

Technische Universität Berlin



**Der Gesundheitsfonds: Politökonomische
Aspekte und seine Rolle als
Wettbewerbsinstrument**

Klaus-Dirk Henke

Diskussionspapier 2007/1

Herausgegeben von der

Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation

- Fakultät VII -

Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

ISSN 0944-7741

Technische Universität Berlin

Fakultät VII, Wirtschaft und Management

Autor; Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke

Technische Universität Berlin, FAK VII – Wirtschaft und Management
Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht, Fachgebiet
Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie
Sekt. H 51, Strasse des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Tel: 0049-30-314 25 466

E-Mail: k.henke@finance.ww.tu-berlin.de

Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation

Strasse des 17. Juni 135, Sekt. H 56

D-10623 Berlin

www.ww.tu-berlin.de

ausleihe@ww.tu-berlin.de

Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument¹

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke

15. März 2007

1. Zur wissenschaftlichen Entstehungsgeschichte des Gesundheitsfonds

- 1.1. Verquerer Einstieg in die Gesundheitsreform
- 1.2. Der Gesundheitsfonds als ein Gutscheinsystem
- 1.3. Ideal und Wirklichkeit

2. Der Gesundheitsfonds im GKV – WSG vom 1. April 2007

- 2.1. Die Mittelaufbringung
- 2.2. Der Beitragseinzug
- 2.3 Die Ausschüttung und der Zusatzbeitrag
- 2.4. Die Mittelverwendung und der Risikostrukturausgleich (RSA)
- 2.5. Fazit

3. Der Gesundheitsfonds als Instrument des Wettbewerbs

- 3.1. Ziele und Instrumente des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 3.2. Die Rolle des Fonds im Wettbewerb

¹ Für wertvolle Anregungen danke ich Wolfram Richter, Gerold Krause-Junk und Jürgen Wasem.

Zusammenfassung

Der Gesundheitsfonds gehört zu den zentralen Bestandteilen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 1. April 2007. In dem vorliegenden Beitrag wird die Entstehungsgeschichte des Fonds aufgegriffen und aufgezeigt, wie die Vorstellungen des Idealmodells eines Fonds von dem abweichen, was im Deutschen Bundestag beschlossen wurde.

Auf der Grundlage des bestehenden Gesetzes werden dann die Mittelaufbringung, der Beitragseinzug, die Ausschüttung und der Zusatzbeitrag sowie die Mittelverwendung (einschließlich Risikostrukturausgleich) im Einzelnen dargestellt und in einem Fazit beurteilt.

Im dritten Teil steht der Gesundheitsfonds als Instrument des Wettbewerbs im Mittelpunkt. Vor dem Hintergrund der Ziele und Instrumente des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Rolle des Fonds im zunehmenden Wettbewerb in der GKV eingeschätzt.

Summary

The so-called Health Fund is the core of the current reform and constitutes a major change on the financing side of the Social Health Insurance System (SHI). It is supposed to start operating from January 1st 2009. The article describes the basic functioning of the Health Fund, its development in theory and as part of the “Social Health Insurance – Competition Strengthening Act (GKV-WSG)” of April 1st 2007..

In the second part the functioning of the Health Fund in the SHI-System is described in detail. It shows the external financing of the system through payroll contributions by the employer and employee and public funds. Furthermore it will be explained how the sickness funds are going to receive transferrals from the Health Fund which are made up of a lump-sum payment and a risk adjusted payment. In addition if a particular fund cannot cover its expenditures with the transferrals received by the Health Fund, it can charge an additional premium from its insured.

In the third part the Health Fund is discussed as an instrument of competition. The objectives and instruments of competition in the Sickness Fund Systems will be analysed and compared with the role the Health Fund may play as a new element in the competition between funds, between health care providers and the role of the patients in the new environment.

1. Zur wissenschaftlichen Entstehungsgeschichte des Gesundheitsfonds

1.1. Verquerer Einstieg in die Gesundheitsreform

Im Rahmen einer Großen Koalition ist die Herausforderung einer Gesundheitsreform angesichts der divergierenden Auffassungen in der CDU/CSU und in der SPD besonders groß und die Umsetzung vor dem Hintergrund des breiten Spektrums und der Fülle an Reformvorschlägen mit erheblichen Problemen verbunden. Zusätzlich ergab sich ein unglücklicher Reformstart, weil in der sog. Rürup- und in der sog. Herzogkommission² mit zwei Begriffen gearbeitet wurde, die einen Etikettenschwindel darstellen, der nur von wenigen Fachleuten³, nicht jedoch von den Medien geschweige denn von der Bevölkerung bis heute erkannt wurde. In beiden Kommissionsberichten, die sich der zentralen Frage einer nachhaltigen Finanzierung annehmen sollten, stand einer so genannten Bürgerversicherung eine so genannte Kopfpauschale gegenüber. Es wurde kaum bemerkt, dass die beiden Begriffe falsch verwendet wurden und sich dadurch ein Missverständnis ergab, der die Reform von Anfang an erschwerte. Das sei an den beiden sich diametral gegenüberstehenden Reformvorschlägen skizziert.

Die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die Gesetzliche Krankenversicherung über die Löhne und Gehälter sowie die Renten hinaus um die Kapitaleinkünfte und um die Mieterträge, also in Richtung des zu versteuernden Einkommens als Bemessungsgrundlage der Sozialversicherungsbeiträge, führt in die Nähe einer proportionalen Einkommensteuer. Das Aufkommen dieser als „Bürgerversicherung“ bezeichneten Zwangsabgabe wäre zweckgebunden für die gesetzliche Krankenversicherung. Mit der gleichzeitigen Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung, also auch auf die Freiberufler, die Selbstständigen, die freiwillig Versicherten und die Beamten stünde einer solchen steuerähnlichen Lösung nichts mehr im Wege. Aller Voraussicht nach wäre sie in ihrer Umsetzung mit einem zweiten Finanzamt verbunden oder zumindest einer Erweiterung der Aufgaben der Finanzämter. Bei dieser sog. Bürgerversicherung handelt es sich also in Wirklichkeit eher um eine zweite proportionale Einkommensteuer als um eine Versicherung, der das Äquivalenzprinzip zugrunde liegt. Ein Versicherungscharakter ist in der sog. Bürgerversicherung jedenfalls nicht erkennbar.

Das Kopf- bzw. das Pauschalprämienmodell entspricht hingegen einer Versicherung. Im Falle einer Mindest- bzw. Grundversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung bei individueller Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Versicherungsplänen, mit sozialem Ausgleich und einer neuen Anbieterpluralität unter den Krankenversicherungen verdient nur dieses Reformmodell die Bezeichnung Versicherung (Siehe im Einzelnen Henke 2004). Während dem Fall einer steuerähnlichen Abgabe das aus der Einkommensbesteuerung bekannte Leistungsfähigkeitsprinzip zugrunde liegt, entspricht die Kopfprämie dem Äquivalenz- oder Versicherungsprinzip, mit der einzigen Einschränkung, dass sich die Beiträge in den diskutierten Formen der Pauschalprämie nicht am Risiko orientieren. Zu den beiden Finanzierungsprinzipien siehe im Einzelnen Zimmermann/Henke (2005: 113-133). Wenn die gesamte Bevölkerung dieser Versicherungspflicht für eine Grundabsicherung unterliegt, verdient dieses Modell sehr viel eher das Prädikat einer „Bürgerversicherung“.

² Herzog-Kommission: Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003; Rürup-Kommission: Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003.

³ Siehe z.B. v. Weizsäcker, C. Chr., Das Deutsche Gesundheitssystem an der Wegscheide; Schweiz oder England, in: FAZ vom 29. Mai 2004.

1.2. Der Gesundheitsfonds als ein Gutscheinsystem

Diese verquere Ausgangslage hat erheblich dazu beigetragen, dass es in den Eckpunkten der Gesundheitsreform vom 4. Juli 2006 zu der Fondslösung kam. Mit dem insbesondere in den Medien betonten Gegensatz zwischen der Bürgerversicherung auf der einen Seite und der Kopfpauschale auf der anderen Seite befand sich die Koalition in einer Kompromissfalle. Es musste sichergestellt werden, dass nach der nächsten Bundestagswahl eine eher „linke“ Regierung in Richtung der gewünschten Bürgerversicherung bzw. einer Steuerlösung gehen kann und einer eher „rechten“ Regierung der Paradigmenwechsel zu einem Prämienmodell ermöglicht wird. Zwei diametral gegenüberstehende Grundsätze einer Absicherung des Krankheitsrisikos kennzeichnen damit die Ausgangslage für die Reformbemühungen der beiden Regierungsparteien.

Vor diesem Hintergrund sahen die Fraktions- und Parteivorsitzenden in dem Konsensmodell des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (2005) die Grundlage für den unverzichtbaren politischen Kompromiss. Diesem Modell entsprechend sollen wie bisher einkommensabhängige Beiträge zur Krankenversicherung erhoben werden. Jeder Versicherungspflichtige erhält dann aber eine Gutschrift über den gleichen absoluten Betrag, die ihm den Kauf der gewünschten Form des Krankenversicherungsschutzes ermöglicht. Jede Versicherung legt die Höhe der Prämie im Wettbewerb fest, ist aber verpflichtet, die zu standardisierenden Pflichtleistungen anzubieten. Auch private Anbieter von Krankenversicherungsschutz unterliegen in Bezug auf die Grundversorgung dem Kontrahierungszwang, sofern sie sich an der Versicherung der Grundversorgung beteiligen wollen. Jeder Versicherungspflichtige muss eine Versicherung abschließen, „wobei er zur Abgeltung seiner Versicherungsprämie seine Gutschrift einsetzt“ (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2005: 1). Dabei kommt es zu Zuzahlungen oder Rückerstattungen. Der Wissenschaftliche Beirat erwartet von diesem Wechsel erhebliche Wettbewerbsimpulse, insbesondere beim Angebot und bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Dieses Modell, so schreibt der Beirat in seiner Stellungnahme, lässt Raum für weitere zu antizipierende Reformschritte:

„Einerseits könnte im Sinne der Bürgerversicherung der Versichertenkreis erweitert werden. Dabei würden Arbeitnehmer, die bisher nicht pflichtversichert waren, wie z.B. Beamte, in die Versicherung einbezogen werden. Wenn politisch gewollt, könnten neben Lohneinkünften auch andere Einkünfte zur Erweiterung der Bemessungsgrundlage herangezogen werden.

Andererseits könnten die lohnbezogenen Pflichtbeiträge gesenkt und damit das System in Richtung der Gesundheitsprämie weitergeführt werden, bei dem im Grenzfall jeder Versicherte einen einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag zahlt, einkommensschwache Haushalte allerdings durch Ausgleichsmittel aus allgemeinen Steuermitteln entlastet werden.“ (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2005: 2)

Mit dieser Perspektive war der Bundesregierung und den beiden großen Parteien gedient. Sie schaffte als Kompromiss zwischen allokatons- und verteilungspolitischen Zielen die Grundlage für eine Zusammenführung vollkommen unterschiedlicher Vorstellungen über den wünschenswerten Krankenversicherungsschutz. Die Möglichkeit, den Fonds als Zwischenschritt zu nutzen, der eine spätere Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nach den Reformvorstellungen der jeweiligen politischen Couleur erlaubt, sieht auch der

Sachverständigenrat Wirtschaft (2006: 216) und schlägt seinerseits die Weiterentwicklung zu dem auch von ihm favorisierten Konzept der Bürger- bzw. Kopfpauschale vor.

1.3. Ideal und Wirklichkeit

Das jetzt beschlossene Modell des Gesundheitsfonds entspricht nicht den weitergehenden Beiratsvorstellungen. Sie wurden allerdings in der kurzen Stellungnahme nicht im Einzelnen ausgearbeitet und auf ihre Praktikabilität, z.B. was das vorgeschlagene Gutscheinsystem mit seiner Umsetzung in die Praxis der gesetzlichen Krankenversicherungen anbelangt, geprüft. Zur Idee und Entstehungsgeschichte des Gesundheitsfonds siehe Richter (2005 a und 2005 b) sowie Krause-Junk (2003).⁴ Der Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen ging jedoch ein ausführliches Gutachten zur nachhaltigen Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung voraus (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004). Dort sprach sich der Beirat u.a. für eine Mindestversicherungspflicht für alle mit Sozialausgleich und Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen aus. Folgende Kennzeichen lagen dem Beiratsmodell im Kern zugrunde:

- „qualitätsgesicherte Grundversorgung für alle, verbunden mit der Möglichkeit, höhere Leistungen nachzufragen,
- Selbstbehalts- und Bonusregeln als Option,
- mehr Wettbewerb in Form einer selektiven Kontrahierung der Versicherungsunternehmen mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern,
- die Möglichkeit zur versicherungsvertraglichen Einschränkung der freien Arzt- und Krankenhauswahl als Ausgaben senkende Alternative sowie
- das Recht der Versicherungsnehmer auf diskriminierungsfreie Kontrahierung mit allen privaten und gesetzlichen Versicherungen.“ (Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004: 27)

Als abzusehen war, dass die vorgeschlagene Kopfpauschale, die am Markt die Lenkungsfunktion eines Preises für die medizinische Grundversorgung übernehmen sollte, im Rahmen der Großen Koalition nicht durchsetzbar sein würde, kam der Wissenschaftliche Beirat mit seinem Konsensmodell vom Oktober 2005 den politischen Gegebenheiten in der Großen Koalition entgegen und veröffentlichte die kurze Stellungnahme.

⁴ Neu ist die Fondsidee im Bereich der Krankenversicherung nicht. Die Niederländer organisieren die Finanzierung der Krankenversicherung bereits seit annähernd 70 Jahren über einen Fonds. Die Einführung einer Versicherungspflicht zur Absicherung des Krankheitsrisikos für Personen unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze ging dort im Jahre 1941 einher mit der Schaffung eines zentralen Fonds, der die Beiträge der Versicherten entgegennimmt und die Ausgaben der Krankenkassen erstattet. Seit seiner Einführung hat der Fonds in den Niederlanden vielfältige Änderungen durchlaufen. Ursprünglich bestand für die Versicherten keinerlei Wahlmöglichkeit zwischen Krankenkassen und die Ausgaben der Krankenkassen wurden vollständig vom Fonds rückerstattet. Um die Effizienz zu verbessern, wurde das finanzielle Risiko schrittweise auch auf die Krankenkassen übertragen. In Verbindung hiermit wurde im Jahr 1991 ein Risikoausgleichssystem eingeführt, durch das die Übernahme sämtlicher Kosten durch den Fonds ersetzt wurde durch die Zuweisung eines von Risikomerkmale der Versicherten abhängigen festen Betrags an die jeweilige Krankenkasse. Ein Jahr später wurde Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen eingeführt und es den Krankenkassen ermöglicht, einen geringen Pauschalbeitrag von ihren Versicherten zu erheben. Mit dem Jahr 2006 führte Holland eine Mindestversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung ein. Ehemals privat Versicherte nehmen nun ebenfalls am Fondssystem teil. Alle Krankenkassen, die im Gegensatz zu der deutschen privaten Krankenversicherung allerdings nur im Umlageverfahren arbeiten wurden privatisiert. Siehe zum holländischen Modell im Einzelnen Lamers, L. et al. (2003) sowie Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005).

In den Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform vom 4. Juli 2006 (S. 21-23) fand der Beirat das Konsensmodell dann wieder und in stark veränderter und konkretisierter Form ging der Gesundheitsfonds schließlich in das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2006/07 ein.

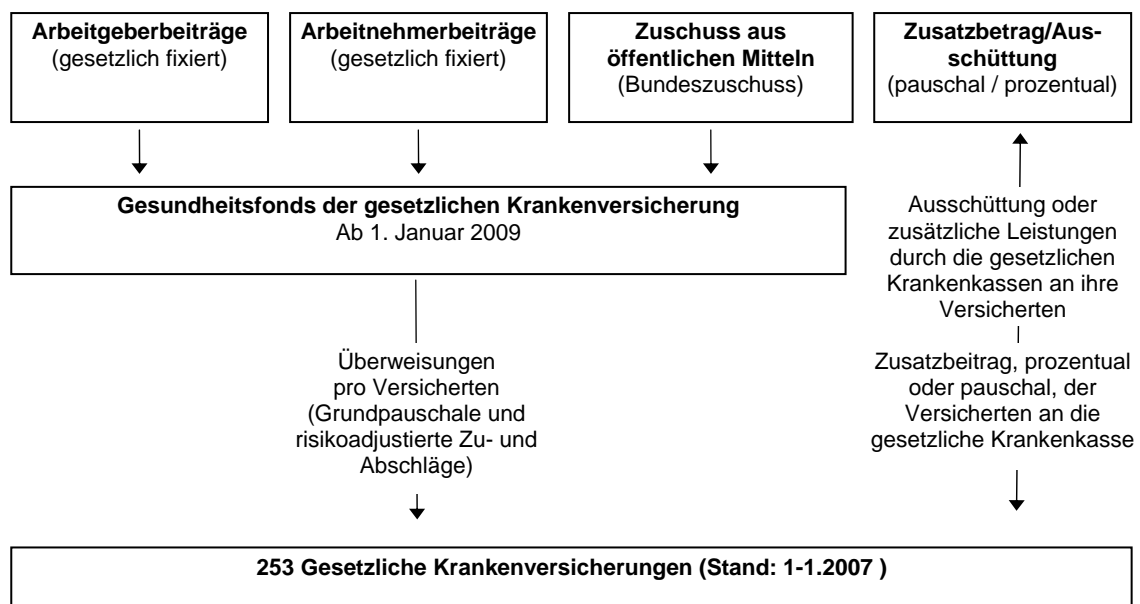
2. Der Gesundheitsfonds im GKV – WSG vom 1. April 2007

2.1. Die Mittelaufbringung

Ab 1. Januar 2009 gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen bundesweit der gleiche prozentuale Beitragssatz. Er wird durch die Bundesregierung festgelegt. Die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die wie bisher auf der Grundlage des beitragspflichtigen Einkommens berechnet werden, fließen dann gemeinsam mit allgemeinen Deckungsmitteln aus dem Bundeshaushalt in den neuen Gesundheitsfonds. Der Beitragssatz der Arbeitnehmer umfasst noch zusätzlich 0,9 Prozentpunkte Sonderabgabe. Zu den Bedingungen im Jahre 2007 betragen die Beiträge 6,95 % bzw. 7,85 % des beitragspflichtigen Einkommens bis zur Grenze von 3562,50 EURO. Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

Ähnlich wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt die Mittelaufbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung damit über einen fixierten Beitragssatz und einen Bundeszuschuss.

Abb. 1 Gesundheitsfonds: Mittelaufbringung und Mittelverwendung



Quelle: Eigene Darstellung

Ziel des Zuschusses aus öffentlichen Mitteln soll es sein, die Ausgaben für die Krankenversicherung für Kinder durch den Bundeshaushalt zu übernehmen, was bei aufkommensneutraler Umstellung zu entsprechenden Senkungen der Beitragssätze führt. Ceteris paribus ergibt sich aus dieser Trennung von Versicherungsaufgaben und Kinderlastenausgleich als versicherungsfremder Leistung eine Entlastung der Lohnnebenkosten.

Die vorgesehenen Überweisungen in Höhe von 2,5 Milliarden EURO im Jahre 2008 und in Höhe von 4 Milliarden EURO im Jahre 2009 aus dem Bundeshaushalt für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe entsprechen allerdings nicht der Höhe der Gesamtkosten für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Sie belaufen sich nach Schätzungen auf der Grundlage der Ausgabenprofile des RSA auf 13,4 Milliarden EURO für die 12,9 Millionen Mitversicherten unter 18 in der GKV (Göpffarth/Henke 2007) und auf etwa 1,5 Milliarden EURO für rund 1,4 Millionen betroffene Kinder in der PKV⁵. Die Zahl der ebenfalls beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen ab 18 Jahren beläuft sich auf circa 7,4 Millionen Personen, denen im Jahr 2004 Leistungsausgaben in Höhe von 10,9 Milliarden EURO zugute kamen (Göpffarth/Henke 2007). Der Bundeszuschuss soll von 2010 an jährlich um 1,5 Mrd. EURO zunehmen bis 14 Mrd. EURO erreicht sind.⁶

Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV gehört derzeit zu den umfangreichsten familienpolitischen Leistungen in Deutschland; sie soll aber nach Absicht des Gesetzgebers nur für die Kinder und erst über die kommenden Jahre allmählich vom Bundeshaushalt übernommen werden. Damit gleicht der Transfer mit dem Ziel einer Trennung von (allokativen) Versicherungsaufgaben und (distributiven) Verteilungsaufgaben einem Bundeszuschuss wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Auf der Basis von 2005 lägen die Mittel des Gesundheitsfonds in einer Höhe von etwa 143,6 Mrd EURO. Diese Mittel gehen in Form von Grundpauschalen plus risikoabhängigen Zu- oder Abschlägen an die gesetzlichen Krankenkassen.

2.2. Der Beitragseinzug

Der Beitragseinzug läuft bis zum 31.12.2008 wie bisher, erfolgt also aus Arbeitseinkommen und Renten zu unterschiedlichen Beitragssätzen bis zur geltenden Bemessungsgrenze. Ein neutraler, beim Bundesversicherungsamt angesiedelter, Schätzerkreis wird nach Prüfung aller wirtschaftlichen Daten der Regierung einen Vorschlag zur Höhe des erforderlichen Beitragssatzes machen. Dabei soll der bis zum 1. November 2008 durch die Bundesregierung festzulegende Beitragssatz im Jahre 2009 die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen zu 100% decken. Der Beitragssatz soll dann später immer dann angepasst werden, wenn die Ausgaben der Kassen nicht mehr zu mindestens 95 % aus dem Gesundheitsfonds gedeckt sind. Allerdings muss im Zusammenhang einer Beitragssatzerhöhung die Rolle der Steuerzuschüsse berücksichtigt werden. Durch ihre Erhöhung lassen sich rechnerisch die Beitragssätze, ähnlich wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung, niedrig bzw. stabil halten. Die 95 %-Regel wird allerdings den Wettbewerb über die vorgesehenen Erstattungen und den Zusatzbeitrag einschränken (siehe unten).

Nach der Übergangszeit mit dem bestehenden Beitragseinzug über die Krankenkassen können regional organisierte Einzugsstellen den Beitragseinzug vornehmen. Diese Stellen ziehen den gesamten Sozialversicherungsbeitrag ein und leiten diesen anteilig an die Träger der Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung weiter. Hierzu zählen auch die Beiträge zur Krankenversicherung. Die Beitragseinnahmen aus geringfügiger Beschäftigung fließen über die Minijobzentrale mit dem Bundeszuschuss zusammen. Ebenfalls zentral werden die

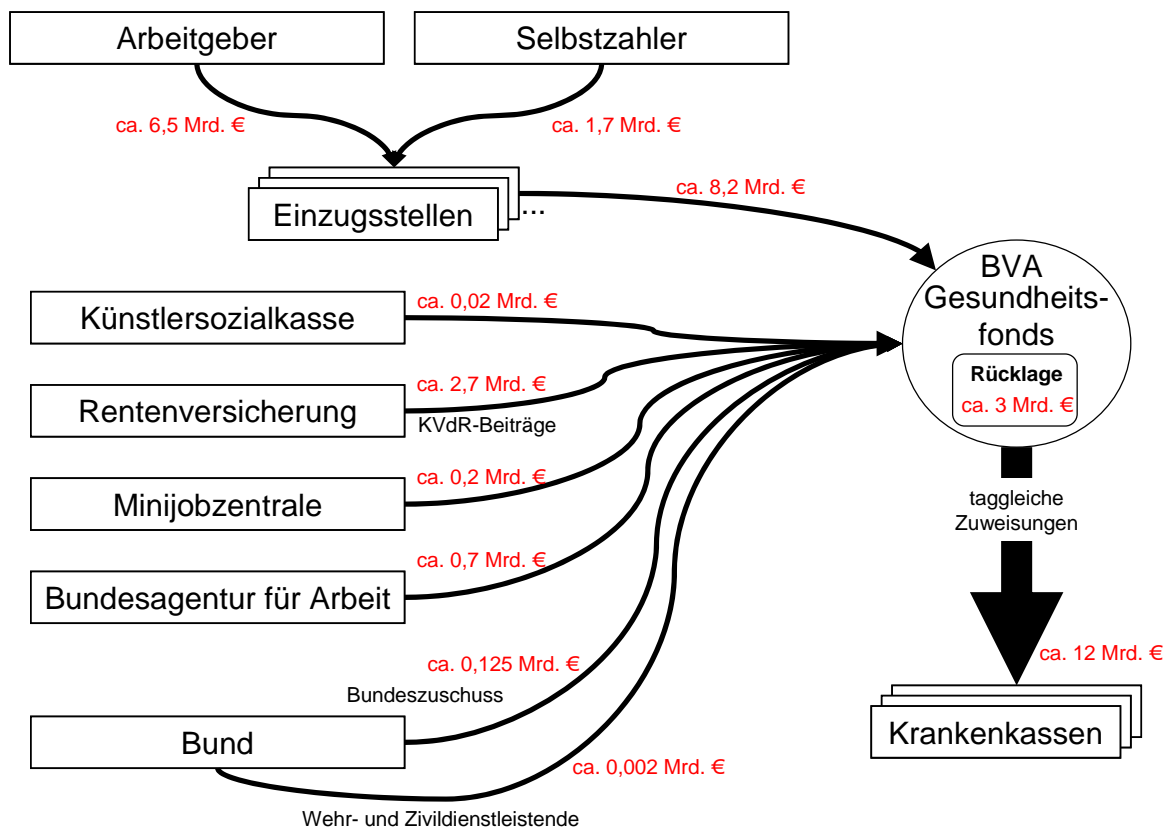
⁵ Auskunft des Verbandes der Privaten Krankenversicherung.

⁶ Weder im ursprünglichen Entwurf noch im Ausschussbericht findet sich zur Aufstockung auf 14 Mrd. Euro ein Hinweis auf die Familien- bzw. Kinderversicherung. Dies ist möglicherweise kein Zufall, da man nur mit einer allgemeinen Formulierung daran vorbei kommen wird, die PKV zu bedienen.

Sozialversicherungsbeiträge aus der Rente bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gesammelt, so dass sich auch hier eine direkte Auszahlung an den Gesundheitsfonds ergibt. Weitere Detailprobleme ergeben sich für Wehr- und Zivildienstleistende, Bezieher von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld sowie bei den Beiträgen der Künstlersozialkasse. Ebenfalls muss die Anlage und Verwaltung der eingezogenen Mittel geklärt werden.

Diese Regelungen gewinnen insofern an Bedeutung als es dabei nicht nur um Liquiditäts- und Verzinsungsfragen geht, sondern vor allem um die zeitnahe Weiterleitung der Mittel an die einzelnen gesetzlichen Krankenversicherungen. Um unterjährige Schwankungen bei den Beitragseinnahmen und nicht vorhersehbare Einnahmefälle zu kompensieren, ist der Aufbau einer Liquiditätsreserve beim Gesundheitsfonds und darüber hinaus ein vom Bund zu leistendes Darlehen vorgesehen. Andernfalls könnte es zu Liquiditätsproblemen bei den Leistungsanbietern kommen. Schon heute klagen viele Krankenhäuser über die verspätete Bezahlung der zur Erstattung eingereichten Rechnungen. Aus der Abbildung 2 lassen sich die Größenordnungen der monatlichen Zahlungsströme in den Gesundheitsfonds erkennen.

Abb.2 Monatliche Zahlungsströme im Gesundheitsfonds, Stand: 15.08.2006



Quelle: Bundesversicherungsamt, Ref. VII 2

Nach Aussagen des Bundesversicherungsamtes und der Deutschen BKK muss der Fonds nicht zu mehr Bürokratie oder gar zu einer „Mammutbehörde“ führen. Vielmehr kann auf

vorhandene Strukturen zurückgegriffen und ein vereinfachter und zielgenauerer Risikostrukturausgleich herbeigeführt werden.⁷

Die Unternehmen müssen die Sozialversicherungsbeiträge für ihre Arbeitnehmer derzeit an 253 verschiedene Krankenkassen überweisen. Hiervon ausgehend kann man vermuten, dass insbesondere auf der Seite der Arbeitgeber Verwaltungskosten eingespart werden könnten, wenn diese die Sozialversicherungsbeiträge nur noch an eine einzige Stelle zahlen müssten. In der ursprünglichen Konzeption des Fonds war dies so vorgesehen und dennoch machte das Schreckgespenst eines „bürokratischen Monsters“ als ein Hauptkritikpunkt am Gesundheitsfonds schnell die Runde. Nachteile der gegenwärtigen Praxis des Beitragseinzugs wurden in dieser Diskussion selten thematisiert. Nach heftigem Widerstand der Krankenkassenverbände wurde im Gesetz schließlich festgelegt, beim Beitragseinzug am Status quo zunächst nichts zu ändern und die Kassen mit der Weiterleitung der Gelder an den Gesundheitsfonds zu beauftragen. Im Gegensatz zum ursprünglichen Konzept sind bei dieser Vorgehensweise Einsparmöglichkeiten bei den Verwaltungskosten kaum mehr erkennbar (Vgl. auch SVR 2006: 218). Die Einnahmerisiken, die sich aufgrund der konjunkturellen Entwicklung und aus unterjährigen Schwankungen ergeben können⁸, bleiben also bis auf weiteres bei den Krankenkassen.

2.3. Die Ausschüttung und der Zusatzbeitrag

Im Rahmen der Fondsfinanzierung handelt es sich in den Fällen einer Ausschüttung durch die Gesetzlichen Krankenkassen an ihre Versicherten oder eines Zusatzbeitrages der Versicherten an die Gesetzlichen Krankenkassen um die Auswirkungen des Wettbewerbs unter den Kassen. Hat eine Krankenkasse gut gewirtschaftet und die Möglichkeiten des Wettbewerbs um neue Versorgungsformen (Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung, Wahltarife, Bonusprogramme) am Markt genutzt, kann sie ihre Versicherten am Erfolg teilhaben lassen und ihnen einen Teil des Beitrages erstatten. Diese im Wettbewerb erfolgreichen Kassen werden von den Versicherten verstärkt nachgefragt.

Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln nicht aus, muss sie den sog. Zusatzbeitrag erheben, dessen Höhe allerdings begrenzt ist. Die Krankenkassen dürfen einen zusätzlichen Beitrag maximal in Höhe von einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Diese Regelung soll die Versicherten vor einer finanziellen Überforderung schützen. Zusatzbeiträge von bis zu 8 EURO können jedoch ohne Prüfung der Einkommenssituation erhoben werden um den bürokratischen Aufwand gering zu halten. Der zusätzliche Beitrag kann bis zur Höhe von 8 EURO auch mehr als ein 1 % des beitragspflichtigen Einkommens betragen.

Kommt es zu einem Zusatzbeitrag oder zu einer Senkung der Prämienrückzahlung muss die Kasse ihre Versicherten auf das Sonderkündigungsrecht aufmerksam machen. Versicherte dürfen innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung ihre alte Krankenkasse verlassen und sich woanders versichern. Für Kinder und den mitversicherten Partner gibt es keine Zusatzbeiträge. Bei Sozialhilfe- oder Grundsicherungsempfängern übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbeitrag.

⁷ Siehe hierzu auch die „Vorschläge der Deutschen BKK zur schnellen Gesundheitsfondseinführung“, 31. Juli 2006 ; die deutsche BKK begrüßt die Einführung des Fonds, weil er zu mehr Wettbewerb und Transparenz, zu weniger Bürokratie und zu einer gerechteren Finanzierung führt.

⁸ Siehe hierzu auch „Der Gesundheitsfonds ist eine Chance“, in: Die Welt vom 16.6.2006.

Kritisiert wird in diesem Zusammenhang vom Sachverständigenrat (2006: 220f.), dass die Überforderungsklausel bei der Zusatzprämie einen Einkommensausgleich innerhalb einer gesetzlichen Krankenkasse notwendig macht. Im Vergleich zur Gesamtheit der Steuerzahler stellen die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse einen sehr kleinen und willkürlich abgegrenzten Personenkreis dar, um sozialen Ausgleich zu finanzieren. Zudem weist der Sachverständigenrat auf mögliche Wettbewerbsnachteile aufgrund der Überforderungsklausel hin. Eine Kasse mit vielen Geringverdienern, die von der Überforderungsklausel Gebrauch machen, müsse diejenigen Ausgaben, die sie von Geringverdienern aufgrund der Überforderungsklausel nicht über den Zusatzbeitrag zurückholen kann, durch eine generelle Anhebung des Zusatzbeitrags finanzieren. Dies macht die Kasse unattraktiv und bewegt Versicherte mit relativ hohem Einkommen zum Wechsel, mit der Folge, dass sich die Finanzierungsmöglichkeiten der Kasse weiter verschlechtern. Empirische Analysen zu diesen den Wettbewerb verzerrenden Regelungen liegen von Schawo und Schneider (2006) vor. Zur Behebung dieser Nachteile schlägt der Sachverständigenrat (2006: 223f.) vor, einen Einkommensausgleich für den Zusatzbeitrag über das Steuer- und Transfersystem oder über den Fonds zu organisieren. Dabei würde, analog zur Überforderungsklausel, der Zusatzbeitrag auf einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens begrenzt bleiben. Der Differenzbetrag zwischen dem vom Mitglied bezahlten Anteil am Zusatzbeitrag und dem gesamten Zusatzbeitrag würde respektive aus allgemeinen Deckungsmitteln oder Fondsmitteln beglichen werden.

Die Tragweite der beschriebenen Wettbewerbsnachteile aufgrund der Überforderungsklausel hängt wesentlich auch davon ab, ob und wie viel Kassen es geben wird, die keinen Zusatzbeitrag erheben, sondern eine Rückerstattung leisten können. Aufgrund der höheren Bedeutung einer solchen Rückerstattung relativ zum Einkommen bei Geringverdienern, werden die Anreize für diese Einkommensgruppe, eine Kasse mit Rückerstattung zu wählen, besonders hoch sein. Erhöht eine Kasse den Zusatzbeitrag, ist es selbst für diejenigen Mitglieder, die von dieser Erhöhung aufgrund der Überforderungsklausel nicht betroffen sind, attraktiv, von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch zu machen, um in eine Kasse mit Rückerstattung wechseln zu können. Generell schützt das Sonderkündigungsrecht bei der Erhöhung des Zusatzbeitrags ein Mitglied immer davor, diese Erhöhung hinnehmen zu müssen. Zumindest solange es Kassen gibt, die Rückerstattungen leisten können, erscheinen eine Überforderungsklausel und ein Einkommensausgleich überflüssig.⁹

2.4. Die Mittelverwendung und der Risikostrukturausgleich (RSA)

Die Auszahlungen bzw. Überweisungen der Fondsmittel an die 253 gesetzlichen Krankenkassen erfolgen zunächst in Form einer Grundpauschale. Neben diesen einheitlichen Beitrag treten risikoabhängige Zu- oder Abschläge. Damit soll ein möglichst zielgenauer Ausgleich der alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Risiken zwischen den Krankenkassen erreicht werden. Der Mittelverwendung durch den Fonds liegt der Grundgedanke des Risikostrukturausgleichs (RSA) zugrunde.

Der im Jahr 1994 eingeführte RSA gleicht Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, in der Zahl der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen und der Morbidität der Versicherten aus (Vgl. Göppfarth/Henke 2007). Darüber hinaus werden auf der Grundlage des RSA-Reformgesetzes aus dem Jahre 2001 Versicherte, die sich in strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMPs) eingeschrieben haben als

⁹ Siehe im Einzelnen zu den Zielen und Instrumenten des Wettbewerbs in der GKV den Abschnitt 3.

eigenständige Versichertengruppe mit ihren hohen Durchschnittsausgaben berücksichtigt.¹⁰ Mit dem Reformgesetz soll das bisherige Verfahren des RSA zum 1. Januar 2009 noch genauer und durch den Fonds einfacher ausgestaltet werden. Die Weiterleitung der Mittel an die Krankenkassen wird zusammen mit dem RSA in einem Schritt organisiert. Insbesondere dann, wenn der Beitragseinzug zentral und nicht mehr über die Krankenkassen erfolgt, ergibt sich hier eine Vereinfachung. Darüber hinaus sollen die Kassen einen weiteren Ausgleich für die Krankheitsbelastung ihrer Versicherten für 50-80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten erhalten. Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben dann durch diese Morbiditätszuschläge keine Nachteile mehr im Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

Allerdings ist bislang nicht vorgesehen, auch den Zusatzbeitrag beim Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen. Um zu verhindern, dass sich Risikoselektion für Kassen in dem Maße lohnt, in dem sie ihre Leistungsausgaben über einen Zusatzbeitrag decken, sollten 100 Prozent der Leistungsausgaben und nicht nur der Anteil, der über den Fonds finanziert wird, im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Des Weiteren sollte eine Regelung gefunden werden, die den Zusatzbeitrag bzw. die Rückerstattung einer Kasse nicht von ihrer Familienstruktur abhängig macht. Im Gesetz ist vorgesehen, dass nur die Mitglieder einer Kasse einen Zusatzbeitrag leisten müssen bzw. eine Erstattung bekommen. Kassen mit relativ wenig beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen hätten beim Zusatzbeitrag einen Wettbewerbsvorteil, da sie die über den Zusatzbeitrag zu deckenden Kosten auf einen höheren Anteil ihrer Versicherten verteilen könnten. Bei einer Rückerstattung träte der gegenteilige Effekt ein. In diesem Fall hätten Kassen mit einem relativ hohen Anteil an beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen einen Vorteil, da sie mit einem höheren Erstattungsbetrag werben könnten. Um diese verzerrenden Effekte zu verhindern, sollten Zusatzbeiträge und Erstattungen auch im Familienstrukturausgleich berücksichtigt werden. Auf die Notwendigkeit eines Risikoausgleichs sowie eines Familienstrukturausgleichs für den Zusatzbeitrag hat auch der Sachverständigenrat Wirtschaft (2006: 222 und 226f.) hingewiesen. Die Funktion von verbleibenden Differenzen als Signal für Wirtschaftlichkeit und Qualität soll gestärkt werden und sich in Rückzahlungen auswirken.¹¹

2.5. Fazit

Der Fonds soll nach den Vorstellungen der Bundesregierung die einnahmen- und ausgabenseitigen Finanzierungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung transparenter machen. Er bringt den Beitragszahlern mehr Klarheit über die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Krankenkassen, die im Wettbewerb durch unterschiedliche Formen in der Leistungserbringung Vorteile in Form von Rückzahlungen an ihre Versicherten weitergeben können. Rückzahlungen und Zuschläge können in absoluten Beträgen ausgezahlt bzw. erhoben werden, so dass das Anreizsystem sich im Vergleich zum Status Quo erheblich verändert. Die Arbeitgeber zahlen weder die Hälfte des Zusatzbeitrags noch bekommen sie einen Anteil an Rückzahlungen, die gut wirtschaftende Kassen bieten können. Das Preissignal wird im Vergleich zu Prozentpunkten wesentlich deutlicher und auch nicht mehr durch den Arbeitgeberanteil verzerrt. Eingeschränkt wird dieser Vorteil allerdings durch die im Gesetz vorgesehene Möglichkeit, einen Zusatzbeitrag auch einkommensabhängig zu erheben und die Beschränkung des Zusatzbeitrags auf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens.

¹⁰ Vgl. hierzu das Konsenspapier IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille vom 26. Februar 2001, dem zwei Gutachten der jeweiligen Autoren für das Bundesgesundheitsministerium vorausgingen.

¹¹ Siehe im Einzelnen zu den Zielen und Instrumenten des Wettbewerbs in der GKV den Abschnitt 3.

In der konkreten politischen Umsetzung des Fondskonzeptes wurde neben der Beibehaltung des Beitragseinzugs über die Krankenkassen noch in weiteren Punkten vom ursprünglichen Vorschlag des Beirats beim Bundesfinanzministerium abgewichen. Eine detaillierte Bewertung problematischer Anreizeffekte durch diese Änderungen hat der Sachverständigenrat Wirtschaft in seinem Jahresgutachten 2006/2007 (216 ff.) vorgenommen. Der Sachverständigenrat sieht den Gesundheitsfonds durch konkrete Umsetzungsprobleme insgesamt in Frage gestellt. Während die ursprüngliche Beiratskonzeption zu einer Stärkung des Wettbewerbs geführt hätte, könnten die jetzt im Gesetz vorgesehenen Regelungen zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen führen. Insbesondere zwei Elemente seien es, die im anfänglichen Konzept auch nach Ansicht des Sachverständigenrates eine Erhöhung des Wettbewerbs ausgelöst hätten. Erstens senden Pauschalbeiträge, ob als Prämie für den gesamten Krankenversicherungsschutz oder in eingeschränkter Form als pauschaler Zusatzbeitrag oder pauschale Rückerstattung, im Gegensatz zu einkommensabhängigen Beiträgen ein unverzerrtes Preissignal aus. Zweitens wirkt dieses Preissignal bei Geringverdienern stärker als eine Änderung des Beitragssatzes bei einkommensabhängigen Beiträgen und erhöht damit in niedrigeren Einkommensgruppen den Anreiz, die Kasse zu wechseln.¹²

3. Der Gesundheitsfonds als Instrument des Wettbewerbs

3.1. Ziele und Instrumente des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wird insbesondere von der Seite der Anbieter von Gesundheitsleistungen aber auch in der öffentlichen Diskussion hinterfragt und in seinen Wirkungen oft gar nicht oder missverstanden. Die Bevölkerung profitiert von mehr Wettbewerb und Vielfalt im Gesundheitswesen vor allem im Leistungsangebot und in der Leistungserbringung. Auf der Grundlage einer Mindest- oder Grundsicherungspflicht für alle bei individuellen Wahlmöglichkeiten und sozialem Ausgleich würden durch die Konkurrenz verkrustete Strukturen der GKV, die auf der Grundlage des Sozialrechts arbeitet, aufgebrochen. Bisher gab es die Gesundheitsleistungen der GKV überwiegend „gemeinsam und einheitlich“ für die gesamte Bevölkerung im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Das hat dazu geführt, dass bei mangelnder Wirtschaftlichkeit alle Bürger weniger bekommen als sie übersteuert mit ihren Beiträgen bezahlt haben. Oder mit anderen Worten: ein mehr an Leistungen und Qualität wäre bei gleichem Ressourceneinsatz möglich gewesen, wenn Fehlallokationen vermieden und Effizienzreserven durch mehr Wettbewerb dauerhaft mobilisiert worden wären. Vor allem muss akzeptiert werden, dass die Bedürfnisse der Bevölkerung unterschiedlich sind und somit eine hohe Qualität (als Eignung eines Produktes oder einer Dienstleistung, Bedürfnisse des Patienten bzw. Konsumenten zu befriedigen) nur in einem ausdifferenzierten Gesundheitssystem mit entsprechenden Wahlmöglichkeiten erreicht werden kann.

Die bestehenden 253 gesetzlichen Krankenkassen sind in ihrer monopolistischen Struktur nicht zukunftstauglich, da es bisher zu wenig Nachfrageorientierung des Leistungsangebots gibt. Ein freiheitliches Gesundheitswesen verlangt mehr Autonomie und Eigenverantwortung und weniger Gängelung der Anbieter von Versicherungsleistungen durch die Sozialgesetzgebung. Wettbewerb sorgt für neue Versicherungsprodukte und innovative Gesundheitstechnologien, z.B. in Form neuer Verfahrensabläufe, bei der Behandlung von Patienten. Der Wettbewerb wird gleichermaßen zu Konzentrationsprozessen führen, da das selektive Kontrahieren mit bestimmten Leistungsanbietern im Allgemeinen und die integrierte

¹² Siehe Teil 3.2 zu weiteren Wettbewerbselementen.

Versorgung im Speziellen Einkaufsmacht voraussetzen. Populationsorientierte integrierte Versorgung beispielsweise benötigt einen sehr hohen Marktanteil zur Umsetzung. Zu den neuen Versicherungsformen (zwischen Kasse, Arzt und Versichertem) gehören auch solche mit präventiver Ausrichtung, also bezogen auf individuelles Verhalten und auf Gesundheitsförderung.

Eine integrierte Versorgung mit einer darauf abgestimmten Organisation ist effizienter als die noch immer vorherrschende segmentierte bzw. sektorale Versorgung mit ihrer zersplitterten Finanzierung und Vergütung wie derzeit (GKV, Pflegeversicherung, GRV bei Rehabilitationsleistungen, GUV sowie PKV rechnen erbrachte Leistungen alle unterschiedlich ab). Der kontinuierliche Anstieg des Anteils älterer Mitbürger mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen wird ein abgestimmtes transsektorales Versorgungsmanagement erfordern. Die Wirtschaftlichkeitsreserven sind und bleiben innerhalb der erstattungsfähigen Leistungen der GKV immens und werden vor dem Hintergrund der Anforderungen an die Versorgung chronisch Kranker tendenziell steigen, da hier eine fragmentierte Versorgung besonders ineffizient ist. Dazu muss die individuelle Nachfrage, z.B. über die Verwendung eines Gesundheitsguthabens (die Prämien), aber auch artikuliert werden können. Die unterschiedlichen Präferenzen könnten im Wettbewerb unter den gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu durchaus unterschiedlichen Preisen der Grundsicherung führen. Das Standardpaket einer Grundsicherung muss also keinen „einheitlichen und gemeinsamen“ Preis haben, sondern kann als Folge des Wettbewerbs in der Leistungserbringung zu unterschiedlichen Tarifen führen.

Ausgestattet mit einem Gesundheitsguthaben könnte jeder prüfen, welche Krankenversicherung besonders günstig ist und ein seinen individuellen Bedürfnissen entsprechendes Angebot offeriert. Wo zahle ich drauf, wo bekomme ich etwas zurück, welche Kasse hat einen für mich passenden Wahltarif? Diese Fragen bilden die Grundlage für neue Formen des Versicherungsschutzes. Die Versicherungen werden billiger und ziehen dadurch mehr Mitglieder an oder sie bieten zu einer gegebenen Beitragszahlung bessere Leistungen an. Die weit reichenden Reformen in den Niederlanden haben bereits im ersten Jahr dazu geführt, dass 20% der Niederländer ihre Krankenversicherungen gewechselt haben.

Das bestehende Sozialgesetzbuch V hat mit der Gesundheitsreform aus dem Jahre 2004 Schritte in die richtige Richtung ermöglicht: Dennoch stehen die Versorgungszentren und die Formen einer integrierten Versorgung noch ganz am Anfang. Unternehmerisches Handeln entwickelt sich nur zögerlich und noch immer fast ohne Einfluss der Nachfrageseite bzw. der Präferenzen der Bevölkerung. Damit die integrierte Versorgung langfristig zu einer Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft führt, müssen vor allem verlässliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Investitionen in neue Versorgungsformen werden nur dann getätigt, wenn Vertrauen in eine dauerhafte gesundheitspolitische Grundausrichtung besteht.

Zu den weiteren Modellen einer Abweichung von der „gemeinsamen und einheitlichen Regelversorgung“ gehören strukturierte Behandlungsprogramme, hausarztzentrierte Versorgungsformen, Versorgungsnetzwerke, Kompetenzzentren sowie Tageskliniken. Nur gehören diese Versorgungsformen auf die Seite der Nachfrage nach Versicherungsschutz und nicht allein in den unübersichtlichen und intransparenten Vertragswettbewerb zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern und den Krankenkassen, die bislang alle das Gleiche (mit Ausnahme wirklich geringfügiger Satzungsleistungen) anbieten. Nur in der ambulanten ärztlichen Versorgung gibt es Ansätze das „gemeinsame und einheitliche Vertragsgeschäft“ zu verlassen.

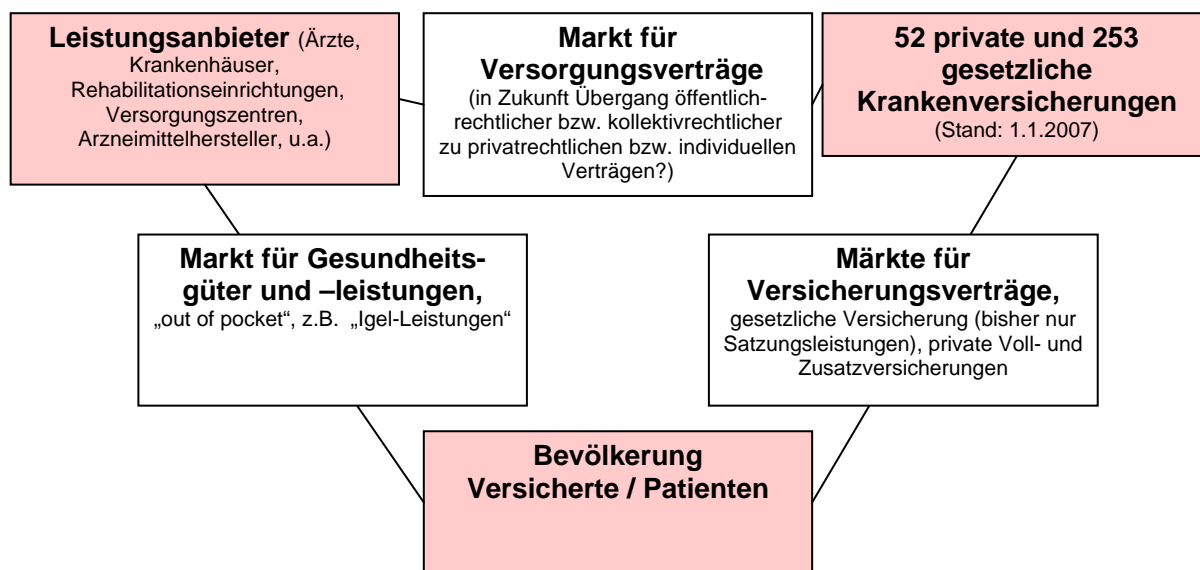
Bei mehr Wettbewerb würde der Bürger mit seiner Prämie bzw. seinem Gesundheitsguthaben den Krankenversicherungsschutz stärker nach seinen Vorstellungen, wie es bei anderen Gütern und Dienstleistungen auch der Fall ist, kaufen. Auf der Grundlage einer Grundsicherung, die in unterschiedlicher Form erbracht werden kann, z.B.

- einem Versicherungsschutz mit Altersrückstellung oder ohne,
- mit Erstattung der zahnmedizinischen Versorgung oder ohne,
- mit Akupunktur oder ohne,
- mit oder ohne Direktzugang zu Versorgungsnetzwerken oder Kompetenzzentren,
- mit oder ohne Kostenerstattung sowie
- mit oder ohne Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr bei Nichtinanspruchnahme

ergibt sich eine innovative Vielfalt. Oder, um noch weitere Alternativen zu nennen: Die Versicherten schließen z.B. einen Versicherungsschutz ab, der nur ausgewählte Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken etc. umfasst und erhalten dafür einen besseren Preis. Wer darüber hinaus einen präventiven Lebensstil dokumentiert, erhält weitere Preisabschläge. Diese Wahlmöglichkeiten führen zu einer Vielfalt, die die Grundlage von Qualität darstellt. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Wahlmöglichkeiten zu Informationskosten führen und den Bürger deutlich stärker fordern. Damit ein derartiger Wettbewerb um unterschiedliche Versorgungspakete funktionieren kann, ist Transparenz eine wesentliche Voraussetzung.

Die drei Wettbewerbsfelder in dem (magischen) Dreieck von Leistungsanbietern, Krankenversicherungen und der Bevölkerung lassen sich der folgenden Abbildung entnehmen. Der Markt für die Nachfrage und das Angebot an Versicherungsverträgen ist noch immer unterentwickelt. Es mangelt an einer wettbewerblichen Rahmenordnung nicht nur für die GKV, sondern ganz generell für die Gesundheitswirtschaft.

Abb. 3 Wettbewerbsfelder in der Krankenversicherung



Quelle: Eigene Darstellung

Mehr Wettbewerb führt in der GKV zu einer bedarfsgerechteren und kostengünstigeren Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Der Überkonsum von Gesundheitsleistungen, insbesondere im stationären Bereich, wird abgebaut und führt dort zu massiven Einsparungen. Neue Trägerstrukturen innerhalb und zwischen den Leistungsanbietern, mehr Politikferne und weniger Einfluss der Verbände mobilisieren in einer vernetzten Versorgungslandschaft die Wirtschaftlichkeitsreserven.

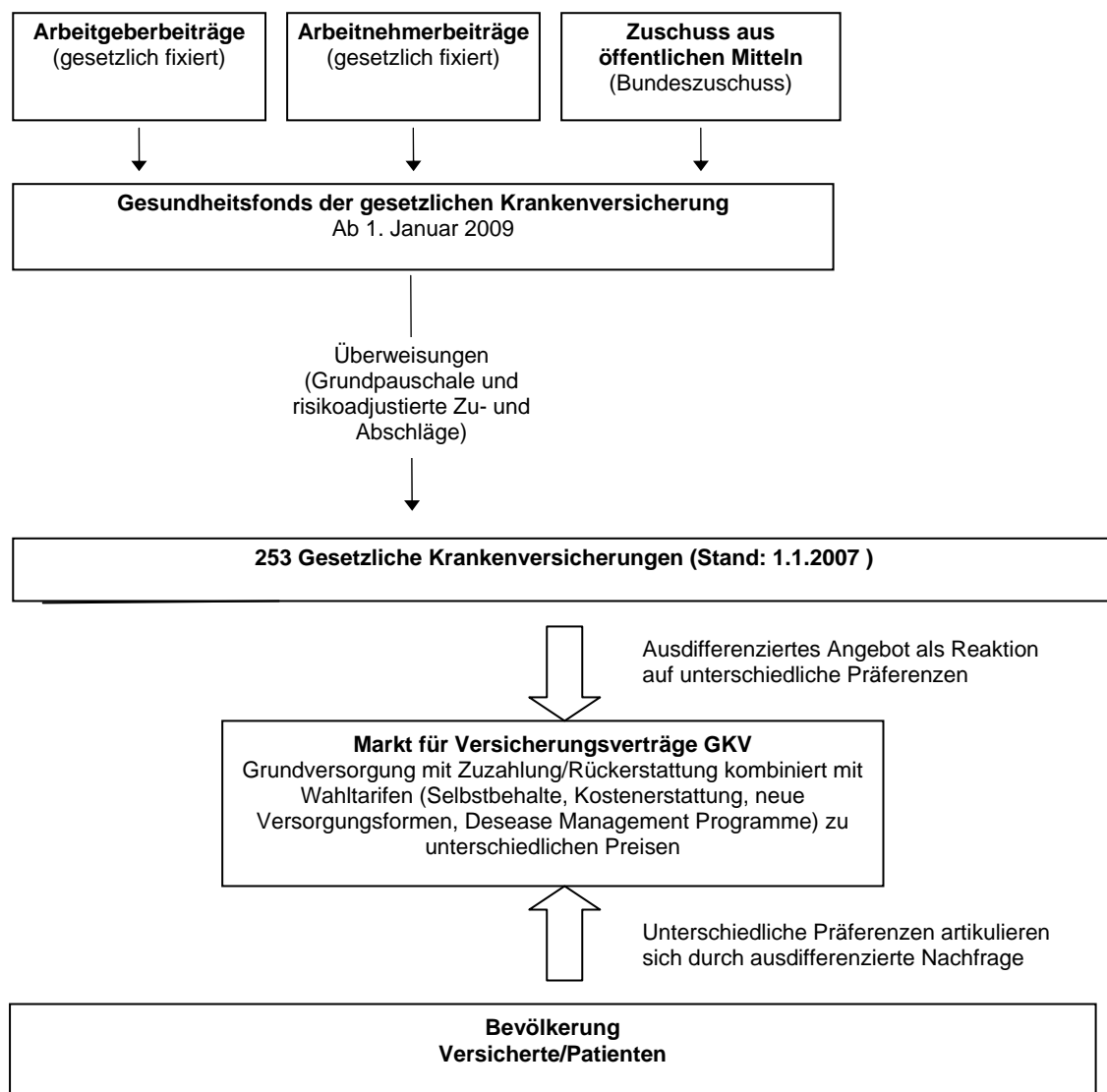
Eine wettbewerblichere Ausrichtung des Krankenversicherungsschutzes verlangt zum einen einen neuen Sicherstellungsauftrag, der nicht mehr nach stationärer und nach ambulanter Versorgung unterscheidet. Zum anderen ist eine neue Versicherungsaufsicht erforderlich, die mit einer Verstärkung der marktlichen Kräfte die Aufsicht und Kontrolle übernimmt und eine Grundsicherung für jedermann sicherstellt. Eine kontrollierte Öffnung des Gesundheitsmarktes lautet daher die Devise.

Die Schaffung eines Wettbewerbsrahmens in der GKV und die Förderung der integrierten Versorgung sind keine Instrumente um kurzfristig Ausgaben einzusparen, sondern Investitionen in ein zukunftsfähiges und prosperierendes Gesundheitssystem. Wie bei allen Investitionen muss man tendenziell eher davon ausgehen, dass es in der Anfangsphase zu Friktionen kommen wird. Deshalb ist eine langfristige Ausrichtung und eine entsprechende Kommunikationsstrategie (managing expectations) von entscheidender Bedeutung.

3.2. Die Rolle des Fonds im Wettbewerb

Im Vordergrund steht beim Gesundheitsfonds die Leistungsseite. Dadurch, dass die Beitragsautonomie bei der Mittelaufbringung in politischen Händen liegt und bundeseinheitlich festgelegt wird, konzentrieren sich die Wettbewerbsparameter auf das Angebot und die Erbringung von Gesundheitsleistungen (Qualität, Service, Betreuung, Versorgungsformen) und damit auf das Leistungs- und Kostenmanagement. Dies ist eine neue Herausforderung für das Kartell der Krankenkassen, das durch das GMG bereits in Richtung einer wettbewerblicheren Ausrichtung auf der Leistungsseite aufgebrochen werden sollte. Der Wettbewerb in der Leistungserbringung ist über Verträge mit den Arzneimittelherstellern, mit den Erbringern von Heilleistungen, den Herstellern von Hilfsmitteln, durch Verträge mit den Ärzten, mit Krankenhäusern in der ambulanten Behandlung etc. weiter zu intensivieren. Dazu tragen auch die Zusatzbeiträge und die Erstattungen der Krankenversicherungen im Rahmen der Fondslösung bei.

Abb. 4 Gesundheitsfonds: Mittelaufbringung und Mittelverwendung (modifizierte Darstellung)



Quelle: Eigene Darstellung

In der Abbildung wurde die Darstellung des Gesundheitsfonds noch einmal aufgegriffen und die Mittelverwendung konkretisiert um den Markt für Versicherungsleistungen aus dem Dreieck der Wettbewerbsfelder. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds kann der bislang unterentwickelte Markt für Versicherungsverträge durch die Rückzahlungen und Zusatzbeiträge insbesondere auch durch die Möglichkeit der Kombination mit Wahltarifen belebt werden. Die Änderung des Artikels 53 SGB V durch das GKV-WSG eröffnet hier eine Reihe von Möglichkeiten. Auch Pflichtversicherte können in Zukunft Tarife mit Selbstbehalt oder Beitragsrückgewähr wählen. Die Teilnahme an neuen Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung, Hausarztmodelle oder strukturierte Behandlungsprogramme kann mit Zuzahlungsnachlässen oder Rückerstattungen verbunden werden. Des Weiteren haben gesetzlich Versicherte durch die Wahl des Kostenerstattungsprinzips die Möglichkeit, Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte, und damit wie Privatversicherte, abzurechnen. Der von der GKV dabei nicht abgedeckte Teil der Kosten wird über eine erhöhte Zuzahlung finanziert.

Literatur

Gethmann, Carl Friedrich, et. al (2004), *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin: Akademie Verlag.

Göpffarth, Dirk / Henke, Klaus-Dirk (2007): *Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?* in: Franz, Wolfgang (Hrsg.), *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, Mannheim, *in Druck*.

Henke, Klaus-Dirk (2005): *Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze*. In: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, Band 6/1, S. 95-111; wieder abgedruckt (2006) in *Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berichte und Abhandlungen*, Band 11, Berlin, S. 139-154.

Henke, Klaus-Dirk (2004): *Plädoyer für die Kopfprämie*, in: *Universitas, Orientierung in der Wirtschaft*, Nr. 691, S. 23-29.

Krause-Junk, Gerold (2003): *Zweifel an der Kostenpauschale*, in: *Wirtschaftsdienst* Nr. 11, S. 732-735.

Lamers, Leida M., van Vliet, René C.J.A., van de Ven, Wynand P.M.M. (2003): *Risk adjusted premiums subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands*, in: *Health Policy* 65, S. 49-62.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005): *Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006*, Den Haag.

Penske, Marco (2005): *Der Gesundheitsfonds löst keines der Finanzierungsprobleme der GKV*, in: *Wirtschaftsdienst* Nr. 8, S. 510-514.

Rürup, Bert / Wille, Eberhard (2006): *Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*, Darmstadt und Mannheim.

Richter, Wolfram F. (2005 a): *Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag*, in: *Wirtschaftsdienst* Nr. 11, S. 1-5.

Richter, Wolfram F. (2005 b): *Wirkungen von Steuern und Sozialbeiträgen*, Beitrag für die 30. Jahrestagung der Deutschen Steuerjuristischen Gesellschaft am 19./20. September 2005, Freiburg.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006): *Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen*, Jahresgutachten 2006/07, Wiesbaden, S. 213-236.

Schawo, Dorothee / Schneider, Werner (2006): *Die Wirkungen der Härteregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung. Eine statistische Simulationsanalyse*, AOK-Bundesverband, 24. August 2006.

Wille, Eberhard (2006): Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG), BT-Drucksache 16/3100: Finanzierung, Berlin 14.11.2006

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2005): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen vom 8. Oktober 2005, verfügbar unter http://www.bundesfinanzministerium.de/lang_de/DE/Service/Downloads/Abt_I/0510171a3001,templateId=raw,property=publicationFile.pdf (Abrufdatum: 18.01.2007).

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Band 77, Berlin.

Zimmermann, Horst / Henke, Klaus-Dirk (2005): Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 9. Aufl., München: Vahlen.

**Diskussionspapiere
der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation
der Technischen Universität Berlin
ISSN 0944-7741**

(Eine Liste aller bisher erschienenen Diskussionspapiere finden Sie im Internet unter
www.wv.tu-berlin.de unter dem Punkt „Literatursuche“)

2007

1. Henke, Klaus-Dirk: Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument.

2006

12. Kerber, Markus C.: Auf dem Wege zum Bundesfinanzrat!
11. Kerber, Markus C.: Die wirtschaftliche Betätigung des Landes Berlin: Ein Fall sanktionslosen Staatsversagens.
10. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: The political economy of natural disaster insurance: Lessons from the failure of a proposed compulsory insurance scheme in Germany
09. Dorschner, Ute; Lippold, Manja; Gericke, Christian: Situationsanalyse und Maßnahmen zur Prävention von Verkehrsunfällen bei Kindern in Deutschland: Evidenzbasierte Verkehrspolitik in Deutschland?
08. Henke, Klaus-Dirk; Reimers, Lutz: Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben.
07. Kerber, Markus C.: Die deutsche Wasserwirtschaft zwischen kommunaler Versorgungspflicht und marktöffnender Privatisierung. Teil 2: Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von privatwirtschaftlichem Know How im Rahmen von praktischen PPP-Modellen.
06. Kerber, Markus C.: Die Verwirklichung des Demokratieprinzips bei der wirtschaftlichen Betätigung des Landes Berlin.
05. Hank, Karsten; Jürges, Hendrik; Schupp, Jürgen; Wagner, Gert G.: Die Messung der Greifkraft als objektives Gesundheitsmaß in sozialwissenschaftlichen Bevölkerungsumfragen: Erhebungsmethodische und inhaltliche Befunde auf der Basis von SHARE und SOEP.
04. Göppfarth, Dirk; Henke, Klaus-Dirk: Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?
03. Czerny, Achim I.: Congestion pricing vs. slot constraints to airport network.
02. Henke, Klaus-Dirk: Managing subsidiarity from an economic point of view.
01. Neheider, Susanne: Die Rolle der Strukturpolitik in der Europäischen Integration.

2005

08. Adam, Hans: Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung? Fiskalische Auswirkungen am Beispiel des Landes Niedersachsen.
07. Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver; Busse, Reinhard: The use of cost accounting methodologies to determine prices in German health care.
06. Kerber, Markus C.: Auf dem Wege zum Bundesfinanzrat?
05. Busse, Reinhard; Stargardt, Tom; Schreyögg, Jonas; Simon, Claudia; Martin, Maria: Defining benefit catalogues entitlements to health care in Germany – decision makers, decision criteria and taxonomy of catalogues.
04. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: Versicherungspflicht gegen Elementarschäden – Ein Lehrstück für Probleme der volkswirtschaftlichen Politikberatung.
03. Czerny, Achim I.; Mitusch, Kay: Cooperation and competition in the cargo liner shipping industry.
02. Kerber, Markus C.: Die Vorschläge zur „Fortentwicklung“ des Stabilitätspakts.
01. Zentner, Annette: Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?

2004

18. Göppfarth, Dirk: Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz.
17. Schreyögg, Jonas: The Taiwanese Health Care System under Efficiency Scrutiny.
16. Schreyögg, Jonas: Demographic development and moral hazard. Health insurance with medical savings accounts.
15. Steinbach, Axel: Das Spannungsverhältnis zwischen europäischem Wettbewerbsrecht und nationalem Sozialrecht.
14. Kerber, Markus C.: Kann der Stabilitätspakt reformiert werden?
13. Czerny, Achim I.: Price-cap regulation of airports: single-till versus dual-till.
12. Henke, Klaus-Dirk; Rich, Robert F.; Steinbach, Axel; Borchardt, Katja: Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung. Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins.
11. Tonoyan, Tamara: Health care system in Armenia: Past, present and prospects.
10. Gericke, Christian A.; Schiffhorst, Guido; Busse, Reinhard; Häussler, Bertram: Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung mit dem QUALISKOPE-A.
09. Henke, Klaus-Dirk; Schreyögg, Jonas: Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands. A comparative study.
08. Farhauer, Oliver; Borchardt, Katja; Stargardt, Tom: Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt.

07. Kerber, Markus C.: Verfassungshüter oder Verfassungsgesetzgeber? Der Verfassungsgerichtshof Berlin als Souverän des Ausnahmezustandes.
06. Schreyögg, Jonas; Henke, Klaus-Dirk, Busse, Reinhard: Managing pharmaceutical regulation in Germany. Overview and economic assessment.
05. Gericke, Christian A.: Financing health care in Egypt. Current issues and options for reform.
04. Gericke, Christian A.; Wismar, Matthias; Busse, Reinhard: Cost-sharing in the German Health Care System.
03. Gericke, Christian A.: Comparison of health care financing arrangements in Egypt and Cuba. Lessons for health reform in Egypt.
02. Henke, Klaus-Dirk: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze.
01. Schraepler, Joerg-Peter; Wagner, Gert G.: Identification of faked interviews in surveys by means of Benford's Law? An analysis by means of genuine fakes in the raw data of SOEP.

2003

17. Beckers, Thorsten; Hirschhausen, Christian von: Privatisierung der Bundesautobahnen über Konzessionsmodelle. Alternative Konzepte, offene Fragen und wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen.
16. Beckers, Thorsten; Hirschhausen, Christian von: Konzessionsmodelle für Fernstraßen in Deutschland. Eine ökonomische Analyse der Risikoallokation beim F- und A-Modell.
15. Kerber, Markus C.: Ist der Stabilitätspakt noch zu retten?
14. Henke, Klaus-Dirk; Berhanu, Samuel; Mackenthun, Birgit: Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern.
13. Weiler, Hans N.; Bensel, Norbert; Heuer, Katharina; Spieß, C. Katharina; Wagner, Gert G.: Hochschulpolitik als Arbeitsmarktpolitik
12. Schreyögg, Jonas: Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive.
11. Schreyögg, Jonas: „Medical Savings Accounts“ – eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten
10. Werder, Axel von; Talaulicar, Till: Zu den Regulierungswirkungen des Deutschen Corporate Governance Kodex.
09. Mühlbacher, Axel; Nübling, Matthias; Niebling, Wilhelm: Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung.
08. Mühlbacher, Axel; Berhanu, Samuel: Die elektronische Patientenakte: Ein internetbasiertes Konzept für das Management von Patientenbeziehungen
07. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: In the aftermath of Dresden. New directions in flood insurance.

06. Borchardt, Katja; Farhauer, Oliver: Kapitaldeckung als Antwort auf die demographische Herausforderung.
05. Kerber, Markus C. : Die deutsche Wasserwirtschaft zwischen kommunaler Versorgungspflicht und marktöffnender Privatisierung.
04. Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja; Schreyögg, Jonas; Farhauer, Oliver: Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversicherung in Deutschland.
03. Mühlbacher, Axel; Schreyögg, Jonas: Ein Konzept zur entscheidungsnahen Steuerung von Innovationen des Gesundheitsmarktes.
02. Henke, Klaus-Dirk: Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung.
01. Fehr, Ernst; Fischbacher, Urs; Rosenblatt, Bernhard von; Schupp, Jürgen; Wagner, Gert G.: A nation-wide laboratory / Examining trust and trustworthiness by integrating behavioral experiments into representative surveys

2002

10. Beckers, Thorsten; Miksch, Jan: Die Allokation des Verkehrsmengenisikos bei Betreibermodellen für Straßeninfrastruktur – Theoretische Grundlagen und Anwendung auf das A-Modell.
09. Goldschmidt, Nils: Hermann Schumacher – nur ein weiterer Erbe Schmollers oder der erste Ordoliberaler?
- 08 Talaulicar, Till: Der Deutsche Corporate Governance Kodex. Zwecksetzungen und Wirkungsprognosen.
07. Kerber, Markus C.: Städte und Gemeinden: Motor der Investitionen – Randfiguren in der Finanzverfassung?
06. Bruns, Oliver; Ebel, Heike Marie; Hohloch, Marc; Krüger, René; Kurzbein, Simone; Schütt, Stefan: Ökonomisches Konzept zur Parkraumbewirtschaftung in Berlin-Wilmersdorf.
05. Schreyögg, Jonas.: Medical Savings Accounts als Instrument zur Reduktion von moral hazard Verlusten bei der Absicherung des Krankheitsrisikos
04. Kerber, Markus C.: Finanznotstand in Berlin: Staatsbankrott oder fin de régime? Die deutsche Hauptstadt in der institutionellen Ausnahmesituation : überarbeiteter Nachdruck
03. Farhauer, Oliver: Folgt aus der Theorie des endogenen Wachstums eine neue Wirtschaftspolitik?
02. Farhauer, Oliver: Betriebsspezifisches Humanvermögen
01. Brenck, Andreas ; Czerny, Achim I.: Allokation von Slots bei unvollständiger Information