

Bahr, Daniel et al.

Article

Überschüsse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds: Abschaffung der Praxisgebühren, Beitragssenkung oder Reservenbildung: Was ist sinnvoll?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Bahr, Daniel et al. (2012) : Überschüsse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds: Abschaffung der Praxisgebühren, Beitragssenkung oder Reservenbildung: Was ist sinnvoll?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 65, Iss. 23, pp. 3-19

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/165201>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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

Überschüsse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds: Abschaffung der Praxisgebühren, Beitragssenkung oder Reservenbildung: Was ist sinnvoll?

3

Aktuell weisen die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds Überschüsse von über 20 Mrd. Euro auf. Wie sollten diese Reserven verwendet werden?

Verantwortungsvolle Gesundheitspolitik – solide Finanzierung, gute Versorgung und mehr Wettbewerb

Gesundheitspolitik war in den vergangenen Jahrzehnten häufig vor allem Kostendämpfungspolitik. Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war geprägt von Defiziten und Beitragssatzsteigerungen. Die ausschließlich von der Lohnentwicklung abhängigen Einnahmen konnten die Ausgabenzuwächse infolge demographischer Entwicklung und medizinisch-technischen Fortschritts nicht kompensieren. Ferner war die wettbewerbliche Intensität im Gesundheitssystem zu gering, um Effizienzreserven in der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu heben. Steigende Beitragssätze hatten wiederum negative Auswirkungen auf Investitionen und Beschäftigung und verschlechterten dadurch die lohnabhängige Einnahmehasis der gesetzlichen Krankenversicherung.

Heute können wir ein anderes Bild zeichnen: Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich zuletzt so positiv entwickelt, dass wir nicht über Leistungseinschränkungen, sondern sogar über die sinnvollste Verwendung von Überschüssen diskutieren. Konkret bedeutet dies, dass die Krankenkassen ihre finanziellen Reserven bis Ende 2012 voraussichtlich auf über 14 Mrd. Euro ausbauen werden. Auch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich rund 13 Mrd. Euro betragen.

Positive Finanzsituation der GKV ist auch das Ergebnis guter Politik

Diese Überschüsse sind auf der einen Seite Folge der dynamischen Entwicklung bei Beschäftigung und Löhnen in den letzten

Jahren. Hierzu haben auch die Rahmenbedingungen einer verlässlichen Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung in einem schwierigen makroökonomischen Umfeld von europäischer Schulden- und Währungskrise beigetragen. Auf der anderen Seite haben die gesundheitspolitische Reformen der Bundesregierung entscheidenden Anteil daran, dass der Ausgabenanstieg in der GKV in den letzten Jahren moderat verlaufen ist und Effizienzreserven im System realisiert werden konnten. Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes und des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes wurden sowohl kurzfristige Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung – insbesondere im Bereich der Arzneimittelausgaben und der Verwaltungskosten der Krankenkassen – als auch strukturelle Reformen umgesetzt, die kurz-, mittel und langfristig die Wirtschaftlichkeit und Qualität des deutschen Gesundheitssystems erhöht haben und auch in Zukunft weiter erhöhen werden.

Umgang mit Finanzreserven der GKV mit Weitsicht

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass mit den Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortungsbewusst umgegangen werden muss. Gesetzlich ist vorgesehen, dass als Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mindestens 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe – das sind rund 3 Mrd. Euro – vorzuhalten sind. Die Mittel in der Liquiditätsreserve stellen sicher, dass der Gesundheitsfonds jederzeit seinen Zahlungsverpflichtungen gegenüber den Krankenkassen nachkommen und konjunkturelle Schwankungen in den Einnahmen ausgleichen kann. Daher ist auch eine maßvolle Überschreitung der Mindestreserve – vor dem Hintergrund der derzeitigen gesamtwirtschaftlichen Risiken im Zusammenhang mit der Schuldenkrise im Euroraum – als »Puffer« für ein nachhaltig finanziertes Krankenversicherungssystem sinnvoll.



Daniel Bahr*

© Frank Ossenbrink

* Daniel Bahr ist Bundesminister für Gesundheit.

Die aktuelle finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat darüber hinaus Spielräume für eine Entlastung der Versicherten und Patienten eröffnet. Deswegen wird durch die Abschaffung der Praxisgebühr dafür gesorgt, dass die Versicherten und Patienten an der erfreulichen Finanzlage unmittelbar beteiligt werden.

Beitragssatz gesetzlich dauerhaft festgelegt

Die Bundesregierung hat im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes den einkommensabhängigen Beitragssatz auf Dauer gesetzlich festgesetzt. Reichen die Einnahmen aus den Beitragssätzen nicht aus, erheben die Krankenkassen Zusatzbeiträge. Mit der Festschreibung des Beitragssatzes wird das Ziel verfolgt, dass der einkommensabhängige Beitragssatz künftig eine verlässliche und dauerhaft stabile Planungsgröße darstellt. Eine Politik, die zu dieser Zusage aus guten Gründen steht, wird selbstverständlich auch im Fall einer besonders guten Einnahmensituation nicht zum Instrument einer kurzfristigen Intervention am Beitragssatz greifen.

Abschaffung der Praxisgebühr – spürbare Entlastung und Bürokratieabbau

Die Bundesregierung hat sich demgegenüber mit der Abschaffung der Praxisgebühr für eine spürbare Entlastung der Patientinnen und Patienten entschieden, die verbunden ist mit dem Wegfall eines Instruments, welches die ursprünglich erhoffte Steuerungswirkung nie entfaltet hat. Mit der Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 sollte vor allem das Ziel erreicht werden, die Anzahl unnötiger Arztbesuche zu verringern. Es hat sich jedoch klar herausgestellt, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen nicht gesenkt hat.

Mit der Abschaffung der Praxisgebühr kommt es zu einer administrativen und zeitlichen Entlastung in den Arzt- und Zahnarztpraxen. Aktuelle Schätzungen zufolge verursachte die Praxisgebühr allein dort Bürokratiekosten von jährlich ca. 360 Mill. Euro und hat in den Praxen bis zu 120 Stunden Mehrarbeit verursacht, all dies bei einem Gesamtaufkommen von ca. 2 Mrd. Euro. Der Aufwand und die geringe Akzeptanz bei den betroffenen Patienten ist hier noch gar nicht berücksichtigt. Damit stand einer zweifelhaften Steuerungswirkung ein unverhältnismäßig hoher administrativer Aufwand gegenüber. Die zeitliche Entlastung durch den Wegfall der Praxisgebühr kann zukünftig wieder unmittelbar in die Versorgung der Patientinnen und Patienten fließen.

Forderungen nach der Bildung eines Kapitalstocks nicht zielführend

In den letzten Monaten wurde aus verschiedenen Kreisen auch die Verwendung der Überschüsse in der GKV für die Bildung

eines kollektiven Kapitalstocks als Demographiereserve empfohlen. Ein entscheidender Nachteil eines solchen Kapitalstocks wäre, dass es im Gegensatz zu den Alterungsrückstellungen, wie sie die private Krankenversicherung kennt, keinen eigentumsrechtlichen Schutz dieser Rücklagen gäbe.

Eine kollektive Demographiereserve wäre damit stets dem möglichen Zugriff des aktuellen Kapitalstockverwalters ausgesetzt und geriete daher zum Spielball aktueller Finanzlagen. Daneben sind mit dieser Idee zahlreiche weitere Nachteile verbunden. Hierzu zählt zum Beispiel, dass bei einem kollektiven Kapitalstock die Festlegung der korrekten Höhe dieses Kapitalstocks, sowie die Festlegung einer sachgerechten Dauer der Anspar- und Entsparphase willkürlich wäre. Damit wäre auch willkürlich, wer von diesem Kapitalstock profitiert. Zudem wäre es kaum vermittelbar, warum heutige Generationen den medizinischen Fortschritt für kommende Generationen über die Bildung eines Kapitalstocks vorfinanzieren sollten.

Überschüsse der Krankenkassen eröffnen Spielräume für Prämien

Neben einer Abschaffung der Praxisgebühr werden die Versicherten in verstärktem Ausmaß durch Prämienausschüttungen von Krankenkassen an der positiven finanziellen Entwicklung beteiligt. Zwar sind maßvolle Finanzreserven der Krankenkassen sinnvoll, um unterjährige Ausgabenschwankungen auszugleichen. Allerdings überschreiten die Reserven etlicher Krankenkassen mittlerweile die gesetzlich vorgesehene Obergrenze. Es ist daher folgerichtig, dass Krankenkassen Prämien an ihre Mitglieder ausschütten. Im Jahr 2013 wird die Zahl der Mitglieder, die von Prämienauszahlungen profitieren werden, auf ca. 7 Millionen steigen. Die vermehrte Auszahlung von Prämien hat ferner den positiven Effekt, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter an Intensität gewinnt.

Die aktuellen Überschüsse sind nur eine Momentaufnahme

Uns allen muss jedoch bewusst sein, dass die derzeitigen Überschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung nur eine Momentaufnahme darstellen. Die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden dazu führen, dass geringeren Zuwächsen bei den Beitragseinnahmen eine tendenziell wachsende Ausgabendynamik in der medizinischen Versorgung gegenüber steht. Das bedeutet, dass wir zukünftig mit begrenzten Mitteln ein permanentes Mehr an Gesundheitsleistungen finanzieren müssen. Daher ist es wichtig, dass wir bereits heute die Weichen dafür stellen, die langfristige Finanzierbarkeit zu sichern, um die hohe Qualität unseres Gesundheitssystems auch für die Zukunft zu bewahren.

Das am besten geeignete Instrument, um bei knappen finanziellen Mitteln eine hohe Qualität der Versorgung zu garantieren, ist die Stärkung der wettbewerblichen Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems. Wettbewerb stimuliert die Kreativität der Akteure und fördert die Suche nach innovativen Lösungen. Dadurch wird die Qualität der Versorgung gesteigert und die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven ermöglicht.

Wettbewerbsorientierte Strukturreformen sollen die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen

Die Bundesregierung hat daher in der aktuellen Legislaturperiode weitreichende Strukturreformen auf der Einnahmen- und Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Weg gebracht. Ziel dieser vorausschauenden Reformpolitik ist es, die Transparenz über Leistungen, ihre Qualität und ihren Preis zu erhöhen, die wettbewerbliche Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems zu stärken und so die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern. Das GKV-Finanzierungsgesetz und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz haben einen Paradigmenwechsel eingeleitet, der staatliche Regulierung durch mehr Wettbewerb und mehr Wahlfreiheit ersetzt.

Mit der Einführung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes wurden unverzerrte und transparente Preissignale für die Versicherten geschaffen und der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen intensiviert. Durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich wird sichergestellt, dass die Bezieher niedriger Einkommen durch diese Finanzierungs Komponente nicht überfordert werden und die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Bürger bei der Finanzierung dieses Sozialausgleichs berücksichtigt wird. Darüber hinaus wurden mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz und dem Versorgungsstrukturgesetz eine Vielzahl von Anreizen gesetzt, damit sich auch die Leistungsanbieter um eine höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung bemühen. Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz wurde der Wettbewerb im Arzneimittelmarkt gestärkt und die Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten neu ausgerichtet. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz sind nicht nur Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung umgesetzt, sondern auch mehr Wettbewerb, mehr Transparenz und mehr Wirtschaftlichkeit ins System gebracht.

Fazit

Die zentrale Herausforderung an eine nachhaltige Gesundheitspolitik besteht darin, die medizinische Versorgung in

Deutschland langfristig finanzierbar auszugestalten. Es ist das Bestreben der Bundesregierung, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Herkunft, Geschlecht und Alter die notwendige medizinische Versorgung zeitnah und qualitativ hochwertig erhalten. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren – unabhängig davon, ob sie in einer Großstadt oder in einer strukturschwachen und ländlichen Region leben. Die Bundesregierung hat mit einer Vielzahl an wettbewerbsorientierten und nachhaltigen Strukturreformen die Grundlage für ein nachhaltig finanziertes Gesundheitssystem gelegt.



Jürgen Graalmann*

Kassensturz nach dem Koalitionsbeschluss: Was von den Rücklagen übrig bleibt und was man damit machen sollte

Finanzsituation der GKV

In der GKV gilt im Haushaltsjahr grundsätzlich: Der Gesundheitsfonds trägt das Einnahmenrisiko, die Krankenkassen tragen das Ausgabenrisiko. Vor diesem Hintergrund sind auch die bestehenden Rücklagen zu bewerten. Der Schätzerkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung hat am 11. Oktober sein Ergebnis für 2012 und 2013 veröffentlicht. Werden die prognostizierten Ergebnisse mit den aktuellen Reserven aufsummiert, liegen die Rücklagen bis Ende 2013 im Gesundheitsfonds bei 14,3 Mrd. Euro und bei den Krankenkassen bei 13,9 Mrd. Euro.

Bei Gesamtausgaben der GKV von prognostizierten 190 Mrd. Euro für das nächste Jahr betragen die Monatsausgaben 15,8 Mrd. Euro. Die Rücklagen der Krankenkassen in Höhe von 13,9 Mrd. Euro werden also bereits im nächsten Jahr weniger als eine Monatsausgabe ausmachen. Hinzu kommen zusätzliche Ausgabenrisiken in nahezu allen Bereichen. So wurde mit den Vertragsärzten zwar eine Einigung auf Bundesebene erzielt. Jedoch sehen sich die Krankenkassen auf Landesebene mit zusätzlichen Honorarforderungen der kassenärztlichen Vereinigungen konfrontiert, die Steigerungsraten im zweistelligen Bereich beinhalten. Auch Krankenhäuser, Pharmaindustrie und Apotheker stellen Mehrforderungen, die jeweils im dreistelligen Millionenbereich liegen. Diese Mehrausgaben wären basiswirksam. Sie gelten nicht nur einmalig, sondern müssen Jahr für Jahr finanziert werden. Die Rücklagen hingegen können nur einmal ausgegeben werden. Die Nachhaltigkeit wird in der Überschussdiskussion gern ausgeblendet.

Doch es gibt nicht nur Risiken auf der Ausgabenseite. Auch die Einnahmesituation hat sich nach dem Koalitionsaus-

schuss vom 4. November 2012 erheblich verschlechtert. Der Wegfall der Praxisgebühr führt zu Einnahmeausfällen von 1,8 Mrd. Euro. Der Bundeszuschuss sinkt um zusätzliche 500 Mill. Euro.¹ Beides soll aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Die Fondsreserven werden 2014 aus den gleichen Gründen nochmals um 3,8 Mrd. Euro abgeschmolzen. Ende 2014 liegt das Volumen der Liquiditätsreserve voraussichtlich bei 8,2 Mrd. Euro. Risiken aus der sich abschwächenden konjunkturellen Entwicklung sind nicht eingepreist und müssten zumindest für 2013 ebenfalls aus der Liquiditätsreserve finanziert werden. Unter Anwendung des kaufmännischen Vorsichtsprinzips heißt das: Fast die Hälfte der Gesundheitsfondsreserven wird 2014 aufgebraucht sein. Vor dem Hintergrund der Einnahmen- und Ausgabenrisiken für Gesundheitsfonds und Krankenkassen relativiert sich die aktuelle Überschussituation deutlich. Erinnert sei zudem an das gesetzlich bestehende Rücklagen-Soll der Krankenkassen von 1,5 Monatsausgaben, das im nächsten Jahr bei 24 Mrd. Euro liegt.

Rücklagensituation historisch einmalig – strukturelles Defizit nicht

Hierbei unberücksichtigt ist noch die Tatsache, dass die Einnahmen der GKV mit 1,5% im langjährigen Durchschnitt deutlich langsamer steigen als die Ausgaben mit 3,6%. Dieses strukturelle GKV-Defizit beläuft sich auf 2,1% bzw. 4 Mrd. Euro pro Jahr.² In diesem Umfang werden die verbliebenen Rücklagen Jahr für Jahr abgebaut. Aber wie konnte es vor dem Hintergrund eines anhaltenden strukturellen Defizites überhaupt zur aktuellen Überschussituation kommen? Die Antwort liegt im Wesentlichen in der Anhebung der Steuerzuschüsse und des Beitragssatzes in dieser Legislaturperiode. Lagen die Steuerzuschüsse 2008 noch bei 2,5 Mrd. Euro, belaufen sie sich für das Jahr 2012 auf 14 Mrd. Euro. Sie sind zur Finanzierung der so genannten versicherungsfremden Leistungen vorgesehen, welche die GKV bis dahin aus Beitragsmitteln finanzieren musste. Die Anhebung des Beitragssatzes auf 15,5% bedeutet zusätzlich 6,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen pro Jahr. Diese Maßnahmen trafen zusätzlich auf eine günstige Konjunktur- und Arbeitsmarktentwicklung. Konjunkturerfekte und Mehreinnahmen wurden durch gesetzgeberische Interventionen auf der Ausgabenseite ergänzt. So haben die Begrenzung der Ausgabenzuwächse insbesondere im Arzneimittelbereich ebenfalls ihren Teil zur aktuellen Rücklagensituation beigetragen. Hierbei handelt es sich jedoch um zeitlich begrenzte Maßnahmen, die Ende 2013 auslaufen. Nur das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz mit seiner frühen Nutzenbewertung stellt einen strukturellen Beitrag zum Abbau des GKV-Defizites dar. Insofern ist die aktuelle Rücklagensituation in der Geschichte der GKV

* Jürgen Graalmann ist Geschäftsführender Vorstand des Bundesverbands der AOK.

¹ Bereits im Haushaltsbegleitgesetz für 2013 war eine Absenkung um 2 Mrd. Euro vorgesehen.

² Durchschnittliche Steuerungsrate für den Zeitraum 2004 bis 2010.

einmalig und hauptsächlich das Resultat von erhöhten Steuerzuschüssen und Beitragssatzsteigerungen. Da wir diese zumindest in der Dynamik für die Zukunft ausschließen (müssen), überdeckt die aktuelle Situation den Handlungsdruck im Zusammenhang mit dem strukturellen Defizit.

Fiskalpakt erhöht den Druck auf die GKV

Während in der Gesundheitspolitik noch darüber diskutiert wird, wie die Rücklagen best- bzw. schnellstmöglich verteilt werden können, drängen sich aus fiskalpolitischer Sicht seit der Verabschiedung des europäischen Fiskalpaktes ganz andere Überlegungen auf. Dieser markiert laut OECD den Übergang von der europäischen Stabilisierungs- zur Konsolidierungspolitik. Er umfasst neben den Haushalten des Bundes und der Länder auch die Kommunen, die Gesetzliche Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Er schreibt unter anderem vor, dass das strukturelle Defizit eines Landes auf 0,5% des Bruttoinlandsprodukts begrenzt ist. Von diesen 0,5% können gedanklich 0,35% abgezogen werden, da diese als Spielraum laut grundgesetzlich verankerter Schuldenbremse für den Bund vorgesehen sind. Damit verbleiben für Länder, Kommunen und Sozialversicherungen 0,15%. Angesichts der knappen Kassen in Ländern und Kommunen ist de facto davon auszugehen, dass die Vorgaben für die Sozialversicherungen hinsichtlich eines möglichen strukturellen Defizits bei null liegen.

Das strukturelle GKV-Defizit muss auch und gerade unter den Bedingungen des Fiskalpaktes also substanzial gelöst werden. Es kann anders als in der Vergangenheit nicht mehr auf steigende Steuerzuschüsse zurückgegriffen werden. Denn höhere Steuerzuschüsse erhöhen das Defizit des Bundes, sofern sie nicht durch Steuererhöhungen gegenfinanziert sind. Vielmehr zeigen die Ergebnisse des Koalitionsausschusses, dass die Konsolidierungsanforderungen des Bundes direkt auf die Finanzausstattung der GKV durchschlagen, was den zeitlichen Druck zur Beseitigung der strukturellen Lücke nochmals erhöht. Diese Konsolidierungsbemühungen werden sich fortsetzen. Der Bund steht nicht nur in der Verantwortung für seinen Haushalt und die Sozialversicherungen, sondern haftet auch im Außenverhältnis für die Defizite von Ländern und Kommunen. Gelingt es nicht, die Defizitgrenzen einzuhalten, ist anders als noch bei Überschreiten der Defizitgrenzen 2002 mit einer deutlichen Reaktion der Finanzmärkte zu rechnen. Dies würde wiederum die Refinanzierungskosten aller öffentlichen Haushalte erhöhen. Darüber hinaus könnten andere europäische Länder vom Vertrauensverlust Deutschlands als Stabili-

tätsanker Europas betroffen sein. Es erscheint schlichtweg nicht darstellbar, dass Deutschland anderen europäischen Ländern strikte Sparvorgaben macht und selber die Vorgaben des Fiskalpaktes nicht einhält.

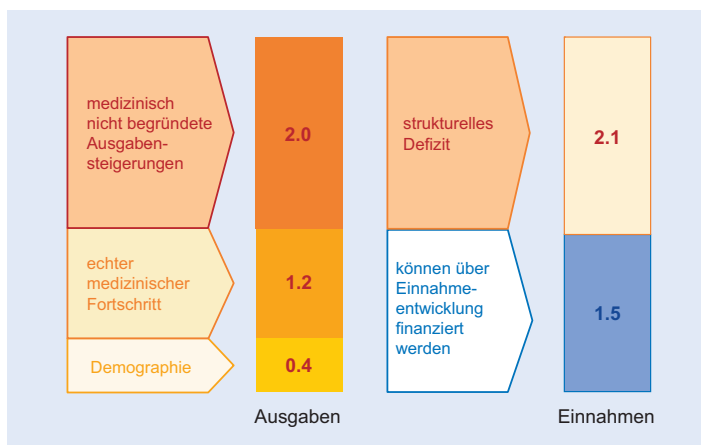
Abbau des strukturellen Defizites ist nötig und möglich

Auf der Ausgabenseite gibt es drei wesentliche Treiber. Der demographische Wandel führt in der GKV zu jährlichen Ausgabensteigerungen von 0,4%. Zusammen mit dem medizinischen Fortschritt ergeben sich jährliche Ausgabensteigerungen von 1,6%.³ Beides zusammen führt nicht zu der oftmals befürchteten Kostenexplosion. Vielmehr zeigt sich, dass sowohl der demographische Wandel als auch der medizinisch technische Fortschritt grundsätzlich über die Einnahmentwicklung finanziert werden können. Die restlichen 2,0% Steigerungsrate ergeben sich aus medizinisch nicht begründeten Ausgabensteigerungen mit ihren vielfältigen Ursachen. So zeigt das Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen, dass hier noch ein erhebliches Verbesserungspotenzial besteht. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland mehr als 880 000 diagnostische Herzkatheter-Operationen durchgeführt. Das sind 70% mehr als in Österreich und sogar 98% mehr als in der Schweiz. Die hohe Zahl weist auf medizinisch nicht begründete Eingriffe hin, die nicht nur unnötige Kosten verursachen, sondern durch die Patienten auch unnötigen Risiken aussetzen wurden.

Während es geboten ist, den echten medizinisch technischen Fortschritt und den demographischen Wandel über

³ Berechnungen des Autors auf Basis von S. Felder (2012), *Gesundheitsausgaben und Demografischer Wandel*, Springer Medizin Verlag, Berlin.

Abb. 1
Durchschnittliche Steigerungsraten von Ausgaben und Einnahmen



Quelle: Berechnung des Autors auf Basis des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), 2004–2010.

solidarisch aufgebrauchte Beitragsmittel zu finanzieren, verbietet es nicht nur das Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV, sondern auch der gesunde Menschenverstand, dass unbegründete Ausgabensteigerungen über Pflichtbeiträge finanziert werden. Diese treten in einer Höhe auf, die dem strukturellen Defizit entspricht, also der langjährigen Differenz zwischen Einnahme- und Ausgabenentwicklung von 2% pro Jahr. Dies entspricht bei einem aktuell erwarteten Ausgabenvolumen von 190 Mrd. Euro ca. 4 Mrd. Euro pro Jahr. Dass es bei der Ausgabenentwicklung auf jeden Prozentpunkt ankommt, verdeutlicht eine einfache Berechnung des Ausgabenniveaus in 20 Jahren. Gelingt es nicht, das strukturelle Defizit zu beseitigen, liegen die Ausgaben dann bei 355 Mrd. Euro, die wir für die Versorgung aufbringen müssten. Steigen die Ausgaben hingegen im Umfang der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts, beträgt das Ausgabenniveau 236 Mrd. Euro. Der Unterschied von 120 Mrd. Euro pro Jahr entspricht zwölf Beitragssatzpunkte. Aus der Sicht einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung sind die aktuellen Forderungen im Rahmen der Überschusssituation daher nur schwer nachvollziehbar.

Neben der Verteilung von Rücklagen erlebt auch die Frage nach der Art der Finanzierung in der öffentlichen Debatte eine große Beachtung. Hier gilt es zwischen zwei Ebenen zu unterscheiden. Zunächst stellt sich die Frage, wie viel insgesamt überhaupt finanziert werden muss. In einem zweiten Schritt stellt sich die Frage, wie die notwendigen Mittel aufgebracht werden können (Beiträge, Zusatzbeiträge, Steuermittel, Zuzahlungen). Während Ersteres schlichtweg die ökonomische Frage beantworten soll, wie wir mit den begrenzten finanziellen Ressourcen am besten umgehen können, geht es im zweiten Schritt auch um verteilungspolitische und ideologische Fragen, die hier zunächst zurückgestellt werden sollen. In dieser Reihenfolge sollte an die Fragen her-

gegangen werden, da es immer eine unnötige Belastung ist, nicht gerechtfertigte Ausgabensteigerungen zu finanzieren, ob nun über Steuern, Beiträge oder Zuzahlungen.

Nachhaltige Lösung über Qualität und Strukturverbesserungen möglich

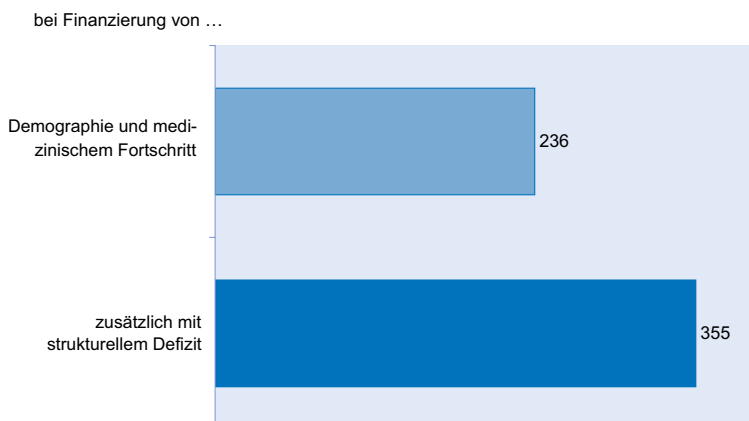
Soll auch in Zukunft jeder in Deutschland – unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand – eine hochwertige medizinische Versorgung erhalten, ist dies sozial ausgewogen und angesichts der knappen finanziellen Ressourcen insbesondere über eine Steigerung der Qualität möglich. Ausgangspunkt für eine stärkere Qualitätsorientierung muss der Patientennutzen sein. Er ist das übergeordnete Ziel einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung und die eigentliche Legitimation für das Handeln von Krankenkassen und Leistungserbringern. So wird es möglich, die bestehenden Strukturen kritisch zu hinterfragen, etwa im Bereich der ambulanten Leistungen, die sowohl von Krankenhäusern als auch von niedergelassenen Ärzten erbracht werden können. Gute Qualität spart Geld und verhindert Leiden für die Patienten. Anderweitig müssten die Beiträge steigen, Leistungen ausgegrenzt oder Eigenbeteiligungen angehoben werden. Allerdings müsste dies angesichts des drohenden Ausgabenniveaus in einem Umfang geschehen, der entweder ethisch problematisch, sozial inakzeptabel oder volkswirtschaftlich gefährdend ist.

Die Qualitätsorientierung bezieht sich sowohl auf den Umgang mit neuen Leistungen, im Rahmen einer frühen Nutzenbewertung, wie sie derzeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss bei patentgeschützten Arzneimitteln durchgeführt wird, als auch auf den bestehenden Leistungskatalog über eine Kosten-Nutzenbewertung.

Sie bezieht sich auf die Ergebnisqualität und wirkt sich in der Folge auch auf die Versorgungsstruktur aus. Denn es werden für bessere Behandlungsergebnisse auch Prozesse und Strukturen hinterfragt werden müssen. So haben Kliniken, die sich aktiv mit ihren Qualitätsergebnissen, zum Beispiel im Rahmen der Qualitätsmessung mit Routinedaten, auseinandersetzen, durch verbesserte Prozesse die Ergebnisqualität signifikant steigern können.

Nicht nur der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, auch die OECD und namhafte internationale Wissenschaftler bescheinigen Deutschland immer wieder erhebliche Potenziale bei der Qualität. Voraussetzung für eine Steigerung der Qualität ist eine valide

Abb. 2
Ausgabenniveau in Mrd. Euro in 20 Jahren



Quelle: Berechnung des Autors auf Basis des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), 2011.

Messung der Versorgungsqualität sowie eine hinreichende Transparenz für Patienten, Kostenträger und Wettbewerber.

Echte Innovationen belohnen

Medizinischer Fortschritt verdient nur dann diese Bezeichnung, wenn neue Methoden, Produkte oder Arzneimittel einen belegten zusätzlichen medizinischen Nutzen für den Patienten haben. Diese Leistung gilt es dann auch entsprechend zu vergüten.

Von diesem Gedanken hat man sich bei der Einführung der frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel leiten lassen, mit der Entlastungseffekte von 2 Mrd. Euro pro Jahr erwartet werden. Dieser Gedanke sollte sich hierauf aber nicht beschränken, sondern vielmehr eine Grundmaxime für die Frage nach dem Umgang mit medizinischem Fortschritt werden. Auch neue – meist kostenintensive – Therapieformen und Medizinprodukte sollten entsprechend beurteilt werden. So könnte überlegt werden, für kostenintensive Medizinprodukte eine dem Arzneimittelsektor entsprechende frühe Nutzenbewertung zu etablieren. Für neue Therapieformen – insbesondere im stationären bzw. spezialärztlichen Sektor – könnte sich deren Anwendung künftig auf Innovationszentren konzentrieren, solange ein Nutznachweis fehlt. Nach Vorliegen dessen könnte ein Übergang in eine flächendeckende Versorgung und eine wirtschaftliche Vergütung bestimmt werden.

Qualitätsdefizite kosten Geld

Ein weiterer wichtiger Baustein zur vernünftigen Steuerung der künftigen Ausgabenentwicklung ist die Frage nach dem Umgang mit den unterschiedlichen Qualitätsniveaus. Dass diese transparent wurden, ist den Entwicklungen bei der Qualitätsmessung medizinischer Ergebnisse zu verdanken. So ist z.B. anhand von Routinedaten (QSR) deutlich geworden, dass die Komplikationsraten bei rund 100 Kliniken in der Region Rheinland in den Bereichen Knie- und Hüftoperationen zwischen unter 5% und weit mehr als 30% liegen. Letztere »unterdurchschnittliche« Qualität birgt nicht nur die Gefahr von vermeidbaren Komplikationen. Sie führt auch dazu, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit um 34% zunimmt. Solche Beispiele zeigen die enormen direkten und indirekten Kostenwirkungen bestehender Qualitätsdefizite. Die erheblichen Unterschiede müssen finanzielle Konsequenzen haben, indem Dienstleistungen unterhalb eines Qualitätsstandards von einer vollständigen Erstattung ausgenommen werden.

Die Kunst liegt in der Umsetzung

Die benannten Beispiele machen deutlich: Eine stärkere Orientierung an der Qualität nützt Patienten, belohnt gute Be-

handlungsergebnisse und hilft, die Ausgabendynamik zu begrenzen. Alles gut also? Die Kunst liegt natürlich nicht in dieser trivialen Erkenntnis, sondern in der Umsetzung. Und jetzt die gute Nachricht: Wir haben in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte beim Thema Qualität gemacht. So wurden die Evaluation medizinischer Versorgung deutlich verbessert, Methoden zur Messung von Qualität entwickelt und Möglichkeiten der Risiko- und Morbiditätsadjustierung ausgebaut. Dass es geht, zeigen nicht nur die frühe Nutzenbewertung bei Arzneimitteln oder die Qualitätsmessung im Krankenhausbereich. Auch der Morbi-RSA, um den uns andere Länder beneiden, hat gezeigt, dass betriebswirtschaftliche Anreize zur Risikoselektion verringert und durch Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität ersetzt werden können. Wir können von den Akteuren im Gesundheitswesen erst dann ernsthaft erwarten, dass sie die Qualität der Versorgung in ihrem Handeln in den Mittelpunkt stellen, wenn es sich auch betriebswirtschaftlich auszahlt. Die Politik hat die Verantwortung, an diesen Stellschrauben zu drehen und sie hat Zugang zu dem notwendigen Know-how, dass zwischenzeitlich aufgebaut wurde. Die Politik kann mit geeigneten Rahmenbedingungen den Akteuren im Gesundheitswesen klar und deutlich signalisieren: »Positioniert euch über Qualität, dann werdet ihr belohnt.« Die verbleibenden Rücklagen geben der Politik nur begrenzte Zeit, um diese Weichenstellungen vorzunehmen. Weiteres Geld verteilen ohne Qualitätsanreize hingegen führt zwangsläufig zu Rationierung, die dank des aktuellen Kenntnisstandes auf das Abstellgleis gehört.

Fazit

Die aktuelle Finanzsituation der GKV weist hohe Rücklagen auf. Mit dem Koalitionsbeschluss wurde der verteilungspolitische Spielraum weitestgehend aufgebraucht. Die verbleibenden Rücklagen geben der Politik gerade noch ausreichend Zeit, um strukturelle Reformen auf den Weg zu bringen. Vor dem Hintergrund einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der medizinischen Versorgung und des Fiskalpaktes muss als vorrangiges Ziel das strukturelle Defizit abgebaut werden. Sofern weiter jeder Anspruch auf eine umfassende und zugleich bezahlbare medizinische Versorgung haben soll, gelingt dies nur über eine stärkere Orientierung an der Qualität. Moderne Instrumente und Methoden können zusammen mit geeigneten Rahmenbedingungen genutzt werden, um medizinisch nicht begründete Ausgabensteigerungen zu vermeiden. Es ist die Hauptaufgabe einer zukunfts-fähigen Gesundheitspolitik, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass sich Qualität auszahlt.



Hendrik Jürges*

GKV-Überschüsse als Anlass zu einer wettbewerbsorientierten Neujustierung der Krankenversicherung

Bei den Überschüssen der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds in Höhe von aktuell etwa 22 Mrd. Euro handelt es sich – darin sind sich wohl alle Experten einig – um ein vorübergehendes Luxusproblem. Spätestens 2014 werden den Prognosen nach die Überschüsse verschwunden und Defizite gewichen sein. Die Politik hat die vergleichsweise angenehme Frage »wohin mit dem vielen Geld?« bereits beantwortet und die bei Leistungserbringern wie Patienten gleichermaßen unpopuläre Praxisgebühr von maximal 10 Euro pro Quartal zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Zugleich wurde vereinzelt Forderungen nach einer Senkung der Krankenversicherungsbeiträge eine deutliche Absage erteilt. Von Seiten der Krankenkassen machten etwa alarmistische Meldungen die Runde, das nach §261 SGB V vorgeschriebene Rücklagesoll der Krankenkassen reiche »nur für acht Tage« (also 0,25 Monatsausgaben). Ein Abbau der Überschüsse durch Beitragssenkungen sei aufgrund des Erfordernisses einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung unvermeidbar. Auch gab es kaum Befürworter einer Bildung befristeter Kapitalreserven zur Abfederung der Auswirkung der demographischen Alterung.

Aus wirtschaftspolitischer Sicht muss von einer vertanen Chance gesprochen werden. Zum Abbau der Überschüsse taugt die Abschaffung der Praxisgebühr ohnehin kaum. Voraussichtlich etwa 2 Mrd. Euro weniger werden die Krankenkassen und der Gesundheitsfonds einnehmen, ein eher symbolischer »Beitrag« zum Abbau des Überschusses. Stattdessen steht zu befürchten, dass 2013 mit den verbleibenden Überschüssen von immer noch 20 Mrd. Euro, wenn gleich transitorischer Natur, im Gesundheitswesen Wahlgewinne mit langfristiger Bindungswirkung verteilt werden. Die Interessenvertreter der Leistungserbringer sind be-

kanntlich selten um Begründungen verlegen, weshalb im Gesundheitswesen nicht gespart werden sollte.

Die Entscheidung der Politik ist umso bedauerlicher, da die aufgelaufenen Überschüsse Anlass zu einer wichtigen Kursbestimmung in der Gesundheitspolitik auf der Einnahmenseite hätten geben können, nämlich (1) zu einer Stärkung von Selbstverantwortung und Nachfragemacht auf Seiten der Patienten durch Umgestaltung der Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen, sowie (2) zu einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und einem langfristigen Umbau des Krankenversicherungssystems durch Senkung des allgemeinen Beitragssatzes bei gleichzeitigem Ausbau des einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags.

Abschaffung der Praxisgebühr – gesundheitspolitischer Irrweg

In Politik und Öffentlichkeit wird als Grund für die Abschaffung der Praxisgebühr erstens der hohe Verwaltungsaufwand genannt. Schätzungen zufolge lagen die Kosten bei etwa 300 Mill. Euro im Jahr. Unabhängig von der tatsächlichen Größenordnung sollten diese Klagen nicht zu ernst genommen werden, da über einen ähnlichen Verwaltungsaufwand an anderer Stelle, nämlich bei der Abrechnung von Ige-Leistungen oder der Privatliquidation gerne geschwiegen wird. Zweitens wird der Praxisgebühr vorgeworfen, sie habe ihre Wirkung verfehlt. Gemeint ist hier offensichtlich die intendierte Lenkungswirkung, also die Menschen dazu zu bewegen, weniger häufig zum Arzt zu gehen. Hier liegen mindestens zwei Denkfehler vor.

1. Selbst wenn man von der (unbewiesenen) Prämisse ausgeht, die Praxisgebühr habe kaum einen überflüssigen Arztbesuch verhindert, stellt sich die Frage, warum dann gerade die Praxisgebühr abschaffen? Neben der Praxisgebühr gibt es vielfältige weitere Zuzahlungen für gesetzlich Versicherte, die ebenfalls Verwaltungskosten verursachen, aber offensichtlich noch geringere Lenkungswirkungen entfalten. Dies gilt insbesondere für Zuzahlungen bei verschreibungspflichtigen Medikamenten und Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten. Beiden Formen der Inanspruchnahme ist gemein, dass aus Sicht des Patienten medizinische Notwendigkeit herrscht und die Patienten mithin unelastisch auf Preisänderungen in Form von Zuzahlungen reagieren. Dagegen ist nicht jeder Arztbesuch im ambulanten Bereich a priori medizinisch notwendig, so dass eine gewisse Reaktion der Patienten erwartet werden kann. Folgt man der Argumentation, dass vermeintliche Erfolglosigkeit beim Ziel »Reduktion der in Anspruch genommenen Leistungen« ein hinreichender Grund zur Abschaffung einer Zuzahlung ist, dann hätte man wohl bei den Zuzahlungen in Apo-

* Prof. Dr. Hendrik Jürges ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und -management an der Bergischen Universität Wuppertal.

theiken und Krankenhäusern beginnen sollen und nicht bei der Praxisgebühr.

2. Darüber hinaus besteht für die weithin vertretene These, die Einführung der Praxisgebühr habe keine Auswirkung auf die Anzahl der Arztbesuche gehabt, bei genauerer Betrachtung keine ausreichende Evidenz. Zwar mangelt es nicht an wissenschaftlichen Arbeiten dazu, aber diese sind zum einen in ihren Ergebnissen widersprüchlich und zum anderen aus methodischen Gründen nicht vollends überzeugend. Die besten verfügbaren Studien gehen dabei über einfache Vergleiche der Anzahl der Arztbesuche vor und nach Einführung der Praxisgebühr oder Selbstauskünfte von Patienten über Verhaltensänderungen hinaus. Sie bemühen im Einklang mit den methodischen Standards der modernen Evaluationsforschung quasi-experimentelle Designs, wobei Personengruppen, für die keine Praxisgebühr eingeführt wurde (Privatpatienten oder Jugendliche), als Kontrollgruppen dienen (vgl. z.B. Augurzky et al. 2006; Schreyögg und Grabka 2010). Die dabei zu Tage getretenen »Nicht-Ergebnisse« müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden. Erstens sind derartige quasi-experimentelle Designs datenhungrig, so dass auch quantitativ relevante Effekte statistisch schwer nachweisbar sind, und Abwesenheit von Evidenz bedeutet nicht zugleich Evidenz von Abwesenheit. Zweitens muss im konkreten Fall der Praxisgebühr auch hinterfragt werden, ob es sich insbesondere bei Privatpatienten um eine taugliche Kontrollgruppe handelt. Aufgrund ihrer Einführung verändert sich das Kalkül bei der Wahl des Versicherungsstatus, d.h. die Zusammensetzung der Kontrollgruppe könnte sich aufgrund des »Treatment« geändert haben. Auch könnte sich das Verhalten von Ärzten geändert haben. Kommen z.B. weniger GKV-Versicherte in die Praxis, könnte versucht werden, dies durch Leistungsausweitung bei den Privatpatienten zu kompensieren.

Die methodisch überzeugendste Evidenz zur Wirkung von Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen ist mittlerweile über 30 Jahre alt und stammt aus den USA, und zwar aus dem bekannten RAND Health Insurance Experiment (vgl. Manning et al. 1987). Dort konnte in einer großen, randomisierten Feldstudie gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen von der Höhe der Selbstbeteiligung abhing, wobei Arztbesuche aufgrund weniger ernster Erkrankungen mit stärkeren Nachfragereaktionen verbunden waren. Negative gesundheitliche Auswirkungen in Folge einer verminderten Inanspruchnahme waren in der Regel nicht zu beobachten.

Natürlich kann man bezweifeln, dass Ergebnisse aus den USA, wenngleich intern valide, auf das deutsche Gesundheitswesen im Allgemeinen und auf die Wirkung der Praxisgebühr im Besonderen übertragbar sind. Es gibt allerdings auch für Deutschland ein eindruckliches Beispiel da-

für, dass Patienten auf finanzielle Anreize reagieren. Zusammen mit der Praxisgebühr wurden auch erhebliche Zuzahlungen für in Vitro-Fertilisationen in Höhe von etwa 1 600 Euro pro Behandlungszyklus beschlossen. Unmittelbar nach Bekanntwerden des Beschlusses im Frühjahr 2003 stieg die Anzahl der eingeleiteten künstlichen Befruchtungen in Deutschland rapide an (Vorzieheffekt), um mit Beginn des Jahres 2004 gegenüber 2002 um etwa 40% abzunehmen (vgl. IGES 2009). Dieser Nachfragerückgang war nachhaltig. Im Jahr 2010 gab es trotz sich stetig verbessernder Erfolgchancen immer noch etwa 20% weniger Kinderwunschbehandlungen als 2002.

Dieses Beispiel illustriert, dass eine Selbstbeteiligung in ausreichender Höhe auch in Deutschland die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeinflusst. Daraus lässt sich folgern, dass die Praxisgebühr – was das Lenkungsziel angeht – zu niedrig angesetzt oder anderweitig schlecht konstruiert war. Man hätte also nicht über deren Abschaffung, sondern über die Neugestaltung der Eigenbeteiligung der gesetzlich Versicherten diskutieren sollen, und zwar mit dem doppelten Ziel der Stärkung der Lenkungswirkung und der Minderung des Verwaltungsaufwandes. Die nun abgeschaffte Variante der Praxisgebühr, 10 Euro bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal zahlen zu müssen und danach nichts mehr, war vermutlich in Bezug auf beide Ziele nicht die beste Variante.

Aus der Wissenschaft kommt denn auch der Vorschlag, die Gebühr auf 5 Euro zu verringern, aber pro Arztbesuch zu erheben, so dass bei jedem Besuch Zuzahlungen fällig werden und das Verhalten der Patienten beeinflussen können (vgl. SVR 2012; DGGÖ 2012a). Dabei sollte wie bisher eine Belastungsobergrenze von 2% (bzw. 1% bei chronisch Kranken) des Bruttoeinkommens für alle Zuzahlungen zusammen gelten. Nun sind 5 Euro ein sehr kleiner Betrag, der vielleicht vorgeschlagen wurde, um Politik und Patienten nicht zu verschrecken. In anderen Ländern sind die Zuzahlungen im ambulanten Bereich deutlich höher, ohne dass die Welt aus den Fugen gerät. In Schweden etwa – mit im Schnitt 60% weniger Arztbesuchen pro Person und Jahr – zahlt man beim Hausarzt je nach Region zwischen 11 und 22 Euro pro Besuch, beim Spezialisten sogar zwischen 25 und 35 Euro pro Besuch. Die Zuzahlungen sind durch eine absolute obere Belastungsgrenze von 122 Euro pro Patient pro Kalenderjahr gedeckelt (vgl. Anell et al. 2012).

Zuzahlungen von etwa 15 bzw. 30 Euro pro Arztbesuch dürften folglich auch in Deutschland möglich sein, solange die Gesamtbelastung der Versicherten begrenzt wird. Die Gebühr sollte auch nach Erreichen der einkommensunabhängigen Belastungsgrenze gezahlt werden müssen und überschüssige Zahlungen am Ende des Jahres, in Härtefällen auch unterjährig, verrechnet werden. Eine solche spürbare und bei jedem Arztbesuch fällige Gebühr hätte neben An-

reizen für Versicherte, unnötige Arztbesuche zu vermeiden, eine wichtige weitere Wirkung, über die in der öffentlichen Diskussion kaum geredet wird: sie würde das Verhältnis von Arzt und Patient verändern und zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit beitragen. Gegenwärtig haben gesetzliche Versicherte keinen Anlass, sich am Markt für ambulante Leistungen gegenüber den Anbietern wie Nachfrager mit eigener Zahlungsbereitschaft zu verhalten. Als zahlende Kunden könnten sie jedoch Einfluss auf Servicequalität (z.B. durch kürzere Wartezeiten auf einen Termin oder kürzere Wartezeiten in der Praxis) und Behandlungsqualität (z.B. durch Vermeidung unnötiger Facharztbesuche) nehmen.

Eine Praxisgebühr unabhängig von der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistung ist dabei allerdings nicht die beste denkbare Möglichkeit. Ökonomisch konsequent wäre, wenn Patienten jede in Anspruch genommene Leistung bis zur Belastungsgrenze in voller Höhe selbst bezahlen (d.h. für eine einfache Konsultation weniger zahlen als für ein EKG), wenn es also in der GKV faktisch obligatorische Selbstbehalte gäbe. Würde man den gesetzlichen Krankenversicherungen in der Ausgestaltung der Zuzahlungsobergrenzen weite Spielräume zugestehen, könnte zusätzlich Bewegung in den Krankenversicherungsmarkt gebracht werden. Flankierend muss dafür den Krankenversicherungen die Möglichkeit gegeben wird, über einkommensunabhängige Zusatzbeiträge Tarifwettbewerb zu betreiben, womit wir zur Ausgangsfrage zurückkehren: »wohin mit den Überschüssen?«

Beitragssätze senken und langfristig Kassenwettbewerb stärken

In Reaktion auf die Überschüsse der GKV wird von der Wissenschaft gefordert, den einheitlichen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von gegenwärtig 15,5% zu senken. Auch die (notfalls zwangsweise) Auszahlung einer Prämie wird diskutiert. Beide Vorschläge stoßen bei den Interessenvertretern im Gesundheitswesen und in weiten Teilen der Politik auf wenig Zustimmung. Dennoch ist ein weiterer Abbau der Reserven über das bisher beschlossene Maß hinaus dringend geboten. Überschüsse wecken Begehrlichkeiten der Leistungserbringer. Der Politik fällt es mit jeder zusätzlichen Milliarde an Rücklagen schwerer, Forderungen von Ärzten und Krankenhäusern nach einer Erhöhung der Zuweisungen oder Ausweitung der Leistungen zurückzuweisen.

Zum Abbau der Überschüsse ist eine Senkung der Beitragssätze schon wegen der Verringerung der Lohnkosten sowie dem geringeren Verwaltungsaufwand einer einmaligen Auszahlung von Prämien vorzuziehen. Die Frage ist, wie mit dem Beitragssatz verfahren wird, wenn die Überschüs-

se einmal abgebaut sind. Eine Möglichkeit ist, den Beitragssatz zukünftig den jährlich erwarteten Ausgaben der Krankenkassen anzupassen (vgl. z.B. DGGÖ 2012b). Eine regelgebundene Anpassung der Beiträge ist aus der gesetzlichen Rentenversicherung bekannt und erfolgt, wenn dort die Liquiditätsreserve den gesetzlichen Rahmen von zwischen 0,2 und 1,5 Monatsausgaben zu verlassen droht. Die Übernahme einer analogen Regelbindung in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erscheint daher als natürlich. Wiederkehrende Diskussionen über den richtigen Weg zum Abbau von Überschüssen oder zur Verringerung von Defiziten werden dann hinfällig.

Allerdings ist eine regelmäßige Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes an den Finanzbedarf der Krankenkassen aus verschiedenen Gründen kontraproduktiv. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde 2011 der einheitliche Beitragssatz auf 15,5% festgeschrieben und zur Finanzierung von zukünftig steigenden Leistungsausgaben der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag eingeführt. Der Vorteil einer Beitragssatzsenkung besteht darin, dass die Zusatzbeiträge schneller flächendeckend erhoben werden müssen. Neben seiner Finanzierungsfunktion kann der Zusatzbeitrag nämlich langfristig zwei wichtige Funktionen erfüllen.

Erstens kann er den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stärken. Dies gelingt nicht hauptsächlich durch die drohende Abwanderung von Patienten, falls eine unwirtschaftlich arbeitende Krankenkasse einen höheren Zusatzbeitrag erhebt. Vielmehr kann der kassenindividuelle Zusatzbeitrag zur Gegenfinanzierung von Wettbewerbsinstrumenten auf der Leistungsseite, von besserem Service über innovative Versorgungsformen bis hin zu Tarifen mit Selbstbehalten, genutzt werden. Solange der Zusatzbeitrag nur von wenigen Kassen in finanzieller Schieflage erhoben wird, er mithin nur Signal für Ineffizienz und nicht für bessere Leistung ist, ist seine Wettbewerbsfunktion beschränkt (vgl. SVR-Gesundheit 2012).

Zweitens beschreibt der Zusatzbeitrag nur bei langfristiger Festschreibung oder besser noch Senkung des einheitlichen Beitragssatzes einen gangbaren Weg in Richtung der von Ökonomen geforderten einkommensunabhängigen Finanzierung des Gesundheitssystems, konkret durch Umwandlung der einkommensabhängigen Arbeitnehmerbeiträge in krankenkassenspezifische Kopfpauschalen (vgl. SVR 2012; Breyer 2012). Letztere machen die GKV gerade für Besserverdienende, die vor der Entscheidung stehen sich privat zu versichern, attraktiver, wodurch sich der Risikopool der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt verbessert. Auf diese Weise öffnen sich Perspektiven im Hinblick auf die von Ökonomen einhellig geforderte Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes.

Literatur

Anell A, A.H. Glenngård und S. Merkur (2012), »Sweden: Health System Review«, *Health Systems in Transition* 14(5), 1–159.

Augurzky, B., T.K. Bauer und S. Schaffner (2006), »Copayments in the German Health System: Does It Work?«, IZA Discussion Paper 2290.

Breyer, F. (2012), »Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung«, *Wirtschaftsdienst* 92(10), 655–658.

DGGÖ – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (2012a), »Die Praxisgebühr reformieren – andere Zuzahlungen überdenken«, Pressemitteilung vom 11. April 2012.

DGGÖ – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (2012b), »Runter mit dem GKV-Beitragssatz!«, Presseerklärung vom 9. Oktober 2012.

IGES (2009), *Finanzielle Zuschüsse zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (künstlichen Befruchtung) aus Steuermitteln*, Gutachten im Auftrag der Merck Pharma GmbH, IGES, Berlin.

Schreyögg, J. und M. Grabka (2010), »Copayments for Ambulatory Care in Germany: A Natural Experiment Using a Difference-in-difference Approach«, *European Journal of Health Economics* 11, 331–341.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2012), *Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland*, Jahresgutachten 2012/13, online verfügbar unter: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/jahresgutachten-2012-2013.html>.

SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Sondergutachten 2012, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10323.



Wolfgang Greiner*

Preis- und Qualitätswettbewerb in Zeiten von Krankenkassenüberschüssen

Sind Überschüsse ein Finanzierungsproblem?

Gesundheitsminister Bahr hat ein Finanzierungsproblem, um das ihn Kollegen in südeuropäischen Ländern sicher beneiden. Die Reserven des Gesundheitsfonds und einer großen Zahl von Einzelkrankenkassen sind derzeit so gut gefüllt, dass sich die Frage stellt, ob diese Mittel in den Händen der Beitragszahler oder (je nach Interessenlage) bestimmter Leistungserbringer nicht besser aufgehoben wären. Seit Monaten wird beispielsweise argumentiert, dass Krankenkassen keine Sparkassen seien und die üppigen Rücklagen nicht ihrem Auftrag entsprechen. Es mag aber Bürger geben, die hohe Rücklagen ihrer Kasse als Signal der Solidität zu schätzen wissen, so dass Rücklagenbildung in guten konjunkturellen Zeiten genau ihren Präferenzen entspricht. Andere wünschen sich eher eine sofortige Beitragsreduktion, eine Prämienausschüttung oder Mehrausgaben für zusätzliche Satzungsleistungen. Insofern ist es weniger eine politische als eine wettbewerbliche Frage, wie Überschüsse verwendet werden sollen. Zwar ist die Höhe der Überschüsse nicht nur von der betriebswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelkasse und der konjunkturellen Lage abhängig, sondern maßgeblich auch vom allgemeinem Beitragssatz und dem Steuerzuschuss, welche beide von der Politik festgelegt werden. Diese Parameter gelten aber für alle Kassen gleich und verzerren insofern nicht den Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt. Es bleibt also die Frage, warum der Krankenkassenwettbewerb bislang nicht zu einer stärkeren Ausdifferenzierung zwischen Kassen, die Prämien ausschütten, und solchen, die bessere bzw. zusätzliche Leistungsmerkmale aufweisen und hierfür aber Prämien erheben, geführt hat.

* Prof. Dr. Wolfgang Greiner ist Inhaber des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld.

Ist der Zusatzbeitrag gescheitert?

Der Grund für die derzeit geringe Intensität des Preiswettbewerbs auf dem Kassenmarkt ist vor allem den Regelungen der Einführung des Zusatzbeitrages geschuldet. Das mit dem Gesundheitsfonds verbundene Finanzierungsmodell zielte nämlich ursprünglich darauf ab, den allgemeinen Beitragssatz so zu setzen, dass eine volle Finanzierung der Krankheitskosten ermöglicht wird und sich dann nach und nach einkommensabhängige Zusatzbeiträge als weitere Finanzierungssäule aufbauen. Die erwartete allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hätte automatisch zu dieser Umstrukturierung geführt, soweit der allgemeine Beitragssatz nicht entsprechend angepasst worden wäre.

Zusatzbeiträge (bzw. Ausschüttungen) sollten in ihrer ursprünglichen Ausgestaltung somit eine immer gewichtigere Rolle als Wettbewerbsparameter übernehmen. Der Zusatzbeitrag hatte das Potenzial einer starken Intensivierung des Kassenwettbewerbes, da er ausschließlich von den Mitgliedern finanziert wird (und nicht anteilig auch von der Arbeitgeberseite) und zudem eine höhere Merkfähigkeit aufweist als reine Beitragssatzunterschiede. Dies bestätigen auch Studien (beispielsweise des DIW), die eine deutlich erhöhte Preiselastizität der Nachfrage nach Einführung der neuen Beitragsgestaltung empirisch nachweisen (vgl. Schmitz und Ziebarth 2011). Selbst für einkommensschwache Mitglieder wirkt der Zusatzbeitrag als Preissignal, da die soziale Überforderungsklausel nicht an den tatsächlich zu zahlenden Zusatzbeitrag anknüpft, sondern an dem GKV-Durchschnitt der Zusatzbeiträge. Allerdings war der Start der Zusatzbeiträge als neues Preissignal im Kassenwettbewerb denkbar schlecht: Durch die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes auf einem relativ hohen Niveau (zunächst 14,9%, später sogar 15,5%) kam es – zumindest durchschnittlich über alle Krankenkassen hinweg – zu einer vollständigen Finanzierung der GKV-Ausgaben über diese Beitragsform. Das Referenzniveau der Zusatzbeiträge war und ist damit bei einem Wert von 0 Euro.

Von Anfang an haftete dem Zusatzbeitrag damit das Stigma der Unwirtschaftlichkeit der betroffenen Krankenkasse an. Dies ist so pauschal nicht gerechtfertigt, weil Unterschiede in den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen vielfältig begründbar sind und beispielsweise auch dem höheren Niveau von Satzungs- und Mehrleistungen geschuldet sein können. Auch die Dichte des Geschäftsstellennetzes oder die Intensität des Services könnten überdurchschnittlich sein und so den Präferenzen serviceorientierter Versichertensubgruppen entsprechen. Aus empirischen Studien ist allerdings bekannt, dass der Beitragssatz bzw. ab 2009 die Höhe des Zusatzbeitrages die Haupteinflussgrößen auf einen Kassenwechsel darstellten. So entfielen in den Jahren

2010 und 2011 90% der Netto-Mitgliederverluste auf Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag (vgl. PWC 2011). Unterschiede im Service oder besondere Leistungsangebote fallen dagegen kaum ins Gewicht. Dies mag einerseits am Desinteresse der wechselnden Versicherten liegen, es könnte aber auch in der geringen Wahrnehmbarkeit von Serviceleistungsangeboten der Krankenkassen begründet sein. Insbesondere die Unterscheidbarkeit im Leistungsangebot ist für Versicherte nur mit relativ hohen Suchkosten und auf Basis mindestens grundlegender fachlicher Kenntnisse möglich. Ein schneller Zugang zu medizinischen Innovationen und ein enges Facharzt Netzwerk haben nach einer Befragungsstudie aus dem Jahr 2009 dagegen hohe Bedeutung für die Versicherten (IGES 2009), diese beide Kategorien sind innerhalb der GKV aber annähernd identisch, da sie vom Gesetzgeber für alle Krankenkassen gemeinsam und einheitlich geregelt werden. Ausnahmen wie besondere Angebote der integrierten Versorgung oder im Rahmen von Modellvorhaben sind dagegen außerhalb der Fachöffentlichkeit kaum bekannt.

Aus heutiger Sicht wäre es für die Funktionsfähigkeit des Preiswettbewerbs also besser gewesen, den Gesundheitsfonds initial nicht vollständig durch Mittel aus dem allgemeinen Beitragssatz auszustatten, sondern bewusst von Anfang an einen gewissen Prozentsatz, z.B. 10% der Ausgaben, aus Zusatzbeiträgen zu erheben. So hätte jede Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben müssen, und dieses Finanzierungsinstrument wäre nicht von vornherein als Zeichen der Unwirtschaftlichkeit stigmatisiert gewesen. Zudem hätte die Chance bestanden, Mehrleistungen und andere Qualitätsunterschiede des Leistungsangebotes stärker herauszustellen, um so neben dem Preis- auch den Qualitätswettbewerb zu intensivieren.

Die derzeit zögerliche Haltung der Krankenkassen, die Überschüsse als Prämienausschüttungen auszuzahlen, ist durchaus rational, weil die Versicherten bislang viel weniger positiv mit Wanderungsbewegungen auf Kassen reagiert haben, die Prämien ausschütten, als mit Abwanderung auf Kassen, die Zusatzbeiträge erheben. Wenn eine Kasse also den Zeitpunkt der Zusatzbeitragserhebung möglichst lange hinauszögern kann, indem aus Überschüssen Rücklagen gebildet werden, mag dies langfristig wesentlich erfolversprechender erscheinen, als Überschüsse durch kurzfristige Ausschüttungen, die von den Versicherten offenbar kaum goutiert werden, abzubauen.

Auch das Verhalten der Versicherten ist durchaus nicht irrational, denn offensichtlich gehen diese nur von einem vorübergehenden Überschusseffekt bei den Kassen aus, so dass ein Wechsel für einen überschaubaren Ausschüttungsbetrag kaum lohnt. Die mittelfristige Stabilität der Beitragshöhe erscheint aus dieser Sicht attraktiver als ein bloß kurzfristiger Nutzen aus den Ausschüttungsbeträgen.

Warum ist die Praxisgebühr gescheitert?

Statt einer Senkung des allgemeinen Beitragssatzes hat sich die Politik dazu entschieden, einen Teil der Überschüsse durch die Abschaffung der Praxisgebühr abzubauen (mit Wirkung auch für die nachfolgenden Jahre). Ende November 2012 urteilte dazu das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) im monatlichen Deutschlandcheck der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft in der Wirtschaftswoche, dass mit der Abschaffung der Praxisgebühr das einzige Steuerungselement, über das die Politik im Gesundheitssektor verfüge, aufgegeben worden sei (vgl. IW 2012). Diese Einschätzung überrascht, denn die Gesundheitspolitik hat über die Jahre eine ganze Reihe teilweise höchst detaillierter Steuerungsinstrumente entwickelt, die teilweise sehr tief in die unternehmerische Freiheit der Akteure eingreifen. Neben einer Vielzahl weiterer und fortbestehender Zuzahlungsregelungen gibt bspw. die Landeskrankenhausplanung sehr genau vor, welches Krankenhaus mit wie vielen Betten welche Abteilungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung betreiben darf. Im Gesetz ist auch genau geregelt, wie viel Betriebsstätten ein Apotheker betreiben darf und wie diese zu gestalten sind. Viele andere Regelungen sind ebenfalls sehr detailreich, aber der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen überlassen, wie zum Beispiel die regionale Bedarfsplanung ambulanter Ärzte oder die bundeseinheitliche Ermittlung des Erstattungspreises für neue Arzneimittel. Für all diese Detailregelungen werden (häufig mit Hinweis auf Versorgungssicherheit und einheitliche Lebensverhältnisse) gute Gründe vorgebracht, es besteht derzeit aber ganz sicher kein Mangel an politischen Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen.

Die IW-Ökonomen haben in ihrer Kurzanalyse offenbar nicht die tatsächliche Steuerungswirkung der Praxisgebühr hinterfragt. Diese blieb nach allen empirischen Befunden sehr begrenzt. Ihr Konstruktionsfehler war von Beginn an, dass sie in einer Höhe von 10 Euro pro Quartal für die meisten Patienten kaum fühlbar war und vor allem kein Zugangshemmnis für die Zahl der Arztbesuche darstellte. Umgekehrt konnte sie sogar, einmal bezahlt, als »Flatrate« für Folgebesuche aufgefasst werden. Die international hohe Zahl an Arztkontakten in Deutschland konnte so auf jeden Fall nicht gesenkt werden. Zudem hätte das Problem bestanden, dass, wie Drummond und Towse erst kürzlich in einem Editorial für das *European Journal of Health Economic* ausdrückten, nicht ausgeschlossen werden kann, dass bei effektiven Selbstbeteiligungen, die die Inanspruchnahme senken, auch kosteneffektive Behandlungen unterbleiben (vgl. Drummond und Towse 2012). Sieht man von diesem Argument ab, das ein hohes Maß von Uninformiertheit der Patienten impliziert, wäre statt einer Abschaffung eine Regelungsänderung bei der Praxisgebühr sinnvoller gewesen, wie dies die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) erst kürzlich vorgeschlagen hat (vgl. Richter-Kuhlmann 2012).

Demnach wären nicht mehr 10 Euro pro Quartal, sondern 5 Euro pro Praxisbesuch fällig gewesen. Die Kritiker verwiesen allerdings mit einigem Recht darauf, dass solche Selbstbeteiligungen aufgrund der Sozialklausel (die die Selbstbeteiligung bei Chronikern z.B. auf 1% des Einkommens beschränkt) in ihrer Wirkung ebenfalls begrenzt sind und zudem zu nochmals höherem administrativen Erhebungsaufwand in den Praxen geführt hätten.

In der ökonomischen Theorie werden Selbstbeteiligungen empfohlen, um Moral Hazard der Versicherten zu begrenzen, sie stellen also höchstens sekundär eine Quelle für die Ausgabenfinanzierung dar. In der gesundheitspolitischen Diskussion stand aber genau dieser Aspekt im Vordergrund der Argumente der Befürworter einer Praxisgebühr. Wenn eine Selbstbeteiligung allerdings vom Steuerungs- zum reinen Finanzierungsinstrument mutiert, wird das eigentliche Ziel verfehlt. Insofern war die bisherige Ausgestaltung der Praxisgebühr suboptimal und hätte auch unabhängig von der derzeitigen Diskussion zur Verwendung der Überschüsse modifiziert werden sollen, um tatsächlich eine Lenkungswirkung zu entfalten.

Welche Chancen hat ein Qualitätswettbewerb?

Auf die Dauer macht das derzeit im Gesetz vorgesehene System mit Zusatzbeiträgen zur Intensivierung des Preiswettbewerbs nur Sinn, wenn damit auch Unterschiede im Leistungsumfang der Kassen verbunden werden können. Die Wirkung, wenn dies nicht der Fall ist, wird derzeit im Bereich der Integrierten Versorgung deutlich, also bei den Optionen zur selektiven Vertragsgestaltung, die das Gesetz im Paragraph 140a-d SGB V zulässt. Krankenkassen sind bei Neuabschlüssen solcher Verträge derzeit sehr zurückhaltend, u.a. weil sie die mit diesen Projekten verbundenen Anfangsinvestitionen (z.B. für Leitlinienentwicklung und Projektmanagement) scheuen, um nicht kurzfristig in die Gefahr des Zusatzbeitrages zu laufen. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat zur Lösung dieses Problems kürzlich den Vorschlag gemacht, Kassen zinsfreie Darlehen für die nachgewiesenen Anfangsinvestitionen im Rahmen besonderer Versorgungsformen zur Verfügung zu stellen, um dieser Fokussierung der Krankenkassen auf nur sehr kurzfristige finanzielle Auswirkungen zu begegnen (vgl. SVR Gesundheit 2012). Auf diese Weise wäre der Abschluss innovativer Versorgungsverträge wieder wahrscheinlicher, denn die Projekte machen sich teilweise erst nach mehreren Jahren bezahlt. Entsprechende Angebote könnten auch dazu beitragen, das Bewusstsein der Versicherten für Unterschiede im Leistungsangebot zu schärfen. Nur so kann langfristig der Preiswettbewerb gleichzeitig um einen Qualitätswettbewerb im Krankenkassenmarkt ergänzt werden.

Gesundheitspolitik erfolgt in Deutschland traditionell in eher kleinen Schritten, quasi evolutionär. Damit ist das deutsche Gesundheitswesen nicht schlecht gefahren und Reformen wurden immer auch an ihrer momentanen politischen Umsetzbarkeit gemessen. Allerdings scheint der Schritt in Richtung eines stärker selektivvertraglichen Systems, das vertragliche Details dezentral den Akteuren überlässt, in dieser Tradition auf unüberwindliche Hürden eines kollektivvertraglichen Systems mit großem Beharrungsvermögen zu stoßen. So hätte bei der Neuaufstellung eines spezialfachärztlichen Bereiches, der Wettbewerb und Koordination an der Sektorgrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zukünftig möglich machen soll (§ 116b SGB V), die Chance bestanden, diesen als Testfeld für selektives Kontrahieren zu nutzen. Der Bereich ist besonders geeignet, die großen Potentiale einer sektorübergreifenden Zusammenführung spezialisierter personeller und struktureller Ressourcen zu heben. Es kann dabei dem Such- und Entdeckungsprozess des Wettbewerbs überlassen bleiben, an welchem Ort und in welcher interdisziplinären Vernetzungsform Leistungen erbracht werden.

Fazit

Insgesamt kann sicher angenommen werden, dass die derzeitigen konjunkturell bedingten Überschüsse der Krankenkassen ein Übergangsphänomen sind. Der Umstand, dass diese Situation im Wettbewerb der Kassen nicht längst zu einem Ausschüttungswettbewerb geführt hat, ist vor allem der Entscheidung der Politik anzulasten, den Gesundheitsfonds initial mit einem allgemeinen Beitragssatz auszustatten, der keinen Raum für Zusatzbeiträge ließ. Die hohe Preissensibilität der Versicherungsnehmer bei Einführung von Zusatzbeiträgen, die einzelne Kassen bereits leidvoll erfahren mussten, führte dazu, dass Krankenkassenmanager möglichst Maßnahmen unterlassen, die zu Ausgabensteigerung beitragen könnten, auch wenn darunter unter Umständen durchaus kosteneffektive organisatorische und innovative Optionen wie die Integrierte Versorgung fallen. Die Entscheidungsträger in den Krankenkassen neigen zudem mehrheitlich dazu, eher Reserven als Schutz vor zukünftigen Zusatzbeiträgen zu bilden als Ausschüttungen zu beschließen – offenbar ganz im Sinne der Präferenzen vieler Versicherter.

Um diesem Dilemma zu entkommen, könnte die Gesundheitspolitik entweder den allgemeinen Beitragssatz drastisch senken und so Zusatzbeiträge zu einem von allen Kassen benötigten und mithin nicht mehr stigmatisierenden Finanzierungsinstrument verwandeln. Wenn man dies nicht wünscht oder es politisch als nicht opportun betrachtet wird, wäre es besser, zukünftig die Hoheit über die Festsetzung der Beitragssätze wieder den Einzelkassen zu übertragen und den Zusatzbeitrag damit praktisch abzu-

schaffen. Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils am Beitragssatz könnte davon unberührt bleiben, ebenso der Bundeszuschuss, für den man sich eher eine Anbindung an eine berechenbare Größe wie die GKV-Ausgaben für Kinder oder für versicherungsfremde Leistungen wünschen würde, um die steuerliche Mitfinanzierung der GKV etwas weniger von der aktuellen Haushaltslage des Bundes abhängig zu machen.

Es gibt gute Gründe, Zusatzbeiträge beizubehalten, um so den Preis der Krankenversicherung für die Versicherten fühlbarer als bei einem Beitragssatz zu gestalten und dieses starke Preissignal für den Wettbewerb der Kassen zu nutzen. Die bislang einseitige Betonung des Preiswettbewerbs muss aber dringend um Möglichkeiten der Kassen ergänzt werden, sich auf der Leistungsseite zu differenzieren. Die teilweise zweifelhafte Ausdehnung von Satzungsleistungen (z.B. auf homöopathische Arzneimittel, deren Wirksamkeit bislang nach anerkannten wissenschaftlichen Standards nicht nachgewiesen ist) ist sicher kein Ersatz für stärkere selektivvertragliche Möglichkeiten der Kostenträger.

Literatur

- Drummond, M. und A. Towse (2012), «It Is Time to Reconsider the Role of Patient Co-payments for Pharmaceuticals in Europe?», *European Journal of Health Economics* 13(1), 1–5.
- IGES Institut (2009), *Kompass Gesundheit – Mentalität und Erleben. Ansprüche und Präferenzen*, Ergebnisreport 2009, IGES, Berlin.
- Institut der deutschen Wirtschaft Köln (2012), »Deutschland-Check zur Abschaffung der Praxisgebühr«, *WirtschaftsWoche*, 6. November, 42.
- PWC (2011), *GKV im Wettbewerb: Was ist wirklich relevant?*, PWC, Frankfurt.
- Richter-Kuhlmann, E. (2012), »Praxisgebühr: Ökonomen wollen alle Arztbesuche einbeziehen«, *Deutsches Ärzteblatt*, Mai, 199.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2012), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung – Sondergutachten 2012*, Huberverlag, Bern.
- Schmitz, H. und N. Ziebarth (2011), »In Absolute or Relative Terms? How Framing Prices Affects the Consumer Price Sensitivity of Health Plan Choice«, SOEPpaper 423.



Mathias Kifmann*



Maximilian Rüger**

Einmalige Chance für einen Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit

Die Gesetzliche Krankenversicherung erzielte in den letzten Jahren stattliche Überschüsse. Zu Ende des dritten Quartals 2012 summierten sie sich auf 23,5 Mrd. Euro. Davon entfielen 9,5 Mrd. Euro auf den Gesundheitsfonds und 14 Mrd. Euro auf die Kassen. Gesetzlich nötig wäre im Gesundheitsfonds nur eine Liquiditätsreserve von knapp über 3 Mrd. Euro. Auch bei den Kassen überschreiten die Reserven die gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen bei Weitem. In diesem Beitrag erläutern wir zunächst, warum es zu den Überschüssen kam. Neben der guten konjunkturellen Entwicklung ist vor allem das GKV-Finanzierungsgesetz verantwortlich, das zum 1. Januar 2011 in Kraft trat. Wir sehen die Folgen dieses Gesetzes kritisch und schlagen deshalb einen verbesserten Regulierungsrahmen vor. Schließlich regen wir an, die Reserven als Startkapital für einen »Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit« zu verwenden, um die absehbare Verschlechterung der finanziellen Lage der GKV abzufedern.

Die Überschüsse sind eine Folge des GKV-Finanzierungsgesetzes

Zu den Überschüssen wäre es ohne das GKV-Finanzierungsgesetz nicht gekommen. Es setzte die Regel zur automatischen Beitragssatzanpassung außer Kraft, die eine Beitragssenkung vorsah, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen überschreiten. Dies traf 2011 und 2012 zu. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz wurde der Beitragssatz jedoch 2011 gesetzlich fixiert. Er kann nur mit Zustimmung von Bundestag und Bundesrat geändert werden. Diese Gesetzesänderung ist gemeinsam mit der guten konjunkturellen Entwicklung für die Überschüsse beim Gesundheitsfonds

* Prof. Dr. Mathias Kifmann ist Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Ökonomik der Gesundheit und der Sozialen Sicherung an der Universität Hamburg und Mitglied des Hamburg Center for Health Economics.

** Dr. Maximilian Rüger ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg und Mitglied des Hamburg Center for Health Economics.

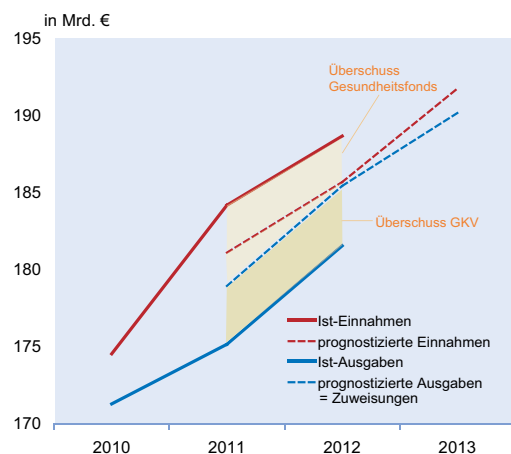
verantwortlich. Wie Abbildung 1 zeigt, überstiegen in den letzten beiden Jahren die tatsächlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die vorhergesagten Einnahmen erheblich.

Abbildung 1 zeigt auch die Überschüsse bei den Krankenkassen, die entstanden, weil die tatsächlichen Ausgaben die prognostizierten Ausgaben unterschritten. Letztere werden vom Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt ermittelt und bestimmen seit dem GKV-Finanzierungsgesetz die Zuweisungen an die Kassen aus dem Gesundheitsfonds. Nach der alten Regelung sollten diese lediglich zwischen 95 und 100% der Ausgaben betragen. Seit 2011 wird jedoch eine Deckungsquote von 100% angestrebt. Hinzu kommt, dass der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt das Vorsichtsprinzip anwendet, d.h. er geht von einem pessimistischen Szenario bei den Ausgaben aus und überschätzt damit tendenziell die Ausgaben. Im Jahr 2011 waren sie um 3,7 Mrd. Euro niedriger als die Vorhersage. Für 2012 ist mit einer ähnlichen Differenz zu rechnen.

Warum die Kassen die Überschüsse nicht ausschütten

Mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds konnten finanzschwache Kassen ihre Rücklagen auffüllen und auf Zusatzbeiträge verzichten. Finanzstarke Kassen sind in der Lage, ihre Überschüsse in Form von Prämien an die Versicherten auszuzahlen. Diese Option haben aber bislang nur wenige gewählt. Diese Vorsicht ist zum Teil nachvollziehbar. Das Gesetz sieht vor, dass Versicherte ein Sonderkündigungsrecht haben, wenn Prämienzahlungen wieder verringert werden. Hinzu kommt der Wunsch, in Zukunft Zusatzbeiträge möglichst zu vermeiden. Diese lösen ebenfalls Sonderkündigungsrechte aus und sind aufwändig einzutreiben.

Abb. 1 Entstehung der Überschüsse im GKV-System



Prognostizierte Einnahmen und Ausgaben sind ursprüngliche Schätzungen aus dem Vorjahr.

Ist-Einnahmen und Ist-Ausgaben 2012: Neueste Schätzung vom 11. Okt. 2012.

Datenquelle: Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt.

Die genannten Motive sind aus Wettbewerbssicht nicht unbedingt bedenklich, denn auch der potenzielle Wettbewerb kann anspornen, sich wirtschaftlich zu verhalten. Problematischer wäre es jedoch, falls die Kassen, die gemeinsam im GKV-Spitzenverband organisiert sind, sich stillschweigend einig sind, auf das Wettbewerbsinstrument Prämienauszahlung zu verzichten. Dies könnte die Beobachtung erklären, dass bislang nur kleine Kassen von diesem Instrument Gebrauch machen, während die großen Kassen – mit Ausnahme der Techniker Krankenkasse – dieses nicht anwenden.

Warum die Überschüsse problematisch sind

Überschüsse wecken Begehrlichkeiten. Dies gilt gerade für das Gesundheitswesen mit seinen gut organisierten Interessengruppen. Schnell wird der Ruf nach höheren Honoraren und Leistungsausweitungen laut, denn es gibt »genug Geld im System«. In Anbetracht der mittel- bis langfristigen Aussichten für das deutsche Gesundheitswesen ist aber kein Geld zu verschenken. Leistungsausweitungen nach Kassenlage sind kurzsichtig und schwer revidierbar; sie sollten vielmehr unter einer Abwägung von Kosten und Nutzen erfolgen. Dies gilt auch für Honorarerhöhungen. So wäre es z.B. kontraproduktiv, wenn die eingesparten Mittel bei der Arzneimittelversorgung gleich von höheren Honoraren aufgesogen würden.

Aus diesem Grund halten wir es für dringend geboten, die Regulierung der GKV zu reformieren, damit das System nicht immanent Überschüsse produziert, die es dann selbst wieder mit Ausgabenerhöhungen kompensiert. In diesem Ausmaß sollten Überschüsse einmalig bleiben. Um die angelauten Überschüsse vor Begehrlichkeiten zu schützen, schlagen wir zudem vor, sie als Startkapital für einen »Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit« zu verwenden. Dies gilt insbesondere für die Überschüsse aus dem Gesundheitsfonds.

Vorsicht mit dem Vorsichtsprinzip

Ein erster Ansatzpunkt um eine unnötige Reservebildung zu vermeiden besteht darin, die Anwendung des Vorsichtsprinzips bei der Prognose des Schätzerkreises zu modifizieren. In Zukunft sollte bei den Zuweisungen an die Kassen berücksichtigt werden, ob in den vergangenen Jahren Überschussreserven bei einer durchschnittlichen Kasse angefallen sind. Ist dies der Fall, dann sollte der Schätzerkreis weniger pessimistische Szenarien für die zukünftige Ausgabenentwicklung ansetzen. Sollten die Ausgaben der Kassen höher als prognostiziert ausfallen, können sie auf ihre Überschussreserven zurückgreifen. Kassen, die trotz der Überschätzung der Gesamtausgaben in den vergangenen Jahren keine Überschüsse erwirtschaftet haben, werden dann gezwungen sein, Zusatzbeiträge zu erheben. Ursächlich hierfür ist jedoch schlechteres Wirtschaften in

den vergangenen Jahren und nicht die Abweichung von der Prognose.

Alternativ könnte der Gesamtbetrag der Zuweisungen an die Kassen eines Jahres um die Überschüsse des vorangegangenen Jahres gekürzt werden. Diese Überschüsse sind durch die Erhebung von Beiträgen zur Finanzierung von erwarteten Ausgaben entstanden, die nicht eingetreten sind. Warum sollten sie nicht zur Finanzierung der erwarteten Ausgaben des Folgejahres herangezogen werden? Auch hier könnten einige Kassen zeitversetzt gezwungen sein, Zusatzbeiträge zu erheben, falls ihre wirtschaftliche Lage in Jahren der systematischen Ausgabenüberschätzung verschleiert wurde.

Zurück zur 95%-Regel?

Die politische Vorgabe für den Deckungsgrad der Ausgaben der Kassen durch den Gesundheitsfonds könnte auch von 100 wieder auf 95% abgesenkt werden. Folge wäre, dass fast alle Kassen Zusatzbeiträge erheben müssten. Dies wäre ein Schritt in Richtung Kopfpauschale und Sozialausgleich über Transfers und damit zu einem System, wie es z.B. vom Sachverständigenrat (2012, 360) vorgeschlagen wurde. Der Wettbewerb zwischen den Kassen würde sich dann intensivieren. Dieser Ansatz kann die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stärken; sinnvoll wäre jedoch, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (»Morbi-RSA«) auf weitere Erkrankungen ausgeweitet würde, um die Anreize zur Risikoselektion zu mindern.

Keine Angst vor Insolvenzen

Unsere Reformvorschläge vermeiden systematische Überschüsse bei den Kassen und erhöhen damit auch die Wahrscheinlichkeit, dass es wieder zu Insolvenzen von Krankenkassen kommt. Dies ist eine unumgängliche Konsequenz und auch Antriebsfeder des Wettbewerbs. Gleichzeitig sind Kasseninsolvenzen ein politisch zutiefst unerwünschtes Ereignis. Daher scheint die derzeitige Überfinanzierung des Systems kaum politischen Handlungselauszulösen. Wenn aus den vergangenen Erfahrungen mit Kasseninsolvenzen jedoch die richtigen Schlüsse gezogen werden, müssen sie nicht gefürchtet werden. Es sollte das Ziel sein, die Versicherten dieser Kassen zu unterstützen, nicht die Kassen selbst. Ein Weg wäre, den Versicherten einer insolventen Kasse den Wechsel zu jeder Kasse zu ermöglichen, ohne dass diese Kasse selbst kontaktiert werden muss. Gäbe es eine unabhängige Stelle, die einen Kassenwechsel vermittelt, wäre der gesetzlich bestehende Kontrahierungszwang kaum mehr zu umgehen. Dieser Vorschlag ähnelt den US-amerikanischen »health insurance exchanges« (vgl. Adrion, Harrison und Anderson 2009; Pauly, Herring und Song 2002), könnte jedoch auf die Versicherten insolventer Kassen be-

schränkt werden und daher in einem deutlich geringeren Rahmen stattfinden.

Zurück zur automatischen Anpassung des Beitragssatzes?

Die bisher genannten Vorschläge führen dazu, dass bei den Kassen geringere Überschüsse anfallen. Der Gesundheitsfonds kann bei dem gesetzlich fixierten Beitragssatz aber weiterhin größere Überschüsse erzielen. Eine automatische Anpassung des Beitragssatzes würde dies verhindern. Allerdings hat auch die gesetzliche Verankerung des Beitragssatzes ihre Logik. In Anbetracht zu erwartender Ausgabensteigerungen durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt wird der Beitragssatz in Zukunft wieder steigen. Die gesetzliche Fixierung sorgt dafür, dass Anhebungen des Beitragssatzes als politische Entscheidungen wahrgenommen werden. Bei einer automatischen Anpassung können Politiker auf mechanische Abhängigkeiten verweisen. Muss die Politik dagegen durch einen legislativen Akt den Beitrag erhöhen, wird der Preis von Leistungsausweitungen deutlicher, die Verantwortlichkeit klarer und eventuell auch die Abwägung von Kosten und Nutzen dringlicher.

Chance für einen Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit

Schließlich stellt sich die Frage, was mit den aufgelaufenen Überschüssen passieren soll. Wir schlagen vor, sie als Startkapital für einen »Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit« zu nutzen. Dies gilt für die Überschüsse aus dem Gesundheitsfonds abzüglich der Liquiditätsreserve. Auch Überschüsse der Kassen, insofern sie bis Ende 2013 nicht an die Versicherten ausgeschüttet werden, könnten hierfür genutzt werden. Dieser Fonds würde dazu dienen, in Zukunft hohe Beitragssätze in der GKV zu vermeiden. Nach Prognosen, die sowohl den demographischen Wandel als auch den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigen, ist im Jahr 2050 mit einem Beitragssatz von weit über 20% zu rechnen (vgl. Postler 2010, 32–33 für einen Überblick). Beispielfähig sei die Studie von Breyer und Ulrich (2000) genannt, die fast genau das heutige Niveau vorhersagt und einen Beitragssatz von über 23% im Jahr 2040 prognostiziert.

Der Aufbau eines Nachhaltigkeitsfonds kann dazu beitragen, diesen Anstieg abzufedern. Hierfür spricht vor allem die Gerechtigkeit zwischen den Generationen. Zur Bildung des Fonds würden insbesondere die »Babyboomer« beitragen, die in 15 bis 20 Jahren in Rente gehen und dann einen starken Anstieg des Beitragssatzes auslösen würden. Wenn Erträge des Fonds in diesen Jahren wieder in den Gesundheitsfonds eingespeist würden, ließe sich dieser Anstieg abmildern, wodurch nachfolgende Generationen entlastet würden.

Die Idee für eine Teilkapitaldeckung in der GKV zum Ausgleich zwischen den Generationen wurde bereits von Cassel (2003) formuliert (vgl. auch Ulrich et al. 2005). Für ihre Umsetzung sind einige Fragen zu klären, insbesondere in welcher Höhe Mittel in den Fonds fließen und wie sie angelegt werden. Für die Auszahlungen muss festgelegt werden, wann und in welcher Höhe sie erfolgen. Auch muss der Sorge begegnet werden, dass der Nachhaltigkeitsfonds nicht sicher vor kurzfristigen politischen Eingriffen ist und es zu einer Zweckentfremdung der Mittel kommt (vgl. hierzu z.B. den Sachverständigenrat 2012, Ziffer 595). Hier sind die institutionelle Verankerung des Fonds und sein Rückhalt in der Bevölkerung wichtig. Ein positives Beispiel ist der norwegische Government Pension Fund Global, dem es gelingt, die Erträge aus der Ölförderung auf zukünftige Generationen zu übertragen. In Deutschland bestehen zwar andere Rahmenbedingungen, dennoch könnte ein Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit große Akzeptanz in der Bevölkerung finden, die ihn vor diskretionären Eingriffen schützt.

Die Einrichtung eines Nachhaltigkeitsfonds Gesundheit wird Zeit und Diskussionen benötigen, gerade weil er Rückhalt in der Bevölkerung benötigt. Kurzfristig können allerdings die Überschüsse aus dem Gesundheitsfonds als Startkapital auf einem Sonderkonto reserviert werden. Zusätzlich können die Überschüsse der Kassen, insofern sie bis Ende 2013 nicht an die Versicherten ausgeschüttet werden, hierfür vorgesehen werden. Dies ist eine einmalige Chance, denn das Luxusproblem der Überschüsse wird nicht mehr lange bestehen.

Literatur

- Adrian, E., K. Harrison und G. Anderson (2009), *Health Insurance Exchanges*, *Health Policy Monitor* 14, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Breyer, F. und V. Ulrich (2000), »Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse«, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 220(1), 1–17.
- Cassel, D. (2003), »Intergenerative Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung«, in: D. Cassel, H. Müller und H.J. Thieme (Hrsg.), *Stabilisierungsprobleme in der Marktwirtschaft: Prozesse und Strukturen*, Festschrift zum 80. Geburtstag von Artur Woll, Vahlen, München, 235–261.
- Pauly, M.V., B. Herring und D. Song (2002), »Health Insurance on the Internet and the Economics of Search«, NBER working paper 9299.
- Postler, A. (2010), *Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2012), *Jahresgutachten zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2012/13*, Wiesbaden.
- Ulrich, V., S. Felder, U. Schneider und A. Werblow (2005), *Stärkung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung des Versicherungsschutzes der GKV-Versicherten*, Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, online verfügbar unter: <http://www.kbv.de/7131.html>.