

Drabinski, Thomas; Pfeiffer, Doris; Greß, Stefan; Kifmann, Mathias

Article

Diskussion um die Krankenversicherung: Wie könnte ein effizientes und solidarisches Gesundheitssystem funktionieren?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

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

Suggested Citation: Drabinski, Thomas; Pfeiffer, Doris; Greß, Stefan; Kifmann, Mathias (2018) : Diskussion um die Krankenversicherung: Wie könnte ein effizientes und solidarisches Gesundheitssystem funktionieren?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 71, Iss. 05, pp. 3-17

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/181072>

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.

Diskussion um die Krankenversicherung: Wie könnte ein effizientes und solidarisches Gesundheitssystem funktionieren?

Die Sondierungsgespräche zwischen der Union und der SPD haben die Diskussion über eine Reform der Krankenversicherung wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Eine »Bürgerversicherung«, mit der die Trennung von privaten und gesetzlichen Krankenkassen aufgehoben würde, wird es nicht geben. Aber eine Reform des Krankenversicherungssystems in Deutschland ist nötig, um eine effiziente und solidarische Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Welche Änderungen sind sinnvoll und finanzierbar?

Thomas Drabinski* Reformierte Dualität zur Auflösung von Insuffizienzen in GKV und PKV

AUSGANGSLAGE

Im November 2019 wird die Berliner Mauer 30 Jahre gefallen sein. Dies entspricht dem Zeitraum einer Generation. Im deutschen Gesundheitssystem sind in diesem Zeitraum hunderte Gesetze, Gesetzesänderungen und Verordnungen verabschiedet worden. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich dadurch mittlerweile ein Zustand eingestellt, bei dem aktuelle Gesetzgebungen primär darauf ausgerichtet sind, eine Schadensbegrenzung der Outcomes alter Gesundheitsgesetze zu betreiben.

Es waren vor allem das Gesundheits-Reformgesetz (1989) und das Gesundheitsstrukturgesetz (1993), die die GKV in ihrer heutigen Struktur geprägt haben. Zusätzlich ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu nennen, das mit der Einführung von Gesundheitsfonds und Morbi-RSA im Jahr 2009 als bisher gravierendste politische Fehlentscheidung im deutschen Gesundheitssystem gilt.

EINHEITSKASSE UND STAATSMEDIZIN

Seit Einführung des Gesundheitsfonds hat sich die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen halbiert. Zudem sind mittlerweile mindestens 50 Mrd. Euro im GKV-System wegen der Insuffizienzeffekte des Gesundheitsfonds untergegangen, z.B. weil die Krankenkassen zusätzliche Reserven wegen zufällig auftretenden Allokations-

problemen des Gesundheitsfonds zurücklegen müssen oder weil sie sich nicht mehr so wie früher um langfristige Ausgabenstrategien (z.B. Präventionsprogramme) kümmern können.

Zudem führen die Krankenkassen und Kassenarten heftige Auseinandersetzungen um den niedrigsten Zusatzbeitrag und über die Deutungshoheit über das Zuweisungssystem des Bundesversicherungsamtes (BVA) mit dem Allokationsmechanismus »Morbi-RSA«. Das BVA versucht dabei mit immer neuer Gutachten des hauseigenen Beirats die Auseinandersetzungen zu entschärfen. Aktuelles Beispiel hierfür ist das Gutachten des BVA-Beirats, das im Ergebnis – getreu dem Motto »Der Berg kreite und gebar eine Maus« – einen weiteren Ausbau des fehlallokierenden BVA-Zuweisungssystems dem Bundesministerium für Gesundheit empfiehlt.

Die Entwicklungen auf der Finanzierungsseite der GKV werden deshalb immer häufiger als politischer Einstieg in die »Einheitskasse« interpretiert.

Neben den Fehlentwicklungen auf der Finanzierungsseite werden zeitgleich auf der GKV-Versorgungsseite sehr große Anstrengungen darauf gelegt, eine politisch administrierte Staatsmedizin auf- und auszubauen. Auffällig ist dabei eine Strategie, die sich mit drei Punkten zusammenfassen lässt:

- Erstens wird die Selbstverwaltung als grundlegendes Organisationsprinzip der GKV sukzessive geschwächt, um der direkten staatlichen Verwaltung (z.B. Bundesministerium für Gesundheit oder anderen Bundes- und Landesbehörden) mehr Kompetenzen beim Durchgriff auf die medizinischen Leistungserbringer (z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken) zu ermöglichen. Beispielhaft sind hier z.B. die Terminservicestellen zu nennen, die bisher kaum ein sinnvolles Ergebnis gebracht



Thomas Drabinski

* Dr. Thomas Drabinski leitet das Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel.

- haben, aber trotzdem zukünftig weiter ausgebaut werden sollen.
- Zweitens werden die ökonomischen und strukturellen Rahmenbedingungen vor allem für ambulante Leistungserbringer verschlechtert. Dies führt mittelfristig dazu, dass die kleineren ambulanten Versorgungseinheiten verdrängt und durch industrielle oder stationäre Anbieter ersetzt werden – und/oder die Angebote ersatzlos in der Fläche verschwinden.
 - Drittens wird durch politische Mutlosigkeit auf der Landes- und Kommunalebene vor notwendigen Entscheidungen zurückgeschreckt (zum Beispiel bei der Krankenhaus-Bettenplanung) und stattdessen der zentrale Planer in Berlin angerufen, diese Dinge dann bundesweit einheitlich zu regeln. Und dies, obwohl in den meisten Fällen ein bundeslandbezogenes und auch dort zu lösendes Problem vorliegt (und in nicht seltenen Fällen dies etwas mit Nordrhein-Westfalen zu tun hat). Der zentrale Planer widerspricht dieser Kompetenzabgabe nicht.

Während sich die Gesundheitspolitik im Bereich der GKV weit mehr als notwendig verausgabt, ist das Gegenteil im Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) zu erkennen. Dort kann man mittlerweile von einer mutwilligen Untätigkeit bei der Reform der PKV sprechen. Noch immer gibt es keine verbindlichen Mindestkriterien für den medizinischen Leistungskatalog. Noch immer gibt es – mit Ausnahme von Bagatelleträgen – keine Portabilität von Alterungsrückstellungen (das Ersparte darf nicht beim Versichererwechsel mitgenommen werden). Und noch immer ist die soziale Absicherung von Einkommensschwächeren im Geiste einer sozialen Marktwirtschaft in der PKV nur als Feigenblatt ausgeprägt.

Vielmehr sieht sich der Gesetzgeber mit dem PKV-System einem kapitalstrotzenden Ungetüm – mit knapp 250 Mrd. Euro an wie und wo auch immer angelegten Versichertengeldern – gegenüber, bei dem der Gebrauch von Begriffen wie etwa »verfassungsrechtlich geschützt« ebenso viel Unlust zur Reform bewirkt wie all die Beamten und sonstigen Beihilfeempfänger, die im Fall einer Reform der Beihilfe mit einer Kündigung ihrer Freundschaft drohen.

Insgesamt ist die Ausgangslage für Reformen im deutschen Gesundheitssystem als schwierig zu bewerten. Denn im Bereich der GKV müsste sich der Gesetzgeber mit seiner Politik hin zu einer Einheitskasse und hin zu einer Staatsmedizin deutlich zurücknehmen und im Bereich der PKV müsste er Reformen im Sinne der sozialen Marktwirtschaft überhaupt erst einmal in Erwägung ziehen.

DEMOGRAPHIE

Die Demographie oder vielmehr der demographische Veränderungsprozess spielt eine entscheidende

Rolle für Reformanstrengungen im deutschen sozialen Sicherungssystem. Während sich für die Rentenversicherung bereits ein gewisses Verständnis darüber entwickelt hat, welche Konsequenzen es haben wird, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen, so ist ein Problembewusstsein für Generationengerechtigkeit für das Gesundheitssystem bisher eher schwach ausgeprägt.

Die geburtenstarken Jahrgänge sind datiert zwischen den Geburtsjahren 1952 und 1972 und umfassen 2018 mehr als 1 Mio. Personen je Geburtsjahrgang.¹ Der erste geburtenstarke Jahrgang ist im letzten Jahr (2017) offiziell in Rente gegangen, das heißt, aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden. Der Jahrgang 1952 bezieht fortan Rente. Für das Gesundheitssystem bedeutet dies, dass die Einnahmen der GKV für diesen Jahrgang (1952) im laufenden Jahr sinken, da sich die Beiträge über die Höhe der Rente errechnen und nicht mehr über das höhere Erwerbseinkommen. Für PKV-Personen im 1952er Jahrgang wird begonnen, die zugehörigen PKV-Alterungsrückstellungen aufzulösen.

Der demographische Veränderungsprozess hat begonnen. Und in den nächsten zwei Jahrzehnten werden alle Personen aus den geburtenstarken Jahrgängen in den Ruhestand gehen. Insgesamt leben 2018 25,97 Mio. Personen in den geburtenstarken Jahrgängen, das sind 31,3% der gesamten Bevölkerung. Es bedarf wenig Vorstellungskraft, dass dieses Bevölkerungsdrittel mit zunehmendem Alter auch mehr Gesundheitsleistungen benötigt. Und zwar für die nächsten 30–50 Jahre.

Ob die geburtenstarken Jahrgänge diese Gesundheitsleistungen in der Zukunft bereitgestellt bekommen, ist noch nicht geklärt. Denn das medizinische Angebot müsste mindestens auf seinem heutigen Niveau in die Zukunft fortgeschrieben, eher aber ausgebaut werden. In der Realität ist das Gegenteil zu beobachten. Krankenhausbetten werden abgebaut und Arztpraxen finden – nicht nur demographiebedingt – keinen Nachfolger. Kurzum: Mit allergrößter Wahrscheinlichkeit gibt es zukünftig einen Nachfrageüberschuss nach medizinischen Leistungen, der weder von der Finanzierungsseite des Gesundheitssystems noch vom fehlenden Angebot an medizinischer Infrastruktur (ärztliches und nicht-ärztliches Gesundheitspersonal) bedient werden kann. Die ersten Mangelerscheinungen sind bereits heute im Bereich der Kranken- und Altenpflege zu erkennen.

Nur eine qualifizierte Zuwanderung bis zum Jahr 2060 auf dem Niveau der letzten 30 Jahre (die Nettozuwanderung liegt seit der Wiedervereinigung bei durchschnittlich 296 000 Personen im Jahr) könnte in diesem Bereich die Personalsorgen lösen.

¹ Grundlage der folgenden Quantifizierungen ist ein eigenständiges Demographiemodell zu Geburten, Sterbefällen, Wanderungen sowie zur Vorausberechnung auf den primären Datenquellen Statistisches Bundesamt (2016; 2017a; 2017b; 2017c; 2018a; 2018b).

Aktualisierte amtliche Prognosen des Bundesministeriums für Gesundheit zur zukünftigen Nachfrage und zum zukünftigen Angebot von medizinischen Leistungen stehen noch aus.

DAS KONZEPT DER REFORMIERTEN DUALITÄT

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass wegen des demographischen Veränderungsprozesses und wegen gesundheitspolitischer Gesetzgebungsfehler eine Fortschreibung der Dualität von GKV und PKV auf dem heutigen Finanzierungs- und Versorgungsniveau bis zum Jahr 2060 nicht möglich ist. Wird eine Änderung dieser Problemlage als zielführend und gesellschaftspolitisch wünschenswert angesehen, dann müssten ordnungspolitische Änderungen umgesetzt werden.

Bausteine für ordnungspolitische Änderungen sind im Folgenden dargestellt. Die kurz umrissenen Inhalte einer reformierten Dualität sind eine Aktualisierung und Erweiterung der Konzepte, die erstmalig in Drabinski (2013) diskutiert worden sind. Umfassendere Ausführungen können aus Platzgründen nicht erfolgen. Zu den Bausteinen zählen:

Interessenquote

In der **GKV** wird eine Interessenquote zwischen Rentnern, Erwerbstätigen und Kindern eingeführt, um eine dauerhaft nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Gesundheitsausgaben sicherzustellen. Über die Interessenquote werden nachwachsende Generationen vor einer finanziellen Überlastung geschützt.

Eine solche Quote ist für die **PKV** nicht zu definieren, da die in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen die Funktion einer Interessenquote erfüllen.

Versicherungsfremde Leistungen

In der **GKV** werden versicherungsfremde Leistungen im Zusammenhang mit der Interessenquote erstmalig rechtsverbindlich definiert, quantifiziert und über regelgebundene Bundeszuschüsse finanziert.

Parität

Eine neue Form der Parität wird zwischen Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern und sonstigen gleichgestellten Beitragszahlern auf der einen Seite (»Gruppe A«) und zwischen Arbeitnehmern, Rentnern und anderen gleichgestellten Beitragszahlern auf der anderen Seite (»Gruppe B«) eingeführt. Die Parität ist derart ausgestaltet, dass Gruppe A und Gruppe B den gleichen Anteil an den **GKV**-Gesundheitsausgaben zu tragen haben.

Eine derartig definierte Parität sollte im Sinne der sozialen Marktwirtschaft auch in der **PKV** vorgesehen

sein, um den Volatilitäts-Druck aus den PKV-Prämien herauszunehmen.

Beitragsautonomie für Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen (**GKV**) finanzieren sich zukünftig paritätisch über Beiträge von der Gruppe A (Arbeitgeber-Beiträge/»AG-Beiträge«) und über Beiträge von Gruppe B (Arbeitnehmer-Beiträge: »AN-Beiträge«). Während die AG-Beiträge über einen bis zum Jahr 2060 dauerhaft fixierten Beitragssatz von 8,00% auf Lohn, Gehalt und Rente (Lohnsumme) definiert werden und global dem Prinzip der Parität folgen, erhalten die Krankenkassen die Beitrags-Autonomie für die AN-Beiträge vollständig zurück.

Anstelle der GKV-Beitrags- und Zusatzbeitragsätze tritt die Gesundheitspauschale (Synonyme: pauschaler Beitrag, Kopfpauschale, Gesundheitsprämie), die von jedem erwachsenen Versicherten einer Krankenkasse in gleicher Höhe von 150 Euro im Monat (zuzüglich jährlichem Inflationsausgleich) zu zahlen ist. Einkommensschwache Erwachsene zahlen eine geringere Gesundheitspauschale, da die Krankenkassen über einen sozialen Ausgleich für diese Personengruppe Bundeszuschüsse erhalten. Der soziale Ausgleich wird von der Krankenkasse gegenüber dem Bundeshaushalt über eine Belastungsgrenze von 8,00% berechnet.

In der **PKV** wird ein vergleichbares System eingeführt. Insbesondere geht die Pflicht der Zahlung von Kinderprämien auf den Bundeshaushalt über. Die Beihilfe wird als AG-Beiträge interpretiert.

Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds (**GKV**) sowie das damit verbundene Versichertenklassifikationsmodell des BVA werden nicht mehr benötigt und können aus dem SGB V gestrichen werden.

Generationen-RSA

In der **GKV** wird ein neuer Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Hierzu wird der heutige Morbi-RSA durch einen Generationen-RSA ersetzt. Der Generationen-RSA kann – anstelle des BVA – auch durch eine geeignete andere Institution, z.B. durch den GKV-Spitzenverband, organisiert werden.

Die Einführung eines Generationen-RSA ist in der **PKV** nicht notwendig, da dort grundsätzlich die Alterungsrückstellungen die Funktion des Generationenausgleichs übernehmen können.

E-Health

Im Zuge einer neuen Gesundheitsdigitalisierungs-Strategie in der **GKV** werden von den Krankenkassen für jeden Versicherten ein Gesundheitskonto und eine elektronische Gesundheitsakte angelegt. Über die

elektronische Gesundheitsakte, deren medizinische Informationen vom Versicherten kontrolliert werden, erhält der Versicherte einen Überblick über alle relevanten Positionen seiner medizinischen Versorgung, einschließlich der angefallenen Kosten. Auf dem Gesundheitskonto werden zum Beginn eines Jahres 10% seiner erwarteten individuellen Gesundheitsausgaben durch die Krankenkasse gutgeschrieben.

Auch für die PKV sollte analog eine Gesundheits-Digitalisierungs-Strategie (PKV-Gesundheitskonto und Gesundheitsakte) umgesetzt werden. Im Unterschied zur GKV sollte in der elektronischen Gesundheitsakte zusätzlich die Höhe der individuell gebildeten Alterungsrückstellungen verzeichnet sein.

Eigenbeteiligung

Eine flächendeckende Eigenbeteiligung von 10% auf die Behandlungskosten (ambulant, stationär, Arznei- und Hilfsmittel, Zahnmedizin) wird in der GKV implementiert. Die Eigenbeteiligung in Höhe von 10% der Behandlungskosten wird zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgerechnet und vom individuell Gesundheitskonto abgebucht.

Ist das jährliche Guthaben auf dem Gesundheitskonto aufgebraucht, so hat der Versicherte die darüber hinausgehende Eigenbeteiligung von 10% selbst zu finanzieren. Die selbst finanzierten Eigenbeteiligungen werden durch die Krankenkasse vom Versicherten eingezogen. Für Kinder, chronisch Kranke, soziale Härtefälle, Not- und Unfälle und bei hohen Einmal-Behandlungskosten über bestimmten Schwellenwerten kann diese Regelung auf Antrag ausgesetzt werden.

Auch für die PKV sollte diese Regelung zur Anwendung kommen. Die vielfältigen und für den PKV-Versicherten nicht mehr vergleichbaren Selbstbehalte könnten dann entfallen.

Wettbewerbsinstitut für Gesundheit

Ein neues Wettbewerbsinstitut für Gesundheit wird geschaffen, das dem BMG zugeordnet sein könnte. Das neue Institut hätte die Aufgabe, Lösungen zu entwickeln, mit denen die Schnittstellen-Probleme zwischen ambulantem und stationärem Bereich gelöst werden. Ziel wäre es dann, die Interessenkonflikte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch geeignete Maßnahmen abzubauen. Ebenso könnte das Wettbewerbsinstitut die Aufgabe haben, die Schnittstellen-Probleme zwischen GKV und PKV zu lösen. Der G-BA könnte Teil des neuen Wettbewerbsinstituts sein und könnte weiterhin für die Themen Leistungskatalog, Qualität und Wirtschaftlichkeit Lösungen erarbeiten.

Weitere Maßnahmen für die GKV

Zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung werden die Selbstverwaltungsorgane in ihrer Funktionalität

wieder aufgewertet. Jegliche Honorarbudgets sowie Mengen- und Preisabstaffelungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung entfallen, da sie vor dem Hintergrund des demografischen Veränderungsprozesses als nicht mehr verantwortbar anzusehen sind. Denn Honorar-Budgets sowie Mengen- und Preisabstaffelungssysteme führen zu Fehlanreizen bei den Arbeitgebern im Gesundheitssystem und erschweren eine angemessene zukünftige Beschäftigung und Entlohnung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals.

Weitere Maßnahmen für die PKV

Die Alterungsrückstellungen werden vollständig portabel ausgestaltet, damit PKV-Versicherte ihr Sparguthaben beim Wechsel des PKV-Unternehmens mitnehmen können. Zusätzlich werden flächendeckende Mindestkriterien für den Versicherungsschutz eingeführt, damit jeder Versicherte zu jedem Zeitpunkt in seinem Lebenszyklus umfassend medizinisch versorgt werden kann und nicht von den Kann-Leistungen, das heißt, vom Wohlwollen und von der Finanzsituation seines Versicherers, abhängig ist.

Jeder PKV-Versicherte erhält eine Wechselmöglichkeit in die GKV. Gleichzeitig erhält jeder GKV-Versicherte eine Wechselmöglichkeit in die PKV.

LITERATUR

- Drabinski, Th. (2013), *GKV/PKV-Reformagenda: Reformierte Dualität – Konzept einer Generationen-Gerechtigkeit*, IfMDA Schriftenreihe Band 24, Institut für Mikrodaten-Analyse, Kiel.
- Statistisches Bundesamt (2016), »Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Zusammenfassende Übersichten. Eheschließungen, Geborene und Gestorbene. 1946–2015«, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017a), »Statistische Wochenberichte«, Stand: 29. Dezember 2017, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017b), »Statistik N 10 Eheschließungen, Geborene und Gestorbene 2017 nach Ländern und Monaten«, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2017c), »GENESIS-Datenbank, Statistiken zur Bevölkerung«, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018a), »GENESIS-Datenbank, Vorausberechneter Bevölkerungsstand: Deutschland, Stichtag, Varianten der Bevölkerungsvorausberechnung, Geschlecht, Altersjahre«, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2018b), »GENESIS-Datenbank, Wanderungsstatistik«, Wiesbaden.

Doris Pfeiffer*

Solidarische Finanzierung stärken und bedarfsgerechte Angebotsstrukturen schaffen!

Rund 90% der bundesdeutschen Bevölkerung sind bei einer der 110 gesetzlichen Krankenkassen umfassend gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit versichert. Nach dem Gesetz besteht die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darin, als Solidargemeinschaft die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.¹ Dabei haben sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten, wonach alle Leistungen der Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein haben.² Angesichts des gesetzlichen Anspruchs möchte ich diesem Beitrag die These voranstellen, dass wir mit der GKV für 90% der Bevölkerung tatsächlich nicht nur ein stabiles, funktionsfähiges und überaus akzeptiertes, sondern auch ein solidarisches Gesundheitssystem haben, das dem Wirtschaftlichkeitsgebot im hohen Maße verpflichtet ist. Zugleich ist fraglos festzustellen, dass nicht unerheblicher Reformbedarf besteht – im Hinblick auf die solidarische Ausgestaltung und insbesondere auf die Effizienz des Gesundheitssystems.

Im abgelaufenen Jahr 2017 haben die Krankenkassen Versicherungsleistungen in Höhe von rd. 218 Mrd. Euro erbracht, im Durchschnitt etwa 3 000 Euro je Versicherten. Aufgrund der positiven Einnahmenentwicklung haben die Krankenkassen das Jahr 2017 mit einem Einnahmenüberschuss von rd. 3,2 Mrd. Euro abgeschlossen.³ Der Gesundheitsfonds realisierte ein Defizit in Höhe von rd. 500 Mio. Euro, dies aber allein deshalb, weil auch im vergangenen Jahr bewusst wesentliche Teile der Liquiditätsreserve zur Finanzierung gesundheitsrelevanter Sonderaufgaben abgebaut wurden.⁴ Insgesamt schloss damit die GKV das Jahr 2017 mit einem deutlichen Einnahmenüberschuss ab.

Der Einnahmenüberschuss der Krankenkassen wirkt positiv auf ihre Vermögenslage, so dass sich diese zum Jahresschluss 2017 – aggregiert über alle Krankenkassen – erneut verbessert. Die Betriebsmittel und Rücklagen, also die wesentlichen liquiden Finanzmittel der Krankenkassen, betragen rd. 19 Mrd. Euro und liegen damit in etwa in der Größenordnung einer GKV-Monatsausgabe. Die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler profitieren von dieser Entwicklung, denn die

meisten Krankenkassen konnten ihre Zusatzbeitragsätze zum Jahreswechsel konstant halten. Bei nur acht Beitragssatzanhebungen konnten 17 Krankenkassen ihren Zusatzbeitragsatz zum 1. Januar 2018 senken.

Seit dem Jahr 2012 wächst die GKV. Nach einem Tiefstand im Jahr 2011 mit 69,6 Mio. Versicherten stieg die Zahl bis 2016 auf 71,4 Mio. Versicherte⁵; im Monat Dezember 2017 versicherte die GKV bereits 72,7 Mio. Menschen. Ein wesentlicher Grund liegt in der Zuwanderung nach Deutschland, insbesondere in der EU-Arbeitsmigration der vergangenen Jahre. Zugleich gewinnt die GKV im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung (PKV). Über Jahrzehnte überstiegen die Abgänge freiwilliger Mitglieder in die PKV die Zugänge aus der PKV in sechsstelliger Größenordnung.⁶ Seit 2012 ist auch dieses »eherne« Gesetz gebrochen. Seither verliert die PKV mehr Versicherte an die gesetzlichen Krankenkassen als umgekehrt.⁷ Während die GKV wächst, schrumpft die PKV.⁸

Abgerundet wird das Bild, wenn man sich grundlegende Zufriedenheits- und Zustimmungswerte der Bevölkerung zum Krankenversicherungsschutz anschaut. Bei einer insgesamt hohen allgemeinen Zufriedenheit mit der jeweils eigenen Krankenversicherung⁹ fällt auf, dass das Solidarprinzip in der Bevölkerung besonders große Zustimmung erfährt – und dies bei gesetzlich wie bei privat Versicherten. So stimmten über 70% der vom *WIdO* repräsentativ Befragten der Aussage zu, dass »in einem Gesundheitssystem Gesunde den gleichen Beitrag zahlen sollten wie Kranke«. Über 80% hielten es für geboten, dass »in einem Gesundheitssystem Kinder und Jugendliche kostenfrei mitversichert sein sollten.« (Zok 2012, S. 6) Tatsächlich realisiert wird dieses solidarische Prinzip allein in der GKV.

REFORM DER SOLIDARISCHEN FINANZIERUNG

Gegenwärtig befindet sich die GKV in einer erfreulich guten Verfassung. Doch wie steht es nun um ihre solidarische Ausgestaltung? Unter solidarischer Finanzierung versteht der Gesetzgeber, dass erstens die Mitglieder und die Arbeitgeber Beiträge entrichten, die sich in der Regel an den beitragspflichtigen Einnahmen ausrichten, und zweitens, dass für versicherte Familienan-

⁵ Jahresdurchschnittswerte nach der amtlichen Statistik KM 1/13 des BMG.

⁶ Siehe Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Zahlenberichte, diverse Jahre.

⁷ Grundsätzlich können privat Versicherte nicht aus freier Entscheidung in die GKV zurückkehren; sie können dies nur dann, wenn sie – z. B. durch Aufnahme einer entsprechenden Beschäftigung oder infolge der jährlichen Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze – wieder versicherungspflichtig werden und von z.T. bestehenden Befreiungsrechten keinen Gebrauch machen.

⁸ Auch der Nettoneuzugang der PKV ist seit 2012 negativ, da auch der Saldo aus Neugeborenen/Todesfällen sowie aus Zu-/Auswanderung negativ ist.

⁹ Mehr als zwei Drittel der in einer im Jahr 2012 durchgeführten repräsentativen Erhebung Befragten waren mit ihrer Krankenversicherung (privat wie gesetzlich) insgesamt »sehr zufrieden« oder »zufrieden«; 84% der gesetzlich Versicherten würden sich »bestimmt« oder »wahrscheinlich« wieder für ihre bisherige Krankenkasse entscheiden; bei den privat Versicherten waren dies 75% (vgl. Zok 2012, S. 1).

* Dr. Doris Pfeiffer ist Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Berlin.

¹ Vgl. § 1 Satz 1 SGB V.

² Vgl. § 12 Abs. 1 SGB V.

³ Vorläufige Rechnungsergebnisse der amtlichen Statistik KV45 des BMG.

⁴ Neben den Finanzierungsverpflichtungen für den Innovationsfonds und den Krankenhausstrukturfonds wurden 2017 zusätzlich 1,5 Mrd. Euro für die Anhebung des Zuweisungsvolumens verwendet.



Doris Pfeiffer

GKV-Spitzenverband, ©Tom Maelsa

gehörige keine Beiträge erhoben werden.¹⁰ Damit geht die solidarische Ausgestaltung deutlich über den rein versicherungsmäßigen Schadensausgleich zwischen Gesunden und Kranken einer privaten Versicherung hinaus. Mit Blick auf die große Bedeutung der gesundheitlichen Versorgung für die Menschen wird das Prinzip der Äquivalenz von Eigenbeitrag und Gegenleistung überwunden. Als normative Basis gilt, dass sich die Leistungen im Krankheitsfall für alle Versicherten allein nach ihrem medizinischen Bedarf richten. Der Beitrag hingegen orientiert sich am Prinzip der Leistungsfähigkeit; es werden einkommensabhängige Beiträge erhoben. Der Gesundheitszustand bei Versicherungsbeginn, Alter und Geschlecht sind für die Beitragsbemessung bedeutungslos.

Die solidarische Ausgestaltung findet ihre Grenzen in der Ausgestaltung derjenigen Leistungen, die vom Gesetzgeber der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden¹¹, etwa durch die Bestimmung der als zumutbar definierten Zuzahlungen. Auf der Beitragsseite liegen die Grenzen in der Existenz der Beitragsbemessungsgrenze sowie in den jeweils für die verschiedenen Mitgliedergruppen unterschiedlich definierten beitragspflichtigen Einnahmen. An dieser Stelle sehe ich mit Blick auf bestimmte Mitgliedergruppen Reformbedarf.

Zur solidarischen Beitragsfinanzierung gehört, dass einzelne Mitgliedergruppen finanziell nicht überfordert werden. Dies sollte auch für die zunehmende Gruppe der selbständig Erwerbstätigen gelten, die zumeist selbst keine Arbeitnehmer beschäftigen («Solo-Selbständige») und vielfach Arbeitseinkommen deutlich unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielen. Das Gesetz bestimmt für die gesamte Gruppe der hauptberuflich Selbständigen eine Mindestbemessungsgrundlage, weil der Einkommensbegriff der Selbständigen im Gegensatz zum Arbeitsentgelt der Beschäftigten infolge des Nettoprinzips der Gewinnermittlung¹² als »vorteilhafter« betrachtet wird.¹³ Diese Mindestbemessungsgrundlage beträgt $\frac{3}{4}$ der monatlichen Bezugsgröße und damit im Jahr 2018 immerhin 2.283,75 Euro. Dieses gesetzlich unterstellte Mindesteinkommen führt zu monatlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen in der Größenordnung von rd. 400 Euro¹⁴ – eine Beitragshöhe, die große Teile dieser Mitgliedergruppe nach den Erfahrungen der Krankenkassen überfordert. Aus Sicht der GKV sind

die gesetzlichen Vorgaben daher so zu ausgestalten, dass eine finanzielle Überforderung – möglichst manipulationssicher – ausgeschlossen wird. In ihrem Koalitionsvertrag haben sich Union und SPD hierzu bereits auf eine Neuregelung verständigt, die künftig »kleine Selbständige« entlasten soll, indem für diese die Mindestbemessungsgrundlage in etwa halbiert wird (vgl. CDU 2018, S. 103). Wie nun konkret der Gesetzgeber diese Vereinbarung der Koalition umsetzen wird, bleibt abzuwarten. Festgehalten werden kann jedenfalls, dass hier eine bestehende Unwucht in der solidarischen Ausgestaltung der GKV behoben werden soll.

Beitragsgerechtigkeit ist auch mit Blick auf die gesetzlich versicherten Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II zu fordern. Im gegliederten System der sozialen Sicherung obliegt den staatlichen Fürsorgeträgern die Aufgabe der Sicherung des Lebensunterhalts Bedürftiger. Zur Sicherung des Existenzminimums gehört auch die notwendige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung. Dass diese den gesetzlichen Krankenkassen durch die Schaffung einer gesetzlichen Versicherungspflicht übertragen wurde, ist durchaus sachgerecht, solange nicht zugleich die Finanzverantwortung vom Steuerzahler auf die Sozialversicherten abgewälzt wird. Genau dies ist aber der Fall. Die gegenwärtig vom Bund gezahlte Monatspauschale von rund 98 Euro ist für die GKV auch nicht annähernd ausgabendeckend.¹⁵ Solange aber der Gesetzgeber den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung über ein duales System sicherstellt und damit einen Teil der – zudem besonders leistungsfähigen – Steuerzahlerinnen und Steuerzahler nicht zugleich in den solidarischen Ausgleich der GKV einbezieht, widerspricht diese Lastverschiebung dem fairen Ausgleich zwischen Steuer- und Beitragszahler. Die Zahlung angemessener Beiträge für die gesetzlich versicherten ALG-II-Beziehenden durch den Bund ist also ein weiterer Baustein, die Finanzierung insgesamt solidarischer auszugestalten.

Als dritte Gruppe möchte ich die gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten nennen. Auch hier bestehen erhebliche Mängel in der solidarischen Ausgestaltung des Versicherungsschutzes. Dieser Mangel erwächst aber nicht aus den krankenversicherungsrechtlichen Regelungen, sondern entsteht durch das starre Beihilferecht des Bundes und der Länder. Denn Beamtinnen und Beamte erhalten, da sie als GKV-Versicherte primär Sachleistungen in Anspruch nehmen, nahezu keine Beihilfezahlungen ihres Dienstherrn. Zugleich erhalten sie im Gegensatz zu den nicht beamteten Bediensteten keinen Beitragszuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag. Entsprechend müssen sie diesen vollständig selbst tragen. Es wäre ein weiterer Schritt zu mehr Beitragsgerechtigkeit, würde der Gesetzgeber das Beihilferecht so anpassen, dass

¹⁰ Vgl. § 3 SGB V.

¹¹ Vgl. § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

¹² Das Arbeitseinkommen im Sinne des Sozialversicherungsrechts ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommenssteuerrechts ermittelte Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit (vgl. § 15 SGB IV).

¹³ Hinzu kommt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass es legitim sei, das »Unternehmerrisiko« des hauptberuflich Selbständigen nicht über die Beitragsbemessung partiell auf die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten abzuwälzen (siehe Beschluss des BVerfG vom 22.05.2001, Az. 1 BvL 4/96).

¹⁴ Je nach Zusatzbeitragsatz, Absicherung des Einkommensausfalls und Zahlung/Nichtzahlung des Beitragszuschlags für Kinderlose in der Pflegeversicherung liegen die monatlichen Beiträge bei Zugrundelegung der Mindestbemessungsgrundlage zwischen 380 Euro und 440 Euro.

¹⁵ Laut Forschungsgutachten des IGES Instituts im Auftrag des BMG zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich versicherte ALG II-Beziehende realisierte die GKV im Jahr 2016 aufgrund nicht auskömmlicher Zahlungen des Bundes eine Unterfinanzierung von bis zu 9,6 Mrd. Euro (vgl. IGES Institut 2017).

die gesetzlich versicherten Beamtinnen und Beamten anstelle der einzelfallbezogenen Beihilfen einen monatlichen Beitragszuschuss zum gesetzlichen Krankenversicherungsbeitrag wählen könnten. Hamburg beabsichtigt, genau diesen Schritt zu gehen und ein solches Wahlrecht für gesetzlich versicherte Beamtinnen und Beamte der Hansestadt zu schaffen.¹⁶

Damit wären drei Reformansätze benannt, mit denen die solidarische Ausgestaltung der GKV verbessert werden kann. Hinsichtlich der Selbständigen sowie der ALG-II-Beziehenden stehen zudem die Chancen gut, dass der Bundesgesetzgeber diese Reformen angeht.

Natürlich werden hinsichtlich der solidarischen Ausgestaltung mit den unterschiedlichen Bürgerversicherungsmodellen von Parteien und Gewerkschaften auch wesentlich tiefgreifendere Reformen debattiert, die grundsätzlichere Fragen nach den »richtigen« Bemessungsgrundlagen der Beitragsfinanzierung und dem »richtigen« Zuschnitt der einbezogenen Personenkreise stellen. Diese normativen Fragestellungen gehören in die gesellschaftspolitische Debatte und damit ins Parlament und können letztlich nur von diesem beantwortet werden. Bis dato gibt es hierzu keinen gesellschaftlichen, zumindest keinen parlamentarischen Konsens, sodass auch der vorliegende Koalitionsvertrag von Union und SPD diese Fragen nicht aufgreift. Bei isolierter Fokussierung auf die GKV kann man aber zweifelsohne von einem funktionsfähigen solidarischen Gesundheitssystem sprechen, erst Recht, wenn noch bestehende Defizite behoben werden.

ERHÖHUNG DER EFFIZIENZ IM GESUNDHEITSWESEN

Wie ist es nun mit der Effizienz im Gesundheitssystem bestellt? Mit dem eingangs bereits genannten Wirtschaftlichkeitsgebot sind Effektivität und Effizienz als gesetzlicher Anspruch der GKV formuliert. Effektivität ist gefordert, weil notwendig und zugleich wirtschaftlich können allein solche Leistungen sein, die tatsächlich auch wirksam sind. Zudem ist Effizienz gefordert, d.h., die gewährten Leistungen sollten zu möglichst niedrigen Kosten erbracht werden. Effektivität geht dabei vor Effizienz, denn was hilft es, wenn wir eine gegebene Leistung zwar effizient zu minimalen Kosten erstellen, diese aber gar keinen patientenrelevanten Nutzen hat? Um also auf ein effizientes Gesundheitssystem hinzuwirken, sind erstens unwirksame Leistungen möglichst von der Versorgung auszuschließen, zweitens für alle wirksamen Leistungen Verfahren zu etablieren, die möglichst durchgängig bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen schaffen und eine an Qualität und Nutzen orientierte Preisfindung ermöglichen.

Doch zuerst möchte ich den Blick auf das klassische »Versicherungsgeschäft« der Krankenkassen richten. Mit Einführung des allgemeinen Krankenkassenwahlrechts im Jahr 1996 wurden bereits vor 20 Jahren entscheidende wettbewerbliche Anreize für eine stärkere Kundenorientierung, für schlankere Verwaltungsverfahren und ein konsequentes Leistungsmanagement gesetzt. Dabei hat sich der eingeführte Mitgliederwettbewerb als erfolgreiches Instrument erwiesen. Seit Mitte der 1990er Jahre konkurrieren die Krankenkassen mit erheblichem Engagement um ihre Mitglieder – mit vielfältigen Service- und Beratungsleistungen, Telefon-Hotlines und Online-Geschäftsstellen, mit Angeboten zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung, mit Hausarzt- und Rabattverträgen, mit Gesundheitsprogrammen, Wahlтарifen, Zusatzversicherungen und natürlich mit ihren unterschiedlichen Beitragssätzen. Der Gestaltungsspielraum wurde für die Krankenkassen auf dieser Wettbewerbsebene nach und nach erweitert und wird spürbar zum Nutzen der Versicherten genutzt. Wer als Versicherter das Gefühl hat, schlecht betreut zu werden, stimmt mit den Füßen ab und geht zur Konkurrenz. Dank des versichertenfreundlichen Kündigungsrechts ist ein Kassenwechsel einfach und kann im Gegensatz zu einem Wechsel innerhalb der PKV ohne finanzielle Nachteile in jedem Lebensalter vollzogen werden. Dass der Wettbewerbsdruck hoch ist, zeigt allein schon der Blick auf die Entwicklung der Anbieterzahl. Von 2000 bis 2018 hat sich die Zahl der Krankenkassen – im Wesentlichen durch Fusionen – von 420 auf 110 reduziert. Zugleich gelingt es durch den Risikostrukturausgleich, Risikoselektion zu Lasten einkommensschwacher oder kranker Mitglieder zu verhindern. Der Mitgliederwettbewerb funktioniert und sorgt für weitgehend effiziente Verwaltungsleistungen der Krankenkassen.

Schaut man sich das Verhältnis von Verwaltungskosten zu Leistungsausgaben der GKV an, es liegt bei etwa 1:20, so wird deutlich, dass der Schlüssel für ein insgesamt effizientes Gesundheitswesen auf Ebene der Leistungserbringung liegt. Das Vertrauen der Politik in das Steuerungsinstrument Wettbewerb ist auf dieser Ebene allerdings weit weniger ausgeprägt. Es fehlt zumeist an Mut, Steuerungsinstrumente zu implementieren, die das Leistungsangebot konsequent an Qualitätskriterien und tatsächlichen Versorgungsbedarfen ausrichten, wenn damit bestehende Angebotsstrukturen gefährdet werden, seien sie qualitativ noch so fragwürdig oder über Bedarf vorhanden. Dies gilt gleichermaßen für sinnvolle planerische Maßnahmen, die auf Basis wissenschaftlicher Evidenz bedarfsgerechte Kapazitäten und eine effizientere Versorgung sicherstellen sollen.

In der stationären Versorgung scheidet eine effiziente Versorgung bereits an der unzureichenden Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser durch die Länder. Bei einem jährlichen Investitionsbedarf von rd. 6 Mrd. Euro liegt die Förderung der Länder unter 3 Mrd. Euro. Dies führt dazu, dass die für die Behandlungs-

¹⁶ Siehe Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer pauschalen Beihilfe zur Flexibilisierung der Krankheitsvorsorge, Drucksache 21/11426 vom 19. Dezember 2017.

fälle von den Krankenkassen gezahlten Fallpauschalen zweckentfremdet zur Investitionsfinanzierung eingesetzt werden und den Krankenhäusern somit für die Finanzierung ihrer Betriebskosten fehlen. Mit der Übernahme einer zunehmenden Finanzierungslast seitens der Krankenkassen geht allerdings kein Zuwachs an Mitsprache- oder Planungsrechten einher. Die Kapazitätsplanung verbleibt trotz unzureichender Erfüllung der Finanzverantwortung unverändert bei den Ländern. Und hier geschieht zu wenig. Solange wir auf der einen Seite mit zusätzlichen Mitteln wie den Sicherstellungszuschlägen die stationäre Versorgung in dünn besiedelten Regionen aufrechterhalten, auf der anderen Seite aber der notwendige Abbau von bestehenden Überkapazitäten in Ballungsgebieten ausbleibt, sind wir von einer effizienten Krankenhausversorgung meilenweit entfernt.

Weitet man den Blick und schaut auf die gesamte gesundheitliche Infrastruktur, so werden die Defizite in der Kapazitätsplanung noch deutlicher. Ineffizienzen erwachsen – ambulant wie stationär – aus der räumlichen Ungleichverteilung der Versorgungskapazitäten und der doppelten Angebotsstruktur im fachärztlichen Bereich. Dringend notwendig ist daher eine konsequente sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Dabei müssen Organisation und Verteilung der Behandlungskapazitäten strikt am jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf ausgerichtet werden. Grundlage sollte aus GKV-Sicht ein sektorenübergreifendes Leistungserbringerverzeichnis sein, das als wesentliches Auswahlkriterium die messbare Qualität der Leistungen vorsieht.

Auch die Notfallversorgung ist unter Effizienzgesichtspunkten dringend reformbedürftig. Auch sie ist geprägt durch parallele Strukturen in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung. Für die Patienten sind die Zuständigkeiten vielfach unklar. Die vertragsärztliche Notfallversorgung ist lückenhaft, die bestehenden Angebote sind in der Bevölkerung häufig unbekannt. Die Rettungsstellen der Krankenhäuser schließen vielfach die Lücken, so dass Patienten häufig teure stationäre Leistungen gewährt werden, wo ambulante Leistungen ausreichend wären. An Wochenenden und des Nachts sind Krankenhausambulanzen vielfach überlastet, während vertragsärztliche Angebote ungenutzt bleiben. Eine verbesserte Koordination allein reicht hier nicht aus, um Defizite zu beseitigen. Ambulante und stationäre Notfallversorgung sollten daher künftig in einem integrierten Konzept – unter Einbeziehung der Rettungsleitstellen und Leitstellen des KV-Notdienstes – möglichst zentral »unter einem Dach« organisiert werden.¹⁷ Eine Reform der Notfallversorgung birgt erhebliches Potenzial zur Verbesserung der Qualität der Versorgung und ihrer Effizienz.

Einen guten Weg beschreibt die GKV im Bereich der Arzneimittelversorgung. Mit der seit 2012 prak-

tizierten systematischen Nutzenbewertung von neu zugelassenen patentgeschützten Arzneimitteln durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und den hierauf aufsetzenden Erstattungsbeitragsverhandlungen zwischen pharmazeutischem Unternehmer und GKV-Spitzenverband wurde ein funktionsfähiges Instrument zur effizienten Arzneimittelversorgung geschaffen. Der für Deutschland wegweisende neue Ansatz liegt darin, dass für ein Arzneimittel, für das durch die behördliche Zulassung ein Wirksamkeitsbeleg vorliegt, ein angemessener Erstattungsbetrag in Abhängigkeit vom patientenrelevanten Zusatznutzen verhandelt wird. Es entspricht dabei der Forderung nach einer effizienten Leistungserbringung, dass der Preis eines Arzneimittels ohne festgestellten Zusatznutzen nicht höher sein darf als der für ein bereits im Markt befindliches Mittel, das nach wissenschaftlicher Expertise als zweckmäßige Vergleichstherapie gelten kann. Das gegenwärtige Verfahren hat zu einer deutlichen Effizienzsteigerung in der Arzneimittelversorgung geführt. So konnten mit diesem Instrument im Jahr 2016 Effizienzreserven von rd. 1,35 Mrd. Euro gehoben werden, rd. 21% der GKV-Ausgaben in diesem Marktsegment (vgl. Stackelberg et al. 2017).

Aber auch in diesem Bereich sind Verbesserungen möglich. So liegt ein Problem darin, dass der G-BA vielfach eine nach Patientengruppen differenzierte Nutzenbewertung abgibt, dass also für einige Teilindikationen ein Zusatznutzen festgestellt wird, für andere hingegen nicht. Gleichwohl ist für das Arzneimittel ein einheitlicher Erstattungsbetrag zu verhandeln. Die folglich praktizierte Mischpreisbildung könnte aber nur dann wirklich wirtschaftlich sein, wenn bei Vertragsschluss die nachfolgenden Verordnungsmengen in den jeweiligen Teilindikationen bekannt wären. Dass dies nicht der Fall ist, liegt auf der Hand, so dass viel für die Verhandlung indikationspezifischer Preise bei Vorliegen eines differenzierten Zusatznutzens spricht.

Bei generischen Arzneimitteln ermöglicht das Festbetragssystem der GKV ein wirtschaftliches Preisniveau. Zusätzliche Effizienzgewinne erschließen die Krankenkassen erfolgreich durch ihre Rabattverträge mit pharmazeutischen Herstellern. Nach jüngsten Einschnitten durch den Gesetzgeber sollte dieses wettbewerbliche Instrument tunlichst wieder gestärkt werden.

Mehr Wettbewerb kann auch dem Apothekenmarkt zugemutet werden. Dies gilt sowohl mit Blick auf das bestehende Fremd- und Mehrbesitzverbot als auch auf das von der kommenden Regierungskoalition angestrebte Versandhandelsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Im Sinne einer am Patientenwohl orientierten Versorgung sollten aber wettbewerbsbeschränkende Schutzzäune abgebaut und nicht verstärkt werden. Dass auch in der Apothekenvergütung noch erhebliche Effizienzreserven schlummern, hat nicht zuletzt das kürzlich veröffent-

¹⁷ Zu den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes zur Reform der Notfallversorgung vgl. GKV-Spitzenverband (2017).

lichte Gutachten im Auftrag des BMWi eindrücklich gezeigt.¹⁸

FAZIT

Mit der stationären Versorgung, der Notfallversorgung und der Arzneimittelversorgung sind nur drei ausgewählte Leistungsbereiche angesprochen, die erhebliche Effizienzreserven bergen. Es bleibt zu hoffen, dass die neue Legislaturperiode zur Hebung dieser Reserven genutzt wird. Denn mit einer bedarfsgerechten und möglichst sektorenübergreifenden Kapazitätsplanung, mit einer an Qualität und Nutzen ausgerichteten Leistungssteuerung, mit wettbewerblichen Öffnungen könnte unser solidarisches Gesundheitssystem effizienter und zukunftsfähig werden.

LITERATUR

CDU (Hrsg., 2018), *Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*, 7. Februar, verfügbar unter: https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1.

GKV-Spitzenverband (2017), *Neustrukturierung der Notfallversorgung, Positionspapier vom 30. August 2017*, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Notfallversorgung_barrierefrei.pdf.

IGES Institut (2017), *GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II*, Dezember, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES_Publik_GKV-Beitraege_Dez2017.pdf.

Stackelberg, J.-M., A. Haas, J.-M. Kleinert, A. Zentner und A. Tebinka-Olbrich (2017), »Ergebnisse des AMNOG-Erstattungsbetragsverfahrens«, in: U. Schwabe, D. Pfaffrath, W.-D. Ludwig und J. Klauber (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2017*, Springer, Berlin, Heidelberg, 167–180.

Zok, K. (2012), »GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. Ergebnisse einer Umfrage unter GKV- und PKV-Versicherten«, *WIdO monitor* (2), 1–8.

Stefan Greß*

Bürgerversicherung: Auf lange Sicht ohne Alternative

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Krankenversicherungssystems während der Verhandlungen um die Bildung einer erneuten Koalition aus Union und SPD dominierte gesundheitspolitisch die Auseinandersetzung um die Einführung einer Bürgerversicherung. Die Intensität dieser Debatte war deswegen überraschend, weil das Thema Bürgerversicherung im Wahlkampf keinerlei Rolle gespielt hatte. In das Wahlprogramm der SPD hatte es ohnehin eine nur sehr abgespeckte Version der Bürgerversicherung geschafft, die auf vermeintlich schmerzhaftes Interventionen zu Lasten der eigenen potenziellen Wählerschaft verzichtete (vgl. Greß und Lungen 2017). Nach dem Scheitern der Verhandlungen zur Bildung einer Koalition aus Union, FDP und Grünen tauchte die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung unter dem Label »Abschaffung der Zwei-Klassen-Medizin« aus der gesundheitspolitischen Versenkung auf. Dieses Label ist jedoch aus Sicht des Autors ebenso irreführend wie die von Mythen, Halbwahrheiten und Ideologie geprägte Kampagne des Verbands der privaten Krankenversicherung zur Existenzrettung des eigenen Geschäftsmodells. In diesem Beitrag soll daher zunächst der Reformbedarf des deutschen Krankenversicherungssystems analysiert werden. Zweitens wird eine langfristige Perspektive für ein nachhaltig finanziertes, gerechtes und effizientes System von Krankenversicherungen mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen in Form einer Bürgerversicherung entwickelt.

REFORMBEDARF IM DEUTSCHEN KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM

Zu den Stärken des deutschen Krankenversicherungssystems gehört, dass ein universeller Zugang zu Krankenversicherungsschutz weitgehend gewährleistet ist. Seit Einführung der Versicherungspflicht im Jahr 2009 ist die Anzahl der nichtversicherten Personen deutlich zurückgegangen und liegt inzwischen bei unter 80 000 Personen (Statistisches Bundesamt 2016). Krankenversicherung hat zudem die zentrale Aufgabe, eine finanzielle Schutzfunktion im Krankheitsfall zu gewährleisten. Diese Aufgabe wird ebenfalls weit überwiegend überfüllt. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird den Versicherten ein umfassender standardisierter Leistungskatalog mit auch im internationalen Vergleich niedrigen Selbstbeteiligungen zur Verfügung gestellt. Als Konsequenz müssen sich gesetzlich Versicherte im Krankheitsfall keine Sorgen über die Finanzierung ihrer gesundheitlichen



Stefan Greß

¹⁸ An der Heiden, Meyrahn (2HM & Associates GmbH), Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie, November 2017.

* Prof. Dr. Stefan Greß leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda.

Versorgung machen. Diese finanzielle Schutzfunktion gewährleisten im Grundsatz auch private Krankenversicherer (PKV). Allerdings zeigen die Entwicklungen der vergangenen Jahre, dass ein Teil der privat Krankenversicherten übermäßig stark durch eine Kombination von steigenden Prämien und hohen Selbstbeteiligungen finanziell belastet wird (vgl. Haun 2013).

Strukturelle Einnahmeschwäche der GKV

Vor dem Hintergrund der außerordentlich positiven Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren mag es auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar sein, von einer strukturellen Einnahmeschwäche der GKV zu reden. Ende des Jahres 2017 haben der Gesundheitsfonds und die einzelnen Krankenkassen Reserven von rund 28 Mrd. Euro gebildet (vgl. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* 2018). Diese Entwicklung ist die Konsequenz einer schon seit Jahren außerordentlich positiven konjunkturellen Entwicklung, die zu steigenden Löhnen und Gehältern sowie zu einer Rekordzahl an sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen geführt hat.

Im langfristigen Trend bleibt allerdings das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV hinter dem Wachstum der Ausgaben zurück. Dies liegt vor allem an der eingeschränkten Finanzierungsbasis der GKV. So werden Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ebenso wenig zur Finanzierung der Ausgaben herangezogen wie Einkommen aus Vermögen. Dieses strukturelle Problem wird bei der nächsten konjunkturellen Krise virulent werden.

Dysfunktionaler Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Der angebliche Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ist dysfunktional, weil er auf sehr unterschiedlichen Voraussetzungen beruht. Beamte sind vor allem deswegen in der privaten Krankenversicherung versichert, weil Bund und Länder keine Arbeitgeberzuschüsse in der GKV für ihre Beamten vorsehen. Beamte könnten sich zwar in der GKV versichern – müssten dann aber den gesamten Beitrag einschließlich des Arbeitgeberanteils finanzieren. Mit anderen Worten haben Bund und Länder einen Schutzzaun um das Neugeschäft der PKV gezogen, der das Gegenteil von Wettbewerb zur Folge hat. Gutverdienende Angestellte wechseln vor allem dann in die PKV, wenn es sich finanziell für sie lohnt. Dies wiederum ist dann der Fall, wenn diese Personen gesund sind und keine Familienangehörigen haben. Als Konsequenz verlassen den Risikopool der GKV vor allem Versicherte mit hohem Einkommen, niedrigen Gesundheitsrisiken und wenigen Familienangehörigen.

Der angebliche Systemwettbewerb ist zudem durch unterschiedliche Vergütungen für Leistungsanbieter massiv verzerrt. Diese Verzerrungen führen zu in der Sache nicht begründbaren Ungleichbehandlungen

zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen und zu allokativen Fehlanreizen. Der bessere Zugang von Privatversicherten insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist empirisch ebenso robust dokumentiert (vgl. Greß und Heinemann 2013) wie die Beeinflussung von regionalen Niederlassungsentscheidungen durch den Anteil der Privatversicherten (vgl. Sundmacher und Ozegowski 2016). Aus Sicht des Autors ist es dennoch verfehlt, in diesem Zusammenhang von einer Zwei-Klassen-Medizin zu reden. Unterschiede in der medizinischen Behandlung zwischen den beiden Versichertengruppen lassen sich nicht nachweisen.

Schwächen des Geschäftsmodells der PKV

Die Schwächen des Geschäftsmodells in der PKV zeigen sich vor allem in der Ausgabenentwicklung und in der Abhängigkeit vom Kapitalmarkt. Die höheren Vergütungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung müssen ebenso durch steigende Prämien finanziert werden wie die hohen Abschluss- und Verwaltungskosten. Eine weitere Herausforderung für die PKV ergibt sich durch die lang andauernde Phase von äußerst niedrigen Zinsen. Zur Stabilisierung der Prämien sind die privaten Krankenversicherer auf auskömmliche Erträge bei der Anlage der Alterungsrückstellungen angewiesen. Diese Verzinsung ist allerdings – verursacht durch die Niedrig- bzw. Nullzinspolitik der Europäischen Zentralbank – in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2017 konnte nach Angaben der Bundesregierung erstmals keiner der privaten Krankenversicherer den kalkulierten Rechnungszins von 3,5% p.a. erreichen (Deutscher Bundestag 2018). Erwirtschaften die privaten Krankenversicherer einen Prozentpunkt weniger Zinsen für die Kapitalanlagen, so müssen sie ihre Prämien um rund 10% erhöhen. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren deutlich verschärfen, wenn die privaten Versicherer vermehrt niedrigverzinsten Papiere in ihr Portfolio aufnehmen müssen.

Als Konsequenz der Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung sinkt der Marktanteil der PKV. Seit dem Jahr 2011 verlieren die privaten Krankenversicherer mehr Versicherte, als sie neu hinzugewinnen können. Die Zahl der privat versicherten Personen ist von 9 Mio. Personen im Jahr 2011 auf 8,6 Mio. Personen im Jahr 2016 gesunken. Allein im Jahr 2016 hat die PKV demnach per saldo 166 000 Versicherte verloren (Deutscher Bundestag 2018).

PERSPEKTIVEN EINER BÜRGERVERSICHERUNG

Die oben erläuterten Schwächen des deutschen Krankenversicherungssystems lassen sich allesamt durch die schrittweise Einführung einer Bürgerversicherung beseitigen. Nach Ansicht des Autors ist dabei eine Engführung ausschließlich auf die Integration

von GKV und PKV zu vermeiden. Insbesondere zur Verbreitung der Finanzierungsbasis in der GKV ist auch eine schrittweise Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung von Vermögenseinkünften anzustreben.

Integration von GKV und PKV

Nichtsdestoweniger ist die perspektivische Integration von GKV und PKV das Kernelement einer Bürgerversicherung. Zur Umsetzung bedürfte es jedoch einer vergleichsweise breiten politischen Mehrheit. Zum einen müsste der Bundesgesetzgeber zu einem noch festzulegenden Stichtag den privaten Krankenversicherern das Neugeschäft für Angestellte und Selbständige verschließen. Zum anderen müssten der Bundes- und sämtliche Landesgesetzgeber parallel den Zugang von Beamten zur privaten Krankenversicherung versperren. Parallel könnte den vor dem Stichtag bereits Privatversicherten ein zeitlich befristetes Wahlrecht zum Wechsel in die Bürgerversicherung eingeräumt werden – unter Mitnahme zumindest eines Teils der Alterungsrückstellungen.

Als Konsequenz der Einführung einer Bürgerversicherung würde der angebliche Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV sowie die Risikoselektion zu Lasten der GKV beendet. Zudem würden die Steuerzahler in Bund und Ländern perspektivisch entlastet (vgl. Albrecht et al. 2016b). Als Konsequenz einer Angleichung der Vergütungssysteme insbesondere in der ambulanten ärztlichen Versorgung würden zudem die finanziellen Anreize für die bevorzugte Behandlung von Privatversicherten sowie zur Niederlassung in Regionen mit einem hohen Anteil von Privatversicherten entfallen.

Bisher hat der massive Widerstand der vereinten Lobby aus Bundesärztekammer und privater Krankenversicherung die Einführung einer Bürgerversicherung immer wieder erfolgreich verhindert. Die dabei verwendeten Argumente werden allerdings durch ständige Wiederholung nicht glaubwürdiger. Letztlich werden durch die Existenz der privaten Krankenvollversicherung die Einkommensinteressen der niedergelassenen Ärzteschaft geschützt und ein weitgehend wettbewerbsfreier und damit vergleichsweise unproduktiver Wirtschaftszweig durch die Versicherten und Steuerzahler in ihrer Existenz gesichert.¹ Insofern ist es auch nicht überraschend, dass die Einführung einer Bürgerversicherung in der Bevölkerung durchaus populär ist. Nach einer repräsentativen Befragung vom Januar 2018 befürworten 61% aller Befragten dieses Reformmodell. Auch bei Anhängern von CDU und CSU liegt die Zustimmungsrate bei über 50% – bei den Privatversicherten immerhin bei 40% (vgl. *Der Tagesspiegel* 2018).

¹ In der privaten Krankenversicherung sind bei knapp 9 Mio. Versicherten etwa 68 000 Personen beschäftigt (vgl. Albrecht et al. 2016a). Die Techniker-Krankenkasse als größte gesetzliche Krankenkasse beschäftigt bei etwa 10 Mio. Versicherten weniger als 14 000 Personen.

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV würde sich durch die schrittweise Integration von GKV und PKV erst langfristig verbessern. Von nach und nach wirksam werdenden Entlastungseffekten von bis zu 0,9 Beitragssatzpunkten (vgl. Rothgang und Domhoff 2017) müssten zudem noch etwaige Kompensationszahlungen für die niedergelassene Ärzteschaft abgezogen werden (vgl. Wasem et al. 2013). Zweites Kernelement einer Bürgerversicherung wäre daher die schrittweise Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung. Mit dieser Maßnahme würde die Finanzierung der GKV deutlich stärker als bisher an dem Prinzip der ökonomischen Leistungsfähigkeit orientiert werden. Gleichzeitig könnte der Beitragssatz um 0,8 Beitragssatzpunkte gesenkt werden – wovon insbesondere kleine und mittlere Einkommen profitieren würden (vgl. Rothgang und Dornhoff 2017).

Verbeitragung weiterer Einkommensarten

Sozialpolitisch dringend geboten ist aus Sicht des Autors auch das dritte Element einer Bürgerversicherung – die konsequente Verbeitragung weiterer Einkommensarten. Bisher wird nur für freiwillig versicherte Selbständige die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit bei der Beitragsberechnung zugrunde gelegt. Bei Pflichtversicherten und Rentnern bleiben jedoch beispielsweise Einkünfte aus Vermögen außen vor. In der Konsequenz kommt es zu Ungleichbehandlungen, wenn Einkünfte aus unterschiedlichen Quellen stammen. Die Heranziehung auch weiteren Einkommensarten zur Beitragsberechnung wäre daher ein weiterer wichtiger Schritt, um die finanzielle Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung langfristig zu sichern und die strukturelle Einnahmeschwäche zu überwinden. Ceteris paribus könnte der Beitragssatz in der GKV um bis zu 1,5 Prozentpunkte gesenkt werden (vgl. Rothgang und Dornhoff 2017). Die Umsetzung könnte zudem mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

LITERATUR

- Albrecht, M., M. Möllenkamp, H.-D. Nolting und S. Hildebrandt (2016a), *Modelle einer Bürgerversicherung – Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen*, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Albrecht, M., R. Ochmann und G. Schifffhorst (2016b), *Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Selbstständige*, Gütersloh, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Der Tagesspiegel* (2018), »Fast die Hälfte der Privatversicherten will die Bürgerversicherung«, 26. Januar, 4.
- Deutscher Bundestag (2018), *Daten zur Situation der privaten Krankenversicherung und Geheimhaltung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE*, Drucksache 19/746, 14. Februar, Berlin.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung* (2018), »Das Gesundheitssystem schwimmt in Geld«, 22. Februar, 21.

Greß S. und S. Heinemann (2013), »Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung«, in: K. Jacobs und S. Schulze (Hrsg.), *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, Kompart Verlag, Berlin, 107–124.

Greß, S. und M. Lungen (2017), »Die Einführung einer Bürgerversicherung: Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV«, *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 71(3–4), 68–74.

Haun, D. (2013), »Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System.«, in: K. Jacobs und S. Schulze (Hrsg.), *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, Kompart Verlag, Berlin, 75–106.

Rothgang, H. und D. Domhoff (2017), *Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung*, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE, Bremen.

Statistisches Bundesamt (2016), *Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Mikrozensus 2015)*. Fachserie 13. Reihe 1.1, Statistisches Bundesamt, Weisbaden.

Sundmacher, L. und S. Ozegowski (2016), »Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany«, *The European Journal of Health Economics* 17(4), 443–451.

Wasem, J., F. Buchner, G. Lux, L. Weegen und A. Walendzik (2013). *Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls*, Universität Duisburg-Essen, Essen.

*Mathias Kifmann**

Das Gesundheitswesen gestalten statt nur verwalten: Mehr Effizienz und Solidarität sind möglich

Unser Gesundheitswesen ist uns viel wert. Kein Land in der EU gibt einen so hohen Anteil seines Bruttoinlandsprodukts für Gesundheitsleistungen aus wie Deutschland. Welche Leistungen und Ergebnisse erhalten wir dafür? Wie solidarisch werden die Mittel aufgebracht und verwendet? Dieser Beitrag gibt eine Einschätzung zu diesen Fragen und zeigt Wege auf, wie unser Gesundheitssystem weiter entwickelt werden kann.

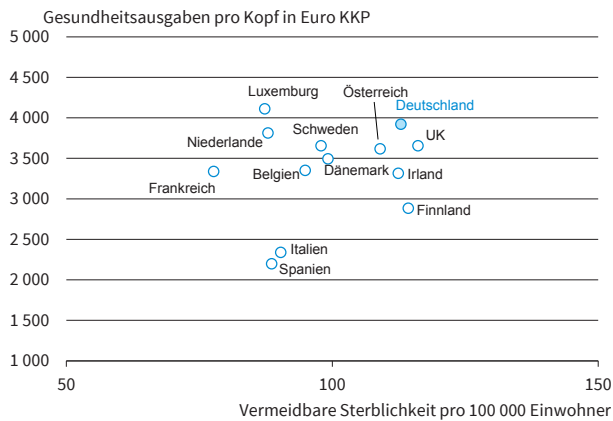
MITTELMÄßIGE ALLOKATIVE EFFIZIENZ BEI HOHEM AKTIVITÄTSNIVEAU

Studien der EU und der OECD geben einen guten Einblick in die Effizienz unseres Gesundheitswesens (vgl. Europäische Kommission 2017; OECD 2017). Das Niveau und der Umfang an Gesundheitsleistungen in Deutschland sind im ambulanten wie im stationären Sektor hoch, der Zugang ist im internationalen Vergleich sehr gut. Wartezeiten sind selbst für Elektivbehandlungen gering oder vernachlässigbar. Deutschland hat die höchste Zahl an Hüftersatzoperationen pro Kopf in der EU (50% über dem Durchschnitt) und weist die höchste Rate an Kernspintomographien auf (70% über dem Durchschnitt) (vgl. Europäische Kommission 2017). Dem stehen allerdings bei Ergebnisindikatoren oft nur mittelmäßige Resultate gegenüber. Dies gilt für vermeidbare Krankenhauseinweisungen, insbesondere bei Asthma, COPD und Diabetes (vgl. OECD 2017). Obwohl schon vor über zehn Jahren Disease-Management-Programme für diese Erkrankungen eingeführt wurden, belegt Deutschland im OECD-Ländervergleich nur Plätze im Mittelfeld. Bedenklich ist, dass es vielen vergleichbar reichen Ländern besser gelingt, die vermeidbare Sterblichkeit zu reduzieren, und zwar trotz geringerer Gesundheitsausgaben (vgl. Abb. 1). Dies bedeutet, dass in Deutschland Todesursachen häufiger auftreten, die mit angemessener Behandlung und Vorsorge vermieden werden können.

Diese Befunde stützen die Vermutung, dass in Deutschland zwar viel, aber nicht immer das Richtige gemacht wird. Die hohe Leistungsmenge deutet auf eine hohe technische Effizienz hin, doch die allokativen Effizienz, die die richtige Zusammensetzung von Leistungen erfasst, kommt zu kurz. Mehrere Faktoren tragen hierzu bei. Die Arzthonorierung und Krankenhausvergütung geben starke Anreize zur Mengenausweitung. In der gesetzlichen Krankenversicherung wer-

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

Abb. 1

Vermeidbare Sterblichkeit in ausgewählten EU-Ländern^a für das Jahr 2014

^a EU-Länder mit Pro-Kopf Einkommen über 24 000 Euro.

Quelle: Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat/>).

© ifo Institut

den diese durch Budgets und Mengenvereinbarungen gemindert, bei privat Versicherten sind die Anreize zur Mengenausweitung jedoch ungebremst. Hinzu kommen eine hohe Arztdichte und viele Krankenhausbetten. Jeder zweite Bürger hat Zugang zu einem Allgemeinarzt in einem Umkreis von weniger als 1 km. In ländlichen Gebieten leben ungefähr 90% der Bevölkerung weniger als 5 km vom nächstgelegenen Allgemeinarzt entfernt. Deutschland hat die meisten Krankenhausbetten pro Einwohner in der EU und liegt 58% über dem Durchschnitt (vgl. Europäische Kommission 2017). Es ist naheliegend, dass die Leistungserbringer diese Kapazitäten aus betriebswirtschaftlichen Gründen auslasten. Schließlich wird unser Gesundheitswesen in erheblichem Maße durch Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen gesteuert. Dadurch werden zwar mächtige wirtschaftliche Interessengruppen eingebunden und deren Kompetenz in Detailfragen genutzt. Die Selbstverwaltung leidet jedoch tendenziell an einer Unfähigkeit, strukturellen Wandel einzuleiten bzw. zu gestalten (vgl. Haucap, Coenen und Loebert 2016).

ANREIZE FÜR QUALITÄT STÄRKEN

Einiges könnte unternommen werden, um die allokativen Effizienz zu erhöhen. Die Aufmerksamkeit der Leistungserbringer muss in erster Linie von der Quantität auf die Qualität der Leistungen gelenkt werden. Dazu trägt eine Vergütung bei, die Anreize zur Mengenausweitung verringert, etwa durch eine höhere Grundvergütung und geringere Einzelleistungsvergütungen. Zudem kann die Vergütung an gut messbare Ergebnisindikatoren geknüpft werden. Vorsorge, Management von Krankheiten und die Vermeidung von Krankheitsverläufen, die zu Krankenhausaufenthalten führen, müssen stärker belohnt werden. Im stationären Sektor stellt sich die Frage, ob die hohen Kapazitäten verbunden mit der DRG-Vergütung ein übermäßiges Aktivi-

tätsniveau fördern. Jüngst hat die Nationale Akademie der Wissenschaften angeregt, sich am dänischen Beispiel zu orientieren und die Anzahl an Krankenhäusern und Betten erheblich zu reduzieren (vgl. Busse et al. 2016). Auch die Anreize durch die DRG-Vergütung gehören auf den Prüfstand (vgl. Kifmann und Siciliani 2017).



Mathias Kifmann

STÄRKUNG DES KASSENWETTBEWERBS

Diese Ideen sind nicht neu. Ihre Umsetzung bedarf jedoch einer stärkeren Steuerung als bisher. Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD zeigt Ansätze, dass

der Staat selbst stärker auf das Gesundheitswesen einwirken möchte. Die Länder sollen ein Mitwirkungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen von Ärzten und Krankenkassen erhalten. Wichtiger ist aber, dass der Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen gestärkt wird und diese mehr Einfluss auf das Leistungsgeschehen erhalten. Dies hätte den Vorteil, dass der Wettbewerb als Entdeckungsverfahren genutzt werden kann und sich die besten Versorgungskonzepte durchsetzen. Allerdings müssen die Voraussetzungen für einen fairen und transparenten Kassenwettbewerb geschaffen werden. Dies erfordert einen Risikostrukturausgleich, der Anreize zur Risikoselektion eliminiert und Anreize für hohe Versorgungsqualität setzt. Deutschland verfügt bereits über einen guten Risikostrukturausgleich, der aber noch gezielt in diese Richtung verbessert werden kann. Vorschläge hierzu hat der Expertenbeirat des Bundesversicherungsamt in einem Gutachten unterbreitet (vgl. Drösler et al. 2017). Dieses ist im Koalitionsvertrag als Grundlage für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs genannt. Darüber hinaus sollte der Kassenwettbewerb durch einen transparenten Qualitätsvergleich belebt werden, indem Qualitätsindikatoren entwickelt und regelmäßig veröffentlicht werden. Die Bürger sollten bei der Wahl der Kassen wissen, wie gut die Versorgungsqualität ist, die die Kassen bereitstellen.

SOLIDARITÄT FÜR ALLE BÜRGER?

Der zentrale Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidaritätsprinzip. Für die Finanzierung der Gesundheitsleistungen verlangt es, dass die Beiträge in Abhängigkeit von der Zahlungsfähigkeit erhoben werden. Auf der Leistungsseite erfordert es, dass die Leistungen nach Bedarf erfolgen. Das Solidaritätsprinzip bedingt somit eine Umverteilung von höheren zu geringeren Einkommen und von gesunden zu kranken Personen. Dies schließt eine Umverteilung zu Personen mit Vorerkrankungen wie Blutern ein. Das

Solidaritätsprinzip steht im Gegensatz zur Logik der privaten Krankenversicherung, bei der sich die Prämien nach dem Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss bemessen.

Aus historischen Gründen gilt das Solidaritätsprinzip in Deutschland nicht für die ganze Bevölkerung. Die gesetzliche Krankenversicherung wurde im 19. Jahrhundert für Arbeiter geschaffen und später auf Angestellte ausgeweitet. Daneben hat sich die private Krankenversicherung entwickelt, die sich vorrangig an Personen mit höheren Einkommen und an Beamte richtet. Betrachtet man dieses gewachsene System heute, so fällt es schwer zu rechtfertigen, warum gerade Personen mit höherem Einkommen die Möglichkeit haben, das solidarische System zu verlassen. Auch die Privilegierung der Beamten scheint fragwürdig. Es ist nachvollziehbar, dass Personen, die für das Funktionieren des Gemeinwesens von herausragender Bedeutung sind, wie Richter, Polizisten und politische Amtsträger, eine Sonderstellung und damit prioritären Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Dies gilt jedoch nicht für die meisten Beamten wie Verwaltungsfachleute, Lehrer und Professoren und deren Angehörige.

DER HEUTIGE SYSTEMWETTBEWERB IST EIN SELEKTIONSWETTBEWERB

Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung führt nicht zu einem sinnvollen »Systemwettbewerb«, sondern läuft auf einen Selektionswettbewerb hinaus. Die Option, sich privat zu versichern, wenn das Einkommen die Versicherungspflichtgrenze überschreitet, ist besonders für gesunde Personen interessant, denn sie erhalten Angebote von privaten Versicherungen, die häufig unter dem GKV-Beitrag liegen und gleichzeitig bessere Leistungen versprechen. Diese Angebote sind nur deshalb möglich, weil mit dem Wechsel in die PKV der Solidarbeitrag entfällt, den eine gesunde Person mit hohem Einkommen in der GKV leisten müsste.

Auf der Leistungsseite ist das Solidaritätsprinzip ebenfalls verletzt. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Privatversicherte bei der Terminvergabe bevorzugt werden (vgl. z.B. Lungen et al. 2008; Roll, Stargardt und Schreyögg 2012). Es besteht Evidenz dafür, dass Privatpatienten umfangreicher behandelt werden (vgl. Huber und Mielck 2010). Hinzu kommen regionale Aspekte. Ärzte lassen sich verstärkt in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil nieder (vgl. Sundmacher und Ozegowski 2015). Dies geht auf Kosten der Versorgung von Menschen in wirtschaftlich schwachen Regionen und Stadtteilen.

Private Krankenversicherungen und Ärztevertreter argumentieren, dass privat Versicherte über die höhere Leistungsvergütung das gesetzliche System mitfinanzieren (vgl. Hagemester und Wild 2017). In der Tat müssten Ärzte größere Einkommenseinbußen hinnehmen, wenn sie für Privatpatienten nicht höher abrechnen dürften. Würden die Privatversicherten

jedoch einkommensabhängige Beiträge zur GKV leisten, stünde mehr Geld für gesetzlich Versicherte zur Verfügung. Dies würde den gesetzlich Versicherten direkt zu Gute kommen.

Mehrere Reformvorschläge sind entwickelt worden, um das unbefriedigende Nebeneinander von GKV und PKV neu zu regeln. Der prominenteste ist die Bürgerversicherung. Sie weitet das GKV-Modell und damit das Solidaritätsprinzip, wie es in der GKV umgesetzt wird, auf die gesamte Bevölkerung aus. Das Kopfpauschalmodell ändert hingegen die Finanzierungsweise des Systems, indem sie den Einkommensungleich in das Steuer- und Transfersystem verschiebt. GKV und PKV könnten weiterhin nebeneinander bestehen. Bei einem Wechsel in die PKV würde zumindest weiterhin der Solidarbeitrag geleistet, der sich auf das Einkommen bezieht, weil dieser über die Einkommensteuer geleistet wird. Für Gesunde bestünde aber immer noch der Anreiz, allein deshalb in die PKV zu wechseln, weil der Transfer an die Kranken in den gesetzlichen Kassen entfällt.

EIN FAIRER SYSTEMWETTBEWERB IST MÖGLICH

Das Konzept »Fairer Systemwettbewerb« sieht vor, dass sich jeder Bürger im Rahmen eines neu geordneten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV entscheiden kann (vgl. Kifmann und Nell 2014). Durch die Entscheidung für ein System lässt sich nicht mehr der Solidarbeitrag beeinflussen, den ein Bürger leistet bzw. erhält. Dies wird erreicht, indem jeder Bürger einen einkommensabhängigen Beitrag zum Gesundheitsfonds leistet. Damit erwirbt er einen Anspruch auf eine risikogerechte Auszahlung aus dem Risikostrukturausgleich, unabhängig davon, ob er sich für eine GKV- oder PKV-Versicherung entscheidet. Einkommensstärkere Bürger leisten immer höhere Beiträge, und Personen mit höheren erwarteten Kosten erhalten eine umfangreichere Unterstützung. Der faire Systemwettbewerb sichert damit nicht nur wie das Kopfpauschalmodell die Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Einkommen. Zusätzlich wird dadurch die Solidarität zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken erreicht.

Mehr Solidarität auf der Finanzierungsseite kann auch die Solidarität auf der Leistungsseite erhöhen, wenn dadurch Gebiete mit weniger Privatpatienten attraktiver werden. Allerdings werden wohlhabende Gebiete weiterhin für Ärzte attraktiver sein, z.B. weil dort mehr Zusatzleistungen nachgefragt werden. Deshalb sind zusätzliche Anstrengungen nötig, eine gute ärztliche Versorgung in wirtschaftlich schwächeren Regionen zu sichern. Es sollte zu denken geben, dass auch in Deutschland ein erheblicher »sozialer Gradient« in der Gesundheit besteht. Die Lebenserwartung von Personen im Alter von 65 Jahren unterscheidet sich stark nach dem Einkommen. Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe haben Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe eine um fünf Jahre

geringere Lebenserwartung. Bei Frauen beträgt die Differenz dreieinhalb Jahre (vgl. Kroh et al. 2012). Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen haben Schwierigkeiten, die Folgen chronischer Krankheiten wie Asthma, Bronchitis, Heuschnupfen und Skoliose zu bewältigen (vgl. Reinhold und Jürges 2011). Eine Stärkung der Versorgung in wirtschaftlich schwachen Regionen ist ein wichtiges Instrument, diese Probleme zu mindern. Deshalb ist es richtig, dass der Koalitionsvertrag vorsieht, Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, mit regionalen Zuschlägen besonders zu unterstützen. Dies geschieht zum Teil schon heute. So erhält der Spiekerroger Inselarzt von der Gesetzlichen Krankenversicherung eine jährliche Zulage von ca. 80 000 Euro zur Sicherung der Versorgung (vgl. Kontraste 2018).

GESTALTEN STATT NUR VERWALTEN

Größere Änderungen in unserem Gesundheitswesen werden von Interessenvertretern häufig abgelehnt mit dem Hinweis, wir hätten eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Zweifellos haben wir ein sehr aktives und ressourcenaufwändiges System. Der Zugang ist sehr gut im internationalen Vergleich. Bei den Ergebnissen fällt die Bilanz aber bescheidener aus. In vielen Bereichen sind wir trotz hoher Gesundheitsausgaben nur im Mittelfeld vergleichbarer Länder. Verantwortlich hierfür sind starke Anreize, viele Leistungen zu erbringen. Die Qualität steht nicht nachdrücklich im Vordergrund. Auch die Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Sektoren ist suboptimal.

Diese Probleme sind nicht neu. Dass sie seit Jahren ungelöst sind, spricht dafür, dass das bisherige System der Selbstverwaltung nicht ausreichend reformbereit ist. Aktive Gestaltung ist nötig. Der Fokus muss von der Menge auf die Qualität der Versorgung verlagert werden. Die Krankenkassen sollten mehr Einfluss auf das Leistungsgeschehen erhalten, damit sich ein Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte entfalten kann. Dies sollte durch einen verbesserten Risikostrukturausgleich und einen transparenten Qualitätsvergleich unterstützt werden.

Ein ungelöstes Problem bleibt das Nebeneinander von GKV und PKV. Solidarität stellen die heutigen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitswesen nur eingeschränkt her. Neben der Bürgerversicherung und dem Vorschlag, auf Kopfpauschalen umzusteigen, bietet das Konzept »Fairer Systemwettbewerb« die Chance, das Verhältnis von GKV und PKV neu zu regeln. Es trennt die Leistung der Solidarbeiträge von der Wahl der Krankenversicherung und beseitigt damit die heute bestehenden Verzerrungen.

LITERATUR

Busse, R., S. Ganten, S. Huster, E.R. Reinhardt, N. Suttrop und U. Wiesing (2016), *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem: 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft* (No. 7), Leopoldina, Halle.

Drösler, S., E. Garbe, J. Hasford, I. Schubert, V. Ulrich, W. van de Ven et al. (2017), *Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*, Bonn, verfügbar unter: Bundesversicherungsamt. https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20180125Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017_korr.pdf.

Europäische Kommission (2017), *State of Health in the EU – DEUTSCHLAND: Länderprofile 2017*, Europäische Kommission, doi:10.1787/888933623685.

Hagemeister, S. und F. Wild (2017), *Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017* (Nr. 1/17), Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, verfügbar unter: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Diskussionspapier_1_2017_Mehrumsatz.pdf.

Haucap, J., M. Coenen und I. Loebert (2016), *Bestandsaufnahme zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)*, verfügbar unter: <http://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2016/09/G-BA-web.pdf>.

Huber, J. und A. Mielck (2010), »Morbidity and Health Insurance in Germany: A Comparison of GKV and PKV Insured Persons«, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 53(9), 925–938.

Kifmann, M. und M. Nell (2014), »Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung«, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 15(1), 75–87.

Kifmann, M. und L. Siciliani (2017), »Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector«, *Health Economics* 26(12), 1566–1582.

Kontraste (2018), »FakeNews? Wie die privaten Krankenversicherer gegen die Bürgerversicherung Front mache«, verfügbar unter: <https://www.rbb-online.de/kontraste/archiv/kontraste-vom-18-01-2018/wie-privat-versicherer-gegen-die-buergerversicherung-front-machen.html>.

Kroh, M., H. Neiss, L. Kroll und T. Lampert (2012), »Menschen mit hohem Einkommen leben länger«, *DIW-Wochenbericht* (38), 3–15.

Lüngen, M., B. Stollenwerk, P. Messner, K.W. Lauterbach und A. Gerber (2008), »Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany«, *International Journal for Equity in Health* 7(1), doi:10.1186/1475-9276-7-1.

OECD (2017), *Health at a Glance 2017*, OECD, Paris.

Reinhold, S. und H. Jürges (2011), »Parental Income and Child Health in Germany«, *Health Economics* 21(5), 562–579.

Rolf, K., T. Stargardt und J. Schreyögg (2012), »Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care«, *The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice* 37(S4), 609–632.

Sundmacher, L. und S. Ozegowski (2015), »Regional Distribution of Physicians: The Role of Comprehensive Private Health Insurance in Germany«, *The European Journal of Health Economics* 17(4), 443–451.