

Cassel, Dieter

**Article — Published Version**

## Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV

Wirtschaftsdienst

*Suggested Citation:* Cassel, Dieter (2003) : Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 83, Iss. 2, pp. 75-80

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/42097>

**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.*

# Optionen einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens

*Zu den drängendsten Aufgaben der Gesundheitspolitik gehört eine durchgreifende Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Welche Möglichkeiten einer nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitswesens sind in der Diskussion?*

Dieter Cassel

## Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV

Die Gesundheitspolitik steht vor drei zentralen Herausforderungen: die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung wesentlich zu verbessern, das deutsche Gesundheitswesen europatauglich zu machen und die solidarische Finanzierbarkeit nachhaltig zu sichern. Dabei sind die ersten beiden Herausforderungen durch einen konsequent wettbewerbsorientierten Umbau des „gewachsenen“ GKV-Systems noch relativ leicht zu meistern: Soll das Leistungsgeschehen – wie unisono gefordert – medizinisch effektiver, wirtschaftlich effizienter und patientengerechter werden und sollen die Krankenversicherungs- und Gesundheitsleistungsmärkte in den europäischen Binnenmarkt integriert werden, ist die überbordende staatliche und verbandskollektivistische Regulierung mit ihrem „Steuerungswirrwarr“ zugunsten eines intensiven Leistungswettbewerbs in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu überwinden<sup>1</sup>.

Im Gegensatz dazu scheint es für die dritte Herausforderung keine schmerzfreie Therapie zu geben. Dies deshalb, weil das in der

GKV praktizierte Umlageverfahren nicht demographieresistent ist und angesichts des demographischen Wandels nur zwei Lösungsalternativen zulässt: den GKV-Leistungskatalog drastisch einzuschränken oder eine Beitragssatzexplosion hinzunehmen. Wer dies vermeiden will, kommt nicht darum herum, die Umlagefinanzierung durch eine Kapitaldeckungskomponente zu ergänzen, aus der künftig zusätzliche Beiträge zur Finanzierung der GKV geleistet werden können, oder die künftigen Rentner-Generationen stärker zur Finanzierung ihrer Gesundheitsausgaben heranzuziehen.

### Beitragssatzexplosion in der GKV

Beitragssatzstabilität (§71 SGB V) hat sich schon bisher als Schimäre erwiesen und droht künftig vollends unerreichbar zu werden. Der Grund dafür liegt im bevorstehenden demographischen Wandel

<sup>1</sup> Siehe dazu ausführlicher D. Cassel: Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf, in: M. Arnold, J. Klauber, H. Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb, Stuttgart, New York 2002, S. 3-20.

in Verbindung mit den spezifischen Wirkungen des medizintechnischen Fortschritts<sup>2</sup>. So lässt der Alterungsprozess der Bevölkerung die Gesundheitsausgaben dramatisch ansteigen, weil die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – verstärkt durch den bei Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter besonders relevanten medizintechnischen Fortschritt – mit dem Alter stark zunimmt und sich die altersspezifischen Ausgabenprofile im Laufe der Zeit immer weiter „versteilern“ (Ausgabeneffekt). Gleichzeitig werden bei einem wachsenden Rentneranteil die Erwerbstätigen stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Betagten herangezogen, weil deren Renten im Durchschnitt deutlich unter den Erwerbseinkünften der aktiven Bevölkerung liegen (Finanzierungseffekt).

Neuere Schätzungen kommen denn auch einhellig zum Ergebnis, dass etwa vom Jahr 2010 an

<sup>2</sup> Siehe D. Cassel: Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H. 2, S. 87-91; T. Kopetsch: Gesundheitswesen am Scheideweg, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 81. Jg. (2001), H. 10, S. 589-594.

merklich steigende Beitragssätze erforderlich sind, um die demographisch bedingt wachsende Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV zu schließen. Für das Jahr 2040 wird je nach Basisannahmen und Schätzmethode mit einem GKV-durchschnittlichen Beitragssatz zwischen 20,5 und 34,0 % gerechnet. Nach der jüngsten Schätzung wird der Beitragssatz im „Worst-case-Szenario“ bis zum Jahr 2050 sogar auf 39,5 % steigen, während im „Best-case-Szenario“ immerhin noch mit 23,1 % zu rechnen ist (siehe Abbildung 1)<sup>3</sup>. Hierbei handelt es sich zwar nur um Status-quo-Prognosen, sie machen aber eines klar: Der „Härtestest“ für das GKV-System steht erst noch bevor.

Hieran würde sich auch dann nichts ändern, wenn die Reformoption „Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung“ konsequent realisiert und die vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven im GKV-System durch den intensivierten Wettbewerb auf dem Gesundheitsleistungsmarkt tatsächlich ausgeschöpft würden: Mehr Effizienz im Gesundheitswesen hätte sicherlich einen beitragsentlastenden „Niveaueffekt“, würde aber die demographisch bedingte Beitragssatzdynamik nicht bremsen. Und selbst die derzeit viel diskutierten Reformoptionen der Verlagerung der Finanzierung auf andere Ausgabenträger, der Erhöhung der Selbstbeteiligung oder der Änderung der Beitragsgestaltung<sup>4</sup> hätten ebenfalls nur temporäre

<sup>3</sup> Siehe A. Postler: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizintechnischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, Duisburg 2003. Selbst in einem „rein demographischen Szenario“ ohne Berücksichtigung des medizintechnischen Fortschritts, das freilich absolut unrealistisch ist, kommt Postler für 2050 noch auf einen Beitragssatz von 16,5 % (siehe Abbildung 1).

Entlastungseffekte. Wollte man die zu erwartende „Beitragssatzexplosion“ vermeiden oder zumindest nachhaltig abschwächen, führt kein Weg an einer Ergänzung der derzeitigen Umlagefinanzierung durch eine GKV-spezifische Kapitaldeckungskomponente vorbei.

#### Gebrochener Generationenvertrag

Um dies zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

*Prof. Dr. Dieter Cassel, 63, lehrt Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg-Essen und ist Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik – Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.*

*Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 60, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, an der TU Berlin, war langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen.*

*Prof. Dr. Peter Zweifel, 56, lehrt Theoretische und Praktische Volkswirtschaftslehre und leitet das Sozialökonomische Institut der Universität Zürich; Dr. Michael Breuer, 37, ist Oberassistent an diesem Institut.*

*Dr. Klaus Jacobs, 45, ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) in Bonn. Zuvor war er als Gesundheitsökonom im IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin, tätig.*

auch die intergenerative Solidarität in der GKV auf einem „Generationenvertrag“ beruht<sup>5</sup>: Er zeigt sich unter anderem in den nicht unbeachtlichen Transfers, die beim derzeitigen Umlageverfahren und bei einheitlichen Beitragssätzen für Jung und Alt von den Erwerbstätigen an die Rentner geleistet werden. Sie betragen in den 80er Jahren zwar nur 3 Beitragssatzpunkte, haben sich aber bis heute schon fast verdoppelt und werden sich im schlechtesten Fall bis zum Jahr 2040 auf unvorstellbare 24 Beitragssatzpunkte erhöhen<sup>6</sup>.

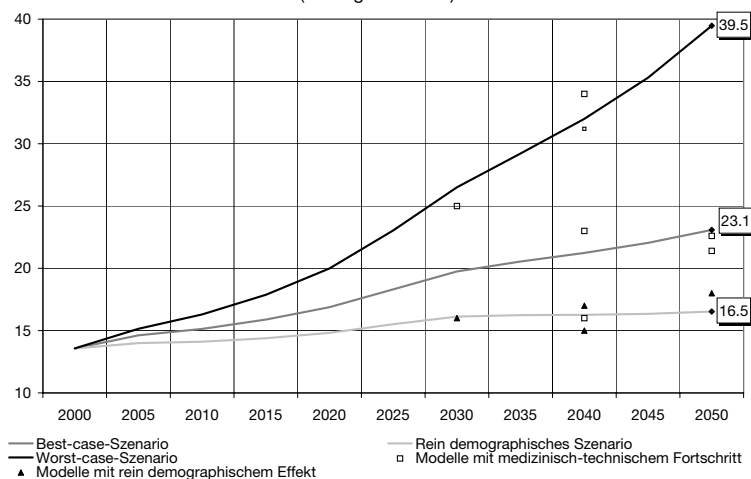
Um derart hohe intergenerative Transfers leisten zu können, müssen die jungen, im erwerbsfähigen Alter stehenden Jahrgänge Humankapital bilden, indem sie Kinder in die Welt setzen, großziehen und möglichst gut ausbilden. Oder sie müssen sparen und gesamtwirtschaftlich Realkapital in Form sachlicher Produktionsmittel bilden – am besten aber beides, weil

<sup>4</sup> Siehe dazu ausführlicher E. Wille: Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: G+G Wissenschaft, 2. Jg. (2002), H. 3, S. 7-14.

<sup>5</sup> Siehe hierzu J.-M. Graf von der Schulenburg, P.R. Kleindorfer: Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung, in: G. Gäfgen (Hrsg.): Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin 1986, S. 413-434; S. Fetzer, B. Raffelhüschen: Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Freiburger Agenda, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Nr. 103/02, Freiburg 2002; D. Cassel: Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: E. Wille, M. Albring (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Bad Orb Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 2002, Frankfurt am Main 2003 (in Vorbereitung).

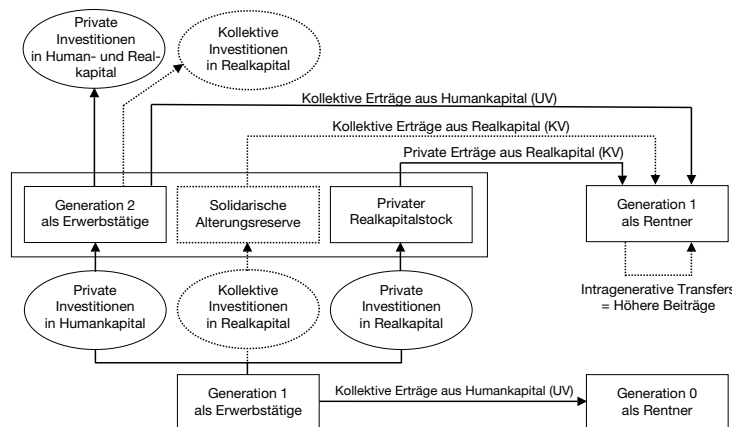
<sup>6</sup> Vgl. V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg 1998, S. 138. Der GKV-durchschnittliche Beitragssatz liegt dann bei 31,2 %.

**Abbildung 1**  
**Status-quo-Prognosen des GKV-durchschnittlichen Beitragssatzes, 2000-2050**  
 (Beitragssatz in %)



Quelle: A. Postler: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen von demographischem Wandel und medizintechnischem Fortschritt, Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaft der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg, Nr. 298, Duisburg 2003, S. 21.

**Abbildung 2**  
**Kapitaldeckung und intergenerative Transfers mit Solidarischer Altersreserve in der GKV**



Quelle: D. Cassel: Kapitaldeckung und höhere Rentner-Beiträge zur ergänzenden Finanzierung demographischer Effekte in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: E. Wille, M. Albring (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Bad Orbler Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 2002, Frankfurt am Main 2003 (in Vorbereitung).

Arbeit und Kapital komplementär, zumindest aber nicht vollständig substituierbar sind. Die „Generation 1“ ist also als Erwerbstätige im Rahmen des Generationenvertrages gezwungen, zum einen

die „Generation 0“ ihrer Eltern aus ihrem Arbeitseinkommen als den kollektiven Erträgen aus Humankapital zu versorgen, zum anderen aber zugleich Investitionen in Humankapital und Realkapital

zu tätigen (durchgezogene Linien in Abbildung 2).

Die derzeitige „Generation 1“ hat jedoch den Generationenvertrag durch ihre geringe Bereitschaft, in Humankapital zu investieren, längst aufgekündigt: Die Netto-reproduktionsrate liegt seit 1991 unter 0,65, d.h. eine Frauengeneration im gebärfähigen Alter „reproduziert“ sich noch nicht einmal zu 65 %. Von Zuwanderungen einmal abgesehen, sind damit Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung in Deutschland vorprogrammiert. Dies wäre für sich genommen noch relativ unproblematisch, wenn statt Humankapital in ausreichendem Maße Realkapital gebildet würde.

Dem steht jedoch das Versprechen der GKV entgegen, allen Versicherten einen „Rundumschutz“ im Krankheitsfall zu gewähren. Wer jedoch darauf vertraut, bei Krankheit in jeder Lebensphase bedarfsgerecht, ausreichend und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend mit dem medizinisch Notwendigen versorgt zu werden (§§ 12 (1) und 70 (1) SGB V), hat keinerlei Anlass, durch private Ersparnisbildung und Investition in Realkapital dafür vorzusorgen.

Das aber hat zur Folge, dass die „Generation 1 als Rentner“ zur ausreichenden Versorgung mit den notwendigen Gesundheitsleistungen in der GKV ganz und gar auf das Umlageverfahren angewiesen ist, das sie selbst mit ihrer mangelnden Fertilität in der Erwerbsphase unterminiert hat. So lässt sich z.B. mit Hilfe der Methode der Generationenbilanzierung zeigen, dass inzwischen alle lebenden Generationen „Nettoleistungsempfänger“ der GKV sind und praktisch keiner mehr auch nur annähernd den Barwert seiner voraussichtlichen Leistungsanspruchnahme

durch Beiträge aufbringt. Der Generationenvertrag ist also gebrochen und zu einem „allgemeinen Bereicherungsabkommen zu Lasten künftiger Generationen“<sup>7</sup> mutiert.

#### Reformkonzept „Solidarische Altersreserve“

Um das Umlageverfahren wieder funktionsfähig zu machen und die nachhaltige Finanzierbarkeit der GKV sicherzustellen, gibt es grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- Erstens könnte man versuchen, den demographischen Wandel aufzuhalten, zumindest aber zu verlangsamen. Dazu wäre eine beträchtliche Erhöhung der Fertilität wie der Zuwanderung erforderlich. Dies dürfte nur schwerlich und nicht rasch genug zu realisieren sein.
- Zweitens ließe sich analog zur „Riester-Rente“ der Aufbau eines privaten Realkapitalstocks forcieren. Dies würde freilich zwingend voraussetzen, dass der GKV-Leistungskatalog drastisch gekürzt und eine kapitalgedeckte Versicherung gegen die herausgefallenen Risiken zur Pflicht gemacht wird. Auch müssten dann sozial Schwache Transfers aus Steuermitteln erhalten, um sich diese Versicherung leisten zu können.
- Drittens schließlich könnte das Umlageverfahren der GKV durch ein Verfahren zur kollektiven Bildung von Realkapital in Form einer GKV-spezifischen „Solidarischen Altersreserve (SAR)“ ergänzt und mit einer höheren Beitragsbelastung der künftigen Rentner verbunden werden (ge-

strichelte Linien in Abbildung 2). Hierdurch würde die Finanzierung der Rentner-Krankenversicherung künftig auf drei Säulen ruhen: wie schon bisher auf den kollektiven Erträgen aus Humankapital, auf den kollektiven Erträgen oder dem Verzehr der SAR sowie zusätzlich auf einer höheren Eigenleistung der Rentner.

Dieser Vorschlag hat mancherlei Vorteile: Er ist vereinbar mit den Grundprinzipien des GKV-Systems, setzt den Generationenvertrag wieder in Kraft, schafft mehr Generationengerechtigkeit und wäre zudem kurzfristig realisierbar. Allerdings ist die Bildung der SAR nicht ohne sofortige Beitragssatzerhöhung zu haben.

#### Analogie zur Privaten Krankenversicherung

Die Idee einer ergänzenden Kapitaldeckung in der GKV ist eine Analogie zur PKV mit ihrer Bildung von Alterungsrückstellungen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren. Um die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auszugleichen und keine altersbedingten Prämien erhöhungen vornehmen zu müssen, führen die privaten Krankenversicherungen einen Teil der Prämieinnahmen ihrer jüngeren Versicherten einer zu verzinsenden Alterungsrückstellung zu, aus der Deckungsbeiträge zugesetzt werden, sobald die mit dem Alter zunehmenden Pro-Kopf-Ausgaben die altersabhängig nicht steigenden Prämien dieser Versicherten überschreiten.

Analog dazu könnten in der GKV die Beitragssätze in den nächsten Jahren um jeweils kasseneinheitliche „Beitragssatzaufschläge“ angehoben werden, um aus den daraus zu erzielenden Mehreinnahmen einen Kapitalstock als Alte-

rungsreserve zu bilden. Diese wäre wie die Alterungsrückstellungen in der PKV verzinslich anzulegen und den Beitragseinnahmen der GKV wieder zuzusetzen, sobald die ausgabendeckenden Beitragssätze demographisch bedingt steigen und eine gesundheitspolitisch zu setzende Toleranzschwelle überschreiten.

Damit wird vordergründig betrachtet die Absicht verfolgt, zur nachhaltigen Wahrung der Beitragssatzstabilität in der GKV beizutragen. Die eigentliche Zielsetzung ist jedoch, die jetzige Erwerbstätigen-Generation, die den Generationenvertrag gebrochen hat und ihren Kindern künftig eine immense Altenlast aufzubürden im Begriff ist, mit den Folgen ihres Handelns selbst zu belasten und die nachwachsende Generation zu entlasten.

Wie erste Simulationsrechnungen zeigen<sup>8</sup>, wäre eine ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung der GKV hinsichtlich der quantitativen Dimensionen durchaus machbar. So ergibt sich z.B. für das „Worst-case-Szenario“ von Oberdieck<sup>9</sup>, nach der der GKV-durchschnittliche allgemeine Beitragssatz bis 2040 auf 31,2 % steigen soll, folgende Handlungsoption: Würde der Beitragssatz noch in diesem Jahr um 3,4 Beitragssatzpunkte auf 17,3 % angehoben, könnte er bei einer unterstellten jahresdurch-

<sup>8</sup> Siehe D. Cassel, V. Oberdieck: Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 82. Jg. (2002), H. 1, S. 15-22. Hier wird auch ein „Best-case-Szenario“ durchgespielt, bei dem der Beitragssatz „nur“ um 1,4 Prozentpunkte auf 15,9 % angehoben werden müsste, um einen zur Gewährleistung der Beitragssatzstabilität bis zum Jahr 2040 ausreichenden Kapitalstock in Höhe von 259 Mrd. Euro bilden zu können.

<sup>9</sup> V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg 1998, S. 124 ff.

<sup>7</sup> S. Fetzer, B. Raffelhüschen: Zur Wiederbelebung ..., a.a.O., S. 11. Schon 1986 haben J.-M. Graf von der Schulenburg, P.R. Kleindorfer: Wie stabil ist der Generationenvertrag ..., a.a.O., S. 431, gezeigt, dass ab 1980 alle Generationen in der GKV zu den Nettozahlern gehören.

schnittlichen Kapitalstockrendite von 4% durch Bildung und spätere Auflösung der SAR auf diesem Niveau bis 2040 konstant gehalten werden.

Obwohl die SAR nur bis zum Jahr 2017 dotiert wird, baut sie sich wegen der Verzinsung noch bis zum Jahr 2027 weiter auf. Erst nach diesem Zeitpunkt schmilzt sie durch den Subventionsbedarf der Krankenversicherung der Rentner wieder ab. Dabei erreicht der Kapitalstock ein maximales Volumen von 724 Mrd. Euro.

### Praktikabilität der Reformoption

Die für alternative Szenarien vorliegenden Simulationsergebnisse verbieten es, die SAR von vornherein als utopisch abzutun:

- Der Einstieg in die Bildung einer SAR muss sich nicht am „Worst-case-Szenario“ orientieren. Je geringer der demographische Finanzierungs- und Ausgabenefekt und je höher die erzielbare Kapitalrendite angesetzt werden, umso niedriger sind die erforderliche Beitragssatzanhebung und der daraus zu bildende Kapitalstock.
- Würde man die im GKV-System vermuteten Wirtschaftlichkeitsreserven heben und die krankenversicherungsfremden Leistungen ausgliedern, ließe sich der derzeitige Beitragssatz merklich senken, so dass der für die SAR erforderliche Zuschlag den Beitragssatz nicht oder nur unmerklich über das derzeitige Niveau anheben müsste.
- Die ergänzende SAR wäre zudem mit dem bestehenden GKV-System völlig kompatibel: Sie wäre nicht aus risikoäquivalenten Prämien zu dotieren, sondern aus Zuführungen, die einkommensproportional nach dem Umlageverfahren durch

kasseneinheitliche Aufschläge auf die jeweils ausgabendeckenden Beitragssätze aufzubringen wären. Um die Lohnzusatzkosten nicht zu erhöhen, müsste der Beitragssatzaufschlag allerdings allein von den GKV-Mitgliedern getragen werden.

- Für die SAR spricht schließlich auch, dass im Falle einer kassenübergreifenden Pool-Lösung der wettbewerblich erwünschte Kassenwechsel – und damit die materielle Kassenwahlfreiheit – nicht beeinträchtigt würde: Weder entstünde ein individueller Anspruch auf den Kapitalstock, noch hätte die „Nichtmitgabe“ von Kapitalstockanteilen beim Kassenwechsel negative wirtschaftliche Folgen für das wechselnde GKV-Mitglied<sup>10</sup>.

Sicherlich kann niemand über einen Zeitraum von mehreren Jahrzehnten verlässlich sagen, ob sich der Beitragssatz tatsächlich stabil halten lässt und welche Höhe der SAR dafür genau erforderlich ist. Ergänzend zum Umlageverfahren wäre die SAR in welcher Höhe auch immer ein verlässliches Mittel, um zur nachhaltigen Finanzierbarkeit der GKV ohne künftige Generationenkonflikte und Rationierungen beizutragen.

### Künftig höhere Rentner-Beiträge

Falls in absehbarer Zeit keine GKV-Alterungsreserven gebildet werden, würde die jetzt heranwachsende Erwerbstätigen-Generation künftig unerträglich belastet. Dies deshalb, weil sie nicht nur wachsende Transfers an die Rentner-Krankenversicherung zu leisten

<sup>10</sup> Selbstverständlich sind Bildung und Auflösung der SAR außer in einer kassenübergreifenden Pool-Lösung auch in kassen- oder versichertenindividuellen Konzepten denkbar. Wie auch immer derartige Konzepte aussehen, sie sollten nach den Erfahrungen mit den Alterungsrückstellungen in der PKV so angelegt sein, dass der Kassenwettbewerb und der Kassenwechsel der Mitglieder nicht beeinträchtigt werden.

wäre, sondern auch durch Investitionen in Human- und Realkapital für ihre eigene Alterssicherung sorgen müsste (siehe Abbildung 2). Da die heutige Erwerbstätigen- und künftige Rentner-Generation diese Situation selbst herbeigeführt hat, ist es zur Wahrung der intergenerativen Gerechtigkeit erforderlich, sie stärker zu belasten und die künftige Erwerbstätigen-Generation zu entlasten.

Dies würde bedeuten, die in der GKV angelegte intergenerative Solidarität zumindest teilweise zu suspendieren und für erwerbstätige und nicht mehr erwerbstätige GKV-Mitglieder unterschiedliche Beitragssätze zu erheben. Da die krankenversicherungsspezifische Solidarität zwischen Gesunden einerseits und akut Kranken andererseits unbedingt fortgelten sollte, böte sich als Kriterium für eine Differenzierung der Beitragssätze nur der bereits eingangs erwähnte demographische Finanzierungseffekt an.

So wäre z.B. denkbar, den Finanzierungsbeitrag künftiger Rentner bis auf das beim Renteneintritt erreichte Niveau des Erwerbstätigen-Beitrages anzuheben und dadurch eine Beitragsentlastung der Erwerbstätigen zu erreichen. Dementsprechend müssten die künftigen Rentner auf ihre deutlich unter den Erwerbseinkünftigen liegenden Renten einen im Vergleich zum GKV-einheitlichen Beitragssatz merklich höheren Beitragssatz leisten, während die Erwerbstätigen mit einem niedrigeren Beitragssatz rechnen könnten. Dies wäre auch im derzeit viel diskutierten Modell mit altersunabhängigen Kopf- bzw. Pauschalprämien der Fall.

Den künftigen Rentnern einen höheren Beitragssatz abzuverlangen als den künftigen Erwerbstätigen, wäre ein gangbarer und

zu rechtfertigender Weg, falls das SAR-Konzept aktuell keine politische Mehrheit findet. Schließlich wäre auch ein Mittelweg möglich:

nämlich die jetzigen Erwerbstätigen in den nächsten beiden Jahrzehnten mit der Bildung einer SAR und danach mit einem höhe-

ren Beitragssatz für ihre Rentner-Krankenversicherung zu belasten. Wie auch immer: „Hard choices“ erfordern „hard decisions“!

Klaus-Dirk Henke

## Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen - Ein Buch mit sieben Siegeln

Neben einer noch immer zu starken Fragmentierung der Leistungssektoren im Gesundheitswesen stehen die wenig transparenten und stark zersplitterten Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen seit Jahren im Vordergrund der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung. Von der behaupteten und wissenschaftlich untermauerten Über-, Unter- und Fehlversorgung der deutschen Bevölkerung und der damit verbundenen unzureichenden Qualitätssicherung können wir tagtäglich in fast allen Zeitungen lesen. Selbst verschuldete Krankheiten treten noch hinzu, und über alles wölbt sich der blaue Himmel einer integrierten und vernetzten Versorgungsstruktur für jedermann.

Der unverminderte Reformdruck hält an, vor allem dann, wenn die europaweite demographische Herausforderung, der medizinische Fortschritt, die Zunahme chronischer Erkrankungen, die Lohnnebenkosten, die steigenden Ansprüche einer Bevölkerung, die gesund altern möchte, und die chronisch defizitäre Haushaltslage der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen ebenfalls in die Betrachtung einbezogen werden.

Oft wird allerdings vergessen, dass die Deutschen auf einem sehr hohen Versorgungsniveau

klagen. Bei einem europaweiten – geschweige denn weltweiten – Vergleich tritt die umfassende Absicherung für die gesamte Bevölkerung unabhängig von Status, Einkommen und Wohnort noch immer in den Vordergrund. Nirgends ist das Leistungsspektrum so breit und für jedermann zugänglich und die Selbstbeteiligung so gering wie bei uns.

### Funktionale und institutionelle Betrachtung

Angesichts dieser Ausgangslage wird im Folgenden die Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, also das Herzstück jeder größeren Reform, in den Vordergrund gestellt. Zu diesem Zweck soll übersichtlich mit den Abbildungen 1 und 2 die funktionale und institutionelle Darstellung unseres Gesundheitswesens am Anfang stehen. Nur so werden Finanzierungsgegenstand, Ziele der Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung zunächst bei globaler Betrachtung deutlich.

Aus der Abbildung 1 wird in der Vierebenenbetrachtung auf der zweiten Ebene ersichtlich, dass

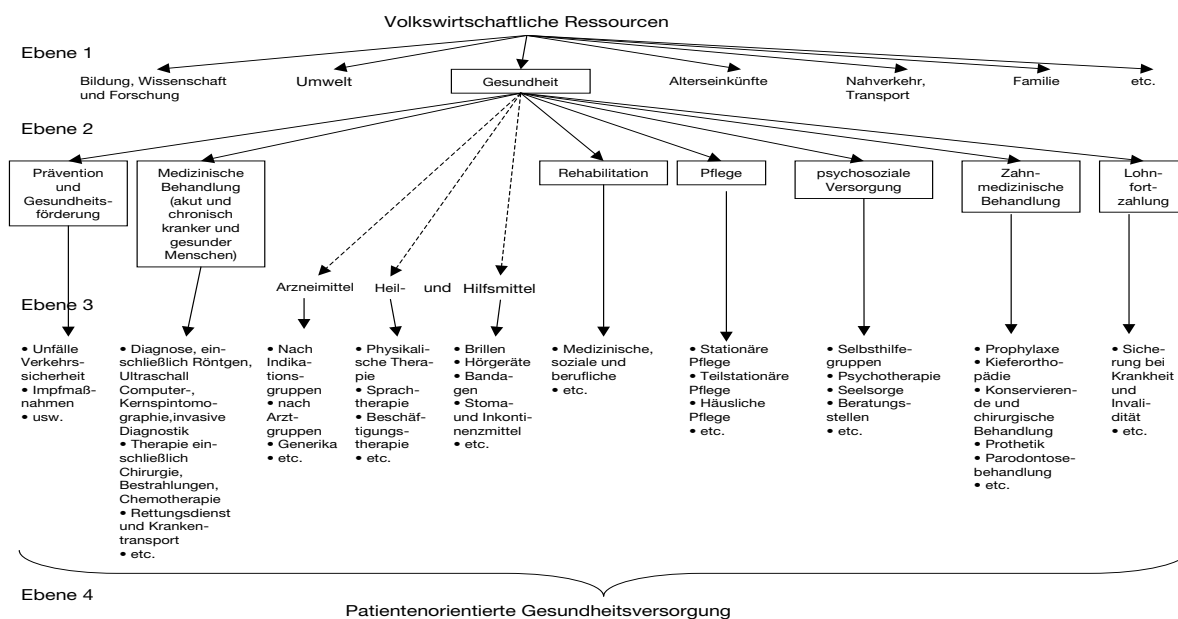
1. Prävention und Gesundheitsförderung,
2. kurative Behandlung für akut, chronisch kranke und gesunde Menschen einschließlich
3. Arzneimittelversorgung,

4. Heilleistungen,
5. Hilfsmittel,
6. Rehabilitation,
7. Pflege,
8. psychosoziale Versorgung,
9. zahnmedizinische Behandlung und
10. Lohnfortzahlung

zu den Aufgabenbereichen zählen, in denen versucht wird, Menschen im Krankheitsfall zu helfen und zu heilen, Schmerzen zu lindern und Krankheiten vorzubeugen. Beim Hinausschieben eines vermeidbaren Todes und bei der Wiederherstellung einer altersgemäßen Funktionstüchtigkeit gilt es, die menschliche Würde zu wahren und Freiheit im Krankheitsfall und beim Sterben zu sichern.

In diesem Kontext wird eine bedarfsgerechte und kostengünstige, abgestufte und flexible, sektorübergreifende und patientenkonzentrierte Versorgung erwartet. Zuständig sind bei globaler Betrachtung die Ausgabenträger, deren Ausgaben in der Summe die vom Statistischen Bundesamt erfassten nationalen Gesundheitsausgaben ausmachen. Bei dieser Sichtweise wird deutlich, dass in der gesundheitspolitischen Diskussion viel zu wenig differenziert wird, wenn in aller Regel die gesetzliche Krankenversicherung im Vordergrund steht. Auch wenn ihr

**Abbildung 1**  
**Vier-Ebenen-Betrachtung der Allokation volkswirtschaftlicher Ressourcen**



Anteil über 50% der Ausgaben beträgt, muss man erkennen, dass im Grunde alle anderen Bereiche ebenfalls zur Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung zählen. Zumindest die Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Unfallversicherungen und die Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) lassen sich oft nur schwer trennen. Die reformbedürftige Lohnfortzahlung, die zunächst bei den Arbeitgebern liegt, wird meist ausgeklammert, während die privaten Haushalte mit ihrer Selbstbeteiligung und die Krankenhausinvestitionen der öffentlichen Haushalte in die Betrachtung einbezogen werden müssen.

**Kopfpauschalen in der GKV?**

Die Darstellung der Ausgaben-träger in Abbildung 2 verdeutlicht das Finanzierungsspektrum. Dieses breite Spektrum würde sich massiv ändern, wenn man dem Finanzierungssystem in der Schweiz folgt, wo in der GKV Kopfbeiträge an die Stelle der Sozialversicherungs-

beiträge treten. Allerdings ist mit den Kopfpauschalen allein nicht sichergestellt, dass es zu keinen Ausgabensteigerungen mehr kommt. Die Schweiz ist dafür ein Beispiel, jedoch sind die Sozialversicherungsbeiträge von den Löhnen abgekoppelt.

Mit der Verwirklichung dieses Vorschlages würden Beiträge nicht mehr auf der Grundlage von Löhnen und Gehältern erhoben, sondern zunächst einmal arbeitsplatzneutral und geschlechtsunabhängig für jeden erwachsenen Versicherten<sup>1</sup>. Kinder würden befreit und Personen, die mit der Kopfpauschale bzw. Kopfprämie mehr als z.B. 15% ihres Einkommens aufzubringen hätten, bekämen Unterstützung aus öffentlichen Mitteln. Das entspräche in etwa der

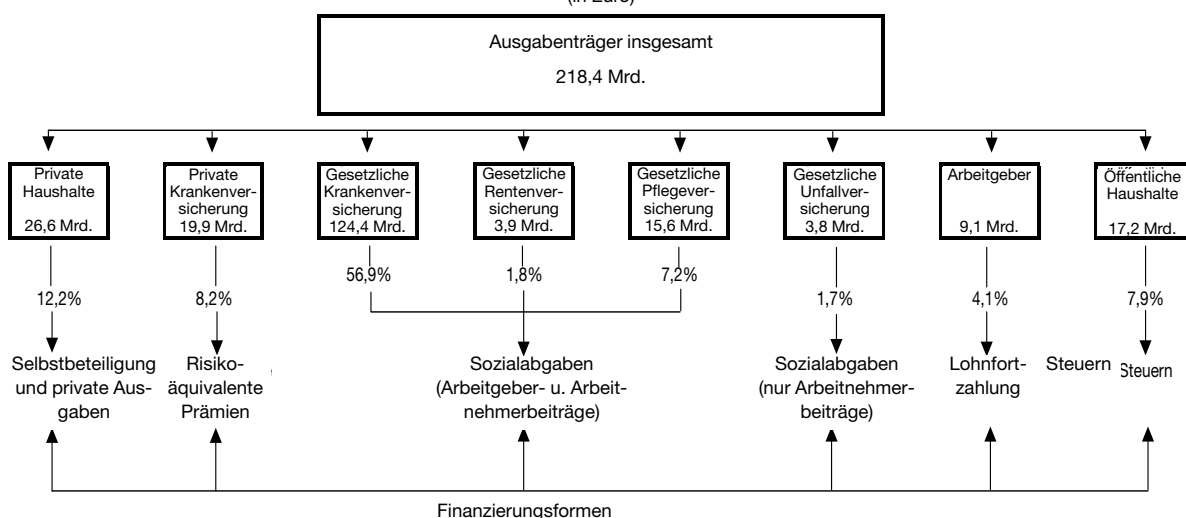
<sup>1</sup> Für weitere Reformoptionen, die derzeit in der gesundheitsökonomischen Diskussion kursieren, siehe K.-D. Henke, K. Borchardt, J. Schreyögg, O. Farhauer: Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Kapitaldeckung, Diskussionspapier des Berliner Zentrums Public Health, Nr. 2002-05, Berlin 2002.

heutigen Regelung von Sozialhilfempfängern und Arbeitslosen, die keine eigenen Beiträge zahlen. Verbunden mit einer Kapitaldeckung könnte man durch diese Reform im doppelten Sinne der demographischen Herausforderung begegnen. Die ältere Bevölkerung wird stärker belastet und es würde – je nach Ausgestaltung – zusätzlich von den Jüngeren oder der gesamten GKV- und PKV-Bevölkerung Kapital gebildet. Als Vision nähert sich diese Art der Finanzierung oder Mittelaufbringung dem Modell einer Mindestversicherungspflicht für alle mit individuellen Wahl- und Wechselmöglichkeiten, wie es von verschiedenen Seiten vorgeschlagen wird<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Siehe hierzu K.-D. Henke, W. Johann-Ben, G. Neubauer, U. Rumm, J. Waseem: Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland – Zukunft braucht Visionen, Vereinte Krankenversicherung der Allianz, München 2002; und M. Grabka, H.H. Andersen, K.-D. Henke, K. Borchardt: Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Diskussionspapiere des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, Nr. 275, Berlin 2002.



**Abbildung 2**  
**Ausgabenträger und Finanzierungsformen im Gesundheitswesen, 2000**  
 (in Euro)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von: Statistisches Bundesamt: Gesundheit, Ausgaben 1992-2000, Wiesbaden 2002, S. 40-48.

Im Rahmen dieses visionären Modellvorschlages würden die Arbeitgeberbeiträge an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Dieses würde zu einer Neuausrichtung der sozialen Selbstverwaltung führen, denn an ihre Stelle träten die Versicherungsunternehmen mit ihren Betriebsräten. Der wünschenswer-

te Wettbewerb würde auf der Seite der Leistungserbringung, also in der Mittelverwendung erfolgen. Damit verlagert sich die Betrachtung von der globalen Seite der Mittelaufbringung und Finanzierung zur Bezahlung der erbrachten Gesundheitsleistungen. Sollte die Auszahlung des Arbeitgeberbei-

trages politisch nicht möglich sein, ließe sich die Vergütung innerhalb von Netzbudgets bei einem dann floatenden Arbeitnehmerbeitrag auch einfrieren.

Aus der Übersicht 1 ist zu entnehmen, dass die Diskussion der so genannten „äußeren Finanzierung“ bzw. Mittelaufbringung über Steuern, Sozialversicherungsbeiträge, Prämien, Selbstbeteiligung und Konsumausgaben getrennt werden kann von der „inneren Finanzierung“ oder Vergütung bzw. Bezahlung von individuell erbrachten Gesundheitsleistungen<sup>3</sup>.

Bei der Erbringung und Vergütung der in Übersicht 1 aufgeführten Gesundheitsleistungen tritt

<sup>3</sup> Siehe hierzu im Einzelnen Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland, Kosten und Zukunftsbranche, Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Baden-Baden 1997, S. 255 ff.

<sup>4</sup> Siehe hierzu im Einzelnen A. Mühlbacher: Integrierte Versorgung, Management und Organisation, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2002; A. Mühlbacher, J. v. Troschke, K.-D. Henke: Die Integrierte Versorgung: Herausforderungen und Chancen für die hausärztliche Versorgung, in: Zeitschrift für Allgemeine Medizin, 2000, S. 592-598

### Übersicht 1

#### Gesundheitsleistungen im Kontext integrierter und vernetzter Strukturen

Bezahlung (Mittelverwendung) der Gesundheitsleistungen

- im Krankenhaus
- im Pflegeheim
- in der Rehabilitationseinrichtung
- durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste
- beim niedergelassenen Arzt
- beim Zahnarzt
- in der Apotheke (Rezeptpflichtige Arzneimittel, over-the-counter market)
- durch Heilmittel (physikalische-, Beschäftigungs-, Sprachtherapie)
- durch Hilfsmittel (Brillen, Hörgeräte etc.)
- bei der Unfallrettung
- beim Krankentransport und
- durch Medizinprodukte

**Übersicht 2**

**Kauf von Gesundheits(vor)leistungen**

- durch sektorspezifische Budgets?
- durch sektorübergreifende Budgets?
- durch kassen(arten)spezifischen Einkauf?
- durch kassen(arten)übergreifenden Einkauf („gemeinsam und einheitlich“)?
- durch regionale Universal- und Einheitskassen?
- durch kommunale regionale öffentliche Haushalte?
- durch Einkaufsgenossenschaften?
- durch private Organisationen?
- im Rahmen der Honorarverteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung?

in der Praxis die integrierte oder vernetzte Versorgung der Patienten und Versicherten in den Vordergrund<sup>4</sup>. Es wird sofort deutlich, dass hier der Teufel im Detail steckt. Selbst Fachleute sind kaum in der Lage, die Finanzierung der zahlreichen Gesundheitsleistungen auch nur in Ansätzen zu erklären. Die Vergütung und Bezahlung der einzelnen Leistungen und vor allem die unterschiedlichen Kanäle ihrer „äußeren“ Finanzierung bleibt häufig im Verborgenen. Einleuchtend ist, dass alle diese Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung gebraucht werden. Die gewünschten Versorgungsnetze müssen einerseits finanziert und andererseits müssen innerhalb der zu bildenden Versorgungsnetze die individuell erbrachten Gesundheitsleistungen vergütet werden. Und hierfür gibt es vielfältige Formen.

Budgets werden im Kontext eines Versorgungsmanagements bzw. vernetzter Strukturen erforderlich, und eine Entscheidung über klassische und innovative Vergütungsverfahren steht Leistung für Leistung an. Dabei lässt sich die retrospektive (nachträglich) Kostenerstattung von einer

prospektiven (im voraus) Vergütung unterscheiden.

In Übersicht 2 werden verschiedene Formen einer Budgetierung aufgelistet, wobei es im Einzelnen um den Einkauf von Gesundheits(vor)leistungen geht.

**Liberales Vertragsrecht**

Gemeinsame und einheitliche Regelungen sind im Rahmen eines weiter zu liberalisierenden Vertragsrechts mehr und mehr durch selektive Verträge und mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern sowie unter den Krankenversicherungen zu ersetzen. Im Rahmen des Wettbewerbs innerhalb der Leistungserbringung sind aus idealtypischer Sicht, allerdings noch nicht innerhalb des gegebenen Rechtsrahmens, unter anderem folgende Vorgehensweisen zu diskutieren:

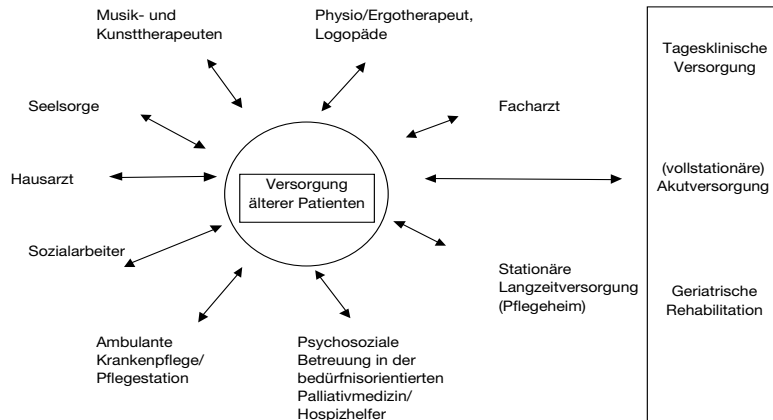
- Unterschiedliche Freiheiten in der Wahl von (angestellten) Ärzten und Krankenhäusern (der Versicherungen),
- Höhe des Selbstbehalts, Bonus- und Malusregelungen und
- neue Versorgungsformen in der Prävention und prädiagnostischen Medizin.

Die weiter oben vorgeschlagenen Kopfpauschalen als neue Form der zunächst arbeitsmarktneutralen Mittelaufbringung variieren dann entsprechend der individuellen Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten derzeit zwischen 180 bis 220 Euro. Eine zusätzlich zum Bundesausschuss der Ärzte- und Krankenkassen zu bildende Versicherungsaufsicht würde in diesem Reformvorschlag garantieren, dass die Aufgaben einer Krankenversicherung in einem solidarischen Wettbewerb wahrgenommen werden. Der Familienlastenausgleich und die Einkommensumverteilung kann innerhalb oder besser außerhalb der Systeme über das Steuer- und Transfersystem erfolgen<sup>5</sup>.

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass es zweckmäßig ist, die Vergütungs- und Leistungsverantwortlichkeit in der Krankenversorgung nicht voneinander zu trennen, sondern in einen Verantwortungsbereich zu überstellen. Wer noch einen Schritt weitergehen will, bezieht die äußere Finanzierung mit ein und nähert sich dann einem System der integrierten Versorgung, das die Mittelaufbringung und Mittelverwendung in eine Hand bringt und dann im Rahmen der prospektiven Vergütung (Fallpauschale, Fallkomplexpauschale, Indikations- oder umfassende Kopfpauschale) für eine Versorgung aus einem Guss sorgt. Diese vernünftig erscheinenden Strukturen einer Rundumversorgung für Patienten und Versicherte werden in Deutschland derzeit durch ein zu rigides Sozialrecht und ein kollektives Vertragsrecht erschwert. Die dringend erforderliche weitere

<sup>5</sup> Siehe im Einzelnen K.-D. Henke, M. M. Grabka, K. Borchardt: Kapitalbildung auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 10. Jg., 2002, S. 196-210.

**Abbildung 3**  
**Wünschenswerte Vernetzung der Akteure bei der**  
**Versorgung älterer Menschen**



Liberalisierung des Vertragsrechts muss nicht nur die GKV mit ihren unterschiedlichen Regelungen in der ambulanten und stationären Versorgung reformieren, sondern auch zu den erforderlichen Anpassungen in der Pflegeversicherung und in der Rehabilitation führen.

**Einbeziehung der Fallpauschalen**

Erschwert werden Reformen dadurch, dass gleichzeitig die stationäre Versorgung einer massiven Veränderung durch die Einführung von Fallpauschalen unterliegt. Die Einführung von Fallpauschalen für Behandlungsfälle im Krankenhaus ruft Veränderungen noch unbekanntem Ausmaßes in der ambulanten-ärztlichen, einschließlich der Arzneimittelversorgung hervor.

Nimmt man den Gedanken einer Zusammenführung von Leistungs- und Finanzierungsverantwortung wieder auf, wäre es sicherlich vorteilhaft, Versicherungsunternehmen hätten eigene Krankenhäuser, eine eigene ambulante Versorgung und Rehabilitation sowie alle Leistungen, die im Umfeld einer Rundumversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Hierfür müsste es dann wieder eine Krankenversicherung geben, die diese Absicherung

von Krankheitsrisiken in einer Hand und aus einem Guss anbietet.

Doch solche Strukturen können nur durch mehr Öffnung des Wettbewerbs entstehen, und das vielleicht eher auf einer regionalen Basis als national. Dieser Gedanke entspricht dem Managed Care bzw. einer klassischen Health Maintenance Organization. Die finanzielle Verantwortung bzw. ähnliche Anreize lassen sich auch bei bestehender Trennung der Versicherungsleistungen und der Versorgungsleistungen bewerkstelligen. Versicherungsunternehmen bekommen einheitliche Kopfpauschalen und geben diese in Einzelverträgen weiter an die Leistungserbringer. Dabei werden prospektive Vergütungsformen verwandt, die ohne eine Vereinheitlichung der Organisationstypen die finanzielle Verantwortung übertragen.

Welche Aufgabe durch den Wettbewerb und weniger durch Planung und Verwaltung zu lösen sein wird, zeigt abschließend die Abbildung 3, in der angesichts der absehbaren demographischen Entwicklung die Versorgung älterer Patienten im Vordergrund stehen soll.

In der Abbildung ist zu erkennen, wie Behandlungskonzepte und Ziele einer geriatrischen Versorgung erstellt werden können. Ohne therapeutische Teams und Beratungsstellen für ältere Mitbürger ist eine wünschenswerte vollstationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung und Rehabilitation nicht vorstellbar. Auch wenn viele Patienten an Fragen der Finanzierung und Vergütung nicht interessiert sein werden oder nicht mehr sein können, sind die bestehenden funktionalen und institutionellen Gegebenheiten dringend reformbedürftig in Richtung der genannten Vorschläge einer vernetzten und ergebnisorientierten Gesundheitsversorgung im Alter.

Die derzeit bestehende innere und äußere Finanzierung der erforderlichen Leistungen gleicht einem Flickenteppich. Nach einer wünschenswerten Vernetzung der Systeme im Interesse der Versorgung älterer Menschen sollte die Krankenversorgung und gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung insgesamt kostengünstiger und bedarfsgerechter erfolgen. Dazu ist an Stelle des „Patchworks“ von Finanzierung und Vergütung mehr Homogenität und Transparenz erforderlich. Dieser Anspruch ist nur durch mehr Wettbewerb der Ideen und Systeme und nicht durch politiknahe und sich ständig ausweitende Planung für eine personalintensive Dienstleistungs- und damit Wachstumsbranche zu erreichen<sup>6</sup>.

**Politikfähigkeit von Reformvorschlägen**

Keht man zurück zur Ausgangslage und dem unverminderten

<sup>6</sup> Siehe hierzu im Einzelnen Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130, 19.1.2001, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, S. 148-162.

Reformdruck im Gesundheitswesen, so zeigt sich, dass die neuen Ansätze und Reformvorschläge zunächst einmal politikfähig und dann als Nächstes durchsetzungsfähig gemacht werden müssen.

In die Nähe einer Politikfähigkeit werden die Vorschläge der Rürup-Kommission und anderer Sachverständigen erst kommen, wenn angesichts der Vielzahl von vorliegenden und durchdachten Vorschlägen nur wenig neuartige, dafür aber konzeptionell saubere Instrumente in die Diskussion gebracht werden<sup>7</sup>. Allein die regierungsamtliche Kommission bringt die Vorschläge dank der Medien

<sup>7</sup> Siehe hierzu auch das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1995.

näher an die Politiker aller Parteien und macht sie damit politikfähig.

Da es sich beim Gesundheitswesen und seinen Reformen um einen besonders sensiblen Bereich handelt, wird es ohne große Koalition nicht gehen. Fraglich ist, ob ein zweites Lahnstein überhaupt erwünscht ist. Die Politikfähigkeit erfordert einen Konsens unter den großen Parteien. Sollte der hergestellt werden können, nähern sich die Vorschläge der Durchsetzungsfähigkeit von Reformen, die dann wiederum den Gesetzen einer parlamentarischen Demokratie gehorchen. Und dazu zählen die jeweils nächsten Wahlen. Somit entscheiden die Interessen der Politiker und ihrer Parteien zusammen mit den Medien und anderen treibenden Kräften im Gesundheitswesen (Verbände, Ministerialbürokratie,

Pharmaindustrie, Medizinproduktehersteller, und andere) über Art und Umfang der Reform.

In der Auseinandersetzung zwischen unterschiedlichen fachlichen Rationalitäten (Epidemiologen, Mediziner, Juristen, Ökonomen, Politikwissenschaftler, etc.) und den politischen Rationalitäten unterschiedlicher Parteien (PDS, FDP, Grüne, CDU und SPD) fällt dann die endgültige Entscheidung unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des europäischen Gemeinschaftsrechts, das in diesem Beitrag ausgeklammert blieb<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Siehe hierzu im Einzelnen K.-D. Henke: Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europäische Herausforderung, erscheint in P. Kirchhof (Hrsg.); Inwieweit lassen sich Gemeinwohlaufgaben durch Wettbewerb verwirklichen?, (in Druck).

Peter Zweifel, Michael Breuer

## Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung

Die Zeichen für das deutsche Gesundheitssystem stehen eindeutig auf Reform. Es sieht so aus, als hätten Regierung und Opposition nun endlich die Notwendigkeit tief greifender Veränderungen erkannt und suchten nach einer gemeinsamen Linie zur grundlegenden Erneuerung dieses auch volkswirtschaftlich zunehmend wichtigeren Sektors. Insbesondere scheint Einigkeit über die derzeitigen Mängel des Gesundheitssystems zu bestehen. Zu nennen sind z.B. partielle Überversorgung bei gleichzeitiger mangelhafter Versorgung chronisch Kranker.

Dennoch kann man bezweifeln, dass die eingefahrenen Pfade in

der Gesundheitspolitik tatsächlich verlassen werden. Vielmehr beinhalten die meisten Vorschläge aus der jüngsten Zeit im Kern lediglich eine weitere Verfeinerung der Regulierung im Gesundheitswesen und gehen somit den gleichen Weg weiter, der seit Jahren (oder besser: Jahrzehnten) mit wenig Erfolg beschritten wird. So wurden die Krankenkassen bereits dazu gebracht, Disease Management Programme für mehrere chronische Krankheiten einzuführen<sup>1</sup>. Damit wird jedoch ein Anreiz geschaffen, nur gerade den einheitlich definierten Mindeststandard zu erfüllen, um in den Genuss höherer

<sup>1</sup> Vgl. das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“, Bundesgesetzblatt.

Ausgleichszahlungen zu gelangen. Der Wettbewerb mit Ideen zur verbesserten Versorgung chronisch Kranker und allgemein zur Verbesserung des Leistungs-Kosten-Verhältnisses im Gesundheitswesen kann sich so nicht entfalten.

### Ohne Preissignale keine Innovation

Die GKV-Versicherten bezahlen einkommensabhängige Beiträge, die nichts mit ihrem Risiko und damit ihren erwarteten Gesundheitskosten zu tun haben. Damit wird der Preis für Versicherungsdeckung als wichtiger Steuerungsmechanismus außer Kraft gesetzt. Jedes Lehrbuch der Ökonomie betont, dass Wettbewerb zum

Scheitern verurteilt ist, wenn sich Kostenunterschiede nicht in den Preisen widerspiegeln können. Wenn in einer solchen Situation durch Kassenwahlfreiheit dennoch Wettbewerbselemente in der Krankenversicherung zugelassen werden, führen sie dazu, dass die Versicherer bemüht sind, günstige Risiken anzuziehen. Als Sekundärregulierung braucht es deshalb einen Risikostrukturausgleich, der Krankenkassen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil günstiger Risiken mit einer Ausgleichszahlung zugunsten der anderen Kassen belastet. Dies bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Innovationsbereitschaft der Versicherer.

Wenn beispielsweise eine Kasse neue Möglichkeiten zur Senkung der Verwaltungskosten und damit der Beitragssätze ausnutzt, zieht sie erfahrungsgemäß jüngere Menschen an. Damit weist sie aber einen günstigeren Altersaufbau auf und muss deshalb einen Teil der erzielten Erträge über den Risikostrukturausgleich an ihre Wettbewerber abführen. So werden bereits im Bereich der Verwaltung Innovationen entscheidend behindert. Hinzu kommt, dass der Risikostrukturausgleich in der Praxis nie perfekt arbeitet, wie die internationale Erfahrung zeigt<sup>2</sup>. Damit bleibt das Interesse der Versicherer an günstigen Risiken erhalten. Jedes Eingehen auf die besonderen Bedürfnisse der Versicherten kann so als unfaire Risikoselektion interpretiert werden. Trotz dieser offensichtlichen Schwächen des Risikostrukturausgleichs würde seine bloße Abschaffung lediglich den Anreiz zur Risikoselektion wieder

<sup>2</sup> Vgl. Wynand P.M.M. Van de Ven, Randall P. Ellis: Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, in: A.J. Culyer, J.P. Newhouse (Hrsg.): Handbook of Health Economics, Volume Ia, Amsterdam et. al. 2000, S. 755-845.

voll zur Geltung bringen. Aus diesem Dilemma können letztlich nur risikoabhängige Prämien führen.

### **Vorzüge risikogerechter Prämien**

Ein wirkungsvoller Leistungs- und Innovationswettbewerb im Gesundheitswesen setzt risikogerechte Versicherungsprämien voraus. Erst dann sind alle Versicherten den Krankenversicherern gleichermaßen als Kunden willkommen, und umfangreiche Wahlrechte haben keine unerwünschten Nebenwirkungen. Die Krankenversicherer erhalten endlich die Chance, in einem Einkaufsmodell ihrer Versichertenklientel die Leistungen anzubieten, die von ihr als besonders nützlich angesehen werden. Die Versicherer werden diese Wahl verstärkt mit Beratung unterstützen, um Kunden anzuziehen. Dabei besteht keine Gefahr, dass ungünstige Risiken diskriminiert werden.

Zu den zentralen Aufgaben eines Versicherers gehört es in einem wettbewerblichen System auch, unter Vertragsfreiheit mit einzelnen Anbietern Honorierungsformen (und -niveaus) auszuhandeln, welche die Leistungsanbieter dazu bewegen, sich für die Patienten je nach Typ in optimaler Weise einzusetzen. Dazu wird es einer Vielfalt an ausgehandelten Honorierungsformen bedürfen, die sich im Wettbewerbsprozess frei herausbilden kann. Das ist allemal effizienter, als z.B. durch neue Verordnungen Mindeststandards für die Versorgung chronisch Kranker festzusetzen und aufwändig zu kontrollieren.

Die Versicherten wiederum haben dann einen Anreiz, die für sie günstigste (nicht unbedingt die billigste!) Versorgungsform zu wählen. Dazu gehört auch, dass sie Gelegenheit erhalten, sich auf dem

Weg einer höheren Selbstbeteiligung einen Anreiz zu gesundheitsbewusstem und kostengünstigem Verhalten zu schaffen. Es kommt allgemein zu einem umfassenden Ideenwettbewerb, wobei es nicht unrealistisch anzunehmen ist, dass die bisherigen staatlichen Mindeststandards dabei schnell zum Wohle der Versicherten überschritten werden. Da hohe Risiken ihre zu erwartenden Behandlungskosten mit ihrer Prämie decken, werden sie von den Versicherern nicht diskriminiert, der Risikostrukturausgleich kann entfallen, und seine effizienzmindernden Auswirkungen verschwinden<sup>3</sup>.

### **Notwendige Rahmenbedingungen des Wettbewerbs**

Ohne staatlich festgesetzte Rahmenbedingungen kommt allerdings auch und gerade ein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem nicht aus. Der Wettbewerbspolitik fällt vielmehr die größte Bedeutung für ein funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem zu. Insbesondere muss sie verhindern, dass sich die Versicherer bezüglich der Versicherungsbedingungen und der Konditionen bei der Beschaffung der Gesundheitsleistungen absprechen und so den Wettbewerb auf der Versicherten- wie der Leistungsanbieterseite untergraben. Hierzu bedarf es keiner Regulierungen, die speziell für den Gesundheitssektor geschaffen werden und die damit auch immer einen Angriffspunkt für dessen zahlreiche organisierte Interessengruppen bilden. Stattdessen kommt das übliche wettbewerbspolitische Instrumentarium zum Einsatz.

<sup>3</sup> Ausführlicher dazu: Peter Zweifel, Michael Breuer: Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V., mimeo, Berlin 2002.

Zu den wenigen verbleibenden speziellen Rahmenbedingungen eines Wettbewerbs im Gesundheitswesen gehören eine Versicherungspflicht für alle, die Festlegung von Qualifikationsanforderungen und der Schutz vor unsicheren Medikamenten und Behandlungsmethoden. Mit der Versicherungspflicht kann verhindert werden, dass einzelne Personen auf den Abschluss einer Krankenversicherung verzichten und dann im Falle einer größeren medizinischen Maßnahme oder einer dauerhaften Beeinträchtigung ihrer Gesundheit auf die Sozialhilfe zurückgreifen. Im Rahmen der Versicherungspflicht muss auch mindestens der finanzielle Leistungsumfang eines obligatorischen Versicherungspakets gesetzlich festgelegt werden. Die staatlich festzusetzenden Qualifikations- und Sicherheitsanforderungen sollten insbesondere Mindeststandards für die Ausbildung der Leistungsanbieter und die Sicherheit ihrer Produkte beinhalten. Präparate und Verfahren von zweifelhaftem therapeutischen Wert und ohne Nutzen für die Patienten können hingegen ohne weiteres im Wettbewerbsprozess ausgeschlossen werden.

### **Die soziale Flankierung**

Um auch unter risikogerechten Prämien allen Bürgern einen Zugang zur Krankenversicherung zu ermöglichen, ist ein System staatlicher Beihilfen vorzusehen, das bei einer Überforderung der Einzelnen eingreift. Mit einem solchen System kann dem Sozialstaatsgedanken vollkommen Rechnung getragen werden, ohne dass, wie bislang, der Versicherungsausgleich und die systematische Umverteilung in unheilvoller Weise miteinander vermischt werden. Dies führte bislang nicht nur, wie oben dargelegt, zu Beeinträchtigungen des Wettbe-

werbs, sondern letztlich auch zu einer Intransparenz der Umverteilungsströme, die kaum noch erfassbar und kontrollierbar sind und somit auch nicht zielgerecht eingesetzt werden können. So kann es durchaus passieren, dass ein gesundes Individuum, das über relativ wenig Einkommen verfügt, die Krankenversicherung eines Wohlhabenden subventioniert, der unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet. Ähnliche zweifelhafte Umverteilungseffekte ergeben sich auch durch die Familienmitversicherung. Bürger, die nicht Mitglied der GKV sind, werden schließlich von allen Mitwirkungspflichten an der Umverteilung innerhalb der GKV befreit.

Die ordnungspolitisch adäquate Alternative zum bisherigen Ausgleichssystem besteht darin, Haushalten, deren Krankenversicherungsprämien einen festzulegenden Prozentsatz ihres zu versteuernden Einkommens übersteigen, staatliche Prämienzuschüsse zu gewähren. Die Zuschüsse sollten aus allgemeinen Haushaltsmitteln finanziert werden, an deren Aufbringung alle nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beteiligt sind. Die Institution der GKV wird überflüssig.

Um auch den subventionierten Versicherten einen Anreiz zur Wahl kostengünstiger Verträge zu geben, sollte die Subventionierung nicht in der vollen Höhe der zu zahlenden Prämien erfolgen. Zusätzlich kann man die Prämiensubventionen für bestimmte Leistungen völlig ausschließen. So kann z.B. gewährleistet werden, dass kein Versicherter das Recht auf ein Einzelzimmer mit Chefarztbehandlung aus Prämien finanziert, die durch die Allgemeinheit subventioniert wurden.

Das Umverteilungsvolumen eines solchen Systems der Prämiensubventionierung ist auch bei Gewährung des gleichen medizinischen Niveaus, das heute in der GKV geboten wird, geringer als das derzeitige in der GKV; schließlich fließen die Subventionen gezielter zu den Bedürftigen. Zusätzlich wirkt der Steuer-Transfer-Mechanismus für die Begünstigten auch ohne die „solidarische“ GKV zugleich als eine Absicherung gegen das langfristige Risiko der Verschlechterung des individuellen Erkrankungsrisikos im Lebenslauf. Da die Bezieher niedriger Einkommen die steigende Prämie, sobald sie einen bestimmten Anteil des Einkommens übersteigt, nicht mehr selbst tragen müssen, erhalten sie automatisch eine effektive Absicherung gegen hohe Prämienbelastungen im Alter. Den Beziehern hoher Einkommen steht es frei, sich durch den Abschluss eines langfristigen Versicherungsvertrags oder einer Zusatzabsicherung gegen das Risiko sehr hoher Prämienzahlungen im Alter zu schützen.

### **Zusammenfassung**

Es ist dringend notwendig, die eingefahrenen Pfade von Regulierungen und Folgeregulierungen zu verlassen, die das Gesundheitssystem letztlich unflexibel und zum politischen Spielball der Partikularinteressen gemacht haben. Ein ordnungspolitisch konsistenter Weg besteht darin, risikogerechte Prämien mit einem System von aus allgemeinen Haushaltsmitteln finanzierten Prämiensubventionen zu verknüpfen. Nur dadurch wird es möglich, die wettbewerbshemmenden Regulierungen fallen zu lassen, die mit nicht risikogerechten Versicherungsprämien zwangsläufig einhergehen, und stattdessen einem Wettbewerb um

innovative Lösungen im Gesundheitswesen Raum zu geben. Dem Sozialstaatsgedanken wird man nicht dadurch am besten gerecht, dass man eine einzige Institution mit Versicherungs- und Umvertei-

lungsaufgaben überlastet. Von einer Herdplatte in der Küche würde man ja auch nicht erwarten, dass sie zur richtigen Temperierung des Kinderzimmers beiträgt. Miteinander im Wettbewerb stehende

Krankenversicherer, die sich auf ihr Kerngeschäft beschränken, stellen im Verein mit einer zielgerichteten Prämiensubventionierung die bessere Alternative für ein zukunftsgerichtetes Gesundheitswesen dar.

Klaus Jacobs

## Die GKV als solidarische Bürgerversicherung

Die Diskussion über Reformen zur langfristigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war lange Zeit weitgehend tabuisiert, und zwar vor allem aus zwei Gründen. Zum einen birgt das Thema beträchtlichen Zündstoff – dies lassen bereits Schlüsselbegriffe wie „paritätische Finanzierung“ (von Arbeitgebern und Arbeitnehmern) oder „Friedensgrenze“ (zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung) erahnen. Solange sich der Problemdruck in Grenzen hielt, war kein politisch Verantwortlicher besonders erpicht, sich „unnötig“ auf dieses konfliktträchtige Terrain zu begeben. Zum anderen wurde das Thema aber auch bewusst „klein gehalten“, weil es galt, der Forderung nach „mehr Geld ins System“ entgegenzutreten und gesundheitspolitische Reformen vorrangig auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Gesundheitsversorgung auszurichten. Allerdings hat es die Politik bis heute versäumt, für durchgreifende Strukturreformen auf der Leistungs- und Ausgabenseite zu sorgen und dabei insbesondere das Selbststeuerungspotenzial der

GKV durch eine konsequente wettbewerbliche Orientierung bei gleichzeitigem Rückbau von plan- und kollektivwirtschaftlichen Strukturen zu stärken<sup>1</sup>.

Inzwischen hat der Problemdruck erkennbar zugenommen, und deshalb werden jetzt nahezu alle zentralen Strukturprinzipien der GKV gleichzeitig auf den Prüfstand gestellt. Dabei scheinen Reformvorschläge – insbesondere auf der Finanzierungsseite – stellenweise umso mehr Attraktivität zu genießen, je „radikaler“ sie ausfallen. So wichtig eine möglichst rasche Überwindung des Reformattentismus fraglos ist, so sorgsam sollte gleichwohl darauf geachtet werden, jetzt nicht in einen übertriebenen Reformaktivismus zu verfallen und dabei womöglich das „Kind mit dem Bade auszuschütten“.

Im Hinblick auf die hier im Blickpunkt stehende Finanzierung der GKV erscheint es hilfreich, sich zunächst zwei empirische Befunde vor Augen zu halten. Der erste betrifft das beträchtliche „politische Risiko“ der GKV-Finanzierung, das das Ausmaß konjunktureller oder demographischer Risiken in seiner Wirkung leicht übertreffen kann: Hätte die Politik im vergangenen Jahrzehnt der Versuchung widerstanden, Finanzprobleme von öffentlichen Haushalten und anderen Sozialversicherungen regelmäßig zugunsten der GKV lösen zu wollen,

gäbe es heute keine derart gravierenden Beitragssatzprobleme, und die aktuelle Reformdebatte könnte mit deutlich weniger Hektik geführt werden.

Dieser Hinweis auf die viel zitierten „Verschiebebahnhöfe“ soll keineswegs den notwendigen Reformbedarf relativieren – wohl aber auf den erheblichen Einfluss verweisen, den politische Entscheidungen bereits in vergleichsweise kurzer Frist auf die finanzielle Stabilität der GKV haben können. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Folgen solcher Entscheidungen in aller Regel nicht nur die Beitragszahler, sondern auch die Anbieter von Versorgungsleistungen zu tragen haben. Schon deshalb sollten alle Vorschläge, die die Angriffsflächen für diskretionäre Entscheidungen der Politik im Vergleich zum Status quo noch einmal deutlich erweitern (etwa durch eine Verlagerung von Aufgaben des sozialen Ausgleichs auf den allgemeinen Steuerhaushalt in geschätzten Größenordnungen zwischen – je nach Modell – rund 20 und 35 Mrd. Euro) äußerst zurückhaltend beurteilt werden. Für die Stabilität der GKV-finanzierten Versorgung ist letztlich entscheidend, welches Ausmaß an sozialem Ausgleich bei der Finanzierung von Krankenversicherung tatsächlich erreicht wird – und zwar unabhängig davon, ob alternative Aus-

<sup>1</sup> Auch die Anfang Februar 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung vorgelegten – noch recht unpräzisen – „Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens“ scheinen dieser Zielstellung kaum zu entsprechen, sondern deuten eher auf eine weithin unveränderte Politik von gesetzlicher Detailregulierung hin.

gleichsmodelle theoretisch überzeugender sein mögen.

### **Vorbilder PKV oder Schweiz?**

Der zweite Befund betrifft die aktuelle Beitragsentwicklung in zwei Krankenversicherungssystemen, denen aufgrund bestimmter Gestaltungsprinzipien vielfach Vorbildcharakter für GKV-Reformen zugeschrieben wird. Viele kapitalgedeckte private Krankenversicherungen in Deutschland verzeichnen zurzeit jährliche Beitragszuwächse in einer Größenordnung, wie sie bei Langfristprojektionen für die GKV allemal als ausreichend angesehen werden, um das Ende der Finanzierbarkeit für erwiesen zu halten. Ebenfalls kräftige Beitragssteigerungen vermeldet die schweizerische Krankenversicherung, die keine einkommensbezogenen Beiträge, sondern Kopfprämien kennt, weil die Aufgabe der Einkommensumverteilung nicht innerhalb der Krankenversicherung, sondern über steuerfinanzierte Prämienzuschüsse erfolgt. Seit ihrer Einführung 1996 sind die Schweizer Kopfprämien teilweise um fast 50% gestiegen – eine Entwicklung, mit der die Prämienzuschüsse an einkommensschwache Versicherte keineswegs in allen Kantonen Schritt halten konnten.

Nun soll hier gewiss nicht argumentiert werden, dass kapitalgedeckte oder mit weniger sozialpolitischen Umverteilungsaufgaben „befrachtete“ Krankenversicherungssysteme im Vergleich zur GKV grundsätzlich noch weniger in der Lage wären, für stabile Beiträge zu sorgen. Es ist jedoch die Einschätzung zu unterstreichen, dass bei allen Debatten zur zukunftsicheren Ausgestaltung der GKV-Finanzierung die unverändert wichtigste Reformperspektive nicht aus dem Blickfeld geraten darf: die Steuerung des Leistungs- und Ausgabengeschehens, die frei von

plan- und kollektivwirtschaftlichen Dirigismen in einem möglichst lebhaften Vertragswettbewerb zwischen einzelwirtschaftlichen Krankenkassen und Gesundheitsversorgern erfolgen sollte.

Auf diesem Feld hat die deutsche PKV derzeit gar nichts und auch die schweizerische Krankenversicherung relativ wenig zu bieten – beide Systeme verzeichnen damit gravierende Defizite, die auch durch die jeweils bestehenden Möglichkeiten der versichertenbezogenen Individualsteuerung (z.B. Beitragsrückzahlung, freiwillige Selbstbehalte) nicht einmal ansatzweise kompensiert werden können.

### **Grundlegender Charakterwandel der GKV**

So wenig Finanzierungsreformen durchgreifende Strukturreformen zur Leistungs- und Ausgabensteuerung überflüssig machen, so wenig kann andererseits auf sie verzichtet werden, um die GKV-Finanzierung längerfristig zu stabilisieren. Eine grundsätzliche Abkehr vom Prinzip der solidarischen Finanzierung ist dazu allerdings weder erforderlich noch geboten – wohl aber eine konsequente Weiterentwicklung und Anpassung der konkreten Ausgestaltung dieses Prinzips an veränderte und sich weiter verändernde Rahmenbedingungen. Auf Elemente der Kapitaldeckung sollte dagegen verzichtet werden, denn das isolierte demographische Risiko in der GKV ist vergleichsweise gering, während die Übergangskosten bei einem Systemwechsel in jedem Fall hoch sind. Entscheidend für die Zukunft der GKV ist neben einer stabilen Finanzierungsgrundlage vor allem die Wirksamkeit der Leistungs- und Ausgabensteuerung – und da hilft Kapitaldeckung kein Stück weiter, wie das Beispiel der PKV unterstreicht.

Obwohl die GKV ihren Charakter im Verlauf ihrer weit über hundertjährigen Geschichte gravierend verändert hat, ist die Finanzierung nach wie vor so organisiert, als ginge es noch immer in erster Linie um die Absicherung des krankheitsbedingten Ausfalls des Erwerbseinkommens abhängig Beschäftigter. In Wirklichkeit stellen die abhängig Beschäftigten nicht einmal mehr die Hälfte der Versicherten. Nur noch eine Minderheit der Versicherten hat einen Anspruch auf die einmalige „Kernleistung“ Krankengeld – die einzige Versicherungsleistung, deren Umfang in einer direkten Äquivalenzbeziehung zu den einkommensproportionalen Beitragszahlungen steht. Entsprechend machen die Ausgaben für Krankengeld mittlerweile nur noch gut 5% der GKV-Leistungsausgaben aus und damit z.B. weniger, als für zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) ausgegeben wird.

Einkommens- und beitragsäquivalente Geldleistungen sind in der GKV also auch von ihrem relativen Umfang her schon lange marginalisiert gegenüber den vor allem auf Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basierenden Sach- und Dienstleistungen. Deren Qualitäts- und Effizienzicherung stellt demnach längst das Kerngeschäft der GKV dar, die damit kaum noch eine Analogie zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung aufweist. Gleichwohl wird insbesondere im Bereich der GKV-Finanzierung unverändert an Kriterien der Erwerbsorientierung festgehalten, obwohl dies im Ergebnis zu einer beschäftigungspolitisch kontraproduktiven und verteilungspolitisch fragwürdigen einseitigen Belastung abhängiger Beschäftigung innerhalb bestimmter Einkommensgrenzen führt.



Der nächste Schritt in der Entwicklung der GKV zur allgemeinen Bürgerversicherung ist im Übrigen bereits vorgezeichnet und soll im Kontext der Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe vollzogen werden: die Einbeziehung aller Sozialhilfeempfänger in die GKV-Versicherungspflicht. Gestritten wird derzeit lediglich noch über die Beitragsmodalitäten (wobei es angesichts einschlägiger Erfahrungen nicht unplausibel erscheint, von weiteren Zusatzbelastungen der Beitragszahler auszugehen).

Der Trend der GKV zur allgemeinen Bürgerversicherung setzt sich also weiter fort – seine konsequente Fortsetzung und Vollendung würde in der vollständigen Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie der Einführung der GKV-Versicherungspflicht auch für Beamte und Selbständige bestehen. Dass insbesondere die im internationalen Maßstab (mit der Ausnahme von Chile) einmalige Wahloption für „Besserverdiener“, sich nach individuellem Nutzenkalkül für oder gegen die weitere Beteiligung am GKV-spezifischen Solidarausgleich zu entscheiden – je nachdem, ob der erwartete Netto-Solidarnutzen im Einzelfall positiv oder negativ ausfällt –, in eklatantem Widerspruch zum Solidarprinzip steht, ist seit jeher augenfällig.

### **Schimäre „Systemwettbewerb“**

Abgesehen von möglichen rechtlichen Bedenken gegen eine „Austrocknung“ des Vollversicherungsgeschäfts der PKV, stellen die im Allgemeinen für den Erhalt der so genannten „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ins Feld geführten Argumente überwiegend ideologische Ladenhüter dar. Dies gilt zum einen für die vermeintliche Hauptfunktion der Sozialversicherung als „Schutz von

Bedürftigen“, die angesichts der skizzierten Entwicklung der GKV zu einer allgemeinen Bürgerversicherung längst von der Realität überholt worden ist. Dies gilt zum anderen aber auch für die vermeintlich produktiven Wirkungen eines „Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungssystemen“.

Dass sich auch der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem letzten Jahresgutachten als Befürworter eines solchen „Systemwettbewerbs“ geoutet hat, kann die Fragwürdigkeit dieser Idee nicht mindern. Mit Rezepten, die zur finanziellen Stabilisierung der Rentenversicherung durchaus angebracht sein mögen, lässt sich die speziell in der Kranken- und Pflegeversicherung die zentrale Aufgabe der Leistungssteuerung nicht bewältigen. So ist es auch nicht überraschend, dass nahezu alle derzeit von einschlägigen Gesundheitsökonomern gehandelten Reformkonzepte – so unterschiedlich sie in einzelnen Punkten auch sein mögen – zwei wesentliche Übereinstimmungen aufweisen:

- An der Finanzierung des sozialen Ausgleichs in Bezug auf den Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung – wo und wie dieser im Einzelfall auch konkret organisiert sein soll – sind grundsätzlich alle Bürger beteiligt.
- Innerhalb des jeweils vorgeschlagenen Krankenversicherungssystems findet lebhafter Wettbewerb zwischen den Versicherern und Versorgern statt, aber ein Nebeneinander unterschiedlicher Systeme, die ihrerseits im Wettbewerb zueinander stehen, ist nirgends vorgesehen.

In der Vergangenheit sind Forderungen nach einer Ausweitung des GKV-versicherten Personenkreises – durch Wegfall der Pflichtversiche-

rungsgrenze für Arbeitnehmer bzw. durch Einbeziehung von Beamten und Selbständigen – in der Regel als blanke Utopie abgetan worden (obwohl es in der Bevölkerung dazu eine deutliche Zustimmung gibt). Ob der gewachsene Problemdruck zu einer veränderten Einschätzung der Realisierungschancen dieses Vorschlags führen könnte, bleibt abzuwarten. Immerhin scheinen derzeit manche Reformkonzepte für durchaus hoffähig gehalten zu werden, die sehr viel weiter vom Status quo der GKV entfernt sind als die hier aufgezeigte Perspektive. Im Übrigen bräuchten auch die Geschäftsinteressen der privaten Versicherungswirtschaft keineswegs vollständig „außen vor“ zu bleiben; vielmehr könnte es den Privatkassen – wie in der Schweiz – grundsätzlich auch erlaubt werden, den „allgemeinen Solidaritarif“ für die gesamte Bevölkerung anzubieten (vom ohnehin wachsenden Zusatzversicherungsgeschäft ganz abgesehen).

### **Abkehr vom reinen Lohn- und Rentenbezug**

Neben der Abgrenzung des in der GKV versicherten – und damit am Solidarausgleich beteiligten – Personenkreises bedeutet die Weiterentwicklung der GKV zu einer solidarisch finanzierten Bürgerversicherung zwangsläufig auch eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen. Je weiter sich Formen der Erwerbsbeteiligung, aber auch der Alterssicherung, interpersonell und intertemporal differenzieren, desto weniger ist die derzeitige Beschränkung der Beitragsbemessung auf bestimmte Formen des Einkommensbezugs im Erwerbsleben und Alter noch geeignet, der einnahmenseitigen Kurzdefinition des Solidarprinzips („Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit“) zu entsprechen. Abgesehen vom

Krankengeld hat das individuelle Äquivalenzprinzip in der GKV ohnehin keine Bedeutung, denn für alle Versicherten besteht ein einheitlicher Versorgungsanspruch, über dessen Realisierung allein der medizinische Bedarf entscheidet.

Deshalb gibt es aber auch keinen Grund, bestimmte Einkommensarten bei der Bestimmung der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler unterschiedlich bzw. überhaupt nicht zu berücksichtigen. Dies umso weniger, als in der GKV schon heute weitergehende Einkommenskonzepte angewendet werden: So wird z.B. bei der Prüfung der Voraussetzungen zur beitragsfreien Mitversicherung nach § 10 SGB V das Gesamteinkommen zugrunde gelegt, während bei der vollständigen Befreiung von Zuzahlungen nach § 61 („Härtefälle“) eine Orientierung am gemeinsamen Haushaltseinkommen erfolgt. Warum sollte dies bei der Beitragsbemessung grundsätzlich nicht möglich sein?

Die Argumente, die gegen eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen vorgebracht werden, vermögen angesichts der gravierenden Vorteile dieses Vorschlags nicht zu überzeugen. Wer etwa meint, es würden die „falschen“ – weil eher „kleinen“ – Bezieher von Vermögens- und Zinseinkünften belastet, kritisiert in Wirklichkeit die Nichtbeteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen am GKV-Solidarausgleich sowie die regressive Verteilungswirkung der Beitragsbemessungsgrenze. Dies müsste jedoch keineswegs so bleiben, wobei sich neben einer bloßen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auch die Einführung von Freibeträgen vorstellen ließe. Außerdem verkennt der Einwand, dass die Verbreiterung der Beitragsbasis – bei konstantem Ausgabenvolumen – zu einer Bei-

tragsatzreduktion führt, also die Löhne und Renten entlastet.

Schon der Blick auf die Reformen zur Alterssicherung – hier ist inzwischen von Drei- oder Vier-Säulen-Modellen die Rede – macht deutlich, dass sich die ausschließliche Belastung einer einzigen Einkommensart überlebt hat. Die Stabilität der GKV-Financen darf nicht unmittelbar davon abhängen, ob und in welchem Umfang Versicherte sich für bestimmte Erwerbsformen oder Formen der ergänzenden Alterssicherung entscheiden.

### **Keine Rücksicht auf Tabus**

Auch das Argument, dass andere Einkommensarten schwieriger zu erfassen seien als Arbeitsentgelte und gesetzliche Renten, kann letztlich kein hinreichender Grund sein, auf ihre Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung zu verzichten. Dass die Krankenkassen keine zweiten Finanzämter werden sollen, versteht sich schon im Hinblick auf die Vermeidung unnötigen Doppelaufwands – aber warum sollen die Finanzämter keine entsprechenden Hilfestellungen leisten können? Weder bestimmt sich das Wesen der Beitragsfinanzierung in der GKV durch die alleinige Organisation des Beitragseinzugs durch die Krankenkassen, noch beziehen die Kassen – zumindest bei einem forcierten Vertrags- und Versorgungswettbewerb – hierüber ihre zentrale Identität. Seit Einführung des Risikostrukturausgleichs erscheint es ohnehin fraglich, ob der Beitragseinzug bei den Krankenkassen noch richtig aufgehoben ist – seine Neuorganisation darf kein Tabu sein, wenn es gilt, die GKV-Finanzierung langfristig stabiler und gerechter zu gestalten und dadurch zugleich die Arbeitskosten zu entlasten.

Die im Ergebnis einkommensteuernähere Ausgestaltung der Beitragsbemessung betrifft aber auch ein weiteres vermeintliches

Tabu: die paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Bei Beiträgen auf Einkünfte aus Vermögen und Vermietung gibt es ebenso wenig einen Arbeitgeberbeitrag wie etwa bei Beiträgen bislang beitragsfrei mitversicherter Ehepartner, die weder Kinder erziehen noch Angehörige pflegen. Ökonomen plädieren ohnehin seit langem für die Abschaffung (steuerbefreite Auszahlung) des Arbeitgeberbeitrags – vielleicht findet dieser Vorschlag ja bald wachsende Unterstützung, weil es auch Gesundheitspolitiker zunehmend unerträglich empfinden dürften, dass die Diskussion über die Zukunft des Gesundheitswesens immer mehr den Charakter einer reinen Lohnnebenkostendebatte mit immer weniger gesundheitspolitischer Substanz annimmt. Nur vor diesem Hintergrund sind z.B. Vorschläge wie die Einführung einer privaten Unfallversicherungspflicht überhaupt erklärlich.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass jede Reform letztlich die Zustimmung der Bürger finden muss. Auch wenn weite Teile der Bevölkerung inzwischen Einschnitte beim Krankenversicherungsschutz bzw. zusätzliche Belastungen in gewissen Grenzen als unvermeidlich akzeptieren dürften, sollte dies nicht als Indiz für die epidemische Ausbreitung von Masochismus gewertet werden. Allen einschlägigen Umfragen zufolge genießt insbesondere das Solidarprinzip der GKV unverändert breite Zustimmung und ist insoweit ein zentraler Stabilisierungsfaktor. Finanzierungsreformen sollten dieses Prinzip deshalb nicht grundsätzlich infrage stellen, sondern sich darauf konzentrieren, seine Ausgestaltung zeitgerecht anpassen. Die Möglichkeiten dazu sind vorhanden – statt immer neuer Kommissionen ist jetzt die Politik am Zuge.