

*Band
1*

Christian Thielscher (Hrsg.)

*Zur Zukunft der
Gesetzlichen Krankenversicherung*
Ziele, Aufgaben und Lösungsansätze

~
Max-Erik Niehoff / Helmut Dahl / David Matusiewicz

KCG Schriftenreihe



KCG KompetenzCentrum für Management
im Gesundheits- & Sozialwesen
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

Max-Erik Niehoff / Helmut Dahl / David Matusiewicz

Zur Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ziele, Aufgaben und Lösungsansätze

KCG Schriftenreihe der FOM, Band 1

Essen 2015

ISSN 2195-1675

© 2015 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
Tel. 0201 81004-351
Fax 0201 81004-610

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Vorwort

Wie kann man die Qualität medizinischer Dienstleistungen am besten sicherstellen? Wie wirken sich demografischer Wandel und technischer Fortschritt auf die Kosten aus? Sind die Ausgaben für Gesundheit dauerhaft finanzierbar? Kann man die Effizienz des Systems steigern?

Die medizinische Versorgung in Deutschland wirft viele Fragen auf und wird dies auch in Zukunft tun. Das hängt damit zusammen, dass sie immer ein sehr stark reguliertes System sein wird. Da in Deutschland der Zugang zu medizinischer Versorgung als eine Art Menschenrecht angesehen wird – niemand soll sterben, weil er sich eine bestimmte Behandlung nicht leisten kann –, ist der Preis als Rationierungsinstrument außer Kraft gesetzt. Güter und Dienstleistungen müssen daher nach einem im Prinzip politischen Verfahren zugeteilt werden. Das wiederum führt nicht nur zu hoher Regulierungsdichte, sondern auch zu einem nicht endenden Bedarf an immer neuen Reformen – insbesondere dann, wenn sich Rahmenbedingungen oder die medizinische Versorgung selbst ändern. Diese Regulierung kann mehr oder weniger intelligent erfolgen. Daher besteht erheblicher Bedarf an Forschungseinrichtungen, die im Gestrüpp aus medizinischen Fakten, Interessen der Beteiligten, Gesetzen und Gesetzesvorhaben helfen, den richtigen Weg zu finden. Das KCG KompetenzCentrum für Management im Gesundheits- & Sozialmanagement der FOM widmet sich genau dieser Aufgabe. In einer Vielzahl von Untersuchungen hat es sich mit den oft schwierigen Fragen der medizinischen Versorgung und ihrer Steuerung beschäftigt.

Problemlösung ist dabei nur der erste Schritt; Erkenntnisse müssen dann auch bekannt gemacht und idealerweise umgesetzt werden. Dazu wiederum dient neben anderen Publikationsorganen die KCG-Schriftenreihe.

Die Schriftenreihe fokussiert sich auf Untersuchungen zum Gesundheitssystem, die von Anspruch und / oder Detailgrad zu umfangreich für eine Publikation in einer wissenschaftlichen Zeitschrift sind. Mit ihrer Arbeit über die zukünftige Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in der sie nebenbei auch einige häufig geglaubten, aber dennoch falschen Annahmen dekonstruieren, sind die Autoren des folgenden Beitrags insofern beispielhaft für die KCG-Schriftenreihe.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern viel Gewinn und Vergnügen bei der Lektüre!

Professor Dr. Dr. Christian Thielscher
Wissenschaftlicher Leiter des KCG

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung.....	1
2 Anamnese	4
2.1 Wandel von sozialen Werten, Interessen und Leitbildern	4
2.2 Finanzierung der GKV	5
2.2.1 Problem der Grundlohnsummenveränderung.....	5
2.2.2 Problem der Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote	6
2.3 Ausgaben.....	8
2.3.1 Demografischer Wandel als Kostentreiber	10
2.3.2 "Vollkasko mentalität" der Versicherten als Kostentreiber	13
2.4 Der Bedarfswandel an Gesundheitsdienstleistungen	20
2.5 Wettbewerb im Gesundheitswesen	23
2.5.1 Steuerung durch Wettbewerb	26
2.5.2 Wettbewerb zwischen Kostenträgern.....	29
2.5.3 Wettbewerb zwischen Leistungserbringern	40
2.5.4 Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs	41
3 Diagnose	47
4 Therapieplan.....	49
4.1 Kapitaldeckung versus Umlagefinanzierung	49
4.1.1 Generationenbilanzen	49
4.1.2 Demografische Entwicklung	50
4.1.3 Kapitaldeckung und die Globalisierung.....	51
4.1.4 Der „Sandwich-Effekt“	53
4.1.5 Fazit.....	55
4.2 Beitragsfinanzierung versus Steuerfinanzierung.....	55
4.3 Reformvorschläge	56
Literaturverzeichnis	58
Weiterführende Literatur:	62

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinG	GKV-Finanzierungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GLS	Grundlohnsumme
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote 1995-2011	7
Abbildung 2:	Beitragssatzentwicklung in der GKV und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980-2011.....	9
Abbildung 3:	Mögliche Wettbewerbsparameter in der GKV	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Grundlohnsummenveränderungsrate versus Inflationsrate	6
Tabelle 2:	Versicherungsmodelle im RAND-Experiment.....	16
Tabelle 3:	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im RAND- Experiment in Abhängigkeit	17

Artikel 22

Jeder hat als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf soziale Sicherheit und Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit sowie unter Berücksichtigung der Organisation und der Mittel jedes Staates in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind.

...

Artikel 25

1. Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.

2. Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung. Alle Kinder, eheliche wie außereheliche, genießen den gleichen sozialen Schutz.

Auszug aus der Resolution 217 A (III) der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 10. Dezember 1948 (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte)

1 Einleitung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) blickt auf eine 130-jährige Geschichte zurück. Dabei hat sich die GKV stets als hinreichend krisenfest und reformplastisch erwiesen. Bei, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP), relativ stabilen Beitragssätzen (richtiger: stabilen Umsatzanteilen gemessen am BIP) wurde der Leistungskatalog dem medizinisch-technischen Fortschritt folgend gemäß der Kriterien der Notwendigkeit, des Erfordernisses und der Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Maßnahme im Einzelfall stetig weiterentwickelt.

Das deutsche Gesundheitswesen darf zu den leistungsfähigsten der Welt gezählt werden. Insbesondere gemessen an der Kosteneffizienz ist es eines der besten der Welt. Gleichwohl ist die Reformierung des Gesundheitswesens, insbesondere der GKV, Gegenstand ständiger kontroverser Debatten. Die Ursachen hierfür sind vielschichtig und maßgeblich von der Rechtslage bestimmt, die die Arbeitgeber und die Rentenversicherung zur Mitfinanzierung der Absicherung des Krankheitsrisikos verpflichtet. Die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds betrugen für das Jahr 2012 etwa 185,4 Mrd. €. Nach Angaben des GKV-Schätzerkreises werden für das Jahr 2013 Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von 191,8 Mrd. € erwartet. Die Ausgaben der Krankenkassen betragen voraussichtlich 190,2 Mrd. €. Damit können auch im Jahr 2013 die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Durchschnitt vollständig gedeckt werden.¹ Wie immer man es aber dreht und wendet, für die einen wird das Gesundheitswesen stets zu teuer sein, die anderen werden nicht müde zu beklagen, dass nicht ausreichend Mittel zur Verfügung stünden.

Konsens besteht aber insoweit, als dass nach Ansicht aller die im Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel begrenzt sind.

Hauptaufgabe der Gesundheitspolitik ist und bleibt daher primär die zweckoptimale Ressourcenallokation entsprechend der grundlegenden Ziele des Krankenversicherungsschutzes. Der Gesetzgeber hat vorgegeben, welches die tragenden Leitprinzipien der Gesundheitspolitik in Deutschland sind. Hier besitzt die Sozialstaatlichkeit Verfassungsrang. Auf dem Fundament dieser Leitprinzipien, wie etwa in den §§ 1 und 12 SGB V niedergeschrieben, hat der Gesetzgeber

¹ Vgl. Bundesversicherungsamt: GKV-Schätzerkreis: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken auch 2013 die Ausgaben der GKV, Erscheinungsdatum 11. Oktober 2012, www.bundesversicherungsamt.de.

Regularien zu erlassen, die den Weg aufzeigen, wie diese Gestaltungsziele effektiv und möglichst effizient zu erreichen sind. Der Erhalt des diskriminierungsfreien und gleichen Zuganges aller Bürger zu notwendigen medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Leistungen soll dabei oberstes Gebot allen gesetzgeberischen Handels sein. Eine klare Prioritätensetzung ist bei gegebener Mittelknappheit hierbei zwingend erforderlich.

Die Gesundheitsversorgung kennt grundlegend fünf Leistungsbereiche:

1. Prävention
2. Ambulante Versorgung
3. Krankenhausversorgung
4. Rehabilitation sowie
5. Pflege

Es ist unmöglich, allen Bedürfnissen und Forderungen in diesen Leistungsbereichen gleichermaßen gerecht zu werden. Eine auf Empirie gestützte Bewertung einzelner Leistungen in den Leistungsbereichen zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung wird daher unerlässlich sein.

Gestützt auf die vorliegenden empirischen Befunde zum deutschen GKV-System ist es Ziel dieses Papiers, Reformvorschläge für den Leistungsbereich der GKV zu erarbeiten, um deren Erfolgsgeschichte in die Zukunft hinein fortzuschreiben. Folgende Unterziele sollen dabei Grundlage des Reformbemühens sein:

- die **Lösung der Finanzierungs- und Verteilungsprobleme** vor dem Hintergrund der wachsenden Schere zwischen Grundlohnsumme, Bruttolohnquote und Volksvermögen,
- die **Etablierung einer Versorgungs- und Politikfolgenforschung** und eine öffentlich transparente Evaluation zu den Realitäten in Relation zu den Zielen des SGB V,
- die **Bildung eines neuen Sozialkonsens** vor dem Hintergrund des Wandels des Charakters der Arbeit und der wachsenden demografischen Asymmetrie der Aufwendungen, möglicherweise auch wegen der langfristigen Wirkungen der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise,
- die **Sicherung der wirtschaftlichen Bedeutung**, besonders auch der Arbeitsmarktbedeutung der Gesundheitsindustrie, wobei die Innovationsfähigkeit der Schlüssel zum Markterfolg ist.

Eine besondere Herausforderung ergibt sich dabei aus der zunehmend unsicheren gesamtwirtschaftlichen Situation innerhalb der Europäischen Union, die auch die GKV tangiert. Der für das Jahr 2013 geschätzte Ausgabenanstieg von 4,6 % je Versicherten resultiert insbesondere aus den folgenden gesundheitspolitischen Regelungen: GKV-Versorgungsstrukturgesetz, Psych-Entgeltgesetz, den vorgesehenen Veränderungen in der Arzneimittelpreisverordnung und der aktuellen Einigung über die vertragsärztlichen Honorare und einer Grundlohnrate von rund 2 %, die in einigen Vertragsbereichen Grundlage für Vergütungs- und Preisvereinbarungen ist.²

² Vgl. Bundesversicherungsamt: GKV-Schätzerkreis: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds decken auch 2013 die Ausgaben der GKV, Erscheinungsdatum 11. Oktober 2012, www.bundesversicherungsamt.de.

2 Anamnese

Jeder Therapie sollte eine gründliche Anamnese vorausgehen. Der nachfolgende Abschnitt unternimmt in diesem Sinne daher den Versuch einer durch empirische Befunde gestützten Bestandsaufnahme und Zustandsbeschreibung zur aktuellen Situationen der GKV als dem zentralen Pfeiler der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Selbstverständlich erfordert dies auch einen Blick über den Rand des SGB V hinaus.

2.1 Wandel von sozialen Werten, Interessen und Leitbildern

Die Leitbilder der Gesundheitsversorgung sind und waren seit jeher einem steten sozialen und kulturellen Wandel unterworfen. Veränderungen der Umwelt- und Lebensbedingungen sind hierfür ebenso ursächlich, wie der wissenschaftlich-technologische Fortschritt.

Der Wandel der Gesundheitssysteme wird dabei im Wesentlichen durch die folgenden Diskussionen in der Öffentlichkeit beeinflusst:

- Neubewertung sozialepidemiologischer Tatsachen (auch durch bessere Datenverfügbarkeit und Auswertungsmöglichkeiten),
- Folgen sozialer Ungleichheit (von der Sozialisierung zur Individualisierung),
- vertikale und horizontale Ungleichheit,
- Krankheitsverursachung und Schuld,
- Moral Hazard,
- Verhältnis von individueller, gesellschaftlicher und staatlicher Verantwortung,
- Auflösung nationaler Sozialpolitiken durch die EU-Einigungsprozesse,
- Gesundheit als kultureller Megatrend und Wachstumsmarkt,
- Veränderung des Charakters von Erwerbsarbeit.

In Bezug auf die Anpassung der Leistungsmengen und die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist dieser soziale Wandel dabei von weitaus größerer Bedeutung, als der viel diskutierte demografische Wandel.

2.2 Finanzierung der GKV

2.2.1 Problem der Grundlohnsummenveränderung

Die GKV ist, von Steuerzuschüssen abgesehen, im Wesentlichen beitragsfinanziert. Grundlage der Beitragsbemessung ist die sogenannte Grundlohnsumme (GLS). Unter GLS versteht man die Summe aller beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, aus denen Krankenversicherungsbeiträge zu leisten sind, also die bundesweite Gesamtsumme des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts. Sie wird vom Bundesgesundheitsministerium jährlich festgestellt.

§ 71 Abs. 3 SGB V legt fest, dass die Vergütungen für Leistungen der GKV so auszugestalten sind, dass grundsätzlich keine Beitragssatzerhöhungen notwendig werden (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Die jährliche Veränderungsrate der GLS (Grundlohnsummenveränderungsrate) wird seit 2003 im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes als Referenzgröße für die Fortschreibung der einzelnen Budgetierungen im Gesundheitswesen herangezogen.

Die Veränderungsrate wird jeweils zum 15. September eines Jahres durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht. Sie berechnet sich aus den durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen für den Zeitraum des zweiten Halbjahres des Vorjahres und des ersten Halbjahres des jeweils aktuellen Jahres im Vergleich zur jeweiligen Vorjahresperiode. Sie gilt dann als Referenzgröße für das Folgejahr.

Ein Vergleich der Grundlohnsummenveränderung mit der Inflationsrate zeigt, dass die Steigerung der Grundlohnsumme (Mittel der letzten 12 Jahre = 1,12%) deutlich hinter der durchschnittlichen Teuerungsrate (1,66%) zurückbleibt.

Jahr	GLS-Veränderung	Inflationsrate
2013	2,03%	
2012	1,98%	2,1% ³
2011	1,15%	2,3%
2010	1,54%	1,1%
2009	1,41%	0,4%
2008	0,64%	2,6%
2007	0,79%	2,3%
2006	0,97%	1,6%
2005	0,38%	1,5%
2004	0,17%	1,7%
2003	1,06%	1,0%
2002	1,89%	1,5%
2001	1,63%	1,9%

Tabelle 1: Grundlohnsummenveränderungsrate versus Inflationsrate⁴

Dies bedeutet, dass die im Wesentlichen inflationsbedingten Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen nicht im ausreichenden Maße durch steigende Löhne kompensiert werden.

Dieser Umstand stellt eines der zentralen Probleme der GKV-Finanzierung dar. Zusätzlich verschärft wird die Situation durch das im Folgenden dargestellte Problem.

2.2.2 Problem der Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote⁵

In den 1990er Jahren verlief die Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote stabil auf einem relativ hohen Niveau. In diesem Zeitraum bewegte sie sich zwischen 71-73% des Volkseinkommens. Einen Höhepunkt im Betrachtungszeitraum erreichte die Bruttolohnquote im Jahr 1995 mit einem Wert von 73,5% des Volkseinkommens. In den darauffolgenden Jahren (1996-2011) setzte

³ Vgl. Prognose der Deutschen Bundesbank.

⁴ Vgl. http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/gl_veraenderungsrage/gl_veraenderungsrage.jsp; (8.3.2013).

⁵ Methodische Hinweise: Die Bruttolohnquote bildet die Bruttoeinkommen aus unselbstständiger Arbeit als Anteil am Volkseinkommen ab. Diese Größe berücksichtigt allerdings nicht, wie groß die Gruppe der Erwerbstätigen ist, die dieses Einkommen erwirtschaftet. Da die Anzahl der Erwerbstätigen (Arbeitnehmerquote) sich von Jahr zu Jahr verändern kann und in den letzten Jahren abgenommen hat, wird eine „strukturbereinigte“ Bruttolohnquote berechnet. Die strukturbereinigte Bruttolohnquote enthält keine Effekte mehr, die aus einer unterschiedlichen Gruppengröße resultieren können, sie wurde also um diese strukturellen Effekte bereinigt.

jedoch eine negative Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote ein und sank bis auf 62,8% des Volkseinkommens im Jahr 2007. Ein zentraler Grund für das Absinken der Bruttolohnquote sind die niedrigen Lohnzuwächse in den Gehaltsklassen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze in den betrachteten Jahren.

Unterbrochen wurde der negative Trend lediglich durch einen Anstieg der Bruttolohnquote auf 66,8% des Volkseinkommens im Jahr 2009. Dieser größere Anteil der Bruttolöhne am Volkseinkommen ist jedoch nicht etwa auf einen Anstieg der absoluten Lohneinkommen zurückzuführen, sondern auf eine krisenbedingte Verringerung des Volkseinkommens im selben Zeitraum.



Abbildung 1: Entwicklung der strukturbereinigten Bruttolohnquote 1995-2011

Aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise der letzten Jahre ging das Volkseinkommen deutlich zurück, während die Löhne aufgrund arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen (Kurzarbeit), durch betriebliche Gegensteuerungsmaßnahmen (Abbau von Arbeitszeitguthaben) sowie bestehende (tarif-)vertragliche Bindungen auf dem Vorkrisenniveau verblieben. Das Aufleben der Wirtschaft nach der Krise schlug sich im ersten Halbjahr 2010 in einem höheren Volkseinkommen nieder, was zur Folge hatte, dass der Anteil, den die Bruttolöhne einnehmen, wieder deutlich sank und auch 2011 auf diesem niedrigeren Niveau verblieb.

Neben dem Absinken der Lohnquote sind vor allem die Zunahme von Beschäftigungsverhältnissen, die nicht der Versicherungs- und Beitragspflicht unterliegen sowie das Absinken des Rentenniveaus für die „Einnahmeschwäche“ der GKV verantwortlich. In diese Richtung wirkten auch die politisch geförderten Arbeitsentgeltumwandlungen in betriebliche Rentensysteme. Diese Finanzmittel standen damit für die GKV nicht mehr zur Verfügung.

2.3 Ausgaben

Für die GKV lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Beitragssätze erkennen. Trotz signifikanter Schwankungen lässt sich ein durchgängiger, nach oben gerichteter Trend erkennen. 1980 lag der durchschnittliche Beitragssatz bei 11,4%. Im Jahr 2011 ist ein durchschnittlicher „allgemeiner Beitragssatz“ von 15,5% erreicht und vorerst eingefroren⁶. Darin enthalten sind der „paritätische Beitragssatz“ (14,6%) und der Sonderbeitrag von 0,9%, den die Versicherten seit 2005 alleine (also ohne den hälftigen Arbeitgeberbeitrag) tragen müssen. Hinzu kommen noch die möglichen Zusatzbeiträge, die ab 2009, durch die Einrichtung des Gesundheitsfonds von den einzelnen Krankenkassen erhoben werden können. Auch hier gibt es keine Beteiligung der Arbeitgeber. Auf die Arbeitgeber entfallen somit 7,3% und auf die Arbeitnehmer 8,2% (ohne Zusatzbeiträge) des allgemeinen Beitragssatzes. Die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung der 18. Wahlperiode sieht eine Senkung des Beitragssatzes für die GKV von 15,5 auf 14,6 Prozent vor. Der Arbeitgeberanteil wird weiter bei 7,3 Prozent festgeschrieben. Künftig werden Kassen individuell Zusatzbeiträge erheben und zwar prozentual vom beitragspflichtigen Einkommen. In den Zusatzbeitrag fließt auch der bisher allein von Beschäftigten getragene Anteil von 0,9 Beitragssatzpunkten ein.

⁶ Wobei aktuell ein Absenken des allgemeinen Beitragssatzes für 2014 politisch diskutiert wird.

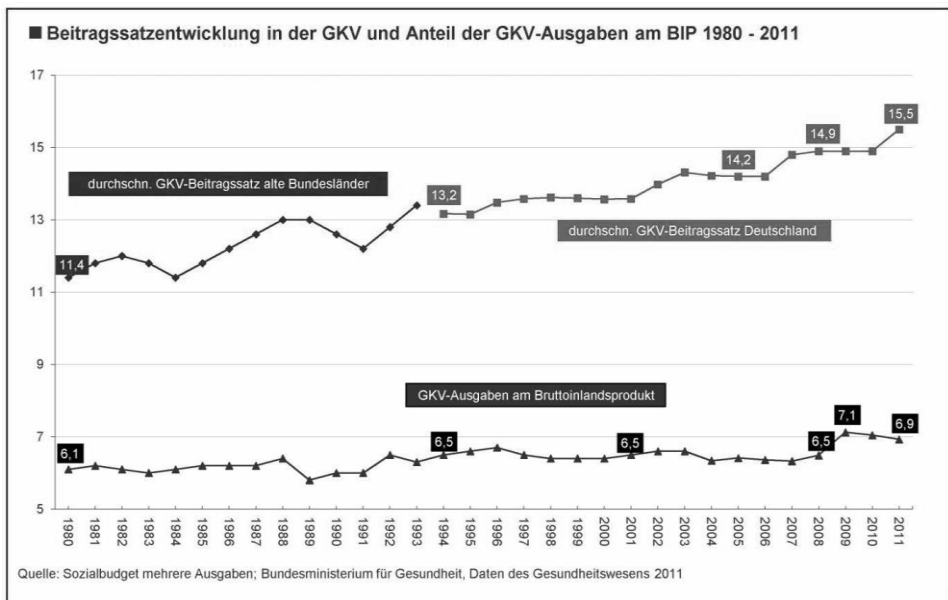


Abbildung 2: Beitragssatzentwicklung in der GKV und Anteil der GKV-Ausgaben am BIP 1980-2011

Es liegt nahe, vor allem die Ausgabenzuwächse für den Beitragssatzanstieg verantwortlich zu machen. Setzt man jedoch die Ausgabenentwicklung der GKV ins Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, wird sichtbar, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP im Zeitverlauf weitgehend konstant geblieben ist. Die Zunahme des Anteils der GKV-Ausgaben am BIP im Jahr 2009 auf 7,1% ist im Wesentlichen auf die Verringerung des BIP im Vergleich zu 2008 zurückzuführen (minus 84,3 Mrd. Euro) und weniger auf die gestiegenen Ausgaben der GKV im Vergleich zu 2008 (plus 9,8 Mrd. Euro). Der Anstieg der Beitragssätze ist demnach nicht die Folge einer über das Wachstum der Volkswirtschaft hinaus reichenden „Ausgabenexplosion“, sondern der hinter dem Anstieg des Sozialprodukts zurück bleibenden Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV (siehe oben).

Der Vergleich der Ausgabenentwicklung mit der Entwicklung des BIP ist deshalb von Relevanz, weil von dem Niveau des gesamtgesellschaftlichen Wohlstandes und der damit einhergehenden Kaufkraft einer Bevölkerung auch deren Erwartungen an das Niveau der Gesundheitsversorgung maßgeblich abhängen.

Trotz entgegenstehender Faktenlage wird die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen dennoch vielfach als eine unumstößliche Tatsache dargestellt, der durch mannigfaltiges Reformbemühen entgegenzuwirken versucht wird.

Als Ursachen für den Kostenanstieg werden hier, wiederum empirisch nicht belegbar (siehe sogleich), vor allem der demografische Wandel und eine angebliche „Vollkasko mentalität“ der Versicherten benannt (Moral Hazard Theorem).

2.3.1 Demografischer Wandel als Kostentreiber

Der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Bundestags wurden bis 2004 13 Prognosen verschiedener Institute und Einzelautoren vorgelegt, die bis 2040 und 2050 Beitragssätze zwischen 15% und über 30% berechnen. In der Zwischenzeit sind weitere Prognosen hinzugekommen. Dieter Cassel⁷ spricht in diesem Zusammenhang von „progressiv zunehmenden Gesundheitsausgaben“, also einer Kurve mit zunehmenden Steigerungsraten, und kommt auf einen Beitragssatz von 31,2% im Jahr 2040. Während sich bis zum Jahr 2020 aus den Prognosen allgemein kein relevanter Handlungsbedarf ableiten lässt, wird für die Jahre danach ein teilweise dramatisches Bild gezeichnet. Das Statistische Bundesamt allerdings konstatiert für die Zeit nach 2020 folgendes: „Da der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt immer schwerer vorhersehbar ist, haben solche langfristigen Rechnungen Modellcharakter.“⁸ Anders ausgedrückt: Aus statistische Szenarien mittlerer Reichweite von 10 bis maximal 15 Jahren lassen sich mögliche Trends mit einer für die Entwicklung von Handlungsmodellen hinreichenden Wahrscheinlichkeit ableiten. Zeithorizonte von 40 und 50 Jahren hingegen lassen kaum handlungsrelevante Orientierungen zu. Die Beitragssatzhochrechnungen sind noch um ein Vielfaches unsicherer, da die Schätzrisiken der Bevölkerungsprognose noch mit denen der Einnahme- und Ausgabenvorhersagen der GKV multipliziert werden müssen.⁹

⁷ Vgl. Cassel, D. (2001), S. 87-91.

⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2003), S. 9.

⁹ Vgl. Kühn, H. (2004), S. 742-751.

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Ausgaben im Gesundheitswesen sind gleichwohl Gegenstand kontroverser wissenschaftlicher Diskussion.¹⁰ Die große Mehrheit der Fachleute folgt dabei heute der Theorie der „Compression of Morbidity“ (Kompressionstheorie)¹¹. Sie besagt, dass die epidemiologische Transition immer mehr Menschen die Chance eröffne, die ihnen biologisch mögliche Lebensspanne auch auszuschöpfen (rectangularization of survival curve). Dies schließe eine „Verlangsamung“ des durchschnittlichen biologischen Alterns ein. Da die alterstypischen Gesundheitsstörungen nicht vom kalendarischen, sondern vom biologischen Altern abhängen, treffen folglich auch diese Gesundheitsstörungen später ein. Die Lebensverlängerung verbindet sich mit einer für die Mehrheit der Menschen erlebbaren Bereicherung an Lebensqualität und positiven Perspektiven. Sie sei wegen dieses Zusammenhanges für die Aufwandsentwicklung in der Medizin insgesamt bedeutungsarm, zumal die altersspezifischen Kosten der Krankenversorgung jenseits der mittleren Lebenserwartung ohnehin deutlich sinken.

„Was sagt die Empirie dazu? Zunächst einmal finden sich – fragt man nach Indikatoren für den durchschnittlichen Gesundheitszustand und nicht nach Einzelbeispielen – kaum Hinweise, auf die sich die Verschlechterungsannahmen der Hochrechner berufen könnten. Die Gesundheitssurveys aus Ländern mit ähnlicher struktureller und demographischer Beschaffenheit wie den Niederlanden, den USA, Schweden und Deutschland, geben zwar ein teilweise diffuses Bild zwischen Verbesserung und Stagnation, aber der Trend weist insgesamt nicht nach unten.

Die Gründe der Diffusität vieler Surveys und Studien werden deutlich, wenn die Verteilung von Krankheit auf Populationen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Status betrachtet wird. Es erweist sich dann, dass für die Angehörigen der Mittelschichten und der Oberschicht die „Kompression“ der Krankheit im höheren Lebensalter keine Utopie mehr ist, sondern bereits Realität. Mit der Lebenserwartung verschiebt sich auch der Beginn chronischer Erkrankungen. Die Angehörigen der Unterschicht und Teile der unteren Mittelschicht verbringen hingegen ihre auf niedrigerem Niveau hinzugewonnenen Lebensjahre mit relativ früh erworbenen chronischen Einschränkungen; nur für sie gilt die Verschlechterungsthese. Ein bemerkenswerter Anteil der Morbiditätslast, die bislang der Alterung

¹⁰ Vgl. Reiners, H. (2011), S. 53 ff.

¹¹ Gegenansichten: Expansion of Morbidity, Medikalisierungsthese.

zugeschrieben wurde, geht also auf das Konto der sozialen Ungleichheit.¹²¹³ Die weitere soziale Polarisierung der Verteilung materiellen Reichtums und sozialer Sicherheit würde diese gesundheitliche Ungleichheit verstärken.

Heute werden die Kompressionshypothese und das Potenzial darauf gegründeter Strategien von zahlreichen empirischen Belegen gestützt. Beeindruckend sind die aktuellen Studien aus dem US-amerikanischen 'Early Indicators Project'. Dieses Großprojekt hat medizinische Daten der US-amerikanischen Armee bis in Geburtsjahrgänge des 19. Jahrhunderts mit großem Aufwand aufbereitet und über die Zeit hinweg vergleichbar gemacht. Da es sich hier um eine sozial relativ homogene Population handelt, geben die Daten ein weitaus klareres Bild als die sozial nicht differenzierenden Studien. So zeigt Fogel, dass Männer im jungen und mittleren Alter in der Vergangenheit weit häufiger chronisch krank waren als heute. Die Wahrscheinlichkeit, dass 60- bis 64jährige weiße Männer nicht chronisch krank sind, ist heute zweieinhalb Mal so groß wie ein Jahrhundert zuvor. Sowohl bei jungen als auch bei älteren Männern waren die altersspezifischen Erkrankungsraten chronischer Krankheiten und Behinderungen im Jahrzehnt vor dem Zweiten Weltkrieg noch weitaus höher als gegenwärtig. Auch die Komorbidität ist deutlich zurückgegangen. Das Erkrankungsalter für chronische Krankheiten bei Männern, die zwischen 1895 und 1910 65 Jahre alt waren, ist gegenüber jenen, die zwischen 1983 und 1992 dieses Alter aufwiesen, deutlich zurückgegangen: für Herzkrankheiten um neun, Erkrankungen der Atemwege um elf, Krebs um acht und Arthritis um elf Jahre.¹⁴ Die Kompressionsthese wird durch die Befunde dieses Projekts bestätigt: Das durchschnittliche Alter des Auftretens der am meisten verbreiteten chronischen Erkrankungen ist über eine 80-Jahres-Periode hinweg um zehn Jahre gestiegen, während sich im selben Zeitraum die Lebenserwartung dieser Gruppe um 6,6 Jahre erhöht hat.¹⁵¹⁶ Man darf vermuten, dass dieses Ergebnis von der Ober- und oberen Mittelschicht noch übertroffen wird.¹⁷

¹² Vgl. Marmot, M. G., Wilkinson, R. G. (1999).

¹³ Vgl. Mielck, A. (2000).

¹⁴ Vgl. Fogel, R. W. (2003).

¹⁵ Vgl. How the Aging Process Changed During the 20th Century; National Bureau of Economic Research: Bulletin on Aging and Health, Fall 2003, <http://www.nber.org/bah/fall03/w9941.htm>, (10.01.2014).

¹⁶ Vgl. Qiu, C. et al. (2013).

¹⁷ Vgl. Kühn, H. (2004).

Der in Deutschland seit 150 Jahren stattfindende demografische Wandel mit seinen Folgen (passageres Bevölkerungswachstum und Altersstrukturwandel der Bevölkerung) hat für den Umfang und die Struktur der Aufgaben der Gesundheitssicherung, aber auch für die prioritären Ziele (Krankheitsvermeidung, Heilung, Erhalt der Lebensqualität trotz Krankheit, Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe und Pflege) erhebliche Folgen gehabt und hat sie weiterhin, mindestens bis zum Ende der ablaufenden demografischen Transition (etwa um 2050). Langfristig ist der begleitende Prozess der sinkenden Reproduktionsraten, die die einfache Reproduktion seit langem nicht mehr sichern können und die EU-Binnenmigration aber auch weltweite Außenmigration die entscheidende demografische Herausforderung auch für die inhaltliche Orientierung der Gesundheitsversorgung und die hierfür entsprechend zu allozierenden Ressourcen. Während der demografische Wandel vor allem für die inhaltliche Ausgestaltung des Systems der Krankenversorgung entscheidend ist, sind für die Mengenentwicklungen andere Ursachen maßgebend, hier vor allem Wirtschaftsinteressen.

2.3.2 “Vollkaskomentalität” der Versicherten als Kostentreiber

„Weil Wurzelbehandlungen beim Zahnarzt oder Darmspiegelungen beim Proktologen vernünftig sind und darüber hinaus auch noch von der GKV gedeckt sind, nehmen Versicherte diese Leistungen häufiger in Anspruch als notwendig.“ Dies ist, natürlich überspitzt, die Unterstellung einer Argumentationspraxis, die von der „Vollkaskomentalität“ der Versicherten in einem Gesundheitssicherungssystem sprechen, in dem der Zugang zur Versorgung allein vom Bedarf, bzw. von denen, die diesen Bedarf feststellen und nicht von den individuellen finanziellen Ressourcen abhängig sind. Die empirische Beweislage für diese Unterstellung ist allerdings schwach. Grundlage der Hypothese ist das sogenannte Moral Hazard Theorem, auch als subjektives Risiko oder moralische Versuchung bezeichnet. Er beschreibt die vermutete Verhaltensänderung im Falle einer Versicherung gegen ein Risiko. Ursprünglich stammt der Begriff aus der Versicherungswirtschaft, wird heute aber auch von Ökonomen argumentiert.

Ein Moral Hazard droht, wenn ein Widerspruch entsteht zwischen dem, was für die Allgemeinheit (Kollektiv), und dem, was für das Individuum vernünftig ist. Mit hin liegt ein Widerspruch zwischen Kollektivrationalität und Individualrationalität vor. Daher ist der Moral Hazard eng verwandt mit der Rationalitätenfalle¹⁸. Ein Moral Hazard entsteht danach, wenn eine höhere Instanz (z.B. eine Regierung) oder eine kollektive Instanz (z.B. eine Versicherung) eine Kollektivrationalität durchsetzen will, diese aber von den Individuen zugunsten ihrer eigenen Interessen ausgenutzt und damit womöglich unterlaufen wird. Kurz: Ein Moral Hazard ist die Förderung leichtfertigen Verhaltens aufgrund der Abdeckungsgewissheit des resultierenden Schadensrisikos.

Im Bereich der GKV wird Moral Hazard der Versicherten oft als einer der Ursachen für Ausgabensteigerungen benannt. Indes fehlt dieser Aussage die empirische Evidenz. Sie erscheint in der Sache auch kaum nachvollziehbar, da wohl die wenigsten Versicherten sich denselben kariösen Zahn zweimal behandeln lassen, nur weil sie versichert sind. Ebenso hat der Verzicht auf Zahnpflege seine Ursachen eher in als Kind erlernten, bzw. nicht erlernten Verhaltensweisen als ein existierender Versicherungsschutz für den Fall eines Behandlungsbedarfs.

Das Moral-Hazard-Theorem geht im Wesentlichen auf des RAND Health Insurance Experiment aus den 1970iger Jahren zurück. Während die ursprünglichen Auswertungen dieser bedeutenden Langzeitstudie einen Moral Hazard zunächst nahe legten, können neuere Auswertungen dies nicht bestätigen.

„Von November 1974 bis Februar 1977 wurden insgesamt 7.708 Versuchspersonen in bestimmten Regionen der amerikanischen Bundesstaaten Massachusetts, Ohio, South Carolina und Washington in das RAND-Health-Insurance-Experiment aufgenommen. Ihnen wurde nach einem Randomisierungsschlüssel die Teilnahme an der Studie unter einem von fünfzehn verschiedenen Krankenversicherungsmodellen (vgl. Abb. 3) angeboten; sie konnten dies für sich und ihre Familien akzeptieren oder die Teilnahme an der Studie ablehnen. Die Studienteilnehmer, welche zum Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns jünger als 62 Jahre und gesund sein mussten, wurden für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren beobachtet.

¹⁸ Mit Rationalitätenfalle bezeichnet man das Auseinanderfallen zwischen dem, was für das einzelne Individuum rational, vernünftig ist (individuelle Rationalität), und dem, was für die Gesamtheit der Individuen vernünftig ist (kollektive Rationalität). Voraussetzung für eine Rationalitätenfalle ist, dass zwischen Individuen (die Individuen können dabei z.B. Personen, Familien, Unternehmen, Staaten sein), die nicht gemeinsam, sondern individuell handeln, Konkurrenz besteht.

Die untersuchten Krankenversicherungsvarianten unterschieden sich primär durch eine unterschiedlich hohe prozentuale Selbstbeteiligung der Probanden an den von ihnen in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen und verschieden hoch angesetzte Kappungsgrenzen, bei deren Überschreitung keine weitere Kostenbeteiligung mehr entstehen würde.

Im Rahmen der RAND-Studie wurden über drei bis fünf Jahre Daten gesammelt über den Verbrauch medizinischer Leistungen, einschließlich Zahl der Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und die daraus entstandenen Gesamtausgaben (Kosten); ferner wurden die auf ein Personenjahr bezogene Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme irgendeiner medizinischen Leistung und diejenige einer stationären Behandlung berechnet (Abb. 4). Die Angemessenheit erbrachter medizinischer Leistungen wurde, unter anderem im Rahmen eines "Appropriateness Evaluation Protocol" (AEP) für 1.132 der 1.268 dokumentierten Krankenhausaufnahmen, nach vorbestimmten Kriterien von einem unabhängigen Ärzteteam bewertet.

Zusätzlich wurde der Gesundheitszustand vor, während und nach der Studie ("Health Outcomes") anhand vorgegebener Parameter bestimmt.

Als unabhängige Variablen wurden die Anzahl der Krankheitsepisoden und die Wahrscheinlichkeit, die definierten Kappungsgrenzen zu überschreiten, erfasst. Als weitere Variablen dokumentiert wurden Alter, Geschlecht, Familiengröße und -einkommen und die geografische Zuordnung.

IDP: "Indirect Deductible Plan", HMO: Health Maintenance Organization		
Plan (Anzahl, Art)	Zuzahlung bzw. Selbstbeteiligung (Prozent der Kosten)	Kappungsgrenze (Prozent des Einkommens)
1 "Vollversicherung"	keine	entfällt
3 "25"	25 %	5, 10 oder 15 %
3 "25/50"	25 %; außer ambulante, psychologische und Zahnbehandlung (50 %)	5, 10 oder 15 %
3 "50"	50 %	5, 10 oder 15 %
3 "95"	95 %	5, 10 oder 15 %
1 "95/0" oder "IDP"	95 % für ambulante, 0 % für stationäre Maßnahmen	150 US-\$ je Person, 450 US-\$ je Familie
1 "HMO"	keine; "Managed Care"-Modell	entfällt

Tabelle 2: Versicherungsmodelle im RAND-Experiment¹⁹

Damit ist die RAND-Studie eine einzigartige Datenquelle, deren Bedeutung für die vorliegende Fragestellung kaum überschätzt werden kann. Ihre wesentlichen Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden.

Auf der Ebene makroökonomischer Betrachtung bestätigt die Studie zunächst die Resultate anderer Untersuchungen dahingehend, dass eine erhöhte Patientenselbstbeteiligung zu geringerer Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitssystems und im Ergebnis zu insgesamt niedrigeren Kosten führt (vgl. Abb. 4).

¹⁹ Vgl. Schlander, M. (1998), S. 11.

p (med): Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (jedweder Art); p (stat): Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme stationärer Versorgung						
Plan	Unteres Einkommensdrittel		Mittleres Einkommensdrittel		Oberes Einkommensdrittel	
	p (med)	p (stat)	p (med)	p (stat)	p (med)	p (stat)
Voll	84%	11%	87%	10%	89%	10%
25	72%	10%	79%	8%	86%	7%
50	68%	8%	74%	5%	88%	8%
95	58%	9%	70%	9%	75%	6%
95/0	65%	9%	72%	10%	80%	10%

Tabelle 3: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im RAND-Experiment in Abhängigkeit²⁰

Von besonderem Interesse sind die Daten der RAND-Studie hinsichtlich des Einflusses des jeweiligen Krankenversicherungsmodells auf den einzelnen Patienten. Im Vordergrund steht die Frage nach der Qualität der erzielten Einspareffekte, insbesondere bezüglich des erhofften selektiven Verzichtes auf nicht notwendige oder fragwürdige medizinische Leistungen. Hinzu tritt in der direkten Folge die Fragestellung, inwieweit eine höhere Patientenselbstbeteiligung möglicherweise zu ungünstigeren Ergebnissen - "Health Outcomes" - führt und, sollte dies der Fall sein, die beobachteten Effekte mit der wirtschaftlichen Situation der betroffenen Personen korrelieren.

Unterschiede der Inanspruchnahme wurden nicht nur in Abhängigkeit vom Versicherungsplan gefunden, sondern auch in positiver Korrelation mit der Einkommenshöhe, wobei sich die beiden Effekte gegenseitig verstärkten. Ebenso bestand eine Altersabhängigkeit in der Weise, dass die Quantität der medizinischen Versorgung von Kindern tendenziell weniger von der Höhe der Eigenbeteiligung abhing; jedoch war in den Plänen mit höherer Selbstbeteiligung eine nachhaltig geringere Utilisation des Gesundheitssystems durch die Kinder armer Familien

²⁰ Vgl. Schlander, M. (1998), S. 12.

zu beobachten. Dieser Effekt einer Einkommensabhängigkeit war bemerkenswerterweise für Kinder ausgeprägter als für Erwachsene.

Hinsichtlich der qualitativen Auswirkungen der unterschiedlichen Selbstbeteiligungsmodelle lassen sich folgende Feststellungen treffen:

Für medizinisch nicht indizierte oder unangemessene (*“inappropriate”*) Hospitalisationen wurde kein Unterschied in Abhängigkeit von der Höhe der Eigenbeteiligung gefunden. Das heißt in anderen Worten, dass nicht medizinisch indizierte Hospitalisationen in gleicher Weise vermindert wurden mit höherer Eigenbeteiligung wie nicht notwendige Krankenhausaufnahmen. Die Verschreibung von Antibiotika war deutlich abhängig von der Höhe der Selbstbeteiligung; die Reduktion der Nutzung von Antibiotika betraf medizinisch sinnvollen Gebrauch gleichermaßen wie fragwürdige oder ungemessene Antibiotikaeinnahme, etwa bei viralen Erkrankungen. Auch die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen war geringer bei Personen in Versicherungsplänen mit höherer Zuzahlung. Insgesamt ging höhere Selbstbeteiligung zwar durchgängig mit geringerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen einher, doch betraf dies in undifferenzierter Weise sowohl notwendige als auch überflüssige und unangemessene Inanspruchnahme.

Die letztendlich maßgeblichen Health Outcomes schließlich waren bei höherer Selbstbeteiligung in mehreren Parametern signifikant schlechter als bei niedrigen Zuzahlungen. So hatten Personen in den Versicherungsplänen mit höheren Zuzahlungen im Durchschnitt höheren diastolischen Blutdruck, eine schlechter korrigierte Seh- und Hörleistung, häufiger Anämie und ein höheres Mortalitätsrisiko am Ende der Studie (*“Risk of Dying Index”*).

Die beschriebenen Beobachtungen waren durchweg ausgeprägter in den niedrigeren Einkommensgruppen.

Die RAND-Health-Insurance-Studie wirft folglich eine Reihe von Fragen auf, anhand derer sich die Argumente für eine sich in deutlich spürbarer Kostenbeteiligung niederschlagender *“Eigenverantwortung”* der Patienten einer kritischen Überprüfung unterziehen lassen müssen.

Zwei diesbezügliche Kernbefunde der RAND-Studie sind die offensichtliche Unfähigkeit der Patienten, selbst adäquat zu entscheiden, wann ein Arztbesuch angezeigt ist (notwendige wie unangemessene Konsultationen waren gleichermaßen verringert mit höherer Selbstbeteiligung), sowie die Tatsache, dass keine

signifikanten Unterschiede in der medizinischen Versorgung mehr gefunden werden konnten, sobald die Patienten sich erst einmal in ärztliche Obhut begeben hatten.“²¹

Das Problem liegt als weniger in der Gefahr einer nicht gerechtfertigten Überbeanspruchung des Systems durch die Versicherten, als vielmehr in der Gefahr der Leistungsausweitung durch die Leistungserbringer aufgrund asymmetrischer Informationsverteilung (Stichwort: anbieterinduzierte Nachfrage oder auch Roemer's Law²²).

Während in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur die Belege für die Relevanz des Themas also eher dürftig sind, spielt das Moral Hazard in der politischen Debatte um die Organisation des Hilfebedarfs eine umso größere Rolle. Folgerichtig sind Stellungnahmen hierzu in der Presse auch häufiger zu finden als in der wissenschaftlichen Literatur.²³²⁴

²¹ Vgl. Schlender, M. (1998).

²² Vgl. Milton I. Roemer (1917-2001) war einer der international besonders wirksamen Pioniere der Sozial- und Arbeitsmedizin, der Gesundheitssystemforschung und von Public Health im 20. Jahrhundert. Sein Wirken verband sich vor allem mit der University of California Los Angeles. Er unterstützte u.a. die Reorientierung des Gesundheitssystems der USA von der Dominanz der Indemnity hin zu den ursprünglichen non-profit Health Maintenance Organizations und setzte sich für eine nationale Krankenversicherung für alle Bürger ein. Im Ergebnis seiner Studien über den Bedarf an stationären Versorgungsleistungen zeigte er exemplarisch, dass der Bedarf an medizinischer Versorgung nicht über die Nachfrage, sondern über das Angebot gesteuert wird, die medizinische Versorgung also insofern eine besondere Dienstleistung ist, als die Institution, die den Bedarf definiert, ihn auch befriedigt (Roemer's Law). Hieraus zog er den Schluss, dass dieser Zusammenhang notwendig zur unkontrollierbaren Ausweitung der Serviceangebote mit der Folge der Vernichtung gewaltiger Ressourcen führen muss. Für nationale Gesundheitssicherungssysteme sowie für Umlageversicherungen ist deshalb so seine Schlussfolgerung - ein Zulassungs- und umfassendes Planungsverfahren für die medizinische Versorgung, gepaart mit einem Ausbau der ambulanten Versorgung, zwingend notwendig. Da Planungsziele und -ergebnisse aber vor allem von den Interessen der Akteure abhängen, muss die Öffentlichkeit hier dann die Interessen dieser Akteure kontrollieren.

²³ Vgl. Gladwell, M. (2005).

²⁴ Vgl. Meusch, A. (2011).

2.4 Der Bedarfswandel an Gesundheitsdienstleistungen²⁵

Gesundheitsdienstleistungen sind einem fortwährenden Bedarfswandel unterworfen.²⁶ Dieser ist das Ergebnis vielfältiger wissenschaftlicher, wirtschaftlicher, kultureller und sozialer Entwicklungen. Der Wandel an Bedarfen und Bedürfnissen darf also nicht allein auf den Mengen- und Strukturwandel einer Population mit behandlungsbedürftigen Krankheiten zurückgeführt oder gegen diesen Wandel bilanziert werden.

Es erscheint naheliegend, die Anzahl der jährlich vorkommenden Behandlungsfälle und ihre Diagnosenstruktur zu ermitteln, um hieraus den jeweiligen Behandlungsbedarf des Folgejahres abzuschätzen. Für kürzere Zeiträume gelingt dies zwar hinreichend gut, denn

1. Umfang und Struktur der Behandlungsmorbidität sind - sieht man von „Störungen“ durch periodische und aperiodische Schwankungen in der Häufigkeit übertragbarer Krankheiten (z. B. Grippeepidemien) ab - relativ konstant.
2. Die Wahrnehmung und Selbstinterpretation von körperlichen und psychischen Veränderungen als möglicherweise behandlungsbedürftig folgt Erfahrungen und Regeln, die sich in einer Bevölkerung nicht oder nur ausnahmsweise abrupt ändern.
3. Die professionellen Verhaltensmuster als Reaktion auf eine Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen sind in Gestalt von Entscheidungs- und Handlungsrouninen weitgehend festgelegt und zumindest über kürzere Zeiträume stabil.

Die Vielfalt an Ursachen für die Durchbrechung dieser relativen Stationarität des Bedarfs ist allerdings groß und deren Verständnis ist die Voraussetzung für eine adäquate Interpretation und Bewertung nachfolgender Bedarfsveränderungen. Anbieterinduzierte Nachfrage und Werbung spielen hierbei wohl die bedeutendste Rolle.

²⁵ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 104 ff.

²⁶ Bedarf im Sinne der Normen des SGB V.

Die Größe „Bedarf an professionellen Leistungen nach Maßgabe des Notwendigen und Erforderlichen“ kann entweder interpretiert werden

- als die Summe aller konkreten Nachfragen von Hilfe, deren Notwendigkeit und Art erst im Ergebnis einer fachlichen Entscheidung konkret festgestellt wird oder
- als die Summe aller nach dem Stand des Wissens notwendigen oder möglichen Angebote, unabhängig von einer Inanspruchnahme im Einzelfall.

Diese doppelte Interpretation des Bedarfs erklärt viele der schwierigen Auseinandersetzungen um die Größe „Bedarf“ zwischen Leistungsanbietern und Kostenträgern.

Tatsächlicher Hilfebedarf und seine Inanspruchnahme sind so gut wie nie identisch. In der Regel wird mehr oder weniger Hilfe als notwendig nachgefragt. Aus sozialespidemiologischer Sicht sind jeweils der Bedarf, der nicht zur Inanspruchnahme führt, sowie die Nachfrage, die nicht durch einen Bedarf begründet ist, wichtige Interventionsziele.

Die Bewertung der Inkongruenz von Hilfebedarf und Nachfrage wird durch die jeweiligen Partikularinteressen bestimmt. Sie ist abhängig davon, ob ein Zuviel oder ein Zuwenig an Nachfrage vor dem Hintergrund konkreter Nutzenerwägungen wünschenswert ist. Die Schwierigkeit solcher Urteile liegt u.a. darin begründet, dass der Bewertungsmaßstab von Behandlungskrankheit zu Behandlungskrankheit und je nach sozialer Schicht deutlich variieren kann.

Beispiel:

Die politische Entscheidung zur Einführung von Massenscreenings auf Brustkrebs in Deutschland folgt dem Ziel, die Nachfrage zu maximieren, obwohl der zusätzliche Nutzen gegenüber anderen Maßnahmen nach dem Stand des Wissens gering ist.²⁷²⁸²⁹

²⁷ Vgl. Kalager, M. et. al (2012), <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4692.full.pdf>, (10.01.2014).

²⁸ Vgl. Mühlbauer, I., Steckelberg, A. (2005).

²⁹ Vgl. Suhrke, P. (2011).

Ein solches politisches Interesse gibt es bei der Entscheidung über die Nicht-einführung des sogenannten PSA-Tests zur Früherkennung des Prostatakrebses nicht. Hier wird geltend gemacht, dass der zusätzliche Nutzen nach derzeitigem Kenntnisstand nur gering sei.³⁰

Der Gesetzgeber definiert die Größe „Bedarf“ nur qualitativ und rechtlich unbestimmt (§ 12 SGB V), wohingegen die Diskussion um den quantitativen Bedarf und seine Dynamik an messbare Größen gebunden ist. Eine große Rolle spielen hierbei vor allem

- a. die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kranker auch tatsächlich als krank erkannt wird,
- b. die Wahrscheinlichkeit eines Therapiebeginns und
- c. jeweils die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen eines bestimmten Therapieergebnisses.

Gelingt es, das diagnostische Intervall (= durchschnittliche Dauer zwischen einer Erkrankung und der Diagnosestellung/Therapiebeginn) zu verkürzen (Früherkennung), nimmt die Zahl der Behandlungen zu. Bei heilbaren Krankheiten verkürzt sich dann in der Regel die Behandlungsdauer, die Prävalenz sinkt. Bei nicht heilbaren oder dauerhaft beobachtungs- und behandlungspflichtigen chronischen Krankheiten nimmt infolge der Früherkennung die Behandlungsdauer idealer Weise zu, die Prävalenz steigt. Für die Bedarfsdynamik ausschlaggebend sind folgende Aktivitäten:

1. *„Maßnahmen zur wirksamen Vermeidung von Erkrankungen (Prävention),*
2. *Maßnahmen zur möglichst vollständigen Erkennung aller behandlungsbedürftigen Personen (Screening),*
3. *Maßnahmen zur Verkürzung der diagnostischen Intervalle (Früherkennung, Normenänderung für die Definition der Behandlungsbedürftigkeit),*
4. *Veränderungen der therapeutischen Indikationsentscheidung (z.B. Behandlung gesunder Risikoträger),*

³⁰ Zur Debatte um den PSA-Test siehe [http://www.gesundheitsinformation.de/artikel-darmkrebs-frueherkennung.797.de.html?bab\[subpage_id\]=0-1-1](http://www.gesundheitsinformation.de/artikel-darmkrebs-frueherkennung.797.de.html?bab[subpage_id]=0-1-1); http://www.igel-monitor.de/Igel_A_Z.php?action=view&id=57 oder auch <http://www.aok.de/portale/bundesweit/psa/content/entscheidungshilfe-psa,kontroversen-psa-test.html>, (28.01.2014).

5. *Veränderungen des therapeutischen Intervalls (z.B. durch die Festlegung von Normen der Mindestdauer therapeutischer Begleitung chronisch Kranker).*³¹

*„Alle diese möglichen und in Richtung Intensität sowie qualitativer Bedeutung variierenden Veränderungen des Bedarfs lassen sich auf einige wenige Ursachen zurückführen. Diese werden die Bewegungsfaktoren des Bedarfs genannt und umfassen demografische, epidemische, präventive, medizinische und soziale Ursachen.“*³²

2.5 Wettbewerb im Gesundheitswesen

Ausgangspunkt ist die Knappheit. Knapp sind für die Wirtschaftssubjekte die begrenzten Mittel, verglichen mit den vielfältigen Bedürfnissen zu deren Befriedigung sie verwendet werden könnten (Robbins 1935). Das Knappheitsproblem wird in der Wirtschaft zumeist in einem bestimmten Rahmen durch den Marktmechanismus selbst gelöst. Bei Gesundheitsgütern funktioniert der Marktmechanismus allerdings nur begrenzt: Aufgrund von Marktversagen (in Deutschland liegt eine öffentliche Finanzierung vor) und vorherrschenden gesellschaftlichen und sozialen Gerechtigkeitsüberlegungen ist die Übertragung eines reinen Markt- und Wettbewerbs-Konzeptes aus der Wirtschaft auf das Gesundheitswesen mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. Die politischen Debatten und Reformen der letzten Jahre zeigen auf, dass die Ressourcen des Gesundheitssystems seit längerer Zeit nicht mehr ausreichend sind, um dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem demografischen Wandel adäquat entgegen zu können. Der Knappheitsaspekt im Gesundheitswesen wurde noch vor ein paar Jahren aufgrund der hohen Wertschätzung des Gutes Gesundheit in der Gesellschaft und der jahrelang guten gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nur nachrangig betrachtet.

Es ist nicht geboten, Markt und Wettbewerb generell zu verneinen, sondern es kommt darauf an, das Konzept adäquat an die Besonderheiten von Gesundheitsversorgung und sozialer Krankenversicherung zu adaptieren. Erste Überlegungen dazu stammen von Alain Enthoven, der 1978 in den USA eine „National Health Insurance based on Regulated Competition in the Private Sector“ vorschlug. Ein paar Jahre später wurde das Konzept „Managed Competition“ genannt (Enthoven 1988). Die Ziele von „Regulated Competition“ liegen darin, die

³¹ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 105.

³² Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 105.

Effizienz, Qualität und Präferenzgerechtigkeit der Versorgung zu sichern bzw. zu erhöhen sowie deren Finanzierbarkeit zu gewährleisten, und zwar die Finanzierbarkeit für die Gesellschaft als Ganzes als auch für den Einzelnen. In Deutschland wurde die Diskussion über Kassenwettbewerb seit den 1980er Jahren geführt. Eine Fokussierung auf die Nutzung des Wettbewerbs als Steuerungsinstrument der Gesundheitsversorgung begann wesentlich allerdings erst in den 1990er Jahren. Wettbewerb ist grundsätzlich als eine Rivalität zwischen verschiedenen Akteuren zu sehen, die etwas haben wollen, was nicht alle gleichzeitig haben können (Stigler 1987). In der Trias - *Krankenversicherung, Leistungserbringer und Versicherte* - kann es jeweils zwischen zwei Parteien einen (eigenständigen) Wettbewerb in einem Gesundheitssystem geben. Dem System wird zudem nicht unbegründet ein hoher Grad an Komplexität und Intransparenz nachgesagt. Damit Wettbewerb in sozialen Krankenversicherungssystemen diesen Zielen dienen kann, müssen mehrere Voraussetzungen erfüllt werden.

„Die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen hat seit Jahren eine solide politische Hegemonie. Sie wurde Anfang der 1980er Jahre nach der Ablösung der sozial-liberalen Koalition durch die schwarz-gelbe Regierung salonfähig, nachdem Helmut Kohl die Parole von der ‚geistig moralischen Wende‘ ausgegeben hatte. Eines ihrer Kernstücke war die Deregulierung des Sozialstaats. Seither kommt kaum eine Stellungnahme von nicht immer sachkompetenten Politikern oder Publizisten zur Gesundheitspolitik ohne die mit Gewissheit verkündete Phrase aus, im Gesundheitswesen müsse mehr Wettbewerb herrschen. Nur so könne das verknöcherte System von monopolistischen Verbänden der Leistungserbringer und in Bewegungslosigkeit verharrenden Krankenkassen aufgemischt und zu einem versicherten- und patientenfreundlichen System getrimmt werden.“³³

Wettbewerb im Gesundheitswesen wird häufig mit einer Reihe von Vorteilen assoziiert. Das Bundesgesundheitsministerium konstatiert:

„Ziel der christlich-liberalen Regierungskoalition ist es, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu stärken, denn mehr Wettbewerb nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen steht für eine bessere medizinische Qualität, mehr Effizienz, geringere Kosten sowie weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen, muss sich der Wettbewerbsgedanke in allen Bereichen des Gesundheitswesens stärker durchsetzen: zwischen den Krankenkassen,

³³ Vgl. Reiners, H. (2011), S. 193.

*zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern - insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern.*³⁴

Die benannten Vorzüge des Wettbewerbs sind empirisch nicht wirklich gut belegt. Im Gegenteil: Eine aktuelle Metaanalyse von Studien aus den USA und Europa (mehrheitlich Großbritannien) zeichnet ein vollkommen anderes Bild.³⁵ Die britische Health Foundation kommt in ihrer Metastudie zusammengefasst zu folgenden Feststellungen hinsichtlich der Wettbewerbsauswirkungen im Gesundheitswesen:

- Klinische Ergebnisse verschlechtern sich tendenziell (Qualitätsverlust);
- Der Zugang zu medizinischer Versorgung wird erschwert;
- Auf Anbieterseite kann Wettbewerb zu Kostensenkungen und Effizienzsteigerungen führen. In Bezug auf Preisbildung und Makroökonomik bleibt Wettbewerb ohne Auswirkungen;
- Die Zufriedenheit der Patienten kann steigen;
- Der Grad an Professionalisierung nimmt ab. Dies betrifft in besonderer Weise die Arbeitszufriedenheit und interne Kooperation;
- Wettbewerb führt zu einer zunehmenden Fragmentierung der Angebote und Anbieter, er befördert die Risikoselektion und die Tendenz zur Privatisierung und Konzernbildung.

Thesenartig ließe sich somit formulieren: Die Forderung nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen führt zu einer Überbetonung mikroökonomischer Effizienz bei gleichzeitiger Schwächung der Versorgungseffektivität respektive Versorgungsqualität und Gesamteffizienz. Die vorliegenden Abschnitte sollen das Themenfeld Wettbewerb in der GKV näher beleuchten.

³⁴ Vgl. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/herausforderungen/wettbewerb.html>, (2.1.2013).

³⁵ Vgl. The Health Foundation. Inspiring Improvement: "Competition in Healthcare" Research Scan April 2011, www.health.org.uk/, (25.2.2013).

2.5.1 Steuerung durch Wettbewerb

Unregulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen würde einige sozial und rechtlich unerwünschte Effekte erzielen und vor allem einen größer werdenden Anteil von Menschen vom Zugang zu medizinischer Versorgung ausschließen. Wettbewerb in dieser Form führt daher regelhaft zu einer Erhöhung der steuerfinanzierten Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung. In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist der Staat ein äußerst bedeutsamer Marktteilnehmer gleichzeitig aber auch dessen rechtlicher Regulierer. Es ist offensichtlich problematisch, einen Marktteilnehmer zum Überwachungsorgan und Finanzier zu machen. Die USA werden stets als Musterbeispiel für die Auswirkungen des Wettbewerbs unter Marktbedingungen mit seiner ausufernden Bürokratie (30% und mehr des Umsatzes mancher Versicherungen) und Ineffektivität und Ineffizienz auf Makroebene herangezogen.

Prinzip des Wettbewerbs ist es daher, dass sich mindestens zwei Akteure um einen Wettbewerbsvorteil bemühen. Dieser Wettbewerbsvorteil (Vergrößerung des Marktanteils, Schaffung eines neuen Marktes, Ausschaltung von Konkurrenz) geht in seinen Folgen in der Regel weit über die akklamierten Ziele hinaus, muss also auch hinsichtlich aller Folgen für von Hilfe Abhängiger beurteilt werden. Damit unterliegt auch der Wettbewerb als Methode selbst den Regeln des Vergleichs zu anderen Steuerungsmethoden, muss sich also selbst im Wettbewerb bewähren. In Gesundheitssystemen kann Wettbewerb wie folgt wirksam werden:

1. Die Ausgestaltung aller wesentlichen Risikoabsicherungen, Leistungszugänge und -gewährungen sowie der Versorgungsprozesse und -strukturen werden dem Wettbewerb überlassen.
2. Die innerinstitutionelle Leistungserbringung sowie Struktur- und Prozessoptimierung wird mit wettbewerbslichen Anreizsystemen (Benchmarks, Zielvereinbarungen etc.) flankiert.

Ein allgemeiner Wettbewerbsnutzen wäre gegeben, wenn die Zugänglichkeit durch den Wettbewerb verbessert würde, die Effektivität der am individuellen und nach objektiven Bedarfskriterien zu beurteilenden Versorgung zunähme und die makroökonomische Effizienz des Ressourceneinsatzes maximiert würde. Dabei wird sich Wettbewerb als Methodik der Versicherungs- und Versorgungsorganisation immer auch auf Sonder- und Teilziele beziehen müssen. Diese sind im Wesentlichen der Wettbewerb um einzelne Versicherte, um Preise und Umsätze,

Verträge und Patienten, um Anbieter von Versorgungsstrukturen und -institutionen und der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um Preis- und/oder Umsatzvorteile.

Bei den wirtschaftlich Handelnden verbindet sich mit der Steuerung des Systems der Krankenversicherung und -versorgung über den Wettbewerb im Allgemeinen die folgende Erwartung: Alle Anbieter von Leistungen konkurrieren um eine definierte Menge nachgefragter Leistungen jeweils mit dem Ziel, die Produktivität der durch sie erbrachten Leistungen zu maximieren. Dabei nutzen sie als Wettbewerbsargumente vor allem die beständige Preisabsenkung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Unterstellt wird zudem, dass eine Vielzahl von Wettbewerbern auf hinreichend großen Märkten die Entstehung marktbeherrschender, den Wettbewerb wieder ausschließender Stellungen eines oder weniger Anbieter(s) verhindern würde. Der Wettbewerb könne dabei wegen des Druckes zur fortlaufenden Integration möglichst vieler Wertschöpfungsebenen nahezu idealtypisch auch die notwendige inhaltliche Integration von Leistungen in einer einheitlichen Leistungskette sichern.

An den Wettbewerb wird damit die allgemeine Erwartung gerichtet, er befördere die Befriedigung von Kundeninteressen (Effektivität), optimiere den Ressourcenverbrauch und seine Allokation (Effizienz), fördere die Entwicklung des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts bei niedrigen Kosten, erzwingen leistungsgerechte Erlöse und bewirke eine hohe Flexibilität der Anbieterstrukturen und der Versorgungsprozesse bei sich ändernder Nachfrage.

Für Versorger verbindet sich mit dem Wettbewerb auch die Erwartung, dass die Mitarbeiter und/oder die Fachabteilungen, getragen von einer Unternehmensphilosophie, mit- und gegeneinander Wettbewerb treiben würden, um jeweils die besten Teilergebnisse im Interesse des Unternehmens zu generieren.

Aus der Perspektive einer humanen Dienstleistung interessieren dagegen vor allem die Folgen für die Patientenversorgung. Diese Folgen hängen, so wie dies alle Wettbewerbsmodelle auch unterstellen, maßgeblich von den jeweiligen, sich also auch immer wieder ändernden Interessen der Akteure, den Eigenschaften der gesundheitsbezogenen und speziellen medizinischen Dienstleistungen sowie der Kontroll- und Steuerungsfähigkeit des Gesundheitsmarktes ab.

Weitestgehende Einigkeit besteht darin, dass sich medizinische Dienstleistungen von sonstigen Dienstleistungen und Produktionsprozessen erheblich unterscheiden. Ob bzw. inwieweit Gesundheitsversorgung über den Wettbewerb zweck-

dienlich gesteuert werden kann, ist deshalb seit jeher Gegenstand vielfältiger Untersuchungen. Die grundsätzlichen Kritiken folgen dabei ökonomisch-theoretischen wie auch empirischen Erfahrungen.³⁶³⁷³⁸³⁹⁴⁰

Ein zentrales Problem ist die makroökonomische Unwirtschaftlichkeit des Wettbewerbs, da die Eigenart medizinischer Versorgungsleistungen diese eben nur begrenzt marktfähig macht (Marktversagen).

Auf betriebswirtschaftlicher (mikroökonomischer) Ebene sind hingegen mindestens drei Vorteile des Wettbewerbs herauszustellen:

1. Wettbewerbskonzepte, die zu einer Optimierung der Versorgungsprozesse führen, vermögen die Betriebskosten zu optimieren (Prozessvorteil).
2. Wettbewerbskonzepte, die zu einer Angebotsselektion führen, generieren Rationalisierungsvorteile (Angebotsvorteil).
3. Wettbewerbskonzepte, die zu einer Effektivitätsoptimierung aus der Sicht der Kunden, bzw. Kostenträger führen, generieren Umsatzvorteile (Kassenvorteil).

Die wichtigste Frage lautet dann, worin der Prozessvorteil, der Angebotsvorteil und der Kundenvorteil jeweils liegen. Während diese Vorteile für die Prozessoptimierung leicht nachzuvollziehen sind, werden die Interessengegensätze von Kunden (Kostenträger), Leistungsanbietern, Leistungserbringern und Patienten schwierig zu beherrschen sein. Das gilt besonders für die Angebotsselektion (Portfolioprofilierung, Spezialisierung), die schnell in den Widerspruch zu den Bedürfnissen einer flächendeckenden und allgemein zugänglichen Grundversorgung geraten kann.

Sofern Wettbewerb aus wirtschaftlichen und politischen Interessen dennoch ein wichtiger Steuerungsmechanismus ist, ist eine fortschreitende und umfassende Regulation des Wettbewerbs unausweichlich. Dies führt zu neuen Kostenarten, die bei sinkender Effizienz des Gesamtsystems gleichzeitig zur Absenkung der Effektivität führen. Das wichtigste Beispiel gibt hierfür das Versorgungssystem

³⁶ Vgl. Herder-Dornreich, P. (2000).

³⁷ Vgl. Krugman, P. (2000).

³⁸ Vgl. Krugman, P. (2005a).

³⁹ Vgl. Krugman, P. (2005b).

⁴⁰ Vgl. Krugman, P., Wells, R. (2006).

der USA. Mit weltweit unvergleichbar hohen Pro-Kopf-Ausgaben und oft beispielhafter mikroökonomischer Effizienz gelingt es nicht, eine angemessene Versorgungseffektivität und Gesamteffizienz zu gewährleisten.⁴¹

2.5.2 Wettbewerb zwischen Kostenträgern

Konkurrieren Krankenkassen darum, Nutzen zu stiften, so wird schon allein durch die Existenz konkurrierender Kostenträger eine gewaltige Kraft zum Vorteil der Versicherten freigesetzt.“

- Michael E. Porter

2.5.2.1 Hintergrund

Die Gesundheits- und Sozialpolitik hat in den letzten Jahren zunehmend versucht, wettbewerbliche Elemente in die GKV zu integrieren. Dies zeigte sich beispielsweise durch das Gesundheitsstrukturgesetz (1992, Stichwort: „freie Kassenwahl“), das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (2007, Stichwort: „Öffnung und Fusionen“) oder das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2012, Stichwort: „zusätzliche Satzungsleistungen“). Die Folge davon war, dass in den letzten Jahren eine Intensivierung des Wettbewerbs durch zahlreiche Reformzyklen, die weitere Konzentrations- und Selektionsprozesse nach sich zogen, stattgefunden hat. So wurde durch die Einführung der Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen gemäß § 171b SGB V zum 1. Januar 2010 und einen gleichzeitig intensivierten Wettbewerb aufgrund der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum 1. Januar 2009 sowie den Wegfall des bis Ende 2008 bestehenden Risikopools⁴² zur teilweisen Abfederung von Hochkostenfällen innerhalb des Versichertenbestandes einer Krankenkasse eine Welle von Krankenkassenfusionen ausgelöst. Mithilfe dieser Maßnahmen sollte unter anderem das von der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Jahr 2009 formulierte politische Ziel „30-50 Krankenkassen in Deutschland“ erreicht werden.

⁴¹ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 146 ff.

⁴² Über den im Jahr 2002 eingeführten Risikopool wurden versichertenbezogene Leistungsausgaben oberhalb eines Schwellenwertes (im Jahr 2022: 20.450 €) zu einem Anteil von 60 % ausgeglichen. Im Jahr 2010 hätte dieser Schwellenwert unter Berücksichtigung der unter § 269 SGB V definierten dynamischen Fortschreibung bei 21.955,70 € gelegen. Berücksichtigt wurden dabei die Hauptleistungsbereiche stationärer Ausgaben, Arzneimittelausgaben, Sachkosten für Dialysebehandlungen und Krankengeldzahlungen.

Spätestens als die ersten Krankenkassen im Jahr 2010 einen Zusatzbeitrag erhoben, wurde eine Welle von Krankenkassenwechslern verzeichnet.⁴³ Von medialem Interesse begleitet, wurde im Jahr 2011 die erste Krankenkasse in Folge einer Insolvenz geschlossen. Ab dem Jahr 2012 schütteten einige Krankenkassen aufgrund ihrer guten wirtschaftlichen Lage Prämien an die Mitglieder aus mit dem zusätzlichen Ziel, wechselwillige „gute Risiken“ anzulocken. Der Wettbewerb scheint also in der bis dato „heilen Kassenwelt“ angekommen zu sein.

Krankenversicherungen besitzen drei Instrumente, um miteinander in Wettbewerb zu treten: Risikoselektion, Menge bzw. Marktanteile und Wahlleistungen. Jeder dieser Mechanismen birgt für sich das Potenzial einen Wettbewerbsvorsprung gegenüber einem Konkurrenten zu erzielen. Selektivverträge über ein begrenztes Spektrum an versicherten Risiken stehen im (Kosten-)Wettbewerb mit der GKV, die eine große Bandbreite an Risiken einer „durchschnittlichen“ Population zu durchschnittlichen Versicherungsprämien absichert. Unter Wettbewerbsbedingungen versuchen Versicherungen Besserverdiener oder überdurchschnittlich Gesunde als Versicherte zu gewinnen. Oft treffen beide Kriterien zusammen, da sie in einer kausalen Beziehung zueinander stehen. Diese Selektionsstrategie steht in Widerspruch zu dem Konzept einer öffentlichen und sozialen Versicherung. Der Wettbewerb profitorientierter Versicherungen um möglichst hohe Marktanteile und Gewinne zielt darauf ab, möglichst gut verdienende und gesunde Versicherte zu haben. Der potenzielle Versichertenkreis ist begrenzt. Wegen der mit dem Alter der Versicherten tendenziell steigenden Ausgaben steigen die Versicherungsprämien privater Versicherer im Alter oft in dramatischer Weise. Wenn es diesen privat Versicherten verwehrt ist, in die Gesetzliche Krankenkasse zurückzukehren, kann der Wettbewerb um junge, gutverdienende und gesunde Menschen sowohl für die Versicherer wie auch die Versicherten negative Folgen haben. Die meisten Experten teilen die Auffassung, dass Wettbewerb unter privaten Versicherungen zuallererst voraussetzt, dass universelle Absicherung und Zugang begrenzt und Risikoselektion erlaubt werden müssen. Allerdings gibt es auch einige Versuche, Sozialversicherungen wettbewerblichen Bedingungen zu unterwerfen. Dies geschieht üblicherweise in der Form, dass Geld der Versichertengemeinschaft für Marketing und solche Leistungen verwendet wird, deren Wirksamkeit nicht belegt und die weder notwendig noch angemessen sind.

⁴³ Vgl. Matusiewicz, D., Kochanczyk, M., Wasem, J., Lux, G. (2012).

Im Spannungsfeld zwischen Solidarität und Wettbewerb bleiben allerdings viele offene Fragen, wenn man über den „Wettbewerb in der GKV“ spricht. Dabei kommt man zwangsläufig zu folgenden Fragestellungen: Was bedeutet überhaupt Wettbewerb in der GKV? Was sind die Voraussetzungen für Wettbewerb? Welche Rolle kommt den einzelnen Managementbereichen (Unternehmensführung, Finanzmanagement, Informationsmanagement und Controlling, Marketing etc.) zu? Und vor allem: Wie viel Wettbewerb ist in einem System möglich und sinnvoll, in dem die Finanzströme klar festgelegt sind, ein Großteil der Leistungen weitestgehend vereinheitlicht ist und die Differenzierungsmöglichkeiten nahezu ausgeschöpft erscheinen? Ist die derzeitig dreistellige Anzahl von Krankenkassen aus wettbewerblicher Sicht gerechtfertigt und ökonomisch sinnvoll?

2.5.2.2 Voraussetzungen für Wettbewerb

Wasem benennt und bewertet die folgenden Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb in der GKV:⁴⁴

- Freie Wahl der Krankenkasse durch die Versicherten
(Abstimmung der Versicherten mit den Füßen; regelmäßige Wechselmöglichkeit)
→ Voraussetzung erfüllt
- Information und Markttransparenz für die Konsumenten
(Konsument braucht Preis- und Qualitätswettbewerb mit relevanten, gültigen, verlässlichen und verständlichen Informationen)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt
- Preis- und Kostensensitivität nach Versicherungsschutz und Gesundheitsleistungen
(Beiträge müssen preissensitiv sein, keine Ausgabenausgleiche für Krankenkassen, Leistungserbringer müssen finanzielle Konsequenzen von erhöhtem Ressourcenaufwand verantworten)
→ Voraussetzung erfüllt
- Bestreitbare Versicherungs- und Gesundheitsmärkte
(Ein- und Austrittsbarrieren im Krankenversicherungs- und Gesundheitsmarkt sind zu vermeiden (Eröffnung neuer Krankenkassen, Verlangsamung Marktaustritt durch Subventionen)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt

⁴⁴ Vgl. Wasem, J. (2011).

- Vertragsfreiheit für einzelne Kassen und Leistungserbringer
(hinreichende Freiheiten zum selektiven Kontrahieren; Möglichkeiten der Krankenkasse Vorsorgeleistungen in Eigeneinrichtung selbst zu erbringen)
→ Voraussetzung nicht erfüllt
- Effektive Wettbewerbsregulierung bezüglich Krankenversicherern und Leistungserbringern
(Wettbewerbsaufsicht muss wettbewerbsfeindliche Fusionen, Kartelle und missbräuchliche Marktmacht unterbinden)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt
- Risiko- und Einkommenssolidarität ohne Anreize zur Risikoselektion
(Umverteilungsbeiträge zugunsten kranker und geringverdienender Versicherter; keine Anreize zur Risikoselektion)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt
- Keine Anreize für Versicherte/Patienten zum Trittbrettfahren
(Nicht-Zahlen von Beiträgen darf sich nicht lohnen)
→ Voraussetzung erfüllt
- Effektive Qualitätssicherungspolitik
(Patienten sind vor nicht qualitätsgesicherten Leistungen zu schützen; Mindeststandards für alle Marktteilnehmer)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt
- Effektive Qualitätssicherungspolitik
(Leistungen in verträglicher Entfernung und akzeptabler Zeit; Interventionsmöglichkeiten des Staates bei Gefährdung - z.B. regionaler Unterversorgung)
→ Voraussetzung teilweise erfüllt

2.5.2.3 Risikoselektion

Bei Krankenkassen mit Kontrahierungszwang und nicht risikoäquivalenten, einkommensabhängigen Beiträgen bestehen Anreize zur Risikoselektion. Die aktive Selektion von Versicherten ist ex lege verboten. ABER: Es kann die Selbstselektion der Versicherten unterstützt werden (gezielte Ansprache besonderer Personengruppen, bei Kündigungen „besondere“ Rückhol-Anstrengungen vorzunehmen, Kann-Leistungen zu erstatten, Bonus- und Selbstbehaltmodelle anzubieten) mit dem Ziel die „guten Risiken“ an sich zu binden. Auf der Ebene der Versichertengruppen stellen „Gesunde“ weiterhin die attraktivste Personengruppe

dar. Die Deckungsquote für diese Versicherten liegt bei 110,2%⁴⁵; bei multimorbiden Versicherten mit mindestens vier Morbi-RSA-relevanten Erkrankungen bei 94,4%.⁴⁶ Aus gesellschaftlicher Perspektive ist die Risikoselektion eine Ressourcenverschwendung und widerspricht zudem dem Solidaritätsgedanken.

2.5.2.4 Wettbewerb und Morbi-RSA

Der Beitragssatz war ehemals wichtigstes Differenzierungsmerkmal im Kassenwettbewerb. Die Beitragsunterschiede bei den Krankenkassen waren in diesem Zusammenhang ein zentraler Wettbewerbsparameter. Die Krankenkassen sind seit Einführung des Morbi-RSA/Gesundheitsfonds ab 2009 mit einer völlig neuen Einnahmesituation konfrontiert, da die GKV-weiten Beitragseinnahmen über einen bundeseinheitlichen Beitragssatz festgelegt sind. Die Krankenkasse fungiert dabei lediglich als Beitragseinzugsstelle und leitet die Beitragseinnahmen ihrer Mitglieder direkt an den Gesundheitsfonds weiter. Die Zuweisungen der jeweiligen Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds werden dann über den Morbi-RSA auf Basis der Morbiditätsstruktur des kassenspezifischen Versichertenbestandes definiert.

Der Krankenversicherungsmarkt ist zum Schutz vor sozialer Benachteiligung zudem stark reguliert. „Risikozuschläge“ für „schlechte Risiken“ oder gar eine Ablehnung der Versicherung dieser sind verboten. Der Morbi-RSA wurde als zentrales Instrument zur Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen im Krankenkassenwettbewerb eingeführt.⁴⁷ Dieses Instrument entstand nach einer intensiven Diskussion über die Funktion und Zielgenauigkeit des „alten“ Risikostrukturausgleichs (RSA), wobei zwei zentrale Argumente für den Morbi-RSA angeführt wurden: 1. Die bisherigen Ausgleichsfaktoren (i.w. Alter und Geschlecht) waren nicht ausreichend, um die Varianz in den Ausgaben zu erklären. 2. Die Höhe der Beitragssätze war primär von der Versichertenstruktur (nicht Wirtschaftlichkeit der Krankenkasse) abhängig. Es gab wenig Anreize für die Versorgung chronisch Kranker, da diese im alten System negative Deckungsbeiträge erzielten. Die Idee der RSA-Weiterentwicklung war nicht neu. Bereits im Rahmen der Einführung des RSA im Jahr 1994 wurde darüber diskutiert, ob die Morbidität neben den

⁴⁵ Unter „Gesunden“ werden an dieser Stelle alle Versicherten ohne Morbi-RSA-relevanter Erkrankung verstanden; diese Versicherten können somit durchaus Erkrankungen außerhalb der Definition von zuschlagsfähigen kostenintensiven und chronischen bzw. schwerwiegenden Erkrankungen aufweisen.

⁴⁶ Vgl. Drösler, S. et al. (2011).

⁴⁷ Und ist gleichzeitig einer der stärksten Wettbewerbseingriffe

soziodemografischen Merkmalen in dem Modell Berücksichtigung finden sollte. Der „neue“ Morbi-RSA sollte sowohl Anreize für ein Engagement in die Versorgung chronisch Kranker schaffen als auch systematische Vor- und Nachteile, die allein auf differierenden Morbiditätsstrukturen des Versichertenbestandes beruhen, egalisieren. Im Morbi-RSA gibt es Gewinner und Verlierer. Grundsätzlich war zu vermuten, dass durch die detailliertere Ausgestaltung des RSA insbesondere Krankenkassen mit überdurchschnittlicher Morbidität profitieren und solche mit tendenziell geringer Morbiditätslast ihre Wettbewerbsvorteile in Zeiten kassenindividueller Beitragssätze verlieren würden. Tatsächlich ist es jedoch so, dass es auf beiden Seiten Gewinner und Verlierer gibt. Während sich bei einigen Krankenkassen vor allem regionale Faktoren, wie unterschiedlich hohe Kosten-niveaus in der Patientenversorgung oder aber unterschiedliches regionales Inanspruchnahme-Verhalten, auf die Kostenstruktur auswirken, wirkt sich bei anderen Kassen anscheinend vor allem die spezifische Versichertenstruktur positiv oder negativ auf die Wettbewerbsfähigkeit aus. Im alten RSA-System sollte der Wettbewerbsnachteil von Krankenkassen, mit einer Vielzahl an überdurchschnittlich kostenintensiven Versicherten, durch einen Risikopool kompensiert werden. Anreize auf die Kostenentwicklungen von Hochkostenfällen bzw. potenziellen Hochkostenfällen Einfluss zu nehmen sollten reduziert bzw. abgebaut werden. Auf der anderen Seite bestand eine höhere finanzielle Planungssicherheit. Insbesondere Krankenkassen mit weniger als 500.000 Versicherten konnten das Risiko eines Hochkostenfalls vor der Einführung des Morbi-RSA nur schwerlich mit eigenen Mitteln kompensieren. Die Abschaffung des Risikopools verschärfte den Wettbewerb, indem Anreize geschaffen wurden, die Kostenentwicklung von Hochkostenfällen zu beeinflussen oder sogar präventiv Hochkostenfälle zu vermeiden. Zusätzlich wurde ein entsprechender Fusionsdruck mit dem Ziel aufgebaut, die Anzahl der Krankenkassen zu verringern und damit die Wirtschaftlichkeit mit Blick auf Rationalisierungsmaßnahmen zu erhöhen. Es bleibt abzuwarten, ob die noch bestehenden Verzerrungen reduziert und damit positive Impulse für einen funktionierenden Wettbewerb gesetzt werden können.⁴⁸

2.5.2.5 Wettbewerb und Zusatzbeitrag bzw. Prämien

Gleichzeitig sehen sich Krankenkassen mit einer drohenden Unterfinanzierung des Gesamtsystems und einer politisch gewollten Entkoppelung der Gesundheitsausgaben von den Lohnnebenkosten konfrontiert. Künftige Defizite sollen durch die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages ausgeglichen

⁴⁸ Vgl. Dahl, H., Lux, G., Matusiewicz, D. (2012).

werden. Der Zusatzbeitrag ist als Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln der Krankenkassen konzipiert worden und stellt eine einkommensunabhängige Finanzierungskomponente dar. Ziel ist es, den Wettbewerb in der GKV anzuregen. Neben dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit hat der Zusatzbeitrag eine starke psychologische Wirkung auf das Management gesetzlicher Krankenkassen. Die Vermeidung eines Zusatzbeitrages wird in der öffentlich/medialen Diskussion oftmals fälschlich mit einer konsequenten Unternehmensausrichtung und einem erfolgreichen (Kosten-)Management der Krankenkasse gleichgesetzt. In 2010 erhoben insgesamt 16 Krankenkassen einen Zusatzbeitrag. Ab 2012 war mit einer flächendeckenden Umsetzung zu rechnen, die allerdings – unter anderem aufgrund der positiven konjunkturellen Entwicklung und den damit höher als erwarteten Beitragseinnahmen – ausblieb. Derzeit gibt es aufgrund des Überschusses in der GKV keinen Zusatzbeitrag (stattdessen vereinzelt Prämien). Für das Jahr 2020 wurde trotz der derzeit guten wirtschaftlichen Gesamtsituation der GKV bei einem unveränderten bundeseinheitlichen Beitragssatz und Bundeszuschuss von einigen Krankenkassen ein Zusatzbeitrag je Mitglied in Höhe von ca. 80 € prognostiziert. Die Entscheidung zur Erhebung des Zusatzbeitrages lässt sich nicht zwangsläufig mit der Unwirtschaftlichkeit der Krankenkassen oder einem Versagen des Managements begründen. Neben noch bestehenden systematischen Verzerrungen im Morbi-RSA bestimmen insbesondere die historisch gewachsenen Versichertenstrukturen und die Höhe der Finanzrücklagen der einzelnen Krankenkassen den Zeitpunkt der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrages. Während einige Krankenkassen auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen bewusst verzichten, um sich einen kurzfristigen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen, betrachten andere Kassen die Erhebung von Zusatzbeiträgen im Rahmen langfristiger Unternehmensstrategien, als finanzpolitisch risikoärmer und mithin erfolgversprechender.⁴⁹ Zu beachten ist dabei allerdings, dass Krankenkassen von der für sie zuständigen Aufsichtsbehörde bei nicht ausreichender gesetzlicher Mindestrücklage zur Erhebung eines Zusatzbeitrages angehalten werden können. Solange allerdings die meisten Wettbewerber keinen Zusatzbeitrag erheben, wird der Anreiz einer einzelnen Krankenkasse, dies zu tun, gering sein. Dies ist unter anderem mit der starken Wettbewerbsfunktion des Zusatzbeitrages und des mit Erhebung des Zusatzbeitrages bestehenden Sonderkündigungsrechtes der Mitglieder gemäß § 175 Abs. 4 Satz 5 zu begründen. Des Weiteren zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass bei Erhebung eines Zusatzbeitrages insbesondere vorteilhaftere Risiken die Krankenkasse verlassen, während tendenziell negative

⁴⁹ Vgl. Matusiewicz, D., Brueggemann, F., Wasem, J. (2012).

Risiken eine geringere Wechselbereitschaft aufweisen. Somit würde durch den Mitgliederverlust eine weitere Verschlechterung der Wettbewerbsposition einhergehen und zu einer finanziellen Abwärtsspirale führen.

Mit Inkrafttreten 2009 hatte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) den Gesundheitsfonds eingeführt. Die einzelnen Krankenkassen haben damit die (den Wettbewerb problematisch verzerrende) Wahlmöglichkeit erhalten, bei Bedarf einen einkommensabhängigen oder einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Mit Wirkung ab 2011 wurde durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) auf einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag umgestellt. Mit dem Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD im Jahr 2013 sehen die Partner eine erneute Reform der GKV-Finanzierung vor und beabsichtigten, dass Krankenkassen etwaige Zusatzbeiträge obligatorisch einkommensabhängig erheben sollen.

2.5.2.6 Wettbewerb und Kassenwechsel

Seit 1996 besteht für Versicherte in der GKV die Freiheit der Krankenkassenwahl. Von der Möglichkeit eines Krankenkassenwechsels haben in den Jahren 1999 und 2000 etwa fünf Prozent aller Versicherten Gebrauch gemacht.⁵⁰ Auf Grundlage der Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) ergab sich in den Jahren 1997 bis 2004 ein Anstieg der jährlichen Wechselquoten von etwa vier auf sechs Prozent. Seit Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 wurde in den Medien und der Politik von einer regelrechten Wechselwelle gesprochen. Unterschiedlichen Schätzungen zufolge machte rund eine halbe Million Versicherte im ersten Quartal 2010 von ihrem Sonderkündigungsrecht gemäß § 175 Abs. 4 Satz 5 Gebrauch. Näher betrachtet wurden insbesondere gesetzliche Rahmenbedingungen zur Krankenversicherung (Bindungsfristen und Sonderkündigung) und die Wahrnehmung von Unterschieden zwischen den Krankenkassen (wie etwa Beiträge, Leistungen und Service). Die Zufriedenheit der Versicherten wurde sowohl als Gesamtzufriedenheit als auch in Teilaspekten wie etwa Service, Leistungen, Geschäftsstellennetz, Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermittelt. Die Analysen beruhen auf Daten der 20. Befragungswelle des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung im Frühjahr 2012 (n = 1.247). Den besten Informationsstand haben die Befragten bezüglich der Bonusprogramme gefolgt von der Beitragsrückerstattung. Es handelt sich in beiden Fällen um eine monetäre Gegenleistung oder Gegenwerte für gesundheitsbewusstes Verhalten. Der

⁵⁰ Vgl. Schwarze, J., Andersen, H.H. (2001).

Vergleich von Leistungen und Informationen über die verschiedenen Krankenkassen ist nach wie vor als schwierig bewertet worden. Die Ergebnisse der multivariaten Modelle haben gezeigt, dass die Wechselbereitschaft mit Altersklassen korreliert (Versicherte mittleren Alters haben eine höhere Wechselbereitschaft als Versicherte in höheren Altersklassen). Als signifikante Einflüsse auf die Wechselbereitschaft konnten identifiziert werden:

- die Gesamtzufriedenheit mit der Krankenkasse
- die Zufriedenheit bezüglich der Geschäftsstelle in der Nähe
- die Altersklassen
- die Einschätzung, dass ein Wechsel mit viel formalem Aufwand verbunden ist
- die Zustimmung zur Aussage: »Langjährig Versicherte erhalten mehr Leistungen«

Die Ergebnisse sind vor diesem Hintergrund relativierend zu bewerten – die gleiche Analyse in einer Phase vermehrter Zusatzbeitragserhebungen könnte durchaus erheblich anders ausfallen.⁵¹

2.5.2.7 Wettbewerb und Management gesetzlicher Krankenkassen

Für das Management gesetzlicher Krankenkassen ergaben sich als Folge des zunehmenden Wettbewerbs in der GKV tiefgreifende Veränderungen. Aus Sicht der Kassen ergab sich nunmehr die Notwendigkeit betriebswirtschaftlichen Handelns und moderner Unternehmensführung. Die gesetzlichen Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts waren angehalten, sich innerhalb kurzer Zeit von „Verwaltungsbehörden“ mit Mitgliedern hin zu Wirtschaftsunternehmen mit Kunden zu entwickeln, was heute auch ihrem eigenen Selbstverständnis entspricht. Es gibt nach wie vor Forschungs- und Nachholbedarf was das Management gesetzlicher Krankenkassen angeht. Wettbewerbsvorteile können durch ein zielgerichtetes Management (Vision, Strategie, Controlling, Marketing, Versorgungsmanagement) ausgebaut werden. Die Akademisierungsquote in der GKV dürfte in den letzten Jahren angestiegen sein, was die Professionalisierung der Unternehmensführung begünstigt haben dürfte. Dies spiegelt sich ebenfalls in der Literatur wider. Man mag diese Entwicklung in der Sache kritisch betrachten, gleichwohl ist sie eine unbestreitbare Tatsache.

⁵¹ Vgl. Matusiewicz, D., Kochanczyk, M., Wasem, J., Lux, G. (2012).

2.5.2.8 Ausblick

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird unweigerlich zu weiteren Konzentrations- und Selektionsprozessen führen. Aus ökonomischer Sicht mag dies durchaus sinnvoll erscheinen, da der Theorie nach der Wettbewerb in einem Oligopol am größten ist.⁵² Nach dem Ökonomen und Sozialphilosophen Friedrich August von Hayek ist Wettbewerb als ein ständiges Such- und Entdeckungsverfahren zu verstehen - dies widerspricht dem eher ruhigen Fahrwasser der letzten Jahre in der GKV, aber ist notwendig, um den Markt neu zu justieren.

Zunehmend kürzere Reformintervalle, Konzentrationsprozesse und das Schreckgespenst „Zusatzbeitrag“ fordern eine strategische Ausrichtung von Krankenkassen. Bis dato gibt es seitens des Gesetzgebers keine stimmige Wettbewerbskonzeption – auch wenn die letzten Reformen eine eindeutige Tendenz erkennen lassen. Die Wettbewerbsvoraussetzungen und -ausgestaltungen für einen „fairen“ Wettbewerb (Ausgleichsmechanismen wie Morbi-RSA, freie Kassenwahl und Möglichkeit des Kassenwechsels) sind teilweise erfüllt.

Zu erwarten sind

- eine weitere Spezifizierung und Ausweitung der Zielgenauigkeit des Morbi-RSA als Ausgangsbasis für gleiche Chancen der Kassen im Wettbewerb;
- ein weiterer Ausbau selektiver Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (wobei Krankenkassen steuernd in die Leistungserbringung „eingreifen“, indem sie wirtschaftliches Handeln der Leistungserbringer belohnen (Potenzial: Abbau von enormen Qualitätsunterschieden));
- eine stärkere Leistungsdifferenzierung durch Zusatzleistungen (z.B. Homöopathie) .

Wettbewerb sollte allerdings nicht primär über den Preis, sondern über Leistungen und Service stattfinden. Versicherte sollten sich schnell, verlässlich und objektiv über die Unterschiede zwischen den Krankenkassen informieren können. Ein höherer Informationsgrad bedeutet eine höhere Wechselbereitschaft. Ein Benchmark der Krankenkassen untereinander könnte den Wettbewerb deutlich erhöhen. Regelmäßige standardisierte Berichte (nicht nur über die Finanzlage, sondern über versorgungsrelevante Aspekte) und ein geeignetes Set an Kennzahlen könnten unterstützend wirken. Krankenkassen müssten aufgrund der

⁵² Vgl. Kantzenbach, T.W., Vilmos, V. (1966).

starken Wettbewerbsregulierung auf andere Wettbewerbsparameter ausweichen, die in der nachfolgenden Abbildung zusammengefasst sind:

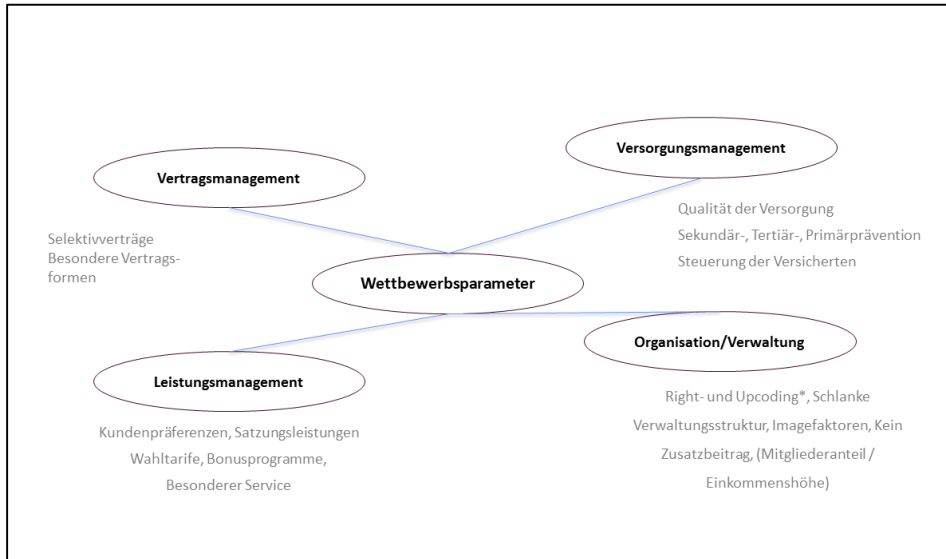


Abbildung 3: Mögliche Wettbewerbsparameter in der GKV

Um den gesetzlichen Anforderungen gerecht zu werden, bedarf es des Weiteren einer effektiven Wettbewerbsregulierung, bei der die Wettbewerbsaufsicht wettbewerbsfeindliche Fusionen, Kartelle und missbräuchliche Marktmacht zu unterbinden hat.⁵³

Auf der Seite der Krankenkassen wird die Tendenz hin zur Transformation in Wirtschaftsunternehmen weiter zunehmen, um Wettbewerbsvorteile in dem gesetzlich vorgegebenen Rahmen zu erzielen. Es bleibt letztlich abzuwarten, welchen Spielraum der Gesetzgeber in Zukunft einräumen wird, um mehr als „etwas Wettbewerb“ in der GKV zuzulassen.

Zu beachten ist hierbei auch das Europarecht. Die europäische Wettbewerbskommission hat unlängst erklärt, dass sie einen Wettbewerb „light“ in der GKV nicht tolerieren werde. Folge wäre seitens der EU eine Verpflichtung zu einer weitgehenden Deregulation des Wettbewerbsrechtes in der GKV. Dies könnte den solidarischen Charakter der GKV ernsthaft gefährden.

⁵³ Vgl. Wasem, J. (2011).

2.5.3 Wettbewerb zwischen Leistungserbringern

Es ist eine weit verbreitete Ansicht, dass der Wettbewerb unter den Leistungserbringern der ultimative Weg sei, die Effektivität, die Effizienz und Qualität der Infrastrukturen, der Versorgungsprozesse und -ergebnisse im Gesundheitswesen zu verbessern. Unglücklicherweise sind empirische Belege für diese Behauptung rar und sofern Studien hierzu existieren, unterstützen sie die Annahme nicht wirklich.

Nichtsdestotrotz ist der Wettbewerb unter den Leistungserbringern eine Tatsache. Die Mehrheit der Public-Health-Experten teilt daher die Auffassung, dass es mindestens der folgenden regulatorischen Eingriffe bedarf, um den Wettbewerb zu steuern:

- Gewährleistung allgemeiner Zugänglichkeit zu medizinischer, pflegerischer und rehabilitativer Versorgung
- Umfassende Abdeckung der Gesundheitsrisiken der Bevölkerung
- Freie Arzt- und Krankenhauswahl durch die Patienten
- Purchaser-Provider-Split (Trennung zwischen Kostenträger und Leistungserbringer)
- Vermeidung der Auswahl der Leistungserbringer durch die Versicherungen
- Starke Anti-Korruptionspolitik

Bei Einhaltung dieser Voraussetzungen wird allgemein angenommen, dass Wettbewerb die Produktivität und Qualität im Gesundheitswesen zu steigern vermag. Analysten argumentieren aber auch, dass Wettbewerb Anreize setzen würde, die Vergütungen durch einige ausgewählte Angebote zu steigern, während wirtschaftlich unattraktive Angebote vernachlässigt würden. Die Evidenz gibt dieser Aussage Recht. Empirisch belegbar ist auch, dass der Wettbewerb unter den Anbietern die Gefahr des Qualitätsverlustes aufgrund zunehmenden Kostendrucks birgt. Um dieser Gefahr entgegenzuwirken, nimmt die Regulationsdichte stark zu und verursacht zusätzliche Bürokratiekosten. Dabei werden vor allem die Risikoselektions- und Portfoliostrategien der Anbieter kontrovers diskutiert.

Auf der mikroökonomischen Ebene der Anbieter mag die Bewertung der Auswirkung von Wettbewerbsmechanismen anders ausfallen. Hier kann Wettbewerb

1. strukturelle Vorteile (Optimierung der Infrastruktur der Anbieter),
2. Prozessvorteile (z.B. Clinical Pathways),

3. Vorteile im Portfoliomanagement und

4. Qualitätsvorteile (durch Optimierung der Effektivität der angebotenen Dienstleistungen)

haben.

2.5.4 Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs

Die Versorgungsforschung ist u.a. auf die Analyse der sozialen Effektivität von Gesundheitsdienstleistungen und damit auch auf die Folgen des Wettbewerbs gerichtet. Hierbei interessiert zunächst die Frage, ob die Eigenart der Gesundheitsdienstleistungen sowie das große Spektrum der Versorgungsziele den Wettbewerb zu einer adäquaten Methode der Versorgungssteuerung machen können. Das schließt die Frage ein, wo die Grenzen der Wettbewerbsfähigkeit humaner Dienstleistungen liegen oder ggf. politisch zu setzen wären.

Die klassische Wettbewerbsidee geht auf Adam Smith (1723 - 1790) zurück. Smith unterstellt, dass der Eigennutz der Akteure zum Maximierungsstreben ihres Handlungsziels, dem Gewinn, führe. Dies diene zugleich dem Gemeinwohl, da sich über den Markt die Produktion und das Angebot von Gütern nach den Merkmalen Qualität und Preis fortlaufend optimiere. Alle Marktteilnehmer würden so unmittelbar von den ständigen Qualitätsgewinnen und Preissenkungen profitieren. Die Annahme einer beständigen freien Konkurrenz möglichst vieler Anbieter und die fortlaufende Steuerung des Marktes mit dem Ziel der Unterbindung einer marktbeherrschenden Stellung einzelner Marktteilnehmer sind in diesem Sinne die Schlüsselbedingungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs. Dabei wird zugleich unterstellt, dass die Kunden auf einem Markt von hinreichend gleicher Kaufkraft seien oder es zumindest für das Gemeinwohl unschädlich sei, wenn sich die Produktqualitäten über differenzierte Preise der Kaufkraft anpassen.

Die Smith'sche Wettbewerbstheorie lebt also von der Vorstellung einer großen Anbieterzahl an einem Ort (z.B. dem Marktplatz), einem spezifischen Produkt bzw. Produktionsergebnis und der Vermutung, über den Markt würden sich jeweils Preise und Qualität gemäß der Kaufkraft differenzieren. Dieser als dem Gemeinwohl dienlich vermuteten Marktidee sind weitere Annahmen assoziiert. So soll der Wettbewerb innovationsoffensiv wirken, die Produkterneuerung und Distribution sowie die Produktivität maximal erhöhen, Produktionskosten senken und die Plastizität des Marktes gegenüber Nachfrageveränderungen befördern.

Allerdings wird auch auf Risiken hingewiesen, die jenseits wirtschaftswissenschaftlicher Erwägungen im Kontext von Versorgungszielen systematisch bewertet werden müssen, was natürlich zunächst unterstellt, dass solche Ziele existieren und geteilt werden. Zu diesen Risiken des Marktes gehören im Falle medizinischer Dienstleistungen

- die Umsatzorientierung und das fundamentale Marktinteresse an einer beständigen Mengenausweitung,
- das bedarfs- und risikoselektive Verhalten von Märkten,
- die Reziprozität von sozialspezifischem Bedarf und seiner Nachfragefähigkeit,
- die Beherrschbarkeit des Wettbewerbsziels „Gewinn“ durch die Nachfrageseite,
- die Gefahr der Ressourcen- und Qualifikationsvernichtung bei der Inkongruenz von medizinischem Bedarf und Marktinteresse,
- die fortlaufende Zunahme der Steuerungs- und Kontrolldichte, um die Markt Voraussetzungen immer wieder neu herzustellen.

Angesichts der vielfältigen Wettbewerbsbeziehungen zwischen den einschlägigen Forschungsinteressen und Produktentwicklern, den Leistungsanbietern und Leistungserbringern, den Lieferanten von Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln, den versorgungspolitischen Allokationskonflikten (Prävention, Krankenversorgung, Rehabilitation, Pflege), den Kostenträgern, den Versicherten, den Patienten, den regionalen Wirtschafts- und Standortinteressen sind zwei Annahmen gleichermaßen naiv: Der Wettbewerb bei Gesundheitsdienstleistungen sei wegen nicht wünschbarer Wirkungen zu verhindern und er sei wegen wünschbarer Gesamtfolgen gleichsam kontrolliert zu fördern oder zu begrenzen.

Wettbewerbskonzeptionen sind regelmäßig von wirtschaftlichen Erwägungen und Zielen der Teilnehmer besetzt. Sie können deshalb zu anderen Zielen, z.B. sozialen und gesundheitspolitischen, deutlich in Konflikt geraten. Komplizierter wird der Konflikt dadurch, dass die typische Reaktion auf ihn in der Schaffung immer neuer gegenregulierender Anreizsysteme besteht, die sich dann ggf. einzelzielbezogen positiv bewähren, in Bezug auf andere Ziele aber kontraproduktiv wirken und so zu einer systematischen Verzerrung führen. Regelmäßige Folge ist die Forderung nach Deregulierung, die dann wiederum unausweichlich bedarfsselektive Wirkungen hat.

Es gibt deshalb ein beständiges Interesse an der Beantwortung folgender Fragen: Lassen sich konkrete versorgungsbezogene Wettbewerbsziele benennen? Wer benennt die Wettbewerbsziele mit jeweils welcher Legitimation? Welche Wettbewerbsziele setzen sich tatsächlich durch? Lassen sich unerwünschte Wettbewerbsfolgen ohne Destabilisierung des gesamten Versorgungssystems beherrschen?

Es geht folglich um die Definitionsgewalten für Versorgungsziele und um ihre öffentliche Kontrolle. Im Wesentlichen besteht seitens der Gesundheitswissenschaften Einigkeit, dass Gesundheitsdienstleistungen zu Bedingungen des Marktes nur zu organisieren sind, wenn ein großer und wachsender Teil der Gesundheitssicherung durch den Staat übernommen wird. Die Ursache liegt darin, dass Märkte nach Maßgabe der individuellen Kaufkraft zwar nachfragegerecht regulieren, aber nach Maßgabe der individuellen gesundheitlichen Problemlagen nicht bedarfsgerecht reagieren.

Eine hinreichende Übereinstimmung von Nachfrage- und Bedarfsgerechtigkeit kann nur erreicht werden, wenn der Widerspruch zwischen individuellem Bedarf und Kaufkraft aufgelöst wird.

Es ist unstrittig, dass international und zwar einschließlich der reichen Industrieländer, die Spreizung der sozialspezifischen Gesundheitsdefizite zunimmt.⁵⁴ Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass die individuelle Nachfragekraft homogener würde, wenn die Wirtschaftskraft von Staaten wächst.

Der Steuerung der Gesundheitsversorgung durch Wettbewerb wird dennoch eine Reihe von Vorteilen zugerechnet. Entsprechende Annahmen beziehen sich vor allem auf die hohe Plastizität bei der Veränderung von Anbieterstrukturen und Versorgungsprozessen, den beständigen Druck zur Vermeidung von Überkapazitäten, die Machtverschiebung von den Anbietern zu den Käufern, die Begrenzung auf notwendige Leistungsangebote, den fortlaufenden Zwang zur Rationalisierung der Versorgungsprozesse, die unkomplizierte Steuerung durch direkte Produkt-Preis-Relationen, den Übergang von Kollektiv- zu Einzelverträgen, die Differenzierung der Anbieterisiken, die Herausbildung von leistungsselektiven und ergebnisorientierten Anbieterstrukturen, die zielgenaue Kundeninformation durch Produktwerbung, die Integration von Wertschöpfungsketten als Mechanismus zur Überwindung der sektoralen Trennlinien zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege.

⁵⁴ Vgl. Vagerö, D., Illsley, R. (1992), S. 205-214.

Dem stehen allerdings erhebliche kritische Argumente nicht zuletzt von Volkswirten gegenüber, die unter dem Begriff des Markt- und Wettbewerbsversagens zusammengefasst werden. Die wichtigsten sind:⁵⁵

1. Gesundheitsversorgung eignet sich nicht für die klassische Angebot-Nachfrage-Marktwirtschaft, weil sie dem sogenannten Uno-Actu-Prinzip unterworfen ist. Danach fallen Leistungserbringung und -nachfrage zeitlich zusammen, so dass der Nachfrager (hier der Patient) nicht im Vorhinein die Produktqualität prüfen und bewerten, also auch keine Markentscheidung treffen kann.
2. Die Gesundheitsversorgung unterliegt einer sogenannten anbieterinduzierten Nachfragesteuerung. Danach entscheidet der „Verkäufer“ über den Bedarf des „Kunden“. Dieser nach dem Erstbeschreiber auch als Roemer's Law bezeichnete Sachverhalt verhindert grundsätzlich oder zumindest in den dominierenden Leistungsbereichen das Auftreten des Patienten als eines entscheidungs- bzw. nachfragesouveränen Kunden.
3. Alle bisherigen marktwirtschaftlichen Gesundheitssysteme waren und sind sozial erheblich ineffektiv. Aus diesem Grunde kennen marktwirtschaftliche Systeme entweder sozialspezifische Unterversorgungen oder erhebliche steuerfinanzierte Zusatzsysteme, sofern soziale Effektivität der Gesundheitsversorgung ein Staatsziel ist.
4. Ein besonderer Aspekt ist die Effizienz marktwirtschaftlich organisierter Gesundheitsversorgung. Zumeist auf der Ebene der Versorgungsinstitution hoch effizient, sind diese Systeme makroökonomisch erheblich ineffizient, u.a. durch die Entwicklung einer extrem bürokratischen Steuerungs-, Regelungs- und Kontrolldichte.
5. Die markttypische Akteursfigur des Käufers ist nur unter Deregulation, bzw. unter Verzicht auf das Prinzip einer allgemeinen Zugänglichkeit medizinischer Versorgung zu konstruieren. Dieser Verzicht ist allerdings in der Praxis nicht oder nur vorübergehend durchsetzbar. Zudem ist auch unter marktwirtschaftlichen Bedingungen der Käufer zumeist nicht der Nutzer des Gesundheitssystems. Der Käufer auf dem Gesundheitsmarkt ist nicht der Patient, sondern an seiner Stelle entweder der Staat oder der Arbeitgeber. So entsteht zwischen dem Nutzer und dem Käufer ggf. ein massiver Interessengegensatz, der sich gegen den Patienten richten kann.

⁵⁵ Vgl. Herder-Dornreich, P. (1994).

6. Voraussetzung eines Marktes ist die Definition und Preisfindung für ein Produkt. Hier galt bisher, dass medizinische Versorgung als besondere personale und individuelle soziale Dienstleistung sich einer Produktdefinition entzieht. Aktuelle Leistungsklassifikationen, die Leitlinienbindung von Indikationen und die Übertragung aller sozial- und verteilungspolitischen Strategie- und Normenentscheidungen auf eine als neutral vermutete Wissenschaft sollen diese Entscheidungsfragen beantworten. Wenngleich für viele Leistungsarten möglich, bleibt als Schlüsselproblem die tendenzielle Verdrängung sozialer Versorgungsaufgaben aus der Medizin. Diese Verdrängung kann besonders für die ältere Bevölkerung folgenreich sein, da deren Hilfebedarf häufig nicht (nur) medizinisch-interventiver Natur (Diagnostik und Therapie), sondern (auch) sozialer Natur ist und dieser Bedarf durch die medizinischen Dienstleister mit wahrgenommen wird. Dies ist auch deshalb notwendig, weil soziale und psychische Probleme regelhaft auch als körperlicher Leidenszustand erlebt werden. Besonders solche Funktionen werden durch den Übergang zu einer Produktorientierung zunehmend aus dem Medizinsystem verdrängt.
7. Die Vorstellung von einer hinreichenden Unabhängigkeit von Angebot und Nachfrage ist wirklichkeitsfremd, weil zumeist nicht eine konkrete Leistung, sondern allgemein Hilfe nachgefragt wird. Die Definitionsgewalt für die Art der erforderlichen Hilfe liegt sachlich begründet in der Kompetenz des Leistungserbringers, die Ausführung idealer Weise aber in der Vereinbarung von Leistungserbringer und Patient. Eine interessen-gesteuerte Bedarfsinduktion ist nicht der Eigenart der Dienstleistung, sondern der Eigenart des Versorgungssystems, nämlich der Entscheidungssteuerung durch Wettbewerb und Erwerbsinteresse, geschuldet.

8. Der sich mit dem wissenschaftlichen Fortschritt vertiefende Integrationsbedarf von Leistungen und Leistungserbringern in einer arbeitsteiligen und kooperativen Versorgung zwingt auch unter Wettbewerbsbedingungen zu Integrationen, kann hier dann aber nur unter Preisgabe einer möglichst großen Vielfalt von Marktteilnehmern verwirklicht werden. Dies führt entweder zur Aufhebung des Wettbewerbs (Absprachen, Anbieterintegration, beständige Abnahme der Zahl der Versorgungsinstitutionen und Kostenträger, Integration von Kostenträgern und Dienstleistern, Schaffung von Kostenträger-Leistungsanbieter-Kartellen oder zu sogenannten Integrated Delivery Systems mit dem Ziel des Wettbewerbsausschlusses) oder zum Kooperationsverzicht (Vervielfachung der Leistungen, Verzicht auf Arbeitsteilung, Qualitätsverlust). Der Konflikt zwischen Kooperationsbedarf und Wettbewerbsinteresse senkt bei dramatisch steigenden Kosten systematisch die Qualität, führt zu sinkender Rentabilität der Kleinunternehmen, zur Vernichtung von Qualifikation und Investitionen sowie zu massiven Interessen an einer Leistungsausweitung der simple medicine (insbesondere bei prospektiver Finanzierung durch Kopfpauschalen verbunden mit der Gefahr der systematischen Unterversorgung; in anderem Kontext auch dem Abbau von Überversorgung dienend) und der Diagnostik.⁵⁶

⁵⁶ Vgl. Niehoff, J.-U. (2008), S. 163 ff.

3 Diagnose

Finanzierung und gesundheitliche Versorgungspraxis werden sich in den nächsten Jahren deutlich verändern. Vor uns liegt eine Systemtransformation, die das Potenzial hat, den Wertekonsens, der über 130 Jahre die GKV getragen hat, auf eine harte Belastungsprobe zu stellen. Als Begründung werden für die Finanzierungsseite vor allem folgende Argumente bemüht: demografische Veränderungen, wissenschaftliche Fortschritte in der Medizin, eine von den Arbeitgebern künftig nicht mehr so wie heute zu tragende Beteiligung an den lohnbezogenen Versicherungsumlagen (Diskussion um die Lohnnebenkosten), die Ausdehnung des Niedriglohnbereichs, die gemäß der Prognosen der Deutschen Rentenversicherung deutlich sinkenden Renten und der hohe Anteil von Menschen, die in Armut leben. Als Begründung für die Veränderung der Anbieterstrukturen werden beklagt: das Fehlen ambulanter poliklinischer Leistungszentren mit zugehörigen hausärztlichen Strukturen, die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, massive Überversorgung bei gleichzeitiger Fehl- und Unterversorgung in ausgewählten Bedarfssegmenten und eine unzureichende Vernetzung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege. Die GKV muss mit einer mittelfristig nicht zu überwindenden Finanzierungskrise rechnen. Anders als zumeist dargestellt, handelt es sich jedoch nicht um ein primäres Ausgabenproblem (Alterung und Fortschritt), sondern um ein Einnahmeproblem (vor allem sinkende Bruttolohnquote, Wandel der Erwerbsbiografien, Transformation der Wirtschaftstätigkeit von der Verarbeitungsindustrie hin zu Dienstleistungen mit oft geringem Wertschöpfungspotenzial, großflächige Entstehung von Niedriglohnbereichen, Stärkung des Wettbewerbs als grundlegendem gesellschaftlichen Gestaltungsmechanismus, wachsender Anteil profitzentrierter Versorgungspraxis, politisch gewollter hoher Anteil an Mitversicherten, sinkende Beitragszahlungen für Arbeitslose, Arbeitslosigkeit, sinkende Renten).

Gleichzeitig ist die Ausgabenseite weiterhin durch gravierende Fehlallokationen der insgesamt erheblichen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, ausgezeichnet. Die hieraus folgenden unvermeidlichen Allokationskonflikte unter den medizinischen Dienstleistern könnten erhebliche Probleme für die Bestandssicherheit der GKV erzeugen. Die daraus resultierende Notwendigkeit einer Neubestimmung der Leistungsproportionen, etwa zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege, zwischen wohnortnahen und zentralisierten Leistungsvorhaltungen, werden zwingend eine neue Kultur der öffentlichen Diskussion zu den Ursachen und

Konsequenzen dieser Transformationen sowie den Bedarfs- und Leitbildperspektiven erforderlich machen. Diese ist bisher nicht zu erkennen. Es ist deshalb auch nicht vorauszusagen, wie die Angebotsstrukturen künftig tatsächlich aussehen werden.

Zu wünschen ist allerdings, dass aus den heutigen Konflikten rehabilitative und pflegerische Leistungen gestärkt hervorgehen werden. Dies verlangt jedoch, die wissenschaftliche Basis dieser Leistungssegmente zu stärken. Im Ergebnis werden sich auch unsere heutigen konzeptionellen Vorstellungen über Rehabilitation und Pflege tiefgreifend wandeln müssen. Das betrifft etwa das heutige Rehabilitationsverständnis zwischen den Polen Rekonvaleszenz, Erhalt der Arbeitsfähigkeit bzw. Rentenvermeidung und salutogenetischen Unterstützungsangeboten bis in das hohe Alter sowie jeweils deren finanzielle Absicherung. Ebenso werden sich die Anbieterstrukturen (z.B. Aufbau von Polikliniken, neue Eigentümerstrukturen, Integration der ambulanten und stationären Rehabilitationsangebote) gesundheitlicher Dienstleistungen erheblich wandeln.

4 Therapieplan

Der Diagnose folgt die Therapie und damit die Frage, was dem Patienten zu dessen schneller Genesung am besten zu verordnen ist. Reformen gab es derer stets viele und wird es weiter geben. Was aber erscheint vor dem Hintergrund auch internationaler Erfahrungen als sinnvoll? Die nachfolgenden Ausführungen beleuchten und bewerten unterschiedliche Finanzierungsarten von Gesundheitsdienstleistungen und leiten daraus abschließend Vorschläge für Reformen ab.

4.1 Kapitaldeckung versus Umlagefinanzierung

Der Umlagefinanzierung der GKV sieht sich gelegentlich dem, nach dem Zusammenbruch der internationalen Finanzmärkte im Oktober 2008 allerdings nicht mehr ganz so lautstark vertretenen, Vorwurf ausgesetzt, sie sei nicht „demografiefest“. Die nicht nach Alter differenzierten Beiträge bewirkten vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft eine zu Lasten der Jüngeren gehende Umverteilung zwischen den Generationen. Mehr Generationengerechtigkeit sei nur durch eine sukzessive Umstellung der GKV-Finanzierung auf eine altersspezifische Prämienkalkulation mit einer Kapitaldeckung der Altersrisiken zu erzielen.

4.1.1 Generationenbilanzen

Die Behauptung, die GKV sei nicht demografiefest finanziert, hat ihren Ausgangspunkt in sogenannten „Generationenbilanzen“.⁵⁷ Die auf Durchschnittsrechnungen beruhende Umlagefinanzierung der GKV bewirke eine zu Lasten der Jüngeren gehende Umverteilung zwischen den Generationen. Eine 2007 veröffentlichte Generationenbilanz⁵⁸ prognostiziert für das Jahr 2055 einen Beitragsatz in der GKV von 22%. Daraus errechnen die Autoren eine „implizite Schuld“ der heutigen Beitragszahler in der GKV gegenüber zukünftigen Generationen in Höhe von knapp 25% des BIP. Allerdings basieren derart langfristige Prognosen auf Annahmen, die ihr Ergebnis als quasi sich selbst erfüllende Prophezeiung wesentlich beeinflussen. Generationenbilanzen, die sich zwangsläufig über drei und mehr Jahrzehnte erstrecken, haben einen ausgeprägt spekulativen Charakter. Als Grundlage für die Beitragsgestaltung in der GKV sind sie schon allein deswegen unbrauchbar.

⁵⁷ Vor allem das Forschungszentrum Generationenverträge unter Bernd Raffelhüschen an der Universität Freiburg hat sich hier einen Namen gemacht.

⁵⁸ Vgl. Felder, S., Fetzter, S. (2007).

Generationenbilanzen spielen Alt und Jung in unsinniger Weise gegeneinander aus und sind daher prinzipiell fragwürdig. Das Miteinander der Generationen ist von jeher geprägt von einem Geben und Nehmen. Eltern investieren erhebliche Summe in die Ausbildung Ihrer Kinder. Auch diese Beträge müssten im Rahmen von Generationenbilanzen Berücksichtigung finden. Ganz zu schweigen von Erbschaften und Schenkungen. Gesellschaftspolitisch wäre diese Saldierung zwar unsinnig, entspräche aber der von Felder und Fetzner postulierten ökonomischen Gleichgewichtslogik, wonach jede Generation für die von ihr wie auch immer beanspruchten bzw. verursachten Sozialleistungen selbst aufzukommen hat, die aber einige maßgebliche makroökonomische Zusammenhänge unberücksichtigt lässt.⁵⁹

4.1.2 Demografische Entwicklung

„Spare in der Zeit, dann hast du in der Not.“ Diese von den Befürwortern der Kapitaldeckung demografischer Risiken gepflegte Volksweisheit mag für Privathaushalte zutreffend sein, aus gesamtwirtschaftlicher Sicht ist sie allerdings eine Illusion. 1952 formulierte Gerhard Mackenroth den makroökonomischen Kernsatz, *„dass aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss.“*⁶⁰ *„Anders ausgedrückt: Die Altersrisiken lassen sich von einer Volkswirtschaft nicht vorfinanzieren, sondern müssen dann von ihr geschultert werden, wenn sie in Form von Renten und Gesundheitsausgaben konkret anfallen. Demnach stellt sich das demografische Risiko sowohl für das Umlage- als auch für das Kapitaldeckungssystem. Beide basieren auf Rechtsansprüchen bzw. Anwartschaften für eine Beteiligung am Volkseinkommen zukünftiger Zeiten, die in Form von Steuern, Abgaben oder Versicherungsbeiträgen an einen Fonds entstehen, aus dem die laufenden Altersrisiken finanziert werden. Entscheidend für die Einlösung dieses Vertrages ist immer die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft zu dem Zeitpunkt, an dem die Ansprüche an das jeweilige System fällig werden. Das gilt auch für die Kapitaldeckung, die zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen ein ausgewogenes Verhältnis von Sparen und Entsparen benötigt. Die Aktivierung akkumulierter Reserven kann nur dann ohne Verluste für die Älteren erfolgen, wenn die sparende Generation mit ihren Beiträgen entsprechend hohe Mittel zu ihrer Refinanzierung einschießt. Wenn mehr Entsparer ihr Portfolio auf den Markt bringen, als Sparer zu kaufen bereit oder finanziell in der*

⁵⁹ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 24-30.

⁶⁰ Vgl. Mackenroth, G. (1952).

*Lage sind, führt dies zwangsläufig zu einer Entwertung der angehäuften Altersrückstellungen. Das gesparte Geld ist nicht mehr so viel wert wie zum Einzahlungstermin erhofft; man kann damit nicht mehr so viele Güter kaufen, wie man sich mal ausgerechnet hatte.*⁶¹

Bei der prognostizierten demografischen Entwicklung ist aber genau das eher wahrscheinlich. Laut einer Prognose der Hypovereinsbank werde sich das Verhältnis von heute noch 1,7 Sparern auf einen Entsparner bis 2040 ausgleichen, wenn nicht umkehren.⁶² In der Literatur wird das bekannte Demografieproblem der Kapitalmärkte als „Asset Meltdown“ bezeichnet. Zur Vermeidung von Wertverlusten des durch Versicherungsunternehmen und ihrer Kunden angesparten Kapitals sei vor dem Hintergrund von erwartbarer Produktivität und Inflation ein Verhältnis von Sparern zu Entsparnern von mindestens 1,2 zu 1 erforderlich. Bank- und Versicherungswirtschaft halten die damit verbundenen Risiken jedoch für beherrschbar, da sie einen überschaubaren Zeitraum beträfen, für den man finanztechnische Vorsorge tragen könne. Damit kommen die Mechanismen der Finanzmärkte ins Spiel.

4.1.3 Kapitaldeckung und die Globalisierung

Verfechter der Kapitaldeckung treten dem „Mackenroth'schen Gesetz“ mit dem Argument entgegen, dass dessen Logik nur für geschlossene Volkswirtschaften gelte. In einer globalisierten Welt stünde für die Abdeckung der Altersrisiken auch der internationale Kapitalmarkt zur Verfügung. Der Versuch, das Demografieproblem aus der Wertschöpfung anderer Länder zusätzlich abzusichern wäre aber nur dann Erfolg versprechend, wenn allein Deutschland vor einem demografischen Problem stünde. Dies ist mitnichten der Fall. So gut wie alle führenden Industrienationen teilen dieses Schicksal. Berechnungen der UN zufolge⁶³ werden 2020 die über 60jährigen folgende Anteile an der Bevölkerung haben: Italien und Japan 42%, Schweiz 39%, Deutschland und Schweden 38%, UK 34%, Frankreich und Niederlande 33% sowie die USA 27%.

Auch die aufstrebenden Volkswirtschaften Asiens und Lateinamerikas kommen als Anlagemarkt nicht in Betracht. Länder wie Indien oder China benötigen einerseits kaum zusätzliches Kapital für ihre wirtschaftliche Entwicklung, andererseits

⁶¹ Vgl. Reiners, H. (2008), S. 25.

⁶² Vgl. Hypovereinsbank (2003): Age Wave – Zur Demografieanfälligkeit von Aktienmärkten; München.

⁶³ Vgl. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm>, (15.5.2013).

haben sie selbst demografische Probleme, die es zu lösen gilt. Der Anteil der über 60jährigen an der Bevölkerung wird sich in China und Indien in den nächsten 30 bis 40 Jahren mehr als verdreifachen. Auch von Kapitalknappheit kann weder global noch in diesen aufstrebenden Volkswirtschaften die Rede sein. Seit Jahren lässt sich eine weltweite Überakkumulation von Kapital registrieren, die für die periodischen Krisen der internationalen Finanzmärkte verantwortlich ist.⁶⁴ Das Vermögen von institutionellen Investoren (Banken, Pensionsfonds, Versicherungen) hat sich allein zwischen 2000 und 2005 weltweit um fast 50% von 37 auf 55 Billionen Dollar erhöht. Die Währungsreserven sind weltweit von etwa 2.000 Milliarden US-Dollar im Jahr 2000 auf 5.100 Milliarden US-Dollar im Jahr 2007 gestiegen, davon entfielen allein auf China ca. 1.500 Milliarden US-Dollar.⁶⁵ Anlage suchendes Kapital überschwemmt die Märkte. Es wird geschätzt, dass das weltweite Sparvermögen dreimal größer ist als die jährliche globale Wirtschaftsleistung. Selbst eine moderate Renditeerwartung knapp über der Inflationsrate kann durch die Realwirtschaft in einem globalen Kontext nicht nachhaltig erwirtschaftet werden.

Folge sind die periodisch auftretenden Finanzkrisen. Sie sind kein Zufall, sondern immanente Eigenschaft eines weitgehend unregulierten globalen Finanzmarktes, der in seiner eigenen, von der Realwirtschaft abgekoppelten Welt lebt. Diesen Prozess, in dem bei allgemeiner Entscheidungsunsicherheit alle Akteure des Finanzmarktes darauf schauen, was die anderen machen, und man sich gegenseitig hochschauelt oder mit Depressionen infiziert, hat Hyman P. Minsky bereits in den 70er Jahren in seiner „Theorie der finanziellen Instabilität“ analysiert. Bestimmte Finanzpakete, wie z. B. die berüchtigten Kreditderivate, versprechen große Gewinne. Einzig dem Prinzip des „Shareholder Value“ verpflichtet, geben Banken angesichts steigender Kurse entsprechender Fonds bedenkenlos im großen Stil Kredite für diese Geschäfte, obwohl sie deren komplizierte Produkte kaum noch durchschauen. Ein eigentlich von Zentralbanken zur Förderung von Investitionen in der Realwirtschaft gedachte Niedrigzinspolitik unterstützt sogar noch unfreiwillig diese fast ausschließlich über Kredite finanzierten Wettgeschäfte. Es entsteht eine Spekulationsblase, deren ebenso erwartbares wie für die Player an den Finanzmärkten überraschendes Platzen das fragile Geflecht der Kreditmärkte erschüttert.

⁶⁴ Vgl. Huffscheid, J. (2007), S. 1331-1341.

⁶⁵ Vgl. Fischermann, T., Heusinger, R. von (2007).

In dieser Situation, in der die gesamte Finanzwirtschaft ins Wanken gerät und die Realwirtschaft anzustecken droht, erfolgen laute Hilferufe an die Zentralbanken und Regierungen. Das war nicht erst im Herbst 2008 so. Bereits 2003 musste die Bundesregierung als „stiller Retter“⁶⁶ mit einem milliardenschweren Hilfspaket die Versicherungswirtschaft vor einem Desaster bewahren. Diese hatte in den drei vorangegangenen Jahren über 100 Milliarden Euro an der Börse verloren. Es ist kein Geheimnis, dass Marktführer in der Privaten Krankenversicherung (PKV), die sich immer als „demografiefest“ gerühmt haben, besonders massiv auf die staatliche Intervention bei der Hypo Real Estate gedrängt haben, weil sie dort finanziell stark engagiert waren und ohne ein solches Hilfspaket mit in den Krisenstrudel gezogen worden wären. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass die PKV, nachdem die Beiträge in Folge der Verpflichtung zur Einführung von Unisexstarifen durch den EuGH im Jahr 2012 erst kürzlich um durchschnittlich 25% (in der Spitze 41%) gestiegen waren⁶⁷, unlängst eine weitere Anhebung der Beiträge aufgrund gesunkener Kapitalmarktzinsen ankündigte.⁶⁸

Wenn schon das Finanzkapital im Ernstfall auf den Staat als „weißen Ritter“ setzt, welchen Grund sollten dann die Bürger haben, ihre soziale Sicherung dem Finanzmarkt und nicht dem Staat anzuvertrauen? Nicholas Barr von der London School of Economics jedenfalls zog bereits 2002 aus seiner Analyse der Kapitaldeckung vor dem Hintergrund der Globalisierung den Schluss: *„Aus wirtschaftlicher Sicht ist der demographische Wandel kein gutes Argument zugunsten kapitalgedeckter Systeme“*. Der über Steuern und Abgaben finanzierte Wohlfahrtsstaat sei in Verbindung mit einem effektiven, eine hohe Produktivität der Wirtschaft sichernden Bildungssystem das besser und vor allem sicher funktionierende „Sparschwein“ moderner Volkswirtschaften.⁶⁹

4.1.4 Der „Sandwich-Effekt“

Auch ohne die systemische Krisenanfälligkeit der Finanzmärkte wäre eine Umstellung der GKV-Finanzierung vom Umlage- auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren mit unzumutbaren Belastungen für die Volkswirtschaft verbunden. Ein dafür aufzubauender Kapitalstock benötigte unmittelbar stattliche Finanzmittel,

⁶⁶ Vgl. Hammerstein, K. von (2003).

⁶⁷ Vgl. Teevs, C. (2012).

⁶⁸ Vgl. Krohn, P. (2013).

⁶⁹ Vgl. Barr, N. (2002), S. 3-46.

die nur mit erheblichen Beitragsanhebungen aufzubringen wären. Die Beitragszahler wären einem „Sandwich-Effekt“ ausgesetzt. Sie müssten sowohl die für ihre eigene Absicherung erforderliche Kapitalmenge ansparen, als auch die erworbenen Ansprüche der Rentnergeneration finanzieren. Cassel und Overdieck⁷⁰ kommen in einer Modellrechnung für die Jahre 2003 bis 2040 zu dem Ergebnis, dass man je nach Annahme bei einem ab 2003 konstanten GKV-Beitragsatz von 15,9% bzw. 17,3% und einer Kapitalrendite von 4% im Jahr 2040 einen Kapitalstock mit leichten Überschüssen erhält, bei 3,5% Rendite aber schon im Defizitbereich liegt. Der durchschnittliche GKV-Beitrag liegt aktuell bei 14,6% (ohne Zusatzbeitrag), d. h. man müsste den Beitragsatz um 1,3 bzw. 2,7 Prozentpunkte anheben. Würde dieser Beitragsaufschlag, wie Cassel und Overdieck vorschlagen, zudem allein von den Versicherten getragen, würde sich deren Beitragsbelastung inkl. Zusatzbeitrag (0,9%) von 8,2% auf 9,5% bzw. 10,9% erhöhen. Der Aufbau eines Kapitalstocks würde also mit deutlichen Verlusten beim verfügbaren Einkommen erkauft, ein sozial wie volkswirtschaftlich nicht gerade überzeugendes Konzept.

„Kapitaldeckung kann aber gesamtwirtschaftlich kein Generationsproblem lösen. Anders als Individuen oder Privatversicherungen kann eine Volkswirtschaft kein Geld in Gestalt von Altersrückstellungen auf die hohe Kante legen. Nur was heute real investiert wird, entweder in den Produktionsapparat oder in die Infrastruktur, Bildung, Gesundheit usw., wird sich für die künftigen Generationen verzinsen. Investitionen in die Produktion werden aber nur getätigt, wenn Aussicht auf Nachfrage der Endprodukte (Konsumgüter und -dienste) besteht. Kapitaldeckung aus Arbeitseinkommen verdrängt jedoch die private Konsumnachfrage und auch Bund, Länder und Gemeinden verfügen nur dann über die Möglichkeit zu investieren, wenn sie ausreichend Steuern einnehmen und Kredite aufnehmen können. Mit anderen Worten: Die rot-grünen „Reformen“ sind das Gegenteil von Sorge für die künftigen Generationen.

Außerdem sind bei Kapitaldeckung im Vergleich zu den bestehenden sozialen Umlagesystemen nicht nur die Verwaltungs- und Transaktionskosten weit höher (daraus besteht ein Großteil des Gewinns der Finanzinstitute), sondern die finanzielle Vorsorge für den Alters- und Krankheitsfall wird auch mit erheblichen Inflations- und Kapitalmarktrisiken belastet.“ [Der Verwaltungskostenanteil an den gesamten Ausgaben betrug 2002 bei der GKV 5,9 % und bei der PKV, wo die Kosten für Akquisition eine erhebliche Rolle spielen, 16,7 % (Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2004)] „Bei Krankheit und im Alter

⁷⁰ Vgl. Cassel, D., Overdieck, V. (2002).

*erwarten die Menschen ein Maximum an Sicherheit. Negative Erfahrungen in den USA und Großbritannien zeigen, dass ihnen genau diese Sicherheit mit der Kapitaldeckung genommen wird.*⁷¹⁷²⁷³

4.1.5 Fazit

Die Kapitaldeckung bietet gegenüber der Umlagefinanzierung der GKV keine systematischen Vorteile in der Bewältigung der demografischen Risiken, sondern nur Nachteile. Der praktische Unterschied zwischen beiden Systemen besteht darin, dass letzteres direkt von nationalen wirtschaftlichen und politischen Einflüssen abhängt, ersteres vom globalen Kapitalmarkt. Es ist also zu entscheiden, ob die Absicherung der Krankheitsrisiken demokratisch legitimierten Entscheidungen oder sich jeder Kontrolle entziehenden internationalen Finanzströmen anvertraut werden sollte. Auch in praktischer Hinsicht schafft die Umstellung vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren mehr Probleme als es zu lösen vorgibt. Sie

- erfordert erhebliche staatliche Zuschüsse zum sozialen Ausgleich,
- macht damit den GKV-Etat abhängig von den jährlichen Auseinandersetzungen um die Verteilung von Steuermitteln,
- belastet die jetzt erwerbstätige Generation mit den Aufbaukosten eines Kapitalstocks und
- erschwert einen versichertenorientierten Wettbewerb in der GKV.

4.2 Beitragsfinanzierung versus Steuerfinanzierung

Auch steuerfinanzierte Systeme bringen gegenüber beitragsfinanzierten keine Vorteile, die eine Umstellung ernsthaft überlegenswert machen. Sie erweisen sich gegenüber den beitragsfinanzierten Systemen als wesentlich konjunkturabhängiger. Im jährlichen Kampf um die Verteilung von Steuermitteln kann der Gesamtetat von Jahr zu Jahr erheblich schwanken, was zu erheblichen Finanzierungsunsicherheiten auf Leistungserbringerseite führen würde. Die Erfahrungen zeigen, dass beitragsfinanzierte Systeme deutlich krisenstabiler sind, also deutlich träger auf konjunkturelle Schwankungen reagieren.

⁷¹ Vgl. Christen, C., Michel, T., Rätz, W. (2003), S. 191-208.

⁷² Vgl. Stiglitz, J. (2004).

⁷³ Vgl. Kühn, H. (2004).

Ein weiterer Aspekt ist bei steuerfinanzierten Systemen zu bedenken. In ihnen ist der Staat der wichtigste Player in der Gesundheitsversorgung und zwar nicht nur auf der Finanzierungsebene. In allen Bereichen ist der Staat normsetzend. De facto würde dies eine Abschaffung der ärztlichen Selbstverwaltung bedeuten. Ärzte wären dann als abhängig Beschäftigte direkt beim Staat angestellt (vgl. hier das englische Modell).

4.3 Reformvorschläge

Wie in diesem Papier dargelegt, hat das deutsche Gesundheitswesen kein Ausgaben- sondern in der Tendenz, trotz zurzeit vorhandener Überschüsse, ein massives Einnahmeproblem. Das eigentliche, dahinter stehende Problem hat weniger mit der Frage nach dem Reformbedarf der Sozialgesetzbücher, hier allen voran des SGB V, zu tun. Es geht vielmehr um die ganz fundamentale Frage, wie viel Verteilungsgerechtigkeit wir in unserer Gesellschaft als erstrebenswert erachten. Man kann über die Frage, was gerecht ist, trefflich streiten. Die Autoren sind aber übereinstimmend der Auffassung, dass der solidarische Charakter der GKV in der Form, dass ein jeder einen gemessen an seinem Einkommen gleichen Anteil zur sozialen Sicherung leistet, in Deutschland von übergeordneter Bedeutung und unbedingt zu erhalten ist. Soziale Verantwortung für die Hilfebedürftigen ist eine zivilisatorische Errungenschaft moderner Gesellschaften. Ziel aller modernen Krankenversicherungssysteme ist daher nicht zuletzt auch der Erhalt des sozialen Friedens innerhalb einer Bevölkerung, der auch in Bezug auf seine ökonomischen Folgen für Volkswirtschaften von immenser Bedeutung ist. Diesem Ziel verpflichtet diskutieren die Autoren das Folgende:

Die Umlagefinanzierung ist und bleibt auch in die Zukunft hinein alternativlos. Drohenden Finanzierungslücken kann durch mehr Beitragsgerechtigkeit sehr leicht entgegengewirkt werden. Zu wünschen wären hier zuvorderst

- die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer,
- die Heranziehung aller Einkommensarten zur Beitragsbemessung, bei Erhalt der beitragsfreien Mitversicherung von einkommenslosen Familienmitgliedern,
- die Auflösung der Dualität zwischen GKV und PKV sowie
- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Bei Umsetzung dieser Maßnahmen würde dem Gesundheitswesen nicht nur mehr Geld zur Verfügung stehen, was vor dem Hintergrund der Bedeutung als Wirtschaftszweig zu wünschen wäre. Der allgemeine Beitragssatz könnte gleichzeitig auch signifikant gesenkt werden.

Zu wünschen wäre darüber hinaus eine deutliche Reduzierung der Zahl der Krankenkassen (Oligopol) bis hin zu der Frage, eine Einheitskasse zu schaffen (Stichwort: „Solidarische Bürgerversicherung“). Signifikante Qualitätseinbußen in der Gesundheitsversorgung wären, wie oben dargelegt, bei entsprechender Aufsicht nicht zu erwarten.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen würde zu einer deutlichen Entlastung vom Wettbewerbsdruck auf Seiten der Kostenträger und Leistungserbringer führen und somit die Anreize zur Risikoselektion deutlich reduzieren, was den Versicherten und Patienten zu Gute käme. Gleichzeitig erscheint es aber sinnvoll, die gesetzlichen Grundlagen für eine rigide Ahndung dennoch auftretender Fälle von Risikoselektion zu schaffen.

In diesem Papier nicht weiter angesprochen, nach Ansicht der Autoren dennoch intensiv zu diskutieren, ist die - politisch jedoch wohl kaum durchsetzbare - Frage nach der Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen den verschiedenen Kostenträgern (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung). Ziel ist die Reduktion von Reibungs- und Effizienzverlusten an den Schnittstellen der Leistungsbereiche durch Integration medizinisch, rehabilitativer und pflegerischer Leistungen.

Literaturverzeichnis

- Barr, N. (2002): Rentenreformen: Mythen, Wahrheiten und politische Entscheidungen. Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Jg. 55, Heft 2.
- Cassel, D. / Overdieck, V. (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wirtschaftsdienst, Nr. 1/2002.
- Cassel, D. (2001): Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, überarbeitete Fassung einer schriftlichen Stellungnahme zum Reformbedarf des Gesundheitswesens anlässlich der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages am 22. Januar 2001 in Berlin, in: Wirtschaftsdienst, 81(2001, 2), S. 87-91.
- Christen, C. / Michel, T. / Rätz, W. (2003): Sozialstaat, VSA Verlag.
- Dahl, H. / Lux, G. / Matusiewicz, D. (2012): Der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich im Jahre 2011 – eine Bestandsaufnahme, in: Mühlbauer B, Kellerhoff F, Matusiewicz D: Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft, Schriftenreihe Gesundheitsökonomie: Politik und Management, Bd. 10, 1. Auflage, LIT-Verlag, S. 395-405.
- Drösler, S. / Hasford, J. / Kurth, B.-M. / Schaefer, M. / Wasem, J. / Wille, E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2011/Evaluationsbericht_morbi-rsa.pdf (26.02.2012).
- Enthoven, A. (1988): Theory and practice of managed competition in health care finance; North-Holland (Amsterdam).
- Felder, S. / Fetze, S. (2007): Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen?, Gesundheits- und Sozialpolitik, 61 (7/8), S.39-45.
- Fischermann, T. / von Heusinger, R. (2007): Die große Welle, Die Zeit, Jg. 2007, Ausgabe 29, <http://www.zeit.de/2007/29/Geldschwemme> [05.05.2015].
- Fogel, R. W. (2003): Changes in the progress of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project; NBER Working paper series, National Bureau of Economic Research, www.nber.org/papers/w9941 [05.05.2015].

- Gladwell, M. (2005): The Moral Hazard Myth. The bad idea behind our failed health-care system, The New Yorker, http://www.newyorker.com/archive/2005/08/29/050829fa_fact [05.05.2015].
- Hammerstein K. von et al. (2003): Die stillen Retter, Der Spiegel, Jg. 2003, Ausgabe 43, <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-28921759.html>, [05.05.2015].
- Herder-Dornreich, P. (1994): Sozialökonomik: Angewandte Ökonomik sozialer Systeme.
- Huffs Schmid, J. (2007): Jenseits der Spekulationskrise. Das Diktat der Finanzmärkte und Perspektiven der Gegensteuerung. Blätter für deutsche und internationale Politik, Jg. 52, Heft 11, S. 1331-1341.
- Kantzenbach, F. W. / Vilmos, V. (1966): Oecumenica. Jahrbuch für ökumenische Forschung, Gütersloh (Gerd Mohn).
- Kalager, M. et al. (2012): Overdiagnosis of Invasive Breast Cancer Due to Mammography Screening: Results from the Norwegian Screening Program, Ann Intern Med. 2012; 156(7): S. 491-499 <http://annals.org/article.aspx?articleid=1103746>, [05.05.2015].
- Krohn, P. (2013): Private Krankenversicherung - Niedrigzins belastet Kunden, Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24.05.2013, <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/aktien/private-krankenversicherung-niedrigzins-belastet-kunden-12192763.htm>, [05.05.2015].
- Krugman, P. (2000): Schmalspur-Ökonomie. Die 27 populärsten Irrtümer über Wirtschaft, Campus Verlag.
- Krugman, P. (2005a): Health Economics 101, New York Times, 14.11.2005.
- Krugman, P. (2005b): A private obsession, New York Times, 29.04.2005.
- Krugman, P. / Wells, R. (2006): The Health Care Crisis and what to do about it, The New York review of books, Volume 53, Number 5, 23.03.2006.
- Kühn, H. (2004): Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Nr. 6 2004; <http://www.wzb.eu/sites/default/files/u13/demogrwandel.pdf>, [05.05.2015].

- Mackenroth, G. (1952): Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Band 4, Verlag Duncker & Humblot.
- Marmot, M. G. / Wilkinson, R. G. (1999): Social Determinants of Health, Oxford University Press.
- Matusiewicz, D. / Brueggeman, F. / Wasem, J. (2012): Effekte des Zusatzbeitrages auf das Management gesetzlicher Krankenkassen, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (ZVersWiss), Springer-Verlag, Ausgabe 101, Nr. 1, 2012.
- Matusiewicz, D. / Dante, C. / Wasem, J. (2012): Die Bedeutung der Balanced Scorecard (BSC) für die gesetzliche Krankenversicherung – eine Bestandsaufnahme, in: Mühlbauer B, Kellerhoff F, Matusiewicz D: Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft, Schriftenreihe Gesundheitsökonomie: Politik und Management, Bd. 10, 1. Auflage, LIT-Verlag.
- Matusiewicz, D. / Kochanczyk, M. / Wasem, J. / Lux, G. (2012): Kassenpatriotismus? – Eine empirische Analyse des Wechselverhaltens in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Böcken J, Braun B, Repschläger U: Gesundheitsmonitor 2012 - Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK.
- Meusch, A. (2011): Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive, Nomos Verlagsgesellschaft.
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Hans Huber Verlag.
- Mühlbauer, I. / Steckelberg, A. (2005): Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening, Z Allg Med 2005; 81523-527, http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Muehlh_Steckelb_Aufkl_Krebsfrueherk_Z_Allg_Med.pdf, [05.05.2015].
- Niehoff, J.-U. (2008): Gesundheitssicherung - Gesundheitsversorgung – Gesundheitsmanagement: Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Qiu, C. et al. (2013): Twenty-year changes in dementia occurrence suggest decreasing incidence in central Stockholm, Sweden, Neurology, Neurology 10.1212/WNL.0b013e318292a2f9, <http://www.neurology.org/content/early/2013/04/17/WNL.0b013e318292a2f9.short>, [05.05.2015].

- Reiners, H. (2008): Kapitaldeckung in der Krankenversicherung – Die Fallen der „Hausväterökonomie“ in Gesellschaft und Gesundheit-Wissenschaft, Jg. 8, Heft 3.
- Reiners, H. (2011): Mythen der Gesundheitspolitik – Mythos 3: Die Überforderung des Solidarsystems durch die alternde Gesellschaft, 2. Auflage, Hans Huber Verlag.
- Schlander, M. (1998): Möglichkeiten und Grenzen der Patientenselbstbeteiligung, in: W. Braun W., Schaltenbrand R., Gesundheitswesen 2010 - Prognosen, Trends und Chancen, Universität Witten/Herdecke Verlagsgesellschaft.
- Schwarze, J. / Andersen, H. H. (2001): Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz? In: Schmollers Jahrbuch, (121), S. 581-602.
- Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050.pdf?__blob=publicationFile, [13.03.2013].
- Stiglitz, J. (2004): Die Roaring Nineties - Der entzauberte Boom, Siedler.
- Suhrke, P. et al. (2011): Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data, BMJ 2011;343:d4692 <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4692>, [05.05.2015].
- Teevs, C. (2012): Teures Gesundheitssystem: Privatversicherten droht Beitragschock, Spiegel online <http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/pkv-krankenversicherungen-erhoehen-beitraege-a-866766.html>, [05.05.2015].
- Vagerö, D. / Illsley, R. (1992): Inequality, Health and Health Policy in East and West Europe, Int. J. of Health Sciences, Vol. 3, No 3/4, 1992.
- Wasem, J. (2011): Zukunft des Wettbewerbs, AOK im Dialog „Zukunft der GKV: Solidarität bewahren – durch mehr Wettbewerb“, Berlin.

Weiterführende Literatur

- Braun, B. (2012): Kann man duschen ohne nass zu werden? Warum die Monopolkommission das Idyll vom "Wettbewerb light" in der GKV beenden möchte, <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2086>, [05.05.2015].
- Braun, B. (2009): Licht am Ende des langen dunklen Tunnels der Debatte über Gesundheit und Alter in Deutschland? Ein Bericht von RKI, StaBu und DZA, <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1567>, [05.05.2015].
- Braun, B. (2009): Medikalisierung vs. Kompression: Künftiger Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im Alter deutlich überschätzt, <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1490>, [05.05.2015].
- Braun, B. (2010): Neues aus der Demografieforschung: Wir leben nicht länger, weil der Alterungsprozess länger dauert, sondern später anfängt!, <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=1837>, [05.05.2015].
- Braun, B. (2011): Sind gesetzliche Krankenkassen Unternehmen oder trotz "Wettbewerb" immer noch Körperschaften öffentlichen Rechts?, <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=2041>, [05.05.2015].
- Braun, B. (2007): Sinkende Prävalenz der Behinderungen älterer Menschen in USA und Spanien - 4:1 für die "compression of morbidity", <http://forum-gesundheitspolitik.de/artikel/artikel.pl?artikel=0858>, [05.05.2015].
- Cutler, D. M. (2001): The reduction in disability among the elderly, PNAS, vol. 98, no. 12, <http://www.pnas.org/content/98/12/6546.full.pdf+html>, [05.05.2015].
- Felder, S. (2008): Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende, GGW, Jg. 8, Heft 4 (Oktober): 23–30, http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_1008.pdf, [05.05.2015].
- Fries, J. F. / Bruce, B. / Chakravarty, E. (2011): Compression of Morbidity 1980–2011: A Focused Review of Paradigms and Progress, Journal of Aging Research, Volume 2011, Article ID 261702, <http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/261702/>, [05.05.2015].

- Fries, J. F. (2005): The Compression of Morbidity, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 801–23), <http://www.milbank.org/uploads/documents/QuarterlyCentennialEdition/The%20Compression%20of%20Mor.pdf>, [05.05.2015].
- Fries, J. F. (2000): Compression of morbidity in the elderly, *Vaccine* 18 (2000) 1584±1589, <http://aramis.stanford.edu/downloads/FriesCOMVaccine.pdf>.
- Fries, J. F. (2003): Measuring and Monitoring Success in Compressing Morbidity, *Ann Intern Med.* 2003 Sep 2; 139 (5 Pt 2): 455-9, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12965976>, [05.05.2015].
- Gesundheits-Sachverständigenrat (2012): Sondergutachten: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf.
- Hoh, C. / Honekamp, I. (2010): Selbstbeteiligung als Lösung für das Moral-Hazard-Problem auf dem Arzneimittelmarkt?, MPRA Paper No. 27425, http://mpa.ub.uni-muenchen.de/27425/1/Moral-Hazard-Problem_auf_dem_Arzneimittelmarkt.pdf, [05.05.2015].
- Holst, J. (2008): Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern, WZB Discussion Paper, SP 2008-305, www.jens-holst.de/serve-Document.php?id=6&file=7/1/e1b.pdf, [05.05.2015].
- Manton, K. G. / Gu X. (2001): Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999, *PNAS*, vol. 98 no. 11, <http://www.pnas.org/content/98/11/6354.full.pdf+html>, [05.05.2015].
- Manton, K. G. / Gu X., Lamb V. L. (2006) - Change in chronic disability from 1982 to 2004_2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population, *PNAS*, vol. 103 no. 48, <http://www.pnas.org/content/103/48/18374.full.pdf+html>, [05.05.2015].
- Monopolkommission (2012): Sondergutachten 63, Die 8. GWB-Novelle aus wettbewerbspolitischer Sicht, http://www.monopolkommission.de/sg_63/s63_volltext.pdf, [05.05.2015].

- Moos, G. / Brueggemann, F. (2013): Informationsmanagement und Controlling in Krankenversicherungen, in: Busse R., Schreyögg J., Stargardt T.: Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Springer-Verlag.
- Niehoff, J.-U. (2010): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health, 2. Auflage, Nomos Verlag.
- Niehoff, J.-U. (2011): Sozialmedizin systematisch, 3. Auflage, UNI Med Verlag.
- Robert Koch Institut (2009): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, Gesundheit und Krankheit im Alter, http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile, [05.05.2015].
- Reiners, H. (2006): Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen, SP I 2006-305, WZB Verlag, <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-305.pdf>, [05.05.2015].
- Sagardui-Villamor, J. / Guallar-Castillón P. / García-Ferruelo M. / Banegas J. R. / Rodríguez-Artalejo F. (2005): Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986–1999, J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2005) 60 (8): 1028-1034, <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/60/8/1028.abstract>, [05.05.2015].
- Vaupel, J. W. (2010): Biodemography of human ageing, Nature 464, 536–542 (25 March 2010)
- Vaupel, J. W. (2010): Eine angeborene Lebensspanne gibt es nicht – Alterungsprozess beim Menschen verschiebt sich um etwa ein Jahrzehnt, in: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 7, Nr. 2, <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo1002.pdf>, [05.05.2015].



KCG Kompetenzzentrum für Management
im Gesundheits- & Sozialwesen
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM – eine Hochschule, viele Möglichkeiten.

Die mit bundesweit über 31.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und Kompetenzzentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter **fom.de**

KCG

Angewandte Forschung und Entwicklung sowie der Wissenstransfer im Bereich des Managements im Gesundheits- und Sozialwesen stehen im Fokus des im Herbst 2010 gegründeten KCG Kompetenzzentrum der FOM Hochschule. Alle Aktivitäten des KCG als wissenschaftliche Einrichtung der FOM zielen darauf ab, die Kernkompetenzen und die wachsenden internen Strukturen der Hochschule im Bereich der Gesundheits- und Sozialwirtschaft zu bündeln und die anwendungsbezogenen Forschungsaktivitäten weiter auszubauen.

Das KCG sieht seine Hauptaufgabe darin, die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung im Sinne der Patienten und Ärzte und die Verbesserung des Sozialwesens zu unterstützen.

Weitere Informationen finden Sie unter **fom-kcg.de**



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter **fom-blog.de**