

# Au Backe Bundesbank

Die Ausgaben steigen, die Einnahmen hinken hinterher: Die Bundesbank rechnet mit klammen Krankenkassen. Kapitaldeckung, Kostenerstattung und Selbstbehalte sollen helfen. Doch mit Instrumenten der Privatversicherung treffen die Währungshüter den falschen Nerv, meint **Klaus Jacobs**.

**W**as die Deutsche Bundesbank sagt, hat in der Regel Gewicht. Das gilt nicht nur unmittelbar für die Geld- und Bankenpolitik, sondern auch darüber hinaus. Wenn sich etwa Bundesbank-Chef Jens Weidmann zur Höhe von Lohnabschlüssen äußert, ist ihm breite Aufmerksamkeit gewiss. Dass der Bundesbank in ökonomischen Fragen außerhalb ihres Kerngeschäfts auch in Zukunft Gehör geschenkt wird, setzt allerdings hinreichende Sachkompetenz voraus. Hieran muss bezüglich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch gehörig gezweifelt werden.

Wie kommt es zu dieser Einschätzung? In ihrem Monatsbericht vom Juli 2014 hat sich die Bundesbank gezielt mit der GKV beschäftigt. „Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft“ ist ein rund 20-seitiges Kapitel überschrieben (*Monatsbericht der Bundesbank, siehe Lese- und Webtipps auf Seite 40*). Darin wird zunächst ein Blick auf „Grundzüge der GKV“ sowie „Grundtendenzen in den vergangenen zehn Jahren“ geworfen, bevor einige „ausgewählte Aspekte der Diskussion über die GKV“ näher beleuchtet sowie abschließend einige Handlungsempfehlungen an die Politik ausgesprochen werden. Den Bericht er-

gänzen zwei separate Textkästen, die zum einen der „Beziehung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung“ und zum anderen den „Finanzbeziehungen zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen“ gewidmet sind.

**Korrektur Befund.** Was die Bundesbank zum Status quo der GKV in Bezug auf die Grundstrukturen und die Finanzlage ausführt, trifft überwiegend zu. Dazu zählt insbesondere auch der – wenn gleich hinlänglich bekannte – Befund, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder dauerhaft schwächer wachsen als die Ausgaben (*siehe Grafik „Lücke in der Kassenfinanzierung“ auf Seite 39*). Deshalb besteht für die Politik trotz der aktuell noch guten Finanzlage der GKV auch kein Grund, die Hände in den Schoß zu legen.

Wenn die Bundesbank aufgrund der Wachstumsschwäche der Beitragsbasis der GKV „perspektivisch entweder höhere Beitragssätze oder erneute diskretionäre Einschränkungen im Leistungsrecht“ für absehbar hält, könnte sie damit durchaus recht behalten. Doch es gibt sehr wohl noch andere Maßnahmen, um das Problem in den Griff zu bekommen. Genau hier liegt das zentrale Problem der Bundesbank-Analyse: weniger bei dem,

was zum Status quo der GKV ausgeführt ist, sondern vor allem bei dem, was fehlt. Das betrifft aber nicht nur finanzierungsseitige Reformoptionen zur längerfristigen Stabilisierung der Beitragssätze, sondern gilt in ganz besonderem Maße für die Instrumente der Leistungs- und Ausgabensteuerung.

**Einzelverträge nicht im Banker-Blick.** Das ist wahrscheinlich das Bemerkenswerteste an der gesamten Bundesbank-Analyse: Ein zentrales Merkmal der GKV, die überwiegend vertragsbasierte Leistungs- und Ausgabensteuerung zur Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung, spielt in der Wahrnehmung der Bundesbanker offenbar so gut wie überhaupt keine Rolle. Eine einzige Ausnahme gibt es insoweit, als im Abschnitt über „Maßnahmen zur Ausgabenkontrolle“ im Kontext Arzneimittel darauf verwiesen wird, dass die Kassen „in Verhandlungen mit den Arzneimittelherstellern zusätzliche kassenspezifische Rabatte aushandeln (konnten)“. Doch ansonsten: Erfahrungen und Perspektiven des Wettbewerbs durch selektivvertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern? Völlige Fehlanzeige im GKV-Modell der Bundesbank-Experten!

Dabei fordern viele Gesundheitsexperten schon seit Langem, der seit Einführung von freier Kassenwahl und Risikostrukturausgleich in den 1990er Jahren eingeleiteten Wettbewerbsorientierung der GKV mehr Substanz zu verleihen, indem den Kassen, Ärzten und Kliniken größere Freiräume zur gezielten Versorgungsgestaltung eingeräumt werden. Seit gut zehn Jahren ist die Politik dieser Forderung durchaus ein Stück gefolgt – wenngleich oftmals eher widerwillig statt überzeugt, eher zögerlich statt konsequent und in der Umsetzung eher widersprüchlich statt konsistent. Dennoch gibt es einige hoffnungsvolle Entwicklungen bei den vorhandenen Selektivvertragsoptionen, speziell bei der Integrierten, der hausarztzentrierten und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

**Gesundheitsweise setzen auf Vertragswettbewerb.** Zwar halten die Entwicklungen in Deutschland noch lange nicht Schritt mit den vorwiegend vertragswettbewerblichen Managed-Care-Modellen in der Krankenversicherung der Schweiz. Dort ist mittlerweile über die Hälfte der Versicherten freiwillig in spezielle Versorgungsformen eingeschrieben, bei denen im Durchschnitt – je nach Modell – Kosteneinsparungen in einer Größenordnung von rund fünf bis nahezu 20 Prozent realisiert werden (siehe Beck unter Lese- und Webtipps). Doch ist auch bei uns das entsprechende Potenzial längst erkannt. So fordert etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vom Gesetzgeber „mehr Vertragsfreiheit und weniger staatliche Regulierung“ ein (siehe Sondergutachten des Sachverständigenrates von 2012 unter Lese- und Webtipps).

Inwieweit die gegenwärtige Bundesregierung dieser Empfehlung folgt, ist zurzeit noch nicht abzusehen. In ihrem Koalitionsvertrag ist immerhin die Absicht formuliert, bestehende

Hemmnisse bei der Umsetzung von Selektivvertragsmodellen zu beseitigen. Selbst im bislang vollkommen wettbewerbsfreien Krankenhausbereich könnte es demnächst Selektivverträge für planbare Leistungen geben („elektiv wird selektiv“) – etwa beim Einsatz künstlicher Hüft- und Kniegelenke. Auch wenn die angedachten Rahmenbedingungen hierfür noch überaus restriktiv erscheinen, könnte dies gleichwohl ein erster wichtiger Schritt sein, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung im Interesse aller Versicherten und Beitragszahler gezielt weiter zu verbessern.

**Direktverträge steuern die Versorgung.** Wie wesentlich die vertragsbasierte Versorgungssteuerung grundsätzlich ist – ganz abgesehen von zusätzlichen Potenzialen ihrer dezidiert wettbewerblichen Ausgestaltung –, ist nicht zuletzt auch den Kennern der privaten Krankenversicherung (PKV) bewusst. Vor zehn Jahren hat die aus namhaften Experten aus Wissenschaft und Praxis des privaten Versicherungswesens gebildete Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts einen bemerkenswerten Bericht vorgelegt. Dort heißt es unter der Überschrift „Managed Care“ in Bezug auf die PKV: „Der Versicherer hat keine direkten Vertragsbeziehungen mit dem Leistungserbringer und kann demnach auf Qualität oder Menge der medizinischen Leistungen keinen Einfluss nehmen; auch die mengenorientierten

Vergütungsstrukturen kann er durch Verträge mit den Leistungserbringern nicht ändern, weil die entsprechenden Gebührenordnungen unabdingbar sind. Im Gegensatz zur GKV steht der PKV damit kein rechtliches Instrumentarium zur Verfügung, um auf die Kostensteigerungen Einfluss zu nehmen.“

Damit hat die Kommission ausdrücklich festgestellt, dass in der Existenz beziehungsweise Nichtexistenz direkter Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern ein grundlegender Systemunterschied zwischen der GKV und der PKV besteht. Während die GKV damit vom Grundsatz her über ein eigenständiges Instrumentarium der gezielten Leistungs- und Ausgabensteuerung verfügt, ist die PKV im Prinzip dazu verdammt, Kostensteigerungen weitgehend tatenlos zuzusehen und ihre Prämien entsprechend fortlaufend zu erhöhen. Dies ist der Bundesbank offenbar vollkommen verborgen geblieben. Und so reduziert sie die (von ihr wahrgenommenen) Systemunterschiede zwischen GKV und PKV weitgehend auf die vergleichsweise weniger bedeutsame Frage der Existenz von Kapitaldeckung bei der Finanzierung.

**Dürftige Aussagen zum Kassenwettbewerb.** Wenn die Bundesbank die Existenz direkter Vertragsbeziehungen zwischen Krankenversicherungen und Leistungsanbietern aber schon generell nicht für wesentlich hält, kann sie hierin logischerweise auch keinen Anknüpfungspunkt für sinnvolle Wettbewerbsperspektiven erkennen. Entsprechend dürftig fallen ihre Aussagen zum Kassenwettbewerb aus. Das gilt zum Beispiel für den zweiten Teil der Aussage zum Risikostrukturausgleich (RSA),

Das beste Rezept für eine gute Versorgung übersieht die Bundesbank: mehr Vertragsfreiheit für die Kassen.

wonach dieser Anreize zur Risikoselektion in der GKV verringern und „damit den wettbewerbsfördernden Kassenwechsel unabhängig vom jeweiligen Gesundheitszustand erleichtern (soll)“. Mit etwas gutem Willen könnte man das vielleicht noch als unglückliche Formulierung ansehen – zum Beispiel bei der Hausarbeit eines Mediziners in einem gesundheitsökonomischen Seminar. Legt man jedoch strengere Maßstäbe an, muss der Sinn dieser Aussage grundlegend hinterfragt werden.

**Ziel des Risikostrukturausgleichs verkannt.** Der RSA – technischer Kern der solidarischen Wettbewerbsordnung der GKV (siehe Cassel et al. unter *Lese- und Webtipps*) – soll in der Tat Beitragsatzverzerrungen aufgrund unterschiedlicher „Solidarlasten“ einzelner Kassen ausgleichen und damit zugleich Anreize zur Risikoselektion reduzieren. Aber doch nicht etwa mit dem primären Ziel, Kassenwechsel auch von Kranken zu erleichtern, sondern um die Wettbewerbsaktivitäten der Kassen vorrangig auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung auszurichten. Ob und gegebenenfalls wie viele Versicherte – gesunde wie kranke – dann ihre Kasse wechseln, ist demgegenüber nachrangig und keineswegs ein geeigneter Indikator dafür, ob der Wettbewerb im Gesamtinteresse der GKV funktioniert.

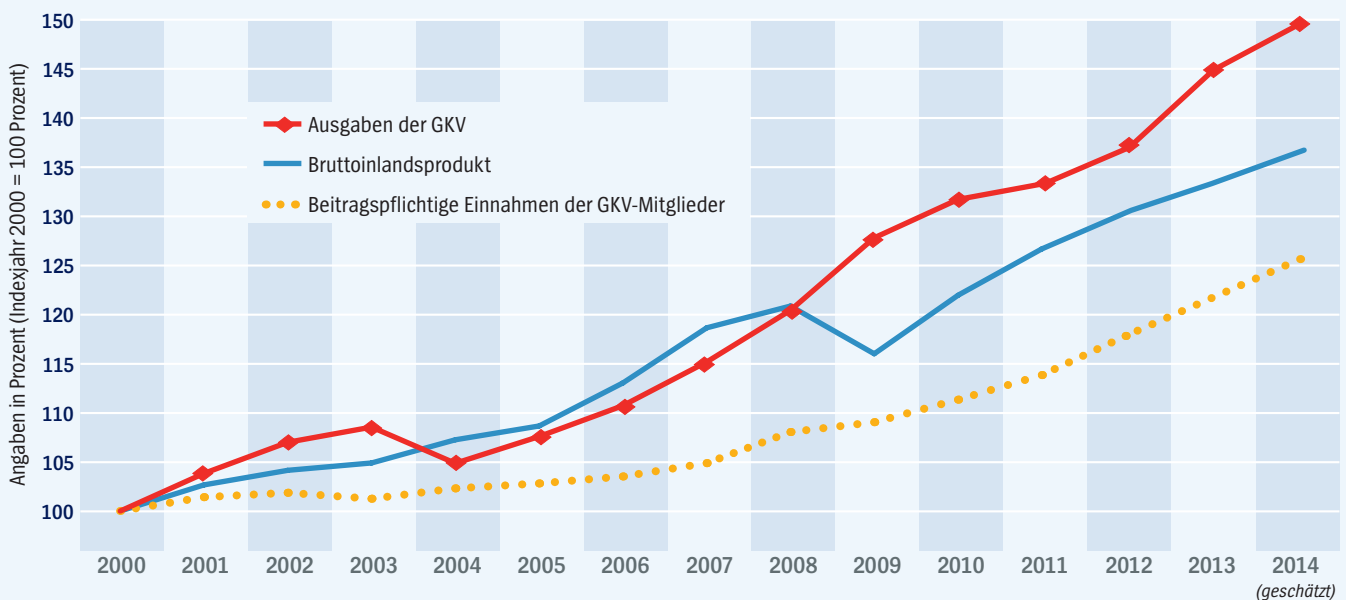
Ein noch so intensiver, angesichts unzureichender Handlungsparameter jedoch weithin inhaltsleerer Wettbewerb würde vielmehr die ohnehin schon verbreitete Wettbewerbskepsis

vieler Akteure noch weiter fördern und damit dem Wettbewerbsgedanken grundsätzlich sogar eher schaden. Das gilt in besonderem Maße, solange die Preissignale im Kassenwettbewerb – also die künftigen Unterschiede bei Zusatzbeiträgen – aufgrund noch bestehender „Unwuchten“ im Risikostrukturausgleich nicht hinreichend unverzerrt sind. Vor diesem Hintergrund relativiert sich aber auch die Kritik der Bundesbank an der künftig einkommensabhängigen (prozentualen) Ausgestaltung der Zusatzbeiträge, die damit begründet wird, dass sich der Kassenwettbewerb dadurch „weniger intensiv“ gestalten werde. Diese Sicht blendet aus, dass bei der jetzigen (pauschalen) Ausgestaltung der Zusatzbeiträge – von der Sondersituation übervoller Kassen einmal abgesehen – „allzu einseitig der Preis- den Qualitätswettbewerb (dominiert)“, wie es der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Sondergutachten 2012 formuliert hat.

**Übernachfrage spielt keine Rolle.** Wenn schon die Analyse nicht viel taugt, kann auch in Bezug auf die Empfehlungen nicht viel erwartet werden. Was die Bundesbank der Politik als Maßnahmen zur Ausgabensteuerung empfiehlt, ist jedoch nur noch als grotesk zu bezeichnen. Da wird doch tatsächlich wieder einmal der Mythos des speziell aus der Versicherungslehre bekannten Phänomens des „Moral Hazard“ bemüht und lehrbuchhaft ausgeführt, dass bei „einer Versicherung, bei der die Inanspruchnahme ohne individuelle Kostenbeteiligung und ohne strikte

## Lücke in der Kassenfinanzierung

**Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), des Bruttoinlandsprodukts und der beitragspflichtigen Einnahmen**



Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder ist im Zeitverlauf deutlich hinter den Kassen-Ausgaben zurückgeblieben. Diese entwickelten sich – mit Ausnahme des Krisenjahres 2009 – mehr oder weni-

ger parallel zum Bruttoinlandsprodukt. Setzt sich diese Entwicklung unverändert fort, müssen die Kassen ihre Zusatzbeiträge künftig regelmäßig erhöhen.

*Quelle: WIdO nach BMG, Destatis, BVA-Schätzerkreis und Bundesregierung*



Höhere Zuzahlung,  
mehr Selbstbehalt?  
Das macht  
wenig Sinn!

Überprüfung der erbrachten Leistungen erfolgt, (...) die Gefahr einer übermäßigen Nachfrage (besteht), insbesondere wenn die Leistungsanbieter einen starken Einfluss auf diese ausüben können.“ Als wenn die „Übernachfrage“ der Patienten tatsächlich eine relevante Rolle spielte! Da 80 Prozent der Leistungsausgaben auf 20 Prozent der Versicherten mit ernsthaften akuten und chronischen Krankheiten entfallen, kann die patientenseitige Steuerung des Versorgungsgeschehens keine große Wirkung erzielen – von der Bedeutung der Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient ganz abgesehen (*siehe Jacobs/Kip/Schulze sowie Reiners unter Lese- und Webtipps*).

**Empfohlene Steuerungsinstrumente untauglich.** Der GKV mit der Einführung von Kostenerstattung und Selbstbehalten ausgerechnet das in seiner Wirkung weithin untaugliche Steuerungsinstrumentarium der PKV anzusehen, während dort – wie oben ausgeführt – gleichzeitig neidvoll auf die weit wirksameren vertragsbasierten Steuerungsstrukturen der GKV geschaut wird, kann nur noch Kopfschütteln verursachen. Um nicht missverstanden zu werden: Hier soll keineswegs pauschal gegen Selbstbeteiligungen aller Art plädiert und schon gar nicht der Einschätzung widersprochen werden, dass die ersatzlose Abschaffung der Praxisgebühr in der vergangenen Legislaturperiode vorschnell und allein wahltaktischem Kalkül geschuldet war. Nur: Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die Leistungs- und Ausgabenentwicklung der GKV liegen wahrlich an anderer Stelle, weshalb es folglich auch grundsätzlich anderer Steuerungsstrukturen bedarf.

**Geringer Einnahmenschwund durch Rente mit 63.** Enttäuschend sind aber auch die finanzierungsseitigen Reformperspektiven, die die Bundesbank eröffnet. Zwar hat sie das zentrale Problem der Wachstumsschwäche der GKV-Beitragsbasis richtig erkannt, doch greift die Fokussierung auf rentenrechtliche Anpassungen bei der Skizzierung von Lösungswegen entschieden zu kurz. So ist etwa der konkret angesprochene jüngste Beschluss zur (Wieder-)Einführung der abschlagsfreien Rente mit 63 in diesem Kontext von absolut marginaler Bedeutung. Selbst bei einer umfangreichen Inanspruchnahme dieser Regelung dürfte sich die daraus resultierende Verminderung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV lediglich in einem niedrigen einstelligen Promillebereich bewegen.

**Klare Regeln für den Steuerzuschuss.** Wenn wirklich dauerhaft verhindert werden soll, dass Zuwächse der GKV-Ausgaben im Ausmaß der Entwicklung der allgemeinen Wirtschaftskraft unvermeidlich zu Beitragssatzsteigerungen führen – künftig bei den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen –, sind andere Maßnahmen erforderlich als nur Anpassungen beim Rentenrecht. Dass sich dabei der als vermeintlicher Königsweg angesehene Ausbau der Steuerfinanzierung der GKV rasch als allzu „unsicherer Kantonist“ erwiesen hat, moniert auch die Bundesbank. Deshalb hatte sie bereits in ihrem Monatsbericht vom März 2014 eine klare Regelbindung für den Bundeszuschuss zur GKV vorgeschlagen. Wenigstens in diesem Punkt ist ihr uneingeschränkt zuzustimmen, doch ansonsten für die Zukunft deutlich mehr Zurückhaltung zu empfehlen, wenn sie sich mit Fragen außerhalb ihres unmittelbaren Kompetenzbereichs befasst. ■

**Prof. Dr. Klaus Jacobs** ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). **Kontakt: Klaus.Jacobs@wido.bv.aok.de**

#### Lese- und Webtipps

- Konstantin Beck: **Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz.** In: Klaus Jacobs, Sabine Schulze (Hrsg.): Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, KomPart-Verlag, Berlin 2013, Seite 241–262.
- Deutsche Bundesbank: **Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen für die Zukunft**, in: Monatsbericht Juli 2014, Seite 31–51; Download unter: [www.bundesbank.de](http://www.bundesbank.de) > Veröffentlichungen
- Dieter Cassel, Klaus Jacobs, Christoph Vauth, Jürgen Zerth (Hrsg.): **Solidarische Wettbewerbsordnung.** Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2014.
- Klaus Jacobs, Carolin Kip, Sabine Schulze: **Mehr Kostenerstattung in der GKV?** Auswirkungen auf Kostentransparenz und Inanspruchnahmeverhalten – Wunsch und Wirklichkeit. G+G Wissenschaft 4/2010, Seite 17–26; Download unter: [www.wido.de/g\\_g\\_wissenschaft.html](http://www.wido.de/g_g_wissenschaft.html)
- Hartmut Reiners: **Mythen der Gesundheitspolitik**, 2., vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2011.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: **Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung.** Sondergutachten 2012, Verlag Hans Huber, Bern 2012; Download unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) > Gutachten > Sondergutachten 2012.