

Artikel

Die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ist sie noch zeitgemäß und zukunftsfest?



*Aus Gründen der Lesbarkeit verwenden wir die männliche Form, meinen jedoch Menschen aller Geschlechter.

„Das deutsche Gesundheitswesen ist das teuerste in Europa, weil es in vielen Bereichen nicht effizient ist“, warnte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach. Prof. Dr. Thomas Kolb von der Hochschule RheinMain erläutert, welche Strategien und Reformansätze nötig sind, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und eine verlässliche Versorgung für alle zu sichern.

„Unter Gesundheitsökonomien ist es anerkannt, dass im Gesundheitssystem der BRD systematische Probleme existieren.“

In einer einzigen Minute verausgaben die Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik derzeit ca. 630.000,- EURO. Im europäischen Vergleich rangiert die BRD mit rund 12,6% des Bruttoinlandsprodukts an der Spitze der 27 Mitgliedsstaaten (Durchschnitt: 10,4%). In Bezug auf die Ausgaben ist sie damit zwar Spitzenreiterin, in Bezug auf die erbrachten Leistungen verdient sie seit einigen Jahren jedoch die rote Laterne. Während hierzulande bspw. 100% der Gallenblasenentfernungen vollstationär erbracht werden, liegt der Anteil bei gleicher Erfolgsquote in Großbritannien bei lediglich 49,3%, in Dänemark bei 56,4%. Betrachtet man die Ausgaben für die einzelnen Leistungsbereiche in der GKV, so fallen drei Bereiche ins Auge. Bezogen auf die Gesamtausgaben in Höhe von ca. 327 Mrd. EURO pro Jahr beansprucht die Krankenhausbehandlung ca. 100 Mrd. EURO, die ambulante Versorgung ca. 105 Mrd. EURO. Der letztgenannte Bereich setzt sich auf ca. 50 Mrd. EURO für die ambulante ärztliche Behandlung und weiteren 55 Mrd. EURO für verordnete Arzneimittel zusammen. Dieser Ausgabenstruktur steht eine bundesrepublikanische Bevölkerung von rund 83,6 Mio. Bundesbürgern gegenüber. Hier von sind zw. ca. 74,5 Mio. gesetzlich versichert, aber lediglich ca. 58,6 Mio. zahlen Beiträge. Weitere 15,9 Mio. Bundesbürger sind sog. beitragsfrei versicherte Mitglieder, 8,7 Mio. Bundesbürger befinden sich als sog. PKV-Vollversicherte außerhalb der GKV in einer Privaten Krankenversicherung. Rund 70.000 Bundesbürger sind, trotz einer grundsätzlichen Versicherungspflicht, überhaupt nicht versichert. Es verwundert nicht, dass eine politische Forderung zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung darin besteht, versicherungsfreie Leistungen zu streichen. Unter „versicherungsfremd“ versteht man Leistungen, die originär vom Staat zu finanzieren sind. Ihre geschätzte Höhe liegt bei ca. 60 Mrd. EURO pro Jahr. Hierunter fallen u.a.:

- die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen bzw. von geringfügig beschäftigten Ehegatten/Lebenspartnern und Kindern,
- die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- die Leistungen zu Empfängnisverhütung und künstlicher Befruchtung,
- das Mutterschaftsgeld,
- das Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes und
- die Kosten Betriebs- und Haushaltshilfen für Versicherte.

Insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung bildet ein permanentes Politikum. Sie entspringt dem klaren grundgesetzlich manifestierten Bekenntnis zur Sicherung der Familie und findet ihre Ausformulierung in den Buchstaben der Sozialgesetzbuchung. Eine Abkehr hier von käme somit einem fundamentalen Systemwechsel gleich. Unter Gesundheitsökonomien ist es anerkannt, dass im Gesundheitssystem der BRD systematische Probleme existieren. Deutsche Patienten sind in Bezug auf ihre Gesundheitsversorgung verwöhnt. Bei – im europäischen Vergleich – relativ gut verfügbaren ambulanten und stationären Leistungen, konsumieren die Bundesbürger einen überdurchschnittlich hohen Anteil an stationären Leistungen. In kaum einem anderen Land der EU herrscht ein vergleichbar leichter und ungesteueter Zugang zur ärztlichen Versorgung. An den finanziellen Auswirkungen werden die gesetzlichen Versicherten in der BRD verhältnismäßig schwach beteiligt. Eigenanteile sind – wenn überhaupt formuliert – recht gering. Seit Jahrzehnten ist dieses Missverhältnis in der Politik bekannt, doch die Verantwortlichen übernehmen keine Verantwortung – eine entsprechend offene und mündige Kommunikation sucht man vergebens. Flankierend zeichnen Lobbyisten aller Couleur ein düsteres Bild drohender Unter- und Fehlversorgung.

Es stellt sich die Frage, ob unser derzeitiges System überhaupt noch zeitgemäß und zukunftsfest ist. Neben einem seit langem bekannten demographischen Wandel belasten u.a. der grundsätzlich segensreiche medizinisch-technische Fortschritt und ein hohes Anspruchsdenkern der Bevölkerung die Kassen der Sozialversicherung. In der Folge existieren drei Kernprobleme. Einer überproportional **starken Steigerung der Ausgaben** steht eine **unterdurchschnittliche Entwicklung der Einnahmen** gegenüber. Zudem sind die **Effizienzpotenziale im europäischen Vergleich relativ gering**. Das Gesundheitswesen ist also teuer, das Geld reicht nicht und die erbrachten Leistungen in der Wirkung nicht ausreichend. Dabei haben wir kein Einnahmenproblem (s.o.). Es besteht vielmehr bei den Ausgaben. Eine mögliche Ursache hierbei ist das Verhalten des Patienten. Im Sinne einer individuellen Nutzenmaximierung verfährt er nach dem Prinzip „Risikovermeidung ist nicht nötig, denn die Solidargemeinschaft trägt die Folgen eines Fehlverhaltens“. In der Wissenschaft bezeichnet man dies als Moral Hazard. So besteht für Raucher beispielsweise keinerlei Anreiz, dieses gesundheitsschädigende Verhalten zu vermeiden, denn die Kosten einer u.U. nachfolgenden Erkrankung werden bedingungslos durch die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten übernommen. Lösungsvorschläge für derartige Dilemmata werden in Gesundheitsökonomie und Politik seit Jahrzehnten diskutiert. Drei grundsätzlich mögliche Strategien zu ihrer Auflösung haben sich herausgebildet:

1. Rationierung (Einschränkung) von Leistungen
2. Rationalisierung (Verbesserung der Wirtschaftlichkeit) der Leistungserbringung
3. Priorisierung (Verwendung der vorhandenen Mittel) im Sinne einer Rangliste.

Ein derartiges (politisch geeignetes) System der Priorisierung existiert bspw. seit 1997 in Schweden. Derart fundamentale Veränderungen des deutschen GKV-Systems erfordern sicherlich Jahre, wenn nicht Jahrzehnte des politischen Diskurses. Doch was kann bereits heute getan werden, um vorhandene Ressourcen (sach-)gerechter zu verteilen? In einem ersten Schritt könnte mehr Wert auf die Transparenz der Kosten für die entstehenden Leistungen gelegt werden. Eine gesetzliche Regelung zur sog. Patientenquittung existiert mit §305, 2 SGB V bereits seit Jahren. Im Bedarfsfall könnte ein (sozial verträgliches) System der Kostenerstattung installiert werden, bei dem die Patienten wie in der Privaten Krankenversicherung in Vorleistung treten müssen. Zur Vermeidung ungesteuerter Patientenbewegungen stehen Konzepte eines konsequenten Primärarztsystems zur Diskussion, die bereits in den Zeiten des guten alten Krankenscheins praktische Anwendung fanden. Um die Verantwortung der Patienten zu steigern, wäre eine (sozialverträgliche) Erhöhung der Eigenanteile (Zuzahlungen) denkbar. Ob eine Änderung in der Familienversicherung politisch opportun ist, sollte gesamtgesellschaftlich entschieden werden. Nicht selten fordern politische Entscheidungsträger die Integration weiterer Einkunftsarten in die Bemessungsgrundlage der Krankenkassenbeiträge. Aktuell werden allein Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit berücksichtigt. Kapitaleinkünfte werden bspw. nicht in der Sozialversicherung beachtet. Die ebenfalls immer wieder diskutierte Integration der privat Krankenversicherten in die Gesetzliche Krankenversicherung stellt nur dann eine Option dar, wenn deren Beitragseinnahmen nicht die entstehenden Leistungsausgaben für Krankheit übersteigen. Die bereits angesprochene Priorisierung von Leistungen könnte eine langfristige Option darstellen. Sie sollte einer (teilweise bereits praktizierten) Einschränkung des GKV-Leistungskatalogs (z.B. Brillenversorgung) in jedem Fall vorgezogen werden.

Fazit und weitere Informationen

Abschließend lässt sich festhalten: Das deutsche Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, steigende Kosten und hohe Ansprüche der Bevölkerung mit begrenzten Ressourcen in Einklang zu bringen. Während die Ausgaben hoch und die Leistungen teilweise ineffizient sind, zeigen sich klare Ansatzpunkte für Verbesserungen – von mehr Transparenz über die Kosten einzelner Leistungen, die Einführung sozial verträglicher Eigenanteile und eine stärkere Steuerung der Patientenbewegungen bis hin zur langfristigen Priorisierung von Leistungen. Reformen in diesen Bereichen könnten dazu beitragen, die finanzielle Stabilität der GKV zu sichern und die Versorgung gerechter zu gestalten.

Möchten Sie mehr zum Thema erfahren? Der GKV-Spitzenverband fasst weitere Reformansätze [hier zusammen](#). Zudem gibt es eine Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des deutschen Bundestags, bei dem verschiedene Experten und Expertinnen zum Thema referieren. [Hier gehts zum Video](#).



Foto: Hochschule RheinMain
Prof. Dr. Thomas Kolb ist Professor für Gesundheitsmanagement und Rechnungswesen an der Wiesbaden Business School der Hochschule RheinMain. Zu seinen Schwerpunkten gehören Gesundheitsökonomie, Krankenhausfinanzierung, Controlling im Gesundheitswesen und die ambulante Leistungsabrechnung; er hat zahlreiche Fachbücher zu den Themen Buchführung, Kostenrechnung, Controlling, Krankenhaus- und Ambulanzfinanzierung verfasst. Zudem ist er Mitglied des Expertenpools gemäß § 92b SGB V beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses.