



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Oktober 2015, 15. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Merle M. Böhmer*, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin an der Universitätsklinik Regensburg 2

Drei Fragen an

Alexander Katalinic, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Lübeck 3

Buchtipps

von *Annemarie Jost*, Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg, Cottbus 4

WIDO

Arzneiverordnungs-Report 2015

Die Kosten steigen weiter 5

Fehlzeiten-Report 2015

Andere Berufe, andere Krankheiten 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Finanzierung

Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit

Hartmut Reiners, Berlin 7

Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler: Ein Trend verstetigt sich

Stefan Greß, Hochschule Fulda 16

Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut

Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO), Berlin 23

STUDIE IM FOKUS

Der Begriff Überdiagnostik wird oft falsch verstanden 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

Mullah Nasruddin, der Till Eulenspiegel des Orients, war unter anderem Richter. Eines Tages führte sein Gerichtsdiener einen Mann zu ihm, der sich sogleich über seinen Nachbarn empörte und hohen Schadensersatz forderte. „Du hast recht“, sagte der Mullah und wies den Gerichtsdiener an, sich um den Vollzug des Urteils zu kümmern. Daraufhin kam der besagte Nachbar des Mannes, erzählte seine Version der Geschichte und forderte seinerseits eine hohe Strafe für die gegnerische Seite. Nasruddin hörte aufmerksam zu und sagte wieder: „Du hast recht.“ Der Gerichtsdiener hatte bislang klaglos alle Anweisungen ausgeführt, doch jetzt widersprach auch er: „Du kannst nicht dem einen recht geben und seinem Gegner auch!“ Darauf entgegnete der Mullah: „Du hast recht.“

Die Geschichte lehrt unter anderem: Wie wir über etwas sprechen, bestimmt maßgeblich das Diskussionsergebnis. Ähnlich verhält es sich mit den Themen, die im Mittelpunkt dieser Ausgabe stehen. Unsere Autoren untersuchen das genau. **Hartmut Reiners** zeigt beispielsweise, dass im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag immer wieder ökonomisch argumentiert wird. Dabei, so Reiners, habe der Zusatzbeitrag eher ideologische Wurzeln, was ganz andere Schlüsse zuließe. **Stefan Greß** wiederum zeichnet die Tendenz der Regierung nach, immer mehr Finanzverantwortung vom Steuerzahler auf den Beitragszahler zu verlagern. Deren Strategie scheint zu sein: Wenn man etwas gar nicht thematisiert, dann wird auch nicht argumentiert. **Klaus Jacobs** legt dar, welche Missverständnisse über die Funktion und Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs herrschen oder vielleicht sogar geschürt werden, um bestimmten politischen Forderungen Nachdruck zu verleihen. Natürlich haben auch unsere Autoren ihre eigene Perspektive. Dennoch oder deswegen entfuhr es uns bei der Lektüre oft: „Du hast recht.“

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Forschungsförderung

Stammzelltechnologie für individualisierte Medizin

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert jetzt interdisziplinäre Forschungsverbände mit dem Ziel, das Potenzial neuer Stammzelltechnologien für neue Diagnose- und Therapieansätze im Bereich der individualisierten Medizin zu erschließen. In der ersten Stufe des Förderverfahrens können bis zum 30. November zunächst Projektskizzen eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:

www.bmbf.de/foerderungen/29377.php

DFG-Förderatlas

Forschungsschwerpunkt Lebenswissenschaften

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat zwischen 2011 und 2013 insgesamt 1,652 Milliarden Euro für die Förderung medizinischer Forschungsprojekte aufgewendet. Das geht aus dem im September veröffentlichten DFG-Förderatlas 2015 hervor. Die höchsten Zuwendungen in diesem Bereich erhielten die Medizinische Hochschule Hannover, die Ludwig-Maximilians-Universität München und die Universität Heidelberg. Insgesamt förderete die DFG Medizinprojekte an

76 Hochschulen und 152 außeruniversitären Forschungsstätten. Rund ein Drittel der DFG-Fördermittel entfiel im Berichtszeitraum auf die Lebenswissenschaften. ■

Mehr Informationen:

www.dfg.de/foerderatlas

Evidenzbasierte Medizin

Dauerhafte Förderung für Cochrane Deutschland

Die Bundesregierung strebt für das Deutsche Cochrane Zentrum (DCZ) ab dem Jahr 2017 eine institutionelle Förderung an. Das Ziel sei eine langfristige, nachhaltige Sicherung der Einrichtung, sagte Gesundheitsminister Hermann

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Wie man Impfgegner umstimmen kann

Dass in Deutschland gravierende Impflücken bestehen, hat nicht zuletzt der große Masernausbruch im vergangenen Jahr gezeigt. Wie sich Impfgegner umstimmen lassen, wurde kürzlich in einer US-Studie mit 315 Teilnehmern untersucht. Ein besonders Erfolg versprechender Ansatz, die Haltung zum Thema Impfen zu verändern, besteht demnach darin, auf mehrschichtige Weise (zum Beispiel durch Fotos und Erfahrungsberichte) über die gravierenden und langfristigen Schäden zu informieren, die bestimmte Krankheiten verursachen und vor denen Impfungen schützen können. Wenig erfolgreich waren hingegen Versuche, die (fehlerhaften) Argumente der Impfgegner zum Thema Impfschäden zu widerlegen. ■

Proc Natl Acad Sci USA 2015; 112(33):10321-4. doi: 10.1073/pnas.1504019112

Tierfell im Babybett schützt vor Asthma

Allergien und Asthma im Kindesalter stellen ein zunehmendes Problem in Industrieländern dar. In einer Studie mit insgesamt 2.441 Kindern aus München und Leipzig wurde nun festgestellt, dass das Schlafen auf Tierfell in den ersten drei Lebensmonaten einen schützenden Einfluss im Hinblick auf die Entwicklung einer Asthmaerkrankung hat. Dieser Schutz konnte bis zum sechsten Lebensjahr nachgewiesen werden. Der Kontakt mit dem Tierfell ist hier vermutlich als „Stellvertreter“ für den

engen Kontakt mit einer mikrobiell vielfältigen und damit immunstimulierenden Umgebung zu sehen. Ein ähnlicher protektiver Einfluss auf die Entwicklung von Allergien und Asthma wurde in anderen Studien beispielsweise auch für das Aufwachsen auf einem Bauernhof nachgewiesen. ■

Eur Respir J. 2015; 46(1):107-14. doi: 10.1183/09031936.00204914

Lange Arbeitszeit erhöht Schlaganfallrisiko

Viele Arbeitnehmer machen Überstunden; viele Arbeitgeber setzen die Bereitschaft dazu voraus. In einer Metaanalyse wurde jetzt anhand der Daten von insgesamt rund 530.000 Menschen aus Europa, Australien und den USA unter anderem der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Schlaganfallrisiko untersucht. Hierbei zeigte sich: Menschen, die 55 oder mehr Stunden pro Woche arbeiten, haben ein um 33 Prozent höheres Schlaganfallrisiko als Beschäftigte mit einer Arbeitszeit zwischen 35 bis 40 Stunden. Betrug die Arbeitszeit zwischen 49 und 54 Stunden, war das Schlaganfallrisiko immer noch um 27 Prozent erhöht. Den Autoren zufolge sollte deshalb bei Menschen, die viel arbeiten, ein besonderes Augenmerk auf das Management vaskulärer Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Diabetes gelegt werden, um kardiovaskuläre Erkrankungen wie einen Schlaganfall zu verhindern. ■

Lancet 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60295-1



Von

Dr. Merle M. Böhmer,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Institut
für Epidemiologie und
Präventivmedizin der
Fakultät für Medizin an
der Universitätsklinik
Regensburg

Adresse:

Dr.-Gessler-Straße 17
93051 Regensburg
Telefon:
0941 944-5227
Fax: 0941 944-5252
merle.boehmer@
klinik.uni-regensburg.de
[www.uni-regensburg.de/
medizin/epidemiologie-
praeventivmedizin](http://www.uni-regensburg.de/medizin/epidemiologie-praeventivmedizin)

Größe. Das in Freiburg im Breisgau ansässige DCZ finanziert sich derzeit vor allem über Spenden und Fördermittel. In der 1993 in Großbritannien gegründeten Cochrane Collaboration arbeiten Wissenschaftler und Ärzte gemeinsam daran, die wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungen im Gesundheitssystem zu verbessern. Das weltweite Forschungsnetzwerk ist nach dem Epidemiologen Archibald L. Cochrane benannt, der als Begründer der evidenzbasierten Medizin gilt. ■

Mehr Informationen:
www.cochrane.de

Neuer Lehrstuhl

Spirituelle Bedürfnisse schwer kranker Menschen

Die Universität Zürich hat zum 1. Oktober einen Lehrstuhl für Spiritual Care eingerichtet, der angehenden Ärzten und Pfarrern den Umgang mit den religiösen und spirituellen Bedürfnissen schwer und chronisch kranker Menschen vermitteln soll. Schwerpunktthemen sind die Palliativmedizin und die Seelsorge. Die zunächst auf sechs Jahre befristete Professur wird von der Katholischen Kirche im Kanton Zürich und der Evangelisch-reformierten Landeskirche Zürich gemeinsam finanziert. ■

Mehr Informationen:
www.mediadesk.uzh.ch

Demenzforschung

Neues Zentrum für Gedächtnisstörungen

Ein neues Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG) an der Uniklinik Köln wird künftig Diagnostik und Forschung zum Thema Demenz bündeln und dabei mit der Memory Clinic Jülich und dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen kooperieren. Ziel des ZfG ist unter

anderem, Risikopatienten früher zu erkennen und zu behandeln sowie die Auswirkungen der Erkrankung zu minimieren oder ganz zu verhindern. Bundesweit leben der-

zeit rund 1,5 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung. ■

Mehr Informationen:
www.uk-koeln.de/Forschung/
Aktuelles/Schwerpunkte

DREI FRAGEN AN ...



Politik und Wissenschaft in gemeinsamer Verantwortung

... Professor Dr. med. Alexander Katalinic, Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein/Campus Lübeck

Forschungsschwerpunkte:
Epidemiologie und Versorgung chronischer Erkrankungen mit Schwerpunkt Krebserkrankungen, Evaluation von Präventionsprogrammen, Rehabilitationsforschung, Pflegeforschung, Lebensqualitätsforschung, Evidenzbasierte Medizin

Jahresetat:
2 Millionen Euro
(2014, inklusive Drittmittel)

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
Insgesamt 47, darunter 3 Professoren, 2 Privatdozentinnen, 33 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (darunter Mediziner, Psychologen, Gesundheits-, Pflege-, Rechts- und Sozialwissenschaftler), 6 Medizinische Dokumentarinnen und Dokumentare

Adresse:
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
Telefon: 0451 500-5440
Fax: 0451 500-5455
nina.vonLingelsheim@uksh.de
www.sozmed.uni-luebeck.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Jeder unserer fünf Fachbereiche befasst sich mit wichtigen Themen. Beispiele sind: Lebensqualitätsforschung bei jungen Brustkrebspatientinnen, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der medizinischen Reha, Effekte einer personenzentrierten Pflege in Pflegeheimen, Evaluation der onkologischen Versorgung und Krebsfrüherkennung. Allen Projekten ist eines gemeinsam: Sie evaluieren vorhandene oder neue medizinische Versorgungsstrukturen, um die bestmögliche Evidenz zur Bewertung und Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung zu generieren. Dies sehen wir als wichtigstes Ziel an.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Bei der hohen Anzahl an verschiedenen Fachdisziplinen in unserer Einrichtung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit essenziell. Wir erreichen dies durch regelmäßige Institutsfortbildungen und Fachbereichstreffen. Durch die Einbettung des Instituts in das Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung (ZBV) existiert zudem eine breite Kooperations- und Netzwerkstruktur.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Sozialmedizinische Forschung, Epidemiologie und auch die Versorgungsforschung sind hautnah mit der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verknüpft, also einem Kernbereich der politischen Gestaltung. Politik und Wissenschaft tragen hier gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung und sollten so eng wie möglich zusammenarbeiten. Rat aus der Wissenschaft für die Politik erfordert Unabhängigkeit und Glaubhaftigkeit der Forschenden und Bereitstellung belastbarer und verständlicher Ergebnisse. Nur dann wird die Politik auch wissenschaftliche Ergebnisse bei ihren Entscheidungen berücksichtigen.

Studium I

Neuer Public-Health-Studiengang in Berlin

Die Berlin School of Public Health (BSPH) plant, zum Wintersemester 2016/2017 einen neuen Studiengang „Master of Science in Public Health“ einzurichten. Die Mitglieder der BSPH haben jetzt das Konzept für die Struktur und die Ausrichtung des neuen, auf zwei Jahre angelegten Studiengangs verabschiedet, der als konsekutiver, hochschulübergreifender Master an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Technischen Universität Berlin und der Alice Salomon Hochschule angeboten werden soll. ■

Mehr Informationen:

http://bsph.charite.de/studium_weiterbildung/

Studium II

Bachelorstudium Geriatrische Therapie

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bietet die Hochschule Kempten ab dem Sommersemester 2016 einen neuen Bachelorstudiengang „Geriatrische Therapie, Rehabilitation und Pflege“ an. Er soll Gesundheitsfachkräfte für die Versorgung hochbetagter und multimorbider Patienten vorbereiten, deren Zahl in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Der Bewerbungszeitraum beginnt am 15. November 2015 und endet am 15. Januar 2016. ■

Mehr Informationen:

www.hochschule-kempten.de/studium/angebot-studiengaenge/soziales-gesundheit.html

Studium III

Schweiz: neue Wege in der Mediziner Ausbildung

Die Universitäten Basel und Zürich, die Università della Svizzera italiana und die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETH) reagieren mit einem gemeinsam entwickelten Medizin-Studiengang auf die rasante technische Entwicklung im medizinischen Umfeld. An der ETH soll im Herbst 2017 ein Bachelorstudiengang Medizin für 100 Studierende starten, der diese für ein Medizin-Masterstudium an einer der Partneruniversitäten qualifiziert. ■

Mehr Informationen:

www.ethz.ch/de/news-und-veranstaltungen/eth-news/news/2015/09/mm-neuer-studiengang-medizin.html

BUCHTIPPS

Zum Thema Psychoedukation



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von **Prof. Dr. Annemarie Jost**, Professorin für Sozialpsychiatrie an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg

Lipezker Straße 47
03048 Cottbus
Telefon: 0355 5818-419
Fax: 0355 5818-409
annemarie.jost@b-tu.de
www.b-tu.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Rüdiger Hinsch, Ulrich Pflingsten</i></p> <p>Gruppentraining sozialer Kompetenzen</p> <p>Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele</p>	<p>Die nunmehr sechste Auflage dieses Buches bietet eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch fundierte, gut verständliche Einführung in soziale Kompetenzprobleme. Im zweiten Teil wird die praktische Durchführung des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (wie „um Sympathie werben“, „sein Recht durchsetzen“ oder „Beziehungen aufbauen“) dargestellt. Gute Arbeitsmaterialien und unterschiedliche Anwendungsbeispiele runden den Band ab. (Beltz, 2015)</p>
<p><i>Annette Schaub, Elisabeth Roth und Ulrich Goldmann</i></p> <p>Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen</p> <p>Ein Therapiemanual</p>	<p>Die zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage des Buches beinhaltet aktuelle Forschungsergebnisse zum Störungsbild Depression und zur Therapieforschung, ein Manual zur Durchführung einer Psychoedukationsgruppe für Patienten und eine (knappe) Anleitung für eine Angehörigengruppe. Weitere Themen sind unter anderem Ursachen und Behandlung depressiver Störungen, grundlegende kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien, Möglichkeiten der Veränderung automatisierter depressiver Gedanken und depressionsfördernder Grundüberzeugungen, Rückfallvorbeugung und Nachsorge. (Hogrefe, 2013)</p>
<p><i>Joachim Körkel, Christine Schindler</i></p> <p>Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen</p> <p>Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.</p>	<p>Nach einer umfangreichen Einführung zu Rückfallursachen und Rückfalltheorien werden organisatorische und didaktische Grundlagen des Trainings differenziert dargestellt. Das eigentliche Training umfasst 15 Module, die unter anderem von der Abstinenzmotivation über den Umgang mit emotionalen und sozialen Herausforderungen bis hin zu Gesprächen mit Angehörigen reichen – ein schon älterer, aber immer noch empfehlenswerter Titel. (Springer, 2003)</p>

Foto: privat

Arzneiverordnungs-Report 2015

Die Kosten steigen weiter

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Fertigarzneimittel haben im Jahr 2014 einen neuen Höchststand erreicht. Mit rund 31 Milliarden Euro sind die Kosten gegenüber dem Vorjahr um mehr als zehn Prozent gestiegen. Insgesamt verordneten niedergelassene Ärzte den 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten 651 Millionen Arzneimittelpackungen mit 39,6 Milliarden Tagesdosen (DDD).

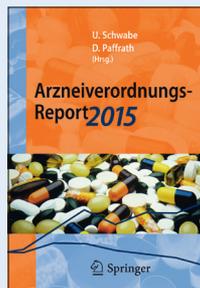
Zu den Kostentreibern zählen unter anderem drei Arzneimittelgruppen, auf die zusammen bereits 20 Prozent der Kosten und 52 Prozent des Ausgabenanstiegs entfallen. An erster Stelle stehen bereits seit 2012 Immunsuppressiva. Diese Medikamente werden vor allem bei rheumatischen Erkrankungen, bei Multipler Sklerose und bei Organtransplantationen eingesetzt. Ihr Wachstum betrug 2014 über 25 Prozent, der Gesamtumsatz lag bei fast 3,2 Milliarden Euro. Die Hälfte dieser Präparate erhalten Versicherte zwischen 45 und 64 Jahren, den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch haben dabei die 60- bis 64-Jährigen. Verordnet werden Immunsuppressiva vorwiegend (zu 28 Prozent) von Internisten.

Die Gruppe antiviraler Mittel hat im Jahr 2014 wegen mehrerer neuer und teurer Präparate zur Behandlung der Hepatitis C für Aufmerksamkeit gesorgt: Mit über 1,5 Milliarden Euro Nettokosten hat die GKV gegenüber 2013 für diese Mittel 68 Prozent mehr ausgegeben. Auch Medikamente gegen HIV haben den Umsatz in die Höhe getrieben. Der Verordnungsschwerpunkt liegt dabei bei den 45- bis 59-jährigen Versicherten. Hier entfielen auf Männer mit insgesamt 29,1 Millionen Tagesdosen etwa doppelt so viele Verordnungen wie auf Frauen. Patienten erhalten antivirale Medikamente in erster Linie von Hausärzten und Internisten, aber auch von Gastroenterologen. Letztere haben 2014 antivirale Mittel im Gesamtwert von 230 Millionen Euro verordnet. Damit haben sich diese Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr fast verdreifacht, obwohl die Menge an Tagesdosen fast gleich geblieben ist.

Die Kosten für antithrombotische Arzneimittel sind bereits im dritten Jahr in Folge zweistellig ge-

wachsen. Zuletzt sind die Ausgaben um 22 Prozent auf über 1,4 Milliarden Euro angestiegen. Grund für den starken Zuwachs sind vor allem die neuen direkten Antikoagulantien (Gerinnungshemmer). Sie werden meist zur Schlaganfallvorbeugung bei Vorhofflimmern angewendet und machen den bisher eingesetzten Vitamin-K-Antagonisten, zum Beispiel Marcumar, zunehmend Konkurrenz. Mit mittleren DDD-Kosten von über drei Euro sind diese neuen Wirkstoffe allerdings rund 20-mal teurer. Antithrombotische Mittel werden insgesamt zu über 75 Prozent von Hausärzten und hausärztlich tätigen Internisten verordnet. 75- bis 79-jährige Patienten sind die größte Zielgruppe, auf sie entfallen nahezu 20 Prozent aller Tagesdosen dieser Arzneimittel. Da diese Medikamente durchgängig eingenommen werden müssen, steigt der Pro-Kopf-Verbrauch mit dem Alter und ist in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen am höchsten. Rein rechnerisch hat jeder GKV-Versicherte im Jahr 2014 mehr als 100 Tagesdosen dieser Arzneimittel bekommen – eine Menge, die beispielsweise über dem Verbrauch der ebenfalls breit angewendeten Lipidsenker zur Behandlung hoher Cholesterinwerte liegt.

Diese und weitere Analysen zum deutschen Arzneimittelmarkt finden sich im Arzneiverordnungs-Report 2015. Im jährlich erscheinenden Report kommentieren Experten aus Pharmakologie, Medizin und Wirtschaft das ärztliche Verordnungsverhalten und stellen Verordnungstrends dar. Sie zeigen außerdem, wo es Ansatzpunkte für eine hochwertige und zugleich wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gibt. ■



Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2015. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Heidelberg, Berlin: Springer 2015; 1.320 Seiten, 59,99 Euro, ISBN 978-3-662-47185-2



Dr. Carsten Telschow, Leiter des Forschungsbereichs Arzneimittel im WIdO

„Die erneute Ausgabenexplosion bei Arzneimitteln im Jahr 2014 ist auf wenige Gründe zurückzuführen. Der Arzneiverordnungs-Report macht diese transparent und zeigt Möglichkeiten, darauf zu reagieren.“

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Fehlzeiten-Report 2015

Andere Berufe, andere Krankheiten



Wer wissen will, wie sich der Krankenstand in der deutschen Wirtschaft und in einzelnen Branchen im vergangenen Jahr 2014 entwickelt hat, sollte den neuen Fehlzeiten-Report lesen.

Im Fokus diesmal: Zielgruppen, die für gesundheitsförderliche Projekte schwer zu erreichen sind, wie etwa Außendienstmitarbeiter, Schichtarbeiter oder Migranten. Dabei zeigen die einzelnen Fachbeiträge im Fehlzeiten-Report 2015: Je mehr sich der Einzelne in seiner spezifischen Lebens- und Arbeitssituation angesprochen fühlt, umso eher lässt er sich für betriebliche Präventionsangebote motivieren. Da nicht jeder Beschäftigte den gleichen Belastungen ausgesetzt ist, sollten sich diese Maßnahmen deshalb an der individuellen Belastung orientieren.

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der AOK-versicherten Arbeitnehmer im Jahr 2014 zeigt, dass die Art der Tätigkeit sowohl Ausmaß und Häufigkeit der Fehlzeiten als auch die Art der Erkrankung beeinflusst. Die meisten krankheitsbedingten Fehltage weisen Berufsgruppen in den Bereichen Ver- und Entsorgung auf wie etwa Müllwerker. Sie sind hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt und fehlten mit 30,8 Tagen am häufigsten, gefolgt von Berufen in der Metallverarbeitung sowie im Verkehr und Transport. Auch Arbeitnehmer

in der industriellen Gießerei, Straßen- und Tunnelwärter sowie Bus- und Straßenbahnfahrer sind oft krank. Dagegen liegen die durchschnittlichen Fehlzeiten im Bereich Hochschullehre und -forschung durchschnittlich nur bei 3,9 Tagen. Auch Ärzte und Angestellte der Softwareentwicklung weisen geringe Fehlzeiten auf.

Während in Berufen mit körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten überdurchschnittlich viele Muskel-Skelett-Erkrankungen auftreten, sind in dienstleistungsorientierten Berufen häufig psychische Erkrankungen der Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (AU). Psychische Erkrankungen füh-

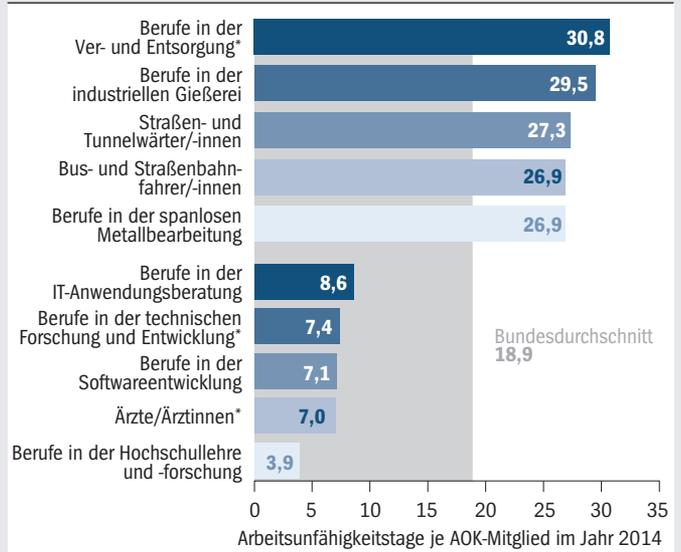
ren zu langen Ausfallzeiten und dauern mit 25,2 Tagen je Fall mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt der übrigen Erkrankungen (11,9 Tage). Insgesamt hat jeder der 11,4 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmer im Jahr 2014 durchschnittlich 18,9 Tage mit einer ärztlichen AU-Bescheinigung gefehlt.

Der Fehlzeiten-Report wird jedes Jahr vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIDO), von der Universität Bielefeld und der Beuth Hochschule für Technik Berlin herausgegeben. ■

Mehr Infos:
www.wido.de/fzr_2015.html

Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin: Springer 2015; 614 Seiten, 54,99 Euro; ISBN 978-3-66247263-7

Berufsgruppen mit hohen und niedrigen Fehlzeiten



* ohne Spezialisierung

Quelle: WIDO 2015; Grafik: GGW Wissenschaft 2015

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Christian Günster: „Risikoadjustierung in der Qualitätssicherung“, Hessischer Krankenhaustag, Hanau, 11/15 +++ Dr. Matthias Maneck: „Qualitätssicherung und Mindestmengen“, 45. Jahrestagung der Sektion Schilddrüse der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE), Mainz, 11/15 +++ Christian Günster, Jürgen Klauber: „QSR-Verfahren und dessen Relevanz für die Orthopädie“, Wissenschaftliches Kolloquium des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsforschung (ZEGV), Dresden, 11/15 +++ Jürgen Klauber: „Qualitätssicherung mit Routinedaten – Follow-up in der Qualitätsmessung“, Hanna Leicht: „Prostatektomien im Spiegel von Routinedaten – Häufigkeit und Komplikationen“, 9. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin, 12/15

Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit

von Hartmut Reiners¹

ABSTRACT

Die **paritätische Finanzierung** durch Versicherte und ihre Arbeitgeber sowie die entsprechende Besetzung der Selbstverwaltungsgremien sind traditionelle Merkmale des deutschen Sozialversicherungssystems. Von ihnen hat man sich teilweise verabschiedet. Die Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur in den Pflichtkassen paritätisch besetzt, in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen sitzen fast nur Versichertenvertreter. Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt sorgen für einen Trend zur drittelparitätischen Finanzierung. Der Zusatzbeitrag belastet die Versicherten stärker als ihre Arbeitgeber. Er hat sich zu einem Hemmschuh für eine Verbesserung der Versorgungsqualität entwickelt, anstatt sie, wie behauptet, zu fördern. Auch die Behauptung, er leiste einen Beitrag zur Sicherung von Beschäftigung und Wachstum, ist eher ein Credo als empirisch evident. Daher ist die Konstruktion der Beitragssatzarchitektur zu überdenken.

Schlüsselwörter: Beitragssatz, Zusatzbeitrag, Parität, Lohnkosten

Equal funding and equal representation of employers and employees in the self-governing boards have traditionally been considered fundamental principles of the German social security system. But these principles are exceedingly being ignored, as various examples show. Only the seats in the self-governing boards of the former compulsory sickness funds for blue collar workers are equally assigned, the boards of the former funds for white collar workers, however, consist almost exclusively of representatives of the employees. Federal subsidies illustrate the tendency to involve a third party, namely the state. The additional contribution is an extra burden on the employees alone. This is all the more problematic since it tends to thwart the improvement of medical care instead of stimulating it. Also, the claim that the additional contribution enhances employment and economic growth is by no means proven. It seems more of a creed than a fact. Therefore the structure of the contribution system needs rethinking.

Keywords: contribution rate, additional contribution, parity, (employers') labour costs

1 Einleitung

Die paritätische Zahlung der Beiträge durch die Versicherten und ihre Arbeitgeber sowie die entsprechende Besetzung der Selbstverwaltungsgremien gelten als ordnungspolitische Grundsätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Aber wie es in der Politik mit Prinzipien so ist, sie werden flexibel gehandhabt. Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltung gibt es seit jeher nur in den ehemaligen Pflichtkassen, also in den AOKs, den Betriebs- und Innungskassen und bei der Knappschaft-Bahn-Sec. In den Verwaltungsräten der Ersatzkassen haben fast nur Versichertenvertreter das Sagen. Die halbparitätische Finanzierung wurde in den vergangenen zehn Jahren deutlich modifiziert:

- Ab 2005 wurde ein Sonderbeitrag der Versicherten von 0,9 Prozentpunkten eingeführt.
- Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 brachte mit dem Zusatzbeitrag eine weitere Verlagerung der Beitragslasten auf die Versicherten. Der 2009 eingerichtete Gesundheitsfonds speiste sich zunächst aus einem allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent, später 15,5 Prozent, von denen die Versicherten 7,9 beziehungsweise 8,2 Prozentpunkte zu tragen hatten. Krankenkassen, die mit den Zuwendungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskamen, sollten einen festen Euro-Betrag als Zusatzbeitrag erheben.
- Das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 gestaltete den Zusatzbeitrag prozentual zum beitragspflichtigen

¹ Hartmut Reiners, Friedbergstraße 45 · 14057 Berlin · Telefon: 030 3126628 · E-Mail: hartmut-reiners@t-online.de

Einkommen und senkte den allgemeinen Beitragssatz auf 14,6 Prozent bei nur scheinbar paritätischer Finanzierung. Kommen die Kassen mit den sich daraus ergebenden Zuweisungen nicht aus, müssen sie einen Zusatzbeitrag erheben.

- Seit 2004 erhält die GKV Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, die bis dahin nur der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung gewährt wurden.

Faktisch werden durch den Zusatzbeitrag alle beitragsatzrelevanten Ausgabensteigerungen der GKV nur von den Versicherten getragen, sofern sie nicht durch die Bundeszuschüsse aufgefangen werden. Die Begründung für die höhere Belastung der Versicherten ist seit jeher die gleiche: Steigende Sozialabgaben der Arbeitgeber beeinträchtigen die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft; der Zusatzbeitrag fördere zudem den Kassenwettbewerb und biete so Anreize für eine bessere Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Damit stellen sich drei Fragen:

1. Welche Legitimation haben die paritätische Beitragsfinanzierung und die Besetzung der Selbstverwaltungsgremien in der GKV?
2. Welchen Einfluss haben die Sozialabgaben auf die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft?
3. Welche Wirkungen hat der Zusatzbeitrag auf den Kassenwettbewerb?

2 Halbparität – ein erodierender ordnungspolitischer Grundsatz

Die halbparitätische Finanzierung und Selbstverwaltung durch die Versicherten und deren Arbeitgeber gründet in der Bismarck'schen Sozialversicherung als einem System von Lohnersatzleistungen. Zudem wurden bis 1995 die Versicherten je nach Arbeitgeber und Stellung im Beruf einer bestimmten Kassenart zugewiesen. Die Ersatzkassen für Angestellte und ausgewählte Arbeiterberufe wurden 1935 in die GKV integriert, allerdings unter Beibehaltung ihrer nur von Versichertenvertretern gewählten Selbstverwaltung. Dieses duale System von Pflicht- und Wahlkassen wurde erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 abgeschafft, das ab 1996 die freie Kassenwahl für alle Versicherungsberechtigten einführte. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wurde in den 1950er- und 1960er-Jahren zunächst durch Tarifverträge, dann durch das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 auch für Arbeiter in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung den Arbeitgebern zugeordnet. An der paritätischen Finanzierung des Beitragssatzes änderte diese Entwicklung ebenso wenig wie an der Beschränkung der halbparitätischen Besetzung der Selbstverwaltungsgremien auf die früheren Pflichtkassen.

Das deutsche Sozialversicherungssystem wird schon lange nicht mehr nur über Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert, sondern über eine Mischung aus Sozialabgaben und Zuwendungen aus dem Bundeshaushalt. Das entspricht einem seit Jahren zu beobachtenden internationalen Trend, der die gängige Typisierung von Wohlfahrtssystemen in „drei Welten“ (*Esping-Andersen 1990*) – Sozialversicherung, Steuerfinanzierung und private beziehungsweise betriebliche Risikoabsicherung – in Richtung Mischfinanzierung unterläuft (*Rothgang et al. 2006*). Mittlerweile hat die Sozialversicherung eher eine drittelparitätische Finanzierung (Tabelle 1):

- Das Budget der Rentenversicherung speist sich zu 30,7 Prozent aus dem Bundeshaushalt. Hinzu kommen 2,8 Prozent aus Beitragszahlungen für bestimmte Empfänger staatlicher Sozialleistungen.
- Die GKV erhält 12,6 Prozent ihrer Einnahmen aus Beiträgen, die der Staat vor allem für Empfänger von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe aufzubringen hat. Hinzu kommen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt.
- In der Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung sind die staatlichen Zuwendungen erheblich niedriger. Der Haushalt der Bundesagentur für Arbeit hätte jedoch einen deutlich höheren steuerfinanzierten Anteil, wenn sie alle Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitslosen aus ihrem Beitragsaufkommen finanzieren müsste.

Die GKV erhält seit 2004 Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt, die eigentlich als Ausgleich für versicherungsfremde Leistungen gedacht waren und sich vor allem aus der Tabaksteuer refinanzieren sollten, auch wenn zweckgebundene Steuern in unserem Fiskalsystem nicht vorgesehen sind. Diese Zuschüsse beschränkten sich zunächst auf drei Milliarden Euro und wurden mit der Errichtung des Gesundheitsfonds schrittweise bis 2012 auf 14 Milliarden Euro angehoben. So konnten Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, was das eigentliche Ziel von Zuschüssen des Bundes zur Sozialversicherung ist. Sie wurden in den vergangenen Jahren der Konjunkturlage und der damit verbundenen Entwicklung des Steueraufkommens angepasst. 2015 fließen aus dem Bundeshaushalt 11,5 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds, 2016 sollen es wieder 14 Milliarden Euro sein. Von einer halbparitätischen Finanzierung der GKV kann also keine Rede mehr sein.

Auch die Selbstverwaltungsgremien sind nicht durchgängig paritätisch mit Vertretern der Versicherten und ihrer Arbeitgeber besetzt. Das ist nur bei den ehemaligen Pflichtkassen der Fall. In deren Selbstverwaltung nahmen bis 1951 die Versicherten zwei Drittel der Sitze ein. Die Halbparität wurde im Zuge der Mitbestimmung in der Montanindustrie eingeführt. Die Gremien der Ersatzkassen bestehen (fast) nur aus Versichertenvertretern, was früher damit begründet werden konnte, dass ihre Mitglieder zum überwiegenden Teil als Angestellte einen im Bürgerlichen Gesetzbuch festgehalte-

TABELLE 1

Finanzierung der Sozialversicherungssysteme 2014

	Leistungen insgesamt in Milliarden Euro	Davon finanziert in Prozent				
		Beiträge			Zuschüsse des Staates	Sonstige Einnahmen
		Versicherte	Arbeitgeber	Staat		
Rentenversicherung	274,727	33,0	33,4	2,8	30,7	0,1
Krankenversicherung	201,892	49,8	31,5	12,6	5,9	0,5
Pflegeversicherung	25,863	58,5	36,0	5,4	–	0,3
Unfallversicherung	13,432	11,6	80,1	0,3	5,8	2,2
Arbeitslosenversicherung	30,739	47,2	50,8	1,7	0,1	1,2

Quelle: BMA (Sozialbudget), eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

nen Anspruch auf Zahlung von Krankengeld durch den Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen einer Erkrankung hatten und die Kassen erst ab der siebten Woche Krankengeld zahlen mussten. In den 1950er- und 1960er-Jahren erhielten auch Arbeiter diesen Anspruch, erst über Tarifverträge und dann grundsätzlich mit dem Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969. Das gab der GKV eine andere ökonomische Dimension. Sie war endgültig keine Lohnersatzkasse mehr, sondern hatte sich zur zentralen Steuerungsinstanz eines rasant wachsenden Wirtschaftszweiges entwickelt, dessen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) sich allein zwischen 1970 und 1980 fast verdoppelte. Damit veränderten sich auch die Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane, die zunehmend einer Art Aufsichtsrat von Wirtschaftsbetrieben glichen, obwohl sich deren Protagonisten darüber nicht wirklich im Klaren waren. Zugleich erhöhte sich der Marktanteil der Ersatzkassen mit der Folge einer abnehmenden Repräsentanz der Arbeitgeber in der Selbstverwaltung, eine der ordnungspolitischen Ungereimtheiten im GKV-System. Durch die mit dem GKV-WSG seit 2007 ermöglichten kassenartenübergreifenden Fusionen von Ersatz- und (ehemaligen) Pflichtkassen kam es zu merkwürdigen Konstruktionen mit einigen wenigen Arbeitgebervertretern im Verwaltungsrat. Das hatte zum Beispiel auch Konsequenzen für die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes, dem 31 Versicherten- und 21 Arbeitgebervertreter angehören.

Eigentlich hätte man mit der 1996 erfolgten Einführung der freien Kassenwahl auch in der Besetzung der Selbstverwaltungsgremien für Gleichheit sorgen und die Parität in al-

len Kassenarten einführen können. Theoretisch ist auch eine in allen Kassenarten nur aus Versichertenvertretern bestehende Selbstverwaltung denkbar, aber das war und ist kein relevantes Thema. Es besteht ein allgemeines politisches Interesse an der Mitverantwortung der Arbeitgeber in der Sozialversicherung. Eine einheitlich in allen Kassenarten paritätisch besetzte Selbstverwaltung war zwischen und in den das GSG tragenden Parteien nicht konsensfähig. Ein solcher Schritt hätte bei den Ersatzkassen und der damals existierenden Deutschen Angestellten-Gewerkschaft (sie fusionierte 2011 mit mehreren anderen Gewerkschaften zur Dienstleistungsgewerkschaft ver.di) noch mehr Ärger hervorgerufen als ohnehin schon mit der Einführung der freien Kassenwahl verbunden war, und den wollte man sich ersparen (*Knieps und Reiners 2015, 111 ff.*). Die Ungereimtheiten in der Zusammensetzung der GKV-Selbstverwaltungsgremien sind auch eher ein Randproblem in unserem an Widersprüchen reichen Gesundheitswesen, zumal sich daraus keine wirklichen Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Es handelt sich um eine Frage der politischen Opportunität.

3 GKV-Beiträge als Lohnkosten

Die lohnbezogene Beitragsfinanzierung der GKV hat sich in Deutschland zwar etabliert, ist aber seit 30 Jahren Gegenstand einer Debatte über ihre Wirkung auf die wirtschaftliche Entwicklung (*Reiners 2011, 43 ff.*). Das Gesundheitswesen sei eine Wachstumsbranche, was an sich positiv zu bewerten sei.

ABBILDUNG 1

Wie viel kostet eine Handwerkerstunde?

Bruttolohn (Geselle) pro Stunde:

13,50 Euro = 27,83 Prozent

Mehrwertsteuer:

7,74 Euro = 15,96 Prozent

Zuschlag Unternehmerrisiko:

0,68 Euro = 1,40 Prozent

betriebliche Gemeinkosten:

14,45 Euro = 29,79 Prozent

Gehälter für Bürokräfte usw., Raum- und Energiekosten, betriebliche Steuern (Gewerbe) und Versicherungen, Instandhaltung, Kreditzinsen, kalkulatorische Gemeinkosten (unter anderem Abschreibungen)

gesetzliche Sozialaufwendungen:

4,98 Euro = 10,27 Prozent

Arbeitgeberanteil Sozialversicherung, Beitrag Berufsgenossenschaft, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, gesetzliche Feiertage

tarifliche Sozialaufwendungen:

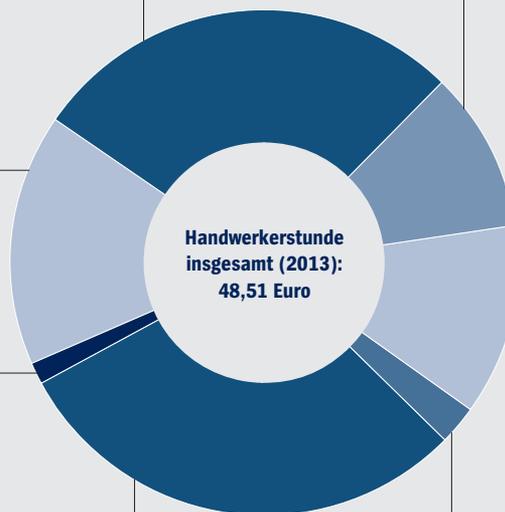
5,94 Euro = 12,24 Prozent

Urlaubsentgelt, Sonderzahlungen (13. Gehalt, Weihnachtsgeld), betriebliche Altersversorgung, Vermögensbildung

freiwillige Sozialaufwendungen:

1,22 Euro = 2,51 Prozent

Familienbeihilfen, Fahrgeld, Zuschüsse zur Altersvorsorge



Quelle: www.kks-klima.de/files/handwerkerstunde und eigene Berechnungen; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Dieses Wachstum schlägt sich aber über die GKV-Beiträge in steigenden Lohnnebenkosten nieder, was der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft schade. Diese erstmals vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 1985/86 formulierte These hat sich zu einem Mantra entwickelt, das trotz fehlender Evidenz noch heute die gesundheitspolitische Debatte überlagert. Dabei wird auch ein absurder Streit darüber geführt, ob man von Lohnneben- oder Lohnzusatzkosten sprechen sollte. Für die Unternehmen sind derartige Haarspaltereien über „Lohnnebenzusatzkosten“ (Süddeutsche Zeitung, 3. Juni 2006) irrelevant, für die letztlich nur die Lohnkosten in ihrer Gesamtheit zählen, nicht aber deren Komponenten.

Die Wortbestandteile „neben“ beziehungsweise „zusatz“ suggerieren, dass die Arbeitskosten ohne die Sozialabgaben entsprechend geringer wären. Das ist ein Trugschluss, der den Doppelcharakter der Löhne ignoriert, deren Höhe so-

wohl von der Produktivitätsentwicklung als auch von den Lebenshaltungskosten bestimmt wird, die in das Wirtschaftssystem eingehen „wie der Kraftstoff für Maschinen oder das Futter für das Vieh“ (Sraffa 1976, 28). Der allgemeine Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung gehört zu den Standards moderner Gesellschaften, der in den EU-Staaten entweder über eine Krankenversicherung oder ein staatliches Gesundheitswesen sichergestellt wird. Verlagert man diese Kosten auf die Privathaushalte, wird damit erfahrungsgemäß eher eine Steigerung als eine Senkung der Lebenshaltungskosten bewirkt (Reiners 2011, 22 ff.). Höhere Krankenversicherungsbeiträge wirken sich dann zwar nicht direkt auf die Lohnkosten aus, sie werden aber bei den Tarifverhandlungen geltend gemacht. Eine Übernahme der Krankheitskosten durch den Staatshaushalt wäre ein gesamtwirtschaftliches Nullsummenspiel, da sinkende Sozialabgaben durch höhere Steuern erkaufte werden müssten und die Abgabenbelastung insgesamt gleich bliebe.

TABELLE 2

Geschichte des Zusatzbeitrages

Gesetz	Gestaltung des GKV-Beitrages
GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14. November 2003	Versicherte zahlen ab 2005 neben dem Beitragssatz ihrer Kasse einen zusätzlichen Beitragssatz von 0,5 Prozent.
Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 20. Dezember 2004	Anhebung des zusätzlichen Beitragssatzes ab 1. Juli 2005 auf 0,9 Prozent.
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007	Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009, der sich aus einem allgemeinen Beitragssatz von 14,9 Prozent bei einem Arbeitgeberanteil von 7,0 Prozent sowie Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt finanziert. Die Kassen erhalten aus dem Fonds Zuweisungen entsprechend der Risikostruktur ihrer Versicherten. Kommt eine Kasse mit diesen Zuweisungen nicht aus, muss sie einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Dieser soll ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten.
GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) vom 22. Dezember 2010	Der allgemeine Beitragssatz wird auf 15,5 Prozent angehoben, von denen die Arbeitgeber 7,3 Prozent tragen. Die Überforderungsklausel wird durch einen Sozialausgleich ersetzt, der ab einer Höhe von zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens greift. Bemessungsgrundlage ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag. Der Sozialausgleich wird aus Reserven des Gesundheitsfonds und dem Bundeshaushalt finanziert.
GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014	Der allgemeine Beitragssatz wird auf 14,6 Prozent gesenkt und zu gleichen Teilen von den Versicherten und ihren Arbeitgebern finanziert. Der Zusatzbeitrag wird einkommensbezogen erhoben, der Sozialausgleich aus Steuermitteln entfällt.

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Aber auch wenn man die Lohnnebenkosten als eigenständigen Wettbewerbsfaktor betrachtet, gibt es keine belastbaren empirischen Belege für die Behauptung, die Sozialabgaben seien in Deutschland zu hoch. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes lag 2009 der Anteil sowohl der Lohnnebenkosten insgesamt als auch der Sozialversicherungsabgaben unter dem EU-Durchschnitt (Reiners 2011, 49 ff.). Die Gesundheitskosten pro Arbeitsplatz (einschließlich Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) bewegen sich in Deutschland im internationalen Mittelfeld, wie eine Studie im Auftrag der Techniker Krankenkasse ergab (Ecker et al. 2004). Sie konnte auch keinen Zusammenhang zwischen der Beschäftigungsentwicklung und der Belastung der Arbeitgeber durch Gesundheitskosten aufzeigen. Rein statistisch stieg sogar die Zahl der Arbeitsplätze gerade in Branchen mit hohen Ausgaben für Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und Sozialversicherung. Daraus lässt sich natürlich kein positiver Wirkungszusammenhang ableiten, aber es wird deutlich, dass die Entwicklung der Sozialabgaben be-

ziehungsweise Krankenversicherungskosten für die Unternehmen auch nicht ansatzweise ein Jobkiller ist.

Dagegen wird eingewandt, das alles möge für Großbetriebe mit einem relativ niedrigen Anteil des Faktors Arbeit an den Gesamtkosten stimmen. Das sehe bei mittelständischen Betrieben aber anders aus. Auch diese Behauptung ist eher „gefühl“ als faktenbasiert. Die Bayerischen Handwerkskammern veröffentlichen im Internet die durchschnittlichen Kosten für eine Handwerkerstunde, die sich 2013 auf 48,51 Euro belaufen (siehe Abbildung 1). Die gesetzlichen Sozialaufwendungen, zu denen nicht nur die Sozialversicherungsabgaben gehören, sondern auch die Kosten für Mutterschaft und gesetzliche Feiertage, machen demnach gut zehn Prozent der Gesamtkosten aus. Eine Erhöhung des Arbeitgeberanteils an den GKV-Beiträgen von zurzeit 7,3 auf paritätische 7,75 Prozentpunkte würde die Sozialaufwendungen der Arbeitgeber um nur sechs Cent anheben. Mit dem durch den Zusatzbeitrag eingesparten Geld kann

der Chef vielleicht für die Weihnachtsfeier ein Fass Bier spendieren, aber keinen Arbeitsplatz sichern oder gar neu schaffen.

4 Der Zusatzbeitrag – Motor oder Bremse des Kassenwettbewerbs?

Der heutige Zusatzbeitrag hatte einen Vorgänger, der jedoch wettbewerbsneutral war. Das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 führte ab 2005 einen nur von den Versicherten zu zahlenden zusätzlichen Beitragssatz von zunächst 0,5 Prozent ein, der mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004 auf 0,9 Prozent angehoben wurde (siehe Tabelle 2).

Ursprünglich sollte mit ihm die Zahnersatzversorgung finanziert werden, die jedoch mit dem Gesetz vom Dezember 2004 neu geregelt und aus den Pflichtleistungen der GKV gestrichen wurde.

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ab dem Jahr 2009 eingeführte einkommensunabhängige Zusatzbeitrag wird dagegen kassenspezifisch erhoben. Er verdankt seine Existenz einem Kompromiss zwischen der Union und der SPD (*Knieps und Reiners 2015, 148 ff.*). Die CDU war 2005 mit der Forderung nach einer Umstellung der GKV-Finanzierung von lohnbezogenen Beitragssätzen auf eine Kopfpauschale in den Wahlkampf gegangen und damit gescheitert. Dennoch wollten maßgebliche CDU-Politiker diese auch innerhalb der Union umstrittene Idee nicht völlig aufgeben und setzten bei den Verhandlungen zum GKV-WSG einen Zusatzbeitrag in Form eines festen Euro-Betrages durch. Er war mit einer Überforderungsklausel verbunden, die dafür sorgen sollte, dass der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigt. Diese Grenze wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 auf zwei Prozent angehoben und mit einem komplizierten Sozialausgleich verbunden (siehe Tabelle 2).

Der Zusatzbeitrag erwies sich als ein wenig effektives Steuerungsinstrument, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) in seinem Sondergutachten 2012 darlegt (*SVR-G 2012, Ziffern 487 ff.*). Er stellt fest, dass unter den diversen Parametern des Kassenwettbewerbs die Beitragshöhe eindeutig den höchsten Stellenwert hat, was leicht erklärbar sei. Sie sei eine für die Versicherten einfache Orientierungsgröße für die Kassenwahl, ganz im Gegensatz zu den „schwer messbaren, eher intransparenten Qualitätsmerkmalen und -unterschieden im Leistungsbereich“ (*SVR-G 2012, Ziffer 488*).

Dieser Effekt wird verstärkt durch den Sachverhalt, dass Kassenwechsler beziehungsweise wechselfertige Versicherte vornehmlich zum Kreis der jungen, gut verdienenden und besser gebildeten Personen gehören, die wegen ihres guten Gesundheitszustandes nur gelegentlich GKV-Leistungen in Anspruch nehmen und daher weniger auf die Versorgungsqualität achten. Ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte, für die dieser Aspekt eine sehr viel größere Bedeutung hat, zeigen hingegen kaum Neigungen zum Kassenwechsel. Sie haben offenbar andere Sorgen und zudem oft ein Vertrauensverhältnis zu den sie betreuenden Kassenmitarbeitern aufgebaut, das sie bei einem Kassenwechsel erst neu aufbauen müssten.

Diese ungleich verteilte Bereitschaft zum Kassenwechsel ist ein seit Jahren bekanntes, von verschiedenen Studien über Wechslerprofile belegtes Phänomen (*Lauterbach und Wille 2001; Böcking et al. 2002; Andersen und Grabka 2006*), das durch die Einführung des Zusatzbeitrages noch an Bedeutung gewonnen hat. Im WIdO-Monitor gaben 2011 zwar nur 22,2 Prozent der Befragten den Zusatzbeitrag als Grund für ihre Wechselbereitschaft an, jedoch lag diese Quote bei den einen Zusatzbeitrag erhebenden Kassen bei 62,2 Prozent (*Zok 2011*). Weitere elf Prozent gaben bei diesen Kassen deren unbefriedigendes Preis-Leistungs-Verhältnis als Wechselgrund an, was vor allem mit dem Zusatzbeitrag zusammenhängen dürfte. Der SVR-G stellt fest, dass 2010 und 2011 rund 90 Prozent der Netto-Mitgliederverluste bei Kassen mit einem Zusatzbeitrag auftraten (*SVR-G 2012, Ziffer 496*). Diese hatten einen Mitgliederverlust von durchschnittlich zwölf Prozent zu verkraften. Weitere zwölf Prozent ihrer Mitglieder kündigten in Befragungen an, ihre Kasse demnächst wegen des Zusatzbeitrages verlassen zu wollen.

Weshalb einzelne Kassen einen Zusatzbeitrag erheben mussten, soll hier nicht weiter zur Debatte stehen. Der SVR-G sieht vor allem Managementfehler, aber auch Lücken im morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (*SVR-G 2012, Ziffer 492*). Von denen sind Kassen mit überwiegend in Ballungszentren lebenden Versicherten betroffen. Regionale Kostenunterschiede werden im auf bundesweiten Durchschnittsgrößen basierenden morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich kaum berücksichtigt. Auf jeden Fall fürchten Kassenvorstände angesichts drohender Mitgliederverluste nichts so sehr wie den Zusatzbeitrag. In einer Befragung des SVR-G gaben 87 Prozent der Kassen an, dass Versicherte auf den Zusatzbeitrag deutlich stärker reagieren als auf Beitragssatzsteigerungen in früheren Zeiten. Dafür werden folgende, nicht immer plausible Gründe angegeben (*SVR-G 2012, Ziffer 519*):

- Viele Kassenvertreter nennen in diesem Zusammenhang den festen Arbeitgeberanteil. Der dürfte aber bei einem Kassenwechsel nicht wirklich eine Rolle spielen, weil er

sich dabei nicht ändert. Vielmehr wird dem „Wettbewerb im Lohnbüro“ die Basis dafür entzogen, dass Arbeitgeber ihre Beschäftigten drängen, zu einer möglichst beitragsgünstigen Kasse zu wechseln. Da der Wettbewerb sich an den Präferenzen der Versicherten orientieren sollte, ist der einheitliche Arbeitgeberanteil eine sinnvolle Regelung.

- Schon eher spielt eine Rolle, wenn der Zusatzbeitrag nicht automatisch vom Lohn abgezogen wird, sondern – wie es zum Zeitpunkt der Befragung noch der Fall war – von den Versicherten getrennt an ihre Kasse überwiesen werden muss. Das ist nicht nur mit lästigem Aufwand verbunden, dadurch werden viele Versicherte überhaupt erst auf Beitragserhöhungen aufmerksam.
- Die frühere Form des Zusatzbeitrages als fester Euro-Betrag ist viel konkreter als prozentuale Beitragssätze.

Auch andere Untersuchungen wie die von Jacobs und Wagem (2013) zeigen, dass der Zusatzbeitrag einen über die Versorgungsqualität geführten Wettbewerb erheblich erschwert. Zwar tragen bestimmte Verbesserungen von Service- und Versorgungsleistungen zur Zufriedenheit der Versicherten bei. Aber ihr Nutzwert kann offenbar die finanziellen Nachteile des Zusatzbeitrages nicht kompensieren. Das gilt insbesondere für den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag. Der SVR-G muss zudem feststellen, dass die meisten Versicherten sich am liebsten gar nicht mit dem Thema Krankenversicherungsschutz beschäftigen möchten. Sie begegnen „neuen Wahlmöglichkeiten mit Verunsicherung und Skepsis bis hin zu genereller Ablehnung“ (SVR-G 2012, Ziffer 499).

Daraus sollte man eigentlich im Sinne einer Förderung des Qualitätswettbewerbs den Schluss ziehen, den Zusatzbeitrag wieder abzuschaffen. Stattdessen wartete der SVR-G mit einem angesichts seiner stimmigen Analyse über die vom Zusatzbeitrag verschärfte Dominanz des reinen Preiswettbewerbs irritierenden Vorschlag auf. Man solle den allgemeinen Beitragssatz so senken, dass quasi alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssten (SVR-G 2012, Ziffer 525). Diesem Vorschlag ist die Bundesregierung im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) gefolgt. Der allgemeine Beitragssatz wurde auf 14,6 Prozent gesenkt und paritätisch von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen. Die zwangsläufige Folge waren ab dem Jahr 2015 Zusatzbeiträge bei fast allen Kassen. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes kommen gegenwärtig nur zwei Kassen ohne einen Zusatzbeitrag aus, bei den anderen Kassen bewegt er sich zwischen 0,3 und 1,3 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens, bei einem Durchschnitt von 0,9 Prozentpunkten. Der Gesamtbeitragssatz liegt also wie zuvor bei durchschnittlich 15,5 Prozent. Allerdings zeichnen sich für das Jahr 2016 bei vielen Kassen höhere Zusatzbeiträge ab, was eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf die politische Agenda setzen wird.

Die Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes durch das GKV-FQWG hat die Bundesregierung mit dem offenbar faktenresistenten Mantra begründet, der faktisch eingefrorene Arbeitgeberbeitrag sichere Arbeitsplätze und der prozentuale Zusatzbeitrag fördere den Kassenwettbewerb um eine bessere Versorgung. In der Gesetzesbegründung (*Deutscher Bundestag 2014, 24*) ist das wie folgt formuliert:

„Eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung kann nur mit einer wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und einer umsichtigen Ausgabenpolitik gewährleistet werden. Darüber hinaus ist eine beschäftigungsfreundliche Ausgestaltung der Finanzgrundlage sicherzustellen, um negative Effekte steigender Gesundheitsausgaben auf Beschäftigung und Wachstum zu vermeiden. Daher ist es notwendig, dass Zusatzbeiträge in Zukunft ein etabliertes Instrument der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Um eine bessere Ausgewogenheit zwischen Preis- und Qualitätswettbewerb zu erreichen, ist es notwendig, dass die Zusatzbeiträge tatsächlich erhoben werden. Die bisherige Situation, dass einzelne Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen, während die meisten Krankenkassen aufgrund ihrer Finanzsituation auf die Erhebung von Zusatzbeiträgen verzichten konnten, hat zu einer ungewollten Dominanz des Preiswettbewerbs geführt und den Wettbewerb auf der Leistungsseite, insbesondere um mehr Qualität in der Versorgung und Bemühungen um eine stärker präventive und sektorenübergreifende Ausrichtung des Gesundheitswesens, in den Hintergrund rücken lassen.“

Eine schlüssige Argumentation liest sich anders. Zum einen gibt es, wie gezeigt, seit 30 Jahren keinen Beleg für die beständig wiederholte Behauptung, dass die Krankenkassenbeiträge als Lohnnebenkosten einen nennenswerten Effekt auf Beschäftigung und Wachstum haben. Vor allem aber ist es ausgesprochen rätselhaft, weshalb ein von fast allen Kassen erhobener Zusatzbeitrag in unterschiedlicher Höhe den Preiswettbewerb weniger betonen soll als ein nur von wenigen Kassen verlangter Zusatzbeitrag. Beim Kassenwettbewerb spielt nun einmal die Beitragshöhe eine entscheidende Rolle, daran kann auch die neue Form des Zusatzbeitrages nichts ändern. Das vom SVR-G festgestellte Phänomen, dass der Zusatzbeitrag einen versorgungsorientierten Wettbewerb behindert, bleibt davon unberührt.

Man kann es drehen und wenden wie man will: Der Kassenwettbewerb dreht sich vor allem um den Preis, egal,

ob es einen allgemeinen plus Zusatzbeitrag oder einen kassenspezifischen Beitragssatz gibt. Der Zusatzbeitrag ist nur eine Zuspitzung dieses Sachverhaltes. Er hat sich zu einem Killerargument gegen die Entwicklung neuer Versorgungsformen und einer Qualitätsorientierung entwickelt, mit dem einige Kassenvorstände ihre fehlende Bereitschaft begründen, über Selektivverträge mit Ärzten und Krankenhäusern neue Wege zu beschreiten. Dieses Alibi sollte man den Kassen mit der Rückkehr zu einem ungetrennten Beitragssatz nehmen. Das Gesetz bietet viele Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, die viel zu wenig genutzt werden. Wenn sich eine Kasse über Selektivverträge mit einem alternativen Leistungsangebot profilieren will, ist dies mit Investitionen in den Service und dem Aufbau leistungsfähiger Versorgungsnetze und damit zusätzlichen Kosten verbunden, die sich erst langfristig amortisieren können. Es gibt vor allem größere Kassen, die dieses Risiko eingehen und es sich auch leisten können. Entsprechende Projekte sollten aber nicht von der Größe und der Finanzkraft einer Kasse abhängen, sondern gezielt unterstützt werden, nicht nur durch den geplanten Innovationsfonds, sondern gegebenenfalls auch durch Kredite öffentlicher Investitionsbanken. Hier ist vor allem die Landespolitik gefordert.

5 Fazit

Die paritätische Finanzierung hat keine ökonomische, sondern eine ordnungspolitische Funktion. Dadurch werden die Arbeitgeber in die Verantwortung für die Entwicklung der GKV beziehungsweise des Gesundheitswesens eingebunden, die sie aber nur in den ehemaligen Pflichtkassen wahrnehmen können. Das ist eine der nicht wirklich begründbaren Merkwürdigkeiten des GKV-Systems. Der Zusatzbeitrag hat eher ideologische Wurzeln und sollte wieder in einen paritätisch finanzierten Beitragssatz überführt werden, wobei es aus wettbewerbspolitischer Sicht sinnvoll wäre, einen für alle Kassen geltenden durchschnittlichen Arbeitgeberbeitrag festzulegen. Das entspräche auch der Logik des Gesundheitsfonds. Ansonsten ist der auf die Beitragssätze fokussierte Kassenwettbewerb ein nur sehr begrenzt taugliches Instrument zur Förderung von innovativen Versorgungsformen und Versorgungsqualität. Solche Initiativen müssen gefördert werden – eine Aufgabe, der sich vor allem die Landespolitik stellen muss. Sie hat die im Grundgesetz festgeschriebene politische Letztverantwortung für die Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsqualität, die sie nicht auf den Kassenwettbewerb abschieben kann.

Literatur

Andersen H, Grabka M (2006): Kassenwechsel in der GKV 1997–2004. Profile – Trends – Perspektiven. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006. Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit. Sankt Augustin: Asgard, 145–189

Böcking W, Göpfert P, Merker N, Kirch W (2002): The Relevance of Price in a Customer's Choice of Statutory Health Insurance Providers in Germany. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 10, Heft 3, 242–251

Deutscher Bundestag (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Drucksache 18/1307; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/013/1801307.pdf>

Ecker T, Häussler B, Schneider M (2004): Belastungen der Arbeitgeber durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse; www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/gutachteniges_basys.pdf

Esping-Andersen G (1990): The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press

Jacobs K. und Wasem J. (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 15–22

Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. Bern: Huber
Lauterbach K. und Wille, E. (2001): Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität; www.hpm.org/kai/igmg/endgutachten_rsa.pdf

Reiners H (2011): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber
Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S et al. (2006): Wandel von Staatlichkeit in den Gesundheitssystemen von OECD-Ländern. In: Leibfried S und Zürn M (Hrsg.): Transformation des Staates? Frankfurt am Main: Suhrkamp, 309–355

Sraffa P (1976): Warenproduktion mittels Waren. Frankfurt am Main: Suhrkamp

SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf

Zok K (2011): Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage.

Wido-Monitor, Jg. 8, Heft 1, 1–8; www.wido.de/wido_monitor_1_2011+M51b72d618bf.html?&contentId=5075

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 10. September 2015)

DER AUTOR



Hartmut Reiners,

Jahrgang 1945, Ökonom und Publizist. Von 1992 bis August 2009 Leiter des Referats Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Zuvor in gleicher Funktion im Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Von Juli 1987 bis Februar 1990 Mitglied (Sachverständiger) der Enquete-Kommission des Bundestages zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Zahlreiche Veröffentlichungen zu Fragen der Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Zuletzt erschien sein gemeinsam mit Franz Knieps verfasstes Buch „Gesundheitsreformen in Deutschland“.

Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler: Ein Trend verstetigt sich

von Stefan Greß¹

ABSTRACT

In jüngster Zeit lässt sich eine systematische Strategie zur Entlastung des Bundeshaushaltes zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erkennen. Die Reduzierung des Bundeszuschusses in den Jahren 2014 und 2015 allein führte zu Einnahmeverlusten von insgesamt sechs Milliarden Euro. Auch im Rahmen von neuen Regelungen hat der Bund die Finanzierungsverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben systematisch den Beitragszahlern übertragen. Dazu zählt die Finanzierung des Innovationsfonds genauso wie die Kofinanzierung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Jüngstes Beispiel für diese Strategie ist die Teilfinanzierung des Strukturfonds für den Kapazitätsabbau in der stationären Versorgung aus Beitragsmitteln. Konsequenz dieser Strategie ist ein steigender Druck auf die Zusatzbeiträge, deren Anstieg zukünftig allein von den Versicherten getragen werden muss.

Schlüsselwörter: Finanzierung, Steuern, Beiträge, Prävention, stationäre Versorgung

The last few years have seen a tendency to exonerate the Federal budget at the expense of the statutory health insurance. The reduction of the federal grant in 2014 and 2015 alone has led to a revenue loss of six billion Euros. Also with regard to new projects financial responsibility for tasks related to society as a whole has systematically been transferred to the insurees. This includes financing the new innovation funds as well as co-financing the Federal Centre for Health Education. Another fairly recent example which illustrates this tendency is the financial set-up for the envisaged so-called structural fund, whose aim is to reduce overcapacities for inpatient treatment. As a consequence, pressure on the so-called additional contributions grows. What makes the problem even more severe is that any increase of the contribution rate has to be paid solely by the insurees, since the employer's contribution rate is frozen at 7.3 percent.

Keywords: funding, taxes, contribution rates, prevention, inpatient treatment

1 Einleitung

Bundesfinanzminister Wolfgang Schäuble kann fest mit einem ausgeglichenen Haushalt für das Haushaltsjahr 2015 rechnen. Dieses Ergebnis hat der Finanzminister allerdings nicht nur sprudelnden Steuereinnahmen und einer insbesondere im Vergleich zum Rest der Weltwirtschaft florierenden Konjunktur zu verdanken. Einen nennenswerten Beitrag zur Haushaltskonsolidierung liefern auch die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Die sogenannte schwarze Null wird auch durch die konsequente Strategie der Bundesregierung erreicht, den Bundeshaushalt um Milliardenbeträge zu entlasten

und die Verantwortung für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben an die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu transferieren.

Gegenstand der vorliegenden Analyse ist es, diese Strategie genauer zu beleuchten und im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu beurteilen. Dazu werden im ersten Teil des Beitrags die verschiedenen gesetzgeberischen Maßnahmen beschrieben, mit denen die Bundesregierung die angesprochene Strategie umgesetzt hat. Im Anschluss werden die Auswirkungen dieser Maßnahmen analysiert. Abschließend werden Vorschläge zu einer sachgemäßen Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entwickelt.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda
Telefon: 0661 9640-601 · E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

2 Vom Haushaltsbegleitgesetz zum Krankenhausstrukturgesetz

Die in jüngster Zeit als systematische Strategie wahrnehmbare Entlastung des Bundeshaushalts zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft nimmt ihren Anfang im Haushaltsbegleitgesetz des Jahres 2014 und lässt sich über das Versorgungstärkungsgesetz sowie das Präventionsgesetz bis hin zum Krankenhausstrukturgesetz verfolgen.

2.1 Haushaltsbegleitgesetz 2014 – Reduzierung des Bundeszuschusses

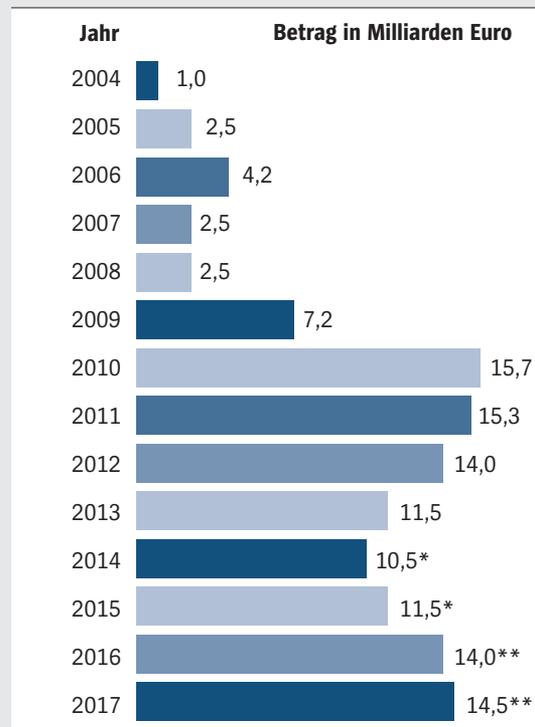
Mit dem im Jahr 2014 verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz wurde der Bundeszuschuss zur GKV von den ursprünglich geplanten 14 Milliarden Euro auf 10,5 Milliarden Euro im Jahr 2014 beziehungsweise 11,5 Milliarden Euro im Jahr 2015 abgesenkt. Ab 2016 soll der Bundeszuschuss dann wieder auf seine ursprüngliche Höhe von 14 Milliarden Euro angehoben werden. Begründet wurde diese Maßnahme mit der guten Finanzlage der GKV. Der Differenzbetrag zwischen dem ursprünglich geplanten und dem reduzierten Bundeszuschuss muss demzufolge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden (*Deutscher Bundestag 2014*).

Der Bundeszuschuss zur GKV ist eine vergleichsweise junge Entwicklung, denn bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 wurde die GKV ausschließlich aus Beiträgen finanziert. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss – wie etwa in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Arbeitslosenversicherung – war bis dahin ein Fremdkörper im System der GKV-Finanzierung. Seit 2004 hat der Bund jedoch mit einigen Schwankungen einen nicht unerheblichen Anteil der GKV-Finanzierung übernommen. Der Bund beteiligt sich gemäß Paragraph 221 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen an der GKV-Finanzierung. Seit Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 haben unterschiedliche Bundesregierungen die Höhe des Bundeszuschusses insgesamt siebenmal verändert. Am höchsten war der Bundeszuschuss mit 15,7 Milliarden Euro im Jahr 2010 (vergleiche Abbildung 1).

Die Ursachen für die starken Schwankungen bei der Höhe der Steuerfinanzierung liegen zum einen darin, dass Steuern im Gegensatz zu Beiträgen dem Non-Affektationsprinzip unterliegen. Nach Paragraph 7 des Haushaltsgrundsätzegesetzes dienen alle Einnahmen als Deckungsmittel für alle Ausgaben. Mit anderen Worten: Steuern haben grundsätzlich keine Zweckbindung. Mit diesem Grundsatz soll einerseits die Handlungsfähigkeit politischer Akteure sichergestellt werden.

ABBILDUNG 1

Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung



* Reduziert von ursprünglich geplanten 14 Milliarden Euro durch Haushaltsbegleitgesetz.

** Geplant gemäß Haushaltsbegleitgesetz.

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Andererseits bedeutet die Einhaltung des Grundsatzes aber auch, dass unterschiedliche Ressortinteressen regelmäßig untereinander konkurrieren (*Greß und Stegmüller 2014*).

Eine weitere Ursache für die dargestellten Schwankungen ist die Tatsache, dass die Höhe des Bundeszuschusses keiner klaren Regelbindung unterliegt. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes hat die GKV für gesamtgesellschaftliche Aufgaben – aus Sicht des Autors ist dieser Begriff dem Terminus „versicherungsfremde Leistungen“ vorzuziehen – im Jahr 2011 den Betrag von 33,9 Milliarden Euro ausgegeben (vergleiche Tabelle 1). Der tatsächlich gezahlte Bundeszuschuss finanziert davon im Jahr 2015 gerade einmal ein Drittel der Gesamtsumme.

Eine präzisere Regelbindung könnte die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses reduzieren. Dazu müssten jedoch die Kernaufgaben der Sozialversicherung eindeutig definiert und die Zuweisungen an die Krankenkassen zudem dynamisiert

TABELLE 1

GKV-Ausgaben für gesamtgesellschaftliche Aufgaben im Jahr 2011

Ausgabenposten	Betrag in Milliarden Euro
Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren	16,1
Beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten der Mitglieder und Rentner	13,7
Beitragsfreiheit bei Mutterschutz und Elternzeit	1,0
Ausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung	3,9
Korrekturposten für Doppelzahlungen	-1,0
Gesamtvolumen	33,9

Quelle: GKV-Spitzenverband 2013; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Die Angaben sind gerundet.

werden (*Deutsche Bundesbank 2014*). Dies ist etwa in den Niederlanden geschehen, wo der Steuerzuschuss klar an die Aufwendungen der Krankenversicherer für Kinder und Jugendliche gebunden ist. Von einer präziseren Formulierung hat der Gesetzgeber in Deutschland – auch im Haushaltsbegleitgesetz – jedoch Abstand genommen. Hintergrund war offensichtlich die Befürchtung, dass die privaten Krankenversicherer beziehungsweise ihre Versicherten aus Gleichbehandlungsgründen eine ähnliche Compensation einfordern könnten (*Greß und Bieback 2014*).

2.2 Versorgungsstärkungsgesetz – Finanzierung des Innovationsfonds

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) hat der Gesetzgeber beim Gemeinsamen Bundesausschuss einen Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung eingerichtet. In den Jahren 2016 bis 2019 sind demnach für die Förderung von Versorgungskonzepten 225 Millionen Euro pro Jahr und für die Förderung der Versorgungsforschung

75 Millionen Euro pro Jahr vorgesehen. Die Finanzierung des Innovationsfonds erfolgt ausschließlich aus Beitragsmitteln.

Einerseits ist die finanzielle Förderung von Investitionen in innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung zu begrüßen. Mindestens ambivalent ist jedoch die vollständige Finanzierung des Innovationsfonds aus Beitragsmitteln. Einerseits kommen mögliche positive Effekte innovativer Versorgungsformen wahrscheinlich ausschließlich gesetzlich Versicherten zugute. Insofern lässt sich eine Finanzierung aus Beitragsmitteln für diesen Finanzierungsanteil des Innovationsfonds durchaus rechtfertigen. Andererseits ist es in anderen Wirtschaftsbereichen – etwa für kleinere und mittlere Unternehmen – nicht unüblich, dass Innovationsförderung zumindest teilweise aus Steuermitteln finanziert wird. Die gilt erst recht für die Finanzierung der Versorgungsforschung aus Beitragsmitteln. Hier wäre aus Sicht des Autors ein aus Steuermitteln finanziertes Forschungsförderprogramm beim zuständigen Bundesministerium für Bildung und Forschung deutlich sachgerechter gewesen – schließlich kommen die bei der Entwicklung und Umsetzung innovativer Versorgungsformen gewonnenen Erkenntnisse der Gesamtbevölkerung zugute und nicht nur der Versicherergemeinschaft.

2.3 Präventionsgesetz – Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention

Das nach mehreren vergeblichen Anläufen endlich verabschiedete Präventionsgesetz stärkt die Rolle der gesetzlichen Krankenkassen bei der Durchführung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichzeitig nimmt der Gesetzgeber die Krankenkassen auch bei der Finanzierung dieser Maßnahmen in die Pflicht. Zukünftig muss jede gesetzliche Krankenkasse sieben Euro pro Jahr und Versicherten für die im Präventionsgesetz definierten Leistungen aufwenden. Davon müssen 0,45 Euro pro Jahr und Versicherten an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) abgeführt werden. Nach Paragraph 20a Absatz 3 SGB V dient die Tätigkeit der BZgA „zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen“. Insgesamt rechnet der Gesetzgeber mit Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von 220 bis 240 Millionen Euro pro Jahr. Davon entfallen etwa 35 Millionen Euro auf die Vergütung der BZgA (*Deutscher Bundestag 2015 a*).

Zwar ist die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes – ähnlich wie oben die Einrichtung des Innovationsfonds im

Versorgungsstärkungsgesetz – grundsätzlich zu begrüßen. Auch hier wird jedoch der Bundeshaushalt geschont – die Finanzierung von Leistungsausweitungen erfolgt ausschließlich aus Beitragsmitteln. Dies ist jedoch aus zwei Gründen zu kritisieren. Erstens ist eine Finanzierung aus Beitragsmitteln nur dann sachgerecht, wenn die positiven Effekte ausschließlich der Versichertengemeinschaft zugutekommen. Das wäre etwa der Fall, wenn Leistungen der Primärprävention das Erkrankungsrisiko von chronischen Krankheiten für gesetzlich versicherte Personen senken. Im Gesetz explizit genannt sind in diesem Zusammenhang etwa Diabetes mellitus und depressive Erkrankungen. Für einen Großteil der im Gesetz spezifizierten Maßnahmen – etwa Impfungen, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Maßnahmen in den Lebenswelten der Versicherten – lassen sich jedoch die positiven Effekte nicht auf gesetzlich Versicherte beschränken. In diesen Fällen liegen positive externe Effekte vor, die in erster Linie privat versicherten Personen zugutekommen. Besonders augenfällig wird dies angesichts der Beitragsfinanzierung der nachgeordneten Bundesbehörde BZgA. Wie soll die BZgA schließlich – entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag – sicherstellen, dass ihre Aktivitäten nur gesetzlich Versicherten beziehungsweise deren Kindern in Schulen und Kindergärten zugutekommen? Sachgerecht wäre daher entweder eine verpflichtende Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung der entsprechenden Leistungen oder alternativ die Finanzierung aus Steuermitteln. Der Gesetzgeber sieht jedoch weder das eine noch das andere vor.

Die Stärkung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung von Gesundheitsförderung und Prävention ist noch aus einem zweiten Grund zu kritisieren. Art und Umfang der Leistungen schreibt der Gesetzgeber innerhalb des vorgegebenen Finanzierungsrahmens nicht detailliert vor. Die miteinander konkurrierenden gesetzlichen Krankenkassen haben damit einen starken finanziellen Anreiz, ihr Leistungsspektrum auf eine Versichertenklientel mit überdurchschnittlich gutem Gesundheitszustand auszurichten (Greß 2015). Eine solche Strategie der Risikoselektion könnte durchaus erfolgreich sein, schließlich korreliert die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen positiv mit dem Gesundheitszustand (Jordan und von der Lippe 2012). Selbst die nicht als wettbewerbskritisch bekannte Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie bezweifelt daher in ihrer Stellungnahme zum Präventionsgesetz, ob der Wettbewerb an dieser Stelle wie gewünscht funktioniert (dggö 2015). Insofern sprächen gute Argumente dafür, die Beeinflussung des Angebotspektrums dem wettbewerblichen Gestaltungsspielraum der Krankenkassen zu entziehen. Dies könnte entweder durch eine evidenzbasierte Standardisierung des Leistungsspektrums oder – wie in vielen anderen europäischen Ländern auch – durch ein regional vorgehaltenes steuerfinanziertes Angebot geschehen. Im Präventionsgesetz ist weder das eine noch das andere vorgesehen.

2.4 Krankenhausstrukturgesetz – Finanzierung des Strukturfonds

Wesentlicher Bestandteil des Entwurfes für das Krankenhausstrukturgesetz ist die Einrichtung eines Strukturfonds. Dieser Fonds soll die Verbesserung von Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser, den Abbau von Überkapazitäten in der Krankenhausversorgung, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre lokale Versorgungseinrichtungen fördern. Auch hier handelt es sich um eine grundsätzlich sinnvolle Maßnahme – insbesondere um die Konzentration und Spezialisierung in überversorgten Ballungsgebieten finanziell zu unterstützen (Klein-Hitpaß et al. 2015).

Bemerkenswert ist jedoch die vorgesehene Finanzierung des Strukturfonds. Zur Finanzierung der entsprechenden Maßnahmen sollen demnach ab 2016 bis zu 500 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Die beantragten Projekte werden nur bei einer entsprechenden Komplementärfinanzierung der Bundesländer finanziert. An anderer Stelle ist bereits auf zwei Konstruktionsfehler in der Finanzierung des Strukturfonds hingewiesen worden. Erstens ist eine verpflichtende Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Finanzierung nicht vorgesehen. Zweitens besteht die Gefahr von Mitnahmeeffekten der Bundesländer, wenn der Finanzierungsanteil von Einrichtungsträgern auf den vom Land zu finanzierenden Anteil angerechnet werden kann. Im Extremfall könnten sich die Bundesländer damit völlig aus der Komplementärfinanzierung des Strukturfonds zurückziehen. In diesem Fall wäre der Strukturfonds dann in der Tat „nichts anderes als ein Griff der Bundesländer in den Gesundheitsfonds“ (Klein-Hitpaß et al. 2015, 19).

Die beiden oben diskutierten Konstruktionsdefizite ließen sich unter Umständen – den politischen Willen vorausgesetzt – noch im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens beheben. Schwerer wiegt aus Sicht des Autors, dass der Strukturfonds überhaupt – wahrscheinlich de facto sogar überwiegend – aus Beitragsmitteln finanziert wird. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung und die Investitionsfinanzierung liegt in Deutschland bei den Bundesländern. Die durch den Strukturfonds zu finanzierenden Maßnahmen stellen jedoch ohne Zweifel eine Investitionsförderung dar. Dies wird auch aus den Formulierungen der Gesetzesbegründung mehr als deutlich. Danach soll der Strukturfonds insbesondere zum Abbau von Überkapazitäten und zu einer „Marktberreinigung“ dienen. Zudem sollen Maßnahmen mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gefördert werden. Insbesondere soll der Strukturfonds die Länder „bei dem anstehenden Umstrukturierungsprozess unterstützen“ (Deutscher Bundestag 2015 b, 44, 56).

TABELLE 2

Haushaltssanierung zu Lasten der GKV auf einen Blick

Gesetz	Maßnahme	Finanzvolumen	Zeitraum
Haushaltsbegleitgesetz	Reduzierung Bundeszuschuss	3,5 Milliarden Euro	2014
		2,5 Milliarden Euro	2015
Versorgungsstärkungsgesetz	Einführung Innovationsfonds	300 Millionen Euro pro Jahr, davon 75 Millionen Euro für Versorgungsforschung	2016 bis 2019
Präventionsgesetz	Ausweitung Finanzierung	220 bis 240 Millionen Euro pro Jahr, davon 35 Millionen Euro für die BZgA	dauerhaft ab 2016
Krankenhausstrukturgesetz	Einführung Strukturfonds	500 Millionen Euro	einmalig ab 2016

Quelle: eigene Zusammenstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Es steht außer Zweifel, dass die meisten Bundesländer angesichts ihrer angespannten fiskalischen Situation diese Unterstützung gut gebrauchen können. Es wäre jedoch vor dem Hintergrund der Finanzbeziehungen in einem föderalen Bundesstaat sachgerecht, dass der Bund für diese Förderung aufkommt. Die Finanzierung aus Beitragsmitteln scheint daher in erster Linie von den Konsolidierungsinteressen des Bundes und nicht so sehr von einer sachgerechten Finanzierung geprägt zu sein – zumal die Krankenkassen bei der Verwendung der Mittel aus dem Strukturfonds nur äußerst geringe Mitspracherechte haben. Diese beschränken sich auf eine Beteiligung bei der Auswahl der Fördermaßnahme auf Landesebene und – natürlich – die Mittelbereitstellung auf Bundesebene (Klein-Hitpaß et al. 2015).

3 Haushaltssanierung: Die Beitragszahler zahlen die Zeche

Aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass das Haushaltsbegleitgesetz mit der Reduzierung des Bundeszuschusses die Versichertengemeinschaft im Hinblick auf die fiskalischen Effekte am stärksten belastet hat. Allerdings hat der Bundesgesetzgeber auch in den folgenden Gesetzesvorhaben die Haushaltssanierung auf Kosten der Beitragszahler konsequent fortgeführt (vergleiche Tabelle 2). Diese Strategie ist für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht folgenlos.

Erstens führen die oben beschriebenen Gesetzgebungsschritte dazu, dass sich der Druck auf die Zusatzbeiträge erhöht. Durch die Reduzierung des Bundeszuschusses fehlten in den Jahren 2014 und 2015 beträchtliche Einnahmen. Es bleibt zudem abzuwarten, ob der Bundeszuschuss – wie im Haushaltsbegleitgesetz vorgesehen – tatsächlich im Jahr 2016 wieder auf 14 Milliarden Euro erhöht wird. Auf der Ausgabenseite müssen die Beitragszahler ab dem Jahr 2016 die zusätzlichen Kosten für den Innovationsfonds, die zusätzlichen Ausgaben im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sowie mindestens die Hälfte der Ausgaben für den Strukturfonds finanzieren. Gemeinsam mit der ohnehin schon steigenden Ausgabendynamik – insbesondere bei der Versorgung mit Arzneimitteln – wird diese Entwicklung dazu führen, dass die Reserven im Gesundheitsfonds und bei den gesetzlichen Krankenkassen zügig schmelzen werden. Die absehbare Erhöhung der Zusatzbeitragsätze wiederum wird die Diskussion um die Beteiligung der Arbeitgeber an den steigenden Beiträgen zurück auf die gesundheitspolitische Tagesordnung bringen.

Die schleichende Verlagerung von Finanzierungsverantwortung von Steuern zu Beiträgen hat zweitens nennenswerte distributive Konsequenzen. Grundsätzlich ist die Finanzierung aus Beitragsmitteln durch den Einkommensbezug der Beiträge zwar an die Leistungsfähigkeit der Versicherten gekoppelt. Allerdings wird das Erwerbseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ebenso wenig der Beitragspflicht unterworfen wie Einkommensarten jenseits des Einkommens aus unselbstständiger Arbeit. Außerdem werden

Beitragsmittel definitionsgemäß nicht von den Versicherten in der privaten Krankenversicherung aufgebracht.

Zumindest bei der Erhebung der Einkommensteuer ist das Prinzip der Leistungsfähigkeit deutlich stringenter umgesetzt als in der Beitragsfinanzierung der GKV. Die Einkommensteuer verläuft bei höheren Einkommen mindestens proportional zum Einkommen, während die Beitragsbemessungsgrenze für einen regressiven Effekt sorgt. Selbst die Mehrwertsteuer wirkt wegen der vielfältigen Ausnahmen vom vollen Mehrwertsteuersatz nur mäßig regressiv. Dieser Umverteilungseffekt der Steuer wird noch dadurch verstärkt, dass auch privat versicherte Individuen sich der Steuerzahlung nicht entziehen können. Je geringer der Steueranteil an der Finanzierung von GKV-Ausgaben ist, desto geringer sind die angesprochenen korrigierenden distributiven Effekte der Steuerfinanzierung.

4 Fazit: sachgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben

Aus Sicht des Autors sprechen insbesondere die geschilderten nachteiligen Effekte für die Versichertengemeinschaft für eine sachgerechte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben. Die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses könnte – wie oben schon angesprochen – durch eine klare Regelbindung nach dem Beispiel der Niederlande reduziert werden. Dazu bedürfte es einer klaren Übereinkunft, welche Leistungen der GKV zu gesamtgesellschaftlichen Aufwendungen im engeren Sinne zählen, und der Bereitschaft zur dauerhaften Finanzierung dieser Aufwendungen aus Bundesmitteln.

Aus den bisherigen Ausführungen ist zudem hervorgegangen, dass mindestens die Finanzierung der Aufwendungen für die Versorgungsforschung im Zusammenhang mit dem Innovationsfonds und auch die Finanzierung der BZgA aus Beitragsmitteln nicht sachgerecht sind. Die Finanzierungsübernahme durch den Bund wäre hier mit vergleichsweise geringem bürokratischem und fiskalischem Aufwand machbar.

Schwerer wiegen die grundlegenden Konstruktionsdefizite bei der Finanzierung von Präventions- und Krankenhausleistungen.

Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Präventionsgesetz die Stellung der Krankenkassen beim Angebot von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention nachhaltig gestärkt. Aus Sicht des Autors bestehen insbesondere wegen der möglichen Zweckentfremdung dieses Leistungsspektrums als Wettbewerbsinstrument nachdrückliche Zweifel, ob diese Konstruktion dauerhaft trägt. Eine eigentlich sachgerechte Finanzierung aus Steuermitteln und die regionale Vorhaltung von Präventionsleistungen durch kommunale Akteure sind angesichts des eingeschlagenen Wegs kurz- bis mittelfristig wenig wahrscheinlich. Die evidenzbasierte Entwicklung eines standardisierten Leistungskatalogs und die verpflichtende Finanzierungsbeteiligung der privaten Krankenversicherung sind jedoch aus Sicht des Autors auch jenseits eines grundsätzlichen Systemwechsels sowohl notwendig als auch machbar.

Auch bei der Finanzierung des Strukturfonds sind Konstruktionsdefizite bei der Finanzierung des Strukturfonds im engeren Sinne und bei der Krankenhausfinanzierung im weiteren Sinne zu unterscheiden. In erster Line sind die Bundesländer für die Finanzierung von Investitionen zuständig. Wenn der Bund der wahrscheinlich nicht völlig abwegigen Auffassung ist, dass die Länder bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben finanziell unterstützt werden müssen – dann wäre eine Finanzierung aus Bundesmitteln sachgerecht. Die immer wieder aufflammende Diskussion um den Finanzierungsanteil der Länder zeigt aber vor allem, dass die duale Krankenhausfinanzierung insgesamt wenig nachhaltig ist.

Trotz der in diesem Beitrag vorgetragenen Argumentation ist es politisch wenig wahrscheinlich, dass der Bund von seiner Strategie der Haushaltskonsolidierung zu Lasten der Versichertengemeinschaft abweicht. Es ist im Gegenteil eher damit zu rechnen, dass sich diese Strategie in konjunkturell schwächeren Zeiten noch verschärft. Die finanziellen Konsequenzen tragen die Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Literatur

Deutsche Bundesbank (2014): Monatsbericht März 2014. Jg. 67, Heft 3; www.bundesbank.de → Veröffentlichungen → Monatsberichte

Deutscher Bundestag (2014): Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes. Drucksache 18/1050; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/010/1801050.pdf>

Deutscher Bundestag (2015 a): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 18/4282 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG). Drucksache 18/5261; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/052/1805261.pdf>

Deutscher Bundestag (2015 b): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). Drucksache 18/5372; www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/K/GE_KHSG.pdf

dggö (2015): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie; http://file.dggoe.de/presse/2015-08-17-DGGOE-Stellungnahme_Praevention.pdf

GKV-Spitzenverband (2013): Faktenblatt: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen; www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2013/Faktenblatt_Ausgaben_versicherungsfremde_Leistungen__2013-03-04.pdf

Greß S (2015): Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsökonomie: Wettbewerb. Public Health Forum, Band 23, Heft 1, 15–16

Greß S, Bieback K (2014): Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung – keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst, Jg. 67, Heft 7, 6–9

Greß S, Stegmüller K (2014): Stellungnahme zum Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2014. Drucksache 18/1050; www.bundestag.de → Dokumente → Drucksachen

Jordan S, von der Lippe E (2012): Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? GBE kompakt, Jg. 3, Heft 5; www.rki.de → Gesundheitsmonitoring → Gesundheitsberichterstattung

Klein-Hitpaß U, Leber W, Scheller-Kreinsen D (2015): Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 15, Heft 3, 15–23

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 10. September 2015)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2010 außerdem Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik, Steuerung der Primärversorgung.

Aktuelle RSA-Debatte: Mehr Ordnung täte gut

von Klaus Jacobs¹

ABSTRACT

Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung ist Gegenstand ständiger Auseinandersetzungen. Dabei gibt es viele Missverständnisse über seine Funktion und Funktionsweise. Zudem wird der Ausgleich zwischen den Krankenkassen häufig für Probleme verantwortlich gemacht, mit denen er nichts zu tun hat und die folglich auch nicht durch Korrekturen am Ausgleichsmechanismus gelöst werden können. Hierzu werden in dem Beitrag Beispiele aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion behandelt.

Schlüsselwörter: Risikostrukturausgleich, Krankenkassenwettbewerb, Gesundheitsfinanzierung

The risk adjustment scheme of the statutory health insurance is a matter of constant debate. Misunderstandings about its function and functioning persist. On top of this, the scheme is often held responsible for problems with which it has in fact nothing to do and which, therefore, cannot be solved by correcting the risk adjustment scheme. The article analyses some recent examples.

Keywords: risk adjustment scheme, competition of health insurance funds, health care financing

1 Auseinandersetzungen um den RSA

Seit es den Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt, ist dieser technische Kern der GKV-Wettbewerbsordnung Gegenstand von Auseinandersetzungen. Das liegt grundsätzlich in seiner Natur als „Geldverteilungsmaschine“ (BKK 2015 a) und geht anderen Ausgleichsmechanismen wie etwa dem Länderfinanzausgleich kaum anders. Dabei lassen sich beim RSA zwei Formen von Auseinandersetzungen unterscheiden: einerseits der wissenschaftliche Diskurs um die Verbesserung des Ausgleichssystems, damit es seine Funktion im Rahmen der GKV-Wettbewerbsordnung noch besser erfüllen kann, und andererseits Positionierungen von direkt oder indirekt Betroffenen, die für eine aus ihrer Sicht möglichst vorteilhafte Ausgestaltung eintreten.

So wichtig und notwendig der wissenschaftliche Diskurs über die zweckmäßige Weiterentwicklung des RSA ist – dieser wird seit Einführung der direkten Morbiditätsorientierung 2009 bewusst als lernendes System verstanden –, so verständlich und legitim sind auch die mal mehr und mal weniger erkennbar interessengeleiteten Forderungen nach RSA-Korrekturen, die von einzelnen Kassen oder Kassenverbänden, aber auch etwa

aus dem Kreis der Bundesländer gestellt werden. Allerdings offenbaren sie vielfach ein beachtliches Maß an Unkenntnis über die Funktion und Funktionsweise des RSA. Das wird auch daran sichtbar, dass der RSA für bestimmte Problemlagen verantwortlich gemacht wird, mit denen er gar nichts zu tun hat und die folglich auch nicht durch Korrekturen des RSA gelöst werden können.

Beide Sachverhalte – einerseits offenkundige Missverständnisse zu Aufgabe und Wirkungsweise des RSA (dazu auch Göppfarth 2013) sowie andererseits sein Missbrauch als Prügelknabe für Probleme, mit denen er nichts zu tun hat – sollen im Folgenden anhand von einigen prägnanten Beispielen aus der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion behandelt werden.

2 Kein Ausgleich von Ist-Ausgaben

Ein weitverbreitetes Missverständnis zum RSA kommt in der Aussage zum Ausdruck, dass manche Krankenkassen – analog aber auch fiktiv gebildete Einheitskassen auf Kreis- oder Landesebene – mehr Geld aus dem RSA bekämen, als sie

¹ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

zur Deckung ihrer tatsächlichen Ausgaben bräuchten (siehe etwa *IKK 2015*; *WdK 2014*; *StMGP 2015*). Mit dieser Aussage verbindet sich zumeist der entweder explizit erhobene oder doch zumindest implizit mitschwingende Vorwurf der Ungerechtigkeit. Davon kann jedoch keine Rede sein, denn dass die RSA-Zuweisungen bei einzelnen Kassen die tatsächlichen Ausgaben übersteigen, ist grundsätzlich bei jedem RSA der Fall, und zwar aus gutem Grund. Der RSA gleicht nämlich bewusst keine tatsächlichen (Ist-)Ausgaben der Kassen aus, sondern orientiert sich an standardisierten (Durchschnitts-)Ausgaben nach bestimmten Strukturmerkmalen der Versicherten einer Kasse, im Wesentlichen nach deren Alter, Geschlecht und Morbidität. Das sind vom Grundsatz her dieselben Merkmale, die auch bei der Kalkulation der risikoäquivalenten Beiträge in der privaten Krankenversicherung (PKV) entscheidend sind (*PKV 2015, 4*) – mit der Einschränkung, dass dort seit Ende 2012 nur noch geschlechtsneutrale Tarife aufgelegt werden dürfen. Zwar gibt es in der GKV wegen der solidarischen Finanzierung keine risikoäquivalenten Beiträge, doch eint die beiden Krankenversicherungssysteme GKV und PKV – bei allen sonstigen Unterschieden –, dass das individuelle Krankheitskostenrisiko der Versicherten maßgeblich von deren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand bestimmt wird und somit beim RSA, der in der GKV gewissermaßen risikoäquivalente Beiträge simuliert, praktisch dieselben Merkmale eine Rolle spielen wie bei der Prämienkalkulation der PKV.

Hier wie dort geht es aber nicht um tatsächliche Ausgaben, sondern um geschätzte Ausgabenrisiken – in der GKV im Hinblick auf die im Folgejahr im Durchschnitt zu erwartenden Ausgaben aller Versicherten mit bestimmten Strukturmerkmalen. Dabei mag es durchaus als ungerecht empfunden werden, wie die versichertenbezogenen RSA-Zuweisungen im Einzelnen ermittelt werden. Dazu gehört zum Beispiel, dass es für Versicherte mit Krankheit A einen Morbiditätszuschlag gibt, für Versicherte mit Krankheit B aber nicht, weil das Gesetz zurzeit nur für maximal 80 Krankheiten Morbiditätszuschläge zulässt und deshalb eine Auswahl getroffen werden muss. Das ändert jedoch nichts daran, dass es bei jedem RSA aufgrund der standardisierten Zuweisungen bei einzelnen Kassen immer zu Überdeckungen ihrer tatsächlichen Ausgaben kommt und bei anderen Kassen zu Unterdeckungen. Bei einem anders ausgestalteten RSA wären davon jeweils andere Kassen betroffen, aber dass die RSA-Zuweisungen praktisch bei allen gut 120 Krankenkassen in Bezug auf die Deckung ihrer Ausgaben in der Summe genau zu einer Punktlandung führen, ist schlechterdings unmöglich.

Warum im RSA keine tatsächlichen Ausgaben ausgeglichen werden, liegt an den erwünschten Anreizwirkungen in Bezug auf die aktive Beeinflussung der Ausgaben durch die Kassen: „Krankenkassen können ihre Ausgaben zum Teil beeinflussen (...). Dadurch können ihre tatsächlichen Ausgaben niedriger

ausfallen als die standardisierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Dies ist für alle Krankenkassen ein starker Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln“ (*BKK 2015 a, 9*). Oder anders formuliert: Würden sich die maßgeblich durch den RSA bestimmten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds an der Höhe der tatsächlichen Ausgaben der Kassen orientieren, gingen entscheidende Wirtschaftlichkeitsanreize verloren. Das ist in der GKV noch gut bekannt, denn hier gab es schon einmal einen vollständigen Ausgabenausgleich, nämlich von 1978 bis 1994 in der sogenannten Krankenversicherung der Rentner (KVdR). Die Einschätzung, wonach „das Interesse der Einzelkasse an Wirtschaftlichkeit (...) in der KVdR eindeutig auf der Strecke (bleibt)“ (*Schneider 1994, 71*), wurde damals einhellig geteilt und führte in der Konsequenz zur Abschaffung des KVdR-Finanzausgleichs in Gestalt der 1995 vollzogenen Integration der KVdR in den GKV-weiten RSA.

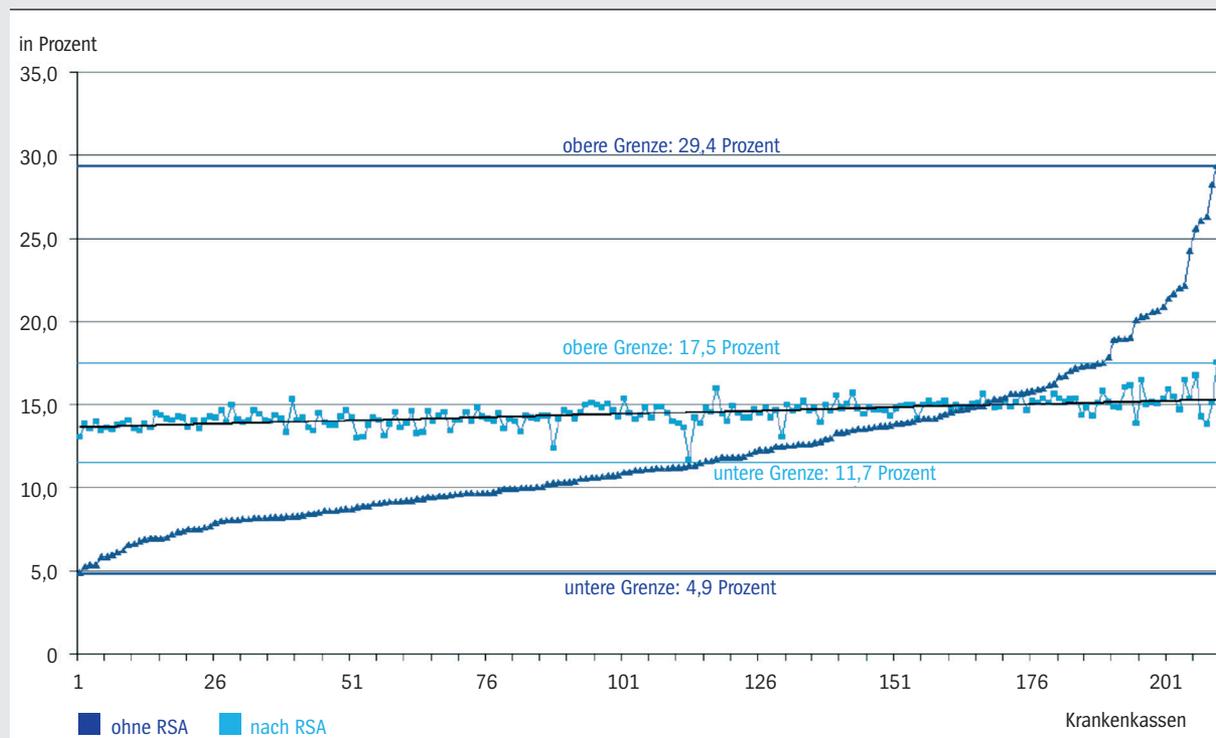
3 Zwangsläufige Zusatzbeitragsunterschiede

Wenn Über- beziehungsweise Unterdeckungen der tatsächlichen Ausgaben durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds somit untrennbar mit dem RSA verbunden sind – noch einmal: mit jedem wie auch immer konkret ausgestalteten RSA, der sich an durchschnittlichen Ausgabenrisiken orientiert –, gilt dies logischerweise auch für die ausgabendeckenden (Zusatz-)Beiträge der einzelnen Kassen. Auch wenn es über ihren Stellenwert im Kassenwettbewerb durchaus unterschiedliche Auffassungen gibt, sind Zusatzbeitragsunterschiede als Wettbewerbssignal grundsätzlich politisch gewünscht. Andernfalls wäre der RSA aber auch vollkommen fehl am Platze, denn wer keinerlei (Zusatz-)Beitragsunterschiede zwischen den Kassen will – sei es, weil Kassenwettbewerb generell abgelehnt wird (dann bräuchte man allerdings auch kein plurales Kassensystem) oder weil sich der Wettbewerb ausschließlich auf Qualitäts- und Serviceaspekte beziehen soll –, benötigt einen Ausgaben- beziehungsweise Zusatzbeitragsausgleich, aber keinen RSA.

Dass der RSA kein pauschaler Ausgaben- beziehungsweise Beitrags(satz)ausgleich ist, veranschaulicht sehr gut eine Grafik des Bundesversicherungsamtes mit Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2007 (Abbildung 1). Dort sind alle (zu diesem Zeitpunkt noch deutlich über 200) Krankenkassen nach der Höhe ihrer ausgabendeckenden Beitragssätze ohne RSA aufgetragen (dunkelblaue Linie) – mit einer Spanne von 4,9 bis 29,4 Prozent. Nach Durchführung des damals noch weitgehend rein demografischen RSA (primär nach Alter und Geschlecht der Versicherten) einschließlich eines noch unvollständigen Finanzkraftausgleichs (der nur rund 92 Prozent der Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Kassenmitglieder beitragsatzwirksam neutralisierte) reichte

ABBILDUNG 1

Ausgabendeckende Beitragssätze 2007 vor und nach RSA



Quelle: BVA; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

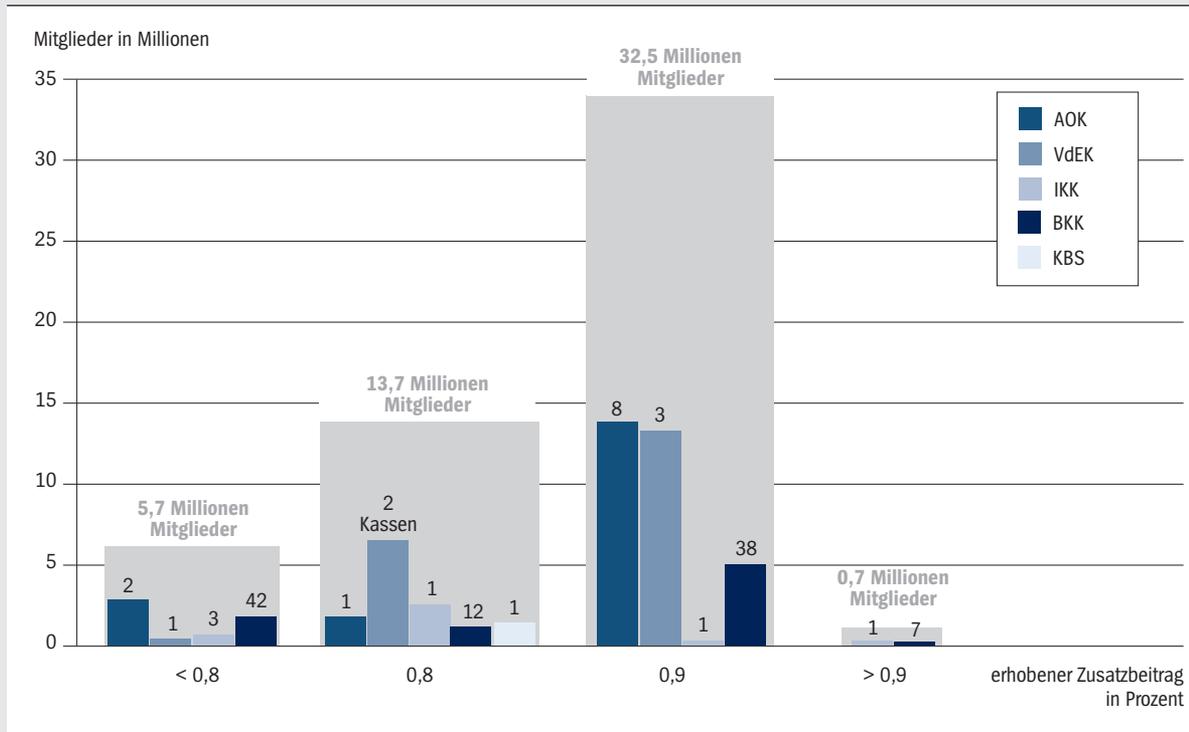
die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze (hellblaue Linie) nur noch von 11,7 bis 17,5 Prozent. Aber nicht nur die Beitragssatzspanne wurde durch den RSA deutlich verringert, sondern es kam auch zu etlichen Veränderungen in der Reihenfolge der Kassen – so hatte etwa nach RSA eine Kasse den günstigsten ausgabendeckenden Beitragssatz, die ohne RSA noch im Mittelfeld gelegen hatte.

Anhand der Abbildung lässt sich gleich noch mit einem weiteren Missverständnis aufräumen, wonach der RSA angeblich zu Verzerrungen führt. Umgekehrt wird ein Schuh draus, denn der RSA baut gerade Verzerrungen ab, und zwar auftragsgemäß solche, die aus der unterschiedlichen Betroffenheit der einzelnen Kassen bei der Wahrnehmung allgemeiner Solidaraufgaben der GKV resultieren. Ohne RSA wären die Beitragssatz-Verzerrungen eklatant gewesen, doch wurden sie durch den vor 2009 gültigen RSA bereits deutlich verringert. Allerdings blieben noch immer beträchtliche Verzerrungen bestehen, vor allem solche, die

auf Unterschieden in den Solidarmerkmalen Morbidität und Finanzkraft der Kassen beruhen (siehe *Jacobs et al. 2002*). Eine vergleichbare Darstellung für den Status quo unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten RSA nebst vollständigem Finanzkraftausgleich würde zeigen, dass sich die Spanne der ausgabendeckenden Beitragssätze nach RSA – ab 2015 in Gestalt der einkommensabhängigen Zusatzbeiträge – gegenüber 2007 noch einmal deutlich verringert hat, ohne dass Unterschiede jedoch vollständig verschwunden wären. Dabei ist im Einzelnen stets zu prüfen, ob und inwieweit es sich dabei noch immer um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Solidarlasten handelt, die im aktuellen RSA (noch?) nicht berücksichtigt werden, oder aber um funktionale Beitragsunterschiede, die etwa aus unterschiedlichen Leistungsangeboten und/oder Wirtschaftlichkeitserfolgen der Kassen resultieren. Diese zweite Kategorie von Beitragsunterschieden gehört zwangsläufig zu einem Wettbewerbssystem mit RSA; sie stellt insoweit kein grundsätzliches Wettbewerbsproblem dar, sondern

ABBILDUNG 2

Mitglieder und Kassen nach der Höhe der Zusatzbeiträge 2015



Quelle: BKK 2015, b. Grafik: G+G Wissenschaft 2015

48 Kassen mit insgesamt 5,7 Millionen Mitgliedern erheben 2015 einen Zusatzbeitrag von weniger als 0,8 Prozent, 17 Kassen (13,7 Millionen Mitglieder) liegen bei 0,8 Prozent, 50 (32,5 Millionen Mitglieder) bei 0,9 Prozent und acht (0,7 Millionen Mitglieder) über 0,9 Prozent.

ist vielmehr eine zentrale Wettbewerbsbedingung (zu unterschiedlichen Determinanten von Beitragssatzunterschieden siehe aktuell *Wasem 2015, 31 f.*).

Wie groß die Unterschiede in den ausgabendeckenden Zusatzbeiträgen der zurzeit noch gut 120 Krankenkassen derzeit sind, lässt sich für das laufende Jahr 2015 naturgemäß noch nicht ermitteln. Einen ersten Eindruck hinsichtlich der Größenordnung vermittelt aber ein Blick auf die Spanne der erhobenen Zusatzbeiträge, die aktuell zwischen 0,0 und 1,3 Prozent liegt. Wie die GKV-Mitglieder davon betroffen sind, zeigt Abbildung 2. Danach gehören 5,7 Millionen beziehungsweise knapp elf Prozent aller Mitglieder einer der insgesamt 48 Krankenkassen mit einem Zusatzbeitrag unterhalb von 0,8 Prozent an, 13,7 Millionen beziehungsweise 26 Prozent einer von 17 Kassen mit einem Zusatzbeitrag von 0,8 Prozent, 32,5 Millionen beziehungsweise fast 62 Prozent einer von 50 Kassen mit einem Zusatzbeitrag von 0,9 Prozent und rund 700.000 Mitglieder einer der acht Kassen mit einem Zu-

satzbeitrag von mehr als 0,9 Prozent. Rund 88 Prozent aller GKV-Mitglieder zahlen somit aktuell einen Zusatzbeitrag von 0,8 oder 0,9 Prozent. Zugleich macht Abbildung 2 deutlich, dass Unterschiede bei den Zusatzbeiträgen keineswegs entlang von Kassenarten verlaufen. Dem Versuch einer Wiederbelebung der aus wettbewerbslicher Sicht längst überholten Kassenarten-Perspektive (siehe etwa *BKK 2015 c; IKK 2015*) fehlt somit im Hinblick auf den Wettbewerbsparameter Zusatzbeitrag die empirische Fundierung.

4 Ausgabendeckende und erhobene Zusatzbeiträge

Allerdings können die zuletzt betrachteten erhobenen Zusatzbeiträge von den ausgabendeckenden abweichen, wenn Kassen Rücklagen und Vermögen bilden beziehungsweise auflösen. Schon hieran wird deutlich, dass – tatsächliche

TABELLE 1

GKV-Finanzarchitektur im Wandel vor und nach Einführung des Gesundheitsfonds

Zeit	Gesetz	Beitragssatz	Zusatzbeitrag (nur Mitglieder)	RSA
vor 2009		kassenindividuell; Mitglieder 0,9 Prozent mehr als Arbeitgeber	(noch nicht existent)	Demografie + DMP-Versicherte + rund 92 Prozent Finanz- kraftausgleich
2009 bis 2010	GKV-WSG*	einheitlich 15,5 Prozent zum Gesundheitsfonds (8,2 Prozent Mitglieder und 7,3 Prozent Arbeit- geber)	pauschal oder prozentual; ab acht Euro maximal ein Prozent vom beitrags- pflichtigen Einkommen; kasseninterner Ausgleich	Demografie + Zuschläge für maximal 80 Krankheiten
2011 bis 2014	GKV-FinG**	(unverändert)	nur pauschal; maximal zwei Prozent vom beitragspflichtigen Einkommen; steuerfinanzierter Sozialausgleich	(unverändert)
ab 2015	GKV- FQWG***	einheitlich 14,6 Prozent zum Gesundheitsfonds (je hälftig Mitglieder und Arbeitgeber)	nur prozentual; vollständiger Einkommensausgleich	(unverändert)

*GKV-WSG = GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz; **GKV-FinG = GKV-Finanzierungsgesetz; *** GKV-FQWG = GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz

Quelle: Eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

oder vermeintliche – Verzerrungen bei den erhobenen Zusatzbeiträgen keineswegs zwangsläufig dem RSA zuzuschreiben sind und entsprechend auch nicht in jedem Fall durch RSA-Reformen behoben werden können. Das gilt auch für Auseinandersetzungen über künftig womöglich verstärkte drohende Zusatzbeitragsunterschiede. Jetzt rächt sich nämlich die dysfunktionale Ausgestaltung der GKV-Finanzarchitektur zwischen 2009 und 2014, womit ausdrücklich nicht der morbiditätsorientierte RSA gemeint ist, sondern die wettbewerbsuntaugliche Ausgestaltung von Gesundheitsfonds und einkommensunabhängigen (pauschalen) Zusatzbeiträgen (Tabelle 1). Die fast vollständige Vermeidung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen seit Einführung des Gesundheitsfonds und die damit vielfach verbundene Illusion einer weithin gleichmäßig auskömmlichen Finanzlage aller Kassen hatten einige Jahre für eine trügerische Ruhe gesorgt. Damit dürfte es angesichts des erwarteten wachsenden Finanzdrucks auf die GKV jedoch bald vorbei sein.

Normalerweise sollte es in der umlagefinanzierten GKV auf längere Sicht gar keine große Differenz zwischen dem ausgabendeckenden und dem tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag geben. Allerdings war die GKV-Finanzarchitektur zwischen 2009 und 2014 alles andere als normal. Mit dem 2007 verabschiedeten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) hatte die damalige Große Koalition den Gesundheitsfonds eingeführt, in den – neben dem Bundeszuschuss zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben – alle GKV-Mitglieder unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit Beiträge auf der Grundlage eines einheitlichen Beitragssatzes entrichten. Im Fall einer Unterdeckung ihrer Ausgaben durch die Zuweisun-

gen aus dem Gesundheitsfonds sollten die Kassen den Fehlbeitrag über pauschale kassenindividuelle Zusatzbeiträge finanzieren, während für den Fall von Überdeckungen die Möglichkeit von Ausschüttungen an die Mitglieder vorgesehen war (wohlgermerkt als Kann-Bestimmung; siehe Paragraph 242 Absatz 2 SGB V in der Fassung des GKV-WSG).

Dass pauschale Zusatzbeiträge (in absoluten Eurobeträgen) eine deutlich höhere Preistransparenz aufweisen als einkommensabhängige Zusatzbeiträge und somit zu einer Verschärfung des Preiswettbewerbs führen, steht außer Frage. Das war bei der Einführung des Gesundheitsfonds speziell von den Unionsparteien auch ausdrücklich erwünscht – man erinnere sich, dass sie ursprünglich sogar mit dem Konzept einer umfassenden Gesundheitsprämie („Kopfpauschale“) angetreten waren. Der Koalitionspartner SPD mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt stimmte dem GKV-WSG-Kompromiss vor allem deshalb zu, weil es damit endlich zu der im Grundsatz schon Ende 2001 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Einführung des morbiditätsorientierten RSA kam. Zudem konnte durch die üppige Anfangsausstattung des Gesundheitsfonds faktisch vermieden werden, dass der ungeliebte Zusatzbeitrag – die „kleine Kopfpauschale“ – beim Start des Gesundheitsfonds überhaupt von einer Kasse erhoben werden musste.

Damit war das Auseinanderfallen von ausgabendeckenden und erhobenen Zusatzbeiträgen jedoch vorgezeichnet, denn obwohl der morbiditätsorientierte RSA gegenüber vorher „zu einer deutlichen Verbesserung bei der Deckung der durchschnittlichen Leistungsausgaben auf Individual-, Gruppen- und Kassenebene“ führte (Dröslers *et al.* 2011, 2), änderte dies

vom Grundsatz her nichts daran, dass manche Kassen zur Deckung ihrer Ausgaben mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds besser und andere schlechter zurechtkamen. So konnten Kassen mit unterdurchschnittlich hohen Ausgaben jahrelang Vermögen aufbauen; abstrakt gesprochen lag ihr erhobener Zusatzbeitrag von null Euro über ihrem ausgabendeckenden Zusatzbeitrag, der rechnerisch negativ gewesen wäre und in der Praxis einer Ausschüttung an die Mitglieder entsprochen hätte.

Dabei war das Verhalten der Kassen, auf mögliche Ausschüttungen zu verzichten und überschüssige Finanzmittel im Hinblick auf die möglichst lange Vermeidung von Zusatzbeiträgen auf die hohe Kante zu legen, aus wettbewerblicher Sicht absolut rational. Das belegen die Erfahrungen derjenigen Kassen, die 2010 und 2011 einen Zusatzbeitrag erheben und erhebliche Mitgliederverluste hinnehmen mussten, die in zwei Fällen sogar zur Schließung der Kasse führten. Umgekehrt konnte eine Kasse mit Ausschüttungen zwar Mitgliederzuwächse verzeichnen, aber keineswegs in einer vergleichbaren Größenordnung (*Eibich et al. 2011, 8f.*). Wenn man zudem die ebenfalls asymmetrische Erfahrung in Rechnung stellt, dass aus Kostengründen abgewanderte Mitglieder kaum jemals zurückzugewinnen sind, während hinzugewonnene Mitglieder genauso schnell wieder verloren gehen können, stellt sich der weitgehende Verzicht auf Ausschüttungen erst recht als rationales Verhalten dar – von anderen guten Gründen für die Bildung von Rücklagen ganz abgesehen, wie zum Beispiel die lange Ungewissheit über den Umgang mit der fehlerhaften Ermittlung von Zuschlägen für Krankheiten mit überdurchschnittlich hoher Sterblichkeit („Methodenfehler“; *Drösler et al. 2011, 142 ff.*).

Wettbewerbspolitisch genauso rational wie der Vermögensaufbau in Zeiten überschüssiger Finanzmittel kann bei wachsendem Finanzdruck die Vermögensauflösung zur Vermeidung höherer Zusatzbeiträge sein. Letztlich wird das Auseinanderfallen von erhobenen und ausgabendeckenden Zusatzbeiträgen damit lediglich fortgesetzt – jetzt allerdings unter umgekehrtem Vorzeichen: Während zuvor ein höherer Zusatzbeitrag erhoben wurde als erforderlich, kann jetzt ein niedrigerer Zusatzbeitrag erhoben werden, als er zur Deckung der laufenden Ausgaben notwendig wäre. Dass die entsprechenden Gestaltungsoptionen zwischen den Kassen unterschiedlich verteilt sind, gilt dabei grundsätzlich genauso wie vorher. Dennoch besteht ein gravierender Unterschied: Der Vermögensaufbau hatte keine unmittelbare Wettbewerbsrelevanz, der Vermögensabbau zur Vermeidung von höheren Zusatzbeiträgen hat sie dagegen sehr wohl. Deshalb mag aktuell durchaus der Eindruck eines neuen Phänomens entstehen, doch tickt diese Zeitbombe bereits seit 2009, und zwar keineswegs im Verborgenen. Mit der Ausgestaltung des RSA hat dieses Phänomen allerdings nichts zu tun, denn es wäre vom Grundsatz her bei jedem wie auch immer konkret ausgestalteten RSA entstanden.

5 Rolle der Kassen im Wettbewerb

Oft verbergen sich hinter Forderungen nach RSA-Korrekturen sehr grundsätzliche ordnungspolitische Fragen nach der Rolle der Krankenkassen im Wettbewerb. Dabei spannt sich ein weites Spektrum, das von einer allumfassenden Verantwortung der Krankenkassen für fast alle gesundheitsbezogenen Fragen auf der einen Seite bis zur nahezu vollständigen Unmündigkeit der Kassen auf der anderen Seite reicht. Ein Beispiel für die erste Sicht liefern zum Beispiel Vorstellungen von Jens Baas, Vorstandschef der Techniker Krankenkasse (TK), wonach „Volkskrankheiten wie etwa Diabetes als Massenphänomen im Morbi-RSA weniger stark berücksichtigt werden (sollten), weil sie sich durch Lebensstilveränderungen verhindern oder in ihrem Fortschreiten günstig beeinflussen lassen“, wobei „die Kassen (...) in die Pflicht genommen werden (sollten), ihre Versicherten dabei zu unterstützen“ (*Laschet 2015*). Zunächst schwingt bei dieser Aussage ein beliebtes weiteres Missverständnis zur Funktionsweise des RSA mit, nämlich dass es für die Finanzlage einer Kasse vorteilhaft sei, wenn die eigenen Versicherten möglichst krank und die RSA-Zuweisungen demzufolge möglichst hoch sind. Das ist jedoch falsch, weil für die Finanzposition einer Kasse nicht die Höhe der Zuweisungen entscheidend ist, sondern die Differenz zwischen den Zuweisungen und den tatsächlichen Ausgaben, sprich: der Deckungsbeitrag. Ob der sich jedoch verbessert, wenn Versicherte kränker beziehungsweise nicht gesünder werden, ist gerade bei einem prospektiv ausgestalteten RSA alles andere als gewiss – zumindest weit ungewisser als die mit einem absolut oder relativ schlechteren Gesundheitszustand verbundenen höheren Leistungsausgaben (vergleiche *Cassel und Jacobs 2009*). Die einzige Versichertengruppe, bei der Gewissheit in Bezug auf positive Deckungsbeiträge besteht, sind dagegen nach wie vor die Gesunden.

Bei dieser Diskussion geht es aber um weitaus mehr als um eine bloße RSA-Korrektur (die sich im Übrigen keineswegs nachteilig für die TK auswirken dürfte), denn es verbinden sich mit ihr viele grundsätzliche Fragen, zum Beispiel ob individuelle Verhaltensprävention wirklich der zentrale Schlüssel zur Vermeidung vieler Krankheiten ist. Eine positive Beantwortung dürfte dabei auch sehr schnell die Schuldfrage aufwerfen beziehungsweise die Frage, ob Kosten selbst verschuldeter Krankheiten überhaupt von der Solidargemeinschaft getragen werden sollen. Erst in zweiter Linie ginge es dann um die Frage, ob eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe wie die Prävention bei wettbewerblichen Krankenkassen in den richtigen Händen liegt. Ob künftig dann vielleicht auch die gesundheitsgerechte (Vor-)Schul-Ernährung oder der Sportunterricht – also klassische Maßnahmen der Verhältnisprävention in Lebenswelten – aus Beitragsmitteln finanziert werden sollen? Bestenfalls in dritter Linie wäre dann zu diskutieren, ob die Realisierung solcher Perspektiven – falls wirklich gewünscht – tatsächlich über

die konkrete Ausgestaltung des RSA erfolgen könnte, ohne gleichzeitig dessen bislang weithin unstrittige Anreizfunktion zur aktiven Beeinflussung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Kranken zu gefährden.

Dieses Beispiel verweist auf die Gefahr, die wettbewerbliche Rolle der Kassen im Kontext der RSA-Debatte zu überhöhen und dabei letztlich auch das Ausgleichsinstrument RSA zu überfrachten. Diese Gefahr besteht namentlich auch beim jüngsten Vorschlag von Helmut Hildebrandt, der den Kassenwettbewerb auf die Verbesserung von (mit Hilfe von RSA-Indikatoren empirisch gemessenen) Gesundheitsergebnissen ausrichten und die Kassen dabei auf den Weg vom „Player“ zum „Empowerer“ schicken möchte (Hildebrandt 2015, 45). Dabei wäre im Hinblick auf einen verstärkt versorgungsorientierten Kassenwettbewerb schon viel gewonnen, wenn es mit dem rhetorisch schon lange unterstellten Wandel der Kassen vom Payer zum Player in der Versorgungsrealität endlich einmal ein Stück voranginge. Wie weit wir davon jedoch noch entfernt sind, unterstreicht der aktuelle Vorschlag von Ulrich und Wille zur Aufnahme einer regionalen Komponente in den RSA (Ulrich und Wille 2014, 2015; dazu kritisch Jacobs 2015). Dieser Vorschlag wird nämlich letztlich damit begründet, dass praktisch alle relevanten Einflussfaktoren auf das regionale Niveau der Leistungsausgaben in der GKV – und damit zugleich die zentralen Ursachen für regionale Ausgabenunterschiede – als „exogene Faktoren“ außerhalb des Einflussbereichs der Krankenkassen liegen, und zwar nicht nur heute, sondern auch in Zukunft, weil einerseits zwar „eine Erweiterung der Handlungsspielräume der einzelnen Krankenkassen im Zuge einer selektiven Vertragsgestaltung (...) eine wettbewerbsspolitische Aufgabe (bildet)“, sich andererseits „eine solche ordnungspolitisch erwünschte Entwicklung aber derzeit leider nicht abzeichnet“ (Ulrich und Wille 2015, 175).

Auf der einen Seite schießen somit die Vorstellungen von Baas und Hildebrandt bezüglich der Rolle der Krankenkassen weit über das Ziel hinaus, weil den Kassen Aufgaben zugeschrieben werden, die sie im Wettbewerb gar nicht erfüllen können. Das gilt nicht nur in Bezug auf den Status quo angesichts der unzulänglichen wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten, sondern in ordnungsökonomischer Sicht ganz generell (siehe etwa Cassel und Wasem 2014). In jedem Fall aber ist die RSA-Debatte kaum der richtige Ort, solche grundsätzlichen Fragen en passant zu behandeln.

Auf der anderen Seite erscheint dagegen die Einschätzung von Ulrich und Wille in Bezug auf die aktive Gestaltungsfunktion der Krankenkassen allzu resignativ. Auch wenn der Einfluss der einzelnen Kassen auf zentrale angebotsstruktu-

relle Determinanten des Ausgabengeschehens heute in der Tat relativ gering ausgeprägt ist, muss das perspektivisch keineswegs so bleiben – und darf es auch nicht, wenn der vor 20 Jahren mit der Einführung der freien Kassenwahl bewusst eingeschlagene Weg der wettbewerblichen Ausgestaltung der GKV endlich auch im Hinblick auf die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung durchschlagen soll (siehe etwa Oberender und Zerth 2014; Cassel und Jacobs 2015). Andernfalls würde – zugespitzt – die Legitimation von Kassenwettbewerb in einem pluralen System grundsätzlich in Frage gestellt und sich damit aber auch zugleich der RSA als anreizkompatibler Ausgleichsmechanismus weitgehend erübrigen.

6 Resümee

Der RSA ist ein zentrales Ordnungselement der GKV-Wettbewerbsordnung. Ihn für alle – tatsächlichen wie vermeintlichen – wettbewerblichen Fehlentwicklungen und Schief lagen verantwortlich zu machen (und entsprechend RSA-Korrekturen zu fordern), geht jedoch ebenso fehl wie Vorstellungen, dass der RSA der zentrale Ansatzpunkt ist, um Deutschland gesünder zu machen. Wenn er sich wehren könnte, würde der RSA selbst vermutlich sagen: „Lasst mich in Ruhe, denn ich bin doch wahrlich auf einem guten Weg und lerne ständig weiter hinzu!“ In der Tat: Wenn es auf den anderen Baustellen der GKV-Wettbewerbsordnung – insbesondere beim Finanzierungskonzept (Gesundheitsfonds/Zusatzbeiträge) und beim Vertragswettbewerb – eine auch nur annähernd vergleichbar folgerichtige Weiterentwicklung seit Einführung der freien Kassenwahl vor fast genau 20 Jahren gegeben hätte, stünde die GKV aktuell sehr viel besser da und wäre auch auf künftige Herausforderungen deutlich besser vorbereitet. Selbstverständlich muss der RSA ständig auf mögliche Verbesserungen hin überprüft werden. Eine Gesamtevaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat sollte deshalb regelmäßig erfolgen, zum Beispiel alle drei Jahre. Aber gerade weil der RSA nicht für alle Probleme verantwortlich ist und sich nicht alle Probleme durch RSA-Korrekturen lösen lassen, braucht es mehr. In ihrem Gutachten für das Bundesgesundheitsministerium „Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, das die Grundlage für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des RSA legte, hatten die Gutachter seinerzeit empfohlen, eine Kommission nach dem Muster der Monopolkommission zu bilden, also mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis, die dem Deutschen Bundestag regelmäßig einen Bericht zur Wettbewerbsentwicklung in der GKV vorlegen sollte (Jacobs et al. 2002, 11). Die Realisierung dieser Empfehlung erscheint nach wie vor bedenkenswert.

Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGp) (2015): Huml verstärkt Druck für Entlastung Bayerns bei Gesundheitsfonds – Bayerns Gesundheitsministerin: Verteilungsgerechtigkeit muss endlich verbessert werden. Pressemitteilung Nr. 10/GP vom 18. Januar 2015; www.stmgp.bayern.de → Presse → Pressemitteilungen

BKK Dachverband (BKK) (2015 a): Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich. Betriebskrankenkassen, Sonderausgabe Nr. 1; www.bkk-dachverband.de/publikationen/risikostrukturausgleich/

BKK Dachverband (BKK) (2015 b): Finanzen und Wettbewerb in der GKV. Folien zum Presstern am 20. Mai 2015

BKK Dachverband (BKK) (2015 c): Korrekturbedarf beim Morbi-RSA: Methodenfehler treibt Betriebskrankenkassen ins Minus – Niedriger Zusatzbeitragssatz in der GKV führt zu fehlenden Einnahmen von insgesamt 420 Millionen Euro. Pressemitteilung vom 7. September 2015; www.presseportal.de/pm/107789/3116118

Cassel D, Jacobs K (2009): Risikostrukturausgleich und Prävention: Zur Problematik der versorgungspolitischen Instrumentalisierung des Morbi-RSA. In: Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2008: Morbi-RSA, Siegburg: Asgard, 185–212

Cassel D, Jacobs K (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? Innovationswettbewerb statt Innovationsfonds in der GKV-Gesundheitsversorgung. Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG), Jg. 21, Heft 3, 55–68

Cassel D, Wasem J (2014): Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg: medhochzwei, 3–43

Drösler S et al. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich, Endfassung vom 22. Juni 2011; www.bundesversicherungsamt.de → Risikostrukturausgleich → Wissenschaftlicher Beirat

Eibich P, Schmitz H, Ziebarth N (2011): Zusatzbeiträge erhöhen die Preistransparenz – Mehr Versicherte wechseln die Krankenkasse. DIW-Wochenbericht, Jg. 78, Nr. 51/52, 3–12

Göppfarth D (2013): Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich – Verständnis und Missverständnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 67, Heft 1, 10–16

Hildebrandt H (2015): Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 69, Heft 3–4, 40–45

IKK e. V. (2015): Innungskrankenkassen für grundlegende Re-

form der Zuweisungen durch den Gesundheitsfonds. Politik muss Fehlanreize und Wettbewerbsverzerrungen entgegenwirken. Pressemitteilung vom 10. September 2015; www.presseportal.de/pm/7359/3118786

Jacobs K (2015): Bayern lässt nicht locker – Zur Einführung eines Regionalfaktors im Risikostrukturausgleich. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 15, Heft 2, 23–30

Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Jacobs K, Wasem J (2013): Vier Jahre Gesundheitsfonds – ein Modell mit Zukunft? Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 15–22

Laschet H (2015): TK-Chef Baas: Die Krankenkasse ist nicht der bessere Arzt. Ärzte Zeitung, 15. September 2015; www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/krankenkassen/article/893951/tk-chef-baas-krankenkasse-nicht-bessere-arzt.html?sh=2&h=933286359

Oberender P, Zerth J (2014): Selektivverträge als „ökonomischer Kern“ der Solidarischen Wettbewerbsordnung. In: Cassel D, Jacobs K, Vauth C, Zerth J (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektiven einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg: medhochzwei, 173–198

Schneider W (1994): Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmidt Verlag

Ulrich V, Wille E (2014): Zur Berücksichtigung einer regionalen Komponente im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGp); www.stmgp.bayern.de/service/doc/2014_09_21-endbericht-rsa_bayern.pdf

Ulrich V, Wille E (2015): Zur Berechtigung einer regionalen Komponente im RSA. Regionale Ausgabenunterschiede als exogener Faktor. Welt der Krankenversicherung, Jg. 4, Heft 7–8, 173–175

Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) (2015): Die Beitragskalkulation in der Privaten Krankenversicherung, Köln; www.pkv.de → Service → Broschüren → Verbraucher

Wasem J (2015): GKV-Finanzarchitektur als Eckpfeiler der Wettbewerbsordnung: Stand und Weiterentwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), Jg. 69, Heft 3–4, 28–33

Welt der Krankenversicherung (WdK) (2014): Debatte über Finanzzuweisungsmethodik führen. Interview mit Dr. Hans Unterhuber, Vorstandsvorsitzender SBK, München, Jg. 3, Heft 9, 202–203 (letzter Zugriff auf alle Quellen: 28. September 2015)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Zuvor Studium der Volkswirtschaftslehre in Bielefeld und Promotion an der Freien Universität (FU) Berlin. Wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Der Begriff Überdiagnostik wird oft falsch verstanden

von Christiane Roick*

Der Begriff Überdiagnostik wird im ärztlichen Gespräch, aber auch in Informationsmaterialien verwendet, um über die Risiken von Screenings aufzuklären. Bislang war jedoch wenig darüber bekannt, was die Menschen unter diesem Begriff verstehen. In einer aktuellen Untersuchung hatten nur 40 Prozent der Befragten eine ungefähr zutreffende Vorstellung davon, was mit Überdiagnostik gemeint ist. Deshalb sollte ein besseres Verständnis für die Bedeutung von Überdiagnostik aufgebaut werden, damit Versicherte den Nutzen und die Risiken von Früherkennungsuntersuchungen künftig angemessen abwägen können.

1 Was ist das Problem?

Von Überdiagnostik spricht man, wenn bei Früherkennungsuntersuchungen oder anderen diagnostischen Tests Krankheiten entdeckt werden, die zu Lebzeiten der Betroffenen nie klinisch auffällig geworden wären und ihnen daher auch nie geschadet hätten. Überdiagnostik verursacht teilweise erhebliche Schäden, von vermeidbaren seelischen Belastungen bis zu den Nebenwirkungen unnötiger Therapien. Deshalb sollten Versicherten, etwa vor Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Informationen über das Überdiagnostik-Risiko zur Verfügung gestellt werden, damit sie eine informierte Entscheidung über die Untersuchungsteilnahme treffen können.

2 Wie wurde untersucht?

500 zufällig ausgewählte erwachsene Australier wurden telefonisch dazu befragt, was der Begriff Überdiagnostik ihrer Meinung nach bedeutet. Die Antworten wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

3 Was ist rausgekommen?

22 Prozent der Befragten erklärten Überdiagnostik als das Übertreiben einer bestehenden Erkrankung. Zehn Prozent assoziierten damit die Diagnostik einer Erkrankung, die gar nicht vorliegt. Weitere neun Prozent verstanden darunter die Vergabe zu vieler Diagnosen. 24 Prozent verbanden Überdiagnostik mit einer Überversorgung mit Tests, Medikamenten und Therapiemaßnahmen. Drei Prozent assoziierten Überdiagnostik mit finanziellen Eigeninteressen der Leistungsanbieter. Ein Viertel aller Befragten konnte die Frage nicht beantworten oder gab eine Antwort, die nicht sinnvoll zu klassifizieren war. Kein Befragter beschrieb Überdiagnostik korrekt als Screening-Risiko.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie zeigt eindrucksvoll, dass viele Menschen den Begriff Überdiagnostik nicht verstehen und nur eine vage Vorstellung davon haben. Dabei war die befragte Stichprobe weitgehend repräsentativ für die australische Bevölkerung und enthielt sogar einen etwas größeren Anteil an Menschen mit höherem Bildungsniveau. Dass die Befragten trotzdem erhebliche

Schwierigkeiten mit der Begriffseinordnung hatten, könnte daran liegen, dass sie wenig Zeit hatten, um über ihre Antwort nachzudenken. Zudem wird der Begriff Überdiagnostik selbst von Fachleuten in unterschiedlichen Kontexten verwendet und nicht immer nur auf Screening-Untersuchungen bezogen. Trotz dieser Limitationen sehen die Autoren in ihren Ergebnissen ein starkes Signal an die Gesundheitspolitik, den potenziellen Nutzen und Schaden von Screeningprogrammen künftig besser zu kommunizieren. In Deutschland wird dies seit Jahren bereits versucht, unter anderem mit den Merkblättern des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Allerdings wird das Überdiagnostik-Risiko noch nicht in allen Merkblättern angemessen erklärt. Deshalb sollten die australischen Ergebnisse auch hierzulande Beachtung finden.

Quelle: Moynihan R et al.: *What Do You Think Overdiagnosis Means? A Qualitative Analysis of Responses from a National Community Survey of Australians*. *BMJ Open* 2015;5:e007436. doi:10.1136/bmjopen-2014-007436

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Eine Krebsdiagnose ist schon für sich eine Katastrophe. Sie wirft im Moment der Mitteilung Lebenspläne über den Haufen. Aggressive Therapien stehen bevor. Je bildhafter man sich die Folgen von Diagnosen wie Krebs vor Augen führt, desto besser versteht man, warum keine Aufklärung über Vorsorge vollständig sein kann, solange Überdiagnosen nicht verständlich erklärt werden. Um das zu erreichen, sind mehrere Schritte nötig: Schriftliche Informationen zur Früherkennung müssen entsprechend überarbeitet und Ärztinnen und Ärzte überzeugt werden, den Wandel mitzugehen. Das ist nicht leicht. Es beinhaltet eine Kränkung, dass ärztliches Tun trotz (oder gerade: wegen) bester Absichten einem Teil der Patienten schadet.

Dr. rer. medic. Klaus Koch
Ressortleiter Gesundheitsinformation am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)



KÖPFE

Prof. Dr. sc. hum. Ulrike Haug hat die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Edeltraut Garbe** als Professorin für Klinische Epidemiologie und Pharmakoepidemiologie an der Universität Bremen und als Leiterin der Abteilung „Klinische Epidemiologie“ am Leibniz-Institut für Präventionsforschung – BIPS angetreten. Nach dem Pharmazie-Studium in Würzburg promovierte Haug am Deutschen Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, forschte dort am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) und lehrte an der Universität Heidelberg, wo sie sich im Fach Epidemiologie habilitierte.

Prof. Erwin Böttiger, MD löst zum 1. November **Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Ernst Theodor Rietschel** als Vorstandsvorsitzenden des Berliner Instituts für Gesundheitsforschung ab und erhält zugleich einen Ruf auf die Professur für Personalisierte Medizin an der Charité. Nach dem Medizinstudium in Erlangen-Nürnberg forschte

er unter anderem am Massachusetts General Hospital, der Harvard Medical School und dem National Cancer Institute. Von 2000 bis 2004 leitete er das Zentrum für Biotechnologie am Albert Einstein College of Medicine in New York. 2004 wechselte der Nierenspezialist an die New Yorker Icahn School of Medicine at Mount Sinai und leitete dort ab 2007 das Charles Bronfman Institut für personalisierte Medizin.

Prof. Dr. PH Gudrun Fallner hat die Professur für Kommunikations- und Interventionsprozesse im Gesundheitswesen im Department of Community Health an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum übernommen. Fallner studierte Soziale Arbeit, Gesundheits- und Arbeitswissenschaften und promovierte an der Universität Bielefeld im Bereich Public Health. Zuletzt leitete sie an der Hochschule Magdeburg-Stendal den Studiengang „Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung“.

Prof. Dr. rer. pol. Norbert Klusen ist zum neuen Vorsitzenden des Kuratoriums der gemeinnützigen Stiftung Gesundheit gewählt worden. Er war zuvor bereits Mitglied des Stiftungsrats. Klusen ist Honorarprofessor für internationale Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme an der Leibniz Universität Hannover sowie Honorarprofessor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik an der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Von 1993 an war er Geschäftsführer der Techniker Krankenkasse, von 1996 bis 2012 deren Vorstandsvorsitzender.

Dr. rer. pol. Ingo Friedrich tritt als Präsident der privaten Wilhelm Löhe Hochschule die Nachfolge des verstorbenen Gründungspräsidenten **Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender** an. Nach dem Studium der Volkswirtschaftslehre arbeitete Friedrich zunächst in der Industrie. 2006 übernahm er einen Lehrauftrag an der Hochschule für angewandte Wissenschaft in Ansbach.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) „Meine Sucht – Meine Behandlung“	Individualisierte Therapie in der Suchtmedizin	6.–8.11.2015 Berlin	DGS c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Universitätsklinikum Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg	www.dgsuchtmedizin.de/kongress/anmeldung E-Mail: kongress@dgsuchtmedizin.de Telefon: 040 7410-54221
1. Forschungstage „Bariatric und Adipositas“	Aktuelle Ergebnisse und Therapieansätze aus der Adipositasforschung	13.–14.11.2015 Leipzig	Universitätsmedizin Leipzig/IFB AdipositasErkrankungen Philipp-Rosenthal-Straße 27 04103 Leipzig	www.ifb-adipositas.de E-Mail: veranstaltungsmanagement@uniklinik-leipzig.de Telefon: 0341 97-14192
3. European Health Literacy Conference „Developing Health Literacy During the Life Course“	Entwicklung von Gesundheitskompetenz im Kontext von Bildung, Arbeit oder Krankheit	17.–19.11.2015 Brüssel	Health Literacy Europe Maastricht University/Inthealth P.O.Box 616 6200MD Maastricht/Niederlande	www.ehlc.eu-ems.com E-Mail: 3ehlc@forum-europe.com Telefon: +44 (0) 2920 783 071
39. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL „Der kardiovaskuläre Risikopatient“	Hypertonie und Komorbiditäten, Aufklärung, Vorsorge, neue Medikamente und Therapien	19.–21.11.2015 Saarbrücken	Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL Berliner Str. 46 69120 Heidelberg	www.hypertonie2015.de E-Mail: manon.waas@mcon-mannheim.de Telefon: 09621 4106–102
DGPPN Kongress 2015 „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“	Qualität und Transparenz in der Psychiatrie, Überwindung der Sektorengrenzen	25.–28.11.2015 Berlin	Deutsche Ges. für Psychiatrie u. Psychotherapie, Psychosomatik u. Nervenheilkunde (DGPPN) Reinhardtstr. 27 b, 10117 Berlin	www.dgppn.de/kongress.html E-Mail: dgppn15@cpo-hanser.de Telefon: 030 300669-0
9. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit	Krankenhaushygiene, Qualitätsmanagement, -messung und -sicherung in Kliniken	3.–4.12.2015 Berlin	Nationaler Qualitätskongress Gesundheit c/o Gesundheitsstadt Berlin GmbH, Schützenstraße 6 a, 10117 Berlin	www.qualitaetskongress-gesundheit.de/anmeldung Telefon: 030 70011-7600

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)
GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO)

Verantwortliche Redakteure:
Ines Körver (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WidO)
Red.-Mitglieder: Annegret Himrich, Dr. Silke Heller-Jung; **Grafik:** Geertje Steglich (KomPart)

Anschrift der Redaktion:
Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de