



Anforderungen zur Weiterentwicklung des  
dualen Krankenversicherungssystems  
in Deutschland

vom 116. Deutschen Ärztetag 2013 beschlossen<sup>1</sup>

**Inhaltsverzeichnis**

<b>Präambel</b> .....	<b>3</b>
<b>Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland</b> .....	<b>6</b>
Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“ .....	6
Neuregelung der Familienmitversicherung .....	7
Neukonzeption des Gesundheitsfonds .....	7
Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung.....	8
Für mehr Generationengerechtigkeit .....	8
Reform der privaten Krankenversicherung .....	9
<b>Quellenverzeichnis</b> .....	<b>10</b>

---

<sup>1</sup> Erarbeitet unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Gesundheitsökonomischen Beirats der Bundesärztekammer



## **Impressum**

Herausgeber :

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Gesundheitsökonomischer Beirat:

Dr. Thomas Drabinski, Institut für Mikrodaten-Analyse, Kiel

Prof. Dr. Günter Neubauer, IfG Institut für Gesundheitsökonomik, München

## Präambel

Seit 1960 haben ca. 150 Gesetze und untergesetzliche Regelungen das Krankenversicherungssystem in Deutschland verändert. Davon haben sieben Gesetze den heutigen Charakter des gesetzlichen (GKV) und privaten (PKV) Krankenversicherungssystems geprägt.

Keine Gesetzgebung hat eine nachhaltig gleichgewichtige Stabilisierung des GKV-Versicherungssystems bewirkt, sodass der Staat die Notwendigkeit für weitere Interventionen gesehen hat. Sowohl Regelungen zur Ausgabenbegrenzung (Erstattung von Leistungen, wie z. B. Zahnarztbehandlung von Jugendlichen, In-vitro-Fertilisation, Zuzahlungen bei Heil- und Hilfsmitteln) als auch zur Einnahmementwicklung (z. B. kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, teilweise Befreiung von Rentnern, Einführung von Zusatzbeiträgen, Praxisgebühr) wurden mal eingeführt und dann wieder abgeschafft. Letztlich haben die Neuregelungen im Gesundheitswesen nur zu einem kurzen Effekt von Einsparungen bzw. Zusatzeinnahmen für das Gesundheitssystem geführt, die aber nicht zu einer dauerhaften Stabilisierung beigetragen haben.

Eine langfristige Strategie zur Lösung der Finanzprobleme hat es in all den Jahren nicht gegeben. Im Gegensatz haben die Reformen, wie die Einführung des Gesundheitsfonds, dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen zu einer quasi Einheitskasse konvergierten.

Die Herausforderungen für die kommenden Jahre sind aber bereits spürbar und dürfen nicht weiter von der Politik verdrängt werden. Sollte es zu keiner grundlegenden, auf Langfristigkeit angelegten Reform des bestehenden Krankenversicherungssystems in Deutschland kommen, so ist mit folgenden Entwicklungen in der GKV zu rechnen:

- *Finanzielle Einnahmeprobleme durch demografische Veränderungen:*

Beängstigend und kurzfristig nicht umkehrbar ist die Abnahme der Gesamtzahl der jungen Menschen. Seit 2007 ist die Zahl der unter 20-Jährigen kleiner als die Zahl der über 65-Jährigen. Bis 2060 wird sich diese Differenz auf 12 Millionen erhöhen. Die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahren) in Deutschland ist für die nächsten 50 Jahre prognostiziert. Im selben Zeitraum wird die Zahl der Erwerbsfähigen (20 bis 65 Jahre) von ca. 50 Millio-

nen (2012) um 17 Millionen auf ca. 33 Millionen (2060) zurückgehen (Drabinski, 2012 a, S. 15). Das derzeitige Beitragsaufkommen wird diesen Einnahmeausfall nicht kompensieren können. Eine zurückgehende Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler führt zu einem Rückgang der Beitragseinnahmen. Damit ist das bisherige Umlagesystem überfordert.

- *Steigerungen des Beitragssatzes bzw. des Steueranteils:*

Bei einem Verzicht auf Steuersubventionen kann es bis 2060 zu Steigerungen des Beitragssatzes auf ca. 21 % (Sachverständigenrat für Wirtschaft, 2012, S. 358) bis 35 % (Drabinski, 2012 a, S. 35) bei konstanten Bedingungen kommen. Um den Beitragssatz bis 2060 konstant zu halten, muss der Anteil der Steuerfinanzierung enorm steigen. Bei konstanten Bedingungen wird davon ausgegangen, dass 2060 knapp die Hälfte der GKV steuerfinanziert wäre (Drabinski, 2012 a, S. 38). Diese Finanzierungsoption steht aber in Konkurrenz zu anderen staatlichen Aufgaben, sodass der steuerliche Anteil an der GKV-Finanzierung voraussichtlich nicht auf diese Höhe angehoben werden kann.

- *Sinkende Einnahmen stehen steigenden Ausgaben gegenüber:*

Studienergebnisse zeigen deutlich, dass bestimmte Krankheiten und die Multimorbidität zunehmen werden. Alarmierend ist vor allem die Zunahme der Adipositasrate in der Bevölkerung und somit die Zunahme von damit verbundenen Folgeerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen u. a., insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, der zukünftigen Erwerbsgeneration.

Die aktuellen Entwicklungen und Prognosen zeigen, dass großer Handlungsbedarf besteht. Die bisherigen Einnahmen der GKV sind in zu großem Maße von der wirtschaftlichen Konjunkturlage abhängig:

- Mit Einführung des Gesundheitsfonds ist der Brutto-Beitragssatz (Beitragssatz zzgl. Bundeszuschuss) von 14,9 % auf 17 % (15,5 % plus 1,5 %<sup>2</sup>) gestiegen.
- Es findet zunehmend eine Einkommensumverteilung von den Erwerbstätigen hin zu den Nicht-Erwerbstätigen und Rentnern statt, die sich zukünftig noch verstärken wird.

---

<sup>2</sup> 1,5 % entsprechen dem Bundeszuschuss aus Steuermitteln, umgerechnet auf den Beitragssatz.

- Sozialpolitische Maßnahmen führen zu Einnahmeneinbußen.
- Versicherungsfremde Leistungen belasten weiter die Ausgabenseite.

Das bestehende Sachleistungsprinzip führt zur Vollkasko mentalität unter den Versicherten. Die morbiditätsorientierten Zuweisungen des Gesundheitsfonds mindern Anreize für gezielte Präventionsmaßnahmen durch die Krankenkassen. Die bisherigen Eigenbeteiligungs- bzw. Zuzahlungsregularien sowie die Angebote der Krankenkassen zu Wahltarifen und zur Kostenerstattung sind unattraktiv. Es gibt keinen Anreiz für GKV-Versicherte, sparsamer mit den Ressourcen des Gesundheitswesens umzugehen. Im Gegenteil: Gesetzliche Krankenkassen beginnen vermehrt, „Wohlfühlmedizin“ zu finanzieren, was im Widerspruch zum Auftrag des SGB V einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung steht.

Insgesamt ist das GKV-System weder nachhaltig noch generationengerecht.

Auch die bisher vorgelegten Vorschläge zu einer Bürgerversicherung tragen in keiner Weise zur Lösung der zukünftigen Finanzierung der GKV bei. Vielmehr wird im Grunde nur das nachhaltig finanzierte PKV-System ausgezehrt und damit langfristig zerstört.

Denn im Gegensatz zur GKV ist die PKV durch den systematischen Aufbau von Altersrückstellungen demografiestabil aufgestellt. Ihr Reformbedarf liegt jedoch in der fehlenden Portabilität der Rückstellungen und in der fehlenden Transparenz. Die Vielzahl der Tarife auch innerhalb eines Krankenversicherungsunternehmens und die aggressive Verkaufsstrategie der letzten Jahre haben dazu geführt, dass es aktuell bei Tarifen zu überproportionalen Beitragssteigerungen gekommen ist. Weiter haben Vergleichsstudien (z. B. Drabinski, 2012 b) gezeigt, dass das Leistungsangebot bisheriger Tarife sehr unterschiedlich ist und zum Teil unter dem Niveau von gesetzlichen Krankenkassen liegt.

## **Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland**

Vor dem Hintergrund der zukünftigen Entwicklungen setzt sich die deutsche Ärzteschaft für eine langfristige Sicherung der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ein. Dabei ist sie der Überzeugung, dass der Fortbestand der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung eine moderne und qualitativ hochstehende Patientenversorgung sichert. Dies ist der Maßstab, an dem die Ärzteschaft die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen wird.

Aus Sicht der deutschen Ärzteschaft sind folgende Anforderungen an zukünftige Finanzierungskonzepte zu erfüllen:

### ***Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen durch die Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“***

Der derzeitige Versichertenanteil wird zu einem festen, einkommensunabhängigen Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt, der vom Versicherten an seine Krankenkasse gezahlt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage erstreckt sich auf sämtliche Einkommensarten eines Haushalts und nicht nur allein auf das sozialversicherungspflichtige Einkommen<sup>3</sup>. Die Höhe des Gesundheitsbeitrags würde aufgrund aktueller Zahlen bei ca. 135 Euro (IfG, 2012, S. 16) bis 170 Euro (Drabinski, 2009, S. 58) durchschnittlich über alle Krankenkassen monatlich liegen.

An dem Arbeitgeberanteil wird in Höhe des bereits jetzt festgeschriebenen gesetzlichen einkommensabhängigen Beitragssatzes von 7,3 % (bis zur heutigen Beitragsbemessungsgrenze) festgehalten. Die bundesweite Festlegung des Arbeitgeberbeitrags gibt Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten.

Um eine zu hohe Belastung von beitragspflichtigen Versicherten mit niedrigem Einkommen zu verhindern, wird der Gesundheitsbeitrag auf eine Belastungsgrenze von einem maximalen beitragspflichtigen Anteil von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt (Drabinski, 2009, S. 58); das entspricht der aktuellen heutigen Belastungsgrenze von 10,2 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens (8,2 % Beitragssatz zzgl. 2 % Belastungsquote). Dieser Sozialausgleich wird durch

---

<sup>3</sup> Der Gesundheitsbeitrag ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich hoch. Liegt der Gesundheitsbeitrag oberhalb der Belastungsgrenze von 9 % des gesamten Haushaltseinkommens des Versicherten, wird die Differenz über den Sozialausgleich finanziert.

allgemeine Steuern über den Gesundheitsfonds finanziert (Bundeszuschuss)<sup>4</sup>. Dadurch wird die jetzt im GKV-System verankerte Umverteilung auf das Steuersystem übertragen, was als gerechtere gesellschaftliche Lösung angesehen wird. Denn ein Einkommensausgleich kann in einem Steuersystem zielgenauer geleistet werden. Damit wird das Solidarprinzip durch einen Sozialausgleich ergänzt.

Der Gesundheitsbeitrag variiert zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Dieser wird unabhängig von Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen erhoben und ist innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich. Zu prüfen ist, ob ggf. regionale Unterschiede in der Beitragshöhe, aufgrund unterschiedlicher Versorgungsangebote, zweckmäßig sind. Die Höhe der Gesundheitsbeiträge ist durch die jeweilige Aufsicht zu genehmigen.

### ***Neuregelung der Familienmitversicherung***

Die Familienmitversicherung muss in der Krankenversicherung neu geregelt werden. So werden die Beiträge für Kinder bis zur GKV-Altersgrenze durch den Bundeszuschuss über einen neu zu konzipierenden Gesundheitsfonds finanziert.

Weiter werden Personen, die sich in Elternzeit befinden oder Familienangehörige pflegen, beitragsfrei mitversichert. Auch dieser Beitragsanteil wird durch den Bundeszuschuss über den Gesundheitsfonds finanziert. Dafür werden erwerbsfähige Erwachsene, die nicht die Kriterien erfüllen, beitragspflichtig.

### ***Neukonzeption des Gesundheitsfonds***

Die deutsche Ärzteschaft fordert die Reduktion des Gesundheitsfonds. Aus der Kombination eines transparenten pauschalen Gesundheitsbeitrags, der autonom festgelegt wird, und der Zuweisung von Geldern – basierend auf der Versichertenstruktur – erhalten die Krankenkassen die benötigte Gestaltungsfreiheit zurück, die durch die derzeitige Verstaatlichung der GKV-Finanzierung und der damit verbundenen Entmündigung der Krankenkassen und der Versicherten nicht gegeben ist.

In den neu konzipierten Gesundheitsfonds fließen bei GKV-Versicherten<sup>5</sup> der lohnabhängige Arbeitgeberbeitrag, die Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversiche-

---

<sup>4</sup> Zweckgebundener Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, und zwar ausschließlich zur Finanzierung des Sozialausgleichs.

<sup>5</sup> Der Arbeitgeberbeitrag (bzw. bei Rentnern der Anteil der GRV) bei Privatversicherten wird direkt an die Arbeitnehmer (bzw. Rentner) ausbezahlt.

rung zur Krankenkasse sowie die Steuermittel für den Ausgleich sozial- und familienpolitischer sowie versicherungsfremder Leistungen.

Aus dem Gesundheitsfonds werden zum einen der Sozialausgleich für Versicherte mit niedrigem Einkommen und zum anderen die Aufwendungen für die Familienmitversicherung sowie die versicherungsfremden Leistungen finanziert.

Weiter wird über einen Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eine Anpassung an die unterschiedlichen Risiken der Versichertenstruktur vorgenommen. Die Verteilung eines Risikostrukturausgleichs beruht auf folgenden Kriterien: Alter, Geschlecht, regionale Versorgungsunterschiede, Erwerbsminderung und morbiditätsorientierte Verteilungskriterien.

Diese Neukonzeption stärkt die Subsidiarität des Gesundheitssystems. Es kommt damit zu einer deutlichen Reduktion des Gesundheitsfonds.

### ***Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung***

Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass nur spürbare finanzielle Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen können. Die gesetzlichen Krankenkassen haben bereits heute rechtliche Möglichkeiten, über Wahltarife die Eigenverantwortung (z. B. Tarife mit Selbstbehalten, Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen in Kombination mit Beitragsrückerstattungen) zu steigern (SGB V § 53). Sie werden aber nur im geringen Ausmaß genutzt, da sie unattraktiv ausgestaltet sind.

Ziel muss es sein, die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zukünftig so auszubauen, dass durch attraktive Angebote die eigene Gesunderhaltung und Eigenverantwortung der Versicherten gefördert werden. Dazu gehört auch die Steigerung der Attraktivität von Kostenerstattung und Kostenbeteiligung in der GKV.

### ***Für mehr Generationengerechtigkeit***

Zur Herstellung von Generationengerechtigkeit soll jede Generation aus sich selbst heraus für ihre Gesundheitskosten aufkommen. Mit der Überlastung jüngerer Generationen zur Finanzierung älterer Generationen muss Schluss sein.

Um mehr Generationengerechtigkeit im Gesundheitssystem herzustellen, wird grundsätzlich ein Gesundheits-Sparkonto aus Steuermitteln für alle in Deutschland geborenen Kinder eingerichtet. Das Gesundheits-Sparkonto federt als kapitalge-



decktes Ansparprogramm die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung ab.

### ***Reform der privaten Krankenversicherung***

Im Gegensatz zum Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung, die ein grundlegendes Nachhaltigkeitsproblem hat, ist die grundsätzliche Finanzierungsstruktur der privaten Krankenversicherung zukunftsorientiert. Daher ist im Gegensatz zu gegenwärtig diskutierten Vorschlägen einer Bürgerversicherung die deutsche Ärzteschaft für den Erhalt der privaten Vollversicherung. Der Reformbedarf wird nicht in der Grundstruktur der Finanzierung gesehen, sondern vielmehr im Bereich der bisher fehlenden Portabilität der Rückstellungen und der Transparenz bei den Tarifen.

Die deutsche Ärzteschaft setzt sich dafür ein, dass die Privatversicherten ihre Altersrückstellungen im vollen Umfang zwischen privaten Versicherungsunternehmen mitnehmen können.

Bei den privaten Krankenversicherungen ist es bei einigen Versichertengruppen zu massiven Tarifsteigerungen gekommen. Auch ist der Versicherungsschutz zwischen den Altverträgen sehr unterschiedlich und unterschreitet zum Teil das Leistungs niveau der gesetzlichen Krankenversicherungen. Daher müssen entsprechende Maßnahmen durchgeführt werden, die die Tarifwelt nachhaltig und transparent verbessern.

Verpflichtend sollte ein ausreichender individueller Versichertenschutz in der privaten Krankenversicherung durch Mindestkriterien für Versorgungsleistungen festgelegt werden. Dieser muss so gestaltet werden, dass er einen transparenten Vergleich zwischen den PKV-Tarifen und den Leistungen der GKV den Versicherten ermöglicht. Bei der Vermittlung von Versichertenverträgen müssen die Berater über eine entsprechende Mindestqualifikation verfügen, um Versicherte ausreichend über Versicherungsschutz und die Konsequenz von Tarifen zu informieren.

Weiterhin muss das Provisionssystem zur Verbesserung der privaten Krankenversicherungen nachhaltig geändert werden.

## Quellenverzeichnis

- Arbeitskreis go360 (2008) Gesundheitssparkonto 360. Durch die Evolution zur Revolution. Konzeptioneller Grundriss. März 2008.
- Drabinski T (2009) Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag als Wettbewerbsinstrument. Band 15, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Drabinski T (2012a) GKV 2060. Band 20, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- Drabinski T (2012b) GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahmen – Allgemeiner Teil. Band 21, Schriftenreihe Institut für Mikrodaten-Analyse.
- IfG – Institut für Gesundheitsökonomik (2012) Kompass Gesundheitspolitik. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft.
- Sachverständigenrat für Wirtschaft (2012) Stabile Architektur für Europa – Handlungsbedarf im Inland. Siebtes Kapitel: Soziale Sicherung: Weiterhin Reformbedarf trotz guter Finanzlage. Jahresgutachten 2012/13 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.