraussetzungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung sind dem Patienten ausreichend Informationen über die Behandlungsalternativen und ihre möglichen Konsequenzen zu geben. Der Patient übermittelt seinerseits Informationen über seinen aktuellen Gesundheitszustand an den Arzt.²⁷

Am Ende des Prozesses treffen Arzt und Patient eine gemeinsame Entscheidung darüber, welche Behandlung durchgeführt werden soll, für die sie beide verantwortlich sind. Hierbei besteht die Möglichkeit, dass entweder der Arzt oder der Patient nicht vollständig von der Richtigkeit der Behandlung überzeugt sind.²⁸

3.2 Entscheidungshilfen für die Patienten – Decision Aids

Unter Decision Aids versteht man eine Hilfestellung, die den Patienten auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt vorbereiten soll. Diese sollen nicht das Gespräch zwischen Arzt und Patient ersetzen, sondern dieses unterstützen. Der Patient wird in die Lage versetzt, verschiedene Behandlungsoptionen unter Berücksichtigung seiner persönlichen Werte zu beurteilen. Im Endef-

²⁵ Vgl. Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997), S. 685-686.

²⁶ Vgl. Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997), S. 686.

²⁷ Vgl. Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997), S. 687.

²⁸ Vgl. Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997), S. 688

fekt soll eine Entscheidung getroffen werden, die mit den eigenen Werten übereinstimmt.²⁹

Decision Aids sind standardisierte und strukturierte Informationshilfen, die den Patienten in verschiedener Form zur Verfügung gestellt werden.³⁰ Diese können sowohl in schriftlicher Form als auch als Video vorliegen. Ausgehändigt werden können die Entscheidungshilfen vor, während oder nach der Konsultation. Diese sollen dem Patienten, bis zum nächsten Termin, die Möglichkeit geben sich mit den Behandlungsalternativen auseinanderzusetzen.³¹ Die Ziele der Decision Aids bestehen darin, den Patienten in strukturierter und evidenzbasierter Form komplexe Behandlungsalternativen verständlich zu machen und über deren Risiken und Chancen aufzuklären. Des Weiteren sollen die Patienten unterstützt werden eigene Präferenzen herauszuarbeiten.³² Diese Hilfestellungen sollen die weitere Kommunikation zwischen Arzt und Patient verbessern, insbesondere wenn es sich um komplexe Behandlungsentscheidungen handelt.³³

Decision Aids können demnach als Voraussetzung für eine partizipative Entscheidungsfindung angesehen werden, da ohne die weitreichende Information des Patienten mithilfe der Decision Aids eine gemeinsame Entscheidungsfindung schwer vorstellbar ist. Dem Patienten ist vorher oft nicht bewusst, dass es verschiedene Alternativen zur Behandlung gibt und seine Meinung innerhalb des Entscheidungsprozesses gefragt ist. Dem sollen die Decision Aids entgegenwirken.³⁴

4 Ökonomische Konsequenzen der neuen Rollenbilder

Mit dem Wandel der Rollenbilder sind Investitionen in die Information von Patienten sowie für die Weiterbildung des medizinischen Personals verbunden. Die damit zusammenhängenden ökonomischen Auswirkungen für Deutschland sind

²⁹ Vgl. Hill, L. / Mueller, M.-R. / Roussos, S. et. al. (2009), S. 350.

³⁰ Vgl. Scheibler, F. / Loh, A. (2009), S. 67.

³¹ Vgl. Hill, L. / Mueller, M.-R. / Roussos, S. et. al. (2009), S. 351.

³² Vgl. McCaffery, K. / Irwig, L. / Bossuyt, P. (2007), S. 621.

³³ Vgl. Hill, L. / Mueller, M.-R. / Roussos, S. et. al. (2009), S. 351.

³⁴ Vgl. Scheibler, F. / Loh, A. (2009), S. 67.

bislang nicht untersucht worden.³⁵ Bisher liegt lediglich eine Studie für die USA vor, die sich mit den Kosten aufgrund mangelnder Gesundheitskompetenzen befasst. Die hier angesprochene Studie ist bereits im Jahr 1998 vom Center on an Aging Society durchgeführt worden. Es werden die Auswirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen der Bürger auf die Kosten im Gesundheitswesen untersucht.³⁶

Anhand dieser Studie wird vermutet, dass es positive Auswirkungen von Gesundheitskompetenzen auf vermeidbare Kosten im Gesundheitswesen auch für Deutschland gibt. Vermeidbare Kosten entstehen durch die langwierige Suche nach dem richtigen Arzt oder der richtigen Behandlung. Die Bildung von Gesundheitskompetenzen soll den Menschen dabei helfen, sich in dem komplexen Gesundheitssystem orientieren zu können, und die Chance bieten, das Gesundheitswesen effektiver und effizienter zu nutzen.³⁷ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit möglichen ökonomischen Auswirkungen hat Spycher für die Schweiz vorgenommen.³⁸

Erhöhte Gesundheitskompetenzen können sich positiv auf die Wirtschaft auswirken, da diese zu verminderten Krankheitszeiten führen. Aufgrund der höheren Gesundheitskompetenzen werden sich Menschen für gesundheitsfördernde und –erhaltende Maßnahmen am Arbeitsplatz einsetzen.

Ein anderer Aspekt besteht darin, dass sich ein eigener Markt für die Bereitstellung der Informationen bildet. Darüber hinaus investieren gesundheitskompetente Menschen mehr Geld in Prävention und gesunden Lebensstil. Dies führt zu kürzeren und weniger häufigen Krankheitszeiten, was wiederum Ersparnisse nach sich zieht. Diese können dann in anderweitigen Konsum investiert werden. Eventuell gehen hiermit positive Konjunkturimpulse einher.

Aus makroökonomischer Sicht dagegen sind geringe Gesundheitskompetenzen positiv zu bewerten. Die damit verbundenen Folgekosten führen zu einer erhöh-

³⁵ Vgl. Straub, C. / Nebling, T. (2009), S. 394.

³⁶ Vgl. Center on an Aging Society (Hrsg.) (1998).

³⁷ Vgl. Straub, C. / Nebling, T. (2009), S. 408.

³⁸ Vgl. Spycher, C. (2006).

ten Nachfrage und zur Schaffung weiterer Arbeitsplätze. Im Gegensatz dazu könnten höhere Gesundheitskompetenzen gegenteilig wirken und zu einem Arbeitsplatzabbau führen.³⁹

Abschließend kann festgehalten werden, dass Investitionen in die Gesundheitskompetenzen der Bürger volkswirtschaftliche Auswirkungen hätten. Die Studie des Center on an Aging Society geht davon aus, dass jährlich 73 Mrd. Dollar zusätzliche Kosten im Gesundheitswesen aufgrund der geringen Gesundheitskompetenzen in den USA entstehen.⁴⁰ Eine Erhöhung der Gesundheitskompetenzen würde zu einem Sinken der Gesundheitskosten führen. Dieses Ergebnis kann in seiner Aussage auf Deutschland übertragen werden, auch wenn hierfür noch keine Daten vorliegen.⁴¹ Die Höhe der Einsparungen bzw. die Kosten der fehlenden Gesundheitskompetenzen können demzufolge noch nicht abgeschätzt werden.

Welche Kosten sich aufgrund der fehlenden Gesundheitskompetenzen in der Wirtschaft ergeben, wurde in der Studie nicht erhoben.

5 Kritische Würdigung und Realisierbarkeit der Rollenbilder

5.1 Diskussion der alten Rollenbilder

Für die traditionelle Rollenverteilung sprechen mehrere Gründe. Einerseits kann argumentiert werden, dass es sich bei Gesundheitsgütern um Glaubens- und Vertrauensgüter handelt. Die Qualität kann erst nach einer bestimmten Zeitspanne oder dem Konsum eines Medikamentes erkannt werden. Charakteristisch für diese Güter ist, dass der Patient vor der Inanspruchnahme der Leistung nicht in der Lage ist deren Qualität zu beurteilen.⁴² Dafür spricht, dass Patienten einer Beurteilung von Ärzten durch andere Patienten skeptisch gegenüberstehen. Problematisch hieran ist, ob den Urteilen anderer Patienten vertraut werden kann.⁴³ Darüber hinaus spricht das Marktversagen im Gesund-

³⁹ Vgl. Spycher, C. (2006), S. 8-9.

⁴⁰ Vgl. Center on an Aging Society (Hrsg.) (1998)

⁴¹ Vgl. Straub, C. / Nebling, T. (2009), S. 408.

⁴² Vgl. Mittendorf, T. (2008), S. 17.

⁴³ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 28.

heitswesen ebenfalls für die traditionelle Rollenverteilung. Ein Grund für Marktversagen ist bspw. die fehlende Konsumentensouveränität. Die Konsumenten sind im Bereich des Gesundheitswesens nicht in der Lage freie und informierte Entscheidungen zu treffen.

Die Fähigkeit eine rationale Entscheidung zu treffen, kann in drei Stufen unterschieden werden. Auf der ersten Stufe besteht die weitgehende Fähigkeit eine rationale Entscheidung zu treffen. Dabei handelt es sich um Krankheiten, die keine Bedrohung des Lebens darstellen. Die Fähigkeit rationale Entscheidungen zu treffen ist marginal eingeschränkt. Auf der nächsten Stufe ist die Fähigkeit rationale Entscheidungen zu treffen eingeschränkt, da es sich vor allem um Krankheiten handelt, die zwar lebensbedrohlich sind, aber nicht die geistige Kapazität einschränken. Die letzte Stufe ist durch die vollkommene Unfähigkeit eine rationale Entscheidung zu treffen definiert. Als Beispiel für die Unfähigkeit eine rationale Entscheidung zu treffen, kann das Vorliegen von Geisteskrankheit oder Bewusstlosigkeit genannt werden.⁴⁴

Gegen die alten Rollenbilder spricht der hohe Wille der Patienten informiert zu werden oder an der Kommunikation teilzunehmen. Hier seien vor allem chronisch und akut Kranke herausgestellt, bei denen diese Bedürfnisse besonders ausgeprägt sind.⁴⁵ Die Patienten haben die Möglichkeit die entsprechenden Informationen zu erhalten. Vor allem das Internet stellt umfassende Informationen zur Verfügung, die die Bürger zu nutzen bereit sind, sofern sie einen Internetanschluss haben.⁴⁶ Die Informationen können sie unter anderem auf den Internetseiten der Krankenkassen abrufen.

Es zeigt sich, dass das Argument der fehlenden Konsumentensouveränität widerlegt werden kann. Die benötigten Informationen lassen sich heute auf vielfältige Weise beschaffen, um eine souveräne Entscheidung treffen zu können. Patienten, die bewusstlos sind, werden auch weiterhin von der alleinigen Entscheidung eines Arztes abhängig sein, da in diesen Fällen eine Kommunikation ausgeschlossen ist. Die alte Rollenverteilung ist dadurch aber nicht obsolet ge-

⁴⁴ Vgl. Breyer, F. / Zweifel, P. S. / Kifmann, M. (2003), S. 173.

⁴⁵ Vgl. Wilhelm, A. (2006), S. 25.

⁴⁶ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 126.

worden. Der klassische Patient existiert weiterhin, vor allem Menschen die älter als 65 Jahre sind bevorzugen die alten Rollenbilder. Die Unterstützung der alten Verhältnisse ist in dieser Gruppe am stärksten ausgeprägt.⁴⁷

5.2 Diskussion der neuen Rollenbilder

Für die neuen Rollenbilder spricht eindeutig der Wille der Patienten an den Entscheidungen beteiligt zu werden. Kritisch zu betrachten ist hierbei jedoch, dass die Fähigkeit die Informationen richtig zu verstehen bzw. die richtigen Informationen aus der Masse herauszufiltern, nicht immer vorhanden sind.⁴⁸

Hierbei gilt es zu unterscheiden, in welchem Zustand sich der Patient befindet. Die Arztbesuche finden nicht unter vergleichbaren Voraussetzungen statt. So variieren Leidensdruck und Ängste, Schmerzen und körperliche Funktionsbeeinträchtigungen oder die Dringlichkeit einer Behandlung. Damit gehen unterschiedliche Ansprüche an die ärztliche Behandlung einher.⁴⁹

Einschränkend anzufügen ist weiterhin, dass die Theorie der gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Praxis nicht durchgängig durchzuführen sein wird, ein stabiles Arzt-Patienten-Verhältnis nicht zu erwarten ist, sondern vielmehr ein fließendes, das sich zwischen den Polen des Paternalismus und der Autonomie bewegt.⁵⁰ Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass der Gesundheitsbegriff aufgeweitet wurde und nunmehr Bereiche wie Wellness oder Beauty umfasst. In die Beziehung von Arzt und Patient fließen Leitbegriffe wie Lebensqualität ein, die das weitere Handeln mitbestimmen.⁵¹

Die Techniker Krankenkasse führt jährlich eine Befragung unter ihren Versicherten und denen anderer Krankenkassen durch, in der unter anderem eruiert wird, ob Patienten an der Entscheidung partizipieren wollen. Im Trendmonitor 2005 wurden hierzu 1.002 Versicherte der Techniker Krankenkasse und 616 Versicherte anderer Krankenkassen befragt.

⁴⁷ Vgl. Gellner, W. (2006), S. 17.

⁴⁸ Vgl. Nebling, T. / Fließgarten, A. (2009), S. 93.

⁴⁹ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 72.

⁵⁰ Vgl. Geisler, L. (2002), S. 2.

⁵¹ Vgl. Geisler, L. (2002), S. 1.

Es stellte sich hierbei heraus, dass 68% der Mitglieder der Techniker Krankenkasse eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Arzt bevorzugen. Lediglich 8% bevorzugen eine Entscheidung des Arztes ohne ihre Mitwirkung. 24% der Befragten wiederum wollten eine alleinige Entscheidung über die Behandlung treffen und ausschließlich von ihrem Arzt aufgeklärt werden, welche Behandlungsalternativen existieren. Der Anteil der Befragten, die Mitglieder anderer Krankenkassen sind und an der Entscheidung partizipieren wollen, lag mit 63% geringfügig darunter. Der Anteil derjenigen, die alleine entscheiden wollen betrug 27 %, diejenigen, die dem Arzt die Entscheidung überlassen wollten betrug 10%.⁵²

Der Techniker Krankenkasse Trendmonitor 2008 lässt auf eine leichte Verstärkung dieses Trends schließen, wonach Patienten gemeinsam mit ihrem Arzt oder sogar eine alleinige Behandlungsentscheidung treffen wollen. Hier sprachen sich zwar nur noch 65% der Mitglieder der Techniker Krankenkasse dafür aus, eine gemeinsame Entscheidung mit dem Arzt zu treffen. Dies sind zwar 3% weniger als im Trendmonitor 2005, aber der Anteil derjenigen, die eine alleinige Entscheidung treffen wollen ist mit 29% um 5% höher als im Jahr 2005. Der Anteil der Befragten, die die Entscheidung weiterhin dem Arzt überlassen wollen ist um 2% auf 6% gesunken. Befragt wurden in diesem Trendmonitor 1.005 Mitglieder der Techniker Krankenkasse und 1.000 Mitglieder anderer Krankenkassen.⁵³ Es zeigt sich demnach, dass Patienten in deutlicher Mehrheit an der Entscheidungsfindung beteiligt sein wollen oder sogar eine alleinige Entscheidung treffen möchten.

Damit eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden kann, müssen auch die Ärzte willens sein, die Patienten in die Entscheidung mit einzubeziehen. Diese Frage wurde im Techniker Krankenkasse Trendmonitor 2008 1.004 niedergelassenen Ärzten gestellt. Es stellt sich heraus, dass Ärzte ebenfalls ein Interesse an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Patienten haben. Der Techniker Krankenkasse Trendmonitor zeigt hierbei, dass 72% der Ärzte eine partizipative Entscheidung mit dem Patienten bevorzugen. Es spre-

⁵² Vgl. TK Trendmonitor (Hrsg.) (2005), S. 5.

⁵³ Vgl. TK Trendmonitor (Hrsg.) (2008), S. 6.

chen sich immer noch 22% der Ärzte für eine vom Arzt alleine getroffene Entscheidung aus. 6% der Ärzte sind der Meinung, man sollte dem Patienten die Behandlungsentscheidung alleine überlassen.⁵⁴

Die wichtigsten Partner bei der Entscheidung über die Behandlung, sprechen sich also überwiegend für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient aus. Die o.g. Umfrage lässt darauf schließen, dass Ärzte eine gemeinsame Behandlungsentscheidung stärker favorisieren, als die Patienten.

Weitere Gesichtspunkte, die in dieser Diskussion berücksichtigt werden müssen sind das Bildungsniveau, das Alter oder das Geschlecht der Bürger. Fraglich ist, ob Unterschiede hinsichtlich dieser Faktoren und dem Wunsch und der Fähigkeit nach Partizipation existieren.

Stroth et al. führten im Jahr 2004 eine Befragung von ca. 10.000 Bürgern durch, in der auch eine Differenzierung der Problematik nach dem Bildungsstand vorgenommen wurde.⁵⁵

Die Ergebnisse zeigen, dass die Meinung der Patienten zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nur gering vom Bildungsniveau abhängig ist. Während Hochschul- oder Fachhochschulabsolventen zu 96% für eine gemeinsame Entscheidung stimmten, waren es bei Personen mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss immer noch 86%.

In dieser Größenordnung bewegen sich auch die Differenzen hinsichtlich des Alters der Befragten. Bei Personen, die älter als 65 Jahre waren, sprachen sich 15% der Befragten für eine Entscheidung durch den Arzt aus. Bei Menschen unter 35 waren dies nur 5%. Ein Unterschied aufgrund des Geschlechts bezüglich der Fragestellung konnte nicht festgestellt werden.⁵⁶ Der Wille der Beteiligten an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung konnte demnach festgestellt werden. Es bleibt zu klären, ob die oben dargestellten Ergebnisse auch in der Praxis umgesetzt werden. Hier zeigen sich größtenteils positive Erfahrungen der Patienten mit ihren Ärzten. So sagten z.B. 88% der Befragten, dass sie sich immer von ihrem Arzt ernst genommen fühlten, das gleiche Ergebnis wurde im

⁵⁴ Vgl. TK Trendmonitor (Hrsg.) 2008, S. 8.

⁵⁵ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S., 12.

⁵⁶ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 77.

Hinblick auf die Frage erzielt, ob den Patienten genügend Informationen zur Verfügung gestellt wurden.⁵⁷

Ein anderes Ergebnis stellt sich dar, wenn es sich um bestimmte Auskünfte handelt. Die Befragten bemängeln zu einem Drittel, dass sie nicht ausreichend über Medikamentendosierungen oder Nebenwirkungen aufgeklärt wurden. Gleiches gilt auch für Hinweise zu einer gesünderen Lebensführung. Immerhin 26% geben an, keine ausreichenden Informationen über Krankheitsursachen erhalten zu haben.⁵⁸

In der Praxis zeigen sich allerdings deutliche Diskrepanzen zu den oben dargestellten Ergebnissen. Innerhalb der Studie von Stroth et. al. konnte festgestellt werden, dass lediglich 57% der Befragten schon einmal anderer Meinung waren als der Arzt, aber lediglich 25% dieser Personen haben dies tatsächlich angesprochen. Hier lassen sich deutliche Unterschiede aufgrund des Bildungsniveaus feststellen. Vor allem Menschen mit höherem Bildungsstand treten ihrem Arzt gegenüber selbstbewusster auf und artikulieren ihre Meinung.⁵⁹

5.3 Diskussion der Rolle der Krankenversicherung

Abschließend ist die Rolle der Krankenkasse innerhalb der neuen Rollenbilder zu betrachten. Hierbei ist zu untersuchen, ob sich die Rolle der Krankenkasse seit Einführung des Wettbewerbes tatsächlich verändert hat, und ob sie den Versicherten die Möglichkeit gibt ihr neues Rollenbild auszufüllen. Der wichtigste Punkt, der zu einer Veränderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat, ist der Kostenfaktor. Hier wurden bereits in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts Gesetze erlassen, um ein Ausufernd der Kosten zu beschränken.⁶⁰

Der eingeführte Wettbewerb in die Krankenversicherung ist in seinem ganzen Ausmaß bis heute nicht wirklich erfasst worden. Nahezu alle Krankenkassen befinden sich heute in direktem Wettbewerb um Versicherte zueinander. Ein Wettbewerb auf der Angebotsseite ist dagegen kaum möglich, da die Kranken-

⁵⁷ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 36.

⁵⁸ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 36-37.

⁵⁹ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 94.

⁶⁰ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 42.

kassen gemeinsame und einheitliche Verträge mit den Leistungserbringern abschließen müssen.⁶¹

Gegenüber ihren Kunden haben sich die Krankenkassen den neuen Gegebenheiten angepasst. Sie schließen Versorgungsverträge ab, die nicht nur die Versorgungsqualität, sondern darüber hinaus auch den Versorgungsservice der Patienten fokussieren.⁶² Die Krankenkassen bieten ihren Kunden außerdem Wahltarife, um im herrschenden Wettbewerb konkurrenzfähig zu sein. Der Kunde hat seit Einführung des Wettbewerbes deutlich an Einfluss auf das Angebot seiner Krankenkasse gewonnen. Mittlerweile haben sich nahezu alle Krankenkassen dem Wettbewerb gestellt und bieten Wahltarife an.⁶³

Des Weiteren können die Kunden inzwischen Leistungen erhalten, die nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören, sofern sie entsprechende Zusatzverträge abschließen. Es existieren weiterhin Tarife über Kostenerstattungen, Zahnbehandlungen, Chefarztbehandlung, und viele mehr. In diesem Bereich hat eine Annäherung an die private Krankenversicherung stattgefunden, in der die Angebotsvielfalt seit langer Zeit vorhanden ist.⁶⁴

Die Annahme der vielfältig vorhandenen Tarife durch die Kunden ist dagegen differenzierter. Der Abschluss von Wahltarifen ist aktuell noch sehr gering, es lässt sich aber eine Zunahme der Nachfrage nachweisen. Die Kunden können sich also einen Krankenversicherungsschutz nach ihrem Bedarf zusammenstellen und erhalten diesen aus einer Hand, sind aktuell aber überwiegend nicht gewillt diese Angebote auch zu nutzen. Ursächlich hierfür ist die mangelnde Bereitschaft sich mit den neuen Angeboten auseinander zu setzen, Verträge abzuschließen oder, dass die Versicherten keine Kenntnis über die Angebote Ihrer Krankenkasse haben.⁶⁵

Auch die Krankenkassen haben also die neuen Rollenbilder verinnerlicht und bieten den Kunden eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten. Hiermit wird der Kun-

⁶¹ Vgl. Preusker, U. K. (2008), S. 65-66.

⁶² Vgl. Klemm, A.-K. (2009), S. 330.

⁶³ Vgl. Klemm, A.-K. (2009), S. 338-339.

⁶⁴ Vgl. Klemm, A.-K. (2009), S. 340.

⁶⁵ Vgl. Klemm, A.-K. (2009), S. 344.

de in seiner Souveränität unterstützt und als gleichberechtigter Partner anerkannt. Der Kunde prüft die Angebote kritisch und ist bereit die Krankenkasse zu wechseln, sollten ihm die Tarife der eigenen Kasse nicht zusagen. Insbesondere durch die Einführung des einheitlichen Beitragssatzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfte sich der Trend zum Kassenwechsel noch einmal verstärken.⁶⁶

6 Fazit und Ausblick

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der Kunde sich überwiegend für eine Beteiligung an den Entscheidungen ausspricht und als gleichberechtigter Partner wahrgenommen werden will, dies aber in der Praxis noch nicht in gleichem Maße umgesetzt. Der Patient muss lernen selbstbewusster aufzutreten. Aber auch Ärzte müssen sich weiterentwickeln. Sie sollten den Patienten ermutigen, seine Meinung zu äußern und die Bereitschaft erkennen lassen, mit den neuen Patientenansprüchen angemessen umzugehen.⁶⁷

In diesem Zusammenhang müssen die Ärzte ihre Kommunikationskompetenzen verbessern.⁶⁸ Es muss ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis aufgebaut werden.⁶⁹

Informationen stehen den Patienten in bisher unbekanntem Ausmaß zur Verfügung und diese werden auch genutzt. Es wäre fahrlässig, diese Tatsache zu ignorieren und weiterhin ausschließlich aufgrund der Krankheit eine Entscheidung zu treffen.⁷⁰

Zu berücksichtigen ist aber, dass das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht in allen Bereichen eingesetzt werden kann. Hier sei auf die fehlende Konsumentensouveränität verwiesen, die bei bestimmten Krankheiten weiterhin gegeben sein wird. Darüber hinaus wurde in der Arbeit festgestellt, dass ein größerer Anteil älterer Menschen die traditionelle Rollenverteilung bevorzugt.

⁶⁶ Vgl. Klemm, A.-K. (2009), S. 345.

⁶⁷ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 94.

⁶⁸ Vgl. Nebling, T. / Fließgarten, A. (2009), S. 94.

⁶⁹ Vgl. Simon, D. / Härter, M. (2009), S. 160.

⁷⁰ Vgl. Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et al. (2007), S. 74.

Im Bereich der Krankenversicherung nehmen Patienten ihre Wahlmöglichkeiten bisher nur in geringem Maße in Anspruch. Die Entwicklung in diesem Bereich gilt es weiterhin zu beobachten, insbesondere ob die Patienten Zusatztarife stärker annehmen und ob sich die Wechselbereitschaft der Kunden mit Einführung des einheitlichen Beitragssatzes erhöht.

Die ökonomische Seite der Veränderungen im Bereich des Gesundheitswesens, die Auswirkungen auf die Kosten der Prävention und Behandlung von Krankheiten bspw., ist empirisch noch nicht untersucht worden. Im Hinblick auf die Studie des Center on an Aging Society besteht hier der größte Bedarf an wissenschaftlichen Untersuchungen. Das Ausmaß der Einsparpotentiale scheint im Bereich des Gesundheitswesens in Größenordnungen mehrerer Milliarden Euro zu liegen. Die Umrechnung der Ergebnisse auf die Schweiz kam zu dem Ergebnis, dass dort ca. 1,5 Mrd. Franken an Mehrkosten aufgrund fehlender Gesundheitskompetenzen entstanden sind.⁷¹ Für Deutschland existieren zu dieser Fragestellung aktuell keine Studien. Dieses Defizit muss aufgearbeitet werden.

⁷¹ Vgl. Spycher, S. (2006), S. 19.

Literaturverzeichnis

Beske, F. / Ratschko, K.-W. (2006):

Das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG und seine Auswirkungen- Eine kritische Analyse, Kiel.

Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2003):

Gesundheitsökonomie, 4. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York et. al.

Center on an Aging Society (Hrsg.) (1998):

Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion,

URL: <http://hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html>
[Stand 11.04.2010].

Charles, C. / Gafni, A. / Whelan, T. (1997):

Shared Decision-Making In The Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes At Least Two To Tango), in: Soc. Sci. Med., 44. Jg., Heft 5, S. 681-692.

Dierks, M.-L. / Schwartz, F. W. (2001):

Rollenveränderungen durch New Public Health, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 44. Jg., Heft 8, S. 796-803.

Duttweiler, S. (2007):

Vom Patienten zum Kunden?, in Psychotherapeut, Heft 52, S. 121-126.

Eichenhofer, E. (2006):

Sozialrecht, 6. Aufl., Tübingen.

Geisler, L. (2002):

Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel - Stärkung des dialogischen Prinzips, Abschlussbericht der Enquête-Kommission Recht und Ethik in der Medizin, S. 216-220.

Gellner, W. (2006):

Das Ende des klassischen Patienten? Gesundheitsreform zwischen Politik und Patienteninteresse - Eine Patiententypologie, in: Gellner, W. / Wilhelm, A. (Hrsg.), Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur, Baden-Baden, S. 9-17.

Klemm, A.-K. (2009):

Mehr Versicherungssouveränität durch Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hrsg.), Informiert und selbstbestimmt - Der mündige Bürger als mündiger Patient, Bd. 24, Baden-Baden, S. 329-346.

Lugauer, T. (2004):

Die Entwicklung des Risikostrukturausgleichs - Eine kritische Analyse des Finanzausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, München.

McCaffrey, K. / Irwig, L. / Bossuyt, P. (2007):

Patient Decision Aids to Support Clinical Decision Making: Evaluating the Decision or the Outcomes of the Decision, in: Medical Decision Making, Heft 27, S. 619-625.

Meyers-Middendorf, J. (1993):

Die Gestaltungsrelevanz marktwirtschaftlichen Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln.

Mittendorf, T. (2008):

Gesundheitsgüter und deren Besonderheiten, in: Greiner, W./ von der Schulenburg, J.-M. / Vauth, C. (Hrsg.), Gesundheitsbetriebslehre, Bern, S. 15-26.

Nebling, T. / Fließgarten, A. (2009):

Wollen Patienten mündig sein?, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hrsg.), Informiert und selbstbestimmt - Der mündige Bürger als mündiger Patient, Bd. 24, Baden-Baden, S. 80-97.

Panagopoulou-Koutnatzi, F. (2009):

Die Selbstbestimmung des Patienten, Berlin.

Preusker, U.-K. (2008):

Das deutsche Gesundheitssystem verstehen Strukturen und Funktionen im Wandel, Heidelberg, München, Landsberg et. al.

Scheibler, F. / Loh, A. (2009):

Therapeutische Effekte mit partizipativer Entscheidungsfindung – Ein Blick über die Studienlage, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 24, Baden-Baden, S.66-79.

Simon, D. / Härter, M. (2009):

Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Zeitraubender Luxus im Praxisalltag?, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 24, Baden-Baden, S. 156-170.

Spycher, St. (2006):

Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen, Konzeptpapier Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien.

Straub, C. / Nebling, T. (2009):

Vom Patienten zum Partner – Die Versorgungsstrategie der Techniker Krankenkasse, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 24, Baden-Baden, S. 394-412.

Stroth, S. / Post, A. / Pfuhl, J. et. al. (2007):

Ratlose Patienten? Gesundheitliche Information und Beratung aus Sicht der Bevölkerung, Bremen.

TK-Trendmonitor Gesundheit (Hrsg.) (2005):

URL: <https://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/33802/Datei>
[Stand 11.04.2010].

TK-Trendmonitor Gesundheit (Hrsg.) (2008):

URL: <http://www.tkonline.de/centaurus/servlet/contentblob/168204/Datei/3272/>
[Stand 11.04.2010].

von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Tübingen.

Wilhelm, A. (2006):

Der Patient im deutschen Gesundheitssystem: Einstellungen, Präferenzen und Erwartungen, in: Gellner, W. / Wilhelm, A. (Hrsg.), Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur, Baden-Baden, S. 18-58.

Zalten, H. (2008):

Nichts ist wie früher - die GKV auf dem Weg vom Verwalter zum Gestalter, in: Schaaf, M. S. (Hrsg.), GKV 2015: Managementherausforderungen in Zeiten des Wandels, Sankt Augustin, S. 13-24.

9 Nach der Weltwirtschaftskrise: Das Kapitaldeckungsverfahren als Alternative für das Umlagesystem?

Ingo Kolodziej

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	217
1 Einleitung	218
2 Beschreibung der aktuellen Finanzierungsform in Deutschland	218
2.1 Finanzmathematische Betrachtung	219
2.2 Probleme des derzeitigen Systems	221
3 Aktuelle Relevanz mit Blick auf die Zeit nach der Finanzkrise	223
4 Diskussion Umlageverfahren versus Kapitaldeckungsverfahren	225
4.1 Vergleich GKV und PKV	226
4.2 Renditevergleich umlagefinanzierter und kapitalgedeckter Systeme	227
4.3 Risiken und Beschränkungen eines kapitalgedeckten Finanzierungsverfahrens in der GKV	229
4.4 Übergang von Umlageverfahren auf Kapitaldeckungsverfahren	231
4.5 Kapitaldeckung als Ergänzung zum Umlageverfahren	233
4.6 Staaten mit kapitalgedecktem sozialen Sicherungssystem	234
4.6.1 Chile als Beispiel für ein Land mit kapitalgedeckter Finanzierung	235
4.6.2 Der Medisave-Plan Singapurs	236
5 Schlussbetrachtung	237
Literaturverzeichnis	239

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
et al.	et alia (und andere)
etc.	et cetera
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
PKV	Private Krankenversicherung
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
z.B.	zum Beispiel
vgl.	vergleiche

1 Einleitung

Seit der Rentenreform im Jahr 2001, welche eine teilweise Finanzierung durch Kapitaldeckung vorsieht, wird eine zusätzliche private Altersvorsorge staatlich gefördert. Dies wird insbesondere mit dem demographischen Wandel der Bevölkerung begründet. Gleichmaßen wird diese Veränderung, einschließlich einer veränderten Morbidität, die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen und die Einnahmen verringern lassen. Daher wird das Kapitaldeckungsverfahren, bzw. Elemente dessen ebenfalls für die GKV als eine Finanzierungsalternative diskutiert.¹ In der vorliegenden Arbeit wird die Frage untersucht, inwieweit das Kapitaldeckungsverfahren eine Alternative für das Umlageverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellen kann und dabei auf die Situation nach der Finanzkrise eingegangen. Zunächst wird auf den Status quo der Finanzierungsform der Krankenversicherung und auf Probleme des bestehenden Systems, auf die wiederholt hingewiesen wird, eingegangen. Es folgt eine Beschreibung des aktuellen Bezugsrahmens im Blickfeld der Finanzkrise und eine anschließende Analyse Umlage versus Kapitaldeckungsverfahren. Dabei wird auf Vor- und Nachteile und Renditen der Finanzierungsverfahren eingegangen sowie mögliche Ausgestaltungen des Überganges und der Finanzierung beschrieben. Es folgt eine Betrachtung des Krankenversicherungssystems in Chile und Singapur, um Beispiele für Länder kapitalisierter Gesundheitssysteme als Alternative für ein (ehemaliges) Umlageverfahren zu diskutieren.

2 Beschreibung der aktuellen Finanzierungsform in Deutschland

Die GKV in Deutschland ist derzeit nach dem Umlagesystem organisiert. Im Gegensatz zu Ausgestaltungen des Kapitaldeckungsverfahrens, welche im Verlauf der Arbeit noch weiter besprochen werden, wird im Umlageverfahren kein Deckungskapital gebildet. Vielmehr handelt es sich - speziell beim Umlagever-

¹ Vgl. Grabka M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002), S. 3.

fahren in der GKV - um einen „Drei-Generationenvertrag“, bei dem die erwerbstätige Generation sowohl die gegenwärtigen eigenen als auch die Ausgaben der Rentner und Kinder (mit-)finanziert. Die zahlende Generation nimmt ebenfalls Leistungen in Anspruch, jedoch muss sie höhere Beiträge zahlen, als sie Ausgaben verursacht, während bei Rentnern und Mitversicherten das Gegenteil zutrifft.² Der derzeitige Beitragssatz liegt bei 14,9%, wobei 7%-Punkte auf den Arbeitnehmeranteil entfallen.³ Gemäß der Grundsätze der GKV soll eine Umverteilung zwischen den Individuen erreicht werden. Zum einen zugunsten der Krankheitsanfälligen durch risikounabhängige Beiträge, zum anderen zugunsten von Einkommensschwachen, da die Beiträge (bis zu einer Obergrenze) einkommensabhängig sind.⁴

2.1 Finanzmathematische Betrachtung

Es soll kurz das von Graf von der Schulenburg und Greiner beschriebene einfache Modell überlappender Generationen für die Analyse der Finanzierung eines Umlageverfahrens in der Krankenversicherung vorgestellt werden,⁵ bei dem als Budgetbeschränkung gilt, dass die Beitragseinnahmen B gleich den Gesamtausgaben A der Krankenversicherung sind:

$$B = A$$

wobei

$$B = n(1+g)bY + nb\varphi Y = nbY(1+g+\varphi)$$

mit

$$n(1+g)bY = \text{gesamtes Beitragsaufkommen der Erwerbstätigen}$$

$$nb\varphi Y = \text{gesamtes Beitragsaufkommen der Rentner}$$

und

$$A = n(1+g)^2\psi K + n(1+g)\tau K + nK = nK[(1+g)^2\psi + (1+g)\tau + 1]$$

mit

² Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 32.

³ Vgl. GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009).

⁴ Vgl. Breyer F. / Zweifel, P. S. / Kifman, M. (2005), S. 198.

⁵ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 33-35.

$n(1+g)^2\psi K = \text{Gesamtkosten der Kinder}$

$n(1+g)\tau K = \text{Gesamtkosten der Erwerbstätigen}$

$nK = \text{Gesamtkosten der Rentner}$

mit K Ausgaben pro Rentner, Y Einkommen der Erwerbstätigen, ψK Ausgaben pro Kind, τK Ausgaben pro Erwachsenen, φK Rente pro Rentner, g Wachstumsrate der Bevölkerung je Periode, b Beitragssatz (Prozentsatz vom Einkommen), n Anzahl der Rentner. Es wird angenommen, dass Rentner die höchsten und Kinder die geringsten Ausgaben haben. Aufgelöst nach dem Beitragssatz ergibt sich

$$b = \frac{K[(1+g)^2\psi + (1+g)\tau + 1]}{Y(1+g+\varphi)}$$

und somit, dass dieser unter Konstanthaltung der übrigen Faktoren steigt, je höher jeweils die relativen Gesundheitsausgaben der Kinder, der Erwachsenen, sowie die Kosten der Rentner sind und je geringer die Rentenbezüge im Verhältnis zum Einkommen der Erwerbstätigen und je geringer das Einkommen ist. Der Effekt der Wachstumsrate g beim Umlageverfahren in der Krankenversicherung ist nicht eindeutig. An dem ungeklärten Effekt der Wachstumsrate wird der Drei-Generationenvertrag deutlich: Eine hohe Wachstumsrate bedeutet sowohl höhere Kosten als auch wachsende Beiträge, da es mehr Erwerbstätige gibt. Anders ist dies im Zwei-Generationenvertrag der Rentenversicherung, bei dem der Beitragssatz umso höher ist, je geringer die Bevölkerungswachstumsrate und je höher die Rente bezüglich des Einkommens der Erwerbstätigen ist.⁶ Dieses Modell soll zur Verdeutlichung angeführt werden und ist ein Hinweis auf eine Tendenz. Der mit dem Alter steigende Verlauf der Gesundheitsausgaben erscheint schlüssig, jedoch ist die Annahme der Existenz von lediglich drei Generationen sehr vereinfachend. Ferner bleiben zum einen veränderliche Einflüsse der Beschäftigung unberücksichtigt, wie beispielsweise die Beschäftigungsquote, das Rentenzugangsalter, die Unterscheidung von Vollzeit und

⁶ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 34-35.

Teilzeit, die Länge der Ausbildung etc. Zum anderen sind weitere Faktoren, wie der angebotsseitige Einfluss auf die Gesundheitsausgaben, hervorgerufen durch die asymmetrische Information zwischen Arzt, Patient und Versicherung⁷ sowie der technologische Fortschritt wichtige Einflussgrößen. Dennoch lässt bereits dieses vereinfachende Modell einen Rückschluss auf die Komplexität der betrachteten Problemstellung zu.

2.2 Probleme des derzeitigen Systems

Argumente gegen das Umlageverfahren im Allgemeinen und in der GKV sind zahlreich. An dieser Stelle sollen einige grundlegende (und insbesondere für die vorliegende Arbeit relevante) Schwachstellen aufgeführt werden. Zur Argumentation bezüglich der Vor- und Nachteile des Kapitaldeckungs- bzw. Umlagesystems werden oftmals Probleme aufgrund fehlender Anpassungsfähigkeit des Umlageverfahrens auf die demographische Entwicklung genannt.⁸ Schacht betont die demographischen Risikofaktoren und differenziert hierbei in Bevölkerungswachstum und die sich ändernde Altersstruktur, Faktoren der Arbeitsmarktlage, das Risiko politischer Einflussnahme, wie die Anpassung von Beitragssätzen, und die Möglichkeit, dass der Generationenvertrag durch die nächste Generation unter Umständen nicht weitergeführt wird.⁹ Es ist ungewiss, ob das Gesundheitssystem in der gegenwärtigen Form in tragbarer Weise finanzierbar bleibt. Zukünftige Generationen werden zunehmend stärker belastet, da der Anteil des Beitrags der jüngeren Generation, der zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben der älteren Generation verwendet wird, zunimmt.¹⁰ Dies hat zur Folge, dass der Beitragssatz aufgrund zu erwartender demographischer Veränderungen steigen wird.¹¹ Felder und Fetzer errechnen in einer Generationenbilanz eine implizite Schuld heutiger gegenüber kommender Generationen in Höhe von mehr als 24% des Bruttoinlandsproduktes (BIP) unter der Annahme der GKV-Beitragssatz steige bis 2055 auf 22,5%.¹² Im derzeitigen Zustand profitieren einzelne Individuen teilweise in nicht zu rechtfertigender Weise von

⁷ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S. 143.

⁸ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 1.

⁹ Vgl. Schacht, U. (2001), S. 39-40.

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 393.

¹¹ Vgl. Cassel, D. (2001), S. 87-91.

¹² Vgl. Felder, S. / Fetzer, S. (2007), S. 40-41.

den nicht immer offensichtlich erkennbaren Umverteilungsmechanismen des Systems der Krankenversicherung. Bei Betrachtung von Verteilungswirkungen ist dies zu berücksichtigen.¹³ Das Umlageverfahren ist nur durch staatlichen Zwang aufrechtzuerhalten. Es wird ein Generationenvertrag mit noch nicht geborenen Personen geschlossen, obwohl dies rein rechtlich nicht möglich ist.¹⁴ Insbesondere ist die GKV im heutigen System des vom Einkommen abhängigen Umlageverfahrens stark abhängig von der konjunkturellen Entwicklung, da die Einnahmen bei steigender Arbeitslosigkeit sinken; es findet eine Verknüpfung von Umverteilung und Versicherung statt und es besteht die Möglichkeit folgenreicher politischer Eingriffe.¹⁵ Ferner wird häufig die Kopplung der Krankenversicherung an das Einkommen bemängelt, da steigende Beiträge die Lohnnebenkosten belasten und somit Auswirkungen auf die Beschäftigung haben.¹⁶ Solange eine Verbesserung der Arbeitsmarktlage nicht absehbar ist, kann ein Umlageverfahren nicht als einwandfreies Finanzierungssystem gesehen werden.¹⁷ Werden Beiträge am Erwerbseinkommen bemessen, spiegelt dies nicht die individuelle Leistungsfähigkeit der Versicherten wieder, da die Bedeutung des Einkommens aus anderen Einkunftsarten wie z. B. Selbstständigkeit und Kapitalerträgen stark zugenommen hat und das Einbeziehen anderer Einkunftsarten erscheint plausibel.¹⁸ Die Versicherungspflicht in der GKV wird am beruflichen Status und der Höhe des Einkommens festgemacht, wodurch kein Zusammenhang mit den abgesicherten Gesundheitsrisiken besteht.¹⁹ Es besteht die Gefahr einer Risikoentmischung dadurch, dass ökonomisch Leistungsfähigere sich dem Solidarausgleich der GKV entziehen können. Gute Risiken mit hohem Einkommen wechseln in die Private Krankenversicherung (PKV) und zahlen risikoadäquate Prämien. In der GKV verbleiben die schlechten Risiken mit risikounabhängigen Beiträgen und unentgeltlicher Mitversicherung von Angehörigen. Dieser Umstand bringt „allokative und distributi-

¹³ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S. 398.

¹⁴ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 375.

¹⁵ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 2, 9.

¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 251.

¹⁷ Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 13.

¹⁸ Vgl. Grabka, M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002), S.4; Braun, et al. (1998), S.31 - 32; Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003), S.154-159.

¹⁹ Vgl. hierzu und im Folgenden: Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S.395-397.

ve Verwerfungen“ mit sich.²⁰ Einkommensabhängige Beiträge wirken wie eine proportionale Einkommensteuer negativ auf das Arbeitsangebot und die Arbeitsnachfrage. Die Beitragsfinanzierung ist für den Verbraucher in der GKV nicht transparent, insbesondere für die Bezieher von niedrigem Einkommen. Eine Intransparenz führt zu wenig kostenbewusstem Verhalten der Verbraucher (hier der Versicherer) und zu vermindertem Wettbewerb unter den Krankenkassen. Die Bemessung des Beitrages am Einkommen führt dazu, dass die Einnahmen der Krankenkassen von der konjunkturellen Entwicklung und Beschäftigungssituation größtenteils abhängig sind.²¹

3 Aktuelle Relevanz mit Blick auf die Zeit nach der Finanzkrise

Nachdem die Finanzkrise sich im Jahr 2008 und insbesondere im Winterhalbjahr 2008/2009 noch einmal deutlich verschlechtert hat, gilt die Wirtschaftsleistung trotz eines Rückgangs des Bruttoinlandsproduktes von 5,0% in 2009 als stabil. Für das Jahr 2010 geht der Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von einem leichten Zuwachs des Bruttoinlandsproduktes von 1,6% aus.²² Der Sachverständigenrat beschreibt die momentane Situation für die GKV wie folgt:²³ Für das Jahr 2009 wurde ein stabiles Finanzergebnis mit einem leichten Plus von 0,5 Mrd. Euro beschrieben, welches durch Zuweisungen, die die Kassen in diesem Jahr aus dem Gesundheitsfonds erhalten, erreicht wird. Die Folgen der Finanz- und Wirtschaftskrise werden auf der Einnahmeseite des Gesundheitsfonds deutlich, monatliche Bundeszuschussraten wurden vorgezogen, was zur Folge hat, dass der Gesundheitsfonds Mitte des Jahres 2010 ein Liquiditätsdarlehen des Bundes in Höhe von geschätzt 2,3 Mrd. Euro in Anspruch nehmen muss, womit das Jahr 2010 voraussichtlich mit einem Defizit beendet wird. Eine weitere Folge der Krise war ein Absenken des Beitragssatzes zur GKV um 0,6 Prozentpunkte im Rahmen des Konjunkturpakets II im Juli 2009, was eine Erhöhung des Bundeszuschusses auf geschätzte 11,8 Mrd. Euro in 2010 bedingt. Gleichzeitig wird aufgrund

²⁰ Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S. 396.

²¹ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S. 397.

²² Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2009), S. III.

²³ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2009), S. 202-203.

des medizinisch-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels mit einem Anstieg der Gesundheitsausgaben gerechnet, weshalb eine Erhöhung der Effizienz der Ausgabenseite wünschenswert ist. Wird, wie vom Sachverständigenrat angenommen, davon ausgegangen die Finanzkrise sei überwiegend vorüber, zeigt sich als Ergebnis für die Gesetzlichen Krankenkassen ein leicht positiver Trend. Dieser wird jedoch wie oben beschrieben nur durch eine relativ hohe Verschuldung des Gesundheitsfonds ermöglicht, aus dem sich die GKV teilweise finanziert.²⁴ Es ist fraglich, inwiefern dies dem Umlageverfahren zuzurechnen ist und ob ein kapitalgedecktes System nach der Finanzmarktkrise (noch) eine Alternative zur Finanzierung der GKV darstellt. Bei einem Finanzierungsverfahren, welches am Kapitalmarkt agiert, besteht aufgrund fallender Börsenindizes und Negativreaktionen auf externe Beeinflussungen wie z.B. terroristische Akte, die Gefahr, negative Renditen zu erzielen.²⁵ Die Wirtschaftskrise zeichnete sich durch rückläufige Kapitalmarktrenditen aus, weshalb es unsicher erscheint, ob ein kapitalgedecktes System denkbar ist. Bei Alterssicherungssystemen, wie der GKV, werden Optionen dem Finanzmarkt (Kapitaldeckungsverfahren) bzw. der Politik (Umlageverfahren) anvertraut; in der Letztverantwortung steht indessen immer der Staat, wie Finanzmarktkrisen zeigen.²⁶ So war der Staat zuletzt in der Finanzmarktkrise 2007/2008 an der Rettung privater kapitalmarktorientierter Unternehmen beteiligt.²⁷ Da jedoch weder gesagt werden kann, ob sich eine derartige Finanzkrise wiederholen wird, noch die jetzige Finanzmarktkrise bereits endgültig ausgestanden ist, oder ob die vermuteten Folgen tatsächlich eintreten, soll im Folgenden eine Diskussion um die Finanzierungsverfahren und ein möglicher Übergang angeführt werden. Auf speziell nach der Finanzkrise bedeutsame Faktoren wird gegebenenfalls eingegangen.

²⁴ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S. 388.

²⁵ Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 11.

²⁶ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 24.

²⁷ Vgl. Pech, (2008), S. 71-75.

4 Diskussion Umlageverfahren versus Kapitaldeckungsverfahren

Das Kapitaldeckungsverfahren zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass bei der Einführung zunächst der Jahrgang derer, die die Leistung als erste in Anspruch nehmen (in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind dies z.B. die ersten Rentner) durch eine Umlage bei den Beitragszahlern mit einem Deckungskapital ausgestattet wird, um ihre gegenwärtigen und künftigen Kosten abzudecken. Noch nicht eingetretene Versicherungsfälle bleiben dabei – im Gegensatz zum Anwartschaftsdeckungsverfahren – unberücksichtigt.²⁸ Prinzipiell wird im Kapitaldeckungsverfahren mit den gesamten barwertigen Beiträgen eines Altersjahrganges ein Kapitalstock für diese Kohorte gebildet, der die eigenen Leistungsausgaben zum Barwert deckt.²⁹ Bei der Betrachtung der verschiedenen Finanzierungsverfahren der Krankenversicherung ist es angebracht mehrere Faktoren zu beachten:³⁰ Zum einen handelt es sich bei Gesundheitsleistungen um „Luxusgüter“, deren Nachfrage mit dem Wohlstand steigen (die Pro-Kopf-Elastizität liegt bei 1,4%). Zudem beinhalten die Ausgaben der jüngeren neben ihren eigenen gestiegenen Ausgaben auch die überproportional steigenden Ausgaben der älteren Generation. Des Weiteren ist die demographische Entwicklung an sich entscheidend, da immer weniger Junge für die hohen Gesundheitsausgaben von immer mehr Alten aufkommen müssen. Diese Zusatzlasten könnten in einem Kapitaldeckungsverfahren durch einen angesparten Kapitalstock abgedeckt werden. Der technische Fortschritt im Gesundheitswesen wirkt oft kostenerhöhend, was Beitragserhöhungen, Leistungskürzungen oder höhere Selbstbeteiligungen mit sich bringt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung führt einige Vorteile des kapitalgedeckten Systems auf:³¹ Zum einen bringen demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt höhere Belastungen mit sich, wobei in der Krankenversicherung insbesondere letzteres für Beitragssteigerungen verantwortlich sein wird. Diese Belastungen können mit dem Kapitaldeckungsverfahren gleichmäßiger über die Zeit geglättet werden, was die interge-

²⁸ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 374-375.

²⁹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 31-32.

³⁰ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 29-30.

³¹ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 393.

nerative Ungleichbehandlung reduzieren kann. Des Weiteren wird der volkswirtschaftliche Kapitalstock erhöht, was das Einkommenspotential steigert. Im Übrigen können die zur Ausgabenfinanzierung verfügbaren Geldmittel in Summe größer sein, sofern die Kapitalmarktrendite größer ist als die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Lohn- und Renteneinkommen und Ausgabensteigerungen können leichter bewältigt werden. Es wird diskutiert, dass mittels des Kapitaldeckungsverfahrens in der GKV geschätzte 80% der Lasten zukünftiger Generationen durch finanzielle Eigenvorsorge der heutigen Versicherten aufgefangen werden können (von 24,47% auf 4,26% des BIP).³² Da ein kapitalgedecktes Verfahren mit einer höheren Sparquote einhergeht, führt dies zu einem höheren Wirtschaftswachstum.³³ Werden die Beiträge vom Einkommen unabhängig erhoben, bedeutet dies eine Reduktion der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt und durch den Aufbau von Altersrückstellungen wird den negativen demographischen Auswirkungen entgegen gelenkt.³⁴ Zudem werden individuelle Präferenzen der Versicherten besser berücksichtigt.³⁵ Es folgt eine höhere individuelle Rendite der Beiträge aufgrund des Zinses, wobei bezüglich des unterschiedlichen Zinseszinseseffektes weiter zwischen Anwartschaftsdeckungsverfahren und Kapitaldeckungsverfahren differenziert werden müsste.³⁶

4.1 Vergleich GKV und PKV

Es bestehen diverse Unterschiede zwischen GKV und PKV. Bedeutend für die vorliegende Arbeit ist aber insbesondere die Tatsache, dass sich die PKV, im Gegensatz zur GKV, durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren auszeichnet und Individualverträge mit risikoadäquaten Prämien nach dem Äquivalenzprinzip abgeschlossen werden.³⁷ Anfänglich war die Rentenversicherung nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren organisiert, bevor aufgrund der Vernichtung des Deckungskapitals angesichts der Hyperinflation zwischen den beiden Weltkriegen und der Währungsreform 1949 notwendigerweise zum

³² Vgl. Felder, S. / Fetzner, S. (2007), S.43.

³³ Vgl. Neumann, M. J. M. / Schmähl, W. (1998), S. 259-267.

³⁴ Vgl. Grabka, M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002), S. 5.

³⁵ Vgl. Fasshauer, S. (2001), S. 631-645.

³⁶ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 378.

³⁷ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 155.

Umlageverfahren übergegangen wurde.³⁸ Das grundlegende Prinzip beim Anwartschaftsdeckungsverfahren und dem Kapitaldeckungsverfahren – das Ansparen eines Kapitalstocks für die zukünftige Kostendeckung – stimmt überein, weshalb eine Betrachtung der PKV gegenüber der GKV passend erscheint. Die PKV – ebenso bestünde dieses Problem bei einem Kapitaldeckungsverfahren in der GKV – finanziert sich neben den Beitragseinnahmen über Anlagen auf dem offenen Kapitalmarkt. Da ein bestimmter Zinssatz gezahlt wird – seit 2007 gilt ein Höchstrechnungszinssatz in Höhe von 2,25%³⁹ – ist die Anlagestrategie entscheidend. Bei geringem Risiko kann wenig Rendite generiert werden und bei potenziell hohem Kapitalertrag ist in der Regel das Risiko groß. Die Gefahr besteht also darin, dass unter Umständen die Finanzierung von Gesundheitsausgaben nicht gewährleistet ist. Während, bzw. nach der Finanzkrise besteht die Frage, ob die gewünschte Rendite erwirtschaftet werden kann, bzw. wie die finanziellen Mittel hierfür aufgebracht werden. Gemäß dem Verband der Privaten Krankenversicherung hat die Kapitaldeckung der PKV die zurückliegende Finanzmarktkrise trotz der Belastung der Nettoverzinsung in 2009 unbeschadet überstanden, da alle Unternehmen den Rechnungszins bedienen konnten, wie dies seit dessen Einführung 1949 durchgängig der Fall war; dies kann ein Indiz für die Zuverlässigkeit der Anlagenpolitik sein.⁴⁰ Dieser Aspekt kann jedoch nicht direkt auf eine mögliche kapitalgedeckt finanzierte GKV übertragen werden, da in diesem Fall andere Volumina angelegt werden müssten, was weitere systematische Abweichungen, wie z. B. Zinsbeeinflussungen, hervorrufen kann.

4.2 Renditevergleich umlagefinanzierter und kapitalgedeckter Systeme

Gemäß der Aaron-Bedingung ist ein Umlageverfahren einem Kapitaldeckungsverfahren überlegen, wenn die Bevölkerungsrate und die Produktivitätssteigerungsrate in Summe größer sind als der Zinssatz, womit jedoch in Deutschland bis zur Finanzkrise nicht gerechnet wurde.⁴¹ Für die Zeit nach der Finanzkrise (dies wird hier angenommen), weist das statistische Bundesamt im Jahr 2009

³⁸ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 374.

³⁹ Vgl. Versicherungswirtschaft (Hrsg.) (2005).

⁴⁰ Vgl. PKV-Verband (Hrsg.) (2010).

⁴¹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007) S. 32.

ein Rückgang des BIP um 5% (4,9% saisonbereinigt) aus. Eine genauere Betrachtung zeigt eine kurzzeitige Erholung der deutschen Wirtschaft in der Mitte des Jahres 2009, die aber im letzten Quartal bereits stagniert (0%) und das Gesamtergebnis für 2009 nicht weiter verbessern kann.⁴² Dabei ist die Zahl der Erwerbstätigen auf dem Rekordniveau des Jahres 2008, wobei dies darauf zurückzuführen ist, dass Unternehmen statt Entlassungen häufig die Arbeitszeit gekürzt haben; wird die Arbeitsproduktivität auf die Arbeitsstunden bezogen liegt der Rückgang bei 2,2%.⁴³ Die Geburtenrate je Frau lag bei 1,38 Kindern in 2008.⁴⁴ Für 2009 liegen bisher keine Zahlen des Statistischen Bundesamtes bezüglich der Geburtenrate vor. Wird aber von einem ähnlichen Verlauf ausgegangen, kann vermutet werden, dass nach der Aaron-Bedingung das Umlageverfahren nur dann dem Kapitaldeckungsverfahren überlegen ist, wenn der Zinssatz negativ ist. Die Betrachtung der Rendite im Umlageverfahren für eine Kohorte auf einzelwirtschaftlicher Ebene ist im Falle der GKV nicht trivial, da anders als in der Rentenversicherung Leistungen individuell in Anspruch genommen werden. Die gesamtwirtschaftliche Renditeentwicklung ist vergleichbar, da sowohl GRV als auch GKV grundsätzlich umlagefinanziert sind. Für das Individuum kann die erzielte Rendite je nach Inanspruchnahme von Leistungen variieren.⁴⁵ Zusätzlich ist zu beachten, dass in der GKV das Sachleistungsprinzip vorherrscht, anders in der PKV, in der das Kostenerstattungsprinzip Anwendung findet.⁴⁶ In einem Umlageverfahren ist die Rendite umso höher, je mehr eine steigende Bevölkerungszahl ein Anheben der Lohnsumme durch zusätzliche Beschäftigung bei steigender Arbeitsproduktivität bewirkt; so lag die interne Rendite von 1950 bis 1980 mit 3% bis 4% über der Kapitalmarktrendite und das Umlageverfahren war dem Kapitaldeckungsverfahren überlegen.⁴⁷ Bei einer wirtschaftlichen Entwicklung mit sinkender Bevölkerungszahl und konstantem Produktivitätswachstum der Arbeit ist zudem eine negative Rendite möglich; in Deutschland wird für die nächsten 30 bis 40 Jahre ein Bevölkerungswachstum von -0,4% erwartet.⁴⁸

⁴² Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (2010).

⁴³ Vgl. Egeler, R. (2010).

⁴⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (o.J.).

⁴⁵ Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 10.

⁴⁶ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 155.

⁴⁷ Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 9-10.

⁴⁸ Vgl. Siebert, H. (1998), S. 9.

4.3 Risiken und Beschränkungen eines kapitalgedeckten Finanzierungsverfahrens in der GKV

Besonders der Kritikpunkt des Anlage- und Zinsrisikos beim Kapitaldeckungsverfahren ist hervorzuheben:⁴⁹ Die Entwicklungen der Renditen am Kapitalmarkt sind kaum vorhersehbar, was insbesondere im Zuge der Kapitalmarktkrise deutlich geworden ist. Es besteht eine starke Unsicherheit bezüglich künftiger Renditen, welche durch Wechselkursrisiken weiter erhöht wird. Das Argument, externen Schocks wie der Asienkrise könne durch Anlagen in der Eurozone entgegengewirkt werden, ist nur bedingt tragbar, da die Finanzmarktkrise auch auf den europäischen Markt starke Auswirkungen hatte. Grabka, Andersen, Henke et al. argumentieren, der durch Finanzmarktkrisen bedingten Inflationsgefahr sei durch stabilitätsorientierte Geldpolitik der Zentralbank entgegenzukommen.⁵⁰ Dies ist nur teilweise richtig, da weitergehende, globale Mechanismen zu berücksichtigen sind. Elementar bei der Überlegung einer Finanzierungsänderung ist die Tatsache, dass der Umstieg vom Umlageverfahren auf ein Kapitaldeckungsverfahren oder ein Mischsystem mit zeitweiligen Mehrbelastungen der derzeit Versicherten verbunden ist.⁵¹ Speziell bei der individuellen Kapitalbildung stellt sich die Frage nach der Verbindlichkeit: Angesichts der grundsätzlichen Notwendigkeit eines sozialen Ausgleichs besteht die Gefahr, dass besonders von unterdurchschnittlich verdienenden Individuen in nicht ausreichendem Maße vorgesorgt wird und die Kostenübernahme stattdessen auf den Staat und somit den Steuerzahler abgegeben werden, sofern das System dies zulässt. Demzufolge werden potentiell Anreize zu „Freifahrerverhalten“ gegeben.⁵² Aufgrund der Existenz von Individuen, die sich eine Kapitalbildung nicht leisten können, muss ein bestimmter Zuschussbedarf zum sozialen Ausgleich beachtet werden.⁵³ Dieser Bedarf kann – abhängig vom gewählten kapitalgedeckten Finanzierungssystem – höher ausfallen als im reinen Umlagesystem, da nicht nur der soziale Ausgleich des Einkommens, sondern teilweise die Kapitalbildung der Einkommenschwachen finanziert werden muss. Es soll an-

⁴⁹ Vgl. Grabka, M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002), S. 5-6.

⁵⁰ Vgl. Grabka, M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002), S. 5-6.

⁵¹ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 393.

⁵² Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 401-402.

⁵³ Vgl. hierzu und im Folgenden: Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 403.

gemerkt sein, dass dies primär zu Beginn der Fall ist. Ziel einer Umstellung der Finanzierungsform auf das Kapitaldeckungsverfahren ist es, langfristig die Beitragsbelastungen zu glätten und die Notwendigkeit einer Erhöhung der Zuschüsse aufgrund steigender Beitragssätze zu vermeiden. Somit soll ferner eine Glättung des Zuschussvolumens und somit der Steuerbelastung erreicht werden. Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, der von einem System mit Pauschalbeträgen ausgeht, gibt hierzu an, dass bei einem Eigenanteilssatz von 13% bei der individuellen externen Kapitalbildung zunächst 34,5 Mrd. Euro aufgebracht werden müssen. Bei einem System mit einer Pauschale von 220 Euro und kollektiver Kapitaldeckung wird das Zuschussvolumen auf 38,5 Mrd. Euro geschätzt,⁵⁴ was eine massive finanzielle Belastung darstellt. Eine (Teil-)Kapitaldeckung im öffentlichen System, ebenso wie eine (Teil-)Privatisierung setzt voraus, dass diese Systeme zumindest effizienter wirtschaften und Kapitaldeckung gegebenenfalls weitere Vorteile mit sich bringt,⁵⁵ was sorgfältig analysiert werden sollte.

Das Ansparen eines Kapitalstocks zur Finanzierung von gesamtwirtschaftlichen Ausgaben in finanziell schlechteren Zeiten (wie z. B. im Alter) ist nach Mackenroth nicht möglich. Gemäß seiner These muss „aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden“⁵⁶, das heißt Altersrisiken einer Volkswirtschaft können nicht vorfinanziert werden, sondern Mittel hierfür müssen erwirtschaftet werden, wenn die Ausgaben anfallen, was bedeutet, dass Probleme der demographischen Entwicklung auch in einem kapitalgedeckten System bestehen.⁵⁷ Gemäß der Theorie des Asset Meltdown wird vermutet, dass die Generation des Baby Booms der 50er und 60er Jahre zunächst die Aktienmarktentwicklung der 90er Jahre positiv beeinflusst hat und dass diese, sobald sie in das Rentenalter eintreten, sinkende Nachfrage und einhergehend niedrige Aktienrenditen bewirken; diese ruft einen Kursverfall für Erwerbstätige hervor, die Altersvorsorge am Kapitalmarkt betreiben.⁵⁸ Ein Ausweichen auf den internationalen Anlagenmarkt ist nur bedingt möglich, da Industrienationen wie Italien, Japan, die USA oder China ähnliche demographi-

⁵⁴ Vgl. Sachverständigenrat (2004), S. 403.

⁵⁵ Vgl. Eisen, R. (2004), S. 92.

⁵⁶ Mackenroth, G. (1952), S. 41.

⁵⁷ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 25.

⁵⁸ Vgl. Schich, S. (2008), S. 209-210.

sche Entwicklungen erfahren, bzw. entgegensehen.⁵⁹ Somit kann der demographische Wandel keine hinreichende Rechtfertigung für die Einführung eines kapitalgedeckten Systems sein.⁶⁰ Ebenso ist anzumerken, dass das Solidaritätsprinzip eine der tragenden Säulen der Sozialversicherung und folglich der GKV ist. Leistungen werden unabhängig vom individuellen Einkommen, der Beitragshöhe oder des Gesundheitszustandes gewährleistet.⁶¹ Bei einem System kapitalgedeckter Vorsorge sollte dieser Aspekt nicht übergangen werden.

4.4 Übergang von Umlageverfahren auf Kapitaldeckungsverfahren

Es wurden bereits einige Vor- und Nachteile der verschiedenen Systeme angesprochen. Bei der Analyse der Kosten des Übergangs müssen indes weiterhin die Kosten der Beibehaltung des aktuellen Systems betrachtet werden, da diese nicht konstant bleiben. Beitragssatzsteigerungen werden auf 15 bis 26% geschätzt.⁶² Soll in ein kapitalgedecktes System überführt werden, so muss die implizite Schuld beachtet werden, das heißt erworbene Ansprüche auf Leistungen müssen gewährt bleiben.⁶³ Im Drei-Generationenvertrag zahlt die erwerbstätige Generation einen Teil ihrer in der Kindheit erworbenen Schuld an die Rentnergeneration (ihre Elterngeneration) zurück, erwirbt jedoch gleichzeitig auch einen Anspruch gegen die nächste Generation. Zudem zahlen die älteren Versicherten für ihre hohen Kosten zu niedrige Beiträge, sodass die Erwerbstätigen diese mitfinanzieren und somit ein Anspruch entsteht, ebenfalls im Alter diese Begünstigung zu erhalten. Es ist ein impliziter Rentenversicherungsanteil in der Krankenversicherung enthalten. Dies ist nicht direkt offensichtlich, da die Erwerbstätigen ebenfalls Leistungen in Anspruch nehmen und Rentner ebenfalls Beiträge zahlen. Erst, wenn die Kosten oberhalb der Prämie liegen wird der GKV-Versicherte zum Netto-Empfänger, was in etwa ab einem Alter von 50 Jahren zutrifft. Wird in ein Kapitaldeckungsverfahren übergegangen, müssen die oben beschriebenen Ansprüche finanziert werden,

⁵⁹ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 26.

⁶⁰ Vgl. Barr, N. A. (2002), S. 13.

⁶¹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 57.

⁶² Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 15.

⁶³ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 3-6.

jedoch wird der Anstieg der zu finanzierenden Schuld gegenüber dem Umlageverfahren begrenzt und die ansteigende Belastung kommender Generationen bleibt aus.

Der Übergang vom Umlageverfahren auf ein kapitalgedecktes System kann auf verschiedene Weise stattfinden. Ein kontinuierlicher oder langsamer Übergang kann z. B. dadurch das Ansteigen der impliziten Schuld begrenzen, indem eine Altersgrenze gesetzt wird, unter der die Versicherten in das kapitalgedeckte System wechseln müssen.⁶⁴ Allerdings müssten u. U. Prämienzuschüsse zugesichert werden, um eine Benachteiligung derer auszuschließen, die bereits Ansprüche aufgebaut haben und nun in ein für sie durch ihr Alter oder Gesundheitszustand bedingt teures Kapitaldeckungsverfahren wechseln müssen. Zudem kann die implizite Schuld durch Kreditaufnahme finanziert und die Rückzahlung möglichst gerecht über die Generationen (einschließlich der heutigen) verteilt werden. Potentiell müsste auf Steuerzahlungen zur Finanzierung der impliziten Schuld zurückgegriffen werden. Bei dem kontinuierlichen Übergang ergibt sich das Problem, dass zunächst beide Systeme gleichzeitig bei einer Versicherungsgesellschaft bestehen und somit zunächst weder ein einwandfreier Wettbewerb ohne Quersubventionierung noch ein eindeutig korrekter Risikostrukturausgleich, der aber nötig ist, akkurat organisierbar ist. Der Aufbau eines Kapitalstocks außerhalb der GKV kann während einer Übergangsphase durch Prämienzuschläge oder Steuern aufgebaut und dann die Schulden mit Hilfe risikoadäquater Prämien getilgt werden.⁶⁵ Dabei werden die Belastungen gleichmäßig, d. h. generationengerecht verteilt. Ist ein derartiger Kapitalstock vorhanden, so kann dies Begehrlichkeiten der Politik wecken oder für Krankenkassen Anreize auslösen die erwarteten Kapitalflüsse zu prädisponieren.⁶⁶ Bei der Bildung von individuellen Kapitalstöcken, wie vom Sachverständigenrat vorgeschlagen, ist die Versicherungskomponente nur bedingt vorhanden, sondern es handelt sich vielmehr um Vorsorgesparen.⁶⁷

⁶⁴ Vgl. hier und im Folgenden: Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 7-9.

⁶⁵ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 10.

⁶⁶ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 395.

⁶⁷ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 9.

Ein sofortiger Übergang zu einem bestimmten Stichtag hingegen könnte das Anwachsen der impliziten Schuld augenblicklich abbremsen.⁶⁸ Die erforderlichen Altersrückstellungen müssten durch einen Prämienzuschlag oder Schuldenaufnahme finanziert werden. Eine direkte Zahlung erscheint nicht möglich, da ein Betrag in Höhe von 700 bis 800 Mrd. Euro notwendig wäre, was dem 1,5fachen des gesamten Steueraufkommens per annum entspricht. Werden Staatsschulden gemacht ist zu beachten, dass der Maastricht-Vertrag nicht eingehalten wird. Zudem können daraus Kapitalmarktverzerrungen und Zinsbeeinflussungen resultieren. Gegebenenfalls ist es denkbar, dass Probleme, welche mit einer Schuldenaufnahme aufkommen, vermieden werden können, ohne auf die Vorzüge eines sofortigen Überganges zu verzichten.⁶⁹ Die Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren findet zu einem Stichtag statt, wobei den Altersrückstellungen eine verzinsliche Forderung gegen den Staat gegenübergestellt wird. Die Gesundheitsausgaben der Versicherer werden primär durch Beitragseinnahmen bezahlt, erst bei zwingendem Liquiditätsbedarf können die Forderungen gegen den Staat eingelöst werden. Um aber nicht nur Schuldenabwälzung auf die folgenden Generationen zu betreiben muss eine (geringe) Tilgungsrate festgelegt werden. Durch das beschriebene Verfahren wird die implizite Schuld offengelegt, die Verbindlichkeiten an sich bestehen bereits.

4.5 Kapitaldeckung als Ergänzung zum Umlageverfahren

Als Alternative wird vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die Möglichkeit einer Pauschalsteuer genannt, welche intergenerative Transfers abbauen würde, da Rentner einen größeren Teil der von ihnen verursachten Kosten selbst tragen.⁷⁰ Hieraus folgt eine größere Demographieresistenz, allerdings ohne Umstieg auf ein Kapitaldeckungsverfahren. Dies ist insbesondere unter Betrachtung der Kosten des Umstiegs auf ein Kapitaldeckungsverfahren interessant. Ein Festhalten am Umlageverfahren mit Elementen der Kapitaldeckung erscheint durchaus möglich, weshalb der Vorschlag des Sachverständigenrates etwas weiter ausgeführt werden

⁶⁸ Vgl. auch folgend: Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 9-10.

⁶⁹ Vgl. Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005), S. 10-12.

⁷⁰ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 398-399.

soll.⁷¹ Zur Finanzierung der Krankenversicherung wird eine einheitliche Bürgerpauschale vorgeschlagen, welche die gesamte Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland einschließt und eine Basisversicherung darstellt. Dabei soll das Finanzierungssystem nach dem Umlageverfahren organisiert sein. Über die Basisversorgung hinausgehende zusätzliche Leistungen werden über risikoadjustierte Prämien finanziert und sind somit stärker am Äquivalenzprinzip orientiert. Jedoch können aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung weitergehend Erhöhungen der Beiträge nötig werden, was ein System mit Pauschalbeiträgen nicht abwenden kann. Daher schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die „obligatorische Bildung eines externen individuellen Kapitalstocks“ als Ergänzung zu der umlagefinanzierten Basisversicherung vor und bekräftigt diese Option in seinem Gutachten nach der Finanzkrise 2008/2009.⁷² Diese Mischung bedeutet einerseits eine Reduktion der steigenden Beiträge aufgrund der impliziten Schuld und des Weiteren die Absicherung einer Mindestversorgung bei Abschmelzen des Kapitalstocks nach Eintreten von Marktkrisen. Zu beachten ist aber, dass das Solidaritätsprinzip nur erfüllt werden kann, wenn gleichzeitig ein steuerfinanzierter Ausgleich stattfindet.

4.6 Staaten mit kapitalgedecktem sozialen Sicherungssystem

In den meisten Staaten beschränkt sich die Kapitaldeckung im sozialen Sicherungssystem auf die Rentenversicherung. Findet die staatlich organisierte Finanzierung nicht nach einem Umlageverfahren im eigentlichen Sinne statt, so ist sie in der Regel steuerfinanziert. Kapitaldeckung an und für sich ist primär Teil des privaten Sektors. Im Folgenden sollen überblicksweise Beispiele für Länder mit kapitalmarktorientierten sozialen Sicherungssystemen dargestellt werden. Dies geschieht zunächst am Beispiel Chiles, welches bereits in den 80er Jahren die soziale Sicherung privatisiert hat und von einem Umlageverfahren abgegangen ist. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich bei Chile um keine Industrienation handelt und die Ergebnisse nur in begrenztem Maß für europäische Länder relevant sind. Jedoch handelt es sich um ein rares Beispiel mit langjährigen Erfahrungen und ferner ist Chile ein Schwellenland, das in einigen

⁷¹ Vgl. Sachverständigenrat (Hrsg.) (2004), S. 387-396.

⁷² Sachverständigenrat (Hrsg.) (2008), S.398.

Bereichen sozioökonomischer und epidemiologischer Indikatoren näherungsweise Werte aufweist, die mit denen von Industrienationen vergleichbar sind.⁷³ Im Anschluss daran wird der Medisave-Plan Singapurs vorgestellt, bei dem es sich um ein (fast) reines Sparprogramm zur Gesundheitsfinanzierung handelt.

4.6.1 Chile als Beispiel für ein Land mit kapitalgedeckter Finanzierung

Es soll folgend das Sozialsystem von Chile betrachtet werden. Dabei handelt es sich prinzipiell nicht um ein System in dem eine Gesetzliche Krankenkasse kapitalgedeckt arbeitet. Jedoch wurde das System geöffnet und Krankenkassenwettbewerb ermöglicht. Die staatliche Versorgung, die sich aus Steuereinnahmen finanziert, stellt im eigentlichen Sinne bloß eine Basisversicherung für die Ärmsten dar. Der Staat agiert quasi lediglich als letzte Instanz der Absicherung und bietet in diesem Fall eine Art Auffangnetz. Der Wohlfahrtsstaat Chiles ist traditionell europäisch geprägt und war eines der ersten westlichen Länder, welches der Zivilbevölkerung eine integrierte Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellte.⁷⁴ Die Ökonomen des Militärregimes von Pinochet vertraten die Lehre des späteren Nobelpreisträgers Milton Friedman, der die Ineffizienz des öffentlichen Sektors und Notwendigkeit der Privatisierung als Grundlage funktionierender Märkte und Wirtschaftswachstum als monetaristische Theorie prägte. Folglich wurde bereits ab 1980 die Rentenversicherung vom intergenerationalen Umlageverfahren auf ein reines Kapitaldeckungsverfahren umgestellt. Ab 1981 wurde dann der Krankenkassenwettbewerb als Teilprivatisierung eingeführt und die öffentliche Krankenkasse „Fondo Nacional de Salud“ (FONASA) und die Privatunternehmen „Instituciones de Salud Previsional“ (ISAPREs) und das nationale System der Gesundheitsdienste (Sistema Nacional de Servicios de Salud – SNSS) zugelassen, womit ein marktorientiertes Wirtschaftsmodell geschaffen wurde. Es sind im chilenischen System der sozialen Sicherung Abschlüsse individueller, nach dem Äquivalenzprinzip funktionierender Verträge möglich. Öffentliche und private Krankenversicherung bestehen somit nebeneinander, wobei – anders als im deutschen System – die Bevölkerung zumindest offiziell ohne Bemessungsgrenze entscheiden kann, in welchem System sie sich versichern will. Bemerkenswert ist, dass der überwiegende Anteil der Be-

⁷³ Vgl. Holst, J. (2007), S. 33-40.

⁷⁴ Vgl. hier und im Folgenden: Holst, J. (2004), S. 17-27.

völkerung (67%) nach wie vor im öffentlichen System versichert ist und somit lediglich eine Basisversicherung genießt, welche nur das Nötigste abdeckt. Lediglich 19% sind im privaten ISAPRE-System privat versichert und zahlen risikoadäquate Prämien nach dem Äquivalenzprinzip.⁷⁵ Der hohe Anteil der Versicherten im öffentlichen System ist eher negativ zu werten, da dies lediglich eine Grundversorgung darstellt und die gewünschte Steigerung der Eigenvorsorge, bzw. Eigenverantwortung ausbleibt. Der Pflichtbeitrag liegt bei 7% des zu versteuernden Einkommens.⁷⁶ Der Wechsel der Krankenversicherung ist jährlich ohne Einschränkung möglich.⁷⁷ Nachteilig ist insbesondere, dass Staatszuschüsse gezahlt werden müssen, um das öffentliche Subsystem aufrechtzuerhalten und es ist nur eine unerwartet gering wachsende Steigerung des erwünschten Kundenbewusstseins und eine weiter zunehmende Informationsasymmetrie auf dem privaten Gesundheitsmarkt zu beobachten.⁷⁸ Volkswirtschaftlich ist anzumerken, dass zwar keine signifikante Minderung der Kosten, wohl aber auf Seite des öffentlichen Subsystems Effizienzgewinne zu verzeichnen sind⁷⁹. Zudem werden Gerechtigkeitsmängel aufgrund von Diskriminierung schlechter Risiken, das heißt dem Aufkommen von Risikoselektion, kritisiert.⁸⁰

4.6.2 Der Medisave-Plan Singapurs

Nachteilig bei einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem ist das Auftreten von Moral Hazard und zusätzlich die beschriebenen Negativfolgen der demographischen Entwicklung beim Umlageverfahren⁸¹. Bessere Anreizwirkungen und gerechtere intergenerative Verteilung der Lasten können durch mehr Eigenverantwortung der Versicherten und Kapitalisierung des Systems erreicht werden. Zudem sind Gesundheitsleistungen – und somit die Kosten – in der Regel gut vorhersagbar. Die Regierung von Singapur führte 1984 mit dem Medisave-Plan einen Sparplan zur Gesundheitsfinanzierung ein. Das System ist nicht nach dem Umlageverfahren organisiert, weshalb jede Generation für sich selbst sorgen muss. Es wird ein bestimmter Prozentsatz des Einkommens

⁷⁵ Vgl. Holst, J. (2004), S. 30.

⁷⁶ Vgl. Holst, J. (2007), S. 18.

⁷⁷ Vgl. Holst, J. (2007), S. 91.

⁷⁸ Vgl. Holst, J. (2007), S. 53, 72.

⁷⁹ Vgl. Holst, J. (2007), S. 95-97.

⁸⁰ Vgl. Holst, J. (2007), S. 103-104.

⁸¹ Vgl. hier und im Folgenden: von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 95-99.

(je nach Alter zwischen 6 – 8 %) vorgegeben, den die Bürger für Gesundheitsausgaben ansparen müssen, wobei der Arbeitgeber (steuerbegünstigt) für 50% aufkommt und Kinder beitragsfrei mitversichert sind. Das gesparte Kapital wird verzinst und ab einem bestimmten angesammelten Betrag darf das Vermögen für andere Zwecke genutzt werden. Das gesamte Kapital ist individuelles Eigentum und wird mit dem Tod des Versicherten an dessen Nachkommen ausbezahlt. Es werden lediglich besonders kostenintensive Krankheiten in einem integrierten Zusatzprogramm („Medishield“) mitversichert. Dem Grunde nach ist es also ein „Gesundheitssparprogramm mit Krankenversicherungselementen“⁸². Zusätzlich gibt es eine steuerfinanzierte Basisabsicherung („Medifund“) für Personen ohne ausreichende finanzielle Möglichkeiten sich abzusichern. Es sei angemerkt, dass es sich bei Singapur um ein u.a. verhältnismäßig kleines Land mit hohem Einkommen handelt, und ob dieses Umstandes ebendiese Finanzierungsoption nur bedingt auf andere Länder übertragbar ist, was unter Umständen ein Grund dafür sein könnte, dass Gesundheitssparprogramme ansonsten nicht sonderlich weit verbreitet sind.

5 Schlussbetrachtung

Insbesondere mit Blick auf die Finanzkrise ist es naheliegend bei der Argumentation gegen ein Kapitaldeckungsverfahren auf die Gefahr negativer Renditen hinzuweisen. Es sollte dabei jedoch auch beachtet werden, dass es sich bei Anlagen der Krankenversicherung (ebenso der Rentenversicherung) um Anlagen langfristiger Natur handelt und sich Schwankungen gegebenenfalls wieder ausgleichen können; zudem bestehen in der Regel keine Notwendigkeiten zu kurzfristiger Liquidierung von Kapitalstöcken⁸³. Es bleibt zu klären wie groß diese Schwankungen sein dürfen und wie die Kapitalanlagen einer GKV die Weltwirtschaftskrise überstanden hätten. Speziell die in Abschnitt 4.1 dargestellte Situation der PKV scheint nicht so gravierend wie u.U. zu erwarten gewesen wäre. Bei der Vorhersage von volkswirtschaftlichen Entwicklungen sollten die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet und Rückschlüsse auf notwendige Maßnahmen nicht vorschnell gezogen werden. Langfristig angelegte Prognosen wie

⁸² von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007), S. 97.

⁸³ Vgl. Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003), S. 11.

z.B. die beschriebene Schätzung von Felder und Fetzner, welche weit in die Zukunft reichen (hier bis ins Jahr 2055) können lediglich Indizien liefern, da keinesfalls zweifelsfrei angenommen werden kann, dass alle Annahmen korrekt getroffen wurden⁸⁴. Speziell die angeführten Beispiele lassen vermuten, dass eine Kapitalisierung der GKV im Endeffekt möglicherweise zu einer vollständigen Privatisierung führt und der Staat lediglich ein letztes Auffangnetz darstellt. Es bleibt somit zu klären, ob eine Kapitalisierung eine Abschaffung der GKV im eigentlichen Sinne bedeutet. Es muss ferner überlegt werden – am Beispiel Chiles kann dies empirisch beobachtet werden – ob ein Gesundheitssystem seinen solidarischen Charakter behalten sollte und ob dies in einem vollständig kapitalisierten bzw. privatisierten System tendenziell möglich ist und für alle Bürger eine ausreichende Absicherung von Gesundheitsrisiken gewährleistet werden kann.

Die Diskussion um die Umstellung auf ein Kapitaldeckungsverfahren ist sehr facettenreich und wird bereits seit längerem diskutiert. Der Blick auf die Finanzkrise lässt zunächst vermuten, dass ein vollständiges Abweichen von einem kapitalgedeckten System mit kapitalmarktabhängigen Anlagen anzuraten ist. Dies ist aber nur bedingt richtig. Besonders die Entwicklung des Anstieges der impliziten Schuld zeigt, dass das Umlageverfahren keinesfalls eine endgültige oder die strikt bessere Lösung darstellt. Die Frage nach der „besseren“ Finanzierungsform kann in dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden, jedoch erscheint eine Mischform der Finanzierungsalternativen weiter diskussionswürdig, da bei dieser Alternative kein teurer Umstieg auf ein reines Kapitaldeckungsverfahren notwendig ist, das Problem der demographischen Entwicklung jedoch trotzdem eingedämmt werden kann.

⁸⁴ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 25.

Literaturverzeichnis

Barr, N. A. (2002):

Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, 55. Jg., Heft 2, S. 3-46.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.) (2003):

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Berlin.

Borchardt, K. / Farhauer, O. (2003):

Kapitaldeckung als Antwort auf die demographische Herausforderung?, Diskussionspapier / Wirtschaftswissenschaften, Technische Universität Berlin, Berlin.

Braun, B. / Kühn, H. / Reiners, H. (1998):

Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt am Main.

Breyer, F. / Zweifel, P. S. / Kifman, M. (2005):

Gesundheitsökonomie, 5. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York.

Cassel, D. (2001):

Demographischer Wandel - Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 81. Jg., Heft 2, S. 87-91.

Egeler, R. (2009):

Deutschland erlebte 2009 stärkste Rezession der Nachkriegszeit - Interview mit Präsident Roderich Egeler zum Bruttoinlandsprodukt, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden.

Eisen, R. (2004):

Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren in der Sozialen Sicherung - "Fünf-Mythen über die Vorteile des Kapitaldeckungsverfahrens", in: Rische, H. / Schmähl, W. (Hrsg.), Bd. 1, Münster, S. 91-107.

Fasshauer, St (2001):

Grundfragen der Finanzierung der Alterssicherung: Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren, in: Deutsche Rentenversicherung Heft-10-11, S. 631-645.

Felder, S. / Fetzer, S. (2007):

Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 61. Jg., Heft 7/8, S. 39-45.

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (Hrsg.) (2005):

Höchstrechnungszins, URL:

http://www.gdv.de/Downloads/Pressemeldungen_2005/Hoehstrechnungszins.pdf [Stand 09.04.2010].

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009):

Finanzierung, URL: http://www.gkv-spitzenverband.de/Finanzierung_der_GKV.gkvnet [Stand 10.04.2010].

Grabka, M. M. / Andersen, H. H. / Henke, K.-D. et al. (2002):

Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung : zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstieg vom Umlage- auf das Kapitaldeckungssystem, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Diskussionspapiere 275, Berlin

Holst, J. (2004):

Gesundheitswesen in Chile - Selektion und soziale Ausgrenzung, Frankfurt am Main.

Holst, J. (2007):

Krankenversicherung in Chile - Privatisierung führt zu Risikoselektion und hohen Patientenzahlungen, Universität Bielefeld - Fakultät für Gesundheitswissenschaften - Arbeitsgruppe International Health (Hrsg.), Bielefeld.

Mackenroth, G. (1952):

Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan, in: Albrecht, G. (Hrsg.), Die Berliner Wirtschaft zwischen Ost und West. Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan: Verhandlungen auf der Sondertagung des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Berlin 1952, S. 39-76, Berlin.

Neumann, M. J. M. / Schmähl, W. (1998):

Ein Reformvorschlag zur gesetzlichen Rentenversicherung, in Wirtschaftsdienst, 78. Jg., Heft 5, S. 259-267.

Pech, M. (2008):

Die Finanzmarktkrise 2007/2008 und ihre Auswirkung auf strukturierte Produkte, Bremen.

PKV-Verband (Hrsg.) (2010):

Eine dynamische Branche, URL: <http://www.pkv.de/eine-dynamische-branche/> [Stand 05.04.2010].

Reiners, H. (2008):

Kapitaldeckung in der Krankenversicherung - Die Fallen der "Hausväterökonomie", in:GGW, 8. Jg., Heft 3, S. 24-30.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2009):

Die Zukunft nicht aufs Spiel setzen Jahresgutachten 2009/10, Wiesbaden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2004):

Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland; Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2008):

Die Finanzkrise meistern - Wachstumskräfte stärken; Jahresgutachten 2008/09, Wiesbaden.

Schacht, U. (2001):

Finanztheoretische Analyse der Alterssicherung, Frankfurt am Main.

Schich, S. (2008):

Revisiting the Asset-Meltdown Hypothesis, in: OECD Journal: Financial Market Trends, Heft 2, S. 1-14.

Siebert, H. (1998):

Pay-as-You-Go versus Capital-Funded Pension Systems: The Issues, in: Redesigning Social Security, Tübingen.

Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (o.J.):

–Geburtenentwicklung,

URL:<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/StStatistik/Bevoelkerung/AktuellGeburtenentwicklung,templateId=renderPrint.psm> [Stand 11.04.2010].

Statistisches Bundesamt Deutschland (Hrsg.) (2010):

Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/VolkswirtschaftlicheGesamtwirt.psml> [Stand 11.04.2010].

von der Schulenburg, J.-M. / Greiner, W. (2007):

Gesundheitsökonomik, 2. Aufl, Tübingen.

von der Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik: Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe.

Zimmermann, A. / Jankowski, M. (2005):

Zur Gestaltung einer Umstellung auf Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (Hrsg.), Diskussionspapiere 2005/1, Köln.

10 Die Pflegeversicherung: Finanzierungsoptionen angesichts des demographischen Wandels und weitere zukünftige Herausforderungen

Olga Rotärmel

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	245
1 Einleitung.....	246
2 Die Pflegeversicherung	247
2.1 Das gegenwärtige System.....	247
2.2 Finanzierung und Leistung	248
3 Finanzielle Perspektiven der Pflegeversicherung.....	249
3.1 Entwicklung des bestehenden Systems	249
3.2 Nachteile der aktuellen Ausgestaltung	252
4 Reformvorschläge für die Pflegeversicherung.....	254
4.1 Ziele und Ansätze für ein tragfähiges System	254
4.2 Konzept einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung	254
4.2.1 Kronberger Kreis	255
4.2.2 Auslaufmodell	258
4.2.3 Kohortenmodell	259
4.2.4 Herzog Kommission: Das kapitalgedeckte Prämien- Modell.....	260
4.2.5 Stewens-Modell.....	262
4.3 Bewertung der Reformmodelle.....	263
5 Zukünftige Herausforderungen.....	266
6 Zusammenfassung	267
Literaturverzeichnis	269

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DM	Deutsche Mark
€	Euro
et al.	et alia (und andere)
f.	folgend
ff.	fort folgend
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
Mrd.	Milliarden
PV	Pflegeversicherung
PPV	private Pflegeversicherung
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
u.a.	unter anderem
URL	Uniform Resource Locator
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Nach zwanzigjähriger Diskussion um die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) wird diese im Jahre 1995 eingeführt und nach dem Umlageverfahren finanziert. Sie stellt neben der Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung die fünfte Säule des deutschen Sozialversicherungssystems dar. Seit April 1995 werden Leistungen für die häusliche Pflege gewährt und seit Juli 1996 kann ebenfalls die vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden.

Bereits bei der Einführung der GPV war deren Finanzierbarkeit sehr umstritten. Ein Problem stellte der demographische Wandel dar. Zum einen gibt es aufgrund des Geburtenrückgangs weniger Beitragszahler, was zu einer Reduktion der Einnahmen führt. Zum anderen steigen die Ausgaben, da die Anzahl der über 60jährigen zunehmend wächst. Damit stand bereits 1995 fest, dass die zukünftigen Generationen mit einer hohen Hypothek belastet werden und dass das System der Umlagefinanzierung fragwürdig ist. Des Weiteren prägten unvorhersehbare wirtschaftliche Entwicklungen in der Vergangenheit, wie hohe Arbeitslosenquoten und die Wirtschaftskrise, die Finanzierbarkeit der GPV. All diese Aspekte verstärken den Trend zu steigenden Ausgaben. Die Folge ist mittelfristig, dass der Beitragssatz steigt und/oder die Pflegeleistung eingeschränkt wird.

Tatsächlich verzeichnet die soziale Pflegeversicherung (PV) seit 1999 zunehmend Defizite und ist in ihrer jetzigen Ausgestaltung langfristig nicht finanzierbar. Fest steht, dass eine Strukturreform unabdingbar ist. Die Bundesregierung hat jedoch bisher keine Lösung zur Stabilisierung der PV gefunden.

Vor dem Hintergrund der dargestellten Problematik ist das Ziel der vorliegenden Arbeit den bestehenden Generationsvertrag in der PV zu überprüfen. Es stellt sich die Frage, inwiefern sich das Umlagesystem in der Vergangenheit bewährt hat, und ob in der heutigen Zeit noch immer über Alternativen wie das kapitalgedeckte Verfahren nachgedacht werden sollte.

Zum weiteren Vorgehen wird zunächst die Ausgestaltung der sozialen PV und deren Leistung kurz vorgestellt. Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit den finanziellen Perspektiven und der aktuellen Problematik der Finanzierbarkeit. Kapitel vier liefert einen kurzen Überblick über die verschiedenen Reformvorschläge mit dem Schwerpunkt auf dem Konzept einer kapitalgedeckten PV. Anschließend erfolgt eine Bewertung der vorgestellten Reformmodelle und die Darstellung der zukünftigen Herausforderungen für die PV. Das abschließende Kapitel zeigt eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse auf.

2 Die Pflegeversicherung

2.1 Das gegenwärtige System

Wenn Personen aufgrund von Krankheit oder Behinderung die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer nicht mehr selbstständig bewältigen können und Hilfe benötigen, liegt nach §14 SGB XI Pflegebedürftigkeit vor.¹ Für die Betroffenen stellt dies eine immaterielle und materielle Belastung dar.²

Grund für die Einführung der PV lag in der zunehmend alternden Bevölkerung. Die Betroffenen mussten im Falle der Pflegebedürftigkeit die anfallenden Kosten selber tragen. Viele hatten nicht die nötigen finanziellen Mittel, um diese zu decken. Die Folge war, dass Sozialhilfe in Anspruch genommen werden musste. Dies stellte eine zunehmende Belastung für die Haushalte der Kommunen dar, sodass die Idee der PV ins Leben gerufen wurde. Durch die PV sollen sowohl die Kommunen als auch die Pflegebedürftigen entlastet werden. Darüber hinaus wird das Pflegerisiko abgesichert.³

Bevor die Einführung der PV tatsächlich realisiert werden konnte, ging ein langjähriger Expertenstreit über die Ausgestaltung der PV voraus.⁴ Letztendlich entschied sich die Koalition aus CDU/CSU und FDP für das Prinzip: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Demnach wurde für alle, die in der Gesetz-

¹ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 508-509.

² Vgl. Straub, F. (1994), S. 5.

³ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 507.

⁴ Vgl. Ehring, F. S. (2007), S. 3.

lichen Krankenversicherung versichert waren, die PV auf Grundlage des Umlageverfahrens eingeführt. Bei der umlagefinanzierten PV werden laufende Beitragseinnahmen unmittelbar zur Deckung der Pflegekosten verwendet. In jedem Jahr gilt daher idealerweise, dass die Einnahmen den Ausgaben entsprechen. Damit konnten Pflegeleistungen nicht nur für zukünftige, sondern auch für alle aktuellen Pflegebedürftigen garantiert werden. Für privat Krankenversicherte wurde die private Pflegeversicherung auf Basis des Kapitaldeckungsverfahrens eingeführt. Bei diesem Verfahren werden die individuell geleisteten Beiträge bis zur Fälligkeit der Versicherungsleistung am Kapitalmarkt angelegt. Sowohl für gesetzlich als auch für privat Versicherte stellt die PV eine Pflichtversicherung dar. Es besteht die Möglichkeit eine freiwillige Zusatzversicherung abzuschließen.⁵

Laut dem Statistischen Bundesamt waren in Deutschland 2007 knapp 2,3 Millionen Menschen nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI pflegebedürftig. Die PV wurde im Jahre 2007 zu 68% mit eindeutiger Mehrheit von Frauen bezogen. Ursächlich dafür ist die höhere Lebenserwartung der Frauen. Von den 2,3 Millionen Pflegebedürftigen sind 83% über 65 Jahre alt und 35% über 85 Jahre alt.⁶ Damit ist ersichtlich, dass der demographische Wandel einen signifikanten Einfluss auf die Kostenstruktur der PV hat.

Die Ausführungen der folgenden Kapitel beschränken sich ausschließlich auf die GPV. Die private Pflegeversicherung (PPV) wird hingegen vollständig vernachlässigt.

2.2 Finanzierung und Leistung

Finanziert wird die GPV durch Versicherungsbeiträge. Diese orientieren sich prozentual an dem Arbeitseinkommen oder der Altersrente bis zu der Beitragsbemessungsgrenze von 3.750€ (Stand 2010).⁷ Der Beitragssatz ist gesetzlich festgelegt und wird zur einen Hälfte von den Beschäftigten und zur anderen von den Arbeitgebern aufgebracht. Dieser beläuft sich momentan bundesweit einheitlich auf 1,95%. Kinder sind automatisch beitragsfrei mitversichert. Kinderlo-

⁵ Vgl. Ehring, F. S. (2007), S.3; Hof, B. (2001), S.166.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (o.J.).

⁷ Vgl. PKV-Netz (Hrsg.) (o.J.).

se Erwerbstätige hingegen, die das 23. Lebensjahr vollendet haben, müssen seit Januar 2005 einen Zuschlag von 0,25% auf den Beitragssatz zahlen. Für die Versicherer besteht Kontrahierungszwang, d. h. sie sind zur Aufnahme der Mitglieder verpflichtet. Eine Risikodifferenzierung wie z. B. nach Geschlecht ist demnach nicht gestattet. Bei Arbeitslosigkeit übernimmt die Bundesagentur für Arbeit die Beitragszahlung.⁸

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden unterteilt in so genannte Sachleistungen und Pflegegeld. Bei Sachleistungen werden Zahlungen an Dritte für Leistungen der ambulanten und stationären Pflege geleistet. Pflegegeld bezieht sich hingegen auf die Zahlung an Pflegebedürftige für die häusliche Pflege. Die PV kann mit ihren Leistungen nicht alle Kosten im Falle der Pflegebedürftigkeit abdecken, wie bspw. bei Schwerstfällen.⁹ Es gibt drei verschiedene Pflegestufen, in die der Betroffene je nach Bedürftigkeit eingeordnet werden kann. Die Einstufung erfolgt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Das Pflegegeld variiert monatlich somit zwischen 205€ und 665€. Dieses dient zur häuslichen Unterstützung des Pflegebedürftigen durch eine Hilfe seiner Wahl. Sachleistungen liegen hingegen, je nach Pflegestufe, für häusliche Pflege bei 384€ bis 1.432€ (in Härtefällen 1.918€). Diese dienen in erster Linie zur Finanzierung von Pflegekräften. Des Weiteren besteht die Möglichkeit der vollstationären Pflege im Heim. Hier betragen die Leistungen zwischen 1.023€ und 1.432€ (in Härtefällen 1.688€). Weitere Leistungen wie z. B. Kurzzeitpflege, Pflegekurs oder Hilfe zur Rückkehr ins Erwerbsleben werden ebenfalls auf Antrag von der sozialen PV gewährt.¹⁰

3 Finanzielle Perspektiven der Pflegeversicherung

3.1 Entwicklung des bestehenden Systems

In den ersten drei Jahren nach Einführung der GPV wurden Überschüsse erwirtschaftet, da die Leistungen erst verzögert anliefen. Jedoch stieg die Zahl der Leistungsbezieher rasant an, sodass die soziale PV seit 1999 mit steigenden

⁸ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 8.

⁹ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 8.

¹⁰ Vgl. von der Schulenburg, J.-M. (2005), S. 510-511.

Defiziten konfrontiert ist.¹¹ Die Zahl der ambulanten Pflegebedürftigen stieg bspw. zwischen 1995 und 1998 um 146.000 Personen, die der stationären Leistungsempfänger verzeichnete zwischen 1996 und 1999 einen Zuwachs von 125.000 Personen. Die Beitragseinnahmen erhöhten sich in dieser Zeit lediglich von 16,2 Milliarden DM im Jahre 1995 auf 30,9 Milliarden DM im Jahre 1998, wohingegen sich die Ausgaben von 10,4 Milliarden DM auf 31 Milliarden DM verdreifachten.¹² Häcker et al. untersuchten die Beiträge und die Leistungen der sozialen PV. Aus ihren Berechnungen wurde deutlich, dass jeder Versicherte zwischen 20 und 65 Jahren mehr Beiträge zahlt als er Leistungen erhält. Ab einem Alter von 65 Jahren tritt der umgekehrte Fall ein. Die Leistungen der GPV steigen exponentiell an, während sich die Beiträge durch die Altersrente reduzieren.¹³

Eine Hauptursache für die steigenden Kosten stellt die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung dar. Der Anteil der alten Menschen hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung ist darauf zurückzuführen, dass die Lebenserwartung der Menschen steigt. Gründe dafür liegen im medizinischen Fortschritt, dem gesundheitsbewussten Verhalten sowie dem steigenden Wohlstand der Menschen. Der demographische Wandel lässt sich außerdem durch die sinkenden Geburtenraten begründen. Seit 1970 ist jede Kindergeneration um ein Drittel kleiner als die Elterngeneration. Es wird angenommen, dass Frauen zunehmend eine akademische und berufliche Laufbahn bevorzugen einzuschlagen, statt sich der Kindererziehung und dem Haushalt zu widmen, so wie es in früheren Generationen üblich war. Als Folge wird die Zahl der in Deutschland lebenden Menschen in den nächsten Jahrzehnten deutlich zurückgehen. Diese Entwicklung wird auch in Zukunft weiterhin bestehen bzw. sich noch verstärken.¹⁴ Da die PV fast ausschließlich im Alter in Anspruch genommen wird, führt dies zu höheren Ausgaben.

¹¹ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 9.

¹² Vgl. Hof, B. (2001), S. 171.

¹³ Häcker, J. / Höfer, M. A./ Raffelhüschen, B. (2004), S. 3.

¹⁴ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 8.

Der Kostenanstieg wird ebenfalls durch den Wandel in der Familienstruktur beeinflusst. Aufgrund der Abnahme von Mehrgenerationenhaushalten verringern sich die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie und es muss die professionelle oder stationäre Pflege in Anspruch genommen werden.

Der zuvor erwähnte medizinische Fortschritt wirkt zwar lebensverlängernd, reduziert aber nicht die Krankheitshäufigkeit und die Pflegebedürftigkeit im gleichen Maße. Die Menschen leben länger, sind aber zugleich auch länger pflegebedürftig.¹⁵

Die Ausgabenentwicklung in der PV ergibt sich des Weiteren aus der Lohnbezogenheit der Prämien.¹⁶ Durch die prozentualen Beiträge gemessen am Einkommen, ergeben sich Beitragseinbußen für die soziale PV im Falle von Arbeitslosigkeit. Besonders in den vergangenen Jahren verzeichnete die Bundesagentur für Arbeit bis zu 5 Millionen (2005) gemeldete Arbeitslose. Zuletzt wurde diese Entwicklung durch die Finanzkrise (2008/2009) geprägt. Die konjunkturelle Schwächephase ging mit einer Ausweitung der Kurzarbeit, steigender Arbeitslosigkeit und einem tendenziell schwachen Lohnwachstum einher.¹⁷ Dies hat zwangsläufig eine Reduzierung der Einnahmen in den Kassen der PV zur Folge.

Fraglich ist, ob der verzeichnete Bevölkerungsrückgang in Deutschland durch Zuwanderung wieder kompensiert werden kann. Um die Gesamtbevölkerung stabil zu halten, wäre eine Nettozuwanderung von etwa 324.000 Personen pro Jahr erforderlich. Dazu kommt, dass Zuwanderung nur dann die demographische Problematik lösen kann, wenn diese am nationalen Arbeitsmarkt stattfindet. Tatsächlich wurde der Rückgang der ansässigen Bevölkerung durch Zuwanderung ausgeglichen und überdeckt. Die gegenwärtige Situation sieht jedoch so aus, dass die Zuwanderung überwiegend in den sozialen Sicherungssystemen erfolgt. Trotz Anstieg des Ausländeranteils in Deutschland, ist keine Zunahme an der Zahl der Ausländer, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachkommen, zu verzeichnen. Im Zuge der Globalisierung ist darü-

¹⁵ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S.10-11.

¹⁶ Vgl. Häcker, J. / Höfer, M. A. / Raffelhüschen, B. (2004), S. 3.

¹⁷ Vgl. Börsch-Supan, A. / Gasche, M. / Wilke, C. B. (2009), S. 1.

ber hinaus eine starke Migration von Nettozahlern aus dem Sozialstaat zu beobachten.¹⁸ Dies hat Auswirkungen auf die Einnahmen und Ausgaben der sozialen Sicherungssysteme und damit auch auf die PV.

3.2 Nachteile der aktuellen Ausgestaltung

Die Versicherungsleistung der PV ist seit der Einführung 1995 für alle drei Pflegestufen fixiert und wurde bisher nicht mehr verändert. Somit erfolgte in den vergangenen 15 Jahren keine Dynamisierung der Leistungen. Eine Anpassung der Pflegeleistungen an die Inflationsrate und an die steigenden Kosten im Gesundheitswesen wurde vernachlässigt.¹⁹ Dem gegenüber wurden die Beiträge der GPV laufend erhöht. Somit müssen gesetzlich Versicherte im Falle von Pflegebedürftigkeit mehr dazu zahlen als noch vor einigen Jahren.

Das bestehende System der Umlagefinanzierung weist viele Schwächen auf. Stark kritisiert ist die Anfälligkeit des Systems auf die demographische Entwicklung. Die finanziellen Mittel reichen langfristig nicht mehr aus, um das Pflegerisiko der zunehmend alternden Bevölkerung abzusichern. Die Folge ist, dass Beiträge erhöht und Pflegeleistungen eingeschränkt werden. Junge Jahrgänge zahlen einen immer größer werdenden Anteil ihres Arbeitseinkommens in die GPV. Bei einem späteren Leistungsbezug erhalten diese hingegen real nicht mehr das Gleiche wie die Vorgängergenerationen. Diese Verzerrungen in der Allokation der Wirtschaft senken den Wohlstand.

Kritiker sprechen sich weiterhin gegen die Vermischung von Versicherungsaspekten mit Umverteilungsanliegen aus. Es ist nicht die Aufgabe des Einzelnen die Pflegebedürftigkeit früherer Generationen zu sichern. Die individuellen Prämien sollten die erwarteten Leistungen abdecken und nicht zur Versorgung anderer dienen.²⁰

Die Finanzierung durch lohnbezogene Beiträge stellt einen weiteren Nachteil in der gegenwärtigen PV dar. Aufgrund der hälftigen Entrichtung der Beiträge werden Arbeitgeber bei einem Anstieg der Beiträge mit erhöhten Arbeitskosten konfrontiert. Hinzu kommt, dass die Höhe der Arbeitskosten für den Arbeitgeber

¹⁸ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 11.

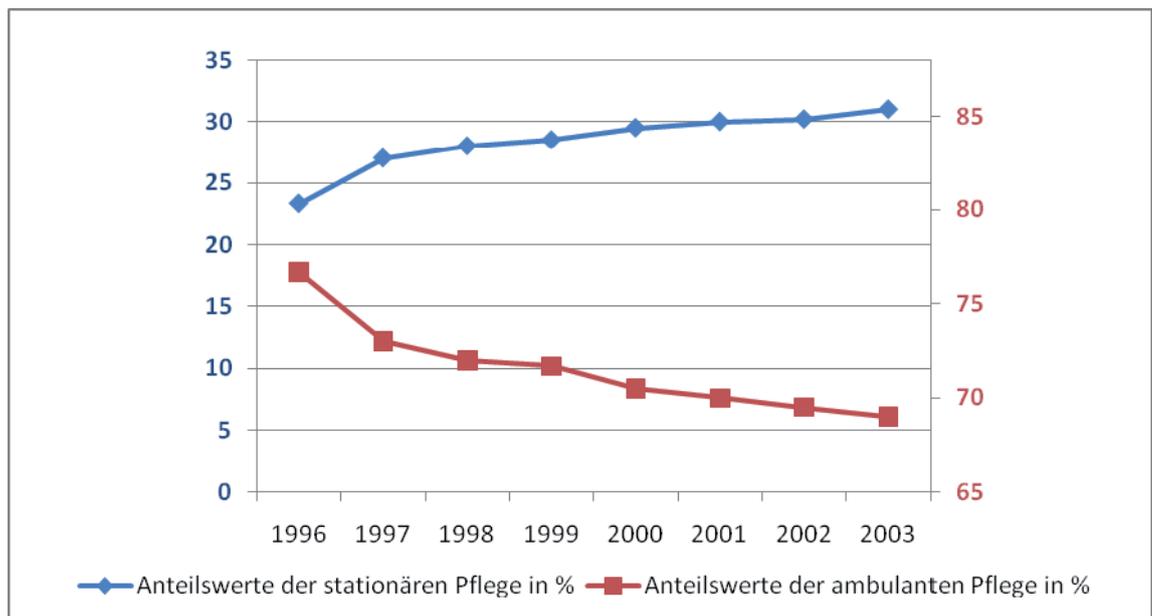
¹⁹ Vgl. Häcker, J. / Höfer, M. A. / Raffelhüschen, B. (2004), S. 4.

²⁰ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 15.

mit der Höhe der gezahlten Löhne steigt.²¹ Die Konsequenz ist, dass weniger Arbeitnehmer beschäftigt werden können und über Lohnerhöhungen verhandelt werden muss.

Der Grundsatz der PV, dass „ambulant vor stationär“ gilt, kann in der Praxis häufig nicht durchgesetzt werden. Seit 1996 geht der Trend vermehrt zur stationären Pflege. Diese verursacht höhere Ausgaben in der PV. Abbildung 2 verdeutlicht die beschriebene Situation. In dieser sind die Anteilswerte der stationären und der ambulanten Pflege in Prozent dargestellt. Zu beobachten ist, dass der Anteil an ambulanter Pflege sich zwischen 1996 und 2003 von 76,7% auf 69% reduziert hat. Der Anteil der stationären Pflege hat sich hingegen von 23,3% auf 31% erhöht. Viele Experten fordern daher die Leistungen der ambulanten und stationären Pflege anzupassen, um die häusliche Pflege zu fördern.²²

Abbildung 1: Anteil an ambulanter und stationärer Pflege



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ehring, F. S. (2007), S.6.

Zuletzt kann die geringe Absicherung der Risiken als Nachteil der gegenwärtigen Ausgestaltung der PV genannt werden. Selbst in der höchsten Pflegestufe wird lediglich ein Zuschuss von 1.918€ monatlich gewährt. Es ist sofort ersicht-

²¹ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 17.

²² Vgl. Ehring, F. S. (2007), S. 6.

lich, dass sich im Falle einer Schwerstpflegebedürftigkeit mit diesem Pflegegeld nicht alle Kosten abdecken lassen. Die restlichen Ausgaben müssen von dem Pflegebedürftigen selbst oder gegebenenfalls von der Sozialhilfe getragen werden. Große Risiken sind demnach gar nicht oder nur zum Teil abgesichert.²³

4 Reformvorschläge für die Pflegeversicherung

4.1 Ziele und Ansätze für ein tragfähiges System

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, dass eine Reform der Pflegeversicherung unabdingbar ist. Gefordert wird eine Entlastung des Arbeitsmarktes und der künftigen Generationen. Kosten sollten gleichmäßig auf alle Generationen verteilt und nicht auf künftige verlagert werden. Weiterhin soll das Pflegerisiko für alle Bürger gesichert und die Erhöhung der Lohnzusatzkosten vermieden werden. Ein Ziel stellt ebenfalls die langfristige Erhaltung des Leistungsniveaus und die Qualität der Leistung in der PV dar.²⁴ Die Politik beschäftigt sich bereits seit einigen Jahren mit der beschriebenen Problematik und hat einige Konzepte zur Reformierung erarbeitet. Somit lassen sich in der Literatur verschiedene Ansätze für eine Umgestaltung der PV finden. Neben umlagefinanzierten Ansätzen, wie dem Modell der *Bürgerversicherung* nach Lauterbach und dem Rürup-Modell²⁵ einer *pauschalisierten Gesundheitsprämie*, gibt es eine Reihe von kapitalgedeckten Reformvorschlägen für die PV. Schwerpunkt dieser Arbeit bildet u. a. die Überprüfung des kapitalgedeckten Systems als alternative Ausgestaltung der PV. Aus diesem Grund werden umlagefinanzierte Reformvorschläge im Folgenden vernachlässigt.

4.2 Konzept einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung

Unter dem Aspekt der nachhaltigen Finanzierbarkeit und dem Generationenvertrag wird die Änderung der GPV zu einem kapitalgedeckten System gefordert. Viele Wissenschaftler und Experten sprachen sich bereits im Jahre 1995 gegen die Umlagefinanzierung der PV aus, da sich der demographische Wandel bereits zu diesem Zeitpunkt abzeichnete. Durch das Umlageverfahren haben pflegenaher Jahrgänge nach der Umstellung Leistungen aus der PV bezogen, die

²³ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 18.

²⁴ Vgl. Rürup, B. (2003), S. 190-191.

²⁵ Vgl. Rürup, B. (2003), S. 192-210.

durch die nachwachsenden und weniger stark besetzten Generationen bezahlt werden müssen.²⁶ Vorteile im kapitalgedeckten System werden, neben der Stabilität gegenüber dem demographischen Wandel, in der erhöhten Sparquote und den damit einhergehenden gesenkten Zinsen gesehen.

Politiker, die gegen ein kapitalgedecktes Verfahren argumentierten, wiesen auf die sehr hohen versicherungsmathematischen Prämien, die sich für Ältere ergeben würden, hin. Ältere Menschen hätten hohe Beiträge an die PV abführen müssen, um Versicherungsschutz zu bekommen. Dies wäre jedoch nicht zumutbar gewesen, da die PV eine Pflichtversicherung darstellt und zu hohen finanziellen Belastungen geführt hätte. Die Folge wäre, dass ältere Generationen keine Leistungen der PV erhalten würden.²⁷ Das Umlageverfahren ließ sich aus damaliger Sicht einfach und schnell umsetzen. Trotzdem löst diese Entscheidung nach wie vor viele Zweifel aus. Auch in der heutigen Zeit wird darüber diskutiert, ob die Einführung eines kapitalgedeckten Systems sinnvoller und nachhaltiger gewesen wäre.

Bei dem Übergang zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung müssen viele grundlegende Fragen geklärt werden. Neben den Überlegungen, was mit den bisher eingezahlten Versicherungsbeiträgen und mit den bereits Pflegebedürftigen bei der Umstellung passiert, ist die Frage, wie eine zweifache Belastung der Beitragszahler, zu dessen Lebenszeit der Umstieg stattfindet, vermieden werden kann, von großem Interesse. In der Übergangsphase würden diese nämlich, neben den laufenden Ausgaben für Pflegeleistungen, auch den notwendigen Kapitalstock für die Altersrückstellungen aufbringen müssen. Vier ausgewählte Reformvorschläge liefern Lösungsansätze zu einem Umstieg in eine kapitalgedeckte PV und werden im Folgenden vorgestellt.

4.2.1 Kronberger Kreis

Bei diesem Reformmodell stellt die soziale kapitalgedeckte PV nach wie vor eine Pflichtversicherung dar. Damit wird eine Mindestabsicherung gewährleistet. Auf freiwilliger Basis können zusätzliche Versicherungsleistungen vereinbart

²⁶ Ehring, F. S. (2007), S. 3.

²⁷ Vgl. Rürup, B. (2003), S. 185.

werden. Die Prämie sollte vollständig vom Versicherten geleistet werden. Der Arbeitgeberanteil wird dann als Bruttolohnbestandteil an den Arbeitnehmer ausgezahlt. Dieser Teil wird dann der normalen Besteuerung unterzogen. Damit wäre das vorher beschriebene Problem der Lohnzusatzkosten gelöst. Die Versicherungsprämien sollten sich im Wettbewerb bilden, damit hätten Versicherungsunternehmen das Interesse leistungsgerechte Prämien durchzusetzen, um möglichst viele Versicherungsnehmer zu binden. Damit würden sich die Beiträge lediglich an den Leistungen, im Falle einer Pflegebedürftigkeit, für die versicherte Person orientieren.²⁸ Falls Versicherungsnehmer nicht in der Lage sind die Prämie und die Selbstbeteiligung selber zu tragen, würde die Unterstützung aus öffentlichen Mitteln folgen. Somit kann, bei Unterschreitung des festgesetzten Mindestlebensstandards, Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.²⁹

Bei einem kapitalgedeckten Verfahren werden die Versicherungen gesetzlich verpflichtet Altersrückstellungen zu bilden, um extreme Beitragsbelastungen der Versicherten im hohen Alter zu vermeiden. Diese Altersrückstellungen sollten für jeden Versicherungsnehmer individuell bestimmt werden und sich dabei an den Risiken der jeweiligen Person orientieren. Dabei wird zwischen Versicherten mit einem „guten Risiko“ und Versicherten mit einem „schlechten Risiko“ unterschieden. Bei einem Versicherungswechsel werden die bereits gebildeten Altersrückstellungen auf die neue Versicherung übertragen. Somit werden Abweichungen von den durchschnittlichen Risiken und das durch das Alter bedingte höhere Risiko ausgeglichen, wodurch normale Prämien für den Versicherungsnehmer bei einem Wechsel zu einer günstigeren Versicherung gewährleistet sind.³⁰

Im Rahmen der Mindestversicherung übernimmt jeder Versicherte einen Selbstbehalt. Ein prozentualer Anteil von den anfallenden Pflegekosten wird dann von den Versicherungsnehmern selbst getragen. Durch die Beteiligung an den Kosten, wird der Anreiz, die Kosten möglichst gering zu halten, verstärkt. Der Selbstbehalt ist jedoch nach oben begrenzt. Damit wird das Risiko zum Moral Hazard Verhalten, bei dem Informationsvorteile ausgenutzt werden, gemin-

²⁸ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 23-26.

²⁹ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 31.

³⁰ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 27-28.

dert. Versicherungsprämien und Versicherungsleistung könnten sonst in die Nähe von Null gebracht werden. Es wäre dann damit zu rechnen, dass Versicherte bewusst keine Vorsorge treffen und es im Notfall dann darauf ankommen lassen würden, von der Allgemeinheit unterstützt zu werden.³¹

Mit der Einführung einer kapitalgedeckten PV entfällt die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen. Dadurch kann ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Versicherern erreicht werden. Der Kronberger Kreis sieht einen sofortigen Übergang zur kapitalgedeckten PV vor. Damit die Belastungen für die älteren Generationen während der Übergangsphase nicht zu hoch sind, soll ein Höchstbeitrag von 50€ monatlich je Versicherte gelten. Die Versicherungsleistung gilt dann bereits als erfüllt, auch wenn die mit diesem Betrag erworbene Versicherungsleistung hinter dem Mindestversicherungsniveau zurück bleibt.³²

Zuletzt sollte künftig eine vollständige Integrierung der PV in die Krankenversicherung angestrebt werden. Die Leistungen der Krankenversicherung und PV lassen sich oftmals nicht eindeutig zuordnen. Von den Versicherern wird es daher immer Versuche geben, die Leistung und Betreuung dem jeweils anderen Versicherer zuzuschieben. Somit wäre es sinnvoll die beiden Versicherungen zusammen zu legen.³³

In diesem Modell besteht nach der Umstellung kein Anspruch auf die bereits eingezahlten Beiträge in die soziale PV. Diejenigen, die schon bei der Einführung pflegebedürftig sind, behalten ihre Leistungsansprüche, da hier Vertrauensschutz zu gewährleisten ist. Vorgesehen ist aber eine höhere Eigenbeteiligung der bereits Pflegebedürftigen an der Finanzierung der Leistungen. Bei Menschen, die kurz nach der Umstellung zu einem Pflegefall werden, werden die Leistungen aufgestockt. Je nach Zeitpunkt des Eintritts der Pflegeleistung werden die staatlichen Zuschüsse jedoch nach und nach verringert.³⁴

³¹ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 29-30.

³² Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 32-34.

³³ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 33.

³⁴ Vgl. Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005), S. 37-42.

4.2.2 Auslaufmodell

Das Auslaufmodell wird von Raffelhüschen vorgestellt und fordert eine Abschaffung des bestehenden Systems. Es bezieht sich auf eine Umsetzung im Jahre 2005. Hier ist keine sofortige Umstellung zum kapitalgedeckten Verfahren vorgesehen. Der Umstieg zu einer kapitalgedeckten PPV erfolgt nur für einen Teil der Bevölkerung. In diesem Modell würden alle diejenigen, die zum Zeitpunkt der Einführung unter 60 Jahre alt sind, automatisch aus der sozialen PV ausscheiden. Somit würde der Anspruch auf Leistungen aus der GPV entfallen. Für diese wird eine obligatorische private kapitalgedeckte PV eingeführt. Alle über 60 Jahre behalten ihre Ansprüche aus der sozialen PV. Die Übergangsphase in diesem Modell soll bis zum Jahr 2045 dauern und ist mit höheren Beitragsbelastungen während dieser Zeit verbunden. Der Prämienanstieg ergibt sich aus den Altersrückstellungen, die in der kapitalgedeckten PV gebildet werden müssen und aus der Finanzierung der Pflegeleistung der über 60jährigen. Während der Übergangsphase müssten dann alle die über 60 Jahre alt sind, eine Pflegepauschale von 50€ pro Monat bis an ihr Lebensende aus Eigenmittel entrichten. Diese Prämie allein würde jedoch zur Finanzierung nicht ausreichen. Aus diesem Grund müssten dann alle, die unter 60 sind, einen einkommensabhängigen Solidaritätsbeitrag abführen, um den Fehlbetrag zu decken. Dieser Beitragssatz bewegt sich auf einem durchschnittlichen Niveau von ca. 0,7% und wird bis zum Jahr 2046 auf null reduziert. Zusätzlich würden Beiträge von 40€ pro Monat anfallen. Nach der Einführungsphase würden die zusätzlichen Belastungen vollständig entfallen.³⁵

Raffelhüschen liefert in seinem Modell einen Lösungsansatz zum Problem der Realentwertung der Pflegeleistung. Die jährliche Realentwertung wird anhand von zwei Szenarien demonstriert. In dem ersten Szenario ohne Kostendruck wird angenommen, dass die Beitragseinnahmen und die Ausgaben parallel mit dem Produktivitätsfortschritt um den Faktor 1,5% wachsen. Im zweiten Szenario wird hingegen Kostendruck durch den medizinisch-technologischen Fortschritt unterstellt. Die Leistungsausgaben wachsen hier um den Faktor 2,5%.³⁶ Das

³⁵ Vgl. Häcker, J./ Höfer, M. A. / Raffelhüschen, B. (2004), S.12-13.

³⁶ Häcker, J. / Raffelhüschen, B.(2003), S. 7-8.

Modell sieht des Weiteren eine Leistungsausweitung für Demenzkranke und eine finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege vor.³⁷

4.2.3 Kohortenmodell

Der Sachverständigenrat schlägt einen Umstieg zu einem kohortenspezifischen kapitalgedeckten System nach dem Vorbild der PPV vor. Das Modell beruht auf einkommensabhängigen kohortenspezifisch bemessenen Prämien, die mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung zur Prämienglättung kombiniert werden. Das Kohortenmodell sieht ähnlich wie das Auslaufmodell von Raffelhüschen nur für einen Teil der gesetzlich Versicherten einen sofortigen Umstieg in eine kapitalgedeckte PV vor. Alle Jahrgänge, die nach 1951 geboren wurden, scheiden aus der sozialen PV aus. Diese müssen stattdessen eine kapitalgedeckte kohortenspezifische PV abschließen. Die Prämie wird bestimmt, indem die erwarteten Pflegeleistungen für den jeweiligen Geburtsjahrgang auf die Mitglieder der Kohorte verteilt werden. Um einen überproportionalen Anstieg der Beiträge im Alter zu vermeiden, wird für die Kohorte ein Kapitalstock zur Prämienglättung gebildet. Der Arbeitgeberanteil zur PV entfällt und wird stattdessen als Bruttolohn ausgezahlt und versteuert. Während der Übergangsphase wird der Prämienanteil der älteren Generationen somit höher ausfallen, da diese keine Zeit hatten einen Kapitalstock aufzubauen. Die gebildeten Alterungsrückstellungen können bei einem Versicherungswechsel mitgenommen werden. Für die Versicherer gilt im Kohortenmodell weiterhin Kontrahierungszwang. Die Differenzierung der Prämien erfolgt lediglich nach den Kohorten, also dem Alter.³⁸

Die Kohorten, die bis einschließlich 1950 geboren sind, verbleiben in der sozialen PV. Sie zahlen anfänglich einen monatlichen Pauschalbeitrag von 50€, der sich jährlich um 1€ erhöht. Diese Summe wird jedoch voraussichtlich nicht zur Deckung aller Pflegeleistungen ausreichen. Aus diesem Grund müssen jüngere Jahrgänge zusätzlich zu ihren kohortenspezifischen Prämien einen Umlagebeitrag, die sogenannte Altenpauschale, leisten. Dieser Beitrag würde sich im Jahre 2005 anfänglich auf 5,29€ belaufen und im Jahre 2030 auf ein Maximum von

³⁷ Ehring, F.S. (2007), S. 13.

³⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2004/2005), S. 414.

nominal 38,84€ ansteigen. Bei einer beitragsfreien Mitversicherung der Kinder müssen diese Personengruppen ebenfalls einen Umlagebeitrag für die Kinder entrichten. Alle Versicherer müssen den kohortenspezifischen Tarif anbieten und sollen im Wettbewerb zueinander stehen. Der Leistungskatalog der bestehenden PV soll in seiner Form so beibehalten werden. Die Prämie zur jeweiligen PV soll im Jahr 2005 je nach Geburtsjahrgang zwischen 27€ und 50€ liegen. Die Beiträge zur PV werden spätestens ab 2050 wieder niedriger liegen, da bis zu diesem Zeitpunkt alle Jahrgänge, die umlagefinanziert wurden, verstorben wären. Die Altenpauschale soll voraussichtlich bereits ab 2030 sinken, da die Leistungen in der sozialen PV zurückgehen würden.³⁹

Bei übermäßiger Belastung von Haushalten und Rentnern während der Übergangsphase sind Zuschüsse durch den Staat vorhergesehen. Diese werden erteilt, wenn die Versicherungsprämie einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt. Die Dynamisierung der Leistungen erfolgt in Höhe des Durchschnitts aus allgemeiner Inflation und Lohnsteigerung. Des Weiteren ist eine Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege vorgesehen. Demenzerkrankungen sollen stärker berücksichtigt werden.⁴⁰

4.2.4 Herzog Kommission: Das kapitalgedeckte Prämien-Modell

Von der Herzog-Kommission im Jahre 2003 wird das kapitalgedeckte Prämien-system vorgeschlagen. In diesem Modell wird mit Blick auf die demographische Entwicklung eine Ersetzung des Umlageverfahrens durch ein kapitalgedecktes Verfahren gefordert. Ebenfalls wie im Auslaufmodell und dem Kohortenmodell ist eine sofortige Einführung nicht vorgesehen, aufgrund der zu hohen Belastungen, die sich dadurch für ältere Generationen ergeben würden. Die PV soll weiterhin eine Säule des sozialen Sicherungssystems darstellen. Die Übergangsphase ist bis zum Jahr 2030 vorhergesehen. In dieser soll durch erhöhte Beiträge ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden. Der konstante einkommensabhängige Beitragssatz beläuft sich während dieser Zeit auf 3,2%.⁴¹ Zur Bestimmung des Beitrags zur PV sollen alle Einkünfte des Versicherten bis zur

³⁹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2004/2005), S. 414-415.

⁴⁰ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005) (Hrsg.), S. 417-421.

⁴¹ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 31-32.

Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden. Die Beiträge sollen weiterhin anteilig sowohl vom Arbeitnehmer als auch vom Arbeitgeber entrichtet werden. Zugleich sieht die Kommission die Problematik, dass dadurch während der Übergangsphase die Lohnnebenkosten stark ansteigen und sich das negativ auf die Beschäftigung auswirkt. Zum Ausgleich wird dem Arbeitnehmer empfohlen z. B. auf einen bezahlten Urlaubstag zu verzichten, um damit einen Beitrag zur Minderung der Arbeitskosten zu leisten. Dadurch würde sich der Beitrag des Arbeitgebers monetär reduzieren. Der notwendige soziale Ausgleich soll durch Steuermittel finanziert werden und wird geschätzt auf 9 Mrd. Euro.⁴²

Der kollektive Kapitalstock sollte so ausgestaltet sein, dass Eingriffe durch den Staat nicht möglich sind. Dies wäre z. B. durch die Einrichtung eines Fonds gewährleistet. Voraussichtlich im Jahre 2030 kann der bis dahin gebildete Kapitalstock aufgelöst werden und für eine versicherungsmathematische Individualisierung zu Gunsten älterer Bürger eingesetzt werden. Die Prämie soll sich dann im Jahre 2030 für einen durchschnittlich verdienenden Arbeitnehmer von 45 Jahren und älter maximal auf 66€ belaufen. Restliche Kosten werden aus den gebildeten Altersrückstellungen finanziert. Für einen 20jährigen würde der Versicherungsbeitrag hingegen bei Neubeitritt 52€ pro Monat betragen.⁴³

Die Kommission befürwortet die Dynamisierung der Leistungen in der PV. Laut dieser sollte der Dynamisierungsfaktor so gewählt werden, dass ein konstantes Niveau der Pflegeleistung sichergestellt wird. Angenommen wird dabei eine spezifische Kostensteigerung für Pflegeleistungen von 1,5% pro Jahr.⁴⁴

Die Herzog-Kommission sieht vor, dass das Modell nach der Übergangsphase im Jahre 2030 für die Zukunft bestimmte Regelungen gewährleistet. So soll bspw. für die Versicherer weiterhin Kontrahierungszwang bestehen. Die Prämien sollen geschlechtsneutral und individuell versicherungsmathematisch nach Eintrittsalter berechnet werden. Es darf weder eine Risikoüberprüfung noch eine Erhebung von Risikozuschlägen zu den Beiträgen erfolgen. Kinder und Ehepartner von Versicherten, die kein eigenes Einkommen aufgrund von

⁴² Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 34 ff.

⁴³ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 32.

⁴⁴ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 31.

Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen haben, sind beitragsfrei mitversichert. Die dadurch entstehenden Mehrausgaben sind entweder durch die Versicherungsgemeinschaft zu tragen oder durch Steuermittel zu finanzieren.⁴⁵ Auf der Leistungsseite ist langfristig eine Angleichung von stationärer und ambulanter Pflege vorhergesehen. Auch dem Gedanken der Generationengerechtigkeit soll mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Rentner die bspw. Pflegeleistungen beziehen, selber aber wenig in die soziale PV eingezahlt haben, da die Einführung erst im Jahre 1995 erfolgte, sollen höhere Beiträge im Rentenalter abführen. Die erhöhten Prämien orientieren sich dabei an der Zeit und Dauer, in der der Rentner keine Beiträge zur PV geleistet hat. Durch die Anhebung der Rentenbeiträge kann in gleicher Weise eine Senkung der Beiträge der sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer erfolgen. Damit wäre ein Beitrag zur Generationengerechtigkeit erzielt worden.⁴⁶

4.2.5 Stewens-Modell

Die bayrische Sozialministerin Christina Stewens stellte 2007 ein neues Konzept zur Reformierung der sozialen PV vor. Die Idee des CSU-Stewens-Modells⁴⁷ ist eine zusätzliche private und kapitalgedeckte PV aufzubauen, während die Leistungen der sozialen PV eingefroren werden. Diese Zusatzversicherung dient zum Aufbau eines Kapitalstocks und finanziert eine jährliche Dynamisierung der Leistungen der sozialen PV um 2%. Der Beitragssatz der sozialen PV bleibt in seiner jetzigen Form erhalten. Hinzu kommen Prämien für die kapitalgedeckte Zusatzversicherung. Die Kopfprämie würde sich zunächst auf 8,50€ pro Monat belaufen und würde jedes Jahr um 1€ ansteigen. Für diejenigen, die älter als 60 Jahre sind, besteht keine Pflicht die Zusatzversicherung abzuschließen.⁴⁸

Der gebildete Kapitalstock ist vor staatlichen Zugriffen geschützt. Ziel ist es, die Situation der Demenzkranken zu verbessern und die Leistungen in ambulanter

⁴⁵ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 33.

⁴⁶ Vgl. Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003), S. 36.

⁴⁷ Das Journal, in dem der Reformvorschlag erstmalig erschien, lässt sich nicht ausfindig machen.

⁴⁸ Rothgang, H. (2007), S. 33.

und stationärer Pflege anzugleichen. Die Kosten der geriatrischen Rehabilitation sollen zukünftig ebenfalls von der PV übernommen werden.⁴⁹

4.3 Bewertung der Reformmodelle

Die vorgestellten Modelle zur Reformierung der PV lösen viele bestehende Probleme der aktuellen Ausgestaltung. Jedoch weisen sie zum Teil Schwächen auf und sind nicht vollständig durchdacht. Im Folgenden soll die Tabelle 1 einen Überblick zu den vorgestellten Reformvorschlägen liefern.

Das Problem des demographischen Wandels wird in fast allen Vorschlägen durch die kapitalgedeckte Finanzierung gelöst. Ausnahme bildet hier das Stewens-Modell, welches eine Ergänzung des Umlageverfahrens durch eine private kapitalgedeckte Zusatzversicherung vorsieht. Darüber hinaus wird in allen Modellen die Thematik der Lohnzusatzkosten aufgegriffen. Die Herzog Kommission sieht dabei weiterhin eine anteilige Finanzierung durch den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer vor. Bei den anderen Vorschlägen hingegen entfällt der Arbeitgeberanteil und senkt damit die Arbeitskosten. Die Dynamisierung der Leistung findet ebenfalls in allen vorgestellten Modellen Berücksichtigung. Größtenteils besteht Einigkeit darüber, dass die Leistungen an die Inflationsrate und die steigenden Kosten im Gesundheitswesen angepasst werden sollten. Lediglich der Kronberger Kreis bezieht in seinem Vorschlag keine Dynamisierung ein. Vernachlässigt wird in diesem auch die Leistungsverteilung der stationären und der ambulanten Pflege. Andere Reformmodelle fordern hingegen eine zunehmende Gleichstellung, um die Inanspruchnahme der häuslichen Pflege zu erhöhen.

⁴⁹ Ifo Schnelldienst (2007) (Hrsg.), S. 3 ff.

Tabelle 1: Übersicht und Bewertung der Reformvorschläge

	Demo- graphie- Sicherheit	Dynamisie- rung der Leistungen	Lohnzusatz- kosten	Änderungen der Struktur	Übergangs- finanzierung
Kronberger Kreis	Ja	Nein	Problem gelöst	Nicht konkretisiert	Steuermittel
Auslauf- modell	Ja	Dynamisie- rung wird gefordert (1,5%-2,5%), aber vor allem für die über 60jährigen nicht gelöst.	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken	Starke Belastung der Jungen (Solidaritätsbeitrag) und pauschale Belastung der Alten
Kohorten- modell	Ja	Ja (2,25%)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken	Doppelte Belastung der Jungen und Steuermittel
Herzog- Kommission	Ja	Ja (1,5%)	Problem nicht gelöst bzw. teilweise verschärft	Angleichung von stationärer und ambulanter Pflege	Beitragsanstieg und Steuermittel
Stewens- Modell	Teilweise	Ja (2%)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken; geriatrische Reha- bilitation in der PV	Relativ starke Be- lastung der Jünge- ren

Quelle: Eigene Darstellung

An allen Reformvorschlägen wäre zu bemängeln, dass diese eine übermäßige Belastung für die Bevölkerung während der Übergangszeit darstellen würden. In dieser Zeit ist die Finanzierung größtenteils von den Beitragszahlern zu tragen. Vereinzelt soll staatliche Unterstützung gewährt werden. Im Modellvorschlag des Kronberger Kreises soll die Übergangsphase vollständig durch

Steuermittel finanziert werden, wenn der kalkulierte Beitragssatz den Betrag von 50€ übersteigt. Hier ist die steuerfinanzierte Übergangsphase mit der Bereitstellung hoher Haushaltsmittel verbunden.

Es wird deutlich, dass die Nachteile und Probleme des gegenwärtigen Systems, die in Abschnitt 3.2 vorgestellt wurden, in den fünf beschriebenen Reformmodellen überwiegend aufgegriffen wurden. Dabei sind verschiedene Lösungsvorschläge ausgearbeitet worden, die die Nachhaltigkeit der PV fördern.

Abschließend lässt sich festhalten, dass die politische Realisierbarkeit des Modells des Kronberger Kreises sehr fragwürdig ist. Der hohe Bedarf an Steuermitteln, die fehlende Dynamisierung der Leistungen und die fehlende Konkretisierung der Strukturveränderung der PV löst Zweifel aus, ob es sich bei diesem Vorschlag lediglich um eine ordnungspolitische Stellungnahme handelt, die nicht vollständig durchgerechnet wurde.⁵⁰ Bei den Vorschlägen der Herzog-Kommission, dem Modell von Raffelhüschen und dem Kohortenmodell könnte die Politik vor den hohen Umstiegskosten zurückschrecken, was ebenfalls deren Realisierung erschweren würde.

Das Stewens-Modell liefert im Vergleich zu den anderen Reformvorschlägen einen ganz neuen Ansatz zur Finanzierung. Es ist praktikabel und sozialpolitisch vertretbar. Die Höhe der Beitragssätze entspricht einer sozial vertretbaren Größenordnung, Leistungen werden dynamisiert und eine weitere Belastung der Lohnzusatzkosten entfällt. Damit wären die meisten Ansprüche an die PV erfüllt. Trotzdem lassen sich auch hier Schwächen finden. Die Zusatzversicherung dient nicht nur der jährlichen Dynamisierung der Leistungen, sondern kompensiert auch die finanziellen Folgen des demographischen Wandels. Dies wiederum heißt, dass alle, die unter 60 Jahre alt sind, zur Finanzierung steigender Ausgaben herangezogen werden. Weiterhin ergibt sich die Problematik, dass die über 60jährigen keine Zusatzversicherung abschließen könnten und damit lediglich Ansprüche auf die heutige soziale PV hätten, deren Leistungen im Zeitablauf real entwertet werden.⁵¹

⁵⁰ Vgl. Ehring, F. S. (2007), S. 11.

⁵¹ Ehring, F. S. (2007), S. 20.

5 Zukünftige Herausforderungen

Auch künftig wird der demographische Wandel die Finanzierung der PV stark beeinflussen. Der Trend geht in den nächsten Jahren weiterhin zu einer immer stärker alternden Bevölkerung. Um das bestehende Leistungsniveau der PV zu gewährleisten, wird laut der Rürup-Kommission ein Anstieg des Beitragssatzes zur sozialen PV auf 3% bis zum Jahr 2040 notwendig sein. Die demographischen Veränderungen werden sich voraussichtlich über das Jahr 2050 beitragsatzsteigernd auswirken. Die Zahl der über 80jährigen, die ein hohes Pflegerisiko haben, wird bis dahin noch weiter ansteigen.⁵²

Im Rahmen der GPV kann heute nicht mehr von einem Generationenvertrag gesprochen werden. Die langfristige Finanzierung wird allein durch zukünftige Generationen getragen. Angesichts des demographischen Wandels und der Realentwertung der Pflegeleistungen sprechen die Vorteile der kapitalgedeckten PV für sich. Verglichen mit anderen sozialen Sicherungssystemen ist besonders in der PV ein solcher Finanzierungswechsel am ehesten realisierbar, da diese noch nicht so lange besteht und ihr Leistungsvolumen vergleichsweise geringer ist. Durch eine kapitalgedeckte PV wäre die Finanzierung langfristig und generationengerecht sichergestellt. Die Älteren würden dann nicht mehr auf Kosten der Jüngeren leben.⁵³ Die vorgestellten Reformoptionen verdeutlichen, dass ein sofortiger Umstieg zu einem kapitalgedeckten Verfahren unmöglich und dass eine doppelte Belastung der Bürger während der Übergangsphase unumgänglich ist. Jeder Ansatz sieht eine Anlaufphase von mindestens 30-40 Jahren vor, bis eine Stabilisierung des Systems erreicht ist. Doch spätestens nach der Übergangsphase ist die Wohlfahrt der Bürger durch gesunkene Beiträge gestiegen.

Seitens der Politik wird häufig der Abschluss einer zusätzlich privaten PV empfohlen. Da Leistungen nicht dynamisiert werden, erschwert sich bei steigenden medizinischen Kosten die Finanzierung im Falle einer Pflegebedürftigkeit. Ohne eine zusätzliche private Pflegeversicherung müssten zunehmend mehr Eigen-

⁵² Vgl. Rürup, B. (2003), S. 215.

⁵³ Ehring, F. S. (2007), S. 23.

mittel aufgebracht werden. Bei Abschluss einer zusätzlichen Versicherung wären selbst große Pflegerisiken abgedeckt.

Trotz solcher politischer Empfehlungen ist es klar, dass ein Reformwechsel in der PV unumgänglich ist. Eine schnelle Abhilfe, die die Schwächen des aktuellen Systems ausgleicht, wäre wünschenswert. Denn jedes weitere verstrichene Jahr verteuert und erschwert den dringend notwendigen Systemwechsel in der sozialen PV.⁵⁴

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die theoretischen Grundlagen der PV beschrieben. Die PV ist in drei Pflegestufen unterteilt und bietet eine Absicherung des Pflegerisikos. Weiterhin liefert sie eine Entlastung für die Kommunen und die Pflegebedürftigen. Das gegenwärtige System wird durch das Umlageverfahren finanziert, in dem idealerweise die Ausgaben eines Jahres den Einnahmen entsprechen sollten. Dies ist jedoch aufgrund des demographischen Wandels bereits seit vielen Jahren nicht mehr gegeben. Die PV verzeichnet somit immer größer werdende Defizite. Kritisiert werden ebenfalls die fehlende Dynamisierung der Leistungen, die Lohnbezogenheit der Beiträge und der zunehmende Anstieg in der stationären Pflege, der zu höheren Ausgaben führt.

Im Anschluss wurden verschiedene Reformmodelle vorgestellt, die die Schwächen der aktuellen PV aufgreifen. Der Schwerpunkt wurde dabei auf die kapitalgedeckten Vorschläge gelegt. Durch die kapitalgedeckte Finanzierung wird der demographischen Entwicklung Rechnung getragen. Damit lässt sich der Trend zu einer immer stärker alternden Bevölkerung von den Finanzierungsaspekten der PV abkoppeln. Der Kronberger Kreis beabsichtigt als einziges Modell eine sofortige Umstellung vom Umlageverfahren zu einem kapitalgedeckten System. Jeder Bürger soll hier eine private kapitalgedeckte PV abschließen, die ein Mindestversicherungsniveau absichert. Das Auslaufmodell und das Kohortenmodell sehen den Umstieg auf ein kapitalgedecktes System lediglich für einen Teil der Bevölkerung vor. Nach der Herzog-Kommission soll ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden, der im Jahre 2030 aufgelöst wird und für eine versicherungsmathematische Individualisierung zu Gunsten der Alten

⁵⁴ Ehring F. S. (2007), S. 24.

eingesetzt wird. Eine Alternative stellt das Reformmodell der CSU dar. In diesem wird die soziale PV um eine zusätzliche kapitalgedeckte Finanzierung erweitert und ermöglicht damit eine Dynamisierung der Leistungen.

Mit Blick auf den demographischen Wandel lässt sich die Vorteilhaftigkeit einer kapitalgedeckten PV sofort erkennen. Trotz der teilweise vorhandenen Schwächen der Modelle, wie eine hohe finanzielle Belastung der Bürger während der Einführung, erfolgt spätestens nach der Übergangsphase eine Stabilisierung des Systems, die mit niedrigeren Beitragssätzen einhergeht.

Literaturverzeichnis

Börsch-Supan, A. / Gasche, M. / Wilke, C. B. (2009):

Auswirkungen der Finanzkrise auf die gesetzliche Rentenversicherung, ihre Beitragszahler und ihre Rentner, Mannheim.

Donges, J. B. / Eekhoff, J. / Franz, W. et al. (2005):

Tragfähige Pflegeversicherung, in: Stiftung Marktwirtschaft (Hrsg.), Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Bd. 42, Köln.

Ehring, F. S. (2007):

Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 2/07, Köln.

Häcker, J. / Raffelhüschen, B. (2003):

Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, Discussion Papers 110/03, Freiburg.

Häcker, J. / Höfer, M.A. / Raffelhüschen, B. (2004):

Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?, Discussion Papers 119/04, Freiburg.

Herzog-Kommission (Hrsg.) (2003):

Endbericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, URL: http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf [Stand 03.04.2010].

Hof, B. (2001):

Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln.

Ifo Schnelldienst (Hrsg.) (2007):

Finanzierbar, sozial und nachhaltig: Wie sollte die Pflegeversicherung reformiert werden ?, URL: http://www.cesifo-group.de/pls/guest/download/ifo%20Schnelldienst/ifo%20Schnelldienst%202007/ifosd_2007_9_1.pdf [Stand 05.04.2010].

PKV-Netz (Hrsg.) (o.J.):

Beitragsbemessungsgrenze, URL: <http://www.pkv-netz.com/aktuell-f.htm> [Stand 25.03.2010].

Rothgang, H. (2007):

Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung, Abschlussbericht, Bremen.

Rürup, B. (2003):

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, URL: http://www.bmas.de/portal/1462/property=pdf/deutsch_fassung.pdf [Stand 31.03.2010].

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.) (2004/2005):

Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (o.J.):

Pflegestatistik, URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflegestatistik2001bis2003,templateId=renderPrint.psml> [Stand 25.03.2010].

Straub, F. (1994):

Die gesetzliche und private Pflegeversicherung: die neue soziale Pflegeversicherung nach dem Pflegeversicherungsgesetz 1994, Freiburg.

von der Schulenburg, J.-M. (2005):

Versicherungsökonomik: Ein Leitfaden für Studium und Praxis, Karlsruhe.