

Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker

Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik

Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das
Akteurshandeln im Gesundheitswesen

Diskussionspapier 2007 - 1

Institut für Medizinische Soziologie

Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Frankfurt am Main

Juli 2007

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10
Fax: (0 69) 63 01 – 66 21
Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) wurden im Jahr 2007 grundsätzliche Veränderungen in der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens beschlossen. Die Einführung des Gesundheitsfonds, Elemente eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs und neue tarifliche Wahlmöglichkeiten der Versicherten in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung stellen den Wettbewerb zwischen den Finanzierungsträgern auf eine neue Grundlage. Der Gesetzgeber erhofft sich von den Maßnahmen eine Intensivierung des Wettbewerbs, die zu mehr Effizienz und Qualität im gesundheitlichen Versorgungssystem führen soll, ohne den solidarischen Charakter der Krankenversicherung zu beschädigen. Die Maßnahmen des Gesetzes entfalten jedoch widersprüchliche Anreizwirkungen, die diesem Ziel entgegenstehen. Die Verschärfung des Kassenwettbewerbes unter den Bedingungen des GKV-WSG schafft für die Kassen neue Anreize für Risikoselektion. Monetäre Wahltarife (z.B. Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung) können als Selektionsinstrument dienen und damit die Entsolidarisierung in der GKV vorantreiben. Gleichzeitig wird die tendenzielle Konvergenz in der Regulierung von GKV und PKV (z.B. Basistarif) den Wettbewerb um „gute Risiken“ zwischen den Finanzierungssystemen verschärfen.

Abstract

The recent health-care reform act (Statutory Health Insurance-Competition Strengthening Act, SHI-CSA) introduces several measures that will change the institutional arrangements of health care financing in Germany fundamentally. The design of regulated competition in the Statutory Health Insurance (SHI) is altered by establishing a Federal Health Insurance Fund and elements of a morbidity based risk-adjustment mechanism, while competition is finally implemented into the system of Private Health Insurance (PHI). Thereby, the government aims at intensifying competition in the German health-care system in order to improve its economic efficiency without damaging the principles of solidarity. However, the SHI-CSA will have contradictory effects on both the functioning of competition and the foundations of solidarity within the German health-care system. Firstly, the intensification of competition within the SHI will not sweep away economic incentives for cream skinning by sickness funds. Secondly, the convergence of regulating SHI and PHI will also make cream skinning a common strategy among sickness funds and private health insurance companies, competing both for the healthy, wealthy and young.

Inhalt

1.	Einleitung	7
2.	Neuordnung der institutionellen Grundlagen der GKV-Finanzierung	7
2.1.	Einrichtung eines Gesundheitsfonds	7
2.2.	Gesundheitsfonds: Wirkungen auf Solidarprinzip und Krankenkassenwettbewerb	10
3.	Steuerungswirkungen des kassenindividuellen Zusatzbeitrags	12
3.1.	Funktionsweise des Zusatzbeitrags.....	12
3.2.	Der Zusatzbeitrag als dysfunktionaler Wettbewerbsparameter	14
3.3.	Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb	18
4.	Wahltarife: Auswirkungen auf Wettbewerbsstrategie und Wettbewerbsordnung	20
4.1.	Wahltarife I: Mitnahmeeffekte, Risikoselektion und Äquivalenzprinzip.....	20
4.2.	Wahltarife II: Qualitätswettbewerb durch Verpflichtung und Marktkonzentration?.....	23
5.	Steuerungseffekte der Regulierung der „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV	25
5.1.	Gesetzliche Regelungen: Versicherungspflicht, Altersrückstellungen und Basistarif	25
5.2.	PKV - GKV: mit mehr Wettbewerb auf dem Weg zur Konvergenz?	26
6.	Schluss	29
	Literatur	31

1. Einleitung

Gesundheitspolitik in Deutschland steht vor vielfältigen Herausforderungen. Zu den wichtigsten von ihnen zählt es, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage zu stellen und die zum Teil eklatanten Gerechtigkeitsdefizite im Finanzierungs- und Versicherungssystem zu beseitigen. Darüber hinaus weist das deutsche Gesundheitswesen deutliche Qualitäts- und damit Effizienzmängel auf. In diesen zwei Bereichen nimmt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) grundlegende Veränderungen vor. So wird zum einen trotz unterschiedlicher Vorstellungen der Koalitionspartner aus CDU/CSU und SPD die Finanzierung der GKV mit der Einführung des Gesundheitsfonds auf eine neue institutionelle Grundlage gestellt. Zum anderen zielt die Regierungskoalition darauf, den Wettbewerb um eine bessere Krankenversorgung zu intensivieren. Zu diesem Zweck sieht die Reform eine Vielzahl neuer Finanzierungsregelungen vor. Geld spielt als Steuerungsmedium im Gesundheitswesen nach dieser Reform eine größere Rolle denn je. Dieser Beitrag geht der Frage nach, ob davon auszugehen ist, dass das Reformwerk dem eigenen Anspruch, die Akteure zu einem an den Zielen der Solidarität und der Qualitätsverbesserung orientierten Wettbewerb zu veranlassen, tatsächlich gerecht wird. Dazu werden im Folgenden vier Aspekte der Gesundheitsreform näher betrachtet: der Gesundheitsfonds, die Wirkung des Zusatzbeitrags, die Einführung bzw. die Ausweitung von Wahlтарifen und die Beziehungen zwischen gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV).

2. Neuordnung der institutionellen Grundlagen der GKV-Finanzierung

2.1. Einrichtung eines Gesundheitsfonds

Ab dem 1. Januar 2009 soll ein Gesundheitsfonds die Finanzströme der GKV bündeln (siehe Abbildung 1). Die Beiträge werden wie bisher aufgebracht. 0,9 Prozentpunkte tragen ausschließlich die Versicherten. Dabei handelt es sich um die Ausgaben für die seit dem 1.7.2005 aus der paritätischen Finanzierung ausgegliederten Leistungsarten (Krankengeld, Zahnersatz). Das verbleibende Beitragsvolumen wird zu gleichen Teilen von Arbeitgebern und Versicherten getragen. Die Beiträge werden von den Krankenkassen eingezogen und an den Fonds weitergeleitet. Gleichzeitig ändert sich der Mechanismus zur Festsetzung des Beitragssatzes: Bisher konnte jede einzelne Kasse ihren Beitragssatz festlegen; künftig wird es einen für alle Kassen bundesweit einheitlichen Satz geben,

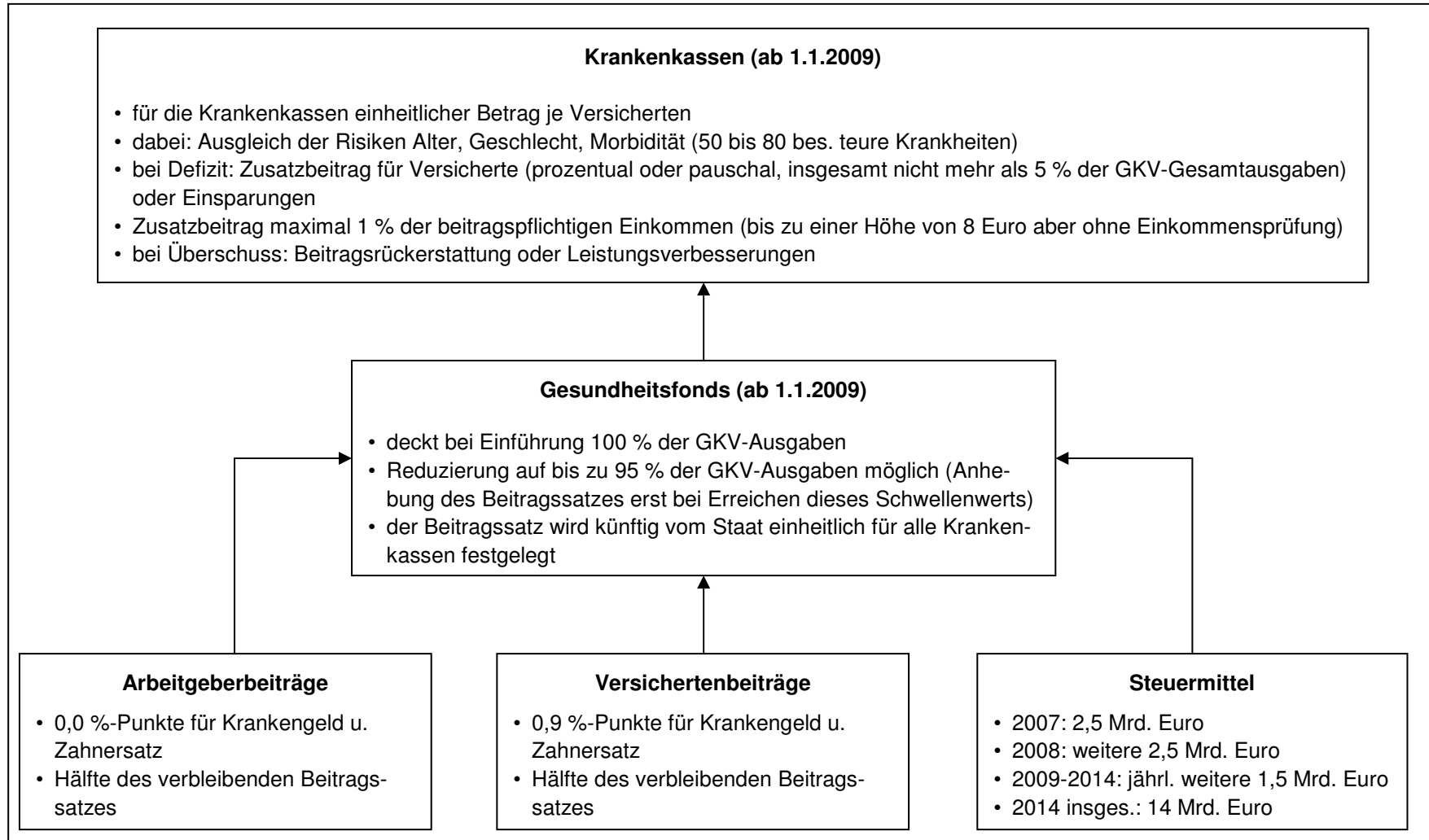
den die Bundesregierung durch Rechtsverordnung festlegt. In diesem Punkt wird die Entscheidungskompetenz von der Selbstverwaltung der Kassen auf den Staat verlagert.

Darüber hinaus sollen aus Steuermitteln 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2007, weitere 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2008 sowie von 2009 bis 2014 jährlich weitere 1,5 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds fließen. Im Jahr 2014 würde sich der steuerfinanzierte Zuschuss damit auf insgesamt 14 Milliarden Euro belaufen. Dies entspricht rund zehn Prozent der gegenwärtigen GKV-Ausgaben. Auf diese Weise soll ein Einstieg in Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern erfolgen, die als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe gilt. Nach 2009 soll der Steuerzuschuss für die GKV weiter erhöht werden.

Aus dem Fonds erhalten die Krankenkassen für jeden Versicherten einen pauschalen Betrag, der nach den Merkmalen Alter und Geschlecht sowie nach bestimmten Krankheitsmerkmalen differenziert ist. Bisher werden Krankheitsmerkmale nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen. Künftig soll dies dadurch geschehen, dass bei der Zuweisung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds 50 bis 80 Krankheiten berücksichtigt werden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um mindestens 50 Prozent höher sind als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungsausgaben für alle Versicherten. Krankenkassen, die einen höheren Anteil chronisch kranker und damit teurer Versicherter aufweisen, erhalten also einen entsprechend höheren Betrag aus dem Fonds. Durch die Berücksichtigung dieser Merkmale sollen die unterschiedlichen Risikostrukturen der Versichertengemeinschaften der Krankenkassen und damit die unterschiedlichen Ausgabenrisiken, die von den einzelnen Kassen nicht zu verantworten sind, ausgeglichen werden.

Erwirtschaftet eine Krankenkasse einen Überschuss, so kann sie diesen in Form eines Geldbetrags an ihre Versicherten ausschütten oder zusätzliche Leistungen gewähren. Übersteigen die Ausgaben hingegen die Einnahmen, so muss eine Kasse einen Zusatzbeitrag erheben oder kassenspezifische Leistungen kürzen (siehe 3.).

Abbildung 1: Funktionsweise des Gesundheitsfonds



2.2. Gesundheitsfonds: Wirkungen auf Solidarprinzip und Krankenkassenwettbewerb

Der Gesundheitsfonds stellt zwar eine neue organisatorisch-institutionelle Struktur dar, trägt aber nichts zur Lösung der Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung bei. Weder stellt er die Finanzierung der GKV auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage, noch beseitigt er die Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Weder sollen die Versicherungspflichtgrenze beseitigt oder die Beitragsbemessungsgrenze erhöht noch andere Einkunftsarten zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Die zentralen Reformkomponenten einer Bürgerversicherung finden sich dort somit nicht wieder.

Auch der steuerfinanzierte Anteil an der GKV-Finanzierung, der vorerst deutlich unter dem noch 2006 überwiesenen Zuschuss aus der Tabaksteuer (4,2 Mrd. Euro) liegt, dürfte kaum ein höheres Maß an Finanzierungsgerechtigkeit mit sich bringen. Zwar werden auf diese Weise auch die privat Krankenversicherten – in ihrer Eigenschaft als Steuerzahler – in die Finanzierung der GKV einbezogen, allerdings ist deren Beteiligung angesichts des Umstands, dass der steuerfinanzierte Anteil nur rund zehn Prozent der GKV-Ausgaben beträgt, nach wie vor recht gering.

Eine stärkere Steuerfinanzierung der GKV bedeutet nicht per se eine Stärkung des Solidarausgleichs. Deren Umverteilungseffekte hängen vielmehr von der Ausgestaltung des Steuersystems selbst ab. Dessen aktueller Zuschnitt und künftige Veränderungen lassen wiederum erhebliche Zweifel an der Behauptung aufkommen, dass ein Ausbau der Steuerfinanzierung eine Entlastung kleiner und mittlerer Einkommen nach sich zieht. Denn zum einen wird derzeit der Großteil des Steueraufkommens über Verbrauchs- und Einkommenssteuern ohnehin von den abhängig Beschäftigten aufgebracht. Dabei fällt die Belastung durch Verbrauchssteuern für alle Konsumenten unabhängig von ihrem Einkommen gleich hoch aus. Im Unterschied dazu unterliegt die Einkommenssteuer zwar dem Prinzip der Progression – Bezieher höherer Einkommen, die eher privat krankenversichert sind, werden also relativ stärker belastet als Bezieher von Niedrigeinkommen –, jedoch ist zu berücksichtigen, dass sich gerade großen Unternehmen und Beziehern hoher Einkommen vielfältige Möglichkeiten bieten, ihre Steuerlast zu reduzieren oder – aufgrund ihrer internationalen Mobilität – sich der heimischen Besteuerung ganz zu entziehen. Demgegenüber haben kleine und mittlere Unternehmen sowie Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen weit geringere Chancen, derartige Steuervermeidungsstrategien anzuwenden (Mosebach 2005: 159ff). Zum anderen stellt die ab dem 01.01.2009 gelten-

de pauschale Abgeltungssteuer in Höhe von 28 Prozent auf alle Kapitaleinkommen von Unternehmen und natürlichen Personen eine Abkehr vom Prinzip der Steuerprogression dar (Hickel 2007). Zwar ist grundsätzlich denkbar, dass ein Ausbau des Steueranteils an der GKV-Finanzierung zu stärkeren Umverteilungseffekten führt als der Status quo. Der Ist-Zustand des Steuersystems und die absehbaren Makro-Trends der Steuerpolitik machen das Eintreten eines solchen Effekts bis auf weiteres aber unwahrscheinlich.

Auch die Erweiterung des Risikostrukturausgleichs (RSA) ist ein zweischneidiges Schwert. Durch die Ergänzung des bisherigen Risikostrukturausgleichs um Morbiditätskriterien werden die Wettbewerbsnachteile der Krankenkassen mit einer ungünstigen Risikostruktur verringert. Allerdings erfasst die beschlossene Erweiterung des RSA die unterschiedlichen Morbiditätslasten der einzelnen Krankenkassen nur teilweise. Dies hat zwei Konsequenzen: Zum einen bleiben für die Krankenkassen starke Anreize zur Risikoselektion bestehen. Zum anderen bleiben die Krankenkassen, deren Versicherte einen überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf aufweisen, im Wettbewerb strukturell benachteiligt. Sie werden sehr wahrscheinlich gezwungen sein, den Zusatzbeitrag früher zu erheben und ihn stärker anzuheben als andere Krankenkassen. Damit trifft der Zusatzbeitrag insbesondere solche Kassen, die einen überdurchschnittlichen Anteil sozial Schwacher an den Versicherten aufweisen. Auch dies trägt zur weiteren Verstärkung der sozialen Schieflage in der GKV bei.

Die Bestimmungen zum Gesundheitsfonds haben zugleich eine regionale Dimension. Sie werden zu einer stärkeren finanziellen Belastungen der Krankenkassen und der Versicherten in den wohlhabenden Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg und Hessen) führen. Der wichtigste Grund für diesen verstärkten regionalen Finanztransfer liegt darin, dass künftig die Satzungs- und Mehrleistungen sowie die Verwaltungsausgaben im RSA berücksichtigt werden. Zur Berechnung des Finanztransfers werden nunmehr also 100 Prozent der GKV-Ausgaben (bisher: rund 92 Prozent) herangezogen. Allerdings werden die jährlichen Mehrbelastungen durch den Gesundheitsfonds für jedes dieser Länder deutlich unter 100 Millionen Euro liegen (Rürup/Wille 2007) und damit weit geringer ausfallen als vielfach behauptet. Eine solche Umverteilung trägt zur Stärkung eines bundesweiten Solidarausgleichs in der GKV bei. Die Kritik der betreffenden Bundesländer an diesem Effekt ist zurückzuweisen, denn: „Das Regionalprinzip ist dem Sozialversicherungsrecht fremd. Jenseits der Tatsache, dass die gesetzlichen Krankenkassen keine Einrichtungen der Bundesländer sind, ist die hinter der Frage nach den länderspezifischen Verteilungswirkungen des Gesundheitsfonds liegende implizite Annahme, dass die Sozi-

alversicherungsbeiträge, die in einem Land entstehen auch dort wieder verausgabt werden sollten, abwegig.“ (Rürup/Wille 2007: 4)

Eine besonders gravierende Veränderung stellt die künftige Festsetzung des Beitragssatzes in der GKV durch die Bundesregierung dar. Damit wird den Krankenkassen ihre wohl wichtigste Gestaltungskompetenz entzogen und es vollzieht sich eine Verschiebung von Macht und Einfluss von der Selbstverwaltung hin zum Staat, der offenkundig entschlossen ist, der Selbstverwaltung in der GKV einen finanziell restriktiveren Rahmen zu setzen.

3. Steuerungswirkungen des kassenindividuellen Zusatzbeitrags

3.1. Funktionsweise des Zusatzbeitrags

Die Finanzierungsreform sieht vor, dass Kassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ihren Finanzbedarf nicht decken können, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben müssen (§ 242 SGB V). Kinder oder mitversicherte Partner zahlen keinen Zusatzbeitrag. Der Zusatzbeitrag soll so bemessen werden, dass er ausreicht, zusammen mit den Fondszuweisungen und sonstigen Einnahmen, die voraussichtlich zu leistenden Ausgaben des Haushaltsjahres zu decken sowie die Kassenrücklagen aufzufüllen. Die Kassen müssen ihre Satzungen im Bedarfsfall dementsprechend ändern. Kommt kein Beschluss der Kasse in diese Richtung zustande, ordnet das Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsichtsbehörde die als notwendig erachtete Erhöhung des Zusatzbeitrags an. Den Kassen soll kein Schlupfloch gelassen werden, durch das sie eine im Raum stehende Erhöhung des Zusatzbeitrags vermeiden könnten. Erwirtschaftet eine Kasse einen Überschuss, so kann sie diesen in Form einer Prämie an ihre Versicherten ausschütten oder zusätzliche Leistungen gewähren.

Zum Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 sollen die von ihm bereitgestellten Mittel die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu 100 Prozent decken. Danach müssen sich diese Ausgaben zu mindestens 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds finanzieren. Dies bedeutet, dass die Summe der allein von den Versicherten aufzubringenden Zusatzbeiträge auf bis zu fünf Prozent der GKV-Ausgaben ansteigen kann. Der Zusatzbeitrag kann pauschal (jedes Mitglied zahlt den gleichen Betrag) oder prozentual (jedes Mitglied zahlt einen Prozentsatz seines beitragspflichtigen Einkommens) erhoben werden. Die zusätzliche finanzielle Belastung der Mitglieder wird durch eine Überforderungsklausel beschränkt, die die maximale Höhe des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt. Für das Jahr 2007

wären dies knapp 36 Euro pro Monat. Die Einkommensprüfung wird allerdings erst durchgeführt, sobald der monatliche Zusatzbeitrag mehr als acht Euro beträgt. Dadurch soll der bürokratische Aufwand reduziert werden, der den Kassen durch die individuelle Härtefallprüfung entsteht. Die Regelung führt jedoch dazu, dass bei Personen mit einem Einkommen von weniger als 800 Euro die Belastung durch den Zusatzbeitrag über ein Prozent steigen kann. Dagegen übernimmt für Empfänger von Sozialhilfe oder Grundsicherung in der Rente das zuständige Amt den Zusatzbeitrag. Empfänger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (sog. „Hartz-IV“-Empfänger) müssen den Zusatzbeitrag grundsätzlich selbst entrichten. Die Bundesagentur für Arbeit trägt den Zusatzbeitrag für diesen Personenkreis nur in - bislang nicht genauer definierten - Härtefällen. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, ihn erhöht oder die Prämienzahlung senkt, steht dem Versicherten ein Sonderkündigungsrecht offen, auf das ihn die Kasse hinweisen muss. In diesem Fall kann der Versicherte die Krankenkasse wechseln, ohne dass er den erhöhten Zusatzbeitrag zahlen muss.

Die Absicht des Gesetzgebers, die mit der Einführung des Zusatzbeitrages verbunden ist, besteht in einer Intensivierung des Kassenwettbewerbs, der bislang vorrangig über die unterschiedlichen Beitragssätze der einzelnen Kassen bestimmt wird. Mit der Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes durch Rechtsverordnung wird künftig der Zusatzbeitrag (bzw. die auszuschüttende Prämie) zum zentralen Parameter im Kassenwettbewerb. Eine Verschärfung des Wettbewerbs wird deshalb erwartet, weil die absolute Höhe des Zusatzbeitrags für den Versicherten ein eindeutigeres Preissignal darstellt als der - vielfach unbekannte - Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Einführung des Zusatzbeitrags verschärft das Gerechtigkeitsdefizit in der Finanzierung der GKV. Die Finanzierungslast wird weiter zu Ungunsten der Versicherten verschoben, während die Arbeitgeber entlastet werden. Zudem wird eine „kleine Kopfpauschale“ in das Finanzierungssystem eingeführt, durch die Geringverdiener übermäßig belastet werden (vgl. Gerlinger/Mosebach/Schmucker 2006). Die entsolidarisierende Tendenz des Zusatzbeitrags ist jedoch nicht sein einziges Defizit. Er wird trotz der Berücksichtigung von morbiditätsbezogenen Elementen im reformierten Risikostrukturausgleich auch zu einer Benachteiligung jener Krankenkassen führen, die überwiegend sozial Schwache und chronisch kranke Menschen versichern.

3.2. Der Zusatzbeitrag als dysfunktionaler Wettbewerbsparameter

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich im Wettbewerb die Kassen durchsetzen werden, die am besten wirtschaften, d.h. eine effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten bereitstellen. Eine höhere Wirtschaftlichkeit soll es diesen Kassen ermöglichen, auf einen Zusatzbeitrag zu verzichten bzw. Prämien auszuschütten. Ineffizient wirtschaftende Krankenkassen müssten dagegen einen Zusatzbeitrag erheben, um ihren Finanzbedarf decken zu können. Die Konstruktion von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag weist jedoch Merkmale auf, die die beabsichtigten Steuerungswirkungen in Frage stellen. Hier sind zum einen die ungleichen Voraussetzungen zu nennen, mit denen sich die Krankenkassen in den Wettbewerb begeben und die einen klaren Wettbewerbsnachteil für die so genannten „Versorgerkassen“ bedeuten. Zum anderen führt die Ausgestaltung der Überforderungsklausel dazu, dass die Krankenkassen - in Abhängigkeit von der Einkommensstruktur ihrer Versicherten - über unterschiedlich ausgeprägte Möglichkeiten verfügen, ihren Finanzbedarf über einen Zusatzbeitrag tatsächlich decken zu können. Beide Steuerungsdefizite sollen im Folgenden erläutert werden.

Tabelle 1: Wettbewerbsposition der AOKen und der TKK

	AOKen	TKK
Wettbewerbsposition		
Beitragssatz (2006)	13,5 %	13,2 %
Versicherte insg. (1.1.2006)	25,3 Mio.	5,9 Mio.
Mitglieder (1.1.2006)	18,2 Mio.	4,0 Mio.
Versichertenfluktuation (2005/06)	- 212.000****	+ 183.000
Mitgliederfluktuation (2005/06)	- 217.000****	+ 150.000
Marktpresenz	länderübergreifend	bundesweit
Versichertenstruktur		
Grundlohnsumme pro Mitglied (2005)	16.185 €	25.409 €
Beitragseinnahmen pro Mitglied (2005)	2.323 €	3.241 €
Leistungsausgaben pro Mitglied (2005)	2.921 €	2.388 €
RSA-Saldo (1994-2004)	+ 81,8 Mrd. €	- 54,7 Mrd. €* [*]
RSA-Saldo (2005)	+ 12,5 Mrd. €	- 3,7 Mrd. €
Pflichtversicherte (1.6.2005/1.1.2006)	9,7 Mio. (38,3%)	2,2 Mio. (42,3%)
Freiwillig Versicherte (1.6.2005/1.1.2006)	0,9 Mio. (3,6%)	1,0 Mio. (17,0%)
Pflichtvers. Rentner (1.6.2005/1.1.2006)	7,6 Mio. (30,0%)	0,8 Mio. (13,6%)
Familienangehörige (1.6.2005/1.1.2006)	7,1 Mio. (28,1%)	2,0 Mio. (33,9%)
Mitgliederquote (1.1.2006)**	72,0%	67,8%
Erwerbstätigenquote (1.5.2003)	37,4%	46,8%***
Anteil GKV-versicherter Rentner (1.6.2005)	42,7%	29,1%* [*]

Quellen und Berechnungen nach: TKK 2006, BMG 2005, AOK-BV 2006, <http://www.tkk.de>, <http://www.aok.de>; <http://www.bva.de>.

* = Angaben für die Kassenart Angestellten-Ersatz-Krankenkassen

** = Anteil der Krankenkassenmitglieder an der Gesamtversichertenanzahl

*** = Anteil der Erwerbstätigen an der Gesamtversichertenanzahl (Mikrozensususerhebung 2003), nach BMG 2005

**** = Angaben für den Jahreswechsel 2003/2004, nach BMG 2005

Von zentraler Bedeutung für die Wirkung des Zusatzbeitrages sind die Wettbewerbsvoraussetzungen der gesetzlichen Krankenkassen. Diese sind sehr disparat, wie die Gegenüberstellung von AOKen und Techniker Krankenkasse zeigt (vgl. Tabelle 1). Die Notwendigkeit, den Finanzbedarf künftig über einen Zusatzbeitrag zu decken, ist nicht in erster Linie von der wirtschaftlichen Effizienz der Kasse abhängig, sondern von ihrer Versichertenstruktur. Kassen mit einem großen Anteil chronisch kranker Versicherter, die zudem nur über ein geringes Einkommen verfügen, weisen aufgrund der sozialen Härtefallregelungen bei Zuzahlungen höhere Ausgaben auf. Die (teilweise) Befreiung von Zuzahlungen, die einkommensschwächere Patienten in Anspruch nehmen können, muss durch die Krankenkasse finanziert werden und wird nicht ausgeglichen. Hier entstehen ebenso ungleiche finanzielle Belastungen wie aufgrund der in Deutschland regional differierenden Kosten für die Versorgung. Operieren einzelne Krankenkassen ausschließlich oder vorrangig in ausgabenintensiven Regionen (z.B. in den Stadtstaaten), fallen automatisch Mehrausgaben gegenüber dem Bundesdurchschnitt an. Auch diese finanzielle Belastung sagt wenig über die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Kasse aus, begründet jedoch einen finanziellen Mehrbedarf, der ab 2009 nicht mehr über eine Anhebung der Beitragssätze, sondern nur noch über den Zusatzbeitrag zu realisieren ist (vgl. Jacobs 2006).

Ebenfalls weit reichende Konsequenzen für den Finanzbedarf der Kassen wird die unterschiedliche Morbiditätsstruktur der Versicherten haben. Der höhere Anteil multimorbider Versicherter bedeutet für einzelne Kassen einen zum Teil deutlich höheren Finanzbedarf als für Kassen, deren Versichertenbestand eine bessere Risikostruktur aufweist. Der im GKV-WSG vorgesehene morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich („Morbi-RSA“) sieht einen finanziellen Ausgleich für Krankenkassen vor, deren Versicherte eine größere Krankheitslast aufweisen. Krankenkassen, die einen höheren Anteil chronisch kranker und damit teurer Versicherter aufweisen, erhalten einen entsprechend höheren Beitrag aus dem Fonds. Der Morbi-RSA ist jedoch willkürlich auf 50 bis 80 Krankheiten beschränkt worden, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je GKV-Versicherten um mindestens 50 Prozent höher sind als die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen aller Versicherten. Es handelt sich folglich nicht um einen vollständigen Morbiditätsausgleich, der den einzelnen Kassen unabhängig vom Gesundheitszustand ihrer Versicherten vergleichbare Wettbewerbsvoraussetzungen ermöglicht. Nach wie vor werden Kassen mit schlechterer Risikostruktur einen Wettbewerbsnachteil haben, und die Risikoselektion von gesunden Versicherten wird weiterhin zur Wettbewerbsstrategie der Krankenkassen gehören (Stock/Lüngen/Lauterbach 2006). Dabei ist die genaue Ausgestaltung des Morbi-RSA bislang weitgehend unklar. Die Frage, ob es eher 50 oder 80

Krankheiten sind, die im Finanzausgleich berücksichtigt werden, und auf welcher Klassifikationsebene die Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen bestimmt werden, ist für die finanzielle Lage und die Wettbewerbssituation der einzelnen Kassen von großer Bedeutung. Davon wird auch die Einführung bzw. Kalkulation eines Zusatzbeitrages abhängen. Dieser wird daher weniger ein aussagekräftiger Indikator für die Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse sein, sondern vor allem die von der Kasse nicht zu verantwortende Unterschiede in der Morbiditäts- und Einkommensstruktur der Versicherten sowie regionale Ausgabenunterschiede abbilden.

Das zweite Manko in der Steuerungswirkung des Zusatzbeitrags liegt in der spezifischen Ausgestaltung der Überforderungsklausel. Der AOK-Bundesverband hat in einem Gutachten darauf aufmerksam gemacht, dass die vorgesehene soziale Härtefallregelung für die einzelnen Kassen sehr unterschiedliche Auswirkungen haben wird (vgl. zum Folgenden: Schawo/Schneider 2006). Dies hängt damit zusammen, dass die Einkommensstruktur der verschiedenen Kassen große Differenzen aufweist. So beläuft sich die durchschnittliche Grundlohnsumme je Mitglied der Ortskrankenkassen in Ostdeutschland auf lediglich 59 Prozent des Wertes bei den Betriebskrankenkassen (bundesweit)(ebd.: 15). Die Härtefallregelung des Zusatzbeitrags greift bei Kassen mit niedrigem Durchschnittseinkommen pro Mitglied wesentlich früher als bei Kassen, die eine hohe durchschnittliche Grundlohnsumme pro Mitglied aufweisen. Die Brisanz dieses Zusammenhangs wird dann besonders deutlich, wenn der Blickwinkel von der durchschnittlichen auf die tatsächliche Einkommensstruktur der Mitglieder gerichtet wird.

Das Gutachten unterscheidet für seine Modellrechnung den „rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag“ von dem durch die Krankenkasse „zu kalkulierenden Zusatzbeitrag“. Ersterer ist relativ einfach dadurch zu ermitteln, dass das notwendige Gesamtvolumen für den Zusatzbeitrag einer Kasse - der finanzielle Bedarf, der durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht abgedeckt werden kann - durch die Zahl der Mitglieder geteilt wird. Berücksichtigt man darüber hinaus, dass ein Teil der Mitglieder den vollen Zusatzbeitrag aufgrund der Überforderungsklausel nicht bezahlt, erhöht sich zwangsläufig der Betrag, der von den restlichen Mitgliedern aufgebracht werden muss. Mit jeder weiteren Erhöhung des Zusatzbeitrags steigt jedoch auch der Anteil der Mitglieder, der unter die Härtefallregelung fällt. In der Konsequenz wird der von der Kasse unter Berücksichtigung der Härtefallregelung zu kalkulierende Zusatzbeitrag immer über dem rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag liegen.

Die AOK hat die mögliche Gestaltung des Zusatzbeitrages anhand von drei Modellrechnungen dargestellt (ebd.: 16ff., vgl. auch Tabelle 2).

Tabelle 2: Wirkungen von Zusatzbeitrag und Härtefallregelung in ausgewählten AOKs

		Meck.-Vorp.	Brandenburg	Bayern	Ba.-Wü.
Modellannahme: 10 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefallmitglieder in %	72,3	69,9	41,3	37,4
	Zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	19,84	11,85	11,73
	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	93,1	52,6	46,4
	Anteil des Beitragsvolumens, der aufgrund der Härterege- lung <u>nicht</u> realisiert werden kann in %	0,3	0,0	0,0	0,0
Modellannahme: 15 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefallmitglieder in %	85,9	84,0	59,5	54,9
	Zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	41,66*	40,60*	26,52
	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	100,0	95,9	83,7
	Anteil des Beitragsvolumens, der aufgrund der Härterege- lung <u>nicht</u> realisiert werden kann in %	33,5	30,9	0,0	0,0
Modellannahme: 20 € rechnerischer monatlicher Zusatzbeitrag pro Mitglied	Anteil der Härtefallmitglieder in %	94,3	93,1	74,3	70,3
	Zu kalkulierender Zusatzbeitrag unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in €	41,66*	41,66*	41,66*	41,66*
	Anteil der Härtefallmitglieder beim jeweils zu kalkulierenden Zusatzbeitrag in %	100,0	100,0	100,0	100,0
	Anteil des Beitragsvolumens, der aufgrund der Härterege- lung <u>nicht</u> realisiert werden kann in %	50,2	48,2	24,8	18,2

Zusammengestellt nach: Schawo/Schneider 2006: 16ff.

* = Siehe Fußnote 1.

Dafür wurden rechnerisch notwendige Zusatzbeiträge von 10, 15 und 20 Euro monatlich angenommen. Bei einem Zusatzbeitrag von zehn Euro wären 48,3 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen, d.h. sie weisen ein Einkommen von weniger als 1.000 Euro monatlich auf. In Ostdeutschland sind es, je nach Region, bis zu 72 Prozent der AOK-Mitglieder, bei denen die Härtefallregelung greifen würde. Diese Einkommensstruktur hat deutliche Auswirkungen auf den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag, da die höheren Einkommen die Wirkungen der Härtefallregelung kompensieren müssen. Bundesweit müsste für die AOK ein Zusatzbeitrag von 13,79 Euro kalkuliert werden, um auf einen rechnerischen Zusatzbeitrag von 10 Euro pro Mitglied zu kommen. In der AOK Mecklenburg-Vorpommern müsste der Zusatzbeitrag dagegen auf den Höchstbetrag von 41,66¹ Euro festgesetzt werden. In diesem Fall wären 100 Prozent der Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen. Zudem würde der finanzielle Gesamtbetrag, der sich durch den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag von zehn Euro pro Mitglied ergäbe, lediglich zu 99,7 Prozent realisiert.

Diese Diskrepanz verschärft sich, wenn man von höheren rechnerisch nötigen Zusatzbeiträgen ausgeht. Bei notwendigen 15 Euro Zusatzbeitrag wären je nach Region zwischen 54,9 und 85,9 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen. Die zu kalkulierenden Zusatzbeiträge würden in 13 von 16 AOKen nicht ausreichen, um den rechnerisch notwendigen Zusatzbeitrag zu erreichen. Rechnet man schließlich mit einem notwendigen monatlichen Zusatzbeitrag von 20 Euro, werden zwischen 70,3 und 94,3 Prozent aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung erfasst. In diesem Fall wäre keine AOK mehr in der Lage, über den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag den rechnerisch notwendigen Betrag zu erzielen. Die AOK Baden-Württemberg - die AOK mit den einkommensstärksten Mitgliedern - könnte lediglich knapp 72 Prozent des rechnerisch notwendigen Betrags realisieren; die AOK Mecklenburg-Vorpommern weniger als 50 Prozent.

3.3. Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb

Die dargelegten Mechanismen haben verschiedene Konsequenzen für das Finanzierungs-konzept des GKV-WSG sowie für den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Zum einen erscheint es fragwürdig, ob die Kassen, die ihren Finanzbedarf über die Fondszuweisungen nicht decken können, in der Lage sind, den Fehlbetrag über

¹ Dieser Betrag resultiert aus den Annahmen der AOK-Modellrechnung. Zu dem Zeitpunkt war noch nicht absehbar, dass der Gesetzgeber die Berechnung des Zusatzbeitrags auf ein Prozent der Beitragsbemessungsgrenze beschränken würde (maximal 35,62 Euro).

den Zusatzbeitrag auszugleichen. Die Wirkung der sozial unbedingt notwendigen Härtefallregelung auf den zu kalkulierenden Zusatzbeitrag zeigt, dass Kassen mit überwiegend niedrigen Mitglieder-Einkommen nur eingeschränkte Möglichkeiten besitzen, den benötigten Finanzbedarf zu realisieren und damit einem höheren Insolvenzrisiko ausgesetzt sind. Kassen, die überdurchschnittlich viele Gutverdiener als Mitglieder aufweisen, haben dagegen beim Zusatzbeitrag größere finanzielle Handlungsoptionen.

Hinzu kommt, dass Kassen mit einer „günstigeren“ Einkommensstruktur in der Lage sind, einen niedrigeren Zusatzbeitrag zu kalkulieren. Der geringere Anteil von Mitgliedern, die von der Härtefallregelung betroffen sind, reduziert auch den Kompensationsbedarf für die Mitglieder mit höheren Einkommen. Damit wird die Kasse attraktiv für Gutverdienende aus Kassen mit „ungünstiger“ Einkommensstruktur. Der geschaffene Wechselanreiz für Besserverdiener kann sich zu einer „Abwärtsspirale“ für die Kassen entwickeln, deren Mitglieder durchschnittlich über geringe Einkommen verfügen. Hinzu kommt, dass der Wechselanreiz für Geringverdiener in dem Maße sinkt, in dem Zusatzbeiträge bei einer wachsenden Anzahl von Kassen erhoben werden müssen. Angesichts der erklärten politischen Absicht, die Beitragssätze stabil zu halten, ist mittelfristig sehr wahrscheinlich, dass alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Da Geringverdiener - wie gezeigt - relativ schnell den Höchstsatz von einem Prozent des Einkommens erreichen werden, ist es in einer solchen Konstellation für sie finanziell unerheblich, in welcher Kasse sie ihren Zusatzbeitrag bezahlen. Über Einsparungsmöglichkeiten erzeugte Wechselanreize eröffnen sich dann überwiegend den höheren Einkommensgruppen (Jacobs 2006: 405).

Die Einkommens- und die Morbiditätsstruktur werden die Wettbewerbsposition der einzelnen Kassen in entscheidendem Maße bestimmen. Der Zusatzbeitrag, vom Gesetzgeber als zentraler Wettbewerbsparameter konzipiert, wird weniger die Wirtschaftlichkeit und Qualität einer Kasse abbilden als die Merkmale ihres Versichertenbestandes. Der Gesetzgeber schafft einen Anreiz für die Krankenkassen, sich in ihrer Mitgliederwerbung auf hohe Einkommensgruppen zu konzentrieren. Menschen mit geringen Einkommen werden dagegen zu finanziellen Risiken, die mit der Überlebensstrategie im Kassenwettbewerb schwer zu vereinbaren sind.

4. Wahltarife: Auswirkungen auf Wettbewerbsstrategie und Wettbewerbsordnung

Neben dem Zusatzbeitrag sind Wahltarife ein weiterer Wettbewerbsparameter, deren Anwendungsbereich durch das GKV-WSG deutlich erweitert wird. In der Begründung des GKV-WSG formuliert der Gesetzgeber hierzu: „Die Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung soll erhöht werden. Sie ist Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.“ (CDU/CSU/SPD 2006: 311). Es lassen sich im Grundsatz zwei Arten von Wahltarifen voneinander unterscheiden (§ 53 SGB V): einerseits Wahltarife, die als Satzungsleistung der Krankenkassen finanzielle Anreize für die Versicherten setzen („monetäre Wahltarife“); andererseits Wahltarife, welche zur Modernisierung der Versorgung beitragen sollen („versorgungsbezogene Wahltarife“).²

4.1. Wahltarife I: Mitnahmeeffekte, Risikoselektion und Äquivalenzprinzip

Die erste Gruppe von Wahltarifen belohnt die Nicht-Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. die Übernahme von Teilkosten durch die Versicherten durch eine entsprechende *Prämienzahlung* (siehe Kasten 1 für ein Beispiel). Zu dieser Gruppe gehören Selbstbehalttarife (§ 53 Abs. 1 SGB V), Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V) sowie variable Kostenerstattungstarife (§ 53 Abs. 4 SGB V). Darüber hinaus wurden Tarife eingeführt, die die Übernahme von Kosten für von der Regelversorgung ausgeschlossene Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen beinhalten (§ 53 Abs. 5 SGB V). Sollten die Versicherten sich für einen dieser Wahltarife entscheiden, sind sie für drei Jahre an die jeweilige gesetzliche Krankenkasse gebunden, auch wenn diese ihren noch bis zum 1.1.2009 gültigen Beitragssatz erhöht oder später einen Zusatzbeitrag einführt. Arbeitslose, sog. „Hartz-IV“- und Sozialhilfeempfänger, deren Mitgliedsbeiträge vollständig von Dritten übernommen werden, sind von der Inanspruchnahme dieser Wahltarife ausgeschlossen (§ 53 Abs. 8 Satz 6 SGB V).

² Die konsumentengesteuerte Differenzierung des gesetzlichen Leistungskatalogs in Grundleistungen und zusätzliche Wahlleistungen – der ursprüngliche Begriffsinhalt von Wahltarifen –, deren Einführung im Kontext der beiden Neuordnungsgesetze in den Jahren 1996/97 diskutiert wurde (vgl. Deppe, 2000: 146ff; Fiedler 2002), ist durch das GKV-WSG nicht realisiert worden. Allerdings deuten einige Wahltarifmodelle (z.B. bzgl. Arzneimitteln der alternativen Therapierichtungen sowie der Wählbarkeit von Krankengeld bei bestimmten Versichertengruppen) und auch der Ausschluss einiger Leistungen bei „Eigenverschulden“ (sog. „Piercing“-Argument) in eine solche Richtung.

Bisher konnten nur freiwillig Versicherte in der GKV Versicherungstarife mit Selbstbehalt und Beitragsrückerstattung sowie Kostenerstattungstarife wählen. Durch die neuen gesetzlichen Bestimmungen steht dieser Weg nun auch pflichtversicherten Mitgliedern frei. Dabei unterliegt die Ausgestaltung einigen gesetzlichen Beschränkungen. So darf zum einen die Prämienzahlung eines Wahltarifs nicht mehr als 20% der Mitgliedsbeiträge in einem Jahr, maximal 600 Euro, betragen. Sollten Versicherte sich für mehr als einen Wahltarif entschieden haben, sind diese Grenzen auf 30% bzw. maximal 900 Euro festgelegt (§ 53 Abs. 8 Satz 4 SGB V). Zum anderen fordert der Gesetzgeber, dass die „Aufwendungen für jeden Wahltarif [...] aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden“ müssen (sog. „Aufkommensneutralität“). Und weiter: „Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“ (§ 53 Abs. 9 SGB V)

Kasten 1: Selbstbehalttarife im Angebot

Wie die Selbstbehalte technisch funktionieren, sei anhand eines Beispiels erläutert: Die AOK-Hessen bietet sieben verschiedene Selbstbehalttarife an, die durch die Einteilung in sieben Einkommensklassen von 0 € bis >3500€ entstehen (andere Kassen wählen kleinere oder größere Einkommensstufen). Mitglieder mit einem beitragspflichtigen Einkommen von mehr als 3500 € im Monat können eine Bonuszahlung von maximal 600 € im Jahr erhalten, wenn sie über drei Jahre hinweg keine Leistungen der GKV in Anspruch genommen haben. Zunächst erhalten sie einen Grundbonus von 540 € (bei niedrigeren Einkommensklassen liegt der Grundbonus entsprechend niedriger). Der Grundbonus erhöht sich pro Jahr um 20 €, maximal aber nur für drei Jahre (= 60 €). Sollte in einem Jahr dennoch eine Inanspruchnahme von GKV-Leistungen nötig sein, so wird sowohl für den ambulanten Bereich als auch für den Krankenhausbereich ein pauschaler Selbstbehalt erhoben. Während der pauschale Selbstbehalt je Krankenhausaufenthalt für ein Mitglied mit dem maximalen Beitragsaufkommen 270 € beträgt, ist der pauschale Selbstbehalt je Arztkontakt mit 135 € nur halb so groß. Der Grundbonus ist also dann aufgebraucht, wenn der Versicherte zweimal im Jahr einen Krankenhausaufenthalt hat oder viermal im Jahr den Arzt kontaktiert und dieser ein Arzneimittel und ein Heilmittel zu Lasten der AOK verordnet. Sollten mehrere Leistungen in einem Jahr in Anspruch genommen werden müssen, so müssen in der höchsten Einkommensklasse maximal 120 € aus der eigenen Tasche bezahlt werden. (vgl. AOK-Hessen 2007)

Die Krankenkassen können im Rahmen dieser gesetzlichen Bestimmungen konkurrierende Tarifkonzepte anbieten. Viele Kassen haben diese neue Möglichkeit bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.04.2007 „in zum Teil abenteuerlicher Vielfalt“ (Paquet 2007: 5) medienwirksam genutzt. Insbesondere Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife wurden kräftig beworben. Hierdurch hat sich entgegen den Hoffnungen des Gesetzgebers die Transparenz für die Versicherten nicht erhöht, sondern eher verschlechtert.

Eine Bewertung der monetären Wahltarife kann sich auf vier Zusammenhänge konzentrieren. Erstens werden die mit dem GKV-WSG ausgeweiteten Tarife für Selbstbehalte, Kostenerstattungen und Beitragsrückzahlungen dem solidarischen GKV-Finanzierungssystem ceteris paribus Beitragsmittel entziehen. An dem Mittelabfluss durch Selbstbehalt- und Beitragsrückerstattungstarife wird selbst die Forderung nach einer Aufkommensneutralität von Wahlтарifen nichts ändern. Denn es werden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nur „gute Risiken“ für diese monetären Wahltarife entscheiden (sog. „Mitnahmeeffekte“). Hierdurch können monetäre Wahltarife praktisch nicht aufkommensneutral sein. Ein (ex-post) Ausgleich bei Selbstbehalten würde sich nur in dem unwahrscheinlichen Fall ergeben, wenn die Krankenkasse die Prämienzahlungen an jene Versicherte, die die „Wette“ auf ihre Gesundheit gewonnen haben, durch die Selbstbehalte jener Versicherten, welche die „Wette“ auf ihre Gesundheit verloren haben, kompensieren könnte. Andernfalls wären die Aufsichtsbehörden nach drei Jahren unter Umständen dazu gezwungen, die Wahltarife wieder einzukassieren.

Zweitens sollen finanzielle Anreize einen gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützen und den Gedanken der eigenverantwortlichen Krankheitsprävention stärken. Der vorliegende Wissensbestand über die Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten spricht allerdings eindeutig gegen diese These. Denn das individuelle Gesundheitsverhalten unterliegt nicht dem Handlungskalkül, dass das Bild des „homo oeconomicus“ zeichnet. Gesundheit ist in der konkreten Lebenssituation allenfalls eines unter vielen Zielen und sicherlich nicht immer das Wichtigste. Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen stiften für das Individuum zumeist einen unmittelbar gegenwärtigen Nutzen. Im Unterschied dazu ist das Eintreten einer Erkrankung als Folge solcher Handlungen ein lediglich mögliches Ereignis in der Zukunft. Dass Individuen - sofern keine anderen Hürden den bisherigen Lebensgewohnheiten im Wege stehen - gesundheitsschädliches Verhalten mit der vagen Aussicht auf künftige Kosteneinsparungen aufgeben, ist eine unrealistische Erwartung. Hier wird im Hinblick auf die eigene Gesundheit ein Kosten-Nutzen-Kalkül unterstellt, das in der sozialen Realität nicht existiert.

Drittens ist die gesundheitspolitische Hoffnung, mit Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarifen sowie Beitragsrückzahlungen unnötige Leistungen verhindern zu können („moral hazard“), fragwürdig. Denn zum einen kommt es auch hier zu Mitnahmeeffekten durch Versicherte mit „guten Risiken“. Zum anderen zeigt die Erfahrung, dass Versicherte, die sich für Selbstbehalte entscheiden, sowohl auf medizinisch notwendige wie auch nicht-notwendige Leistungen verzichten. Insbesondere für einkommensschwache Haushalte

stellt der Selbstbehalt eher eine Hürde für einen notwendigen Arztbesuch als einen finanziellen Anreiz zur Vermeidung unnötiger Leistungen dar.

Viertens fördern monetäre Wahltarife die Risikoselektion als Wettbewerbsstrategie von Krankenkassen, weil diese junge, gesunde und wohlhabende Versicherte als Zielgruppe auserkoren haben. Verstärkt durch die Risikoselektion stärken die monetäre Wahltarife die Ideologie des rational kalkulierenden und seinen Nutzen maximierenden Versicherten. Diese egoistisch-rationale Handlungsorientierung widerspricht jedoch dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung, welches besagt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen ohne Rücksicht auf die vorher geleisteten Sozialversicherungsbeiträge geschieht. Mit monetären Wahltarifen hält daher das Äquivalenzprinzips verstärkt Einzug in die GKV.

4.2. Wahltarife II: Qualitätswettbewerb durch Verpflichtung und Marktkonzentration?

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen ab dem 1. April 2007 dazu verpflichtet, ihren Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Wahltarife mit der Möglichkeit von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen anzubieten (§ 53 Abs. 3 SGB V). Hierbei handelt es sich um Modelle zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen (§ 73c SGB V), strukturierte Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten (§ 137f SGB V), Modellvorhaben (§ 63 SGB V) und die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V). Diese zweite Gruppe von Wahltarifen unterliegt ebenfalls den bereits genannten Beschränkungen des Gesetzgebers, dass sie sich auf mittlere Frist selbst finanzieren müssen (§ 53 Abs. 9). Im Unterschied jedoch zu den monetären Wahltarifen dürfen Arbeitslose, sog. Hartz-IV-Empfänger und Sozialhilfebezieher diese Wahltarife auswählen. Zudem entfällt bei diesen Wahltarifen die Mindestbindungsfrist (§ 53 Abs. 8 SGB V).

Im Unterschied zur bisherigen Gesetzeslage können Krankenkassen ihren Versicherten Prämienzahlungen anbieten. Zuzahlungsermäßigungen (und auch Beitragssatzermäßigungen) für Patienten, die an einer hausarztzentrierten Versorgung, einem strukturierten Behandlungsprogramm oder einer integrierten Versorgung teilnehmen, sind bereits im GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt wurden; dasselbe gilt für die Auflage zur Selbstfinanzierung („Aufkommensneutralität“) dieser Versorgungsformen. Während es für Patienten also finanzielle Anreize geben kann, damit diese sich z.B. in strukturierte Behand-

lungsprogramme chronischer Erkrankungen (DMPs) einschreiben oder an integrierten Versorgungsprojekten teilnehmen, bleibt der Anreiz für Leistungserbringer von der Ausgestaltung des jeweiligen Versorgungsvertrages abhängig. Denn sowohl die finanziellen Zuweisungen für DMPs aus dem Risikostrukturfonds als auch die Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung in Höhe von einem Prozent des ambulanten und stationären Budgets fließen zunächst an die Krankenkassen, wenn diese einen entsprechenden Versorgungsvertrag abschließen. Aus der Perspektive von (einzelnen) Leistungserbringern entsteht daher ein finanzieller Anreiz durch den Abschluss *zusätzlicher* Versorgungsverträge mit den Kostenträgern.

Welche Effekte auf die Wettbewerbsstrategien der Krankenkassen und die Wettbewerbsordnung in der GKV sind von den versorgungsbezogenen Wahlтарifen zu erwarten? Erstens ist die Forderung nach Aufkommensneutralität versorgungsbezogener Wahlтарife unrealistisch. Es lässt sich feststellen, dass „alle bisher bekannten Projekte dieser Art zu *Mehrkosten* geführt haben. Obwohl die Politik ganz intensiv an die kostendämpfende Wirkung solcher Projekte glaubt, konnten Einsparungen bisher nicht nachgewiesen werden.“ (Paquet 2007: 5f). Für die Kassen folgt hieraus, dass sie vermutlich nur geringe Prämienzahlungen ausschütten und nur solche Versorgungsformen anbieten werden, die zusätzliche Mittel einbringen, also vor allem strukturierte Behandlungsprogramme und verschiedene Modelle integrierter Versorgung.

Zweitens kann der gesetzgeberische Druck auf die Krankenkassen, versorgungsbezogene Wahlтарife anzubieten, dazu führen, dass kleinere Krankenkassen in Schwierigkeiten geraten. Denn kleinere Krankenkassen, wie z.B. zahlreiche Betriebskrankenkassen (BKKen), verfügen weder über ausreichende konzeptionelle noch administrative Kapazitäten, um die neuen Versorgungsformen für ihre Versicherten in allen Regionen anbieten zu können. Da die Versorgung in der Regel regionsbezogen stattfindet, sind kleinere Krankenkassen folglich zu Kooperationen oder gar zu (kassenartenübergreifenden) Fusionen gezwungen. Die in der Folge zu erwartende Konzentration auf Kassenseite wird deren Verhandlungsmacht gegenüber der Leistungserbringerseite stärken.

5. Steuerungseffekte der Regulierung der „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV

5.1. Gesetzliche Regelungen: Versicherungspflicht, Altersrückstellungen und Basistarif

Die Bestimmungen des GKV-WSG zum Versicherungssystem sehen recht weit reichende Veränderung vor. Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 soll eine generelle Versicherungspflicht eingeführt werden. Bereits im Jahr 2007 erhalten alle Nicht-Versicherten ein Rückkehrrecht in das System - also GKV oder PKV -, in dem sie zuletzt krankenversichert waren (bei der PKV: in den Basistarif, s.u.). Solche Personen, die bisher überhaupt nicht krankenversichert waren, haben entsprechend ihrem beruflichen Status Zugang zu den jeweiligen Versicherungssystemen.

Dabei bleibt die bisherige Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung erhalten. Lediglich die Wechselmöglichkeit von der GKV zur PKV wird etwas erschwert, denn nun muss ein Versicherter die Jahresarbeitsentgeltgrenze (47.700 Euro) an drei aufeinander folgenden Jahren überschritten haben, bevor er in die PKV wechseln kann. Bisher musste ein Arbeitnehmer nur im zurückliegenden Jahr die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und es absehbar sein, dass dies auch im kommenden Jahr der Fall sein würde. Die Modalitäten der Grenzziehung zwischen GKV und PKV sind für beide Systeme sehr wichtig. Immerhin sind knapp 8,7 Millionen (12,3 Prozent) der gut 70 Millionen GKV-Versicherten freiwillig versichert (BMG 2006). Sie bringen mit rund 20 Milliarden Euro 14,4 Prozent der gesamten GKV-Beitragseinnahmen auf (BMG 2007). Die Zahl der freiwilligen GKV-Mitglieder ist damit etwa genau so groß wie die der Personen in der privaten Krankenvollversicherung, anders ausgedrückt: Die PKV könnte ihr Versicherungsvolumen durch eine vollständige Erschließung dieses Geschäftsfeldes verdoppeln.

Sieht die Gesundheitsreform also keine wesentlichen Änderungen an der Grenze zwischen GKV und PKV vor, so beinhaltet sie jedoch mit Blick auf die Binnenstrukturen der PKV eine Reihe von Neuerungen. Vor allem die Tarifgestaltung wird zum Teil neuen Bestimmungen unterworfen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Wettbewerb innerhalb der PKV sowie zwischen beiden Systemen zu intensivieren. In diesem Zusammenhang werden die privaten Versicherungen ab dem 1.1.2009 dazu verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, dessen Leistungsumfang dem der GKV - also dem bisherigen PKV-Standardtarif - entspricht, der aber neuen Zugangs- und Finanzierungsbestimmungen unterliegt. So ist ein Leistungsausschluss in diesem Versicherungssegment nicht möglich, und es ist den privaten Krankenversicherungen hier auch nicht gestattet, eine individuelle

Prüfung des Gesundheitszustands der Versicherten durchzuführen oder zugangsberechtigte Versicherte abzulehnen. Eine Prämiendifferenzierung ist jedoch weiterhin in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Versicherten gestattet.

Der Basistarif wird für alle freiwillig in der GKV Versicherten sowie für alle neu in die PKV eintretenden Versicherten geöffnet. Die bisher privat krankenversicherten Personen erhalten nur im ersten Halbjahr 2009 die Gelegenheit, in den Basistarif zu wechseln. Danach haben sie nur dann ein Zugangsrecht, wenn sie älter als 55 Jahre sind oder hilfsbedürftig werden. Die Beschränkungen für diese Bestandsversicherten wurden auf Intervention der PKV-Lobby in das Gesetz eingefügt.

Der Beitrag für den Basistarif darf den durch die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV begrenzten Höchstbeitrag (derzeit etwa 500 Euro pro Monat) nicht überschreiten. Ist der Versicherte mit der Bezahlung der Prämie finanziell überfordert, wird der Tarif um bis zu fünfzig Prozent reduziert. Der Differenzbetrag muss von der Gemeinschaft der Versicherten des privaten Krankenversicherers aufgebracht werden. Ist der betreffende Versicherte auch dann noch finanziell überfordert, so können maximal weitere 25 Prozent vom zuständigen Hilfeträger aufgebracht werden.

Des Weiteren dürfen PKV-Versicherten bei einem Wechsel innerhalb der PKV künftig einen Großteil ihrer Altersrückstellungen mitnehmen. Gegenwärtig ist eine Mitnahme der Altersrückstellungen nicht möglich. Dies führt dazu, dass für privat Krankenversicherte der Wechsel innerhalb der PKV kaum attraktiv ist und der Wettbewerb in der PKV sich weitgehend auf die Erstversicherung beschränkt.

5.2. PKV - GKV: mit mehr Wettbewerb auf dem Weg zur Konvergenz?

Die Einführung eines Rückkehrrechts in das System, in dem man zuletzt krankenversichert war, und die Einführung einer Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger stellen eine Verbesserung gegenüber dem bisherigen Zustand dar. Sie dürften dazu beitragen, die in den letzten Jahren stark gewachsene Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz deutlich zu verringern. Allerdings hat diese Versicherungspflicht nichts mit dem Konzept einer *solidarischen Bürgerversicherung* gemeinsam, das ja gerade das Ziel verfolgt, die Bürgerinnen und Bürger in *einem* Versicherungssystem zusammenzuführen.

Vielmehr hält das GKV-Modernisierungsgesetz an der prinzipiellen Trennung zwischen GKV und PKV fest. Nach wie vor existieren also zwei parallele, auf unterschiedlichen

Prinzipien beruhende Versicherungssysteme. Damit ist es den finanziell besser gestellten Bevölkerungsgruppen gestattet, lediglich ihr individuelles, zudem zumeist deutlich geringeres Krankheitsrisiko privat zu versichern. Darüber hinaus wurde auch kein Finanztransfer von der PKV zur GKV eingeführt: Die PKV wird - anders als etwa in den Niederlanden - nach wie vor nicht in den Risikostrukturausgleich einbezogen, und nicht einmal die anfangs noch vorgesehene Portabilität von Altersrückstellungen beim Wechsel von der PKV in die GKV wurde realisiert. Damit bleibt eine unrühmliche Besonderheit des deutschen Gesundheitswesens bestehen: Unter den Mitgliedstaaten der alten EU-15 gestattet kein anderes Land den Besserverdienenden, sich der Solidargemeinschaft der Versicherten bei der Finanzierung von Krankenbehandlungskosten derart weitgehend zu entziehen.

Demgegenüber stellen die Veränderungen im System der PKV durchaus einen tief greifenden Einschnitt dar. Insbesondere die Bestimmungen zum Basistarif sind hier von Bedeutung. Da hier keine Risikozuschläge erhoben werden können und die Höhe des Tarifs in der erwähnten Weise gesetzlich begrenzt werden soll, werden die Mehrkosten in diesem Versicherungssegment auf die Gemeinschaft der PKV-Versicherten umgelegt werden. Dies führt vermutlich zu Prämienanhebungen in der PKV.

Aber nicht allein dieser Sachverhalt erklärt den heftigen Widerstand des PKV-Verbandes gegen den Basistarif. Hinzu kommt, dass er auch ordnungspolitisch von einer gewissen Tragweite ist, denn mit ihm werden Solidarelemente in die Finanzierung der PKV eingebaut. Die Berechnung der Prämienhöhe in der PKV erfolgt nun nicht mehr allein auf der Basis des individuellen Krankheitsrisikos, sondern auch auf der Grundlage einer Kalkulation des Umfangs der notwendigen Quersubventionierung. Personen im Normaltarif werden also künftig die Behandlung von Personen, die aus finanziellen oder gesundheitlichen Gründen in den Basistarif gewechselt sind, bezuschussen müssen. Insofern stellt das GKV-WSG auch eine Abkehr von bisherigen Finanzierungsprinzipien der PKV dar.

Des Weiteren dürfte auch die Portabilität der Altersrückstellungen zu einer Prämienerrhöhung in der PKV beitragen, weil die im Fall eines Wechsels bei der Krankenkasse verbliebenen Rückstellungen bisher als Stornogewinne zur Prämienenkung verwendet wurden und dieser Mechanismus nun weitgehend entfällt. Die Portabilität der Altersrückstellungen stellt eine Umverteilung von den Nicht-Wechslern zu den Wechslern unter den Privatversicherten dar. Sie erleichtert den PKV-Versicherten künftig einen Wechsel ihrer Krankenversicherung und dürfte dazu führen, dass der Wettbewerb in der PKV sich nicht mehr nur auf die Erstversicherung beschränkt, sondern auf die Bestandsversicherten ausdehnt. Möglicherweise dämpft dies künftig den Prämienanstieg in der PKV, so dass auch die

Nicht-Wechsler unter den Bestandsversicherten letztlich von der Portabilität der Altersrückstellungen profitieren.

Aus gegenwärtiger Sicht sind zuverlässige Schätzungen über die *Höhe* des Prämienanstiegs im PKV-Normaltarif, den das GKV-WSG nach sich ziehen wird, noch nicht möglich. Der PKV-Verband hat im Reformprozess Steigerungsraten von 30 Prozent kolportiert, jedoch dürfte diese Größenordnung - aus leicht erkennbarem Interesse - deutlich übertrieben sein. Vor allem sind die Umverteilungswirkungen innerhalb der PKV durch die erwähnten Beschränkungen der Zugangsrechte zum Basistarif erheblich eingeschränkt worden. Da zurzeit noch keine Aussagen über den Umfang der finanziellen Effekte des Basistarifs möglich sind, lassen sich auch die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Konkurrenzverhältnis zwischen GKV und PKV noch nicht prognostizieren. Zudem sind das Wahlverhalten der Versicherten sowie die Handlungsstrategien insbesondere der privaten Krankenversicherungsunternehmen noch unbekannte Variablen. Aus Sicht der PKV-Unternehmen wird sich zum einen die grundsätzliche Frage stellen, ob sie den Basistarif für Bestandsversicherte und Neukunden attraktiv oder unattraktiv ausgestalten sollen. Zum anderen dürften sie sich bei einer verschärften Konkurrenz mit der GKV aber auch veranlasst sehen, stärker über die Anwendung solcher Instrumente zur Steuerung des ärztlichen Leistungsgeschehens nachzudenken, die in den vergangenen Jahren zunehmend in die GKV und in die Vertragspolitik der gesetzlichen Krankenkassen Einzug gehalten haben (Richtlinien, Leitlinien, Qualitätssicherung, Disease Management etc.). Insofern könnte das „golden age of doctoring“ (McKinlay/Marceau 2002), das in den meisten wohlhabenden Staaten schon längst Vergangenheit ist, auch in der deutschen PKV bald ein Ende finden.

Auf der einen Seite bleibt also die Grenzziehung zwischen GKV und PKV auch mit dieser Reform erhalten. Allerdings vollziehen sich innerhalb der einzelnen Systeme Veränderungen, die auf eine Konvergenz der beiden Systeme hinauslaufen könnten, denn die Privatisierungstendenzen in der GKV werden mit den erwähnten Wahlтарifen weiter gestärkt, während in die PKV mit den Bestimmungen über den Basistarif erstmals Elemente eines Solidarausgleichs eingezogen werden. Ob diese Reformen sich tatsächlich als Keimzelle eines einheitlichen Versicherungssystems erweisen werden, bleibt abzuwarten. Wenn am Ende dieses Prozesses tatsächlich eine Bürgerversicherung stehen sollte, so ist zu befürchten, dass es sich um eine Bürgerversicherung handelt, in der das Solidarprinzip stark ausgehöhlt ist.

6. Schluss

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass das GKV-WSG nicht dazu beitragen wird, den von der Bundesregierung propagierten solidarischen Wettbewerb um Qualität zu etablieren. Weder werden die Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung der Krankenbehandlung behoben – das GKV-WSG bewirkt vielmehr eine Verschärfung derselben: die Gesundheitsreform der Großen Koalition belastet vor allem Versicherte und Patienten. Noch eignen sich die Veränderungen in der Finanzierungsstruktur und an den Wettbewerbsparametern dazu, die Strategie der Krankenkassen primär auf die Ziele Qualität und Solidarität auszurichten. Die wesentlichen Konsequenzen, die das GKV-WSG für den Wettbewerb der Krankenkassen hat, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es kommt zu einer Verschärfung des Kassenwettbewerbs. Der Druck in Richtung Einsparungen und Kostenreduzierungen wird erhöht. Im Ergebnis werden Kassen fusionieren und der Konzentrationsprozess wird beschleunigt.
- Die unterschiedlichen Wettbewerbspositionen der gesetzlichen Krankenkassen werden durch den Gesundheitsfonds und den (unvollständigen) Morbi-RSA nur teilweise ausgeglichen.
- Im Wettbewerb der Kassen um Versicherte existieren daher weiterhin starke Anreize zur Risikoselektion, sowohl bezogen auf das Einkommen als auch auf den Gesundheitszustand der Versicherten.
- Das Instrument des Zusatzbeitrags wird weniger die ineffizienten und qualitativ schlechteren Kassen bestrafen als die mit der „ungünstigeren“ Versichertenstruktur.
- Die Möglichkeit umfassend monetäre Wahltarife anzubieten, eröffnet neue Optionen gezielter Risikoselektion durch die Kassen. Die Tendenz zur Entsolidarisierung der GKV-Finanzierung wird damit verstärkt.
- Die versorgungsbezogenen Wahltarife beinhalten ein Potenzial zur Qualitätsverbesserung. Sie werden jedoch nicht zu Einsparungen auf Seiten der Krankenkassen führen, sondern vermutlich höhere Ausgaben erzeugen. Es bleibt daher abzuwarten, wie intensiv diese Tarifförmlichkeiten tatsächlich beworben und eingesetzt werden.
- Das GKV-WSG erzeugt einen Trend zur Konvergenz der Regulierung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Derzeit ist unklar, wie sich diese Ten-

denz (z.B. die Einführung des Basistarifs) auf den Wettbewerb um freiwillig Versicherte auswirken wird. Perspektivisch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen weiter geöffnet wird.

Literatur

- Amhof, R. / Böcken, J. (2007): Neue Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung: Versichertenpräferenzen und Erfolgspotenziale. In: Die BKK, Jg. 95, Heft 3: 111-117.
- AOK-BV - Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (2006): AOK - Die Gesundheitskasse. Zahlen und Fakten 2005/2006. <http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/service/zuf2006.pdf> Stand: 11.04.2007.
- AOK-Hessen – Allgemeine Ortskrankenkasse Hessen (2007): Neu: Die AOK-Wahltarife. Entscheiden Sie selbst wie viel Sie zahlen! (Selbstbehalts tarife). <http://www.aok.de/hes/rd/189938.php> Stand: 12.04.2007.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit: 2005. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_603384/SharedDocs/Publikationen/Gesundheit/a-404-05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/a-404-05.pdf Stand: 11.04.2007.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2006): GKV-Versicherte nach Alter und Wohnort GKV-Statistik KM6 zum 1.Juli 2006, Stand: 14.9.2006. Bonn: BMG.
- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2007): Vorläufige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KV 45, 1.-4. Quartal 2006, Stand: 16.3.2007. Bonn: BMG.
- CDU/CSU/SPD (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG). Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD vom 24.10.2006. Deutscher Bundestag: Drucksache 16/3100.
- Deppe, H.U. (2000): Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. Frankfurt a.M.: VAS.
- Fiedler, M. (2002): Grund- und Wahlleistungen: Wer die Wahl hat, dem wird erst morgen schlecht. In: Paetow, H. / Fiedler, M. / Leonhardt, M. (Hrsg.): Therapien für ein krankes Gesundheitswesen. Orientierungspunkte für Versicherte, PatientInnen und Beschäftigte. Hamburg: VSA, 10-25.
- Gerlinger, T. / Mosebach, K. / Schmucker, R. (2006): Mehr Gerechtigkeit durch den Gesundheitsfonds? In: Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 36: 615-620.
- GKV-WSG (2007) - Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 30. März 2007. BGBl. I S. 378.
- Hickel, R. (2007): Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Finanzausschusses des Deutschen Bundestags zur geplanten „Einführung einer Abgeltungssteuer“ am 7. Mai 2007 in Berlin (Reichstag). <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/m1607.pdf> Stand: 11.06.07.
- Jacobs, K. (2006): Zur bevorstehenden GKV-Finanzierungsreform: Wissen sie wirklich, was sie tun? In: Soziale Sicherheit 54: 403-407.
- McKinlay J.B. / Marceau, L.D. (2002): The End of the Golden Age of Doctoring. In: International Journal of Health Services 32: 379-416.
- Mosebach, K. (2005): Erosion of the Tax Basis. Fiscal Policy and International Tax Competition. In: Beck, S. / Klobes, F. / Scherrer, C. (eds.): Surviving Globalization? Perspectives for the German Economic Model. Dordrecht: Springer, 157-177.
- Paquet, R. (2007): Wahl tarife als Wettbewerbsrisiko für die GKV. In: Der gelbe Dienst 25, 7: 5-6.
- Rürup, B. / Wille, E. (2007): Finanzielle Effekte des vorgesehenen Gesundheitsfonds auf die Bundesländer. Gutachten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit. Darmstadt und Mannheim, 3. Januar 2007. http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Home/Neueste-Nachrichten/gutachten-ruerup-wille,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gutachten-ruerup-wille.pdf Stand: 10.01.2007.

Schawo, D. / Schneider, W. (2006): Die Wirkungen der Härteregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung. Eine statistische Simulationsanalyse. http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/politik/studie_zusatzbeitrag.pdf Stand: 15.01.2007.

Stock, S. / Lungen, M. / Lauterbach, K.W. (2006): Der Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. Basis für einen solidarischen Kassenwettbewerb? In: Soziale Sicherheit 54: 407-412.

TKK - Techniker Krankenkasse (2006): „Immer in Bewegung“ – Geschäftsbericht 2005. http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03_presse-center/r02_geschaeftsbericht/geschaeftsbericht_pdf,property=Data.pdf Stand: 11.04.2007.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- | | | |
|----------|--|-----------------------|
| 2005 - 1 | Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb (Dezember 2005) | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2006 – 1 | Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik (April 2006) | Schutzgebühr 2,50 EUR |
| 2007 – 1 | Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen | Schutzgebühr 1,50 EUR |

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21