

# RPG

Band 23 | Heft 4 | 2017

4 | 2017

## RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

### ■ Übersicht

**Zukünftige Entwicklung des  
GKV-Beitragssatzes  
Mögliche Pfade und  
Dämpfungsmaßnahmen**

### ■ Zur Diskussion gestellt

**Die Finanzierung der medizinischen  
Behandlungspflege in der stationären  
Altenhilfe – eine Herausforderung in der  
19. Legislaturperiode**

### ■ Wissenschaftspreis

**Genetische Information  
zwischen Informations- und  
Verschwiegenheitsinteressen**

**Kooperative Kostensteuerung  
in der Hilfsmittelversorgung –  
was können wir von Frankreich lernen?**

#### HERAUSGEBER

V. Ulrich  
G. Marckmann,  
J. Taupitz  
E. Wille  
S. Moser  
J. Stoschek (Schriftleiter)

#### MITHERAUSGEBER

S. Böhm  
B. Brennecke  
A. Elmer  
R. von Esebeck  
G. Fischer  
O. Kirst  
M. Linz  
K. Maag  
G. Noelle  
H. Platzer  
U. A. Richter  
G. Schneider  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

#### Autoren des Heftes

Christine Arentz  
Christina M. Berchtold  
Hanno Heil  
David Leopold  
Volker Ulrich  
Ilona Vilaclara

## Editorial

Die Gesetzliche Krankenversicherung steht derzeit so gut wie schon lange nicht mehr da. Dass dies angesichts der absehbaren demografischen Veränderungen auf Dauer nicht so bleiben wird, wird in den aktuellen Diskussionen allzu gerne ausgeblendet. In diesem Heft finden Sie eine Prognose über mögliche Finanzierungsschwierigkeiten, sollten sich Einnahmen und Ausgaben wie in den vergangenen Jahren weiter so entwickeln.

Der Blick in die Zukunft sollte Europa nicht übersehen. Zwar ist eine Harmonisierung der Gesundheitsversorgung der einzelnen Mitgliedstaaten der EU in den europäischen Verträgen nicht vorgesehen. Gleichwohl befördern die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes sowie unter anderem das europäische Wettbewerbsrecht in einigen Bereichen eine gewisse Vereinheitlichung. Vor diesem Hintergrund und angesichts des BREXIT stellt sich die Frage, ob diese Entwicklung alternativlos ist.

Damit beschäftigt sich das Symposium der GRPG zum Thema „Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen?“ am 23. Februar 2018 in Berlin im Zusammenhang mit der Mitgliederversammlung.

Das Präsidium der GRPG würde sich sehr freuen, Sie in Berlin begrüßen zu dürfen. Das Programm finden Sie in diesem Heft und aktuell im Internet unter [www.grpg.de](http://www.grpg.de)

Jürgen Stoschek  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

## Übersicht

Zukünftige Entwicklung des GKV-Beitragsatzes  
Mögliche Pfade und Dämpfungsmaßnahmen  
*Christine Arentz | Volker Ulrich* 127

## Zur Diskussion gestellt

Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe – eine Herausforderung in der 19. Legislaturperiode  
*Hanno Heil | David Leopold* 148

## Wissenschaftspreis

Genetische Information zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen  
*Christina M. Berchtold* 153

Kooperative Kostensteuerung in der Hilfsmittelversorgung – was können wir von Frankreich lernen?  
*Ilona Vilaclara* 161

**Buchbesprechung** 166

## Mitteilungen der Gesellschaft

Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen? 168

## Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausch und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

## Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

### Herausgeber

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich  
Lehrstuhl VWL und Gesundheitsökonomie  
Universität Bayreuth  
Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth

Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Universität München  
Lessingstraße 2, 80336 München

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz  
Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Internationales Privatrecht und Rechtsvergleichung  
Universität Mannheim  
Schloss Mittelbau West  
68131 Mannheim

Prof. Dr. Eberhard Wille  
Mitglied des Sachverständigenrates  
Universität Mannheim, L7, 3–5,  
68131 Mannheim

Dipl.-Ingenieurin Susanne Moser  
Kederbacherstraße 42  
81377 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek  
(Schriftleiter)  
Geroldsreuth 61  
95179 Geroldsgrün

### Mitherausgeber

S. Böhm  
B. Brennecke  
A. Elmer  
R. von Esebeck  
G. Fischer  
O. Kirst  
M. Linz  
K. Maag  
G. Noelle  
H. Platzer  
U. A. Richter  
G. Schneider  
G. Schulte  
K. Schulz-Asche  
A. Tecklenburg  
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2016 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

### Verlag

PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH  
Holmblick 10  
24857 Fahrdrorf  
Telefon 04621 39 29 951  
Telefax 04621 39 29 949  
E-Mail: info@planimed-online.de

*Bankverbindung:* Volksbank Ulm-Biberach  
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2017 PLANiMED  
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Christine Arentz | Volker Ulrich

# Zukünftige Entwicklung des GKV-Beitragsatzes

## Mögliche Pfade und Dämpfungsmaßnahmen

### 1. Einführung

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat in den letzten Jahren stark von der positiven konjunkturellen Lage in Deutschland profitiert: Durch den Anstieg der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung kam es zu einer höheren Anzahl von Beitragszahlern und damit höheren Beitragseinnahmen. Zudem wurden regelmäßig Beitragsbemessungsgrenzen und Versicherungspflichtgrenzen angehoben, was zu einer weiteren Erhöhung der Beitragseinnahmen führte.<sup>1</sup> Durch die positive Entwicklung auf der Einnahmenseite sind frühere Diskussionen um Ausgabenbegrenzungen oder – weitergehend – Rationierung von Leistungen nahezu völlig aus der öffentlichen Diskussion verschwunden, während in den europäischen Nachbarländern über unterschiedliche Zugangshürden versucht wird, die Ausgaben in den Krankenversicherungssystemen zu begrenzen.<sup>2</sup>

Angesichts der anstehenden demografischen Veränderungen ist bereits heute abzusehen, dass die umlagefinanzierte

gesetzliche Krankenversicherung vor großen Herausforderungen steht. Bei einer abnehmenden Anzahl von potentiellen Beitragszahlern und einer steigenden Anzahl von Leistungsempfängern wird es bei unverändertem Leistungskatalog zu steigenden Beitragssätzen kommen. Hinzu kommen Wechselwirkungen mit den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts, der im Vergleich zur Demografie einen noch stärkeren Treiber der künftigen Gesundheitsausgaben darstellen dürfte.<sup>3</sup> Die Auswirkungen auf die Beitragssätze der GKV zeigen bereits vorliegende Arbeiten, wie bspw. von Niehaus (2008), Postler (2010), Gasche/Rausch (2016) oder Kochskämper (2017). Die zugrunde liegenden Annahmen und Berechnungsmethoden unterscheiden sich zum Teil erheblich, ergeben aber selbst bei sehr konservativen Annahmen<sup>4</sup> einen Druck auf die Beitragssätze der GKV.

Um zu verdeutlichen, welche Auswirkungen die Demografie und der medizinisch-technische Fortschritt auf die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung haben könnten, wird in der

vorliegenden Arbeit ein Modell entwickelt, das auf bestimmten Annahmen zur Versicherten-, Beitrags- und Ausgabenentwicklung basiert (vgl. Kapitel 2 und 3). Grundlage der Prognose des Beitragssatzes sind Fortschreibungsfaktoren, die sich aus der Betrachtung der Vergangenheit ergeben. Damit ist diese Prognose als Gedankenexperiment zu werten, da die Entwicklung nicht exakt so eintreten wird. Diese Status quo-Prognose soll aber verdeutlichen, in welcher Größenordnung sich die Beitragssätze der GKV bewegen würden, wenn sich die Trends aus der Vergangenheit bei Einnahmen und Ausgaben auch in Zukunft so fortsetzen würden. Innerhalb dieses Modells werden verschiedene Szenarien berechnet, um die Bandbreite möglicher Entwicklungen zu verdeutlichen. Betrachtet werden die Zeiträume 2015 bis 2030 (mittlere Sicht) und 2015 bis 2060 (lange Sicht).

### 2. Beschreibung des Grundmodells für die Prognose mit dem Basisjahr 2015

Aus dem Grundprinzip der einkommensabhängigen Beitragserhebung in der GKV ergibt sich, dass die Versicherten in der Phase des aktiven Erwerbslebens im Durchschnitt mehr in die GKV einzahlen, als sie an Leistungen benötigen. In der Rentenphase ist die Beitragsbemessungs-

1 So stieg die Beitragsbemessungsgrenze von 3.525 € pro Monat in 2005 auf 4.350 € pro Monat in 2017. Die Versicherungspflichtgrenze stieg von 3.900 € pro Monat in 2005 auf 4.800 € pro Monat in 2017 (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016c)) und <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/neuregelungen-2017.html#c8567>, zuletzt abgerufen am 17.3.2017.

2 Vgl. Finkenstädt (2017).

3 Vgl. hierzu auch Felder (2006), Felder (2012), Breyer/Ulrich (2000) oder Bowles/Greiner (2012).

4 So nimmt bspw. Kochskämper (2017) an, dass sich die Einnahmen und Ausgaben in Zukunft nahezu gleich entwickeln werden. Dies ist ein Szenario, das relativ unwahrscheinlich ist: Der Blick in die Vergangenheit zeigt, dass die Ausgaben in der GKV durchgehend schneller gewachsen sind als die Einnahmenbasis (vgl. Kapitel 3.3).

grundlage wesentlich niedriger als in der Erwerbsphase, während die Ausgaben altersbedingt steigen. In der Folge sind Rentner im Durchschnitt Nettoempfänger in der GKV und darauf angewiesen, dass ausreichend Beitragszahler in das System einzahlen, um die Beitragsdefizite zu finanzieren. Für das Basisjahr der folgenden Prognose müssen Daten zu den Einnahmen, den Ausgaben und der Versicherungsstruktur der GKV vorliegen. Das aktuellste Jahr, das zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Studie all diese Informationen umfasst, ist das Jahr 2015, das deshalb als Startpunkt für die Prognose gewählt wird.

### 2.1 Herleitung der altersabhängigen Beitragszahlung

Über die Höhe der Beitragszahlungen im Lebensverlauf liegen für die GKV keine direkt verfügbaren Daten vor. Die Finanzergebnisse der GKV weisen nur durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen getrennt für Mitglieder und Rentner aus. Daher werden für die vorliegende Arbeit Querschnittsprofile aus den Daten der Deutschen Rentenversicherung des Jahres 2015 konstruiert.<sup>5</sup>

Diese altersabhängigen Beitragszahlungen beziehen sich nur auf abhängig Beschäftigte, da keine Daten zu den altersabhängigen Einkommen von Selbständigen vorliegen. Bei den abhängig Beschäftigten wird sowohl der vom Arbeitnehmer als auch der vom Arbeitge-

ber gezahlte Anteil berücksichtigt. Dies erscheint sinnvoll, da auch der Arbeitgeberanteil vom Angestellten erwirtschaftet werden muss und die gleiche Altersverteilung aufweist wie der Arbeitnehmeranteil.

In den Daten der Deutschen Rentenversicherung werden die von den Rentenversicherten erzielten Jahresentgelte in 2.500 € Schritten für einzelne Altersklassen für das gesamte Bundesgebiet differenziert nach Geschlecht ausgewiesen. Daraus lassen sich für jedes Alter und Geschlecht die durchschnittlichen Jahresentgelte für Gesamtdeutschland berechnen.

#### 2.1.1 Übertragung der Rentenversicherungsdaten auf die GKV

Sollen die Daten der Rentenversicherung auf die GKV übertragen werden, müssen die Unterschiede der beiden Systeme beachtet werden. Sowohl die Personenkreise der GKV und Rentenversicherung unterscheiden sich als auch die Regeln, nach denen das Einkommen verbeitragt wird. Diese Unterschiede werden mit den verfügbaren Daten zu den Versichertenbeständen berücksichtigt.

Im Gegensatz zur GKV gibt es in der Rentenversicherung keine Versicherungspflichtgrenze, sondern nahezu alle Arbeitnehmer – ob Angestellte oder Arbeiter – sind in der Rentenversicherung pflichtversichert.<sup>6</sup> Die Versicherungspflichtgrenze in der GKV lag 2015 bei 54.900 €.

Nach Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes von 2013 waren 914.994 Arbeiter und Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze in der PKV, die rentenversicherungspflichtig sind.<sup>7</sup> Es kann davon ausgegangen wer-

den, dass auch 2015 in etwa diese Zahl an Personen in der Rentenversicherungstatistik enthalten, aber in der PKV versichert ist und damit für die Berechnung der GKV-Einnahmen herausgerechnet werden muss. Insgesamt befinden sich 2015 etwa 4 Millionen Personen in der Rentenversicherung, die ein Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze der GKV erzielten.<sup>8</sup> Nach dem sich so ergebenden Verhältnis wird die Versichertenzahl der Rentenversicherung bei den Personen, die über der Versicherungspflichtgrenze der GKV verdienen, um knapp 23 % reduziert. Die restlichen Versicherten werden der GKV zugeordnet.

Berücksichtigt wird zudem die niedrigere Beitragsbemessungsgrenze in der GKV von 49.500 € im Jahr 2015. Für die Beitragsberechnung werden nur Einkommen bis zu dieser Grenze herangezogen.

#### 2.1.2 Berücksichtigung der Mitversichertenquote

Um einen durchschnittlichen GKV-Versicherten mit seinen beitragspflichtigen Einnahmen abzubilden, muss zusätzlich beachtet werden, dass in der GKV nicht nur Erwerbstätige versichert, sondern auch Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert sind. Diesen Personen ist kein Einkommen zuzuordnen, auf das Beiträge erhoben werden kann. Die so erforderliche Korrektur der beitragspflichtigen Einnahmen ist mit Hilfe der Mitgliederstatistik KM 6 des Gesundheitsministeriums und der dort angegebenen altersabhängigen Mitversichertenanteile möglich. Dadurch, dass diese Mitversicherten keine beitragspflichtigen Einnahmen erzielen, reduzieren sie die Durchschnittsentgelte und führen zu einem geringeren Verlauf der Beitragsprofile.

5 Dieses Vorgehen ist analog Niehaus (2013) entnommen. Quelle für die Daten ist das Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung (statistik-rente.de): Aktiv Versicherte, Beschäftigte ohne Beitragsbesonderheiten im Berichtsjahr 2015, Verteilung nach Klassen (2.500 EUR) erzielter Jahresentgelte im gesamten Bundesgebiet sowie nach Alter (Altersgruppen) am Jahresende. Abrufbar unter [https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20\\_SY0520%2F10\\_Bl\\_Extern%2F10\\_Global%2F10\\_Versicherung%2F20\\_Berichte%2FBesch%2FC3%A4ftigte+o.+B.+im+Berichtszeitraum+-+erzielte+Entgel.srx%28Report%29](https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2F20_SY0520%2F10_Bl_Extern%2F10_Global%2F10_Versicherung%2F20_Berichte%2FBesch%2FC3%A4ftigte+o.+B.+im+Berichtszeitraum+-+erzielte+Entgel.srx%28Report%29). Zuletzt abgerufen am 22.2.2017.

6 Einzelne Gruppen, wie z. B. Rechtsanwälte, können sich in einem eigenen Versorgungswerk versichern.

7 Eigene Auswertung der EVS (2013).

8 Eigene Berechnung auf Basis der Rentenversicherungsstatistik.

Tabelle 1: Durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen der Rentner in der GKV 2015

Ermittlung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der Rentner im Jahr 2015			
	Daten aus dem Rentenversicherungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, hochgerechnet auf ein Jahr	Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit zur GKV	Umrechnung auf die Geschlechter
Männer	12.411,24 €	–	15.506,56 €
Frauen	9.785,40 €	–	12.225,84 €
Gesamt	10.909,92 €	13.630,81 €	13.630,81 €

Quellen: Eigene Darstellung auf Basis von Daten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016)) und des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016d) und Bundesministerium für Gesundheit (2016a)).

### 2.1.3 Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner

Aus dem bisherigen Vorgehen ergeben sich die durchschnittlichen Beitragszahlungen bis zum Alter 67.<sup>9</sup> Aber auch Rentner führen Beiträge an die GKV ab. Bei der Verbeitragung der gesetzlichen Rentenzahlung findet analog zum Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag eine Aufteilung der Beiträge statt, die hälftig von den Rentnern und vom Rentenversicherungsträger getragen werden (§ 247, § 249a SGB V).

Zusätzlich sind auf Betriebs- und Zusatzrenten ebenfalls Beiträge zu zahlen (§ 237 SGB V). Für das Jahr 2015 errechnen sich aus den verfügbaren Daten beitragspflichtige Einnahmen je Rentner von ca. 13.631 €.<sup>10</sup>

Dieser Durchschnittsbetrag teilt sich unterschiedlich auf Männer und Frauen auf. Um die geschlechtsspezifischen Beitragszahlungen abzuschätzen, wer-

den Daten des Rentenversicherungsberichts 2016<sup>11</sup> herangezogen. Hier werden im Durchschnitt über die Geschlechter 10.909,92 € Gesamrentenzahlung je Rentner im Jahr 2015 ausgewiesen. Damit besteht eine Lücke zu den Werten, die sich aus den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ergeben. Diese Lücke ist vor allem mit der Verbeitragung von Betriebsrenten und anderen rentenähnlichen Zahlungen zu erklären. Um diese Rentenzahlungen in die Berechnung einfließen zu lassen, werden, wie in Tabelle 1 ersichtlich, bei beiden Geschlechtern die Werte gleichermaßen prozentual angehoben, und zwar in dem Maße, in dem die Daten des BMG im Schnitt über den Daten des Rentenversicherungsberichts für beide Geschlechter liegen. Durch dieses Vorgehen wird implizit unterstellt, dass sich die Höhe der Betriebsrenten auf Frauen und Männer genauso verteilen wie der Gesamrentenzahlungsbetrag der gesetzlichen Rentenversicherung, der insbesondere bei Frauen auch die Witwenrente enthält. Es ist daher davon auszugehen, dass damit die Betriebsrenten der Frauen überschätzt und die der Männer unterschätzt werden.

### 2.1.4 Ermittlung der beitragspflichtigen Gesamteinnahmen 2015

Aus der Berücksichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen der Angestellten und Rentner sowie der Mitgliedsquoten ergibt sich für 2015 in der Summe eine leichte Abweichung der berechneten Summe der beitragspflichtigen Einnahmen zu den Angaben vom Bundesministerium für Gesundheit<sup>12</sup> (Unterschätzung von 0,7 %). Die beitragspflichtigen Einnahmen nach Alter und Geschlecht werden daher im Modell mit einem Korrekturfaktor hochgewertet, um in der Summe denselben Wert wie das Bundesministerium für Gesundheit zu erhalten.<sup>13 14</sup>

12 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016d), S. 16.

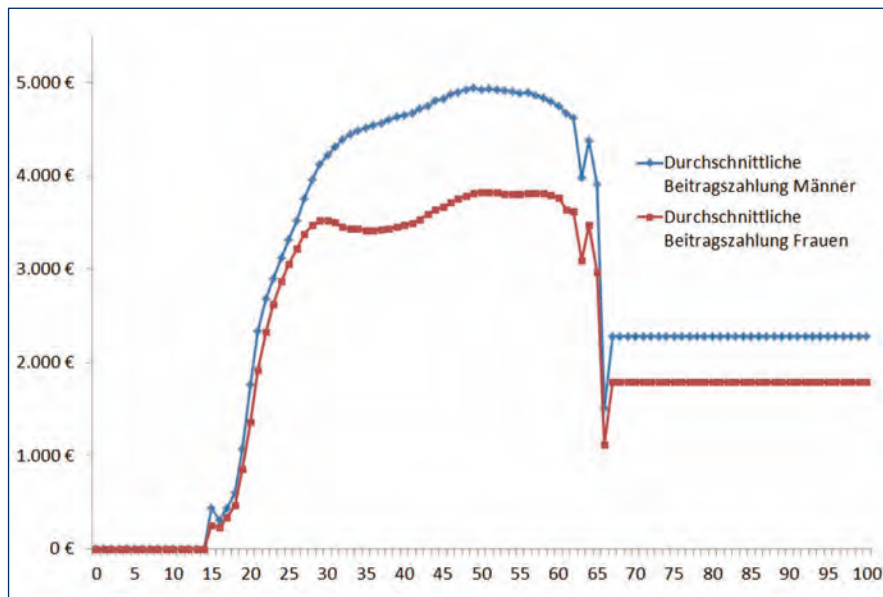
13 Durch die Übernahme der Daten aus der Rentenversicherung lässt sich zwar die richtige Summe an beitragspflichtigen Einnahmen errechnen, die innere Versichertenstruktur der GKV nach verschiedenen unterschiedlichen sozioökonomischen Merkmalen (ALG I, II –Empfänger, Arbeitnehmer in der Gleitzone, etc.) lässt sich dadurch jedoch nicht nachbilden. Dies ist für den Fokus dieser Arbeit jedoch nicht von Belang, weil die Einkommensumverteilungsströme hier nicht nachgebildet werden müssen.

14 Um auch auf denselben Betrag für die Beitrags-einnahmen zu kommen, müssen zudem noch die Beiträge für Künstler und geringfügig Beschäftigte berücksichtigt werden, die in den Rentenversicherungsdaten nicht enthalten sind. Dies wird für 2015 und 2016 berücksichtigt. Für die Folgejahre wird diese Größe vernachlässigt, weil sie nicht sinnvoll abzuschätzen ist. Dadurch dürfte es zu einer leichten Überschätzung des Beitragssatzes kommen, die allerdings marginal ausfallen dürfte, weil die Beiträge der geringfügig Beschäftigten und Künstler nur 1,7 % an den Gesamtbeitrags-einnahmen ausmachen.

9 Das Renteneintrittsalter von 67 Jahren gilt erst für die Jahrgänge ab 1964 (vgl. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232636/publicationFile/49694/rente\\_mit\\_67.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232636/publicationFile/49694/rente_mit_67.pdf), zuletzt abgerufen am 20.3.2017). Zur Vereinfachung wird das Renteneintrittsalter von 67 aber in der vorliegenden Arbeit für alle Jahrgänge eingesetzt.

10 Der Wert für das Jahr 2015 lässt sich aus der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen (Renten) von 228.253.514.099 € (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2016d), S. 16) dividiert durch die 16.745.408 Mitglieder der Kv dR (Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2016a)) ermitteln.

11 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016), S. 19.



**Abbildung 1: Durchschnittliche Beitragszahlung von Männern und Frauen in € in der GKV in 2015 (inkl. Arbeitgeber-/Rentenversicherungsanteil)**

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Rentenversicherungsstatistik für 2015 (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2016)).

## 2.1.5 Beitragsprofile über das Leben im Querschnitt von 2015

Aus den ermittelten Einkommen lassen sich unter Anwendung des im Jahr 2015 geltenden allgemeinen Beitragssatzes von 14,6 % die in Abbildung 1 dargestellten Profile der durchschnittlich in die GKV gezahlten Beiträge in Abhängigkeit des Lebensalters konstruieren. Berücksichtigt ist hier der vom Arbeitnehmer, vom Arbeitgeber und der von der Rentenversicherung getragene Anteil. Zusatzbeiträge werden in dieser Abbildung vernachlässigt.

In dieser Querschnittsbetrachtung wird der typische Verlauf der Beitragszahlung über das Leben deutlich. Im Kindesalter wird kein Beitrag zur GKV geleistet. Mit Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung sind eigene Beiträge prozentual bis zur Beitragsbemessungsgrenze vom Bruttolohn zu entrichten. Bei Berufsstart sind die Einkommen und somit auch die davon abhängigen Beitragszahlungen relativ niedrig. Mit zunehmendem Alter treten immer mehr Personen in einen Beruf ein. In Folge dessen

steigen die durchschnittlichen Einkommen und dadurch erhöhen sich auch die durchschnittlichen Beiträge. Zusätzlich wirken auch Lohnerhöhungen mit zunehmendem Alter der Versicherten. Mit dem Übergang ins Rentenalter sinken die Beitragszahlungen durch die Frühverrentung und Erwerbsminderungsrenten erst leicht, ab 67 Jahren dann stark, da die Durchschnittsrente deutlich niedriger als das Durchschnittseinkommen ausfällt.

Die Profile der Frauen verlaufen unterhalb denen der Männer, weil sie aufgrund von Familienphasen häufiger als Männer aus dem Beruf ausscheiden, danach oft nur in Teilzeit arbeiten und dadurch geringere Einkommen erzielen als Männer.

## 2.2 Ermittlung der altersabhängigen Gesundheitsausgaben

Im Folgenden werden die verfügbaren Daten zu den Gesundheitsausgaben, den Satzungsleistungen, den Verwaltungskosten und zum Krankengeld analysiert, um ein gesamtes Profil der Ausgaben nach Alter der Versicherten zu erstellen.

## 2.2.1 Gesundheitsausgaben

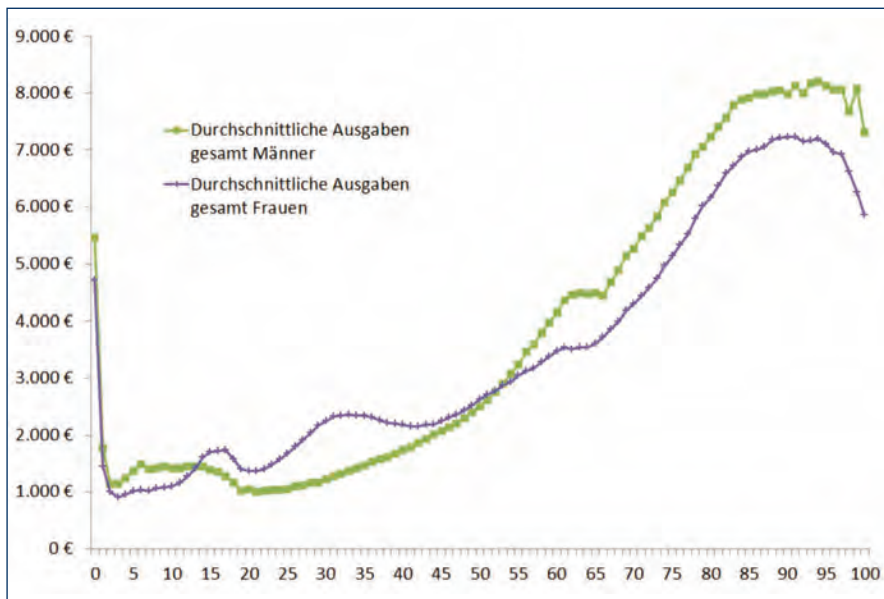
Die durchschnittliche Höhe der Gesundheits- und Krankengeldausgaben, die eine einzelne Person in Anspruch nimmt, ist altersabhängig. Dies ist die Folge häufigerer Krankheiten in höheren Jahren. Diese Erkrankungen verlaufen in größerem Ausmaß als bei Jüngeren chronisch und sind aufgrund ihrer Schwere auch in der Regel kostenintensiver als beispielsweise Infektionskrankheiten in der Jugend.<sup>15</sup> Ersichtlich wird dies aus den Daten, die das Bundesversicherungsamt (BVA) für die GKV erhebt. Das BVA ist für die Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds an die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zuständig. Bis 2008 erfolgte die Zuteilung der Mittel unter anderem nach den durchschnittlichen altersabhängigen Leistungsausgaben. Hierfür wurden die Ausgaben geschlechts- und altersabhängig ermittelt. Seit 2009 werden die Mittel im RSA auch direkt morbiditätsorientiert vergeben, indem die durchschnittlichen Kosten für 80 Krankheiten berücksichtigt werden.<sup>16</sup> Die alters- und geschlechterabhängigen Gesundheitsausgaben werden seit 2009 vom BVA weiterhin zur Verfügung gestellt.

Für diese Studie werden die Gesamtausgaben der GKV, also die vom BVA veröffentlichten Leistungsausgaben zuzüglich der Ausgaben für das Krankengeld und der Verwaltungskosten der gesetzlichen Kassen zugrunde gelegt. Hierzu werden die alters- und geschlechtsabhängigen Leistungsausgaben (Pro-Tag-Werte) des BVA verwendet. Die altersabhängige Höhe des Krankengelds wird ebenfalls aus den Angaben zu den Pro-Tag-Werten aus dem RSA berechnet.<sup>17</sup> Die Ver-

<sup>15</sup> Vgl. auch Niehaus (2008).

<sup>16</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2008).

<sup>17</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt (2016). Ab 2010 sind auch die Angaben zum Krankengeld nach Alter und Geschlecht verfügbar.



**Abbildung 2: Gesamtausgabenprofile nach Alter und Geschlecht in der GKV in 2015**

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Daten des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)).

waltungskosten werden erfasst, indem alle altersabhängigen Ausgaben entsprechend des Verhältnisses der gesamten Verwaltungskosten zu den gesamten Leistungsausgaben erhöht werden. Damit erfolgt eine Zuteilung proportional zur

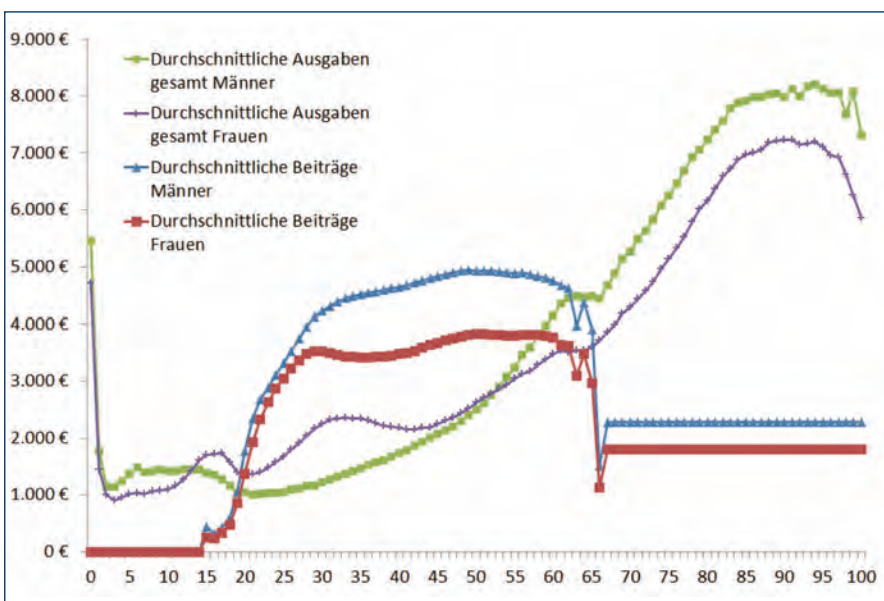
Leistungsinanspruchnahme. Dies impliziert die Annahme, dass Verwaltungskosten hauptsächlich bei der Leistungserbringung und -abrechnung anfallen. 2015 verbuchte die GKV 10,43 Mrd € Verwaltungskosten. Dies macht im Ver-

hältnis zu den Leistungsausgaben von 202,05 Mrd. € 5,2 % aus.<sup>18</sup>

Über die Verteilung und Zurechenbarkeit der Satzungsleistungen zu den einzelnen Lebensabschnitten liegen keine öffentlich verfügbaren Daten vor, so dass diese hier nicht einfließen können.

Aus der Zusammenführung der Leistungsausgabenprofile mit den Krankengeldprofilen und dem Aufschlag für die Verwaltungskosten ergeben sich dann die in Abbildung 2 dargestellten Altersprofile der relevanten Ausgaben in der GKV. Die Verteilung im Altersquerschnitt zeigt im ersten Lebensjahr relativ hohe Ausgaben, die von den Kosten für die Geburt und die häufigen ärztlichen Untersuchungen im ersten Lebensjahr bestimmt werden. Im Kindesalter fallen relativ wenige Ausgaben an. Diese sind für Jungen etwas höher als für Mädchen. Im gebärfähigen Alter ändert sich dies. Hier sind die jungen Frauen etwas ausgabenintensiver. Der starke Anstieg der Ausgaben erfolgt aber sowohl bei Frauen als auch bei Männern erst mit dem Alter, insbesondere jenseits der Erwerbsphase.<sup>19</sup>

In der Summe ergibt sich eine leichte Unterschätzung der Ausgaben im Vergleich zu den vom BMG veröffentlicht-



**Abbildung 3: Durchschnittliche Beitragszahlungen (inkl. Arbeitgeberanteil) und Leistungsausgaben (gesamt) in der GKV, jeweils nach Alter und Geschlecht in € in 2015**

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Daten der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2016) und des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)).

18 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016c).

19 In der Wissenschaft wird diskutiert, ob es tatsächlich einen kausalen Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsausgaben gibt (vgl. Cassel/Postler (2007)). Die red-herring-Hypothese besagt, dass nicht das Alter, sondern die Nähe zum Tod ausschlaggebend für die Kosten ist. Der steigende Ausgabenverlauf über den Lebenszyklus wäre nach dieser These dem Umstand geschuldet, dass in älteren Kohorten mehr Menschen sterben als in jüngeren. Diese These wurde ursprünglich von Zweifel et al. (1999) vertreten. Verschiedene Studien finden empirische Evidenz, die die These tendenziell untermauern, so etwa Felder u.a. (2010), Werblow et al. (2007) oder Karlsson et al. (2016). In anderen Studien erweist sich jedoch, dass der Großteil der Ausgabensteigerungen weiterhin vom Alter abhängt, bspw. zeigen dies Karlsson/Klohn (2013) für die schwedische Bevölkerung, Colombier/Weber (2011) mit Schweizer Daten und Breyer (09.03.2017) anhand von Daten einer großen deutschen Krankenkasse.

ten Ausgaben.<sup>20</sup> Diese Gesamtausgabenprofile werden der weiteren Analyse zugrunde gelegt.

### 2.3 Ergebnis der Gegenüberstellung von Ausgaben und Beiträgen: Nettozahler und Nettoempfänger

Eine Gegenüberstellung der altersspezifischen Ausgaben- und Beitragsprofile ergibt ein typisches Bild, das einen Großteil der Umverteilungswirkungen im Umlagesystem der GKV verdeutlicht (vgl. Abbildung 3). Dies ist bereits für frühere Jahre mehrfach in der Literatur beschrieben worden.<sup>21</sup>

Aus dem Vergleich der Beiträge und Leistungen lassen sich im Grundsatz drei Lebensphasen identifizieren:

**Kindes- und Jugendalter.** Im Kindes- und Jugendalter zahlen die Versicherten in der GKV noch keine Beiträge, benötigen aber Gesundheitsleistungen. Sie sind damit Nettoempfänger.

**Erwerbstätigenalter.** Im mittleren Alter ist ein Großteil der Personen erwerbstätig und zahlt relativ hohe Beiträge zur GKV. In dieser Lebensphase treten in der Regel geringe Gesundheitsprobleme und damit geringe Kosten auf. Zwar ist ab einem Alter von ca. 45 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Leistungen festzustellen und mit weiter zunehmendem Alter liegen die Kosten klar über den Kosten der Kindes- und Jugendphase, dennoch zahlen die Versicherten in dieser Phase noch deutlich mehr in die GKV ein als sie an Leistungen erhalten. Personen in dieser Lebensphase sind in der Regel Nettozahler in der GKV.

**Rentenalter.** Im Rentenalter sind die zu verbeitragenden Bezüge aus Rentenzahlungen und Betriebsrenten im

Durchschnitt bedeutend niedriger als in der aktiven Berufsphase. Die Gesundheitsausgaben erhöhen sich dagegen im Schnitt mit zunehmendem Alter, so dass in dieser Lebensphase in der Regel mehr Gesundheitsleistungen gebraucht, als mit den eigenen Beiträgen finanziert werden. Rentner tragen im Schnitt so nur einen Teil ihrer Gesundheitsausgaben selbst und sind damit Nettoempfänger. Stellt man die Ausgaben der Rentner ihren Beitragsleistungen gegenüber, tragen sie nur 44 % ihrer Kosten selbst. Müssten sie ihre Kosten vollständig selbst über Beitragszahlungen leisten, müssten sie einen GKV-Beitrag von knapp 35 % entrichten.<sup>22</sup>

Diese kursorischen Betrachtungen zeigen, wie stark die Rentnergenerationen in einem Umlageverfahren darauf angewiesen sind, dass ausreichend Beitragszahler in das System einzahlen, um ihre Beitragsdefizite zu decken. Umgekehrt verdeutlicht dies die hohen Belastungen für jüngere und nachkommende Generationen im GKV-System.

### 3. Künftige Entwicklung der GKV-Finanzierung

Derzeit ist die Finanzlage der GKV aufgrund von hohem Beschäftigungsstand und damit steigenden Beitragseinnahmen günstig. Allerdings werden die anstehenden demografischen Veränderungen in der umlagefinanzierten GKV zu steigenden Ausgaben und niedrigeren Einnahmen führen. Noch stärker als die rein demografische Komponente dürften auf der Ausgabenseite die Effekte des medi-

zinisch-technischen Fortschritts zu Ausgabensteigerungen führen.<sup>23</sup>

Diese Ausgabensteigerungen müssen ökonomisch kein Problem darstellen, wenn ihnen ein entsprechender Nutzen auf Seiten der Versicherten entgegensteht und sie daher eine entsprechende Zahlungsbereitschaft für diese Ausgaben hätten.<sup>24</sup> Auch in der privaten Krankenversicherung steigen die Ausgaben aufgrund von höheren Leistungen, die durch den technischen Fortschritt induziert werden. Dies kann allerdings auch auf entsprechende Präferenzen und Zahlungsbereitschaft der Versicherten zurückgeführt werden, da die Versicherten in der PKV den Leistungsumfang weitgehend selbst bestimmen können.<sup>25</sup> Im Gegensatz hierzu sind die Leistungen in der GKV für alle Versicherten weitgehend vorgegeben. Lediglich im Umfang der Satzungsleistungen ist eine gewisse Auswahl nach Präferenzen möglich. Zudem führt die Finanzierungsweise der GKV (Umlageverfahren und einkommensabhängige Beiträge) zu gesamtwirtschaftlichen Ineffizienzen, da sich negative Arbeitsmarkteffekte durch die Kopplung der Beiträge an die Einkommen ergeben können.<sup>26</sup> Darüber hinaus werden in der GKV jüngere Generationen stärker belastet, ohne selbst die

23 Vgl. Breyer et al. (2015).

24 Den höheren Kosten durch technischen Fortschritt stehen gleichzeitig beträchtliche gesundheitliche Verbesserungen gegenüber, wie beispielsweise der stetige Zuwachs an Lebenserwartung in den OECD-Ländern belegt (vgl. OECD 2015). Auch Cutler/McClellan (2001a) und Cutler/McClellan (2001b) gehen davon aus, dass der Nutzen durch technologische Innovationen deren Kosten übersteigt.

25 Eine Ausnahme bildet hier der Basistarif, der den Leistungskatalog der GKV nachbilden soll. In diesem Tarif waren 2015 29.400 Personen versichert (vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2016) S. 30). Dies entspricht einem Anteil von 0,3 % an den vollversicherten Personen.

26 Und dies sowohl auf Arbeitnehmerseite als auch – falls die Begrenzung der Arbeitgeberbeiträge auf 7,3 % wieder aufgehoben wird – auf Arbeitgeberseite.

22 Eigene Berechnungen auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben der Rentner im Jahr 2015 auf Basis von Daten des Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016d) und des Bundesversicherungsamtes (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)).

20 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), Ausgaben BVA, S. 14.

21 Vgl. Ulrich (2003), Fetzner (2005) oder Niehaus (2013).

Garantie zu haben, im Alter dasselbe Versorgungsniveau zu erhalten.<sup>27</sup>

Im folgenden Kapitel wird eine Abschätzung der Auswirkungen von Demografie und technischem Fortschritt auf die Beitragssätze der GKV vorgenommen. Für diese Abschätzung müssen Annahmen zur Entwicklung der Versichertenzahlen, der Einnahmen und der Ausgaben getroffen werden. Die Vorgehensweise wird im Folgenden erläutert.

### 3.1 Fortschreibung der Versichertenzahlen

Grundlage für die Vorausberechnung der Finanzierung der GKV ist die Prognose der Versichertenzahlen. Hierfür wird die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes herangezogen.<sup>28</sup> Anhand dieser Daten werden die jährlichen Veränderungsrate der Bevölkerung nach Alter und Geschlecht berechnet und auf das GKV-Kollektiv von 2015 übertragen. Dieses wurde aus den vom Bundesversicherungsamt veröffentlichten Altersausgabenprofilen, das die Ausgaben der Versicherten in Pro-Tag-Werten ausweist, errechnet. Mit diesen Daten kommt es allerdings zu einer Unterschätzung der Zahl der 0-Jährigen in der GKV, weil unterjährig Geborene nur anteilig in die Personenberechnung eingehen. Daher werden die vom Statistischen Bundesamt in der Bevölkerungsvorausberechnung für das Jahr 2015 angegebenen unter Einjährigen nach Geschlecht getrennt angesetzt und die privatversicherten unter Einjährigen (abgeleitet aus der Pflegepflichtversichertenstatistik des PKV-Verbandes) abgezogen. Die so berechneten GKV-Versicherten werden dann mit den jeweiligen jährlichen Veränderungsrate nach

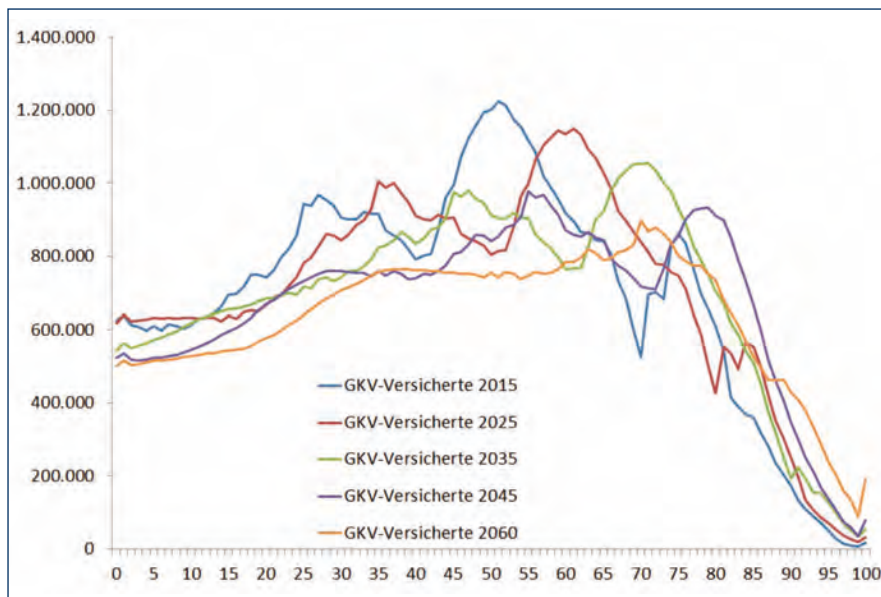


Abbildung 4: Entwicklung der GKV-Versichertenzahlen bis 2060

Quelle: Eigene Berechnungen der Versichertenzahlen auf Basis des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)) und der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt (2015)).

Alter und Geschlecht aus der Bevölkerungsvorausberechnung fortgeschrieben. Damit wird angenommen, dass sich das GKV-Kollektiv wie die Gesamtbevölkerung entwickelt.<sup>29</sup> Ferner wird unterstellt, dass die Mitgliederstruktur konstant bleibt.

Das Basisszenario bildet die Variante der Bevölkerungsvorausberechnung G1-L1-W2. Hier wird eine Geburtenrate von 1,4 Kinder pro Frau unterstellt, eine Lebenserwartung für Jungen, die 2060 geboren werden, von 84,4 Jahren und bei Mädchen von 88,8 Jahren sowie ein langfristiger Wanderungssaldo von 200.000. Damit wird die Variante mit etwas höherer Zuwanderung zugrunde gelegt, um den in den letzten Jahren stark gestiegenen Zuzug von Migranten zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden zudem die Varianten G2-L1-W2 (höhere Geburtenrate, 1,6 statt 1,4 Kinder pro Frau) und G1-L2-W2 (höhere Lebenserwartung, plus 1,9 Jahre gegenüber dem Basisszenario für Männer, plus 1,6 Jahre gegenüber dem Basisszenario für Frauen) verwendet, um die Wirkungen unterschiedlicher Annahmen zu Geburtenraten und Lebenserwartung auf den GKV-Beitragssatz abbilden zu können.

Im Basisszenario sind über die Jahre die Verschiebung der Babyboomer ins höhere Alter, eine starke Abnahme der GKV-Versicherten im erwerbsfähigen Alter und eine Zunahme der sehr Alten ersichtlich (vgl. Abbildung 4).<sup>30</sup> Die unterstellte Geburtenrate führt aufgrund der sinkenden Anzahl potentieller Mütter zu einer Abnahme der Zahl der Geburten.

27 Dagegen leistet die Kapitaldeckung in der PKV nicht nur Vorsorge für die steigenden Kosten im Alter, sondern generiert auch gesamtwirtschaftliche Vorteile (vgl. Wild/Arentz (2016)).

28 Vgl. Statistisches Bundesamt (2015).

29 Die Fortschreibung der Versicherten mit den Veränderungsrate der Gesamtbevölkerung aus der Prognose des Statistischen Bundesamtes wird auch von Kochskämper (2017) so durchgeführt.

30 Das lokale Maximum in Abbildung 4 verringert sich zwischen 2045 und 2060 durch das Ableben dieser Kohorten bzw. verschiebt sich in Altersklassen jenseits der 100 Jahre, die hier nicht mehr abgebildet werden.

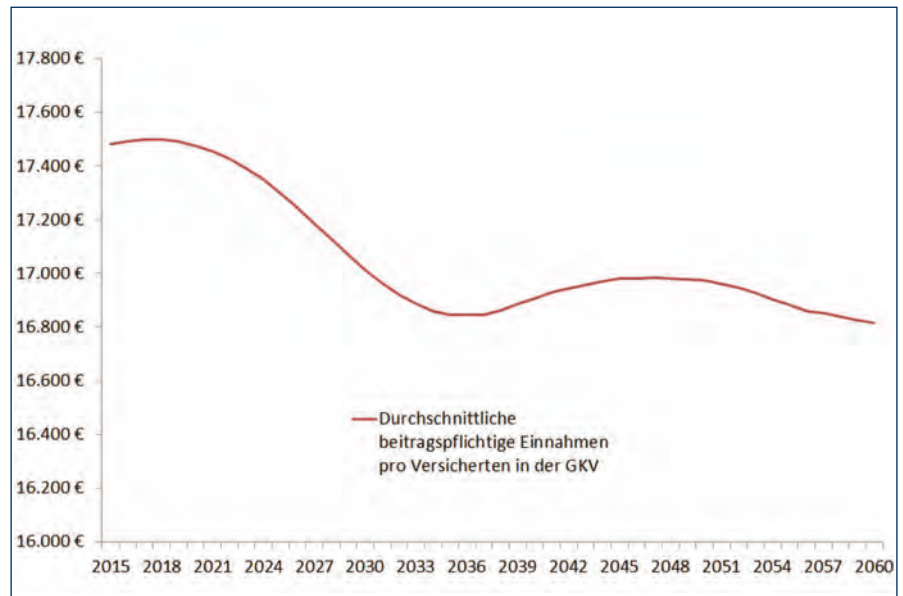
## 3.2 Der rein demografische Effekt

Mit der Fortschreibung der Versicherungszahl lassen sich nun unterschiedliche Szenarien durchspielen, die zeigen, wie sich die GKV-Finanzierung unter verschiedenen Rahmenbedingungen weiterentwickeln wird. Im ersten Szenario wird unterstellt, dass alle alters- und geschlechtsspezifischen Parameter (Gesundheitsausgaben, Einkommen, Mitversichertenquoten) auf dem Niveau von 2015 bleiben und sich nur die Struktur der Versicherten durch die Demografie verändert. Dieses Szenario macht deutlich, was passieren würde, wenn die Bevölkerung des Jahres 2015 entsprechend älter wäre, sich aber sonst nichts geändert hätte. Damit ist dieses Szenario eine rein theoretische Überlegung und wird so nie eintreten, liefert aber Erkenntnisse über die Wirkung des demografischen Wandels. Verdeutlicht werden die Auswirkungen dieses Wandels auf den Beitragssatz in einem Zeitraum bis 2030 und bis 2060.

### 3.2.1 Die Finanzierungsseite

Auf der Finanzierungsseite der GKV wird simuliert, wie sich die Einnahmen entwickeln würden, blieben die altersabhängigen Einkommen auf dem heutigen Niveau (würde es also keine Einkommenszuwächse und auch keine Verschiebungen in der Beschäftigungsstruktur in den einzelnen Altersklassen geben). Die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der GKV pro Versicherten lassen sich aus der Multiplikation der altersabhängigen Einkommen mit der jeweiligen Versicherungszahl und der Division durch die Gesamtzahl der Versicherten berechnen (vgl. Abbildung 5).

Zunächst steigt dieser Wert bis 2017 an. Grund hierfür ist – wie in Abbildung 5 ersichtlich –, dass sich die Babyboomer noch zum größten Teil im Erwerbsleben



**Abbildung 5: Entwicklung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen pro Versicherten in der GKV bis 2060**

Quelle: Eigene Berechnungen der Versicherungszahlen auf Basis des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)) und der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt (2015)). Einkommensverteilung auf Basis der Rentenversicherungsstatistik für 2015 (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2016)).

befinden, die Vorkriegsgeneration sterblichkeitsbedingt aber schrumpft. Damit verringert sich das Verhältnis von Rentnern zu Erwerbstätigen zunächst leicht. Spätestens nach 2020 ändert sich der Trend steigender durchschnittlicher Einkommen, da nun die geburtenstarken Jahrgänge nach und nach ins Rentenalter eintreten und damit niedrigere Renteneinkommen zur Verbeitragung zur Verfügung stehen. Dieser Rückgang wird sich bis 2037 fortsetzen, bis alle vor 1972 geborenen Personen in Rente sind.

### 3.2.2 Die Leistungsseite

Auf der Leistungsseite lässt sich eine vergleichbare Simulation durchführen, die zeigt, wie sich die Gesundheitsausgaben demografiebedingt ändern würden, wenn man die heutige Ausgabenstruktur zugrunde legt.

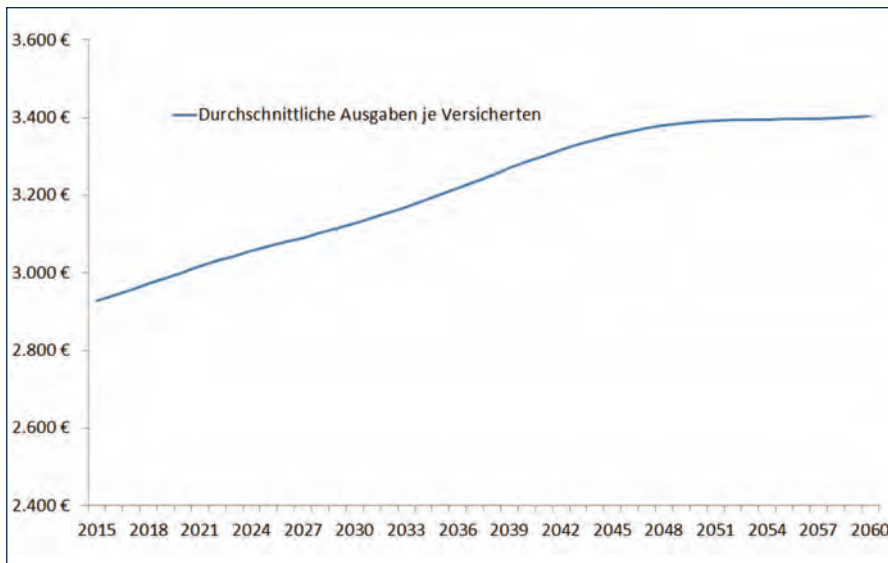
Die Alterung führt im Ergebnis zu stetig steigenden Gesundheitsausgaben, da sich die Bevölkerungsstruktur zum höheren Alter hin verschiebt. Die älteren Kohor-

ten sind damit stärker besetzt und damit die Altersklassen, die höhere Gesundheitsausgaben verursachen. Unabhängig von den unterschiedlichen Thesen zu der Auswirkung einer längeren Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben (Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese), führt die demografische Entwicklung damit zu steigenden Ausgaben. Sichtbar wird die Entwicklung durch Bildung der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten (vgl. Abbildung 6).

Die durchschnittlichen Ausgaben steigen allein aufgrund der demografischen Entwicklung stetig bis 2060 an. Dieser Ausgabenanstieg berücksichtigt also noch nicht die Auswirkung der Kostensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts.

### 3.2.3 Beitrags- und Leistungsseite

In der gleichzeitigen Betrachtung der Beitrags- und der Leistungsseite zeigt sich, dass die Finanzierungsbasis schrumpft,



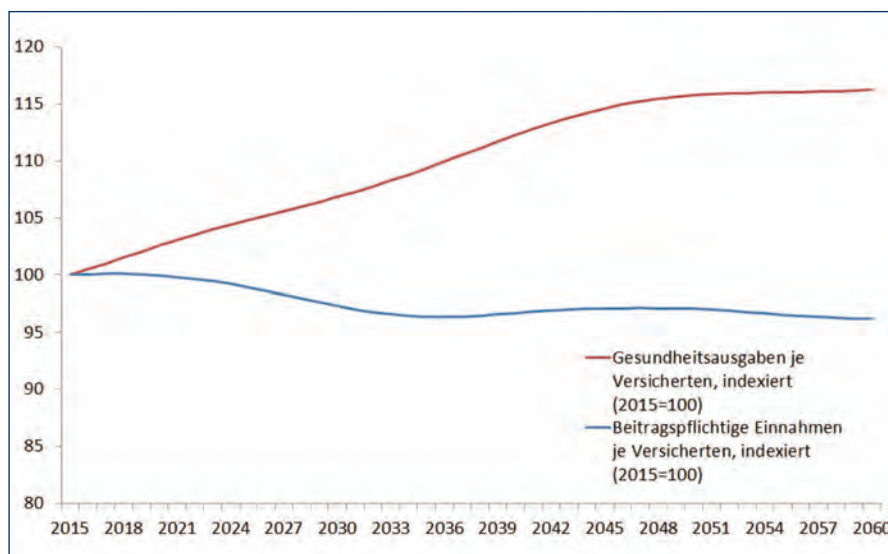
**Abbildung 6: Entwicklung der durchschnittlichen Ausgaben pro Versicherten in der GKV bis 2060 (Demografieszenario)**

Quelle: Eigene Berechnungen der Versichertenzahlen auf Basis der Daten des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)) und der 13. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt (2015)). Ausgabenstruktur auf Basis der Daten des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)).

während die Ausgaben steigen. Deutlich wird dies in Abbildung 7, in der sowohl die beitragspflichtigen Einkommen als auch die Gesundheitsausgaben – jeweils je Versicherten – auf Basis von 2015 normiert

wurden. Diese beiden Größen laufen bis 2060 allein aufgrund der demografischen Entwicklung deutlich auseinander.

Um zu berechnen, wie sich diese Entwicklung auf den Beitragssatz auswirkt,



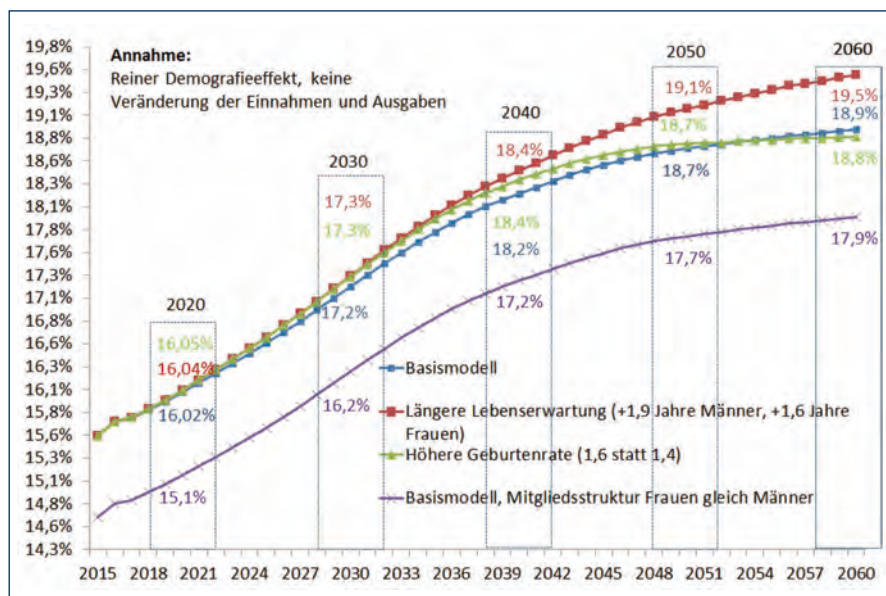
**Abbildung 7: Entwicklung der Gesundheitsausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV bis 2060, indexiert (2015=100) (Demografieszenario)**

Quelle: Eigene Berechnungen der Versichertenzahlen auf Basis der Daten des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)) und des Statistischen Bundesamtes (vgl. Statistisches Bundesamt (2015)). Ausgabenstruktur auf Basis der Daten des Bundesversicherungsamts (vgl. Bundesversicherungsamt (2016)). Einnahmen auf Basis der Rentenversicherung (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2016)).

wird der Beitragssatz so festgesetzt, dass die aus den beitragspflichtigen Einnahmen generierten Beiträge die Ausgaben decken. Ob dieser Beitragssatz sich aus einem allgemeinen Beitragssatz und Zusatzbeiträgen zusammensetzt oder paritätisch finanziert wird, ist eine politisch zu entscheidende Frage. Ausschlaggebend ist, dass der Gesamtbeitrag mit Bundeszuschüssen dazu geeignet wäre, die Ausgaben zu finanzieren. Für die Bundeszuschüsse wird in diesem Szenario unterstellt, dass sie ab 2017 ebenfalls konstant bleiben (14,5 Mrd. €).

Abbildung 8 zeigt den Verlauf des Beitragssatzes, der sich aus diesem Vorgehen bis 2030 ergeben würde. Im Basismodell würde er von 2015 (15,5 %) auf knapp 16 % in 2020 und auf 17,2 % in 2030 ansteigen. Im Vergleich zum Basismodell würde eine längere Lebenserwartung bis 2030 erwartungsgemäß zu einem höheren Beitragssatz (+0,11 Beitragssatzpunkte) führen, ebenso eine Steigerung der Geburtenrate (+0,10 Beitragssatzpunkte), da mehr Geburten zunächst zu mehr Ausgaben führen, denen keine Beiträge gegenüberstehen. Erst ab Mitte der 2050er Jahre entfaltet sich ein leichter beitragsatzsenkender Effekt durch eine höhere Geburtenrate.

Einen stabilisierenden Effekt auf die Einnahmen der GKV könnte von höheren Erwerbstätigenquoten ausgehen, wie ein Blick in die Vergangenheit zeigt: Betrachtet man die Erwerbsquote, also die Relation von Erwerbstätigen zur Gesamtbevölkerung, so ist in Deutschland ein kontinuierlicher Anstieg seit 2005 zu verzeichnen: Hatte Deutschland 2005 noch eine Erwerbstätigenquote von 69 %, lag sie 2014 bei 78 %. Getrieben wurde dieser Zuwachs vor allem durch die höhere Erwerbsbeteiligung von Frauen: Diese wuchs im selben Zeitraum um 10 Prozentpunkte von 63 % auf 73 %, während die der Männer um 6 Prozentpunkte



**Abbildung 8: Prognostizierter GKV-Beitragssatz in Folge des reinen Demografieeffekts bis 2060 in unterschiedlichen Varianten**

Quelle: Eigene Berechnungen.

anstieg (von 76 % auf 82 %). Deutschlands Erwerbstätigenquote gehört damit sowohl insgesamt als auch bei den Frauen zu den höchsten Europas. Nur Schweden hat noch leicht höhere Quoten (80 % Erwerbstätigenquote insgesamt und 78 % bei den Frauen).<sup>31</sup> Es ist daher fraglich, wie viel Stabilisierungspotential noch von diesem Faktor in Zukunft ausgehen kann.<sup>32</sup> <sup>33</sup> Trotzdem wird hier modelliert, welcher beitragsatzsenkende Effekt

auch in Zukunft von Steigerungen in der Erwerbstätigkeit von Frauen ausgehen könnte. Dafür wurde die – sehr optimistische – Annahme getroffen, dass Frauen in allen Altersgruppen dieselben Mitgliedsquoten aufweisen wie Männer.<sup>34</sup> Wie in Abbildung 8 ersichtlich, hätte dies im Vergleich den stärksten beitragsenkenden Effekt (-1 Prozentpunkt gegenüber dem Basisszenario). Dies liegt auch daran, dass die Veränderungen gegenüber dem Basismodell hier am größten sind. Dagegen wirken sich die Variation der Geburtenrate und der Lebenserwartung nur geringfügig aus. Trotzdem kann auch in diesem sehr optimistischen Szenario ein Beitragssatzanstieg durch die Demografie nicht vermieden werden. Zudem ist es höchst fraglich, ob die Erwerbstätigkeit von Frauen noch deutlich über das heutige Niveau angehoben werden kann, da die Erwerbstätigenquote in Deutschland – wie bereits erwähnt – im europäischen Vergleich schon sehr hoch ist.

<sup>34</sup> Da die Auswirkungen auf den Lohn unklar sind, werden dieselben Fraueneinkommen wie im Basismodell zugrunde gelegt.

Die Beitragssatzanstiege aufgrund der demografischen Entwicklung mögen zunächst gering erscheinen. Deshalb ist es hilfreich, sich klarzumachen, was diese Beitragsbelastung für die Mitglieder in absoluten Beträgen ausmachen würde. Im Jahr 2015 betragen die durchschnittlichen Gesamteinnahmen (inkl. Bundeszuschüsse) pro Mitglied knapp 3.969 €<sup>35</sup> bei einem Gesamtbeitragssatz von 15,5 % (inkl. durchschnittliche Zusatzbeiträge). Erhöht sich dieser Gesamtbeitragssatz auf 17,2 % (2030), erhöht sich die durchschnittliche Beitragsbelastung pro Mitglied um rund 435 € im Jahr, bei einem Beitragssatz von 18,9 % (2060) um 870 €. Zu beachten ist, dass im Demografie-szenario weder die Einnahmen- noch die Ausgabenseite dynamisiert werden. Das heißt, es bildet ab, wie viel ein heutiges Mitglied zahlen müsste, wenn es in einer Gesellschaft mit der Altersstruktur von 2030 bzw. 2060 leben würde. Es zeigt sich, dass ein Mitglied in diesem Fall knapp 11 % bzw. knapp 22 % mehr an Krankenversicherungsbeitrag entrichten müsste.<sup>36</sup>

Zudem muss beachtet werden, dass neben der GKV auch die anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme wie Pflege, Rente, Unfall- und Arbeitslosenversicherung mit den Folgen der demografischen Entwicklung konfrontiert werden. In der Summe ergeben sich Sozialversicherungsabgaben, die für die kleiner werdende Anzahl von erwerbstätigen Beitragszahlern finanziell überfordernd sein dürften.<sup>37</sup> Zudem sind negative

<sup>35</sup> An GKV-Einnahmen waren insgesamt in 2015 laut endgültigen Rechenergebnissen der GKV 212.557.540.947 € zu verzeichnen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016b), S. 5) bei 53.555.557 Mitgliedern in 2015 (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2016a)).

<sup>36</sup> Vgl. zu diesen Überlegungen auch Niehaus (2008), S. 81-82.

<sup>37</sup> Schon heute ist die Steuer- und Abgabenlast in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch. Vgl. OECD (2017). Siehe auch Beznoska/Hentze (2017) und Döhrn u.a. (2017).

Effekte auf den Arbeitsmarkt aufgrund steigender Lohnkosten und damit negativer Zweitrundeneffekte auf die Sozialversicherung zu erwarten: Angesichts der hohen Belastung von Arbeit durch Sozialversicherungsabgaben dürften die Unternehmen vorsichtiger mit Einstellungen neuer Arbeitnehmer sein bzw. Arbeit durch Kapital ersetzen. Der damit einhergehende Rückgang von Beschäftigung wirkt sich wiederum negativ auf die Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherungen aus, was wiederum steigende Beitragssätze zur Folge hat.

### 3.3 Prognose bei Fortschreibung der Vergangenheit

Die Vorausberechnung des vorangegangenen Abschnittes wird so nicht eintreten, weil sich die übrigen Rahmenbedingungen neben der Bevölkerungsstruktur ebenfalls verändern werden. So sollte aus der vorangegangenen Simulation nicht der Schluss gezogen werden, der demografische Wandel würde für sich genommen zu keinen großen Problemen führen. Sowohl die Einkommen, die Einkommensstruktur als auch die Ausgaben und die Ausgabenstruktur werden sich verändern. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst das zukünftige Geschehen.

#### 3.3.1 Modellannahmen

Um die zukünftige Entwicklung des Beitragssatzes neben der Demografie abzuschätzen, sind Annahmen zu der künftigen Entwicklung der Einnahmen- und Ausgabensituation notwendig. Da insbesondere der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts schwer vorherzusagen ist, bietet es sich an, die Entwicklung aus der Vergangenheit im Sinne adaptiver Erwartungen, als eine mögliche Fortschreibungsvariante anzusetzen. Folglich wird die Annahme zugrunde gelegt, dass der Anteil des medizinisch-technischen Fortschritts am Ausgabenwachstum kon-

stant bleibt, was eine eher konservative Schätzung zur Folge hat.<sup>38</sup> Ausschlaggebend für den Beitrag ist die Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Betrachtet man die letzten 20 Jahre vor dem in dieser Studie angesetzten Basisjahr 2015 lässt sich feststellen, dass die Ausgaben pro Jahr und pro Kopf stärker gestiegen sind als die beitragspflichtigen Einnahmen: Im Zeitraum 1995-2015 wuchsen die beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied um 1,46 % p.a., während die Ausgaben pro Kopf im Durchschnitt um 2,95 % p.a. zunahmen.<sup>39</sup> Im kürzeren Zeitraum von 2005–2015 ergeben sich Werte von 1,77 % p.a. für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und 3,84 % für die Ausgaben. Mithin ergibt sich eine noch höhere Spreizung zwischen Einnahmen und Ausgaben. In der vorliegenden Studie wird mit dem etwas konservativeren Szenario 1995–2015 gerechnet.

Diese Faktoren von 1995–2015 werden in der Beitragssatzprognose als ein Szenario zugrunde gelegt (vgl. Kapitel 3.3.2). Im

38 Für eine kostensenkende Wirkung des technischen Fortschritts gibt es zumindest in der Vergangenheit keine Anhaltspunkte. Die Wahrscheinlichkeit ist derzeit angesichts immer neuer Fortschritte in der Medizin hoch, dass sich der Kostendruck durch den technischen Fortschritt eher erhöhen wird. Sollten die Regulierungen im Gesundheitssystem so geändert werden, dass mehr Anreize zur Einführung von Prozessinnovationen gesetzt werden, kann sich dies in Zukunft ändern. Dies wird durch eine Variierung des Ausgabenwachstums berücksichtigt (vgl. Kapitel 3.3.3).

39 Eigene Berechnung auf Basis der Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit: Die Fortschreibungsfaktoren für die Ausgaben sind der Tabelle „Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €). Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete“ entnommen, abrufbar unter: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=77820946&nummer=627&p\\_sprache=D&p\\_indsp=22850490&p\\_aid=20999253](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=77820946&nummer=627&p_sprache=D&p_indsp=22850490&p_aid=20999253), zuletzt abgerufen am 28.3.2017. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen beruhen auf den Daten aus der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit: Kennzahlen und Faustformeln, verschiedene Jahrgänge. Berechnet wurde jeweils das geometrische Mittel der jährlichen Veränderungsdaten.

Ergebnis erhält man die Situation, die sich voraussichtlich einstellen würde, wenn sich die Trends der Vergangenheit auch in Zukunft so fortsetzen. Die Entwicklung der Bundeszuschüsse ist schwer vorherzusagen. Gesetzlich ist eine Fixierung des Bundeszuschusses auf 14,5 Mrd. € ab 2017 vorgesehen. Im vorliegenden Modell wird damit gerechnet, dass der Bundeszuschuss dynamisiert wird, und zwar mit derselben Rate, mit der die beitragspflichtigen Einnahmen wachsen. Dies führt zu geringeren Beitragssätzen als im Fall der Fixierung des Bundeszuschusses und ist der Annahme geschuldet, dass es politisch leichter ist, mehr Steuern ins System fließen zu lassen, als den allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen.<sup>40</sup> Zum Vergleich wird der Beitragssatz ohne Dynamisierung des Bundeszuschusses im Basismodell ermittelt.

Zusätzlich zu diesem Ausgangsszenario wird die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben variiert (vgl. Kapitel 3.3.3). In diesen Szenarien wird also deutlich, welche Beitragssatzeffekte von einem weiter kostentreibenden technischen Fortschritt bzw. umgekehrt von kostensparenden (Prozess-)Innovationen zu erwarten sind.

Die hier vorgenommene Modellbildung impliziert eine Reihe von Annahmen. So bedeutet die Beibehaltung der Ausgabenprofilform und die Fortschreibung mittels eines einzigen Faktors aus der Vergangenheit, dass die Morbiditätsentwicklung, die Preissteigerungen, der Anteil des medizi-

40 Der Bundeszuschuss wurde schon in der Vergangenheit außerplanmäßig erhöht, siehe auch Ulrich (2014). So kam es im Rahmen des sog. Konjunkturpakets II zu Erhöhungen des Bundeszuschusses in 2009 und 2010. Der allgemeine Beitragssatz konnte dadurch um 0,6 % gesenkt werden, wurde aber 2011 wieder angehoben (vgl. Bäcker (2017), S. 19-21). Für 2017 wurden aus den Reserven des Gesundheitsfonds 1,5 Mrd. € entnommen, um die Versorgung der Asylbewerber und die Einführung von telemedizinischer Infrastruktur zu finanzieren (Bäcker (2017), S. 4). Dadurch konnten die Zusatzbeiträge der Kassen im Durchschnitt stabil gehalten werden.

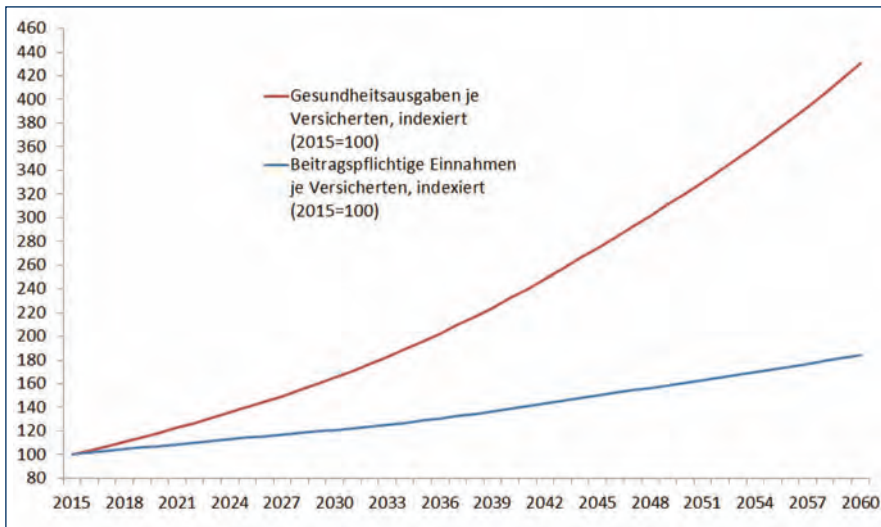


Abbildung 9: Indizierte Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen und Ausgaben je Versicherten in der GKV bei Fortschreibung der Entwicklung von 1995–2015 (Basismodell)

Quelle: Eigene Berechnungen.

nisch-technischen Fortschritts, die Mengenveränderungen und die politischen Eingriffe dieses Zeitraums auch für die Zukunft angenommen werden. Mögliche Konsequenzen einer Veränderung der Erkrankungslast<sup>41</sup> werden ebenso wenig analysiert, wie die Folgen weiterer politischer Eingriffe. Auch auf der Beitragsseite wird die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt in der Beobachtungsphase durch das gewählte Vorgehen für die Zukunft konserviert, indem die Profilform durch einen Faktor fortgeschrieben wird. All diese Faktoren sind jedoch kaum pro-

gnostizierbar, so dass eine Vorausberechnung unter Verwendung jeweils eigener Parameter für diese Größen keine bessere Aussagekraft erhält.

Bestimmend für die künftige Beitragssatzentwicklung ist vor allem die Differenz zwischen dem Faktor, mit dem sich

die Ausgabenprofile erhöhen, und dem Faktor, mit dem sich die Einkommensprofile heben.<sup>42</sup> Wird diese Differenz, die in der hier vorgenommenen Simulation auf 1,49 Prozentpunkte gesetzt wurde, richtig vorherbestimmt, trifft auch die Beitragssatzprognose zu.

### 3.3.2 Ergebnisse des Modells mit Fortschreibung der Vergangenheit (1995–2015)

Unter den dargestellten Annahmen stellt sich im Vergleich zum reinen Demografie-Szenario ein noch deutlicheres Auseinanderlaufen der Beitragsbasis und der Ausgaben ein (Abbildung 9).

Wird der Beitragssatz in der Logik des Umlageverfahrens so kalkuliert, dass er die auseinanderlaufenden Einkommen und Ausgaben zusammenführt, würde sich in diesem Szenario der Beitragssatz bis 2030 auf 21,7 % im Basismodell erhöhen bzw. sich bis zum Jahr 2060 mehr als

42 Vgl. Niehaus (2008).

41 Hier spielt die Diskussion um Medikalierungsversus Kompressionsthese als zwei konkurrierende Theorien zur Veränderung des Gesundheitszustandes bei Erhöhung der Lebenserwartung eine Rolle (vgl. auch Breyer (2015)). Bei Zutreffen der Kompressions- oder Medikalierungsthese sollten sich voneinander abweichende Veränderungen der Profile im Zeitablauf einstellen. Bei Geltung der Kompressionsthese ist zu erwarten, dass sich das Profil nach rechts verschiebt, d. h. die Zuwächse der Gesundheitsausgaben müssten in jüngeren und mittleren Altern niedriger sein (oder sogar negativ) als im sehr hohen Alter. Geht doch die Kompressionsthese davon aus, dass die Krankheitslast in den mittleren Altern abnimmt. Unter den Annahmen der Medikalierungsthese müsste sich dagegen die Kurve nach oben verschieben, d. h. auch mittlere Alter verursachen höhere Ausgaben, da die Krankheitslast sich nicht reduziert, sondern verlängert (vgl. Niehaus (2006)).

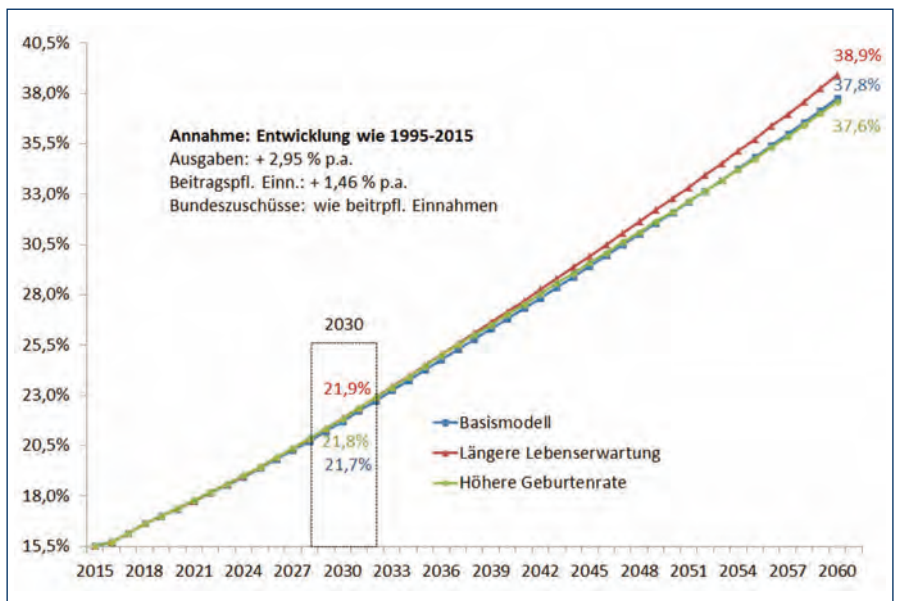


Abbildung 10: Prognostizierter GKV-Beitragssatz bis 2060 bei Fortschreibung der Vergangenheit (1995–2015) in unterschiedlichen Modellvarianten

Quelle: Eigene Berechnungen.

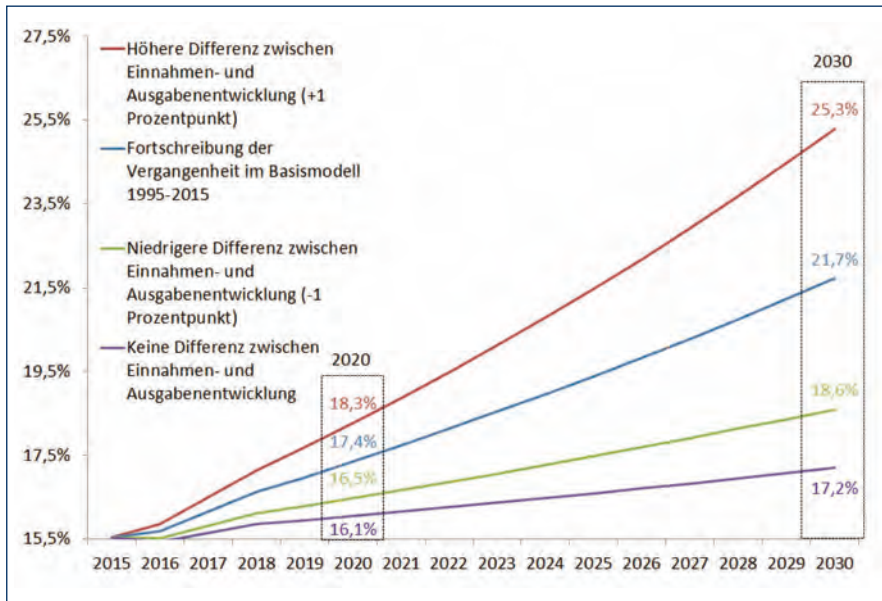


Abbildung 11: GKV-Beitragsatzentwicklung bei Variierung der Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Basisszenario bis 2030

Quelle: Eigene Berechnungen.

verdoppeln (Abbildung 10).<sup>43</sup> Betrachtet wird hier jeweils der Gesamtbeitrag, unabhängig davon, wie er sich zusammensetzt (allgemeiner Beitragssatz und Zusatzbeitrag). Zu beachten ist, dass diese Vorausberechnung eine Fortschreibung der Entwicklung der letzten Jahre mit allen benannten Schwächen ist.

### 3.3.3 Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung entscheidend für Beitragsatzentwicklung

Wie bereits erwähnt, ist für die Beitragsatzentwicklung der Abstand zwischen der Entwicklung der Einnahmen und der Ausgabenentwicklung maßgeblich. Abbildung 11 zeigt den Verlauf des Beitragsatzes bei höheren und niedrigeren Abständen zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung für das Basisszenario (Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung). Dabei werden die Veränderungsdaten für die Einnahmenbasis aus

43 Bei einem fixierten Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. € ergäbe sich ein Beitragssatz von 21,9 % in 2030 und 38,4 % in 2060.

den Vergangenheitsdaten für 1995–2015 übernommen, aber die Ausgabenanstiege gegenüber den Vergangenheitsdaten (+2,95 % in 1995–2015) variiert. Im Kostendruckszenario werden die jährlichen Ausgaben um 1 Prozentpunkt auf

3,95 % erhöht.<sup>44</sup> Im Szenario Kostendämpfung werden die jährlichen Ausgaben dagegen um 1 Prozentpunkt gesenkt, mithin ein jährliches Ausgabenwachstum von 1,95 % angenommen. Zudem wird in einer Variante unterstellt, dass Einnahmen und Ausgaben mit gleicher Rate wachsen, also keinerlei Kostendruck vorhanden ist. Diese beiden letzten Szenarien können also darstellen, welche beitragsstabilisierenden Wirkungen entstehen können, wenn durch kostensparende Innovationen die Schere zwischen Einkommens- und Ausgabenwachstum stärker oder sogar ganz geschlossen werden kann. In letzterem Fall würde wiederum nur die Demografie den Beitragssatz bestimmen.

Wie in Abbildung 11 ersichtlich, ist der Einfluss des Abstandes zwischen Einnahmen und Ausgaben auf den Beitragsatzverlauf erheblich. Im Szenario mit hohem

44 Die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der Ausgaben pro Kopf der letzten 10 Jahre (2005–2015) bewegten sich mit 3,84 % in dieser Größenordnung.

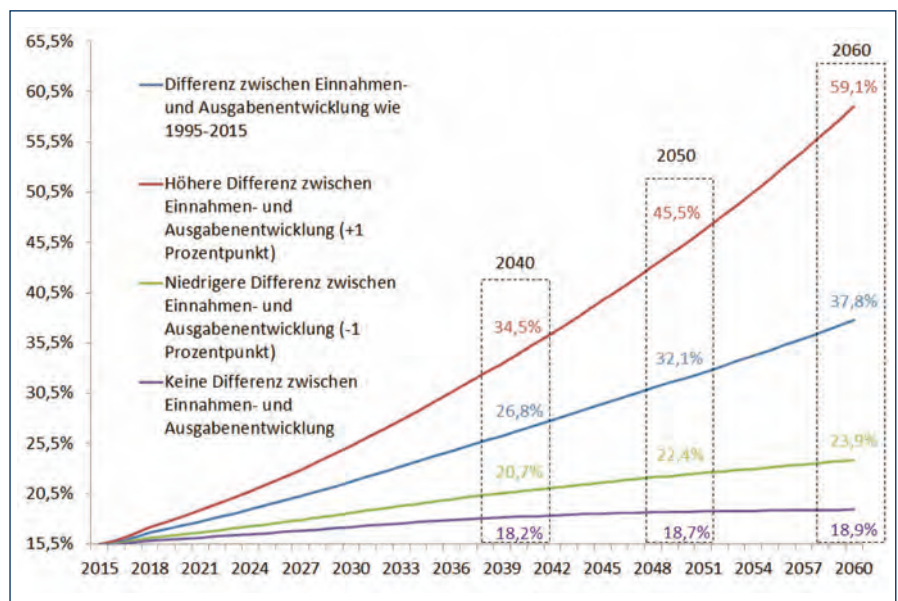


Abbildung 12: GKV-Beitragsatzentwicklung bei Variierung der Differenz zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung im Basisszenario bis 2060

Quelle: Eigene Berechnungen.

Kostendruck läge man in 2030 bereits bei einem Beitrag von knapp 25 %, während das Kostendämpfungsszenario zu einem Beitragssatz von 18,6 % in 2030 führen würde. Würden sich Einnahmen und Ausgaben in Einklang miteinander entwickeln, ergäbe sich ein Beitragssatz von 17,2 % in 2030.

Auch in der langen Frist zeigt sich, dass der Einfluss auf die Beitragssatzentwicklung entscheidend ist: Bei hohem Kostendruck würde sich der Beitragssatz auf 59 % bis 2060 erhöhen. Dies ist ein vollkommen illusorischer Wert, zeigt aber, welche Dynamik sich durch die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben ergeben könnte. Dagegen könnten Kostendämpfungsmaßnahmen bis 2060 zu einem Beitragssatz führen, der bei knapp 24 % liegt, bzw. bei 18,9 %, wenn es gelingt, die Lücke zwischen der Veränderungsrate der Einnahmenbasis und dem Ausgabenwachstum zu schließen. Auch ein Beitragssatz von fast 19 % ist hoch, wenn man bedenkt, dass die GKV nicht das einzige über Beiträge finanzierte System ist, die unterschiedlichen Szenarien zeigen aber den Spielraum, der sich für die Politik ergibt.

### 3.3.4 Einordnung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Prognosen

Die dargestellte Entwicklung des Beitragssatzes bei Fortschreibung der Trends aus der Vergangenheit (1995–2015) erscheint sehr hoch. Allerdings zeigt der Vergleich mit Prognosen anderer Autoren zur Entwicklung des Beitragssatzes der GKV, dass unsere Ergebnisse bei Zugrundelegung dieser Fortschreibungsfaktoren im Basismodell (blaue Linie in Abbildung 12) relativ nah an denen anderer Studien liegen.

Wie oben gezeigt, hängt die Bandbreite der möglichen Beitragssatzentwicklung von der Differenz zwischen Einnahmen-

**Tabelle 2: Studienübersicht zu Beitragssatzprognosen der GKV**

Studie	Ohne Kostendruck		Mit Kostendruck	
	2040	2050	2040	2050
Arentz/Ulrich (2017)	18,2 %	18,7 %	26,8 %	32,1 %
Postler (2010)	20,0 %	21,2 %	28,0 %	32,8 %
Niehaus (2008)	18,0 %	19,4 %	22,6 %	25,3 %
Postler/Sundmacher (2006)	17,4 %	–	24,6 %	–
Fetzer u.a. (2002)	16,8 %	17,1 %	24,8 %	25,3 %
Fetzer (2005)	18,7 %	19,4 %	26,0 %	29,5 %
Breyer u.a. (2004)	17,5 %	18,7 %	25,3 %	29,8 %
Breyer u.a. (2001)	22,6 %	–	34,0 %	–
Hof (2001)	18,1 %	19,2 %	22,3 %	26,1 %
Breyer/Ulrich (2000)	15,3 %	–	23,1 %	–
Gasche/Rausch (2016)	22,5 %	24,0 %	–	–
Kochskämper (2017)	19,2 %	20,2 %	–	–

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Gasche/Rausch (2016), Kochskämper (2017) und die vorliegende Arbeit wurden hinzugefügt.

und Ausgabenentwicklung ab. Wird eine Differenz unterstellt, so wird ein Kostendruck angenommen. Wird keine Differenz unterstellt, kann man dies als Szenario ohne Kostendruck bezeichnen.

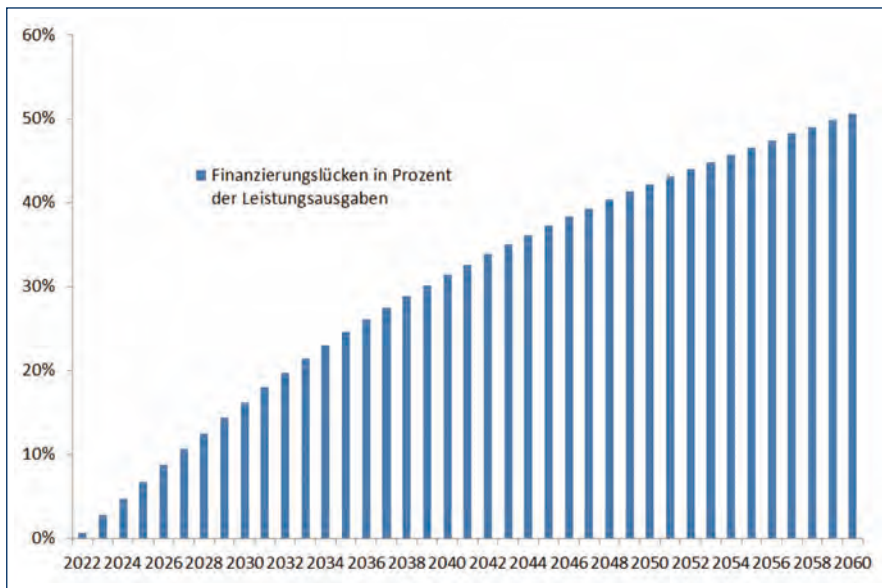
Tabelle 2 gibt eine Übersicht über Studien, die bisher Prognosen zu den Beitragssätzen der GKV mit und ohne Kostendruck erstellt haben. Dabei unterscheiden sie sich u.a. in den Annahmen, was unter Kostendruck zu verstehen ist, also welche Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben unterstellt wird. Zudem spielen bei den unterschiedlichen Beitragssatzprognosen auch die aufgrund der unterschiedlichen Erstellungszeitpunkte unterschiedlichen Bevölkerungsprognosen und Annahmen zum Rentenniveau eine Rolle.<sup>45</sup> Die Angaben der Tabelle sind im Wesentlichen Gasche/Rausch (2016, S. 199) entnommen.<sup>46</sup> In den vorliegenden Studien

45 Vgl. Gasche/Rausch (2016), S. 199.

46 Die in der Tabelle von Gasche/Rausch (2016) enthaltenen Spalten zu Szenarien mit Medikalisierung- vs. Kompressionsthese wurden vernachlässigt, da sie in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Einen weiteren Überblick über vorliegende Studien gibt auch Cassel/Postler (2011).

erstreckt sich der Beobachtungszeitraum auf 2040 und 2050, so dass die Einordnung der vorliegenden Studie auf Basis der errechneten Beiträge für die Jahre 2040 und 2050 vorgenommen wird. Diese sind auch in Abbildung 12 zusätzlich vermerkt. Bei den Szenarien ohne Kostendruck, also bei Unterstellung gleicher Wachstumsraten von Einnahmen und Ausgaben, gibt es bei den vorliegenden Studien für 2040 eine Bandbreite von 15,3 % bis 22,6 %. Die vorliegende Simulation liegt mit 18,2 % etwa in der Mitte. Beim Szenario mit Kostendruck ergibt sich für 2040 eine Bandbreite von 22,3 % bis 34 %. Auch hier bewegen sich unsere Ergebnisse im Basismodell mit 26,8 % im mittleren Bereich. Nur bei der Prognose bis 2050 bewegt sich unser Ergebnis mit 32,1 % am oberen Rand der Bandbreite (25,3 % bis 32,8 %).

Hier ist nochmal zu betonen, dass die gewählten Fortschreibungsfaktoren auf den Trends der letzten 20 Jahre vor unserem Basisjahr 2015 beruhen und nicht willkürlich gewählt wurden. Aus der Betrachtung der Vergangenheit ist ein erheblicher



**Abbildung 13: Finanzierungslücken in Prozent der jeweiligen Leistungsausgaben bei Fixierung des GKV-Beitragsatzes bei 18 %**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Kostendruck festzustellen, d. h., die Ausgaben sind im Durchschnitt stärker gewachsen als die Einnahmenbasis. Daher ist es angemessen, diesen auch in Zukunft fortzuschreiben, um zu illustrieren, mit welchen Beiträgen in Zukunft zu rechnen ist, wenn sich diese Entwicklung fortsetzt, bzw. auch auf den entsprechenden Handlungsbedarf hinzuweisen, wenn man diese Entwicklung vermeiden bzw. begrenzen will.

### 3.4 Mögliche Maßnahmen zur Beitragssatzdämpfung

Es ist unwahrscheinlich, dass die prognostizierten hohen Beitragssatzsteigerungen, die auf der Fortschreibung der Einnahmen- und Ausgabensituation der letzten 20 Jahre beruhen, tatsächlich so eintreffen. Die Politik wird nicht umhinkommen, mögliche Beitragssatzsteigerungen zu begrenzen, nicht zuletzt, um die negativen Implikationen für den Arbeitsmarkt zu dämpfen.

#### 3.4.1 Fixierung des Beitragssatzes

Vorstellbar wäre bspw. die Einführung einer oberen Grenze für den Beitragssatz

(hier wird wieder der Beitragssatz inklusive möglicher Zusatzbeiträge betrachtet), ähnlich wie für die deutsche Rentenversicherung.<sup>47</sup> Im Folgenden soll aufgezeigt werden, welche Finanzierungslücken sich durch eine Festschreibung des Beitragssatzes ergeben würden.

Nimmt man bspw. eine Obergrenze von 18 % für den Beitragssatz an, griffe diese Grenze im Basisszenario und bei Fortschreibung der Einnahmen- und Ausgabentrends der Jahre 1995–2015 das erste Mal in 2022, wo der erforderliche Beitragssatz bei 18,13 % läge. Abbildung 13 zeigt das Ausmaß der Finanzierungslücken in % der jeweiligen jährlichen Leistungsausgaben, die sich durch die Fixierung des Beitragssatzes bis 2060 ergeben würden.

In 2030 wären demnach 16 % der Leistungsausgaben nicht mehr über den Beitragssatz (inkl. dynamisierter Steuerzuschüsse) zu finanzieren, in 2040 31 % und in 2060 sogar über 50 %.

<sup>47</sup> In § 154 SGB 6 ist festgelegt, dass der Rentenversicherungsbeitrag bis 2020 nicht höher als 20 %, bis 2030 nicht höher als 22 % liegen darf.

Das Ausmaß der notwendigen Leistungskürzungen kann man auch dadurch veranschaulichen, dass die Leistungslücken auf die Versicherten heruntergerechnet werden. Dadurch erhält man eine Vorstellung davon, wie viel die Versicherten zusätzlich aus eigenen Mitteln (out-of-pocket) bezahlen müssten, um die Leistungskürzungen gegenzufinanzieren.

Pro Monat müssten demnach die GKV-Mitglieder mit erheblichen zusätzlichen finanziellen Belastungen rechnen, preisbereinigt<sup>48</sup> bis zu 64 € pro Kopf in 2030, 141 € in 2040 und 280 € in 2060.

Diese exemplarischen Überlegungen zeigen, dass Rationalisierungspotentiale allein – etwa durch eine durchaus sinnvolle stärkere Versorgung über Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern – nicht ausreichen würden, um die Finanzierungsprobleme der GKV zu lösen, wenn sich der Kostendruck aus der Vergangenheit auch in Zukunft fortsetzt. Eine Ausgabenentwicklung wie sie im Zeitraum von 1995–2015 stattgefunden hat, ist unter den bestehenden Einnahmenbedingungen auf Dauer in der GKV nicht nachhaltig.

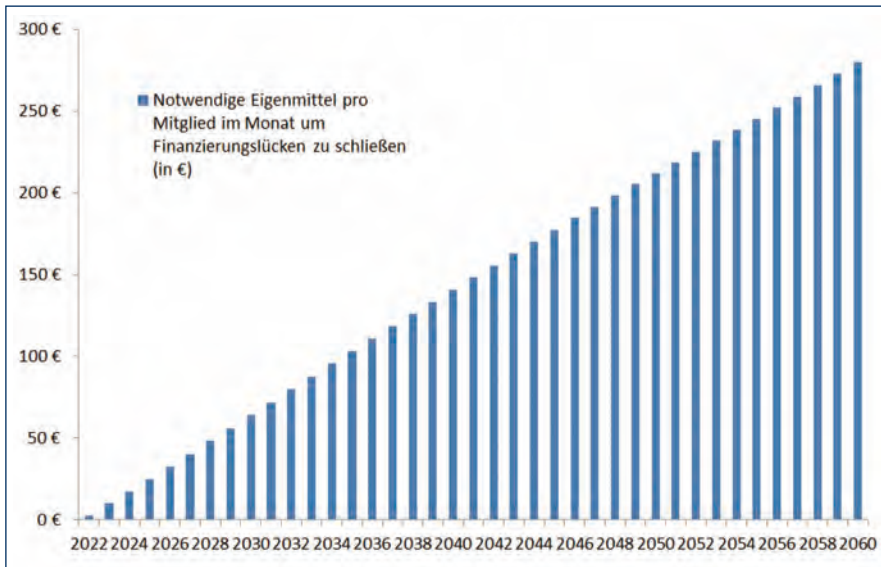
#### 3.4.2 Erhöhung der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen

Um die Beitragsentwicklung in der GKV zu stabilisieren, müsste es bei einer vergleichbaren Kostenentwicklung wie in der Vergangenheit zu Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen kommen. Voraussetzung hierfür wäre ein Wachstum der Arbeitsproduktivität, das sich in entsprechenden Lohnerhöhungen niederschlägt.<sup>49</sup> Angenommen, die beitragspflichtigen Einnahmen könnten im

<sup>48</sup> Unter Annahme einer Inflationsrate von 2 %.

<sup>49</sup> Die beitragspflichtigen Einnahmen könnten auch durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen sowie durch höhere Erwerbsbeteiligung steigen. Beide Punkte werden in den Kapiteln 3.4.3 und 3.4.4 behandelt.

## ÜBERSICHT



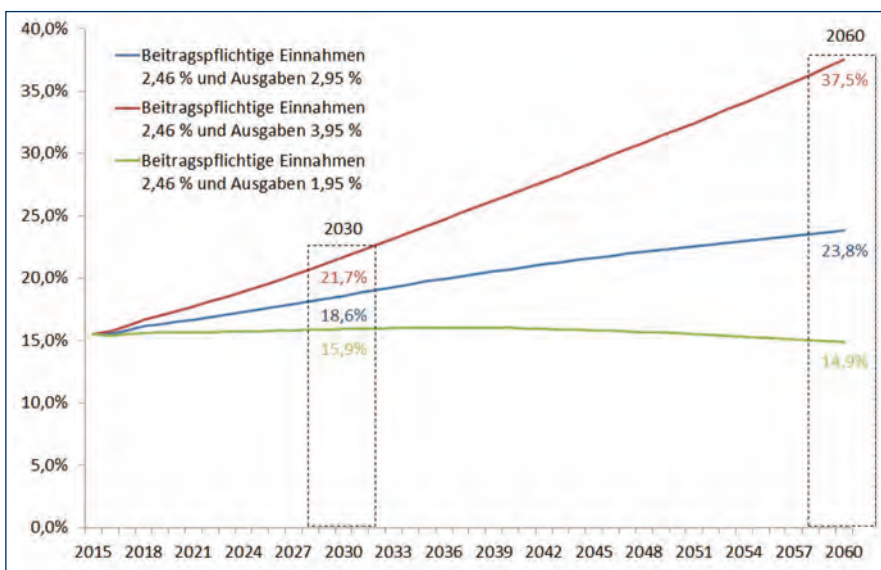
**Abbildung 14: Notwendige Eigenmittel pro Mitglied und pro Monat, um die Finanzierungslücke bei einem GKV-Beitragssatz von 18 % zu schließen (in €, in Preisen von 2015)**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Vergleich zu 1995-2015 um einen Prozentpunkt gesteigert werden, hätte dies unter verschiedenen Ausgabenentwicklungen folgende Auswirkungen auf den Beitragssatz (vgl. Abbildung 15):

Bei gleichbleibender Ausgabenentwicklung wie 1995–2015 und einem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen

von 2,46 % (+1 Prozentpunkt), würde der Beitrag von 18 % erst 2028 überschritten. Bis 2060 läge er bei knapp 24 %, also erheblich niedriger als im Basis-szenario mit einer Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,46 % pro Jahr (Beitragssatz 37,8 %). Im Szenario mit Kostendruck (Ausgabenwachs-



**Abbildung 15: GKV-Beitragssatzentwicklung bis 2060 bei Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen um 1 Prozentpunkt und unterschiedlichen Ausgaben-szenarien**

Quelle: Eigene Berechnungen.

tum 3,95 %) wäre der Beitragssatz von 18 % bereits 2022 überschritten, bis 2060 stiege er auf knapp 38 %.

Könnten gleichzeitig die Arbeitsproduktivität und damit die Einnahmen erhöht und die Ausgaben unter das Niveau von 1995–2015 gesenkt werden (Ausgaben-wachstum 1,95 %), ergäbe sich bis 2060 sogar ein sinkender Beitragssatz in der GKV (vgl. Abbildung 15). Dieses Szenario ist allerdings angesichts der Entwick-lung in der Vergangenheit, sowohl bzgl. der Ausgaben- als auch bzgl. der Pro- duktivitätsentwicklung extrem unwahr-scheinlich.

Die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen setzt u.a. eine Steigerung der Einkommen und damit der Arbeitspro- duktivität voraus. Eine Studie des Bundes- verbandes der Deutschen Industrie kommt zu dem Schluss, dass für moderate Steige- rungen des Einkommens um 1 % in Zeiten des demografischen Wandels eine Steige- rung der Arbeitsproduktivität von jährlich über 2 % notwendig wäre.<sup>50</sup>

Allerdings gibt es wenig Anzeichen dafür, dass eine solche Produktivitätssteigerung in den nächsten Jahrzehnten zu erreichen wäre: In Deutschland ist die gesamtwirt- schaftliche Arbeitsproduktivität seit 2005 nur geringfügig angestiegen. Im Zeit- raum von 1995–2005 betrug das durch- schnittliche Wachstum der Erwerbstätigen- produktivität noch 1,1 %, während es im Zeitraum von 2005–2014 nur 0,4 % betrug.<sup>51</sup> Diese Produktivitätsentwick- lung wird in Deutschland vor allem durch den starken Beschäftigungsaufbau in arbeitsintensiven Branchen (Dienstleis- tungen) beeinflusst, deren Arbeitspro- duktivität im Schnitt geringer ausfällt als in der verarbeitenden Industrie.<sup>52</sup> Aber

50 Vgl. Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (2016).

51 Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015), S. 285–286.

52 Vgl. ebd. S. 289.

auch die Produktivität im verarbeitenden Gewerbe, bisher traditionell hochproduktiv, hat merklich abgenommen. Der Outsourcing-Prozess in den Jahren 1995 bis 2005 hatte durch Auslagerung weniger produktiver Wertschöpfungsstufen (insbesondere durch den Bezug von ausländischen Vorleistungen) noch zu hohen Produktivitätssteigerungen geführt. Dieser Prozess kam nach 2009 zu seinem Ende.<sup>53</sup> Ob es gelingen wird, die Arbeitsproduktivität in Zeiten des demografischen Wandels deutlich zu steigern, bspw. im Zuge der Industrie 4.0-Prozesse, ist unklar. Eine Studie von Bitkom und des Fraunhofer-Instituts für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO<sup>54</sup> geht davon aus, dass Industrie 4.0 zu gesamtwirtschaftlichen Produktivitätssteigerungen im Zeitraum von 2013 bis 2025 von insgesamt 12 % führen könnte. Dies ergäbe aber eine jährliche Steigerungsrate von unter 1 %<sup>55</sup> und wäre für nennenswerte Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen daher zu gering. Auch die Deutsche Bundesbank geht davon aus, dass die Alterung der Gesellschaft tendenziell zu geringeren Lohnzuwächsen führt.<sup>56</sup> Es ist also davon auszugehen, dass eine nennenswerte Steigerung der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen durch eine Zunahme der Arbeitsproduktivität in der Zukunft kaum zu erreichen ist.

### 3.4.3 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine weitere Stärkung der Einnahmenseite sehen auch verschiedene Überlegungen auf politischer Ebene, insbeson-

53 Vgl. ebd., S. 292-293.

54 Vgl. Bauer u.a. (2014).

55 Zitiert nach DZ Bank Research (2016), S. 6 und Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2015). Laut Sachverständigenrat sind die Ergebnisse der Studie zudem kritisch zu sehen, weil die Zahlen lediglich auf Einschätzungen von Experten beruhen, die für die Studie interviewt wurden (vgl. ebd., S. 313).

56 Vgl. Deutsche Bundesbank (2017), S. 45.

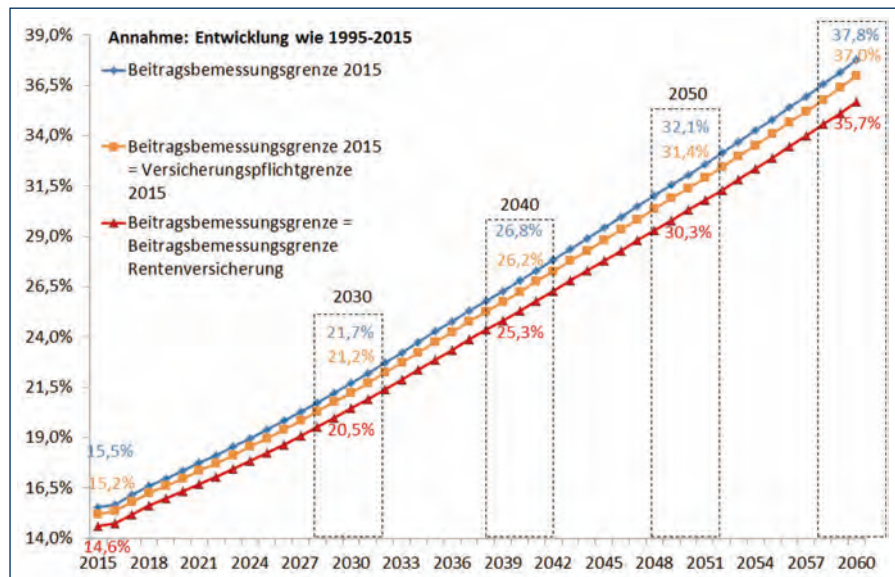


Abbildung 16: GKV-Beitragsatzentwicklung bei Fortschreibung der Vergangenheit (1995–2015) und Variierung der Beitragsbemessungsgrenze

Quelle: Eigene Berechnungen

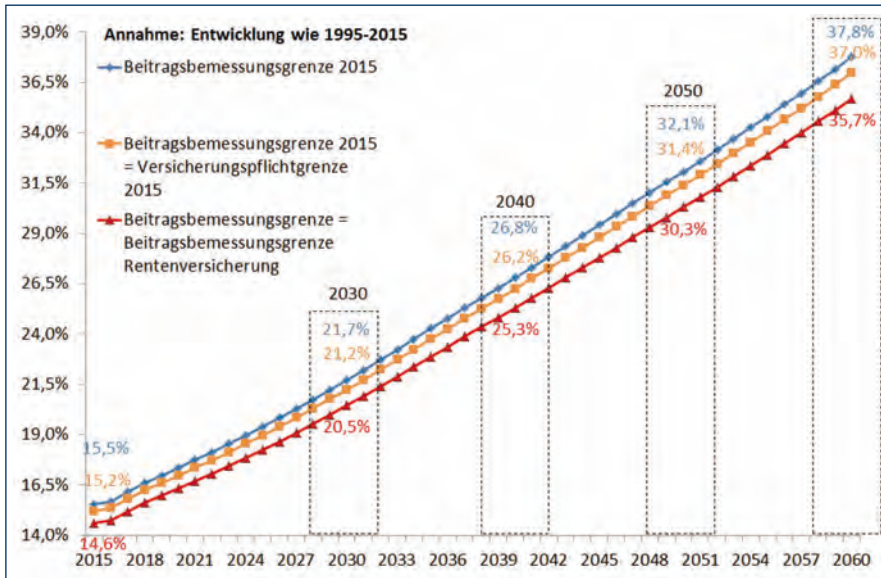
dere von SPD, Linken und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN vor. Da der Einführung einer Bürgerversicherung unter Einbezug der Privatversicherten hohe verfassungsrechtliche Hürden entgegenstehen, konzentriert sich die derzeitige Diskussion eher auf die Wiedereinführung der Parität von Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil in der GKV und auf eine mögliche Anhebung der GKV-Beitragsbemessungsgrenze. Diskutiert wird bspw. die Anhebung auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung.<sup>57</sup>

Um die Wirkung einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu veranschaulichen, werden die durchschnittlichen Einkommen der Männer und Frauen in der Rentenversicherungstatistik unter Zugrundelegung der höheren Beitragsbemessungsgrenzen berechnet und dann der Prognose zugrunde gelegt. In einem Szenario wird die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Versicherungspflicht-

57 Vgl. bspw. DIE GRÜNEN: <https://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheits.html>, zuletzt abgerufen am 29.3.2017.

grenze (2015: 54.900 €) angehoben, in einem zweiten auf das Niveau der Rentenversicherung. Hier wird der Mittelwert aus der Beitragsbemessungsgrenze West (2015: 72.600 €) und Ost (2015: 62.400 €) zugrunde gelegt. Gleichzeitig wird die Versicherungspflichtgrenze auf dieses Niveau angehoben.

In Abbildung 16 wird ersichtlich, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen Niveaueffekt verursacht, die Dynamik der Beitragssatzentwicklung jedoch dieselbe bleibt. Auch unter Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung würde sich bis 2060 ein Beitragssatz von 36 % einstellen, wenn dieselbe Dynamik bei der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Jahre 1995–2015 zugrunde gelegt wird. Will man die Beitragsbelastung nicht ungebremst anwachsen lassen, wird die Erfordernis der Rationierung durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nicht nennenswert geschmälert. Zum Vergleich seien die Finanzierungslücken aufgezeigt, die sich bei einer Fixierung des Beitrags-



**Abbildung 17: Finanzierungslücken in Prozent der Ausgaben bei Fixierung des GKV-Beitragsatzes und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung bis 2060**

Quelle: Eigene Berechnungen.

satzes bei 18 % ergeben würden, mithin einer Kombination aus Beitragsatzbegrenzung und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Abbildung 17). Auch hier sind zwar Reduktionen der Finanzierungslücken zu erkennen, wenn die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben wird. Die Lücken ergeben sich erst ab 2025 und liegen durchgehend bis 2060 unterhalb der Lücken, die bei der Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze von 2015 zu erwarten wären. Allerdings sind die Finanzierungslücken immer noch so hoch, dass auch dann nennenswerte Leistungsausgaben nicht

mehr aus dem Beitragssatz zu finanzieren wären. Gleichzeitig würden die Mitglieder mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen deutlich stärker belastet. Tabelle 3 zeigt die veränderten Höchstbeiträge bei den verschiedenen Varianten der Beitragsbemessungsgrenze. Im Falle der Anhebung auf die Versicherungspflichtgrenze in 2015 müssten Mitglieder, die an oder über der neuen Beitragsbemessungsgrenze verdienen, monatlich 56 € mehr entrichten (+ 672 € im Jahr). Wenn die Beitragsbemessungsgrenze der Grenze der Rentenversicherung entspräche, käme es zu einer Mehrbelastung von 182 € im Monat

bzw. von 2.187 € im Jahr. Inwiefern sich daraus auch Belastungen der Arbeitgeber und damit des Arbeitsmarktes ergäben, hängt davon ab, inwiefern die Arbeitgeber die Mehrbelastungen an die Arbeitnehmer weitergeben können. Dies ist wiederum abhängig von den jeweiligen Elastizitäten des Arbeitsangebots und der Arbeitsnachfrage.

Abgeleitet aus der Rentenversicherung wären in 2015 etwa 1,4 Millionen Personen in der GKV mit ihrem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung gewesen und hätten damit die neuen Höchstbeiträge entrichten müssen. Auch diejenigen, die zwischen der alten Beitragsbemessungsgrenze und der neuen Bemessungsgrenze verdienten, wären von Mehrbelastungen betroffen gewesen. Dies wären 2015 etwa 1,9 Millionen Personen gewesen.<sup>58</sup> Diese Personenkreise müssten also nicht nur höhere Beiträge entrichten, gleichzeitig wäre weiterhin die Notwendigkeit von Leistungskürzungen evident, wenn die Beitragsatzsteigerungen nicht ungebremst fortschreiten können.

### 3.4.4 Ausschöpfung des Erwerbspersonenpotentials

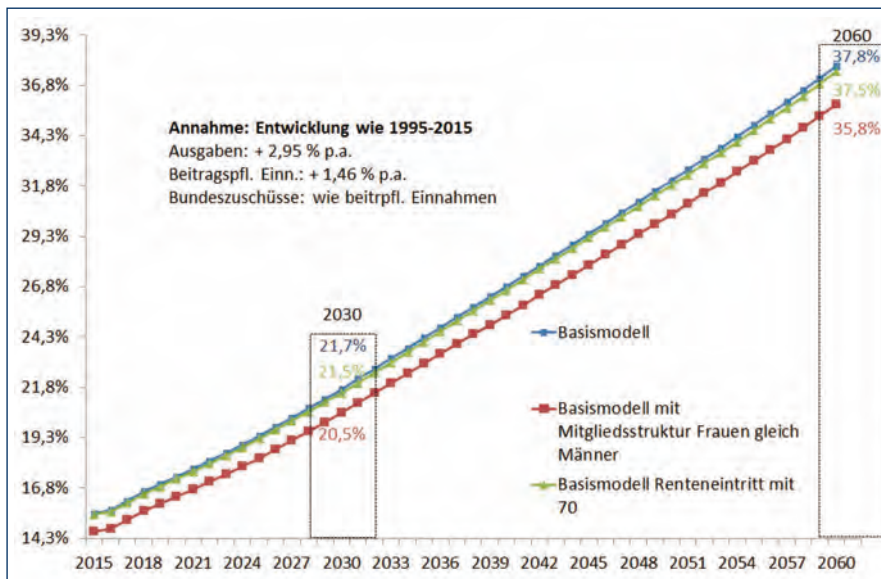
Denkbar wären auch Maßnahmen, die das ungenutzte Erwerbspersonenpotential heben bzw. die Lebensarbeitszeit verlängern. So hätte eine Anhebung des

<sup>58</sup> Eigene Berechnungen auf Basis der Rentenversicherungsstatistik (vgl. Deutsche Rentenversicherung (2016)).

**Tabelle 3: Vergleich der GKV-Höchstbeiträge bei Variierung der Beitragsbemessungsgrenze**

Beitragsbemessungsgrenze	Beitragsatz	Höchstbeitrag pro Monat	Differenz zu BBG 2015 pro Monat	Differenz zu BBG 2015 im Jahr
BBG 2015 (49.500 € p.a.)	15,5 %	639 €	–	–
BBG = VPG 2015 (54.900 € p.a.)	15,2 %	695 €	+ 56 €	+ 672 €
BBG = BBG Rente 2015 (67.500 € p.a.)	14,6 %	821 €	+182 €	+ 2.187 €

Quelle: Eigene Berechnungen. BBG = Beitragsbemessungsgrenze, VPG = Versicherungspflichtgrenze.



**Abbildung 18: Beitragssatzentwicklung bei längerer Lebensarbeitszeit bzw. veränderter Mitgliedsstruktur der Frauen bis 2060**

Quelle: Eigene Berechnungen.

Renteneintrittsalters auf 70 eine leichte Absenkung der Beiträge zur Folge (vgl. Abbildung 18). Hierfür wurde angenommen, dass die mit 67 Jahren erzielten Einkommen aus der Rentenversicherungstabelle auch mit 68 und 69 Jahren erzielt werden.

Schon in Kapitel 3.2 wurde zudem gezeigt, dass von einer Veränderung der Mitgliederstruktur bei den Frauen ein beitrags-satzsenkender Effekt ausgeht. Verwendet man die Mitgliedsquoten der Männer auch für die Frauen und schreibt das Modell mit den Faktoren aus der Vergangenheit fort, so findet sich auch hier ein beitrags-senken-der Effekt (vgl. Abbildung 18).

Allerdings ist hier nochmals zu betonen, dass es eine sehr optimistische Annahme ist, dass Frauen dieselbe Mitgliedsstruktur aufweisen wie Männer. Zudem müssten gegenläufige Effekte beachtet werden, wie etwa eine im Gegenzug stärkere Teilzeitbeschäftigung von Männern, um bspw. stärker in der Familienarbeit präsent zu sein. Außerdem führt eine höhere Erwerbsbeteiligung und damit ein höheres Arbeitsangebot c.p. zu sinken-

den Löhnen, so dass dies wiederum einen gegenläufigen Effekt auf die Einnahmen der GKV haben könnte. Zudem könnte die Geburtenrate wieder sinken, wenn die höhere Erwerbstätigkeit der Frau nicht von entsprechenden Betreuungsangeboten oder einer stärkeren Beteiligung der Männer in der Familienarbeit begleitet wird. All diese Effekte können hier nicht sinnvoll abgebildet werden, so dass die vorliegende Analyse lediglich als sehr grobe Abschätzung der Beitragssatzwirkung von höherer Erwerbsbeteiligung und damit steigender Mitgliederzahlen in der GKV zu verstehen ist.

#### 4. Fazit und Ausblick

Die in dieser Arbeit vorgenommene Prognose anhand von Vergangenheitsdaten verdeutlicht, welche Finanzierungsschwierigkeiten sich ergeben, wenn die Dynamik aus der Entwicklung der Einnahmenbasis und den Ausgabensteigerungen sich so fortsetzt wie in der Vergangenheit. In den letzten 10 Jahren sind die Ausgaben noch

deutlicher gestiegen als in dieser Simulation angesetzt, während die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen dahinter zurückblieb und sich die Schere zwischen Einnahmen- und Ausgabenwachstum weiter geöffnet hat.

Die hier angestellten Berechnungen zeigen, dass der Beitragssatz der GKV in 2030 bei 21,7 % läge, wenn sich die Einnahmen und Ausgaben so entwickeln wie in den letzten 20 Jahren. In einem Szenario mit Kostendruck, bei dem die jährlichen Ausgaben um einen Prozentpunkt schneller ansteigen als die Einnahmen, läge der Beitragssatz schon bei 25,3 % in 2030. Die aktuell gute Finanzlage in der GKV, die sich aus einer guten Arbeitsmarktlage und erheblichen Steuerzuschüssen speist, sollte also nicht darüber hinwegtäuschen, dass die GKV aufgrund von demografischen Veränderungen und Kostendruck durch den bisher in der Summe kostensteigernden technischen Fortschritt vor großen Herausforderungen steht. Da die Beitragssatzsteigerungen in der GKV in Kombination mit ebenfalls zu erwartenden Steigerungen in den anderen umlagefinanzierten Sozialversicherungssystemen mit erheblichen Belastungen der erwerbstätigen Generationen einhergingen, müsste auf politischer Ebene schon heute verstärkt über Maßnahmen diskutiert werden, die dazu geeignet sind, die Beitragssatzdynamik zu dämpfen.

Die vorliegende Studie hat durch die Berechnung verschiedener Szenarien aufgezeigt, wo die Politik ansetzen könnte. Zum einen müssten die Rahmenbedingungen in der GKV so gesetzt werden, dass die Anreize zur Einführung von Prozessinnovationen erheblich gestärkt werden. Dadurch könnte die Kostenentwicklung positiv beeinflusst und die Differenz zwischen dem Wachstum der Beitragsbasis und dem Ausgabenwachstum verkleinert werden. Der Anreiz für kostensenkende Innovationen seitens der

Krankenkassen ist im GKV-System durch den Risikostrukturausgleich gemindert.<sup>59</sup> Ob der neu geschaffene Innovationsfonds in der GKV zu einer höheren Anzahl von Prozessinnovationen in der Regelversorgung führt, bleibt abzuwarten. Mehr kostensenkende Innovationen wären auch durch mehr Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu erwarten. Die Möglichkeiten zu selektivem Kontrahieren sind in Deutschland immer noch recht begrenzt und die vorhandenen Spielräume werden von den Krankenkassen wenig genutzt, weil die wirtschaftlichen Anreize nicht ausreichen.<sup>60</sup>

Auch eine Erhöhung des Erwerbspersonenpotentials könnte sich positiv auf die Finanzen der GKV auswirken. Dabei ist allerdings fraglich, ob die schon sehr hohen Erwerbsquoten weiter gesteigert werden können. Eine wichtige Rolle dürfte die berufliche Qualifizierung von Zuwanderern und Geringqualifizierten spielen, damit diese in der Lage sind, mittel- bis langfristig eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen zu können. Auch für die Produktivitätsentwicklung, die ebenfalls für eine günstigere Einnahmenentwicklung sorgen könnte, ist ein hohes Qualifikationsniveau der Erwerbsbevölkerung ausschlaggebend. Nicht nur für die Gesetzliche Krankenversicherung wäre auch eine Ausweitung der Lebensarbeitszeit eine Möglichkeit, die Finanzen etwas zu stabilisieren.

Die Zusammenschau der Szenarien macht deutlich, dass Kostensteigerungen von knapp 3 % bis 4 % pro Versicherten, wie sie in den letzten beiden Jahrzehnten zu verzeichnen waren, zu hohen Beitragssätzen in der GKV führen würden:

Angesichts der demografischen Veränderungen und der bereits hohen Erwerbstätigkeit gibt es nur noch wenig Steigerungspotential bei den Einnahmen, so dass es unwahrscheinlich ist, dass solche hohen Ausgabensteigerungen von entsprechend hohen Einnahmensteigerungen begleitet werden können. Stabilisierend für die Beitragssätze könnten hier am ehesten Maßnahmen wirken, die auf der Leistungsseite Anreize für Prozessinnovationen setzen und damit Kostensenkungen bewirken.

### Literaturverzeichnis

**Bäcker, Gerhard** (2017): Chronologie gesetzlicher Neuregelungen Krankenversicherung & Gesundheitswesen 1998–2016, URL: [http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Chronologie\\_GKV\\_Gesundheitssystem.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Chronologie_GKV_Gesundheitssystem.pdf), Stand: 4. April 2017.

**Bauer, Wilhelm/Schlund, Sebastian/Marrenbach, Dirk/Ganschar, Oliver** (2014): Industrie 4.0 – Volkswirtschaftliches Potenzial für Deutschland, URL: <https://www.bitkom.org/noindex/Publikationen/2014/Studien/Studie-Industrie-4-0-Volkswirtschaftliches-Potenzial-fuer-Deutschland/Studie-Industrie-40.pdf>, Stand: 26. April 2017.

**Beznoska, Martin/Hentze, Tobias** (2017): Die Verteilung der Steuerlast in Deutschland, in: *Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, 44. Jg., Nr. 1.

**Binder, Andreas** (2015): Die Wirkung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auf innovative Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen, Wiesbaden.

**Bowles, David/Greiner, Wolfgang** (2012): Bevölkerungsentwicklung und Gesundheitsausgaben, in: *GGW*, 12. Jg., Nr. 4, S. 7–17.

**Breyer, Friedrich** (2015): Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 16. Jg., Nr. 3, S. 215–230.

**Breyer, Friedrich** (09.03.2017): Der Tod der Red-Herring-Hypothese: Alter und Gesundheitsausgaben in einer großen deutschen Krankenkasse, Vortrag auf der 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Basel.

**Breyer, Friedrich/Franz, Wolfgang/Homburg, Stefan/Schnabel, Reinhold/Wille, Eberhard** (2004): Reform der sozialen Sicherung, Berlin.

**Breyer, Friedrich/Grabka Markus/Jacobs, Klaus/Meinhardt, Volker/Ryll, A./Schulz, E./Spieß, C./Wagner, Gerald** (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Endbericht 29. Oktober 2001, Berlin.

**Breyer, Friedrich/Lorenz, Normann/Niebel, Thomas** (2015): Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect?, in: *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, Vol. 16, No. 1, pp. 95–112.

**Breyer, Friedrich/Ulrich, Volker** (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: Eine Regressionsanalyse, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 220. Jg., Nr. 1, 1–17.

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (2016): Rentenversicherungsbericht 2016, URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2016/rentenversicherungsbericht-2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2016/rentenversicherungsbericht-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=1), Stand: 17. März 2017.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2016a): Gesetzliche Krankenversicherung - Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart. Jahresdurchschnitt 2015, URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder\\_Versicherte/KM6\\_2015.xls](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM6_2015.xls), Stand: 25. April 2017.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2016b): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2015, URL: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2015.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2015.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2016c): Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln 2004–2015, URL: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen\\_Daten/KF2015Bund\\_Juni\\_2016.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2015Bund_Juni_2016.pdf), Stand: 27. April 2017.

**Bundesministerium für Gesundheit** (2016d): Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.-4. Quartal 2015, URL: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45\\_1-4.Q2015-korr.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4.Q2015-korr.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Bundesverband der Deutschen Industrie e. V.** (2016): Produktivitätswachstum in Deutschland, URL: <http://bdi.eu/publikation/news/industriepolitik-dossier-112016/>, Stand: 10. Mai 2017.

**Bundesversicherungsamt** (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds, URL: [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie\\_funktioniert\\_Morbi\\_RSA.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Bundesversicherungsamt** (2016): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996–2015, URL: [www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/GKV\\_Altersausgabenprofile\\_1996-2015.xlsx](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/GKV_Altersausgabenprofile_1996-2015.xlsx), Stand: 17. März 2017.

**Cassel, Dieter/Postler, Andreas** (2007): Alternde Bevölkerung und Gesundheitsausgaben / Ageing Population and Health Care Expenditure, in: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 227. Jg., 5-6, S. 578–602.

**Cassel, Dieter/Postler, Andreas** (2011): GKV-Finanzierung: Unsure at Any Time. Finanzierungsreform mit Nachhaltigkeitslücke, in: *Gesundheits-*

59 Vgl. hierzu Binder (2015), Kapitel 4.

60 Vgl. auch Monopolkommission (2017), S. 45 ff. und Neumann/Wolfschütz (2015), S. 13-14. Bei den wirtschaftlichen Anreizen spielt jedoch auch wieder die Ausgestaltung des Morbi-RSA eine Rolle.

*ökonomie und Qualitätsmanagement*, 16. Jg., Nr. 5, S. 297–303.

**Colombier, Carsten/Weber, Werner** (2011): Projecting health-care expenditure for Switzerland: further evidence against the 'red-herring' hypothesis, in: *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 26, No. 3, pp. 246–263.

**Cutler, David M./McClellan, Mark** (2001a): Is Technological Change In Medicine Worth It?, in: *Health Affairs*, 20. Jg., Nr. 5, S. 11–29.

**Cutler, David M./McClellan, Mark** (2001b): Productivity Change in Health Care, in: *American Economic Review*, 91. Jg., Nr. 2, S. 281–286.

**Deutsche Bundesbank** (2017): Monatsbericht – April 2017, URL: [https://www.bundesbank.de/Redaktion/DE/Downloads/Veroeffentlichungen/Monatsberichte/2017/2017\\_04\\_monatsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bundesbank.de/Redaktion/DE/Downloads/Veroeffentlichungen/Monatsberichte/2017/2017_04_monatsbericht.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 26. April 2017.

**Deutsche Rentenversicherung** (2016): Beschäftigte ohne Beitragsbesonderheiten im Berichtszeitraum (Alter, hochgerechnete Jahresentgelte, Zeiten...), URL: <https://statistik-rente.de/drv/>, Stand: 22. Februar 2017.

**Döhrn, Roland/Breidenbach, Philipp/Gebhardt, Heinz/Jäger, Philipp** (2017): Steuer- und Abgabenlast in Deutschland. Eine Analyse auf Makro- und Mikroebene, URL: [shop.freiheit.org/download/P2@675/96532/A4\\_Stuern%20und%20Abgaben\\_Gutachten.pdf](http://shop.freiheit.org/download/P2@675/96532/A4_Stuern%20und%20Abgaben_Gutachten.pdf), Stand: 24. April 2017.

**DZ Bank Research** (2016): Industrie 4.0 - Folgen für die deutsche Volkswirtschaft, URL: [https://www.dzbank.de/content/dam/dzbank\\_de/de/home/research/PDF-Dokumente/KonjunkturUndKapitalmarkt\\_Industrie%204\\_0.pdf](https://www.dzbank.de/content/dam/dzbank_de/de/home/research/PDF-Dokumente/KonjunkturUndKapitalmarkt_Industrie%204_0.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Felder, Stefan** (2006): Lebenserwartung, medizinischer Fortschritt und Gesundheitsausgaben: Theorie und Empirie, in: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 7. Jg., Supplement, S. 49–73.

**Felder, Stefan** (2012): Gesundheitsausgaben und demografischer Wandel, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55. Jg., Nr. 5, S. 614–623.

**Felder, Stefan/Werblow, Andreas/Zweifel, Peter** (2010): Do red herrings swim in circles? Controlling for the endogeneity of time to death, in: *Journal of Health Economics*, 29. Jg., Nr. 2, S. 205–212.

**Fetzer, Stefan** (2005): Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikaliserungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt, URL: <https://freidok.uni-freiburg.de/fedora/objects/freidok:1944/datastreams/FILE1/content>, Stand: 17. März 2017.

**Fetzer, Stefan/Hagist, Christian/Raffelhüsch, Bernd** (2002): Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 91. Jg., Nr. 3, S. 278–302.

**Finkenstädt, Verena** (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Köln.

**Gasche, Martin/Rausch, Johannes** (2016): Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung - Projektionen und Determinanten, in: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 65. Jg., Nr. 3, S. 195–238.

**Hof, Bernd** (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungsgesellschaft und des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Köln.

**Karlsson, Martin/Klein, Tobias J./Ziebarth, Nicolas R.** (2016): Skewed, Persistent and High before Death: Medical Spending in Germany, in: *Fiscal Studies*, Vol. 37, 3-4, pp. 527–559.

**Karlsson, Martin/Klohn, Florian** (2013): Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden, in: *The European Journal of Health Economics*, Vol. 15, No. 5, pp. 533–551.

**Kochskämper, Susanna** (2017): Alternende Bevölkerung Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, URL: [https://www.iwkoeln.de/\\_storage/asset/330671/storage/master/file/12400497/download/IW-Report\\_8\\_2017\\_Kranken\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.iwkoeln.de/_storage/asset/330671/storage/master/file/12400497/download/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf), Stand: 27. März 2017.

**Monopolkommission** (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, URL: [http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Neumann, Karsten/Wolfschütz, Alina** (2015): Rahmenbedingungen im Innovationsfonds. URL: [https://www.vdek.com/presse/Broschueren/\\_jcr\\_content/par/publicationelement\\_0/file.res/IGES\\_Publikation\\_Rahmenbedingungen\\_Innovationsfonds.pdf](https://www.vdek.com/presse/Broschueren/_jcr_content/par/publicationelement_0/file.res/IGES_Publikation_Rahmenbedingungen_Innovationsfonds.pdf), Stand: 15.6.2017.

**Niehaus, Frank** (2006): Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung auf die Gesundheitsausgaben, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Supplement der Jahrestagung 2006, S. 333–356.

**Niehaus, Frank** (2008): Prognose des Beitragsatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln. URL: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Prognose\\_des\\_Beitragssatzes\\_in\\_der\\_GKV.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Prognose_des_Beitragssatzes_in_der_GKV.pdf), Stand: 15.05.2017.

**Niehaus, Frank** (2013): Familienlastenausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung?, URL: [http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP\\_Familienlastenausgleich\\_in\\_der\\_Gesetzlichen\\_Krankenversicherung.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Familienlastenausgleich_in_der_Gesetzlichen_Krankenversicherung.pdf), Stand: 31. Januar 2017.

**OECD** (2015): Health at a Glance 2015, OECD Publishing, Paris.

**OECD** (2017): Taxing Wages 2017, OECD Publishing, Paris.

**Postler, Andreas** (2010): Nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine theoretische und empirische Analyse demographischer und medizinisch-technischer Effekte auf den Beitragssatz, Berlin.

**Postler, Andreas/Sundmacher, T.** (2006): Ageing and health care expenses: Institutional influences on the causalities, in: *Health and Ageing*, 14. Jg., Nr. 10, S. 5–10.

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung** (2015): Zukunftsfähigkeit in den Mittelpunkt. Jahresgutachten 2015/16, URL: [https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201516/wirtschafts-gutachten/jg15\\_ges.pdf](https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/gutachten/jg201516/wirtschafts-gutachten/jg15_ges.pdf), Stand: 25. April 2017.

**Statistisches Bundesamt** (2012): Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt, URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereFrauenMaennerArbeitsmarkt0010018129004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereFrauenMaennerArbeitsmarkt0010018129004.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 3. April 2017.

**Statistisches Bundesamt** (2015): Bevölkerung Deutschlands. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 21. Februar 2017.

**Statistisches Bundesamt** (2016a): Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar, URL: [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16\\_021\\_12421pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421pdf.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 17. März 2017.

**Statistisches Bundesamt** (2016b): Arbeitsmarkt auf einen Blick, URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereArbeitsmarkt-Blick0010022169004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereArbeitsmarkt-Blick0010022169004.pdf?__blob=publicationFile), Stand: 3. April 2017.

**Ulrich, Volker** (2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV, URL: [http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP\\_09-03.pdf](http://www.fwi.uni-bayreuth.de/de/download/WP_09-03.pdf), Stand: 17. März 2017.

**Ulrich, Volker** (2014): Haushaltssanierung auf Kosten der Krankenkassen: Folgen höhere Sozialabgaben?, in: *ifo Schnelldienst*, 67. Jg., Nr. 7, S. 9–12.

**Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.** (2016): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015, Köln, URL: <http://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2015.pdb.pdf>, Stand: 7. April 2017.

**Werblow, Andreas/Felder, Stefan/Zweifel, Peter** (2007): Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings?', in: *Health Economics*, Vol. 16, No. 10, pp. 1109–1126.

**Wild, Frank/Arentz, Christine** (2016): Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, URL: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/WIP-Kurzanalyse\\_03\\_2016\\_Alterungsrueckstellungen.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Kurzanalyse_03_2016_Alterungsrueckstellungen.pdf), Stand: 7. April 2017.

**Zweifel, Peter/Felder, Stefan/Meiers, Markus** (1999): Ageing of population and health care expenditure: a red herring?, in: *Health Economics*, Vol. 8, No. 6, pp. 485–496.

**Korrespondenzautor:**

**Prof. Dr. Volker Ulrich**  
**Universität Bayreuth**

**E-Mail:**

**volker.ulrich@uni-bayreuth.de**

Hanno Heil | David Leopold

# Die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe – eine Herausforderung in der 19. Legislaturperiode

## 1. Einleitung

Die stationäre Versorgung alter, pflegebedürftiger Menschen steht in der Bundesrepublik in keinem besonders guten Ruf. Mit dem Stichwort „Altenheim“ verbinden sich Bilder von überlastetem Pflegepersonal, von durch Unterbesetzung und Hektik verursachten kritischen Situationen in der Pflege und Bilder von Pflegebedürftigen, die in diesem System ständig zu kurz kommen. Die Ursachen für diese Situation sind vielfältig. Wer daran etwas ändern möchte, muss sich mit den einzelnen Faktoren, die zu dem schwachen Ansehen der stationären Langzeitpflege beitragen, auseinandersetzen. Eine Stellenschraube, die bereits bei der Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland falsch justiert wurde, ist die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege. Durch diese Fehljustierung sind seit mehr als 25 Jahren die Bewohnerinnen und Bewohner der Altenheime, sofern Sie medizinische Behandlungspflege benötigen, vom Geldzufluss der Krankenversicherung abgeschnitten. Und dies nur, weil sie im stationären Setting gepflegt werden. Wenn sie mit dem selben Pflegebedarf zuhause versorgt würden, stünden Ihnen neben den Leistungen aus der Pflegeversicherung auch Leistungen aus der Krankenversicherung zu. Im Altenheim werden

jedoch die ärztlich angeordneten Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung mit bezahlt, obwohl die Heimbewohner und -bewohnerinnen ihre Krankenkassenbeiträge weiterhin in voller Höhe zahlen. Die behandlungspflegerischen Leistungen werden natürlich auch in den Heimen erbracht, aber zu welchem Preis? Zum einen werden diese Kosten in die Kosten für die stationäre Pflege „eingepreist“ und verursachen damit die hohen Eigenanteile der Bewohner an den Pflegekosten. Da der Wettbewerb unter den Heimen nicht zuletzt über die Höhe der Eigenanteile geführt wird, stehen die Einrichtungsträger unter dem Druck der Kostensenkung. Bei einer personalintensiven Dienstleistung wie der Pflege wundert es nicht, dass dieser Druck sich auf das Personal auswirkt, sei es in Form von starker Arbeitsverdichtung und hohen Teilzeitquoten oder auch, in bestimmten Regionen und Trägerschaften, in massivem Lohndruck – mit den allseits bekannten Folgen für die Qualität der Arbeit und die Rekrutierung von Pflegepersonal. Wer an der Qualität der stationären Langzeitpflege in Deutschland interessiert ist, kommt deshalb nicht umhin, die derzeitige Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in den Altenheimen zu problematisieren. Der Verband der katholischen Altenhilfe in Deutschland (VKAD) hat deshalb im Jahr 2016 eine

Studie in Auftrag gegeben, um das finanzielle Volumen der in den Altenheimen geleisteten medizinischen Behandlungspflege zu beziffern. Die Ergebnisse der Studie „Medizinische Behandlungspflege – Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege“ werden im Folgenden näher vorgestellt. Daran anschließend sollen denkbare politische Konsequenzen diskutiert werden.

## 2. Rechtlicher Hintergrund zur Behandlungspflege in Deutschland

Die Medizinische Behandlungspflege sichert das Ziel ärztlicher Behandlung von Krankheiten und umfasst beispielsweise Leistungen wie Medikamentengabe, Verbandswechsel, Blutdruck- sowie Blutzuckerkontrolle durch Pflegefachkräfte. Die Maßnahmen dienen der Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes der Menschen. Damit zählen sie zum originären Aufgabekreis der Krankenversicherung (SGB V). Innerhalb des SGB V und SGB XI wird der Begriff (medizinische) Behandlungspflege aktuell nicht weiter definiert. Durch die Einführung des §37 Abs. 6 SGB V mittels des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde zur näheren Bestimmung der Leistungen der häuslichen Kranken-

pflege der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach §92 SGB V beauftragt, die entsprechenden Richtlinien festzulegen. Da die medizinische Behandlungspflege ein Teilbereich der häuslichen Krankenpflege ist, wurde in der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKR) auch die medizinische Behandlungspflege definiert: „Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte/Pflegekräfte delegiert werden können. (Behandlungspflege)“ (G-BA, 2015, S.3) Somit bildet diese Definition des G-BA die derzeit rechtsverbindliche Definition der medizinischen Behandlungspflege. (Leopold, 2017, S.20)

## 2.1 Stationäre Einrichtungen der Altenhilfe

Die Finanzierung der Behandlungspflege im stationären Bereich wurde seitens des Gesetzgebers erst mit der Einführung des SGB XI inhaltlich thematisiert. Vor 1996 wurden die anfallenden Leistungen nach dem Selbstkostenprinzip durch die Bewohner/innen eigenständig oder durch die Sozialhilfeträger getragen (Graber-Dünow, 1994, S.51).

Durch das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) wurde die soziale Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig in die Sozialversicherung aufgenommen (SGB XI). Ab 1. April 1995 traten die Leistungen für die ambulante Pflege und ab 1. Juli 1996 die Leistungen für die stationäre Pflege des SGB XI in Kraft (Simon, 2013, S. 449).

Im Gesetzentwurf des PflegeVG von 1994 wurde der Bedarf der medizinischen Behandlungspflege bei zeitgleicher Pflegebedürftigkeit bereits erkannt und eindeutig den Krankenkassen zugeordnet. Die Pflegekasse sollte in diesem Bereich

lediglich eine Steuerungsfunktion einnehmen (Höfling; Schäfer, 2016, S.29).

„Die Behandlungspflege hat insbesondere medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbändewechsel oder Verabreichung von Medikamenten zum Gegenstand und ist keine Leistung der Pflegeversicherung; sie wird weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.“ (Gesetzentwurf Pflege VG, 1993, S.90)

Durch das SGB XI – ÄndG (1996) wurden die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich bzw. deren Finanzierung jedoch in das SGB XI überführt. Die Leistungen wurden befristet aufgenommen. Die Befristung wurde bis zu einer Prüfung im Laufe des Jahres 1999 festgelegt. Hierzu wurde begründet, dass es der Krankenversicherung aus finanziellen Gründen derzeit nicht möglich wäre, die Kosten im stationären Bereich mitzutragen. (Höfling; Schäfer, 2016, S.47)

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG 2000) wurde die befristete Übergangsregelung der medizinischen Behandlungspflege im SGB XI um weitere zwei Jahre bis 2001 verlängert.

Die Leistungsbestandteile der medizinischen Behandlungspflege in den §§ 41, 42 und 43 SGB XI blieben somit erhalten. (Höfling; Schäfer, 2016, S.50) Die Verlängerung wurde seitens des Gesundheitsausschusses angeregt, um eine akkurate Datenbasis für eine verbindliche Festlegung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen zu erhalten. (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, 1999, S.185) 2001 wurde dargelegt, dass immer noch keine valide Datenerhebung bezüglich der für die GKV entstehenden Mehrkosten zur Verfügung stehen würde. In diesem Zusammenhang wurde eine Schätzung des AOK-Bundesverbandes

aufgeführt, die eine Mehrbelastung von ca. 3 Mrd. DM pro Jahr prognostizierte. Dem gegenüber standen weitere Schätzungen, deren Grundlagen nicht genannt wurden. Diese bezifferten einen Wert von ca. 220 DM pro Monat und Heimbewohner/in wovon ein hochgerechneter Wert von ca. 1,5 Mrd. DM veranschlagt wurde. Aufgrund der erheblichen Differenz dieser Daten wurden diese als noch nicht ausreichend angesehen. Dies hatte zur Folge, dass die Übergangsregelung um weitere zwei Jahre verlängert wurde. (Zweiter Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung, 2001, S. 71)

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) wurde 2001 der §43b in das SGB XI eingeführt. Dieser regelte, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Pflege ab 01.01.2005 von der GKV getragen würden.

### § 43b Finanzierungszuständigkeit

Vom 1. Januar 2005 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.“ (PflEG, 2001, S. 3) Nach Ablauf der Frist des PflEG wurde die Frist rückwirkend durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz 2005 aufgehoben. Als neues Datum zur Überleitung wurde der 01.01.2007 festgelegt.

Der Gesetzgeber beschloss mit dem GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007, den §43b SGB XI ersatzlos zu streichen. Somit wurde nicht nur die Übergangsfrist außer Kraft gesetzt, sondern auch die generelle Überleitung der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich in die GKV verworfen. Dadurch wurden die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Pflege dauerhaft in das SGB XI überführt.

## ZUR DISKUSSION GESTELLT

In der Begründung des Gesetzgebers wurden weder eine Datenerhebung noch sonstige rechtliche oder ökonomische Gründe benannt, auf deren Grundlage diese Entscheidung beruhte. Der § 43 Abs. 2 SGB XI wurde dahingehend ergänzt, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal mit den Leistungsbeträgen der Pflegekasse abgegolten sind. (Höfling; Schäfer, 2016, S.54)

### 3. VKAD-Studie (2016–2017)

Wie aus dem Gesetzgebungsprozess ersichtlich wird, ist die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe ein kontroverses Thema. Um diese Thematik sachlich

weiterführen zu können, ist die Politik auf valide Daten angewiesen. Aus wissenschaftlicher Perspektive gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, um die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe zu ermitteln und eine daraus folgende hohe Diskrepanz bei den erhobenen Daten. Zu dieser Thematik liegen derzeit sechs Studien vor, die eine Spannweite zwischen 217 und 1117 Euro pro Bewohner im Monat aufweisen (siehe Tab. 1)

Die Erhebung des Finanzvolumens der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenhilfe ist ein komplexes Unterfangen, da die stationären Einrichtungen der Altenhilfe hierzu systembedingt keine Daten erfassen. In der For-

schung haben sich zwei Ansätze etabliert, zum einen die Zeitwerterfassung in der Einrichtung, die auf die Abrechnungsschemata der ambulanten Dienste übertragen wird, und zum anderen die Erfassung der Leistungsabrechnung der ambulant betreuten Kunden mit den Krankenkassen. Der erste Ansatz erfasst zwar die gewünschte Zielpopulation, jedoch kann hier aus pragmatischen Erwägungen nur eine kleine Stichprobe herangezogen werden und wird üblicherweise nicht zu einer repräsentativen Größe gebracht. Der zweite Ansatz erfasst die Zielpopulation nicht effektiv, da hier nicht ausschließlich die Heimpopulation abgebildet wird und die Daten dadurch ggf. verfälscht werden. Um die genannten Problemfaktoren zu umgehen wurde in der VKAD-Studie

#### Studien im Vergleich

	Kappelberg Erhebung	Risse/Beck	Heiber Studie	Erhebung VKAD	Erhebung Bremer Heimstiftung	Expertise Rothgang/Müller
<b>Erhebungszeitraum</b>	2005	2001	2003	2014–2016	2013	2011
<b>Datengrundlage</b>	Bew. in stat. Einrichtungen der Altenhilfe	Bew. in stat. Einrichtungen der Altenhilfe	Kunden der Wohnprojekte	In den stat. Bereich übergesiedelte Kunden der amb. Dienste	Bew. von ambulant betreuten Einrichtungen	BARMER GEK Routedaten
<b>Fallzahl</b>	20	839	67	576 (425)	613	2 Mio. Pflegemomente
<b>Kosten für Behandlungspflege pro Monat (inflationiert)</b>	1.117,33 Euro	725,27 Euro	508,89 Euro	474,75 Euro	311,29 Euro	217,00 Euro
<b>Gesamtkosten für die Krankenkassen</b>	10 249 Mio. Euro	6 653 Mio. Euro	4 668 Mio. Euro	4 354 Mio Euro (GKV + PKV) 3 821 Mio Euro (GKV)	2 855 Mio Euro	1 806 Mio. Euro (GKV)
<b>Gesamtkosten 70% Leistungsbezieher</b>	7 174 Mio. Euro	4 657 Mio. Euro	3 267 Mio. Euro	3 048 Mio. Euro (GKV + PKV) 2 675 Mio. Euro (GKV)	1 998 Mio. Euro	1 264 Mio. Euro

Tabelle 1: Studienübersicht.

Quelle: Leopold, 2017

ein alternativer Ansatz der Erhebung angewendet. In der Studie wurden die Kunden der ambulanten Pflegedienste, die in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe übersiedelt sind, als Untersuchungspopulation herangezogen, in der Annahme, dass diese zumindest ansatzweise die Heimpopulation widerspiegeln und sich der Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen zunächst nicht verändern wird. Der Vorteil dieser Methodik liegt in der pragmatischen Erfassung der relevanten Daten durch die Abrechnungssystematik der ambulanten Pflegedienste mit den entsprechenden Krankenkassen. Zur Erhebung der verordneten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege wird der letzte vollständige Abrechnungsmonat vor Einzug in eine stationäre Einrichtung herangezogen, um Verfälschungen durch Krankenhaus- oder Reha Aufenthalte ausschließen zu können.

### 3.1 Ziele der Untersuchung

Ziele der Untersuchung waren:

- den finanziellen Aufwand der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege zu erfassen, bzw. festzustellen, was den Krankenkassen die ambulant erbrachte medizinische Behandlungspflege ihrer Patientinnen und Patienten vor dem Einzug ins Heim im Durchschnitt pro Monat wert war,
- das Gesamtvolumen der anfallenden Kosten bei einer Übernahme durch die Krankenversicherung abzuschätzen und
- den Bedarf an medizinischer Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe zu ermitteln.

### 3.2 Methodisches Vorgehen

- Untersuchungspopulation: Kunden der ambulanten Pflegedienste, die in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe übersiedelt sind (2014-2016, bundesweit)

- Instrument: Standardisierter Erhebungsbogen
- Relevante Daten: Soziodemografische Daten. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die nach SGB V mit den Krankenkassen abzurechnen sind. Dies schließt alle HKP-Leistungen aus, die den Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung betreffen. Neben der Leistungsart wurde die Häufigkeit der erbrachten Leistungen in den Items täglich und wöchentlich erhoben. Ebenso wurden die Leistungen aufgeführt, die eine im Haushalt lebende Person übernimmt.

### 3.3 Ergebnisse

Insgesamt konnten 576 Datensätze von 35 ambulanten Diensten aus sieben Bundesländern in die Untersuchung miteinfließen. Mittels der soziodemographischen Merkmale der Untersuchungspopulation, wie Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Kassenzugehörigkeit ließ sich belegen, dass diese nahezu identisch mit denen der Heimpopulation anhand der Pflegestatistik sind und der Untersuchungsansatz somit grundsätzlich anwendbar ist und eine hohe Plausibilität aufweist

Die Untersuchung hat ergeben, dass 425 Pflegebedürftige bei der Übersiedlung in eine stationäre Einrichtung Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Anspruch genommen haben. Dies entspricht einem Prozentsatz von ca. 70%.

Es konnte festgestellt werden, dass für die stationären Einrichtungen der Altenhilfe ein durchschnittlicher finanzieller Aufwand von 474,75 Euro pro Bewohner/in im Monat entsteht, welcher Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Anspruch nimmt.

Dieser Durchschnittswert dient nun auch der Hochrechnung für die zu erwartenden Gesamtkosten, welche die Krankenkassen in stationären Pflegeeinrichtungen bei einer Übernahme pro Jahr aufwen-

den müssten. Hierzu wird der monatliche Betrag auf ein Jahr hochgerechnet und anhand der Anzahl der Heimbewohner/innen aus der Pflegestatistik multipliziert. Hierbei wird die Anzahl der Heimbewohner/innen von 2013 herangezogen, die mit 764.431 angegeben ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016, S.9).

Unter der Annahme, dass nur ca. 70% der Heimbewohner/innen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Anspruch nehmen wird der Betrag anschließend um 30% reduziert.

Nach dieser Rechnung kommen wir auf einen Betrag von ca. drei Milliarden Euro, welcher theoretisch durch die Pflegeversicherung und den/die Heimbewohner/in getragen wird.

Um ein differenziertes Bild über die Gesamtkosten geben zu können, werden im nächsten Schritt die Kosten für die GKV und PKV getrennt voneinander betrachtet. Zur genaueren Abgrenzung der Kosten für die GKV und die PKV werden die durchschnittlichen Beträge nach Kassengruppe verwendet. Um die Zielpopulationen abbilden zu können, wird die Gesamtzahl der Heimbewohner/innen auf Grundlage der Pflegestatistik durch die der PKV-Versicherten subtrahiert. Hierzu werden die Daten des Zahlenberichts 2014 der PKV herangezogen. Die Anzahl der PKV-Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen beläuft sich im Jahr 2013 auf 47.128 (vgl. PKV, 2014, S.63).

Somit kann der Schätzwert für die jährlichen Leistungen der GKV für die medizinische Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen derzeit mit ca. 2,6 Milliarden Euro angegeben werden, welcher auch als plausibel einzuschätzen ist.

## 4. Fazit/Ausblick

Die Studie hat gezeigt, dass bei der derzeitigen Gesetzeslage den pflegebedürft-

tigen Bewohnern und Bewohnerinnen der Altenheime ein erheblicher Betrag aus der von ihnen mitfinanzierten Krankenversicherung zur Finanzierung ihrer medizinischen Behandlungspflege vor-enthalten wird. Hier klafft eine erhebliche Gerechtigkeitslücke. Um die in Rede stehende Differenz von ca. 3 Milliarden Euro zu veranschaulichen, genügt eine grobe Umrechnung in das sich daraus ergebende Personalvolumen. Bei einer Gesamtzahl von rund 13 600 nach SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationäre Pflegeheimen mit durchschnittlich 63 Pflegebedürftigen (Statistisches Bundesamt 2017, 18) und durchschnittlichen Arbeitgeberkosten für eine Pflegefachkraft von ca. 57.500 Euro (AVR-Caritarif) würde ein durchschnittliches Pflegeheim mit fast vier (3,83) zusätzlichen Vollzeitkräften ausgestattet. Mit diesem zusätzlichen Personal lässt sich also durchaus ein Unterschied in der Qualität der Pflege und der Situation der Pflegenden erreichen; auch dann noch, wenn man einen Teil dieser Summe zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen (Eigenteil) verwenden würde.

Wie aber könnte die gesetzgeberische Umsetzung erfolgen? Im Gespräch mit Heimleitungen wird immer wieder betont, dass bei der Umsetzung verhindert werden sollte, den hohen bürokratischen Abrechnungsaufwand der ambulanten Pflege in den stationären Bereich zu übertragen. Dabei darf zurück gefragt werden, ob der Abrechnungsaufwand in der ambulanten Pflege nicht auch deutlich reduziert werden müsste.

Unter den derzeitigen Bedingungen wäre eine pauschalierte Übertragung von Mitteln der Krankenversicherung in den stationären Bereich wahrscheinlich das unkomplizierteste Modell. Die medizinische Behandlungspflege würde jeweils auf ärztliche Anordnung hin erbracht, aber für alle Bewohnerinnen und Bewoh-

ner pauschal aus dem SGB V finanziert. Um eine auskömmliche Gesamtpauschale zu errechnen, müssten die Ergebnisse der oben beschriebenen Studie überprüft und validiert werden. Auch für die Entscheidung, ob die Gesamtpauschale für die Einrichtung pflegegradabhängig oder pflegegradunabhängig gezahlt wird, wären weitere wissenschaftliche Erkenntnisse hinzu zu ziehen.

Die Alternative, die behandlungspflegerischen Leistungen über individualisierte Einzelabrechnungen zu erfassen, würde den befürchteten Bürokratieaufwand erzeugen. Die in diesem Zusammenhang ebenfalls notwendige Zulassung der stationären Einrichtungen als Leistungserbringer nach Paragraph 132a SGB V ist dagegen leichter zu bewältigen.

Einen etwas geringeren Abrechnungsaufwand könnte man evtl. erreichen, wenn die Einzelverordnung jeweils pauschale Leistungen an die Versicherten auslösen würden, die zu einer Reduzierung des Pflegesatzes führen würden.

An dieser Stelle können Umsetzungsvarianten nur skizziert werden. Es ist Aufgabe der politisch Verantwortlichen zügig die notwendigen Daten zu erheben, Umsetzungsschritte zu prüfen und gesetzgeberisch diesen Systemfehler der Pflegeversicherung zu beheben.

### Literatur

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN- Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) (1999): Drucksache BT14/1977

Gemeinsamer Bundesausschuss[GBA] (2015): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie).

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. - Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz-PflegeVG) (1993): Drucksache 12/5262

Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) (2001): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001 Teil I Nr. 70

Graber-Dünow, M. (1994): Die Unwirtlichkeit der Pflegeheime, In: Sozialmagazin,3/1994, S. 48-54

Höfling, Wolfram; Schäfer, Anne (2016): Zur Verfassungsrechtlichen Problematik der unterschiedlichen normativen Ausgestaltung der medizinischen Behandlungspflege im häuslichen und stationären Bereich – Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Stiftung Patienten-schutz. Patientenschutz Info-Dienst, Ausgabe 7/2016, 12. Oktober 2016

Leopold, David (2017): Medizinische Behandlungspflege- Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Pflege. Freiburg: VKAD

PKV (2014): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung.

Simon, Michael (2013): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Hans Huber

Statistisches Bundesamt (2016): Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden Statistisches Bundesamt

Statistisches Bundesamt (Hg.) (2017): Pflegestatistik 2015 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter

[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?_blob=publicationFile) zuletzt geprüft am 08.05.2017

Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (2001): Drucksache BT14/5590

### Autoren:

**Dr. Hanno Heil,**  
**Vorstandsvorsitzender**  
**Verband katholischer Altenhilfe**  
**in Deutschland e.V. (VKAD)**  
**Karlstr. 40**  
**79104 Freiburg**

**David Leopold,**  
**Akademischer Mitarbeiter –**  
**Katholische Hochschule**  
**Freiburg**  
**Karlstr. 63**  
**79104 Freiburg**

Christina M. Berchtold

# Genetische Information zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen<sup>1</sup>

## I. Wandel genetischer Information

Die Vorstellung, mit Hilfe von personalisierten Genuntersuchungen das „Buch des Lebens“<sup>2</sup> eines jeden Menschen lesen zu können, hat den Wettlauf der 1990er Jahre um die Entschlüsselung des menschlichen Genoms geprägt. Das Leitbild der genetischen Forschung lebte von der Vorstellung, durch eine gezielte Veränderung des Genotyps ließe sich auch der entsprechende Phänotyp optimieren.<sup>3</sup> Gleichzeitig ist nur in wenigen diagnostischen Fragestellungen von einer phänotypischen Eigenschaft linear, monokausal oder deterministisch auf das genotypische Merkmal zu schließen.<sup>4</sup>

Gegenwärtig stellt die Variabilität des Spannungsverhältnisses zwischen Genotyp und Phänotyp eines der größten Herausforderungen dar.<sup>5</sup> Die Ursache liegt in der

Komplexität genetischer Disposition und der Expression von exogenen, epigenetischen Faktoren, die sowohl von unserer biologischen als auch sozialen Umwelt beeinflusst werden.<sup>6</sup>

Genetische Analysen erlauben uns meist „nur“ Wahrscheinlichkeitsaussagen über die Manifestation genetischer Krankheiten: Beispielsweise beträgt die Manifestationswahrscheinlichkeit im Fall von Alzheimer bei heterozygoten APOE4-Trägern 6–13% ab dem 6. Lebensjahrzehnt, im Fall von erblichem Brustkrebs bei BRCA1- oder BRCA2-Mutationsträgerinnen für Brustkrebs 40–80 % und für erblichen Eierstockkrebs 30–40 %.<sup>7</sup> Diese Zahlen verdeutlichen, dass es für jede Krankheit und deren Ausprägungen sehr unterschiedliche Manifestationswahrscheinlichkeiten gibt. Prädiktiv-deterministische Aussagen sind selten. Lediglich für die Huntington'sche Erkrankung liegt die Genauigkeit der Krankheitsprädiktion aufgrund der autosomal-dominanten Vererbung bei fast 100% – also bei an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit.<sup>8</sup> Viel häufiger lassen sich hingegen prädiktiv-probabilistische Aussagen treffen:

Veränderungen werden identifiziert, die bestenfalls annähernde, aber keinesfalls sichere Prognosen ermöglichen.<sup>9</sup> Zu viele abhängige und unabhängige Anlagen stehen im Wechselspiel mit exogenen Faktoren – die Rede von der „Postgenomik“ spielt bei all diesen Uneindeutigkeiten offenkundig auf den Begriff der „Postmoderne“ an.<sup>10</sup>

## II. Wandel zur personalisierten Medizin

Noch vor einigen Jahren hegte ein Großteil der Medizinstudierenden den Wunsch, Hausarzt zu werden. Die Welt einer persönlichen Medizin war geprägt durch Ärzte, die im Laufe der Jahre praktische Erfahrungen sammelten, ihre Patienten meist von Geburt an kannten – auch das Umfeld, die Gewohnheiten – und sich Zeit nahmen für die Geschichten der Familien.<sup>11</sup> In einer hochtechnologisierten Medizin des 21. Jahrhunderts findet sich der Berufswunsch des klassischen Landarztes immer seltener. Der „persönlichen“, patientenbezogenen Medizin wird einerseits die ökonomisch geprägte „one size fits all“ Therapie zur Seite gestellt – andererseits etabliert sich eine stratifizierte Medizin nach Alter, Geschlechts-

1 Der Beitrag von Christina M. Berchtold erscheint im Rahmen der Verleihung des Wissenschafts-Sonderpreises 2017 der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen und beruht auf ihrer Dissertation „Der Wandel genetischer Information – Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen“, die in den „Schriften zum Gesundheitsrecht“ (Verlag Duncker & Humblot Berlin) erschienen ist.

2 Zur Begründung und Kritik des Begriffs „Book of Life“, siehe Kay, *Book of Life*, passim.

3 Vgl. auch Kersten, JZ 2011, S. 161 f.

4 Vgl. hierzu *Deutsche Gesellschaft für Human-genetik e.V.*, Positionspapier 2007 [www.medgenetik.de/sonderdruck/2007\\_gfh\\_positionspaper.pdf](http://www.medgenetik.de/sonderdruck/2007_gfh_positionspaper.pdf) [letzter Aufruf: 02.11.2013]. Kersten, JZ 2011, S. 161 f.; *Bundesärztekammer*, Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik; Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A 1297 ff.

5 Vgl. Kersten, *Informed Consent*, S. 89 ff.; Kersten, JZ 2011, S. 161 f.

6 Vgl. auch Kersten, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 5 ff.

7 Siehe *Bundesärztekammer*, Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik; Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A 1297 ff.; Kersten, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 4.

8 Siehe *Bundesärztekammer*, Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik; Deutsches Ärzteblatt 100 (2003), A 1297 ff.; Kersten, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 4 ff.; Lindner, MedR 2007, S. 286 ff.

9 Vgl. Kersten, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 4 ff.; Lindner, MedR 2007, S. 286 ff.; Lindner, MedR 2007, S. 286 ff.

10 So Müller-Wille/Rheinberger, *Das Gen im Zeitalter der Postgenomik*, S. 118 ff.; Kersten, JZ 2011, S. 161 f.

11 Siehe ausführlich: Kersten, ZEE 2013, S. 23.

zugehörigkeit oder Body-Mass-Index: Diese Entwicklung der personalisierten Medizin strebt nunmehr danach, „ihre Patienten auf biologische und insbesondere genetische Weise neu kennen[zulernen“.<sup>12</sup>

Doch wie persönlich ist die personalisierte Medizin? Die Dimensionen einer personalisierten Medizin sind – ebenso wie die Begrifflichkeiten – vielfältig.<sup>13</sup> Bislang befasst sich die fachwissenschaftlich-disziplinäre und interdisziplinäre Diskussion noch immer mit einer trefflichen Terminologie: So handelt es sich bei der Begriffsarbeit nicht um eine „umgangssprachliche Selbstverständlichkeit“, sondern um den Hinweis auf einen grundlegenden methodologischen und normativen Befund.<sup>14</sup> Neben der bereits erwähnten „stratifizierten Medizin“, die bislang Patientengruppen nach klinischen Merkmalen in (Sub-)gruppen eingeteilt hat, ist beispielsweise von „individualisierter“ oder „präziser Medizin“ die Rede.<sup>15</sup> Doch gerade diese begrifflichen Konturierungen bereiten medizinethischen Kritikern großes Unbehagen: „Es geht überhaupt nicht mehr um die Person des Kranken, es geht wahrscheinlich noch nicht einmal um Individualisierung [...]. Das hat aber nun mit Personalität, mit Person nicht das Geringste zu tun“.<sup>16</sup> „Der Terminus personalisierte Medizin

[sei ...] ein unglücklicher, weil er semantisch sehr überlastet ist.“<sup>17</sup>

„Individualisierung“ und/oder „Personalisierung“ in der Medizin sucht ein besonderes Leitbild und einen eben solchen Legitimationsansatz für medizinisches Handeln zu kennzeichnen.<sup>18</sup> Unabhängig davon, ob man auf eine „alte“ oder „neue“ Medizin abstellt – die personalisierte Medizin will auf der Grundlage genetischer Diagnostik eine passgenaue molekularbiologische Krankheitsprävention ermöglichen.<sup>19</sup> Im Vordergrund steht der anglo-amerikanische Begriff des „tailorings“, also das Abzielen auf eine maßgeschneiderte Medizin: „*tailoring of medical treatment to the individual characteristics of each patient [in order to] classify individuals into subpopulations that differ in their susceptibility to a particular disease or their response to a specific treatment. Preventive, diagnostic or therapeutic interventions can then be concentrated on those subpopulations who will benefit, sparing expense and side effects for those who will not.*“<sup>20</sup>

Dieser Präzisierungsversuch des President's Council of Advisors on Science and Technology kommt einer Begriffsklärung wohl am nächsten. Doch gänzlich überzeugen vermag auch diese Definition nicht. Allen begrifflichen Ansätzen ist nämlich eine „cloudartige“ Begriffsarbeit gemein, mit der sie versuchen, eine sehr komplexe, wissenschaftliche

Entwicklung zu beschreiben: Personalisierte Medizin möchte uns aber vielmehr als „Kompaktbegriff“ vermitteln, dass die äußerst heterogenen Entwicklungen und kulturellen Perzeptionen eines genetischen Paradigmenwechsels in der Medizin nicht nur zusammengehören, sondern auch weitreichende Folgen für unser Verständnis von Medizin, Gesundheit, Menschlichkeit und juristischer Einordnung zeigen.<sup>21</sup> Daher erscheint es in diesem Kontext folgerichtig, vier Kernthesen zur Beschreibung einer personalisierten Medizin zu skizzieren:

- *Erstens:* Die personalisierte Medizin stützt sich medizinisch auf eine Biomarker-gruppierete Bildung von Patientengruppen und ist bestrebt möglichst individualisierte Behandlungs- und Therapieprodukte zu entwickeln.<sup>22</sup>
- *Zweitens:* Die personalisierte Medizin verfolgt prophylaktisch das Ziel einer genetisch informierten und fundierten Bestimmung von individuellen Gesundheitsmerkmalen und wandelt sich so zur Präventivmedizin.<sup>23</sup>
- *Drittens:* Die personalisierte Medizin überschreitet schrittweise die Schwelle zum „*Consumer Driven Age*“ – „genetic information is now increasingly available outside traditional medical settings [...] as patients embrace direct-to-consumer (DTC) genetic tests and turn to social networks for help in interpreting results“.<sup>24</sup> Slogans dieser Entwicklung, wie „just google your genes“ oder „easy genomics“, erleichtern das „cloud computing“ und

12 So auch Kersten, ZEE 2013, S. 23.

13 Vgl. Ausschuss des Deutschen Bundestages für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung (2009): Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, S. 6 ff.; Kersten, ZEE 2013, S. 23.

14 Siehe Damm, MedR 2011, S. 8.

15 So beispielsweise Damm, MedR 2011, S. 8 f.

16 Bauer, in: Deutscher Ethikrat, Simultanmitschrift über das Forum Bioethik „Die Medizin nimmt's persönlich. Möglichkeiten und Grenzen der Individualisierung von Diagnose und Therapie“, 24.06.2009, [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb\\_2009-06-24\\_simultanmitschrift.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2009-06-24_simultanmitschrift.pdf), [letzter Aufruf am 13.08.2014], S. 23.

17 Lindpaintner, in: Deutscher Ethikrat, Simultanmitschrift über das Forum Bioethik „Die Medizin nimmt's persönlich. Möglichkeiten und Grenzen der Individualisierung von Diagnose und Therapie“, 24.06.2009, [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb\\_2009-06-24\\_simultanmitschrift.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2009-06-24_simultanmitschrift.pdf), [letzter Aufruf am 13.08.2014], S. 23.

18 So beispielsweise Damm, MedR 2011, S. 8 f.

19 Vgl. Müller-Jung, FAZ, Nr. 214, 14.09.2010; Damm, MedR 2011, S. 8 f.; Kersten, JZ 2011, S. 161 f.

20 President's Council of Advisors on Science and Technology. *Priorities for Personalized Medicine. Report*. September 2008, [http://www.whitehouse.gov/files/documents/ostp/PCAST/pcast\\_report\\_v2.pdf](http://www.whitehouse.gov/files/documents/ostp/PCAST/pcast_report_v2.pdf) [letzter Aufruf am 29.12.2014].

21 Siehe auch Kersten, ZEE 2013, S. 23; Powers, Das Buch Ich Nr. 9, S. 7 ff.

22 Siehe [http://www.taylorwessing.com/synapse/regulatory\\_personalised\\_medicines.html](http://www.taylorwessing.com/synapse/regulatory_personalised_medicines.html) [letzter Aufruf am 29.12.2014]; Kersten, ZEE 2013, S. 23 f.

23 In Anlehnung an Kersten, ZEE 2013, S. 23 f.

24 Vgl. Evans et al., Preparing for a Consumer-Driven Genomic Age, NEJM 2010, S. 1099; Kersten, ZEE 2013, S. 23 f.; Annes et al., Risk of Presymptomatic Direct-To-Consumer Genetic Testing, NEJM 2010, S. 1100 ff.

gestalten den informationstechnologischen „Bypass“ ärztlicher Beratung<sup>25</sup> WiFi-tauglich – also schnittstellenlos.

- *Viertens:* Die personalisierte Medizin bewegt sich derzeit in einer Ambivalenz des Arzt-Patienten-Verhältnis – sowohl das individualisierte „Forschungspotenzial“ als auch das „Erklärungspotenzial“ der personalisierten Medizin fordern den Betroffenen und den Mediziner gleichermaßen.<sup>26</sup> Irgendwo zwischen „persönlicher“ und „standardisierter“ Behandlung<sup>27</sup> wäre es wünschenswert, wieder eine mitfühlende, wenn auch personalisierte Patientenbetreuung anzustreben.

### III. Drittwirkung genetischer Information

Gendiagnostik betrifft in der Regel nicht nur die Person, die eine genetische Untersuchung vornehmen lässt – auch deren genetische Familie ist berührt: Genetische Diagnostik entfaltet Drittwirkung.<sup>28</sup> In einem (mehr oder weniger) engen Familienverbund wird es kaum möglich sein, genetische Informationen langfristig zu verheimlichen.<sup>29</sup> Aus medizinrechtlicher Sicht drängt sich dabei die Frage auf, wie der Konflikt zu lösen ist, „wenn eine Person unter Berufung auf ihr Recht auf Wissen eine genetische Analyse durchführen lässt, sein Verwandter jedoch aufgrund dessen um sein Recht auf Nichtwissen fürchtet.“<sup>30</sup>

25 Vgl. *Nowotny/Testa*, Die gläsernen Gene, S. 54 ff.; *Kersten*, ZEE 2013, S. 23 f.; *Powers*, Das Buch Ich Nr. 9, S. 7 ff., 26 ff.

26 So S. *Müller-Wille/Rheinberger*, Das Gen im Zeitalter der Postgenomik, S. 135; *Kersten*, ZEE 2013, S. 23 f.

27 Grundlegend *Kersten*, ZEE 2013, S. 23 f.

28 So BT-Drs. 16/10532, S. 23; *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 5.

29 Vgl. *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.

30 *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.

### IV. Genetische Drittwirkung unter verfassungsrechtlicher Betrachtung

In verfassungsrechtlichem Kontext rühren genetische Informationen an die höchste persönliche Identität und damit an den Kernbereich eines jeden Menschen. Grundrechtliche Überlegungen finden diesbezüglich ihren Ursprung im Allgemeinen Persönlichkeitsrecht. So schützt Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG die Mittel zur Identitätsfindung, die Entwicklung der eigenen Individualität gleichermaßen wie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Dabei geht das Selbstverständnis des Menschen um seine „genetische Herkunft“ nicht bloß in einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Gendisposition auf. Es lässt sich auch emotional begreifen. So steht es dem Einzelnen frei, die eigene genetische Disposition zu kennen oder auch zu ignorieren. Entsteht eine Situation, in der eine Person gegen ihren Willen Kenntnis von einer eigenen genetischen Disposition erlangt, bedarf es einer Rechtfertigung: Als solche vermögen eine verfassungsmäßige gesetzliche Ermächtigung oder die Einwilligung der betreffenden Person zu fungieren.<sup>31</sup> Wie sich das Recht auf Wissen und das Nichtwissen gegenseitig beschränken können, lässt sich zunächst in einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2007 im Hinblick auf das Recht des Vaters auf Kenntnis der Abstammung des ihm rechtlich zugeordneten Kindes erahnen.<sup>32</sup>

Die verfassungsrechtliche Frage nach der Zulässigkeit des Vaterschaftstests

31 Vgl. *Taupitz/Guttmann*, Rechtswissenschaftliche Aspekte, in: Propping et al., Prädiktive genetische Testverfahren, S. 64 f.

32 Siehe *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.; BVerfGE 117, 202, 225 ff.; *Brosius-Gersdorf*, NJW 2007, S. 806 ff.

war durch eine Reihe an Besonderheiten gekennzeichnet: So hatte das Gericht das Recht des Vaters auf Kenntnis der Abstammung des ihm rechtlich zugeordneten Kindes (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) mit dem Recht des Kindes auf Nichtoffenlegung seiner Abstammung (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) abzuwägen. Gleichzeitig war auch das Sorgerecht der Mutter (Art. 6 Abs. 2 GG) betroffen.<sup>33</sup> Dabei entschied das Bundesverfassungsgericht, dass die Verwertung heimlicher Abstammungsgutachten dem Persönlichkeitsrecht des Kindes aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG widerspreche. Soweit sich die Richter auf die grundrechtliche Kollision zwischen Recht auf Wissen und Nichtwissen konzentrierten, stellten sie zunächst in Frage, „ob ein solches Recht überhaupt als negative Seite des Rechts auf Kenntnis der Abstammung vom Recht auf freie Persönlichkeit aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG mit umfasst wird.“<sup>34</sup>

Insofern muss an dieser Stelle betont werden, dass das Recht auf Wissen grundsätzlich Voraussetzung dafür sein mag, um das Recht auf Nicht-Wissen auszuüben und in mehrschichtigen Ausprägungen zu gestalten.<sup>35</sup> Unabhängig davon ist jedoch die Frage zu behandeln, inwieweit das Recht auf Nichtwissen überhaupt konstituiert wird.<sup>36</sup> Zwar eröffnet die Nichtkenntnis anders als die „positive Kenntnis der Abstammung dem Einzelnen mit der Information nicht die Möglichkeit, sich zu konkreten Personen

33 Vgl. BVerfGE 117, 202, 228; *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.

34 BVerfGE 117, 202 (230); *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.

35 Vgl. *Mieth*, Der Umgang mit dem genetischen Wissen – der moralische Status des Nicht-Wissens, in: Honnefelder/Propping, Was wissen wir, wenn wir das menschliche Genom kennen, S. 244.

36 So *Mieth*, Der Umgang mit dem genetischen Wissen – der moralische Status des Nicht-Wissens, in: Honnefelder/Propping, Was wissen wir, wenn wir das menschliche Genom kennen, S. 244.

in Beziehung zu setzen und den persönlichen familiären Zusammenhang zu erfahren, an dem sich die eigene Identität ausrichten kann.“<sup>37</sup> Im betreffenden Fall des Verfahrens zur Klärung der Abstammung war allerdings nicht das Kind in dessen Nichtwissen über seine Abstammung betroffen, sondern nur „sein vermeintliches Wissen über die Abstammung von seinem rechtlichen Vater, das durch Kenntnis der wahren Abstammung erschüttert werden konnte.“<sup>38</sup>

Folglich lässt sich die Kernaussage des Bundesverfassungsgerichts des betreffenden Grundrechtskonflikts nur hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Recht auf Wissen und Nichtwissen verallgemeinern: Der Wunsch eines Menschen, seine Identität und seine genetische Disposition zu erfahren, um sich im Rahmen seiner Persönlichkeitsentwicklung mit dieser aktiv auseinanderzusetzen, überwiegt das defensiv orientierte Recht auf Nichtwissen.<sup>39</sup> Dabei kann und muss das Recht auf Wissen verfahrensrechtlich insofern eingeschränkt werden, als in der Kenntnisgenerierung und insbesondere Kenntniskommunikation auf die Entwicklung eines Verwandten – etwa eines Kindes – Rücksicht zu nehmen ist.<sup>40</sup>

### V. Genetische Drittwirkung unter einfachgesetzlicher Betrachtung

Auch im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) wurde den Grundrechten, namentlich dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung, ein hoher Stellenwert eingeräumt: Dies wird sowohl

im Anbetracht der gesetzgeberischen Zweckbestimmung offenkundig, als auch anhand des mehrfach konstatierten Rechts auf Nichtwissen. Doch trotz dieses informationsrechtlichen Regelungsanspruchs hat sich der Gesetzgeber für den Fall familiärer Interessenkonflikte, die auf den Drittbezug genetischer Informationen zurückzuführen sind, für einen Mittelweg entschieden: § 10 Abs. 3 S. 4 GenDG konstruiert eine sog. „Empfehlung zur Empfehlung“. Wenn anzunehmen ist, dass genetisch Verwandte Träger der zu untersuchenden Eigenschaften mit Bedeutung für eine vermeidbare oder behandelbare Erkrankung oder gesundheitliche Störung sind, umfasst die genetische Beratung auch die Empfehlung, diesen Verwandten eine genetische Beratung zu empfehlen. Mit dieser Lösung werde – so der Gesetzgeber – sowohl das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten als auch der potentiell betroffenen Person gewahrt.<sup>41</sup>

Gleichwohl liegt die tatsächliche Lösung in einer detaillierten Betrachtung. Hierbei ließe sich zunächst mit *Gunnar Duttge* erwägen, eine vorherige Benachrichtigung der Angehörigen vorzunehmen. Von einer „nicht nur postulierten, sondern tatsächlichen Entscheidungsfreiheit“ kann nämlich nur so lange gesprochen werden, wie sich die Zukunft noch offen gestaltet.<sup>42</sup> Die Lösung des Problems sei also darin zu suchen, die Angehörigen schon vor einem Gentest zu befragen, ob sie über etwaige genetische Befunde, die sie betreffen, informiert werden möchten. Auch müsse eine gegebenenfalls bereits

erteilte Zustimmung bis zur erfolgten Benachrichtigung frei widerruflich bleiben. Doch auch mit einem Vorgriff der Benachrichtigung erscheint es denkbar, dass die Information mit einem evtl. auftretenden Wunsch der untersuchungswilligen Person kollidieren wird. Selbst wenn eine solche „Betroffenheit, die nur die geplante Vornahme der genetischen Untersuchung und nicht – wie bei ‚heimlicher‘ Durchführung der Untersuchung – bereits vorliegende, höchst sensible personenbezogene Daten (vgl. §§ 3 Abs. 9, 4a Abs. 3, 13 Abs. 2, 14 Abs. 5 BDSG) zum Gegenstand“ hat,<sup>43</sup> kann dieser Weg nicht überzeugen: So sieht er sich Praktikabilitätseinwänden ausgesetzt, wenn ein großer Kreis potentiell betroffener Verwandter vorab zu informieren wäre – und vermag im Besonderen das Recht auf Nichtwissen des Familienangehörigen nicht adäquat zu schützen. Der Familienangehörige müsste nämlich bereits vorab Stellung nehmen – und zwar in einer Situation, in der ihm seine Unbefangenheit spätestens dann abhandenkommen wird, wenn die Besorgnis einer Krankheitsveranlagung überhandnimmt, oder die tatsächliche Tragkraft der Entscheidung noch überhaupt nicht absehbar ist.<sup>44</sup>

Als weiteres Lösungsmodell ließe sich das Recht auf Nichtwissen als „aktivierungsbedürftig“ erachten und dabei eine – unterschiedlich weit gefasste – Grundinformation der Familienmitglieder befürworten: In diesen Fällen wäre das Recht auf Nichtwissen überhaupt nicht mehr auszuüben; so müsse das Recht, im Rahmen der eigenen Selbstbestimmung, bestimmte Informationen nicht zu erhalten, vom Untersuchten erst einmal „aktiviert“ werden, bevor sich etwaige Abwehr- oder Schutzansprüche ergeben könnten.<sup>45</sup>

37 BVerfGE 117, 202 (230).

38 BVerfGE 117, 202 (230); *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 f.

39 Siehe *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 ff.

40 Weitere Ausführungen, siehe BVerfGE 117, 202 (230); *Kersten*, 1. Teil, PersV (2011), 54 (1), S. 7 ff.

41 Inwiefern der Patient in einer ohnehin schon schwierigen Situation aufgrund der prognostizierten Diagnose auch praktisch in der Lage ist, den verwandtschaftlichen Interessenkonflikt zu lösen, soll an dieser Stelle der juristischen Betrachtung einmal dahingestellt bleiben.

42 Vgl. *Duttge*, DuD 2010, S. 26 f.; ferner *Duttge*, Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GenDG), S. 3 ff.

43 *Duttge*, DuD 2010, S. 26 f.

44 Vgl. *Wollenschläger*, AöR 138 (2013), S. 192 ff.

45 So *Taupitz*, Das Recht auf Nichtwissen, in FS Wiese, S. 592 ff.

Angesichts dieses Interessenkonflikts und einer fraglichen Tatsachenbasis führe die Vorenthaltung von Informationen ohne jedes Anzeichen eines individuellen Abwehrwillens „zu einer (wenn auch vielleicht paternalistisch motivierten) Verhinderung der Ausübung des individuellen Selbstbestimmungsrechts“.<sup>46</sup> Insoweit verlange das Primat des Autonomieprinzips in der Medizinethik eine Information bei fehlender Abwehrhaltung – ansonsten ergebe sich ein Widerspruch zum allgemein anerkannten Wechsel vom Primat des Nichtschadensprinzips zu eben diesem Primat der Autonomiefreiheit. Gleichwohl werden auch situationspezifische Unterschiede eingeräumt, die ein Minimum an Information fordern, um eine autonome Entscheidung zu ermöglichen – dieses Minimum sei jedoch unter den gegebenen Umständen besonders schonend zu unterbreiten. „Bezogen auf Informationen von geringer Bedeutung ist eine explizite Äußerung des Betroffenen zur Aktivierung des Rechts auf Nichtwissen erforderlich, während bei Informationen, die für den Betroffenen ‚lebenswichtig‘ sein können, sehr viel intensiver auf Anzeichen für einen Abwehrwillen zu achten ist.“<sup>47</sup>

Doch steht diese Argumentation gegen die medizinisch-faktische Beratungssituation, in der nicht der Angehörige, sondern nur der Untersuchte um genetische Beratung angesucht hat.<sup>48</sup> Anders als der Patient selbst ist der Verwandte nämlich nicht in die genetischen Beratungsgespräche eingebettet, so dass ihm insoweit auch wichtige Informationen, u.a. über die Existenz seines Rechts auf Nichtwissen,

fehlen werden.<sup>49</sup> Selbst in Fällen, in denen man keine „informierte“ Aktivierung im Sinne einer „vollinformierten“ Aktivierung fordert, liefe das Recht auf Nichtwissen dabei leer.<sup>50</sup> Dem Angehörigen würde somit jegliche Chance vorenthalten, einen gegenteiligen Willen zu artikulieren und folglich von seinem Recht auf Nichtwissen Gebrauch zu machen: Eine vorherige Informations-Aktivierung bedroht daher auch jedes noch so vorsichtige Herantasten an Wissen und Nichtwissen im Familienverbund.

## VI. Behandlungsrelevanz als Feinjustierung der tatbestandlichen Voraussetzungen

Auch wenn die Konstruktion des § 10 Abs. 3 S. 4 GenDG einer verwandtschaftlichen „Empfehlung zur Empfehlung“ zunächst eigen anmutet: Sie entspringt der Ambivalenz, das Recht des genetisch Verwandten für eine Mitteilung im Falle potenzieller Heilbarkeit als auch gegen eine Information angesichts der Verletzung des Rechts auf Nichtwissen gewichten zu wollen.<sup>51</sup> Somit wählt § 10 Abs. 3 S. 4 GenDG einen behutsamen Weg der Informationsmöglichkeit: Einerseits entspricht es der Gesetzeswertung, die Rechte desjenigen vorrangig zu schützen, der seine genetische Disposition erfahren möchte. Andererseits sollen mögliche negative Konsequenzen für genetisch Verwandte gering gehalten werden. Insoweit bleibt festzuhalten, dass die vorsichtige Formulierung des § 10 Abs. 3

S. 4 GenDG vor dem Hintergrund komplexer konfligierender Informationsinteressen Vorkehrungen für einen Ausgleich zwischen Wissen und Nichtwissen, nicht fehlte.

Gleichwohl sind die Tatbestandsvoraussetzungen einer „Empfehlung zur Empfehlung“ bislang weitestgehend unbestimmt.<sup>52</sup> Namentlich in Bezug auf die „Bedeutung“ oder genetischen Disposition für eine „vermeidbare oder behandelbare Erkrankung“ besteht das nachdrückliche medizinrechtliche Bedürfnis, Konkretisierungen vorzunehmen.<sup>53</sup> So bleiben folgende Fragestellungen gänzlich unbeantwortet: Ab welcher Manifestationswahrscheinlichkeit lässt sich tatsächlich ein späterer Krankheitsausbruch vorhersagen? Ist ein 25- oder 50%-prozentiges Risiko (un)-abhängig der Schwere des Krankheitsbildes ausreichend? Und ersetzen geringfügig überdurchschnittliche Erkrankungsrisiken, etwa für Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

<sup>52</sup> Ebenso Wollenschläger, AöR 138 (2013), S. 184 ff.

<sup>53</sup> So findet die Therapierbarkeit einer Erkrankung auch Anklang in § 10 Abs.1 S. 2 GenDG, wenn die verantwortliche ärztliche Person eine genetische Beratung *anzubieten* hat, sofern bei der betroffenen Person eine genetische Eigenschaft mit Bedeutung für eine Erkrankung oder gesundheitliche Störung festgestellt wurde, die nach dem allgemein anerkannten Stand der Wissenschaft und Technik nicht behandelbar ist. Für eine weitergehende Abwägung unter Berücksichtigung der Manifestationswahrscheinlichkeit: Lindner, MedR 2007, S. 288: „Diese Unterscheidung ist insofern wichtig, als sie im Rahmen der grundrechtlichen Interessenabwägung zum Tragen kommen kann: je höher die Wahrscheinlichkeit des Ausbruchs einer Krankheit ist, desto höhere Anforderungen sind an die verfassungsrechtliche Rechtfertigung eines Zwangs zu Wissen wider Willen zu stellen.“ In strenger Auslegung: Gen-ethisches Netzwerk zu § 10 GenDG: „So müsse die Frühdiagnose eine ‚unerlässliche Voraussetzung für das Verhindern einer späteren Erkrankung sein‘. „Nach derzeitigem Wissensstand [gäbe] es aber keine Krankheit, deren Ausbruch ausschließlich durch das *frühzeitige* Wissen einer genetischen Veranlagung sicher zu verhindern oder auch nur bedeutend besser zu behandeln ist, Gen-ethisches Netzwerk, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gendiagnostikgesetzes (GenDG), <http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/gen/2008/stellungnahme-gen-zum-referentenentwurf-gendiagnostikgesetz-gendg> [letzter Aufruf am 06.04.2014].

<sup>46</sup> Vgl. Taupitz, Das Recht auf Nichtwissen, in FS Wiese, S. 596 ff. vgl. auch Wollenschläger, AöR 138 (2013), S. 193 f.

<sup>47</sup> Taupitz, Das Recht auf Nichtwissen, in FS Wiese, S. 596.

<sup>48</sup> Vgl. Wollenschläger, AöR 138 (2013), S. 193 f.

<sup>49</sup> Vgl. Rieder, Genetische Untersuchung und Persönlichkeitsrecht, S. 213 ff.

<sup>50</sup> A.A. Taupitz, Das Recht auf Nichtwissen, in FS Wiese, S. 598.

<sup>51</sup> Demgegenüber spricht sich Günther für eine direkte Mitteilung im Fall lebensbedrohlicher, behandelbarer Krankheiten aus und stellt dabei auf die Rechtfertigung durch Notstand ab, siehe Günther, Gläserner Mensch, S. 219 sowie ausführlich Scherrer, GenDG, S. 303 ff. (307).

nicht vielmehr auf präventiv-personalisierte Weise den Rat des Arztes, „gesünder zu leben“? Im Besonderen erscheint die Sinnhaftigkeit der Informationsweitergabe in den Fällen, in denen eine Erkrankung auch behandlungsrelevant ist und Therapieoptionen gegeben sind, gegeben. Dabei könnten belastende oder nicht-weitergaberelevante Krankheiten wie Chorea Huntington im Wege eines Richtlinienenerlasses durch die Gendiagnostik-Kommission gemäß § 23 GenDG auf einer Ausschlussliste festgesetzt werden. Demgemäß erscheinen also Ergänzungen und Nachjustierungen der Tatbestandsvoraussetzungen hinsichtlich der diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten gleichermaßen geboten wie auch erforderlich.

## VII. Schlussfolgerung

Zusammenfassend besteht eine zentrale Herausforderung der Gendiagnostik einerseits in der Aufklärung über die gesichert-linearen Auswirkungen genetischer Disposition und andererseits in der Hervorhebung der Unsicherheit nicht-linearer, epigenetischer Faktoren. Angesichts der vielschichten Behandlungsbedingungen und -folgen bleibt festzuhalten, dass eine noch stärker auf den Patienten ausgerichtete Personalisierung erforderlich ist. Den hohen Anforderungen des Spannungsverhältnisses zwischen Diagnostik und Therapie, zwischen Information und Verschwiegenheit und schließlich zwischen dem Betroffenen und seinen Familienangehörigen kann nur in einer partizipatorischen, „persönlichen“ und auf Dauer angelegten Arzt-Patienten-Beziehung Rechnung getragen werden.

## Literaturverzeichnis

- Annes, Justin P./Giovanni, Monica A./Murray, Michael F.: Risks of Presymptomatic Direct-to-Consumer Genetic Testing, in: New England Journal of Medicine 2010, S. 1099-1103.
- Ausschuss des Deutschen Bundestages für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung: Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, Deutscher Bundestag Drucksache, BT-Drs. 16/12000, Berlin 2009.
- Bundesärztekammer: Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik, Deutsches Ärzteblatt 2003 (100), A 1297 ff.
- Damm, Reinhard: Personalisierte Medizin und Patientenrechte – Medizinische Optionen und medizinrechtliche Bewertung, Medizinrecht 2011, S. 7 ff.
- Prädiktive Gendiagnostik im Familienverband und Haftungsrecht, Medizinrecht 2012, S. 705 ff.
  - Prädiktive Gendiagnostik, Familienverband und Haftungsrecht, Medizinrecht 2014, S. 139 ff.
- Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG), Deutscher Bundestag Drucksache, BT-Drs. 16/10532, Berlin 2008.
- Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG), Deutscher Bundestag Drucksache, BT-Drs. 16/10582, Berlin 2008.
- Deutscher Bundesrat: Gesetzesbeschluss des Bundesrates Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG), Deutscher Bundesrat Drucksache, BR-Drs. 374/09, Berlin 2009.
- Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr (Datenschutz-Grundverordnung) COM(2012) 11 final; Ratsdok. 5853/12, Deutscher Bundesrat Drucksache, BR-Drs. 52/12, Berlin 2012.
- Deutscher Ethikrat: Simultanmitschrift über das Forum Bioethik „Die Medizin nimmt’s persönlich. Möglichkeiten und Grenzen der Individualisierung von Diagnose und Therapie“, Berlin 2009, [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb\\_2009-06-24\\_simultanmitschrift.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2009-06-24_simultanmitschrift.pdf), [letzter Aufruf am 14.11.2013].
- Duttge, Gunnar: Kurzstellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG, BT-Drs. 16/3233), Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschuss-Drs. 16(14)0288(37), Berlin 2006.
- Brennpunkte des Datenschutzes. Das Recht auf Nichtwissen in der Medizin, Datenschutz und Datensicherheit 2010, S. 34-38.
  - Regelung der Gendiagnostik zwischen Ideal und Realität, in: Duttge, Gunnar/Engel, Wolfgang/Zoll, Barbara, Das Gendiagnostikgesetz im Spannungsfeld von Humangenetik und Recht, Göttingen 2011, S. 1 ff.
  - Das Gendiagnostikgesetz: Vorbild für eine Gesamtregelung der Fortpflanzungsmedizin? In Rosenau, Hennig, Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinergesetz für Deutschland, Baden-Baden 2012, S. 235 ff.
- Evans, James P./Dale, David C./Fomous, Cathy: Preparing for a Consumer-Driven Genomic Age, New England Journal of Medicine 2010, S. 1099 ff.
- Kay, Lily E.: Who wrote the Book of Life? A History of the Genetic Code, Stanford 2000.
- Kersten, Jens: Der Mensch im Zeitalter seiner technischen Reproduzierbarkeit, TTN-Info 2010, S. 1 ff.
- Gendiagnostik im Öffentlichen Dienst. 1. Teil: Gendiagnostik und Arbeitsverfassungsrecht, Die Personalvertretung 2011, S. 4 ff.
  - Gendiagnostik im Öffentlichen Dienst. 2. Teil: Gendiagnostik und Mitbestimmung, Die Personalvertretung, S. 84 ff.
  - Die genetische Optimierung des Menschen – Plädoyer für eine Kritik unserer genetischen Vernunft, JuristenZeitung 2011, S. 161 ff.
  - Personalisierte Medizin. Rechtliche Herausforderung für Gesundheit und Gesellschaft, Zeitschrift für evangelische Ethik 2013, S. 23 ff.
- Lindner, Josef: Grundrechtsfragen prädiktiver Diagnostik, Medizinrecht 2007, S. 286 ff.
- Mieth, Dietmar: Der Umgang mit dem genetischen Wissen – der moralische Status des Nicht-Wissens, in: Honnefelder, Ludger/Propping, Peter, Was wissen wir, wenn wir das menschliche Genom kennen? Köln 2001, S. 263 ff.
- Müller-Wille, Staffan/Rheinberger, Hans-Jörg: Das Gen im Zeitalter der Postgenomik. Eine wissenschaftshistorische Bestandsaufnahme, Frankfurt am Main 2009.
- Nowotny, Helga/Testa, Giuseppe: Die gläsernen Gene. Die Erfindung des Individuums im molekularen Zeitalter, Frankfurt am Main 2009.
- Powers, Richard: Das Buch Ich Nr. 9 – Eine Reportage, Frankfurt 2010.
- Rieder, Heike: Genetische Untersuchungen und Persönlichkeitsrecht, Basel 2006.
- Taupitz, Jochen: Das Recht auf Nichtwissen, in: Hanau, Peter/Lorenz, Egon/Mathes, Hans-Christoph, Festschrift für Günther Wiese zum 70. Geburtstag, Neuwied, Krefeld 1998, S. 583 ff.
- Genetische Diagnostik und Versicherungsrecht, Frankfurter Vorträge zum Versicherungsrecht, Frankfurt am Main 2000.
  - Lässt sich aus der Verfassung ein Grundrecht auf Kenntnis der eigenen genetischen Konstitution ableiten? In: Bartram, Claus R. et al., Humangenetische Diagnostik: Wissenschaftliche Grundlagen und gesellschaftliche Konsequenzen, Berlin 2000, S. 72 ff.
- Taupitz, Jochen/Guttmann, Jens: Rechtswissenschaftliche Aspekte, in: Propping, Peter/Aretz, Stefan/Schumacher, Johannes/Taupitz, Jochen/Guttmann, Jens/Heinrichs, Bert, Prädiktive genetische Testverfahren. Naturwissenschaftliche, rechtliche und ethische Aspekte, München, Freiburg 2006, S. 60 ff.
- Thaler, Richard H./Sunstein, Cass R.: Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New York 2009.
- The 1000 Genomes Project Consortium: An integrated map of genetic variation from 1,092 human genomes, Nature 2012, S. 56 ff.
- Wollenschläger, Ferdinand: Der Drittbezug prädiktiver Gendiagnostik im Spannungsfeld der Grundrechte auf Wissen, Nichtwissen und Geheimhaltung. Krankheitsveranlagungen im Familienverbund und das neue Gendiagnostikgesetz, Archiv des öffentlichen Rechts, 2013 (138), S. 162 ff.

## Autorin

**Dr. med. Dr. jur.**

**Christina Berchtold, LL.M.**

**E-Mail:**

**Christina.Berchtold@gmx.net.**

Ilona Vilaclara

# Kooperative Kostensteuerung in der Hilfsmittelversorgung – was können wir von Frankreich lernen?<sup>1</sup>

Sowohl das deutsche als auch das französische Hilfsmittelrecht sind seit einigen Jahren in einem fundamentalen Wandel begriffen. In Deutschland kam es 2007 zu einer tiefgreifenden Systemveränderung, als das bis dahin existierende Zulassungsverfahren für Leistungserbringer abgeschafft und durch ein Vertragssystem ersetzt wurde. Seitdem müssen Leistungserbringer einen Vertrag mit der Krankenkasse schließen, um für ihre Versicherten eine Krankenversicherungsleistung erbringen und abrechnen zu können. In Frankreich führten mehrere Medizinprodukteskandale<sup>2</sup> sowie ein systemkritischer Bericht des französischen Rechnungshofes<sup>3</sup> seit 2011 zu weitreichenden Reformen. Das bis dahin existierende Kostensteuerungsverfahren wurde als unwirtschaftlich und intransparent kritisiert.

Die zu bewältigenden Herausforderungen sind in Deutschland und in Frankreich ähnlich: Wie kann eine ausreichende und qualitativ hochwertige Hilfsmittelversorgung für die Versicherten gewährleistet

werden, ohne das Solidarsystem finanziell zu überlasten? Die Antworten hierauf sind in beiden Ländern unterschiedlich. Während das deutsche Hilfsmittelsystem durch selektive, wettbewerbliche Instrumente geprägt ist, liegt in Frankreich ein zentralistisches, integratives System mit nutzenanalytischer Kostensteuerung vor. Gerade diese Gegensätze machen den Rechtsvergleich interessant. Zudem ist ein Blick zu unserem westlichen Nachbarn für Akteure des deutschen Hilfsmittelmarktes, die sich mit möglichen zukünftigen Reformmodellen des deutschen Hilfsmittelsystems auseinandersetzen wollen, lohnend. Denn in Frankreich gibt es im Hilfsmittelbereich ein Modell, das im deutschen Krankenversicherungssystem für Hilfsmittel (noch)<sup>4</sup> nicht existiert: eine Bewertung des medizinischen Nutzens, der Verbesserung des medizinischen Nutzens sowie der Kosten-Nutzen-Relation.

Im Folgenden wird zunächst die grundlegende Problematik der Kostensteuerung aufgezeigt (I). Daraufhin werden die Steuerungsmechanismen in den beiden Hilfsmittelsystemen dargestellt (II) und im Spiegel der systempolitischen Besonderheiten einem Vergleich zugeführt (III) sowie ein Resümee gezogen (IV).

4 Vergleichbare Modelle bestehen in Deutschland bereits für Arzneimittel und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Es spricht Vieles dafür, dass eine ähnliche Entwicklung auch im deutschen Hilfsmittelrecht kommen könnte, vgl. Heil/Schork, MPR 2011, S. 10, 12.

## I. Kostensteuerung im Spannungsfeld von Sparnotwendigkeit und Qualitätsanforderungen

Der Hilfsmittelmarkt ist in noch größerem Maße als andere Bereiche des Gesundheitswesens geprägt von der Pluralität und Heterogenität der Marktteilnehmer<sup>5</sup>, ihren differierenden Interessen<sup>6</sup>, sowie dem auf der Begrenztheit finanzieller Mittel des gesetzlichen Krankenversicherungssystems beruhenden Erfordernis einer qualitativ ausreichenden Versorgung zu angemessenem Preis. Zur Herstellung eines Gleichgewichts und Interessenausgleichs bedarf es dem Gedanken des Sozialstaates und der Wirtschaftlichkeit von Sozialleistungen folgend staatlicher Steuerung im Sinne einer gezielten staatlichen Systembeein-

5 Insbesondere der Herstellermarkt von Hilfsmitteln ist im Gegensatz zum Arzneimittelmarkt heterogen und reicht beispielsweise vom Orthopädieschuhmacherbetrieb als Ein-Mann-Betrieb über das mittelständische Unternehmen bis hin zu großen Konzernen, vgl. für den französischen Hilfsmittelmarkt Poyer, Le dispositif médical: aspects réglementaires et économiques. Évolution sur les dix dernières années, S. 51 ff. sowie für den deutschen Hilfsmittelmarkt Enquete-Kommission „Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung“, Zwischenbericht v. 31.10.1988, BT-Drs. 11/3267, S. 275; Grienberger, ZMGR 2009, S. 59, 60.

6 Beispielsweise Individual- und Kollektivinteressen oder Versicherteninteressen und Professionsinteressen, vgl. Wahl, Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht, S. 107 ff.

1 Der Beitrag beruht auf der Dissertation der Autorin „Kooperative Kostensteuerung in der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln – ein deutsch-französischer Rechtsvergleich“, Baden-Baden 2015. Die Arbeit wurde mit dem 20. Wissenschaftspreis der GRPG ausgezeichnet.

2 Es handelt sich dabei um Skandale um fehlerhafte Brustimplantate und Hüftprothesen sowie das Arzneimittel „Mediator“. Vgl. Mullard, Mediator scandal rocks French medical community, The Lancet 2011, S. 890.

3 Vgl. Cour des Comptes, La Sécurité Sociale 2011, S. 109 ff.

flussung.<sup>7</sup> Diese kann auf allen Ebenen der staatlichen Gewaltausübung geschehen, initiiert durch die Legislative und konkretisiert durch Exekutive und Judikative<sup>8</sup>. Nach dem in jüngerer Zeit entwickelten Governanceansatz kommt dem Staat dabei im Rahmen der „regulierten Selbstregulierung“ insbesondere eine Regulierungs-, Überwachungs- und Aufgfangverantwortung zu.<sup>9</sup>

Bezogen auf das Hilfsmittelrecht werden unter Kostensteuerung alle staatlichen Maßnahmen zusammengefasst, mit denen die für eine Hilfsmittelleistung anfallenden Ausgaben beeinflusst werden sollen, um die Wirtschaftlichkeit der Versicherungsleistung zu optimieren. Diese Kostensteuerung ist gekennzeichnet durch eine möglichst günstige Relation zwischen Input und Output (sog. Wirtschaftlichkeitsprinzip). Es gibt dabei grundsätzlich zwei häufig diametrale Wege, um die Wirtschaftlichkeit einer Hilfsmittelleistung zu beeinflussen: zum einen kann durch Kostensteuerung Einfluss auf die eingesetzten finanziellen Mittel genommen werden, zum anderen durch Qualitätssteuerung die Optimierung des Leistungsergebnisses angestrebt werden. Eine Abhängigkeit der Parameter ist naheliegend: Die Veränderung eines Parameters wirkt sich häufig negativ auf den anderen Parameter aus. Qualitätsverbessernde Maßnahmen wirken kostensteigernd, kostendämpfende Maßnahmen führen zu verminderter Qualität der Leistung. Beispielhaft hierfür ist der Interessenkonflikt des deutschen Gesetzgebers zwischen die-

sen beiden Polen. Während die fundamentale Systemveränderung durch das GKV-WSG (2007)<sup>10</sup> durch Einführung des Preis- und Vertragswettbewerbes insbesondere die Kostensteuerung in den Blick nahm<sup>11</sup>, besserte der Gesetzgeber in den folgenden Reformen durch das GKV-OrgWG<sup>12</sup> (2009) und das HHVG<sup>13</sup> (2017) nach, um Qualitätsdefiziten entgegen zu wirken.<sup>14</sup>

## II. Kooperative Kostensteuerungsverfahren in den Hilfsmittelsystemen Deutschlands und Frankreichs

Die Materie der Kostensteuerung von medizinischen Hilfsmittelleistungen wird in Deutschland und Frankreich verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen zugeordnet. Während die Hilfsmittelversorgung in Deutschland ein stark verrechtlichtes Themengebiet darstellt, das in verschiedenen Bereichen Anlass für starke Auseinandersetzung in der juristischen Literatur gibt<sup>15</sup>, wird die Hilfsmittelversorgung in Frankreich als politische Materie betrachtet, die von Juristen kaum beachtet wird. Wissenschaftliche Recherchen zu diesem Thema müssen sich des-

halb neben den primären Rechtsquellen vor allem auf das Berichtswesen der involvierten Gremien und Organe stützen, deren Äußerungen jedoch aufgrund fehlender Neutralität mit Vorsicht zu analysieren sind.

In beiden Hilfsmittelsystemen werden kooperativ-konsensuale vor einseitig-imperativen Steuerungsmitteln bevorzugt. Diese zeichnet aus, dass Kostenentscheidungen im Wege der Verhandlungsführung, Zusammenarbeit und des Konsenses der Akteure getroffen werden.<sup>16</sup> Der Staat als kooperativ Handelnder steigt dabei vom „hoheitlich-hoheitsvollen Podest des einseitig Anweisenden“<sup>17</sup> herab, um auf dem Kommunikationsweg gemeinsam mit den Steuerungsadressaten (hier den Hilfsmittelversorgern) zu abgestimmten Entscheidungen und Handlungen zu finden.<sup>18</sup> So verstanden stellt Kooperation eine Verfahrensbesonderheit dar, die sich durch Zusammenarbeit und Verhandlungen zwischen den Marktakteuren auszeichnet.

Kostenentscheidungen auf kooperativ-konsensuellem Weg zu erlangen, wird in beiden Systemen als bevorzugter Weg angesehen, um der dynamischen und innovativen Entwicklung dieses Industriezweiges zu begegnen.<sup>19</sup> Die Vorteile kooperativer Steuerung liegen in dem

10 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.03.2007, BGBl. I 2007 S. 378.

11 Vgl. die Gesetzesbegründung zum GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 141.

12 Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008, BGBl. I 2008 S. 2426.

13 Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) vom 04.04.2017, BGBl. I 2017 S. 778.

14 Vgl. die Gesetzesbegründung zum GKV-OrgWG, BT-Drs. 16/10609, S. 47 sowie zum HHVG, BT-Drs. 18/10186, S. 2 ff.

15 Beispiele hierfür waren in den vergangenen Jahren die Frage nach der Anwendbarkeit von Vergaberecht, das Verhältnis von Sozialrecht und Medizinproduktrecht, die (unzulässige) Abgabe von Hilfsmitteln durch Ärzte sowie die Rechtmäßigkeit der Festbetragsfestsetzung.

16 Vgl. zu den Kategorien „kooperativ-konsensual“ und „einseitig-imperativ“ *Becker/Meessen/Neueder/Schlegelmilch/Schön/Vilaclara*, VSSR 2011, S. 323, 347; *Schulze-Fielitz*, in: *Dose/Voigt*, Kooperatives Recht, S. 225; *Wallrabenstein/Schmehl*, in: dies., Steuerungsinstrumente Band 2: Kooperation, S. V.

17 *Ritter*, AöR 104 (1979), S. 389, 393.

18 Auch der häufig zusätzlich genannte Steuertypus „Wettbewerb“ ist eine Spielart der Kooperation, da die geeigneten Vertragspartner durch kommunikative Kooperations- und Entscheidungsprozesse ausgewählt werden. Ausführlich hierzu *Vilaclara*, Kooperative Kostensteuerung in der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln, S. 62 f.

19 Für das französische System brachten dies die zuständigen Minister in ihrem Orientierungsschreiben an den französischen Präsidenten im Jahr 2006 zum Ausdruck, das im Geschäftsbericht des CEPS abgedruckt wurde, s. *Comité Économique des Produits de Santé*, Rapport d'activité 2006, S. 39.

7 Sog. handlungsorientierter Steuerungs begriff, s. *Voßkuhle*, in: *Hoffmann-Riem/Schmidt-Aßmann/Voßkuhle*, Grundlagen des Verwaltungsrechts, Band I, § 1 Rn. 20.

8 Vgl. *Kötter*, Die Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 44 ff.

9 S. hierzu *Kingreen*, Die Verwaltung 2009, S. 339, 346 f. sowie *Rixen*, Die Verwaltung 2009, S. 309, 318 ff.

erhofften Interessenausgleich zwischen den Steuerungsadressaten und erhöhter Akzeptanz der Kostenentscheidungen<sup>20</sup>, die wiederum die Innovationsoffenheit des Systems fördern. Wissen und Informationen der Marktteilnehmer können durch die Kommunikation mit den Entscheidern in die Kostenentscheidung einfließen und so zu einem fachlichen Mehrwert führen.<sup>21</sup>

## 1. Ausschreibungen und Vertragsverhandlungen in Deutschland

Das Leistungserbringungsrecht für Hilfsmittel wurde durch die Einführung des Vertragswettbewerbs mit dem GKV-WSG im Jahr 2007 grundlegend reformiert. Das neue Vertragssystem sieht drei verschiedene Verfahrensweisen vor, um Hilfsmittelversorger in die Leistungserbringung einzubinden: Ausschreibungsverträge nach § 127 Abs. 1 SGB V, Verhandlungsverträge nach § 127 Abs. 2 SGB V sowie im Ausnahmefall Einzelverträge nach § 127 Abs. 3 SGB V. Bei Ausschreibungsverträgen handelt es sich um Exklusivverträge mit den Ausschreibungsgewinnern nach Durchführung

eines förmlichen Vergabeverfahrens.<sup>22</sup> Durch Festlegung auf einen oder wenige Vertragspartner kann eine gewisse Absatzmenge zugesichert werden, die den Leistungserbringern ermöglicht, die Leistung zu einem günstigeren Preis abzugeben. Die kooperativen Handlungen bei einer Ausschreibung sind begrenzt auf die Angebotsabgabe durch das Gebot des Bieters und die Angebotsannahme durch Zuschlag der Krankenkasse. Die Möglichkeit, mit Ausschreibungsgewinnern Selektivverträge abzuschließen und hierdurch andere Leistungserbringer von der Leistung auszuschließen, ist eine Besonderheit des deutschen Systems, die es in dieser Weise in vielen anderen Leistungsbereichen im deutschen Krankenversicherungssystem nicht gibt und die dem französischen System völlig fremd ist. Es findet hier nicht nur eine Selektion des Verhandlungspartners, sondern sogar des Versorgungspartners insgesamt statt. Im Gegensatz dazu räumen Verhandlungsverträge nicht nur den verhandelnden Leistungserbringern Versorgungsrechte ein. Gemäß § 127 Abs. 2a SGB V haben alle anderen Leistungserbringer das Recht, einem bereits geschlossenen Verhandlungsvertrag durch einseitige Erklärung zu denselben Konditionen bei-

zutreten.<sup>23</sup> Zwar sind alle interessierten Leistungserbringer berechtigt, an Vertragsverhandlungen teilzunehmen.<sup>24</sup> Nach ständiger Rechtsprechung des BSG unterliegen die Vertragsverhandlungen jedoch dem Verhandlungsgeschick der Vertragspartner und dem freien Spiel der Kräfte,<sup>25</sup> so dass die Krankenkassen berechtigt sind, nach Durchführung von Verhandlungen ihren Vertragsabschlusspartner frei zu wählen. Eine derartige Vertragsabschlussexklusivität ist jedoch nur solange vergaberechtskonform, als sie nicht dem Vertragspartner faktische Versorgungsexklusivität einräumt und hierdurch einen wirtschaftlichen Vorteil verschafft. Andernfalls wäre der Vertrag wegen Vergaberechtsverstößes gemäß § 135 Abs. 1 GWB n.F. von Anfang an schwebend unwirksam.<sup>26</sup>

Als zentrale Akteure der Kostensteuerung tragen die Krankenkassen für die Kostensteuerungsverfahren die Verantwortung. Sie initiieren die Verfahren und führen diese durch, entscheiden über den Zeitpunkt, die Verfahrensart (Ausschreibung oder Vertragsverhandlungen) und daraus folgend über die Vertragsart (exklusiver Ausschreibungsvertrag oder inklusiver Verhandlungsvertrag) und geben entscheidende Leistungsmodalitäten vor. Die Krankenkassen als mit-

20 Flüchter, Kollektivverträge und Konfliktlösung im SGB V, S. 34. Die Berücksichtigung privater Interessen trägt jedoch auch die Gefahr in sich, dass die Verwirklichung staatlicher Interessen beeinträchtigt wird, vgl. Lange, in: König/Dose, Instrumente und Formen staatlichen Handelns, S. 173, 193; Wahl, Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht, S. 28.

21 Becker/Meessen/Neueder/Schlegelmilch/Schön/Vilaclara, VSSR 2012, S. 103, 114.

22 Die Frage nach der Anwendbarkeit des europäischen Vergaberechts bei selektiven Verträgen im Krankenversicherungsrecht war eine der meist diskutiertesten Fragen des deutschen Sozialrechts in den vergangenen Jahren und von großer praktischer Relevanz, vgl. beispielsweise Rixen, GesR 2006, S. 49; Frenz, NZS 2007, S. 233; Sormani-Bastian, Vergaberecht und Sozialrecht; Kingreen, SGB 2008, S. 437; Klöck, NZS 2008, S. 178; Mühlhausen/Kimmel, G+S 2008, S. 30; Ebsen (Hrsg.), Vergaberecht und Vertragswettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung; Thüsing (Hrsg.), Europäisches Vergabe- und Kartellrecht als Herausforderung für die deutsche Sozialversicherung, Göttingen 2012. Dass dieses bei Verträgen nach § 127 Abs. 1 SGB V bei Überschreitung Anwendung findet, ist inzwischen anerkannt. S. zu den einzelnen Voraussetzungen Vilaclara, Kooperative Kostensteuerung in der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln, S. 115 ff.

23 Es handelt sich dabei um ein Gestaltungsrecht, das durch einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung gegenüber den Vertragspartnern ausgeübt wird, vgl. Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg vom 20.2.2012 (L 9 KR 389/11 B ER), zitiert nach juris, Rn. 8; Stallberg, MPR 2010, S. 50, 53. A.A. Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 15.3.2011 (L 11 KR 4724/10 ER-B), MPR 2011, S. 192, 196.

24 Urteil des BSG vom 10.3.2010 (B 3 KR 26/08 R), BSGE 106, 29, 36, Rn. 22 f.

25 So beispielsweise Urteil des BSG vom 17.7.2008 (B 3 KR 23/07 R), BSGE 101, 142, 146 Rn. 19 f.

26 Ausführlich zur Unterscheidung zwischen Verhandlungs-, Vertragsabschluss- und faktischen Versorgungsexklusivität Vilaclara, Kooperative Kostensteuerung in der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln, S. 145 f.

telbare Staatsverwaltung<sup>27</sup> haben somit im deutschen System die Vertragshoheit und praktische Kostensteuerungshoheit und setzen die ihnen vom Gesetzgeber an die Hand gegebenen Steuerungsmittel eigenverantwortlich um. Ihre Verhandlungspartner sind die Leistungserbringer. Eine unmittelbare Kooperation mit den Herstellern findet nicht statt, da die Kostensteuerung in Deutschland nicht an das Produkt, sondern an die Person des Leistungserbringers geknüpft wird. Die vertraglichen Vereinbarungen beziehen sich in der Regel auf eine ganze Produktpalette, nicht nur auf ein bestimmtes Produkt.

Prägend im deutschen Hilfsmittelrecht ist die Systempluralität. Diese spiegelt sich wider in einer Vielzahl von Akteuren sowohl auf Krankenkassen- als auch auf Leistungserbringerseite, die eine noch größere Vielzahl von Verträgen abschließen. Da jede Krankenversicherung eigene Verträge mit Leistungserbringern schließt und diese inhaltlich auf bestimmte Produktgruppen sowie Regionen begrenzen kann, können bereits krankenkassenintern für dasselbe Produkt verschiedene Preise vereinbart werden. Es gibt somit keinen Einheitspreis für bestimmte Hilfsmittel, sondern viele verschiedene Preisvereinbarungen, die je nach Anwendbarkeit den jeweiligen Hilfsmittelpreis im konkreten Fall determinieren.

### 2. Kosten-Nutzen-Bewertung als Verhandlungsgrundlage in Frankreich

In Frankreich dient die sog. Liste des produits et prestations remboursables (Liste für erstattungsfähige Produkte und Leistungen, kurz LPPR) als zentrales Steue-

rungsmedium.<sup>28</sup> Die Kostensteuerungsverfahren sind zugleich Verfahren zur Aufnahme oder Überarbeitung von Produktgattungen oder Einzelprodukten in die LPPR. Die Kosten für ein Hilfsmittel können nur dann von der Krankenversicherung getragen werden, wenn es als konkretes Produkt unter seinem Markennamen in der LPPR gelistet wird oder einer gelisteten Produktgattung zugeordnet werden kann. In der Liste werden neben den Produkt- und Leistungsmerkmalen auch Erstattungstarife und Verkaufshöchstpreise geführt. Diese Preise legen fest, welchen Betrag die Krankenversicherung für die Kostenerstattung zugrunde legt (Erstattungstarif) und wie hoch die maximale Zuzahlung der Versicherten liegen darf (Verkaufshöchstpreis).<sup>29</sup>

In der LPPR werden über 3000 Produktgattungen<sup>30</sup> geführt. Ein neues Produkt über eine bereits existierende Produktgattung abrechnungsfähig zu machen, ist für den Leistungserbringer oder Hersteller einfach. Über das Verfahren der Selbsteinschreibung kann er es mit dem Gattungscode etikettieren und auf diese Weise selbständig einer Produktgattung

28 Über diese Liste können ungefähr 80.000 verschiedene Produkte rückerstattet werden. Die Liste ist im Internet abrufbar unter [www.ameli.fr/centre-de-sante/exercice-professionnel/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/lpp](http://www.ameli.fr/centre-de-sante/exercice-professionnel/facturation-remuneration/nomenclatures-codage/lpp) (abger. am 29.10.2017).

29 Verkaufshöchstpreise sollen verhindern, dass die Leistungserbringer hohe Gewinne auf Kosten der Versicherten – und damit indirekt auch der Zusatzversicherer – erzielen und allen Versicherten unabhängig von der persönlichen Finanzkraft oder der sozialen Absicherung des Versicherten einen gleichberechtigten Zugang zu den Hilfsmittelleistungen ermöglichen, vgl. *Comité Économique des Produits de Santé*, Rapport d'activité 2009, S. 35; 2008, S. 32; *Megerlin/Lhoste*, *Santé Décision Management* 2009, S. 69, S. 79 ff.

30 Eine Produktgattung ist nach der Legaldefinition eine „Gesamtheit von Hilfsmitteln, die für eine identische oder ähnliche Verwendung bestimmt sind oder die gleiche Technologie enthalten und die eine Einteilung in Gattungen zulassen, ohne dass sich darin die besonderen Eigenschaften einzelner Hilfsmittel widerspiegeln“, Art. R. 5211-4 Code de la Santé Publique (CSP).

zuordnen. Es handelt sich dabei um ein sehr einfaches, unbürokratisches Verfahren, das vom Hersteller nur sehr geringen finanziellen, zeitlichen und organisatorischen Aufwand erfordert.

Anders ist dies, wenn es sich um ein innovatives Produkt handelt, das einen Zusatznutzen hat, der gesondert vergütet werden soll. In diesem Fall ist ausnahmsweise die individuelle Eintragung eines Produktes unter seinem Handelsnamen mit gesondertem, erhöhtem Erstattungstarif möglich. Um diese Eintragung zu erreichen, muss der Hersteller organisatorische, finanzielle und zeitliche Mittel aufwenden, um einen Antrag auf individuelle Aufnahme zu stellen und hierdurch das zweistufige Einzelaufnahmeverfahren in Gang zu setzen. Aufgrund des erheblichen Aufwandes werden Einzelaufnahmeverfahren vergleichsweise selten durchgeführt.<sup>31</sup> Dem Antrag muss ein umfangreiches medizinisch-technisches Dossier beigefügt werden, das neben deskriptiven Informationen und Verschreibungs- und Anwendungsempfehlungen insbesondere Nachweise über den medizinischen Nutzen und die Verbesserung des medizinischen Nutzens im Vergleich zu Konkurrenzprodukten enthalten soll. Der Nachweis über den medizinischen Nutzen muss durch klinische Studien zum allgemeinen medizinischen Bedarf an dem innovativen Produkt, zum Nutzen-Risiko-Verhältnis im individuellen Fall, dem kollektiven Interesse für die öffentliche Gesundheit sowie der Verbesserung des medizinischen Nutzens im Verhältnis zur Referenzmethode geführt werden.<sup>32</sup>

31 Die Zahl der Verfahren liegt regelmäßig unter 200, vgl. *Comité Économique des Produits de Santé*, Rapport d'activité 2013, S. 20.

32 *Haute Autorité de Santé*, Guide pour le dossier de demande d'inscription, S. 2; Ausführlich zu den Anforderungen an die Antragstellung *Vilaclara*, *Kooperative Kostensteuerung*, S. 219 ff.

27 Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, vgl. § 4 Abs. 1 SGB V.

Zwei unabhängige Kommissionen<sup>33</sup> der obersten französischen Gesundheitsbehörde Haute Autorité de Santé führen daraufhin auf erster Verfahrensstufe eine unabhängige Nutzenbewertung und gegebenenfalls auch Kosten-Nutzen-Bewertung durch. Bei der Nutzenbewertung werden die therapeutische oder diagnostische Wirksamkeit, unerwünschte Nebenwirkungen und Risiken sowie Auswirkungen des Produkts auf die Mortalität, Morbidität und Lebensqualität mit der Note „ausreichend“ oder „nicht ausreichend“ bewertet. Zudem wird die Verbesserung des medizinischen Nutzens mit einer Note von V (keine Verbesserung) bis I (herausragende Verbesserung) beurteilt.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung wurde als weiteres Kostendämpfungsmittel ergänzend eingeführt. Sie soll durchgeführt werden, wenn einem Produkt ein hoher medizinischer Nutzen der Noten I-III zugesprochen wird und die Kosten-erstattung bedeutende Auswirkungen auf die Ausgaben der Krankenversicherung haben könnte.<sup>34</sup> Dies soll immer dann geschehen, wenn der mit dem Produkt erzielte Jahresumsatz im zweiten Jahr nach Markteinführung 20 Mio. EUR übersteigt.<sup>35</sup> Um die Kosten-Nutzen-Relation darzulegen, muss der Hersteller wissenschaftliche Studien zur Verbesserung

der Lebensqualität in QALYs<sup>36</sup> oder der Auswirkung auf die Lebensdauer vorweisen.<sup>37</sup> Der Antragsteller wird zudem aufgefordert, detaillierte und teilweise auch vertrauliche Angaben über die Kostenzusammensetzung, Umsatz und Gewinn bezüglich des Produkts sowie zum Gesamtumsatz, dem Tätigkeitsbereich, dem Ort der Produktionsstätten und der Anzahl der Mitarbeiter des Unternehmens in Frankreich, der EU und weltweit zu machen.<sup>38</sup>

Auf Grundlage der Nutzen- und Kosten-Nutzen-Bewertungen führt auf nächster Verfahrensstufe das eigens zu diesem Zweck gegründete Comité Economique der Produits de Santé (Wirtschaftskomitee für Gesundheitsprodukte, kurz CEPS) mit dem Antragsteller mündliche Kostenverhandlungen durch.<sup>39</sup> Das CEPS ist ein selbständig agierendes, jedoch weisungsgebundenes interministerielles Exekutivorgan, das dem Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftsministerium untersteht. Es setzt sich aus Mitgliedern verschiedener Ministerialabteilungen und Vertretern der Pflichtversicherungs- und Zusatzversicherungssysteme zusammen.<sup>40</sup> Kriterien für die Tarifbestimmung sind Innovation (Medizinischer Nutzen), die Kosten-Nutzen-Relation, Tarife und Preise vergleichbarer Konkurrenzprodukte und Nutzungsbedingungen.<sup>41</sup> Preiskriterien für die Festlegung von Verkaufshöchstpreisen sind die

Kostenentwicklung, der Umsatz und das Auslastungsniveau des Unternehmens.<sup>42</sup> Obwohl das Gesetz eine klare Trennung der Kriterien für Erstattungstarife und Verkaufshöchstpreise vorsieht, werden diese in den Verhandlungen als Gesamtheit berücksichtigt.<sup>43</sup> Möglicherweise nehmen aber unzulässiger Weise auch system- und sachfremde wirtschaftspolitische Kriterien Einfluss auf die Verhandlungen. Hierauf weist die Erhebung detaillierter und teilweise vertraulicher unternehmensbezogener Informationen wie die Kostenzusammensetzung und Handelsspanne in Hinblick auf das konkrete Produkt, Unternehmensumsatz, Ort der Produktionsstätten und Mitarbeiterzahl in Frankreich und im Ausland hin, die als Tarif- und Preiskriterien eigentlich nicht von Bedeutung sein dürften.<sup>44</sup> Auch die Besetzung des CEPS mit Mitgliedern des Wirtschaftsministeriums verdeutlicht die Bedeutung wirtschaftspolitischer Auswirkungen auf die Verhandlungen.

Den Verfahrensabschluss bildet ein Abkommen über Tarif- und Preisfestsetzungen zwischen dem CEPS und dem Antragsteller in Form eines öffentlich-rechtlichen Vertrages, der vom zuständigen Minister unterzeichnet und im offiziellen Amtsblatt veröffentlicht wird. Er enthält Vereinbarungen über die Erstattungstarife, Verkaufshöchstpreise und eventuell über vereinbarte Mengenrabattklauseln, jedoch keine darüberhinausgehenden inhaltlichen Regelungen.

Leider verliert das sinnvolle Instrument der Nutzenprüfung erheblich an Bedeu-

33 Es handelt sich dabei um die *Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé* (Kommission für wirtschaftliche Bewertung und öffentliche Gesundheit, kurz CNEDiMTS) sowie die *Commission évaluation économique et de santé publique* (Kommission für wirtschaftliche Bewertung und öffentliche Gesundheit, kurz CEESP).

34 Art. R. 161-71-1 I Code de la Sécurité Sociale (CSS).

35 Vgl. *Haute Autorité de Santé*, Décision n°2013.0111/DC/SEESP du 18 septembre 2013 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie déclenchant l'évaluation médico-économique des produits revendiquant une ASMR ou une ASA de niveaux I, II ou III, [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/c\\_2013\\_0111\\_definition\\_impact\\_significatif.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/c_2013_0111_definition_impact_significatif.pdf) (abger. am 29.10.2017).

36 *Quality adjusted life years*, qualitätskorrigiertes Lebensjahr.

37 *Haute Autorité de Santé*, Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS, S. 7 ff; Beispiele hierzu in *Haute Autorité de Santé*, Format de l'avis d'efficience, S. 17.

38 Vgl. *Ministère de la Santé*, Guide pratique pour l'inscription des produits de santé, S. 18.

39 Art. L. 165-2 I CSS; s. zum Verfahrensablauf im Detail *Vilaclara*, Kooperative Kostensteuerung, S. 239 ff.

40 Vgl. <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/composition-du-comite-economique-des-produits-de-sante-ceps-et-declarations-316922> (abger. am 29.10.2017).

41 Art. L. 165-2 Abs. 3 und Art. R. 165-14 CSS.

42 Art. L. 162-38 CSS.

43 Zur Problematik dieser Vorgehensweise aufgrund unterschiedlicher Regelungszwecke s. *Vilaclara*, Kooperative Kostensteuerung, S. 254 ff.

44 Es wird vom CEPS nicht ausdrücklich erwähnt, dass diese zusätzlich genannten Informationen bei der Festlegung der Tarife und Preise ebenfalls eine Rolle spielen. Gleichwohl äußerte das CEPS die Befürchtung, Unternehmen könnten mit gut vergüteten Produkten unrentable Produkte quersubventionieren, vgl. *Comité Économique des Produits de Santé*, Rapport d'activité 2008, S. 32.

tung und Schärfe, da Produkte, bei denen die Einzeleintragung an der Bewertung des Nutzens mit „nicht ausreichend“ scheitert, weiterhin durch Selbstetikettierung einer bereits existierenden Produktgattung zugeordnet werden können.<sup>45</sup> Auf diese Weise werden auch diese Produkte dem Sozialleistungsmarkt zugänglich gemacht und ihre Kosten vom Krankenversicherungssystem getragen. Hinter dieser widersprüchlich erscheinenden Regelung steht der Gedanke, dass das Produkt auch ohne jegliche Nutzenprüfung direkt durch Selbsteinschreibung von Anfang an einer Gattung hätte zugeordnet werden können. Dieser Weg solle nicht dadurch verwehrt werden, dass der Versuch einer Einzeleintragung gescheitert ist.

Das Verfahren zur Aufnahme neuer oder zur Überarbeitung bereits existierender Produktgattungen läuft genauso ab wie das zweistufige Aufnahmeverfahren innovativer Produkte. Die Verfahrensnitiative kann von den Hilfsmittelherstellern und Leistungserbringern sowie von den zuständigen Ministerien ausgehen.<sup>46</sup> Für die Überarbeitung von Produktgattungen veröffentlicht das Gesundheitsministerium jährlich eine Liste der Gattungen, die aufgrund von Empfehlungen der CNEDiMTS als nächstes überarbeitet werden sollen.<sup>47</sup>

### III. Die Hilfsmittelsysteme im Spiegel der systempolitischen Besonderheiten

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass die Ausgestaltung der koope-

rativen Kostensteuerung in beiden Ländern sehr unterschiedlich ist. So mag es nicht verwundern, dass sich im Mikrokosmos der Hilfsmittelversorgung zentrale Besonderheiten des jeweiligen politischen Systems, des Staatsaufbaus sowie des Krankenversicherungssystems wiederfinden.

#### 1. Deutscher Dezentralismus versus französischer Zentralismus

Im deutschen Hilfsmittelsystem besteht ein dezentraler Ansatz, der im föderalistischen Staatsaufbau sowie in den grundsätzlichen pluralistischen Strukturen des deutschen Krankenversicherungssystems seine Wurzeln hat. Zwar werden die Art und Anwendung der Kostensteuermittel vom Gesetzgeber für die gesamte Bundesrepublik vorgegeben. Die konkrete Umsetzung erfolgt jedoch durch die Krankenkassen als staatsmittelbare Verwaltungsorgane, die die Hilfsmittelverträge mit Leistungserbringern abschließen. Jede der über 100 Krankenkassen in Deutschland verfolgt durch die Anwendung der zur Verfügung stehenden Preissteuermittel eine eigenverantwortliche Preispolitik und primär ihre eigenen finanziellen Interessen. Der deutsche Dezentralismus und der daraus resultierende Vertragspluralismus führen deshalb zu einem pluralistischen Kostensteuerungssystem mit unzähligen Einzelpreisvereinbarungen.

In Frankreich hingegen ist das Kostensteuerungssystem im Hilfsmittelbereich staatszentriert und die Tarif- und Preisfestsetzungen werden unter unmittelbarer staatlicher Einflussnahme vorgenommen. Es besteht ein grundsätzliches Vertrauen darin, dass die Ministerien über ein besonderes Fachwissen verfügen, das sie in die Kostenverhandlungen einfließen lassen können. Das zentrale, für die Kostensteuerung zuständige Gremium CEPS untersteht den Weisungen

der Regierung und besteht zu einem wichtigen Anteil aus Vertretern verschiedener Ministerien. Aus Gründen geographischer Nähe befinden sich alle an der Kostensteuerung beteiligten Gremien in Paris oder der näheren Umgebung. Von dort aus werden die Tarife und Preise für das gesamte Land einheitlich festgelegt. Anstelle vieler Preisentscheidungen wird für jede Produktgattung landesweit ein einheitlicher Erstattungstarif und Verkaufshöchstpreis festgelegt.

Dies wirkt sich auch auf die Konsensbildung aus: Während in Frankreich in Tarif- und Preisverhandlungen ein breiter Konsens mit den Vertretern der gesamten Branche gesucht wird, ist in Deutschland ein „schmäler“ Konsens zwischen einem Leistungserbringer und einer Krankenkasse richtungsweisend für alle anderen Leistungserbringer.

#### 2. Wettbewerbliche Preisbildung versus nutzenanalytische Kostensteuerung

In Deutschland wird der Preis von Hilfsmitteln wettbewerblich durch angebots- und nachfrageinduzierte Marktfaktoren bestimmt. Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern entsteht durch die Selektierungsprozesse bei Vertragsabschluss, die sowohl bei Ausschreibungen als auch bei Vertragsverhandlungen stattfinden. Beide Verfahrensarten dienen den Krankenkassen als Steuerungsmechanismen, um Wettbewerb zu forcieren und diesen zur Preissenkung einzusetzen.

Im französischen System hingegen gibt es keinen vergleichbaren durch Selektierungsprozesse hervorgerufenen Wettbewerb zwischen Herstellern oder Leistungserbringern. Für die Kostensteuerung spielt hier die Bewertung des medizinischen Nutzens eine entscheidende Rolle, die von der CNEDiMTS, einer unabhängigen Evaluierungsstelle, durchgeführt wird und die Preisverhandlungen

45 Art. R. 165-4 2° CSS.

46 Art. R. 165-9 CSS.

47 Siehe beispielsweise Arrêté du 24 août 2010 fixant pour l'année 2012, par catégorie homogène de produits et prestations, les descriptions génériques devant faire l'objet d'un examen en vue du renouvellement de leur inscription, JO du 31 août 2010; Haute Autorité de Santé, Dispositifs médicaux – Une grande diversité de produits à évaluer, S. 4 f.

signifikant beeinflusst. Nur wenn eine Verbesserung des medizinischen Nutzens festgestellt wurde, ist eine Einzelntragung des innovativen Produkts und ein damit verbundener höherer Erstattungstarif sowie Verkaufshöchstpreis möglich. Zukünftig wird sich auch die seit Oktober 2013 bestehende Möglichkeit der Kosten-Nutzen-Bewertung durch die CEESP auf die Kostensteuerungsentscheidungen auswirken.

### 3. Steuerungsakteure und unabhängige Evaluierungsstellen

Obwohl auch im französischen Gesundheitssystem die Krankenkassen als eigenständige Rechtspersonen organisiert sind, ist ihr Einfluss auf die Kostensteuerung gering. In dem regierungsnahen Gremium CEPS haben die Kassen zwar ein Mitspracherecht. Ihr Einfluss ist jedoch mit der Bedeutung und Reichweite der Steuerungskompetenzen deutscher Krankenkassen nicht vergleichbar, die zwar aufgrund ihrer öffentlich-rechtlichen Natur an grundgesetzliche und europarechtliche Vorgaben und Prinzipien gebunden sind, ansonsten jedoch bei den Ausschreibungs- und Verhandlungsverfahren ihre eigenen wirtschaftlichen und sozialen Interessen vertreten können. Im Gegensatz dazu hat das CEPS den Auftrag zu umsichtigem Handeln unter Beachtung sowohl der Interessen der Sozialversicherung als auch der politischen, gesamtwirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen der jeweiligen Kostensteuerungsentscheidung.<sup>48</sup>

Dritte werden in Deutschland für eine unabhängige, objektive Beratung oder Evaluierung in das Kostensteuerungsverfahren kaum eingebunden. Zu nennen sind hier lediglich die Präqualifizierungs-

stellen, die den Leistungserbringern im Vorfeld der Ausschreibungen und Vertragsverhandlungen die Eignung für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel bestätigen müssen.<sup>49</sup> Eine standardmäßige Nutzen- oder Kosten-Nutzen-Analyse gibt es im deutschen Hilfsmittelrecht nicht.

In Frankreich hingegen werden wichtige unabhängige Kommissionen der Haute Autorité de Santé fest in den Kostensteuerungsprozess eingebunden und beeinflussen ihn durch die Nutzen- sowie Kosten-Nutzen-Bewertung maßgeblich. Zudem werden externe Berichtersteller hinzugezogen, die in schriftlichen Gutachten zu konkreten Fragen Stellung nehmen. Trotz des vorbereitenden und konsultativen Charakters ihrer Stellungnahme dient diese als wesentliche Entscheidungsgrundlage im folgenden Verfahren.<sup>50</sup> Anders als im deutschen Hilfsmittelrecht wurden damit in Frankreich unabhängige, wissenschaftliche Evaluierungsstellen geschaffen, die von Gesetzes wegen in den Kostensteuerungsprozess eingebunden sind und deren Bewertungen eine objektive, unabhängige und vergleichbare Verhandlungsgrundlage bilden.

### 4. Kriterien der Kostenbestimmung

Im deutschen Hilfsmittelrecht wurden mit Ausschreibungs- und Verhandlungsverfahren Steuerungsmechanismen gewählt, die Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern erzeugen und Konkurrenzpreise als wichtiges Kostenkri-

terium vorsehen.<sup>51</sup> Entscheidend ist, wie ein Angebot eines Leistungserbringers sich in Relation zu den Konkurrenzangeboten verhält. Durch Selektion setzt sich das in Bezug auf Qualitäts- und Preiskriterien günstigste Angebot durch. Im Gegensatz zu Ausschreibungen gibt es im Verhandlungsverfahren über die entscheidungserheblichen Kriterien keine Transparenz, da die Auswahlkriterien nicht gesetzlich vorgegeben werden und die Krankenkassen nicht verpflichtet sind, in der Bekanntmachung über die Vertragsschlussabsichten Auswahlkriterien und ihre Gewichtung zu nennen. Dies führt zu erheblichen Intransparenzen und erschwert es den Leistungserbringern, ihr Angebot entsprechend zu optimieren und sich auf die Entscheidungskriterien einzustellen.

Im französischen System hat die unabhängige Nutzen- sowie Kosten-Nutzen-Bewertung größte Bedeutung für die Vertragsverhandlungen. Wichtiges leistungsbezogenes Kostenkriterium ist insbesondere die Bewertung der Verbesserung des medizinischen Nutzens bezüglich klinischer Parameter wie Mortalität oder Morbidität. Sie dient dazu, Innovationen zu bewerten und durch höhere Tarife und Preise zu remunerieren. Die Bescheinigung einer bedeutenden Verbesserung des medizinischen Nutzens erhöht die Chancen auf einen erhöhten Tarif und Preis für ein innovatives Produkt erheblich. Auch die relativ neue Möglichkeit einer wissenschaftlichen Kosten-Nutzen-Bewertung, in der die Kosten, die die Aufnahme eines Produktes in die LPPR für das Gesundheitssystem verursacht, in Verhältnis gesetzt werden zu dem individuellen und kollektiven Nutzen

48 Vgl. *Comité Économique des Produits de Santé*, Rapport d'activité 2013, S. 8 ff; Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, La LPPS, S. 14.

49 Vgl. § 126 Abs. 1a, 2.

50 *Haute Autorité de Santé*, CNEDIMTS – Règlement intérieur, S. 7; *Haute Autorité de Santé*, Comment fonctionne la CNEDIMTS, S. 2.

51 Obwohl mit dem HHVG Qualitäts- und Servicekriterien im Auswahlverfahren gestärkt wurden, ist der Preis weiterhin bedeutendes Zuschlagskriterium, vgl. § 127 Abs. 1b SGB V sowie die Gesetzesbegründung zum HHVG BT-Drs. 18/10186, S. 33.

des Produktes, bietet die Möglichkeit der Objektivierung von Kostensteuerungsentscheidungen.

### IV. Fazit und Ausblick

Was können wir von Frankreich lernen? Im Vergleich der Rechtsordnungen wird evident, dass der größte Vorteil der französischen Rechtsordnung die wissenschaftliche und unabhängige Nutzenbewertung im Vorfeld der Kostensteuerungsentscheidung durch eine unabhängige Kommission ist. Dieses Vorgehen erhöht die Transparenz des Verfahrens und objektiviert die Kostenentscheidungen. Leider wurde dieser sinnvolle Ansatz in der Praxis durch das CEPS in

manchen Fällen konterkariert, da es sich über die Bewertung durch die Kommissionen der HAS hinwegsetzte. Durch die Nichtbeachtung der Ergebnisse verlor die unabhängige Bewertung an Einfluss und führte zu einer erneuten Subjektivierung der Preiskriterien.<sup>52</sup> Dennoch enthält das französische System in seiner theoretischen Ausgestaltung sinnvolle Ansätze, die als Vorbild für eine objektive Bewertung in Deutschland dienen können. Es wäre beispielsweise denkbar, eine vergleichbare objektive Nutzenbewertung vor Aufnahme eines Hilfsmittels in das

52 Dieses Vorgehen wurde vom französischen Rechnungshof massiv kritisiert und in der Folge von der Politik aufgegriffen, um Verbesserungen zu erreichen, vgl. *Cour des Comptes, La Sécurité Sociale* 2011, S. 109 ff.

Hilfsmittelverzeichnis durchzuführen und die Krankenkassen zu verpflichten, das Ergebnis in den Preisverhandlungen zu berücksichtigen. Mehr denn je ist es aufgrund der aktuellen Entwicklungen und nicht zuletzt aufgrund des demographischen Wandels von großer Bedeutung, die Innovationsoffenheit der Systeme durch transparente und objektive Kostenentscheidungsprozesse zu fördern.

**Autorin:**

**Dr. Ilona Vilaclara**

**Gleiss Lutz Rechtsanwälte**

**Friedrichstraße 71**

**10117 Berlin**

**ilona@vilaclara.de**

### Buchbesprechung

**Franz Knieps (Hrsg.):**

**Gesundheitspolitik.**

**Akteure, Aufgaben, Lösungen.**

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin) 2017. 269 Seiten.

ISBN 978-3-95466-279-1.

D: 39,95 EUR, A: 41,15 EUR,

CH: circa 48 sFr

Ein spannendes Buch – und das fängt schon beim Autorenverzeichnis an. Es umfasst 23 Namen, neben dem Herausgeber Franz Knieps eine Reihe seiner Mitarbeiter aus dem BKK Dachverbandes e.V., dessen Vorstand er aktuell ist. Sie schreiben die Beiträge der ersten 220 Seiten Buches, wo nicht der Meister selbst zur Feder greift. Drei Beiträge hat der ehemalige Mitarbeiter der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt selbst verfasst und beweist einmal mehr seinen Kenntnisreichtum und seine spitze Feder.

Im ersten Abschnitt „Grundlagen“ gibt Franz Knieps zunächst auf sieben Seiten einen geschichtlichen Überblick von den Anfängen sozialer Sicherung im 13. Jahrhundert bis in unsere Tage. Auf einer halben Seite führt der direkte Weg vom Rammelsberg bei Göttingen im Jahr 1260 zum Krankenhaus-Strukturgesetz aus dem Jahr 2015. Anschließend behandeln fünf seiner Mitarbeiter auf 50 Seiten die „Organisation des Gesundheitssystems“ in fünf Beiträgen. Es geht um Akteure und ihre Aufgaben, Gesetzliche Krankenkassen im Wettbewerb, die Gesetzgebung des Bundes sowie die Gesundheitswirtschaft in Deutschland und die Funktionsweise des Gesundheitsfonds. Die Prägnanz der Darstellung wird auch durch zahlreiche Grafiken erreicht, die politische Botschaften klar auf den Punkt bringen: Wenn die Politik sich das nächste Mal für die Zusage eines Bundeszuschusses feiert, braucht man künftig nur die Grafik auf S. 68 des

Buches anzuschauen, um zu wissen, wie hohl so ein Versprechen häufig ist.

Das umfangreichste zweite Kapitel ist mit „Handlungsfelder in der Gesundheitspolitik“ überschrieben. Die Überzeugung, dass der Patient nicht wirklich im Zentrum der Versorgung steht, führt im ersten Beitrag zum Konzept einer patientenzentrierten und teambasierten Versorgung, für deren Realisierung neun Forderungen für eine „konsistente Wettbewerbsordnung“ erhoben werden (S. 103f). Der anschließende Beitrag zum Reformbedarf beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (die Funktionsweise wird bereits im ersten Kapitel auf den S. 69–77 erklärt) plädiert dafür, das Thema nicht nur unter Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit, sondern auch der Wettbewerbswirkungen zu betrachten.

Die Zunahme der chronischen Krankheiten mit Multimorbidität und degenerativem Verlauf steht im Mittelpunkt des Beitrags zum Krankheitspanorama

im Wandel. Darin wird konstatiert, dass trotz aller Bemühungen die Strukturen des Systems noch nicht hinreichend an die sich daraus ergebenden Herausforderungen angepasst sind.

Im Beitrag zur Arzneimittelversorgung wird das Spannungsfeld zwischen Innovation und Finanzierbarkeit ausgeleuchtet und es werden Impulse zu einem gesellschaftlichen Diskurs gegeben zu der Frage, was sie bereit ist zu finanzieren. „Kleine gesetzgeberische Nachjustierungen“ erwartet der Autor des anschließenden Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung (S. 172).

Der siebte Beitrag in diesem Abschnitt fordert neue Heilberufe: „Nicht die Delegation, sondern die Substitution ärztlicher Leistungen durch Gesundheitsberufe ... ist das Gebot der Stunde“ (S. 175). Um Digitalisierung, Internetmedizin und eHealth geht es im vorletzten Beitrag dieses Abschnitts. Die Autorin wünscht sich, dass „die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen zu einem Exportschlager“ wird (S. 202), muss aber konstatieren, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen den Erfordernissen hinterherhinken.

Um eine Verbesserung der Steuerungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens geht es im abschließenden Beitrag dieses Kapitels, der sich mit der „Selbstverwaltung unter Druck“ beschäftigt und für eine Stärkung der Selbstverwaltung sowie mehr Attraktivität ihrer Ehrenämter plädiert.

Interessant ist die Beschäftigung mit der Frage, wer schreibt im dritten Abschnitt mit und wer nicht. Der Abschnitt ist mit „Einsichten: Der Blick der Akteure auf das System“ überschrieben. Zunächst hat der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Wolfgang Eßer, das Wort, der den Bogen von der Bedeutung der Selbstverwaltung bis zu Leistungsverbesserungen bei Paradontitis spannt.

Danach kommt Josef Hecken zu Wort, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie ehemaliger Landesminister im Saarland und Präsident des Bundesversicherungsamtes. Auch er bekennt sich zur Selbstverwaltung und fordert die Krankenkassen auf, daran mitzuwirken, dass Innovationen zeitnah von Scheininnovationen unterschieden werden (S. 232). Außerdem beschäftigt sich sein Beitrag mit Themen wie Versorgung ländlicher Regionen, der Attraktivitätssteigerung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit sowie der Problematik von maximal-invasiven Therapien am Lebensende.

Kritischer bewertet die gemeinsame Selbstverwaltung der Geschäftsführer der „Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.“, Martin Danner, der moniert, dass Entscheidungen „oft nicht dem fachlichen Optimum entsprechen“ (S. 235). Er plädiert außerdem für mehr Transparenz und die Stärkung der Patientenautonomie. Das letzte Wort haben die Politiker. „Politische Positionen und Programme“ ist der Beitrag überschrieben, in dem der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen, Jens Spahn MdB, Michael Hennrich MdB, beide von der CDU, die bayrische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml von der CSU, der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Karl Lauterbach MdB, Kathrin Vogler MdB von der Fraktion DIE LINKE sowie Maria Klein-Schmeink MdB für Bündnis 90/Die Grünen ihre Positionen darlegen können.

Und genau die Auswahl ist spannend. Sie ist recht subjektiv. Leider weiß man auch nicht, wer als Autor angefragt wurde, wer nicht; wer hat abgelehnt zu schreiben und wer hat einfach nur nicht pünktlich abgeliefert. Das sicher von vielen Zufäl-

len mitgeprägte Bild ist dennoch spannend. Warum findet sich in der Autorenliste kein Vertreter der Ärzteschaft wie der KBV Vorsitzende Andreas Gassen oder der Präsident der Bundesärztekammer Ulrich Montgomery? Auch die Krankenhäuser haben mit Georg Baum von der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder Thomas Bublitz von den privaten Krankenhäusern wirkmächtige Vertreter, die sicher in der Lage wären, einen Beitrag zum Thema pünktlich abzuliefern.

Zusammenfassend kann man festhalten: Die Leistung, ein solches Übersichtswerk zu erstellen und durchweg fundierte Beiträge zeitgerecht zum Wahljahr abzuliefern, nötigt Respekt ab. Bei der Lektüre muss man sich allerdings bewusst machen, dass die Beiträge nicht nur abwägend informieren wollen, sondern Teil der Einflussnahme der Interessenvertretung der Betriebskrankenkassen in Deutschland auf die Gesundheitspolitik sind. Dazu stehen die Autoren der ersten beiden Abschnitte. Im Einzelfall ist es aber für den unkundigen Leser sehr schwer zu erkennen, wo der Beitrag gerade dezidiert Interessenpolitik formuliert.

Wer im Wahljahr – und auch danach – zur Gesundheitspolitik mitreden will, kommt an diesem Buch nicht vorbei. Es nicht nur für den Einstieg in das komplexe Themenfeld geeignet, auch Fachleute werden Gewinn aus der Lektüre ziehen.

**Dr. phil. Andreas Meusch,  
Hamburg**

# Wieviel Europa verträgt unser Gesundheitswesen?

Freitag, 23. Februar 2018, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV, Spitzenverband, Glinkastraße 40, 10117 Berlin  
 Veranstalter: GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. Widenmayerstraße 29, 80538 München

Leitung und Moderation

Moderation: Professor Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim, Vizepräsident GRPG e.V.

## Tagesablauf Symposium

Ab 9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer und Begrüßungskaffee	
10.00 Uhr	Begrüßung	Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth
	Brauchen wir eine Kosten-/Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln auf Europa-Ebene?	Prof. Dr. Volker Ulrich
	Preiswettbewerb, EU und Gesundheitswesen: das Beispiel des EuGH-Urteils 2016 zum Arzneimittelpreis	Dr. Heinz-Uwe Dettling, Oppenländer Rechtsanwälte, Stuttgart
	Kaffeepause	
	Der BREXIT und seine Folgen für die Gesundheitspolitik	Dr. Roland Jopp, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
	Diskussion zum Vormittag	
13.00 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
14.00 Uhr	Einfluss der Europäischen Union auf nationale Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich	Dr. Günter Danner, Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel
	Europäisches Zulassungsrecht und -kontrolle am Beispiel von Medizinprodukten	Professor Dr. Dr. Christian Dierks, Dierks + Bohle, Rechtsanwälte, Berlin
	Diskussion zum Nachmittag	
	Fazit und Verabschiedung	
16.00 Uhr	Ende des Symposiums	

Weitere Informationen zu den Zielen und Aufgaben der GRPG, zu Satzung und Mitgliedschaft erhalten Sie unter:

GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. Geschäftsstelle

Widenmayerstraße 29 | 80538 München | Tel.: 0 89 / 21 09 69 60 | Fax: 0 89 / 21 09 69 99 | E-Mail: info@grpg.de | www.grpg.de

## Mitgliederversammlung am Donnerstag, 22. Februar 2018 in Berlin

mit anschließender öffentlicher Dinner Speech, Get-together und Abendessen im Hotel NH Berlin Mitte, Leipziger Str. 106–111, 10117 Berlin,

16.00 Uhr	Mitgliederversammlung Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG mit gesonderter Post zugesandt.
18.15 Uhr	Verleihung Wissenschaftspreis mit Kurzvortrag Preisträger
18.45 Uhr	Dinner Speech, Professor Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover
19.30 Uhr	Get-together mit Abendessen für die Teilnehmer An Dinner Speech und Abendessen können Nichtmitglieder gerne gegen einen Unkostenbeitrag teilnehmen.