

Gemeinsam besser werden.



Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen

- Finanzierung der GKV -

Erstellt von Cornelia Lopinski und Carolin Brode (2004)

dfkm.de

Deutsches Forum für Krankenhaus-Management
Informations- und Kommunikationsportal Krankenhausmanager

1. Allgemeine Problemdarstellung

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist schon seit langer Zeit geprägt von anhaltenden Reformdiskussionen und –versuchen, in denen vor allem die direkt Beteiligten bemüht sind, ihre mannigfaltigen Interessen durchzusetzen. Bei all diesen Auseinandersetzungen entstand in der Vergangenheit der Eindruck, es gäbe eine Kostenexplosion im deutschen Gesundheitswesen. Allerdings ist, wie die Abbildung 1 zeigt, der durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) finanzierte Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) seit der zweiten Hälfte der siebziger Jahre nahezu konstant geblieben. Daraus ist zu schließen, dass die Gesundheitsausgaben nicht schneller gestiegen sind als die gesamtwirtschaftliche Leistung. Trotz dieser relativen Konstanz der Gesundheitsausgaben der GKV im Verhältnis zum BIP ist der durchschnittliche Beitragssatz im Zeitraum von 1975 bis 2003 um 3,5 Beitragssatzpunkte gestiegen. Dies entspricht einer prozentualen Steigerung von rund 33%. Bezieht man die Gesundheitsausgaben der GKV nicht auf das BIP sondern auf die Grundlohnsumme (beitragspflichtiger Bruttolohn) pro Mitglied, dann ist in den letzten 25 Jahren eine zunehmende Spreizung von BIP und Grundlohnsumme zu beobachten. Wir sprechen daher von einer so genannten Einnahmenimplosion im Gesundheitswesen.

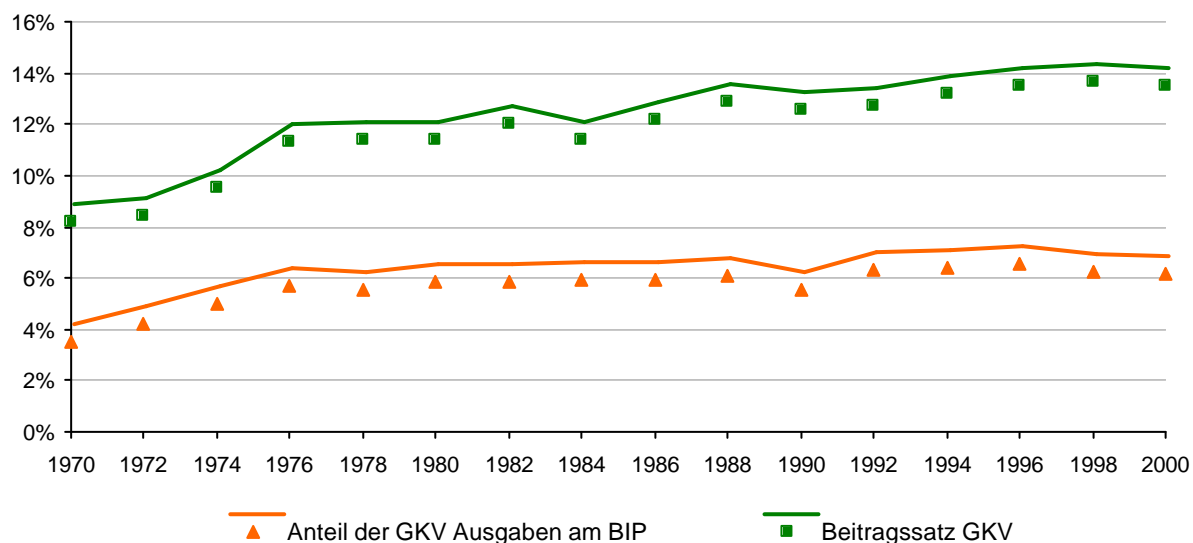


Abbildung 1: Entwicklung der GKV Beitragssätze und BIP-Anteil der GKV Ausgaben

Quellen: Sachverständigenrat und WISO Institut für Wirtschaft & Soziales GmbH

Die Bruttolöhne halten offensichtlich nicht Schritt mit der Entwicklung des BIP. Ursachen dafür sind vor allem die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit sowie die ungünstigen Einkommensentwicklungen. In diesem Zusammenhang wird die lohngekoppelte Finanzierung der GKV immer wieder kritisiert. Denn das heutige System ist gekennzeichnet durch eine paritätische Beitragszahlung sowie durch eine Finanzierung im Umlageverfahren.

Das Umlageverfahren verzichtet auf die Bildung von Kapitalrückstellungen, so dass die laufenden Ausgaben einer Periode durch die laufenden Einnahmen dieser gedeckt werden müssen. Im Hinblick auf absehbare Entwicklungstrends wie demographische Veränderungen, neue Formen von Arbeitsverhältnissen sowie medizinisch-technischer Fortschritt lässt sich immer deutlicher erkennen: Die gesetzliche Krankenkasse leidet an einem elementaren Finanzierungsproblem.

1.1 Zielsetzung und Vorgehensweise

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes sollen Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie basierend auf einer ökonomischen Analyse und unter Einbeziehung unserer Forschungsergebnisse gegenübergestellt und Ihre Geeignetheit zur Lösung der drängenden Finanzierungsprobleme der GKV, insbesondere in Anbetracht der Generationengerechtigkeit, überprüft werden.

Zu Beginn dieses Projekts erfolgte die Erarbeitung einer Internet-Umfrage, welche an 288 gesetzliche Krankenkassen- und Verbände sowie an über 100 Gesundheitsprofessoren innerhalb Deutschlands versandt wurde. Das Hauptaugenmerk bei der Erstellung des Fragenkatalogs orientierte sich an einer knappen, verständlichen Fragestellung und der einfachen sowie schnellen Beantwortung durch Radio Buttons. Bewusst wurde auf persönliche Pflichtangaben und auf Angaben zu der jeweiligen Kassenzugehörigkeit verzichtet. Wichtig war, die Anonymität der Befragten zu wahren und damit ein

reelles Ergebnis zu erlangen, welches nicht alleinig die politische Meinung der Krankenkassen widerspiegelt.

Mit dem Versenden der ersten verlinkten E-Mail-Anfragen war eine rege Teilnahme und Interesse an diesem Projekt zu beobachten. So ergaben sich Möglichkeiten, außerhalb des Fragenkatalogs weitergehende Interviews zu führen. Die statistische Auswertung nach Beendigung der Online-Umfrage ergab eine Rücklaufquote von 44,4% bei den Krankenkassen. Die aus Gründen der Beurteilung durchgeführte getrennte Befragung der Professoren lieferte eine enttäuschende Rücklaufquote von nur 5%. Aus diesem Grund beziehen sich die jeweiligen Umfrageergebnisse innerhalb dieser Forschungsarbeit auf die gesetzlichen Krankenkassen. Um die Meinung der dozierenden Professoren im Gesundheitswesen nicht vollständig zu vernachlässigen, flossen Auszüge geführter Interviews ein.

2. Zur Notwendigkeit der Neugestaltung der GKV

Der Begriff Generationengerechtigkeit deckt sich weitgehend mit dem Begriff der Nachhaltigkeit wirtschaftlichen Handelns. Dies heißt, dass Leistungen und Gegenleistungen über Generationen hinweg ausgeglichen sind. Die generationenübergreifende Gerechtigkeit der Verteilung im Gesundheitswesen ist verankert im Solidaritätsprinzip und Generationenvertrag und bildet die Basis der deutschen Sozialversicherungssysteme. Im Gesundheitswesen versteht man unter Generationengerechtigkeit, dass jede Generation die von ihr verursachten Gesundheitskosten selber trägt. Aufgrund von steigenden Kosten sowie ungünstigen Veränderungen der Rahmenbedingungen wie demographischer Wandel und steigende Arbeitslosigkeit wird die Gewährleistung der Generationengerechtigkeit zunehmend schwieriger. Das hat zur Folge, dass künftige Generationen trotz höherer Abgabenlast im Vergleich zu der heute lebenden Generation immer weniger Leistungen von der staatlichen Gemeinschaft erhalten. Es sind daher grundlegende strukturelle Reformen zu entwickeln.

2.1 Umverteilung zwischen den Generationen

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen ist im Wesentlichen noch heute nach dem Bismarckschen Typus gestaltet. Die Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder berechnen sich bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.487,50 Euro in 2004)¹ nach dem Lohn Einkommen. Weiterhin sind durch die gesetzlichen Krankenkassen abgesichert: Arbeitslose, Rentner, Bezieher von Sozialhilfe sowie auch Familienangehörige der Mitglieder. Alle Versicherten haben den vollen Anspruch auf die gesamten Leistungen der GKV. Eine Bedürftigkeitsprüfung findet nicht statt. Sowohl die erwerbstätigen Mitglieder als auch die Rentner zahlen Beiträge in die gesetzlichen Krankenkassen ein. Berechnungen zeigen, dass ein beitragspflichtiger Erwerbstätiger im Durchschnitt mehr einzahlt als zur Finanzierung der durch ihn genutzten Leistungen erforderlich ist. Hingegen deckt der durchschnittliche Beitrag eines Rentners die Behandlungsausgaben nicht. Wie Abbildung 2 zeigt, nehmen die Behandlungskosten stets von einer Altersgruppe zur nächsten zu.

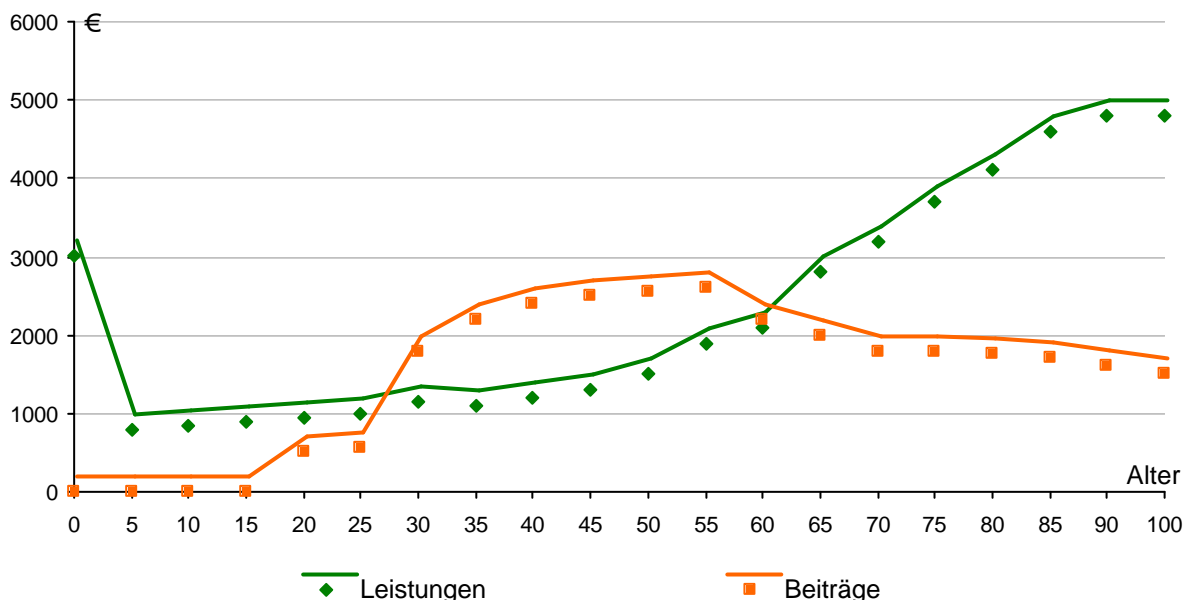


Abbildung 2: Altersspezifische Beiträge und Leistungen der GKV (gleitender Durchschnitt 2001)

Quelle: Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau

¹ Vgl. BMGS (2004)

Der grundsätzliche Wandel in Deutschland, der zum einen den Umfang als auch die Altersstruktur der Bevölkerung betrifft, führt über kurz oder lang zu steigenden Belastungen für die nachfolgenden Generationen, wenn das Leistungsniveau in der GKV konstant gehalten wird. Anhaltende Geburtenrückgänge sowie höhere Lebenserwartungen führen in der Zukunft zu einer Zunahme der Versicherten im Rentenalter. Die daraus resultierende Deckungslücke muss durch höhere Beiträge der Erwerbstätigen mitfinanziert werden. Hinzu kommt, dass der potentiell erwerbstätige Bevölkerungsanteil trotz Zuwanderung relativ und absolut zurückgeht.² Die Folge ist eine noch weitere zusätzliche Verstärkung der intergenerativen Umverteilung innerhalb der GKV.

Die Befragung der Krankenkassen hinsichtlich Ihrer Einschätzung zu der Entwicklung der Gesundheitsausgaben, unter dem Aspekt des demographischen Wandels, ergab ein eindeutiges Ergebnis. Aufgrund der hohen Demographieanfälligkeit des Umlageverfahrens schätzen 73,1 % den Anstieg der Gesundheitsausgaben als hoch ein. 1,7% der Beteiligten enthielten sich Ihrer Stimme.

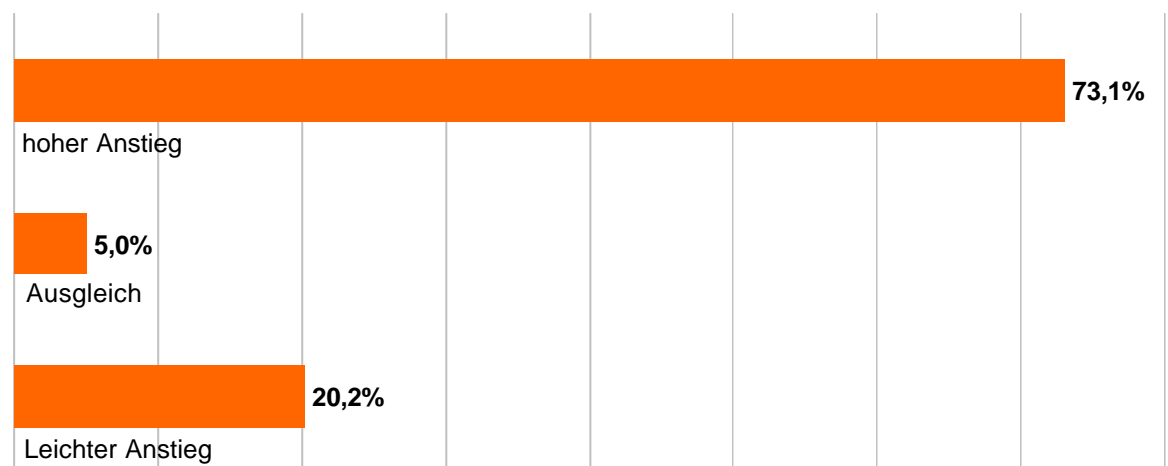


Abbildung 3: Umfrageergebnis Krankenkassen „Wie schätzen Sie die demographischen Veränderungen in Deutschland im Hinblick auf die Gesundheitsausgaben ein?“

Quelle: eigene Darstellung (Forschungsergebnis)

² Vgl. Statistisches Bundesamt (2004)

3. Reformoptionen für mehr Generationengerechtigkeit

Mit dem Kostenschub zu Beginn der 70er Jahre (siehe auch Abbildung 1), der tatsächlich als Kostenexplosion bezeichnet werden könnte, war die Politik immer wieder damit beschäftigt, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen zu bremsen. Diese Anstrengungen fanden in einer langen Kette von Kostendämpfungsgesetzen Ausdruck. Allein zwischen 1977 und 2003 sind 36 solcher Gesetzespakete verabschiedet worden. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977, das Gesundheitsreformgesetz von 1988 sowie das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 sind hier nur einige Beispiele. Auffällig ist, dass jedes Gesetz nur zu einem kurzfristigen Abflachen der Kostenkurve geführt hatte. Es wurden offenbar immer wieder Wege gefunden, die kostendämpfenden Regelungen zu umgehen.

Dabei ist der Kostenanstieg im Gesundheitswesen kein rein deutsches Phänomen. Weltweit lassen sich folgende allgemeine Einflussfaktoren zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben identifizieren: Auf der Seite der Nachfrager sind vor allem Faktoren wie die demographischen Veränderungen, Änderungen des Krankheitsspektrums sowie ein überzogenes Anspruchsdenken (Vollkaskomentalität)³ der Versicherten einhergehend mit dem Anreiz zur übermäßigen Innanspruchnahme von Leistungen (moral hazard) zu erkennen. Zu den angebotsseitigen Determinanten gehören insbesondere die angebotsinduzierte Nachfrage, der negative Preisstruktureffekt⁴ sowie ein zunehmender Hang zur so genannten Defensivmedizin.⁵

Wie bereits beschrieben, kommt in Deutschland zusätzlich eine Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis zum Tragen. Somit besteht sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite Handlungsbedarf. Um das System der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftsfähig und gerechter im Hinblick auf nachfolgende Generationen zu machen, sind grundlegendere

³ Vgl. Stellungnahme Wolfgang Allgaier (Stv. Vorstand der BKK Scheufelen)

⁴ Überdurchschnittlicher Preisanstieg für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen. Bei gleicher Entwicklung der Löhne nimmt die Arbeitsproduktivität, verglichen mit anderen Sektoren, schwächer zu.

⁵ Vgl. Sachverständigenrat Kurzfassung (Gutachten 2003), S.22

Reformen als in der Vergangenheit notwendig. Besonders die von der Bundesregierung eingesetzte Rürup-Kommission wie auch die von der CDU eingesetzte Herzog-Kommission haben Vorschläge entwickelt, die gegenwärtig auf breiter gesellschaftlicher Basis diskutiert werden.

3.1 Das Reformkonzept der Bürgerversicherung

Die grundlegende Idee der Bürgerversicherung von Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach, gestaltet durch die Rürup-Kommission (2003), setzt auf das bestehende System der GKV auf und erweitert dieses mit dem Ziel der Erschließung weiterer Einnahmequellen hinsichtlich zweier Aspekte:

Es sollen alle Bürger – also nicht wie bisher nur die Abhängigbeschäftigten – Beiträge in die GKV zahlen. Damit würde der Versichertenkreis auch auf Beamte, Selbständige und Freiberufler ausgedehnt. Es handelt sich folglich um eine gezwungene Einbeziehung aller Bürger und Bürgerinnen in das gesetzliche Krankenversicherungssystem. Durch benanntes Pflichtversicherungsziel bliebe den privaten Krankenversicherungen (PKV) langfristig nur das Geschäft mit Zusatzversicherungen. Mit Ablauf des Bestandschutzes für gegenwärtig Privatversicherte verblieben Zusatzversicherungen in Bezug auf Leistungen mit Wellness-Charakter sowie Leistungen, deren medizinische Wirksamkeit und Notwendigkeit nicht bewiesen werden können.⁶

Neben der Ausdehnung des Versichertenkreises würde auch die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (5.100,00 Euro in 2004) einnahmesteigernd wirken. Über das Arbeitseinkommen⁷ hinaus sollen weitere Einkünfte der Versicherten, insbesondere Miet-, Zins- und Kapitalerträge, zur Ermittlung der Beiträge herangezogen werden.

⁶ Vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 149

⁷ Arbeitseinkommen gemäß § 18a Abs. 2 und 2a SGB IV

Die Einkommensumverteilung würde durch die Einbeziehung anderer Einkommen, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Erweiterung des Versichertenkreises ausgedehnt. Gleichzeitig orientiere sich die Beitragserhebung stärker an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Einzelnen. Die medizinisch notwendigen Leistungen würden nach Bedarf in Anspruch genommen und wären für alle Bürger gleich.

Aufgrund einer einkommensabhängigen Beitragsermittlung und der einheitlichen Leistungsvergabe stände auch beim Modell der Bürgerversicherung – wie in der bisherigen GKV – das Solidarprinzip im Mittelpunkt. Auch hier greifen das Umlageverfahren sowie die paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

3.2 Das Reformkonzept der Kopfpauschale

Neben der Bezeichnung Kopfpauschale durch Prof. Dr. Dr. hc Bert Rürup, wird oft auch der Begriff Gesundheitsprämie synonym verwendet. Diese begriffliche Zusammenlegung ist nicht einwandfrei, da Unterschiede hinsichtlich der Ausgestaltung vorhanden sind. So verbindet die Herzog-Kommission mit der Gesundheitsprämie eine integrierte Altersrückstellung. Diese Besonderheit soll im Anschluss (Punkt 3.2.1) vorgestellt werden.

Die Grundidee der Kopfpauschale basiert auf der Einführung einer Prämie für alle Versicherten und kennzeichnet vor allem einen Systemwechsel gegenüber dem bisherigen System der GKV. Die Bemessung der Beiträge würde nicht weiterhin auf Grundlage des Arbeitseinkommens der Pflichtversicherten erfolgen. Stattdessen würde eine monatliche Prämie erhoben, die innerhalb einer Krankenkasse einheitlich zu kalkulieren wäre. Zwischen den Krankenkassen könnten die Pauschalen je nach Versichertenstruktur und Effizienz der Kasse variieren. Ausgehend von den voraussichtlichen Gesamtausgaben für GKV-Pflichtleistungen im Jahr 2004 errechneten die Professoren Prof. Dr. Dr. hc Bert Rürup und Prof. Dr. Eberhard Wille einen durchschnittlichen Pauschalbeitrag in

Höhe von 169 Euro. Um den Übergang von einkommensabhängigen zu pauschalen Beiträgen möglichst gerecht zu gestalten, sollte niemand mehr als 12,5% des Bruttoeinkommens aufbringen müssen (Belastungsgrenze).⁸

Der soziale Ausgleich zwischen Beziehern hoher (Arbeits-)Einkommen und Beziehern geringer (Arbeits-)Einkommen würde sich außerhalb der GKV in das Steuer- und Transfersystem verlagern. Dabei sollen steuerfinanzierte Prämienzuschüsse bis zu einer gewissen Einkommenshöhe die soziale Belastung mindern. Die Finanzierung der Zuschüsse soll zum größten Teil aus der Besteuerung der von den Arbeitgebern an die Arbeitnehmer auszahlenden Krankenversicherungsbeiträge finanziert werden. Weiterhin würde der zusätzliche Bruttolohn mit Beiträgen für die anderen Zweige der Sozialversicherung – Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Arbeitslosenversicherung – belegt werden.⁹

Der Versichertenkreis beschränke sich grundlegend auf die derzeit in der GKV versicherten Personen. Allerdings würde die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern aufgehoben werden. Die Prämiengestaltung für Minderjährige wurde bisher nicht eindeutig geklärt. Ein Wechsel in die private Krankenversicherung bei Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze bliebe bestehen.¹⁰

Das Konzept der Kopfpauschale ist gekennzeichnet durch eine völlige Entkopplung der Arbeitskosten von den Beiträgen an die GKV mit dem Ziel der Senkung der Lohnzusatzkosten. Die Einkommensumverteilung würde aus dem bisherigen System eliminiert und damit innerhalb der GKV das Äquivalenzprinzip gestärkt werden.

⁸ Vgl. Presseinformation Berlin Aktuell (15.07.04)

⁹ Vgl. Sachverständigenrat (2003) S. 204 Ziffer 309

¹⁰ Vgl. Sachverständigenrat (2003) S. 204 Ziffer 307

3.2.1 Die Kopfpauschale mit Altersrückstellung: Gesundheitsprämie

Die Gesundheitsprämie stellt eine optionale Modellerweiterung der Kopfpauschale dar. Durch die Erweiterung um eine integrierte Altersrückstellung wäre im Besonderen den demographischen Veränderungen Rechnung getragen. Abweichend von dem umlagefinanzierten System der Rürup-Kommission, gestaltet die Herzog-Kommission ihr Reformmodell der Kopfprämie durch den zusätzlichen Aufbau eines Kapitalstocks über einen Zeitraum von 10 Jahren aus den laufenden Beitragseinnahmen. Damit soll der Umstieg zu einem Prämienmodell sozialverträglich gestaltet werden. Vor allem ältere Versicherte sollen unterstützt werden, da diese kaum ausreichend hohe Rücklagen für die Altersrückstellungen bilden können.

Die Prämie würde individuell nach der jeweiligen Alterskohorte des Versicherten und dem Versicherungsbeginn berechnet. Sie hängt in ihrer Höhe maßgeblich vom Verhältnis zwischen Jung und Alt sowie dem medizinischen Fortschritt ab. Die Prämie soll auf Grundlage der integrierten Altersrückstellung lebenslang konstant bleiben und liegt voraussichtlich bei 264 EUR pro Mitglied.¹¹

3.3 Das Ergebnis der Umfrage

Die Befragung der Krankenkassen nach dem von ihnen präferierten Finanzierungs-Modell (Abbildung 4) ergab auf den ersten Blick ein unerwartetes Ergebnis im Vergleich mit Umfragen gleichen Inhalts. Aus diesem Grund haben wir uns mit den unterschiedlichen Interessen der einzelnen Lobbyisten auf dem Gesundheitsmarkt beschäftigt.

¹¹ Vgl. CDU-Bundesvorstand (2003) S. 17

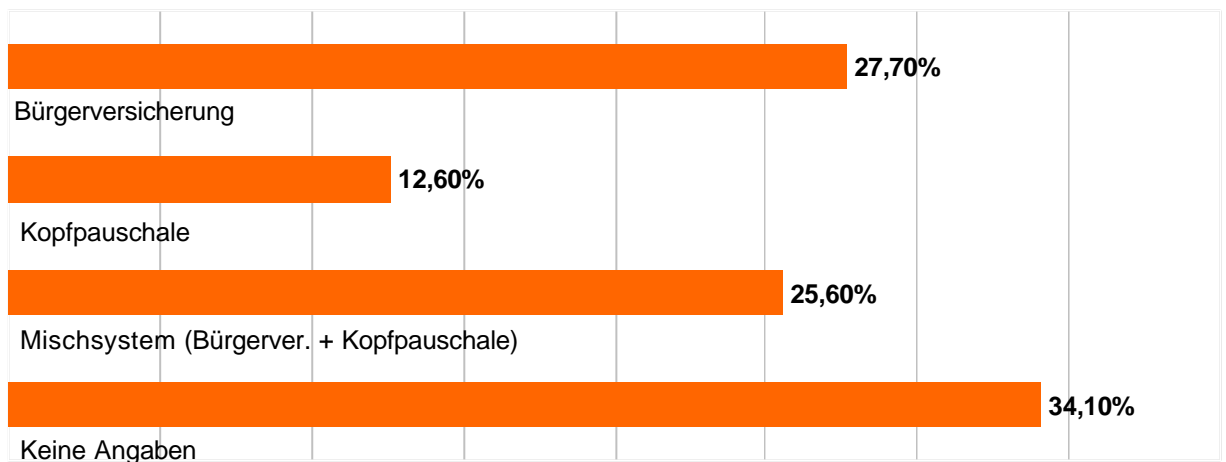


Abbildung 4: Umfrageergebnis Krankenkassen: „Welches Finanzierungsmodell der aktuellen Diskussion erachten Sie unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten als besser geeignet?“

Quelle: eigene Darstellung (Forschungsergebnis)

Auffällig ist der relativ hohe Anteil an Fürsprechern der Bürgerversicherung aus den Reihen der befragten Krankenkassen; gut ein Drittel entschied sich für diese Variante. In einer ähnlichen Befragung von rund 100 VWL-Professoren kam es zu einem ganz anderen Ergebnis. Sie lehnten die Bürgerversicherung zu 100% ab, befürworteten hingegen die Kopfpauschale als zukunftsweisendes Finanzierungsmodell mit fast 74%. Ein deutlicher Unterschied zur Meinungsbildung unter den Krankenkassenmitarbeitern, welche mit 12,6% die Attraktivität der Kopfpauschale eher in Zweifel stellen. Was die Kombination aus beiden Modellen betrifft, so weicht die Anzahl der Befürworter des VWL-Panels nur um 0,5% ab.¹²

4. Auswertung und Wirkungsanalyse

Es stellt sich die Frage, wie es zu solch starken Divergenzen zwischen den Befragten kommt. Die Vermutung liegt nahe, dass eine hohe Interessensspaltung als Ursache vorliegt, welche im folgenden näher dargestellt werden soll. Im

¹² Vgl. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (2003)

Hinblick darauf werden zunächst die beiden zu beleuchtenden Modelle auf ihre Vor- und Nachteile hin überprüft.

4.1 Vor- und Nachteile der Bürgerversicherung

Die Befürworter der Bürgerversicherung stellen die Beibehaltung des Solidaritätsprinzips in den Vordergrund. Hierüber findet in der GKV als Solidargemeinschaft ein sozialer Ausgleich zwischen besser und schlechter verdienenden Versicherten statt. Ausdruck des Solidarprinzips ist auch die beitragsfreie Familienversicherung. Durch das Einbeziehen zusätzlicher Personengruppen würde die finanzielle Last auf mehr Schultern verteilt werden. Wie bereits in Punkt 3.1 erläutert, hätte eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100,00 Euro eine Senkung des Beitragssatzes auf unter 13% zur Folge. Insgesamt stünden dem System mehr finanzielle Mittel zur Verfügung, wobei nicht vergessen werden darf, dass mehr einzahlende Mitglieder zugleich auch mehr Leistungen fordern würden. Dies würde wiederum zu zusätzlichen Ausgaben führen. In Bezug auf die Lohnnebenkosten wäre mit einer einmaligen Senkung zu rechnen. Das hieße, zum Zeitpunkt der erweiterten Bemessungsgrundlage käme es für die Unternehmen – da der Bruttolohn unverändert bliebe – zu einer kurzfristigen Verringerung der Gesamtarbeitskosten. Langfristig betrachtet könnten je nach Beschäftigungsstruktur der einzelnen Unternehmen sogar stärkere Belastungen durch zusätzliche Lohnnebenkosten auf die Arbeitgeber zukommen.¹³

Als besonders schwierig würde sich die Überwachung der korrekten Angabe aller Einkünfte gestalten. Zur Debatte steht eine Art Finanzamtswahl, doch müsste hierbei beachtet werden, dass nicht jeder Versicherte zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet wäre. An dieser Stelle deutet sich auch der negative Beigeschmack einer im Prinzip erweiterten Einkommensteuer an, denn Sozialversicherungsbeiträge und Einkommensteuer wären bei dieser Art von Erhebung inhaltlich nicht mehr zu trennen. Da trotz Hinzuziehen weiterer Einkünfte

¹³ Vgl. Sachverständigenrat (2003) S. 204 Ziffer 319

der Hauptbestandteil der GKV Einnahmen durch die Löhne und Gehälter der Versicherten zu verzeichnen wäre, bliebe ein wie bisher existierender Negativkreislauf bestehen. Denn ein hoher Beitragssatz führe zu gesteigerten Lohnzusatzkosten, der Faktor Arbeit würde verteuert und ließe die Beschäftigungsquote mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter sinken.

Nicht zu vernachlässigen wären außerdem die negativen Auswirkungen auf die Volkswirtschaft, wenn die privaten Krankenversicherungen ihres Hauptgeschäftsfeldes beraubt würden. Die Folge wäre ein zusätzlicher Umverteilungsbedarf zwischen den Generationen. Da bei diesem System keine Altersrückstellungen – wie in der PKV – gebildet werden, scheint unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit die Bürgerversicherung ein eher fragwürdiges Modell.

Zu beleuchten sei nun die doch relativ ausgeprägte Befürwortung zur Bürgerversicherung seitens der Kassenmitarbeiter. Rein objektiv betrachtet, ermutigt die Aussicht auf höhere Einnahmen und Entlastung des Einzelnen durch Verteilung der Kosten auf einen größeren Versichertenkreis. Die versprochene Beitragssatzsenkung und der bereits erwähnte Effekt der kurzfristigen Senkung der Gesamtarbeitskosten lässt auf nicht so stark schwankende Einnahmen wie im bisher bestehenden System hoffen. Denn speziell die Krankenkassen sind von der wirtschaftlichen Lage stark abhängig. Bei hoher Arbeitslosigkeit sinken die Einnahmen und umgekehrt. Ein Loslösen von dieser Wechselwirkung könnte also auf den ersten Blick ihre Position stärken, denn die Grundstruktur ihres Systems bliebe vorerst bestehen und die Konkurrenz – sprich private Krankenversicherung – würde liquidiert. Aber gewiss spielen auch rein subjektive, persönliche Aspekte eine nicht zu unterschätzende Rolle.

In einem Interview vom 9. Juli 2004 mit Herrn Prof. Dr. Ulrich Mis, Dozent an der Fachhochschule Mainz im Studiengang Krankenhauswesen, Gesundheits- und Sozialökonomie, wurde diese Problematik spezifiziert. Versetzt in die Lage eines Mitarbeiters einer Krankenkasse, würde die Diskrepanz deutlich. Bestünde die Gefahr, dass durch eine veränderte Finanzierung die Systematik beim eigenen Arbeitgeber umstrukturiert werden könnte, sei es nahe liegend, sich eben nicht für

diesen Weg zu entscheiden. Denn zu rechnen sei mit mindestens kurzfristigen Änderungen im persönlichen Aufgabenbereich sowie mit personalbezogenen Umstrukturierungen. Ein neues System bringe im Vorfeld immer Unsicherheit mit sich, da sich die Frage stelle, in welcher Form der Leistungserbringer in der reformierten Variante seine Leistungen noch einbringen könne und dürfe. Im Falle einer Einführung der Bürgerversicherung wären die Arbeitsplätze bei den Krankenkassen gesichert, denn am momentan bestehenden System würde sich nicht grundlegend etwas ändern.¹⁴

4.2 Vor- und Nachteile der Kopfpauschale

Ein unbedingter Vorteil des Kopfprämienmodells ist die lohn- und einkommensunabhängige Beitragserhebung. Unbestritten ist der unter anderem demographisch begründete stetig steigende Finanzierungsbedarf im Gesundheitswesen. Durch die Aufhebung der paritätischen Beitragserhebung wäre eine negative Rückwirkung auf Lohnnebenkosten und Beschäftigung im Falle einer Beitragserhöhung ausgeschlossen. „Mit der Entlastung des Faktors Arbeit entfiere die beschäftigungshemmende Kopplung der Beiträge an die Arbeitsentgelte.“¹⁵ Kurzfristig wäre ein positiver Beschäftigungseffekt nicht zu erwarten, da die Arbeitgeber ihren bisherigen GKV-Anteil an die Arbeitnehmer weitergeben würden und die Gesamtarbeitskosten damit nicht sanken. Langfristig jedoch könnte die Situation des Wirtschaftsstandortes Deutschland deutlich gestärkt werden.

Obwohl auf den ersten Blick kein Solidarausgleich erkennbar ist, erscheint die Kopfpauschale bei genauerer Betrachtung als zielorientierter, was die gerechte Umverteilung betrifft. Durch das bereits genannte Steuer-Transfer-System erfolge nicht nur eine Umverteilung innerhalb der GKV, sondern alle Versicherten, auch die Privaten, wären an der Ausübung des Solidarausgleichs beteiligt. Im Status quo führt die Versicherungspflichtgrenze dazu, dass sich besser Verdienende

¹⁴ Vgl. Interview mit Prof. Dr. Ulrich Mis

¹⁵ Vgl. Henke (2004), S. 23-29

nicht entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit am sozialen Umverteilungsprozedere beteiligen, da sie sich durch ihre Mitgliedschaft in einer privaten Krankenversicherung aus der Verantwortung einer krankensicherungsinternen Umverteilung ausklinken können. Die Einführung der Kopfpauschale käme also einer Verbesserung der Verteilungsgerechtigkeit gleich. Im Hinblick auf die intergenerative Verteilung ist die Kopfpauschale als Basis leicht um eine Altersrückstellung im Sinne des Herzog-Modells erweiterbar.

Laut der Aussage von Herrn Prof. Henke, Professor für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der TU Berlin, könnte „das Gesundheitswesen als personalintensive Dienstleistungs- und Wachstumsbranche eine freiere Entfaltung erfahren. Der Druck von den Trägern der Gesundheitspolitik wird genommen, mit Rücksicht auf die Arbeitskosten die Gesundheitsausgaben global, regional und sektoral zu deckeln.“ Gesundheitsleistungen würden wieder in den Vordergrund rücken, was insgesamt zu mehr Wettbewerb in der Leistungserbringung führe. Ein funktionsfähiger Wettbewerb vergünstige den Krankenversicherungsschutz insgesamt.¹⁶

Bezug nehmend auf die Entlastung von ohnehin schon Besserverdienenden und der stärkeren Belastung von Geringverdienern ist das Modell der Kopfpauschale kritikwürdig. Denkbar wäre als mögliche Folge Konsumrückgang, welcher sich wiederum negativ auf die allgemeine wirtschaftliche Lage des Landes mit allen bekannten Konsequenzen auswirken würde.

Wie erläutert, schafft eine Umstrukturierung Unsicherheit und Ablehnung. Das bestehende System der GKV würde abgeschafft und als Arbeitnehmer einer Krankenversicherung erscheinen die Zukunftsaussichten im Vergleich zur Bürgerversicherung weniger positiv. Als Ablehnungsgrund für die Kopfpauschale in der durchgeführten Online-Umfrage schließt Prof. Dr. Mis Unwissenheit der befragten Arbeitnehmer aus.¹⁷

¹⁶ Vgl. Henke (2004), S. 23-29

¹⁷ Vgl. Interview mit Prof. Dr. Ulrich Mis

4.2.1 Modellerweiterung Kopfpauschale

Wie bereits geschildert (Punkt 3.2.1) zielt das Herzog-Modell auf eine kapitalgedeckte Gesundheitsvorsorge ab. Positiv zu werten ist dabei vor allem die hohe Demographiefestigkeit. Mit Hilfe einer jährlichen Kostenprognose würden neben den zu erwartenden Gesundheitskosten auch der künftige medizinische Fortschritt und dadurch bedingte Mehrkosten berücksichtigt werden. Eine finanzielle Entlastung von Beziehern höherer Einkommen relativiere sich durch die Unterstützung schlechter Verdienender mittels steuerlicher Maßnahmen.¹⁸

Prof. Dr. Mis persönlich würde sich ebenfalls für ein modifiziertes Rürup-Modell entscheiden. Als Beispiel nannte er die Systematik des Gesundheitswesens von Singapur. Dort muss jeder 40% seines Einkommens – je zur Hälfte Arbeitgeber und Arbeitnehmer – auf Sparkonten einzahlen, davon fließen 4% in die Altersvorsorge und 6% bis 8% auf ein Gesundheitskonto. Dieses Geld wird vom Gesundheitsministerium verwaltet und angelegt, wobei der Staat eine Mindestverzinsung von 2,5% jährlich garantiert. Im Alter werden dadurch finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, um eine gesundheitliche Versorgung und Absicherung bis zu einem gewissen Grad gewährleisten zu können. Dieses Geld ist selbstverständlich wandelfähig, d.h. im Falle eines Wohnortwechsels ziehen die Sparkonten mit.¹⁹

Gleichwohl es sich um einen sicherlich hochinteressanten Ansatz handelt, räumt Prof. Dr. Mis folgende Problematik ein:

Wer heute ein vergleichbares System in Deutschland einführen wolle, mache sich bei allen Stakeholdern wie Partei, Opposition und Wählern unbeliebt. Dieser Politiker würde wahrscheinlich nicht wieder gewählt werden, da kurzfristig keine positiven Auswirkungen zu erwarten wären, sondern erst in etwa 15 bis 20 Jahren.²⁰ Dem ungeachtet käme diese Umstellung der Bedeutung des Wortes

¹⁸ Vgl. Schmidbauer und Gutting (2004)

¹⁹ Vgl. Schreyögg (2004)

²⁰ Vgl. Interview Prof. Dr. Ulrich Mis

„Reform“ – nämlich grundlegende Änderung eines Systems beziehungsweise grundlegende Verbesserung eines Bestehenden²¹ – am nächsten.

4.3 Kosteninduzierte Aspekte

Die bisherige Betrachtung der finanziellen Situation und der zur Debatte stehenden Lösungskonzepte bezog sich ausschließlich auf die Einnahmenseite. Nicht zu vernachlässigen ist ferner der Einsparungseffekt auf der Ausgabenseite, auch hinsichtlich zukünftiger Generationen. So könnte eine Drosselung der Ausgaben durchaus nicht nur mittelfristig eine Verbesserung der aktuellen Finanzlage bewirken.

Unsere Umfrage ergab, dass die höchsten Einsparungspotentiale in der stationären Krankenhausbehandlung sowie bei den Arzneimittelausgaben zu erwarten sind. Moderate Einsparungen werden im ambulanten Bereich gesehen. Kaum Einsparungsmöglichkeiten wurden den Verwaltungskosten der GKV und der gezielten Prävention zugeschrieben.

Die Ergebnisse der beiden letzten Punkte sollen nachfolgend näher betrachtet werden:

Eine Dementierung von erheblichen Einsparungspotentialen im Verwaltungsbereich der GKV seitens Arbeitnehmern dieser Institution ist im Prinzip eine zu erwartende logische Konsequenz. Dennoch werden vielerorts die Rufe nach mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen, auch unter dem Gesichtspunkt von Einsparungen im Verwaltungsbereich, laut. Bei Betrachtung der Gesundheitsausgabenverteilung insgesamt stellt sich heraus, dass Verwaltungskosten einen eher geringen Anteil (etwa 5 %) am Gesamtbudget einnehmen.

²¹ Vgl. Langenscheidt (2004)

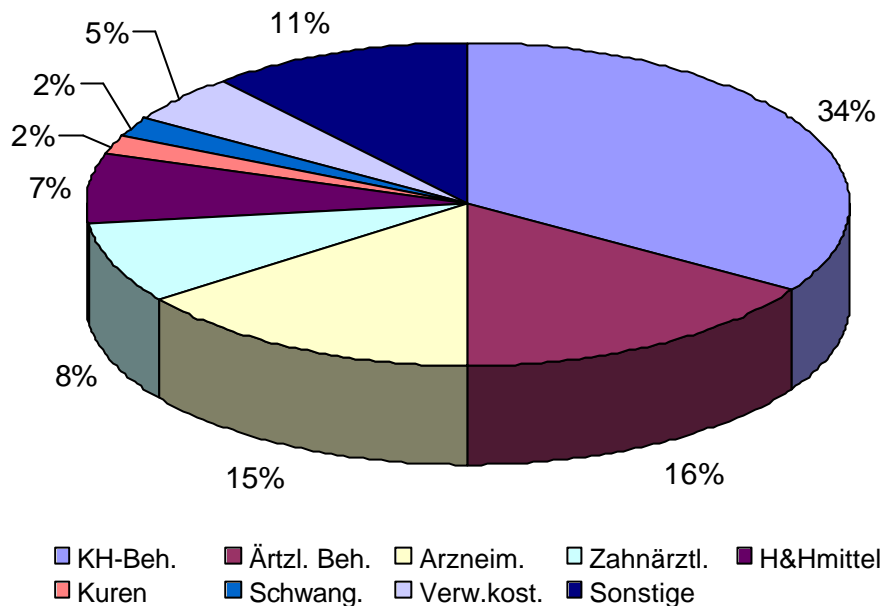


Abbildung 5: GKV-Ausgaben für Gesundheit

Quelle: Studiengang Krankenhauswesen, Modul 1 „Finanzierungs- und Leistungsstrukturen“, FH-Mainz

Man dürfe sich von den bombastisch erscheinenden Gebäuden, wie beispielsweise dem AOK-Gebäude in Hannover nicht täuschen lassen, so Prof. Dr. Mis. Es handle sich um *ein* Gebäude für ganz Niedersachsen. Dass dort Fachleute arbeiten, die unter anderem demnächst die gesamte DRG-Abrechnung kontrollieren und entsprechend dazu ausgebildet werden müssen, werde häufig vernachlässigt. Das Geld würde dort tatsächlich benötigt.²²

Im Gegensatz zu den erwähnten kurz- und mittelfristigen Einsparmöglichkeiten bildet eine angemessene Prävention eine eher langfristige Alternative zur Verfolgung der Generationengerechtigkeit. Sie soll dafür sorgen, dass der Anstieg der Gesundheitskosten im Alter reduziert wird. Für ein erfolgreiches Unterfangen müssten stärkere Anreize für die Anwendung präventiver medizinischer Leistungen im Gesundheitswesen geschaffen werden. Sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Nachfragerseite sind Investitionen vonnöten. Welches

²² Vgl. Interview Prof. Dr. Ulrich Mis

Einsparpotential damit erreichbar wäre, ist schwer abschätzbar und hängt von der individuellen Wirksamkeit einzelner Maßnahmen ab.

Eine dritte Betrachtungsweise hinsichtlich der Ausgabenseite ist neben direkten Einsparungen und Prävention die immer wieder gern diskutierte Vollkaskotalität. So hat auch der Stellvertretende Vorstand der BKK Scheufelen, Wolfgang Allgaier, folgenden Kommentar beigetragen: „Das Hauptfinanzierungsproblem der GKV ist – losgelöst von der demographischen Entwicklung – zum einen die völlig einseitige Finanzierung über den (schrumpfenden) Faktor Arbeit, zum anderen das völlig überzogene Anspruchsdenken, die Vollkaskotalität.“²³

Betrachtet werden hier Einnahmen- und Ausgabenseite. Bei der Einnahmenseite tritt wieder das Problem der lohnorientierten Finanzierung hervor, welches bereits im Vorfeld angesprochen wurde. Prof. Dr. Mis stimmt mit diesem Punkt vollkommen überein, äußert jedoch Bedenken, den zweiten Teil der Aussage betreffend. Seiner Ansicht nach nimmt die Vollkaskotalität inzwischen keinen nennenswert hohen Stellenwert mehr ein. In der Vergangenheit als „polarisierender“ Faktor angesehen, würde dieser gegenwärtig nur noch durch wenige Ausnahmen bestimmt. Bemerkbar mache sich nach wie vor das so genannte Chipkarten-Hopping. Gerade bei komplizierten Fachgebieten wie dem orthopädischen Bereich werde gerne die berühmte „Zweitmeinung“ gesucht. Dennoch beeinflussten derartige Ausprägungen die Ausgabenseite nicht überproportional.

Mittels einer Eigenbeteiligung von maximal 2% möchte der Gesetzgeber den überhöhten Arzneimittelausgaben (siehe Abb. 5) einen Riegel vorschieben. Als Nebeneffekt mache sich ein vermindertes Anspruchsdenken bemerkbar, da die selbst zu finanzierenden, nicht verschreibungspflichtigen Medikamente zusätzlich getragen werden müssen. Für Vollkaskotalität bliebe derzeit kein Platz. Nicht zu unterschätzende Kehrseite sei die Gefahr der immensen Folgekosten, wenn

²³ Vgl. Stellungnahme Wolfgang Allgaier (Stv. Vorstand der BKK Scheufelen)

die Bevölkerung auf nicht verschreibungspflichtige Medikamente verzichtet, weil sie sie selbst bezahlen müsse und nicht könne.²⁴

Im Hinblick auf den stationären Zweig soll durch die endgültige Einführung des DRG-Entgeltsystems ab 01.01.2008 der größte Ausgabenbereich im GKV-System eingedämmt werden.

5. Fazit

Um der „justitia commutativa“ und der „justitia distributiva“ – ausgleichende und verteilende Gerechtigkeit – im Sinne der Generationengerechtigkeit nachzukommen, ist der Ausstieg aus der Umlagefinanzierung und die Einführung der Kapitaldeckung unumgänglich. In einem kapitalgedeckten Versicherungssystem werden für jede Generation risikoäquivalente Prämien berechnet, aus denen zu verzinsende Altersrückstellungen für die zu erwartenden Gesundheitskosten der Generation im Rentenalter gebildet werden.²⁵ Durch diese Art der Finanzierung werden keine Kosten auf zukünftige Generationen verlagert.

Als optimale Vorgehensweise erscheint daher der Aufbau eines Kapitalstocks durch das Herzog-Modell, welches in die pauschalierte Arbeitnehmersversicherung übergeht. Auch Prof. Dr. Mis sieht die beste Lösung in einer langfristigen Planung über Kapitaldeckung und Prämienmodelle, also einer schrittweise einzuführenden Mischlösung.

Bei Beibehaltung des umlagefinanzierten Systems sind Modellrechnungen zufolge Beitragssätze von über 20% ab dem Jahr 2030 realistisch.²⁶ Jedoch können zukünftige Generationen nur dann vor steigenden Kosten geschützt werden, wenn jede Generation versucht, für sich selbst aufzukommen. Altersrückstellungen sind ein unbedingtes Muss zum Ausgleich des Ausgabenanstiegs in späteren Jahren. Insgesamt sollte der Leistungsumfang auf einen Grundversorgungsstatus reduziert und Wahlfreiheit und Wettbewerb bezüglich Zusatzleistungen ermöglicht werden. Ein steuerfinanzierter Zuschuss soll sozial schwächer Gestellte

²⁴ Vgl. Interview mit Prof. Dr. Ulrich Mis

²⁵ Vgl. Fenge (2003), S. 11

²⁶ Vgl. Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003), S. 17

unterstützen. Unabhängig der diskutierten Reformvorschläge dürfen Maßnahmen zur Verringerung von Fehlallokationen und –anreizen nicht vergessen werden. Auch die im Hartmannbund vereinten Ärzte Deutschlands wehren sich gegen das Modell der Bürgerversicherung. „.....über 90% der Bürger befinden sich in einem GKV-Zwangversicherungssystem, dass seit Jahren für alle deutlich erkennbar an seine Grenzen stößt. Der Glaube, die systemimmanenten Probleme des GKV-Systems dadurch zu lösen, dass man auch die verbliebenen Privatversicherten hineinzwingt, ist ein Irrweg.“²⁷

²⁷ Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2003)

LITERATURVERZEICHNIS

Bücher:

Lampert, Heinz; Althammer, Jörg (2004):

Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Berlin Heidelberg 2004

Merke, Klaus (1998):

Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Finanzierung, Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung, 1. unveränderte Auflage, Berlin 1998

Oberender, Peter O. (2002):

Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft, Analyse von Schwachstellen und Perspektiven einer Reform, Lucius und Lucius, Stuttgart 2002

Oberender, Peter; Hebborn, Ansgar (1994):

Wachstumsmarkt Gesundheit – Therapie des Kosteninfarkts, Hrsg.: Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup, Originalausgabe Frankfurt am Main 1994

Oberender, Peter O.; Zerth, Jürgen (2003):

Bayreuther Manifest, Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Universität Bayreuth Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie, Bayreuth im August 2003

Vdak und AEV (2001/2002):

Risikostrukturausgleich, Zahlen - Fakten - Hintergründe, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg 2001/2002

Zeitschriften/Projekte/Gutachten:

Deutsches Ärzteblatt (2003):

Eine Jahrhundertentscheidung, Bürgerversicherung, Kopfprämie, Kapitaldeckung – die Finanzierung der Krankenversicherung steht auf der Kippe. Gesucht wird ein nachhaltiges Konzept, Heft 47 21 November 2003

Fenge, Robert (2003):

Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen, in ifo Schnelldienst, 56 Jahrgang Heft 14 2003, Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München

Funke, Daniel (2004):

Eine kritische Betrachtung der Reformkonzepte zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung und Kopfpauschale, Europa Universität Viadrina, Frankfurt (Oder) 2004

Gerken, Lüder; Raddatz, Guido (2003):

Bürgerversicherung und Kopfpauschale – Im Dickicht der Gesundheitsreform, Verkürzte Begriffe verschleiern die inhaltliche Unzulänglichkeit beider Vorschläge, Stiftung Marktwirtschaft Frankfurter Initiativer Nr. 79 2003

Henke, Klaus-Dirk (2004):

Plädoyer für die Kopfpauschale, in: Universitas – Schwerpunktheft „Gesundheit und Gerechtigkeit“ 01/2004, S. 23-29

Herzog Kommission (2003):

Programm der CDU zur Zukunft der sozialen Sicherungssysteme, Antrag des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands an den 17. Parteitag, Leipzig 2003

Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003):

Bericht zur Reform der sozialen Sicherungssysteme vom 29. September 2003, Berlin

Merkel, Wolfgang (2001):

Soziale Gerechtigkeit und die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Institut für Politische Wissenschaft, Berliner Journal für Soziologie 2001

Raffelhüschen, Bernd; Fetzer, Stefan (2004):

Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, überarbeitete Version 2004

Rürup Kommission (2003):

Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS), Berlin 2003

Sachverständigenrat (2003):

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität – Kurzfassung, Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003

Schlüter, Marc (2003):

Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung versus Kopfprämie, Universität zu Köln 2003

Internet:**Ärztetabelle (Hrsg.):**

Jetzt Nachhaltigkeit der Krankenversicherung sozial gerecht sichern, download am 30.03.04, <http://sozial.aerztetabelle.de/archiv/sozial2244.html>

Bezirksärztekammer Rheinhessen (Hrsg.):

GKV-Finanzierungsreform, Rürup und Wille stellen neues Kopfpauschalen-Modell vor, download am 20.07.2004,

http://www.aerztekammer-mainz.de/ak_aktuelles_det.php?lfd=252

BMGS (Hrsg.):

Soziale Sicherung, Die anstehenden Neuregelungen zum Jahresanfang 2004, download am 13.07.2004,

<http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit/index.cfm>

Langenscheidt (Hrsg.):

Fremdwörterbuch, download am 26.07.2004, <http://www.langenscheidt.de/cgi-bin/fremdwb/searchfw.pl>

MDR (Hrsg.):

Pro und Contra - Bürgerversicherung und Kopfpauschale, download am 30.03.2004, <http://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/843858.html>

Professoren Panel (Hrsg.):

Finanzierung und Strukturen im Gesundheitswesen, durchgeführt durch die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft (INSM), 20.10.2003, download am 26.04.2004, http://www.chancenfueralle.de/Downloads/Word-Dokumente/32-03_PM_-_3_Prof.-Panel_20.10.03.doc

Schmidbauer, Bernd und Gutting, Olav (Hrsg.):

Reform der Krankenversicherung, download am 29.07.2004,

http://www.deutschland-fair-aendern.de/herzog_kommission/reform_der_krankenversicherung.htm

Schreyögg, Dr. Jonas (Hrsg.):

Finanzierung des Gesundheitssystems mit Medical Savings Accounts: der Fall Singapur, download am 20.07.2004, http://www.wm.tu-berlin.de/fachgebiet/mig/files/2003_teaching.ws/FrGPo3_2004.01.20.pdf

Sozialverband VdK Deutschland (Hrsg.):

Bürgerversicherung plus Kopfpauschale, download am 30.03.2004, <http://www.vdk.de/de5893>

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (Hrsg.):

Bürgerversicherung contra Bürgerfreiheit, download am 24.07.2007, http://www.buergerversicherung-aktuell.de/hartmann_right.html

Liste der gesetzlichen Krankenkassen (Hrsg.):

download am 08.05.2004, <http://www.1a-krankenkassen.de>

Liste dozierender Professoren im Gesundheitswesen (Hrsg.):

download am 09.05.2004, <http://www.studienwahl.de/fmg.htm>

ANHANGVERZEICHNIS

	Seite
Anhang I Ergebnisprotokoll des Interviews mit Herrn Prof. Dr. Ulrich Mis, Dozent an der Fachhochschule Mainz, Studiengang Krankenhauswesen, Gesundheits- und Sozialökonomie, 09. Juli 2004	27
Anhang II Online-Fragebogen	31

Anhang I

Ergebnisprotokoll des Interviews mit Herrn Prof. Dr. Ulrich Mis, Dozent an der Fachhochschule Mainz, Studiengang Krankenhauswesen, Gesundheits- und Sozialökonomie, 09. Juli 2004

(....)

Frage: Wir hatten uns ja damals auch schon darüber unterhalten, dass Sie ein modifiziertes Rürup-Modell präferieren würden.

Prof. Dr. Mis: Ja, über Kapitaldeckung. Zum Beispiel wie in Singapur. Dort muss jeder, sobald er Geld verdient, einen gewissen Anteil - staatlich gefördert - zurücklegen. Das ist wie bei der Auto- und Haftpflichtversicherer. Er ist verpflichtet, das Geld auf die Seite zu legen. Wenn er wenig verdient weniger, wenn er mehr verdient mehr. Und dieses Geld wird für ihn direkt angelegt, das ist auch wandelfähig, d.h. wenn er umzieht, kann er's mitnehmen, ist also mobil und wird benutzt wenn er im Alltag eine Krankheit oder

Frage: Das ist ja im Prinzip wie eine gesetzliche Lebensversicherung.

Prof. Dr. Mis: Was macht denn der Riester? Der Riester sagt, spart Geld für die Renten später. Was sagen die in Singapur? Die sagen, spart Geld für eure Krankenversicherung später. Also nicht Geld für die Versicherung, sondern Geld für die Krankheiten, die ihr bekommt, weil die Versicherung dann nicht alles bezahlen kann. Hochinteressanter Ansatz. Aber da ist ein Problem; da haben wir vorhin drüber gesprochen. Das Problem ist, wenn das heute ein Politiker einführt, wird er bei allen Parteien und allen Wählern unwahrscheinlich unbeliebt, wird nicht wieder gewählt, aber es wirkt – wenn es heute eingeführt wird - erst in 17 bis 20 Jahren.

Frage: Das heißt, im Prinzip muss die Zwischengeneration jetzt einstecken.

Prof. Dr. Mis: Aber erst muss man das wollen, und das will ja keiner. Also wenn man sagt, wir wollen eine kapitalgedeckte Finanzierung haben, da kann man einiges mit bewirken. Aber will sich ja keiner mit so was unbeliebt machen. Das wäre ja nun wirklich mal eine Reform. Riester hat das ein wenig versucht, aber es wurde nicht groß angenommen. Der hat gesagt, du musst jetzt selbst sparen, wie eine Lebensversicherung nur für die Rente in der Rentenversicherung, später bekommst du das Geld dann ausbezahlt.

(....)

Frage: Warum haben sich so viel Kassenmitarbeiter für die Bürgerversicherung entschieden? Warum meinen Sie, ist das Ergebnis so eindeutig?

Prof. Dr. Mis : Wenn ich bei der Krankenkasse arbeiten würde und es würde die Gefahr bestehen, dass sich durch eine andere Finanzierung meine Krankenkasse umstrukturiert, wie entscheide ich mich?

Die Leute wissen genau, dass dann die Aufgaben kurzfristig wieder andere wären, aber auch alles andere ist unbeliebt. Es gibt ganz neue Modelle, wollen wir auch nicht. Wir haben unseren Sozialversicherungsfachwirt gemacht, haben das so und so gelernt und wir wollen unseren Arbeitsplatz behalten..... Oder es ist Unwissenheit, aber das glaube ich gar nicht.

Ich glaube, die hoffen dann einfach, dass die gerade angesprochene Lohnquote wieder steigt und dann das Problem gelöst ist und alles beim alten bleibt. Das ist meine Ansicht. Wenn ich jetzt für ein neues System stimme, bin ich ja nicht sicher, ob ich dann noch das machen werde, was ich heute mache. Dann mache ich was anderes, aber was, ist unklar.....

Frage: Der stellvertretende Vorstand der BKK Scheufelen hat uns einen interessanten Kommentar geschickt. Er hat geschrieben: Das Hauptfinanzierungsproblem der GKV ist einmal die einseitige Finanzierung über den Faktor Arbeit, zum anderen das völlig überzogene Anspruchsdenken, die „Vollkaskomentalität“. Was denken Sie darüber?

Prof. Dr. Mis: Das wird immer gerne genannt. Erstes Argument stimmt, lohnorientierte Finanzierung, Problem ist klar, dadurch betrachtet er die Einnahmenseite. Als zweites Argument hat er die Ausgabenseite angeführt. Und er sagt, die Leute haben einen.....

(Kassetten-Seitenwechsel)

.....Chipkarten-Hobbing, von einem Arzt zum anderen gehen.....es ist etwas Bestimmtes dran, aber es weiß auch jeder selbst, gerade in deutschen Städten bei Fachrichtungen, die sehr kompliziert sind, holen sie immer drei bis vier Meinungen zu einem Krankheitsbild, das typische ist dabei der Orthopäde. Orthopädische Ärzte werden gerne zwei bis dreimal in Anspruch genommen, der eine sagt, sie haben einen Knick-Senk-Fuß, der andere sagt, einen Spreizfuß, der nächste dies unterschiedliche Behandlungsmethoden..... man sucht die berühmte „Zweitmeinung“

Frage: Aber ich persönlich habe es zum Beispiel mal erlebt, dass sich eine Mutter für sich und ihren achtjährigen Sohn innerhalb einer Kur „Schwimmen“ hat verschreiben lassen, sodass sie nicht die Eintrittskarten fürs Wellenbad zahlen musste. Ich denke, ein bisschen was sollte einem die eigene Gesundheit schon wert sein, oder?

Prof. Dr. Mis: Es stimmt, aber es ist nicht so ausgeprägt, dass dadurch die Ausgabenseite in irgendeiner Form überproportional verringert würde. Da können Sie auch ein Beispiel aus dem Krankenhaus nehmen. Da geht jemand aus seinem Zimmer, nachdem er eine Woche im Krankenhaus lag und montiert den Seifenspender ab, nimmt das Desinfektionsmittel mit, nimmt die Einweghandtücher mit, nimmt die Einweghandschuhe mit und sagt, das hab ich

doch alles bezahlt, ist doch in meinem Zimmer. Habe ich Beiträge gezahlt dafür. Kann ich doch dann mit nach Hause nehmen.

Die Schwester kriegt noch Ärger. Aber das ist nicht das, was es ausmacht. Und dann auch der zweite Aspekt, den wir jetzt schon haben. Das sind die Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, die heute schon selbst bezahlt werden.....

Alle Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, müssen Sie voll selbst bezahlen. Das heißt, ein einfaches Beispiel, jemand bekommt gerade vom Arzt gesagt, Sie haben eine Blutarmut – konkretes Beispiel – meine Mutter..... Sie brauchen einMedikament, das müssen Sie selbst bezahlen, aber wenn Sie dieses Medikament nehmen, haben Sie Nebenwirkungen, Sie werden Verstopfung kriegen. Müssen Sie dann auch selbst bezahlen. Das sind jeden Monat 40 Euro. Da bleibt nicht mehr viel Platz für die Vollkasko Mentalität.

(....)

Und es gibt riesige Probleme, weil die Leute ihre Medikamente selbst nicht mehr bezahlen.....

Und das ist die Kehrseite. Die Ulla Schmidt hat gesagt, ein bis zwei Prozent, keiner muss mehr bezahlen; die hat aber nie gesagt, alle nicht verschreibungspflichtigen Medikamente müssen selbst bezahlt werden und das kann sehr, sehr teuer werden.

Das ist ein ganz großes Problem, was aber immer untern Tisch gekehrt wird. Leute, die wirklich kein Geld haben - fragen Sie mal einen Apotheker, der wird es Ihnen sagen – die gehen wieder raus, wenn sie hören, sie müssen 20 Euro zahlen, weil sie nicht verschreibungspflichtig sind. Die Ulla sagt, wir müssen mal gucken, wir müssen mal gucken. Sie sehen ja, wenn Sie richtig gucken, jeder muss nur zwei Prozent seines Einkommens zahlen, Chronisch Kranke nur ein Prozent, und damit ist sichergestellt, dass keiner zu viel zahlt.

Die Vollkasko Mentalität war früher mal größer. Oder, das ist auch ganz interessant, sie war „polarisierend“. Es gibt dann, wenn sie das erfahren sollten, Leute, die S.O.S. sagen, wenn Ihr mir das nicht alles bezahlt, werde ich versuchen, an anderer Stelle zu kriegen, was ich kriegen kann. Das ist dann die Vollkasko Mentalität, wissen Sie, was ich meine? Also, einige werden das sagen, müssen nicht alle machen. Sonst geht's gar nicht weiter.

Das ist wie das Versicherungsprinzip; wenn Sie nachrechnen, was habe ich eingezahlt und wiege das auf gegen Medikamente, die ich rausgekriegt habe, die müssen mindestens genauso teuer sein, wie das, was ich eingezahlt hab. So was soll's ja auch geben. Dann haben Sie bestimmt ein schönes Paket.

Frage: Sie hatten bei der Frage mit den Einsparungspotentialen angekreuzt, dass man bei den Verwaltungskosten der GKV und den Präventionsmaßnahmen nur geringe Einsparungspotentiale erwarten kann. Hängt das mit dem Kuchen zusammen, den wir mal auf einer Folie hatten, wo diese Kosten nur fünf Prozent insgesamt ausgemacht haben?

Prof. Dr. Mis: Ja, USA elf Prozent Gewinn, hier fünf Prozent, wenn ich das richtig sage, Ihr dürft nicht mehr ein so hohes Gebäude haben, Ihr könnt nicht mehr so einen teuren Teppich auf die Erde legen, dann sind wir glatt bei 4,8 %.

Frage: Das macht also wirklich nicht so viel aus, meinen Sie?

Prof. Dr. Mis: Nein, das sieht natürlich immer so bombastisch aus, das AOK-Gebäude, dann sehe ich aber auch nur ein Gebäude, aber das ist für die gesamte AOK in Niedersachsen. Niedersachsen, Hannover, ein riesen Gebäude, aber das ist für ganz Niedersachsen. Und das ist hier genauso.

..... hat die AOK ihr Riesengebäude, steht man davor und denkt, mein Gott, ist hier ein Geld verbaut. Aber USA liegt höher als fünf Prozent, das geht gar nicht anders vom System. Wenn demnächst alles kontrolliert wird durch die DRG, muss alles nachgerechnet werden von den Kassen, vorgerechnet werden im KH, und das sind auch die Fachleute. Muss ja alles gemacht werden, also brauchen wir noch mehr Leute, noch mehr Leute. Wenn wir ein System einführen, das konkretisierter ist,

Frage: Da kann man mal sehen, was so alles mit dranhängt. Letzte Frage: In Bezug auf eine mögliche Reform, sind ja die Umstellungskosten sehr hoch. Wer soll diese Kosten zahlen in Bezug auf die Generationengerechtigkeit. Haben Sie eine gerechte Lösung?

Prof. Dr. Mis: Nur die langfristige Planung über Kapitalorientierung, kapitalgedeckt und über Prämienmodelle, die aber dadurch gedeckt werden, dass sie steuerliche

Frage: Und wäre es gerecht, das von heute auf morgen einzuführen?

Prof. Dr. Mis: Wenn ich es einführen kann, aber ich werde es nicht können, denn allein die kapitalgedeckte Finanzierung die dauert ja Jahre bis sie wirkt..... eine Mischlösung, so schnell geht das nicht. Das müsste schrittweise sein, ähnlich schrittweise wie bei den DRG's.

(...)

<p>Wie schätzen Sie die demografischen Veränderungen in Deutschland im Hinblick auf die Gesundheitsausgaben ein?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kein Anstieg der Ausgaben <input type="checkbox"/> leichter Anstieg der Ausgaben <input type="checkbox"/> es findet ein selbstregulierender Ausgleich statt (Bevölkerung schrumpft; höhere Altersgruppen) <input type="checkbox"/> hoher Anstieg der Ausgaben
<p>Zur Wiederherstellung der Generationengerechtigkeit könnten die Beiträge der Rentner stärker angehoben werden. Potenzielle Konsequenzen?</p> <p>Mehrfachantworten sind möglich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder der GKV gehen zurück <input type="checkbox"/> Beiträge der erwerbstätigen Mitglieder der GKV gehen nicht zurück <input type="checkbox"/> Sozialabgaben der erwerbstätigen Mitglieder der GKV nehmen ab <input type="checkbox"/> Sozialabgaben der erwerbstätigen Mitglieder der GKV nehmen nicht ab <p>Optional: Kommentare/Hinweise</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Welches Finanzierungsmodell der aktuellen Diskussion erachten Sie unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitskosten als besser geeignet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bürgerversicherung (Lauterbach-Modell) <input type="checkbox"/> Gesundheitsprämie (Rürup-Modell) <input type="checkbox"/> Mischsystem: Bürgerversicherung UND Gesundheitsprämie (Fischer-Modell) <input type="checkbox"/> Keine Angaben <p>Optional: Kommentare/Hinweise</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>Zur langfristigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben muss der Wettbewerb gestärkt werden. Wo sehen Sie zukünftige Einsparungspotenziale?</p>	<p>1 2 3 4 5</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlung (stationär) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ärztliche Behandlung (ambulant)

<p>1 = keine Einsparungspotenziale 2 = kaum Einsparungspotenziale 3 = moderate Einsparungspotenziale 4 = hohe Einsparungspotenziale 5 = sehr hohe Einsparungspotenziale</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Arzneimittel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Verwaltungskosten der GKV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="Andere Kosten 1"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="text" value="Andere Kosten 2"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwaltungskosten der GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Andere Kosten 1"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Andere Kosten 2"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzneimittel																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verwaltungskosten der GKV																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Andere Kosten 1"/>																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="Andere Kosten 2"/>																				
<p>Wie hoch schätzen Sie das Einsparungspotenzial durch gezielte Präventionsmassnahmen ein?</p>	<p>1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> von 1 (keine) bis 5 (hohe) Potenziale</p>																								

Publiziert über: