

Dieter Cassel*

Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung

Der zunehmende Rentneranteil an der Bevölkerung wird auch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vor große finanzielle Probleme stellen. Wie sollte die GKV im Hinblick darauf reformiert werden? Prof. Dr. Dieter Cassel stellt Thesen zum demographisch bedingten Reformbedarf zur Diskussion.

Trotz aller Bemühungen um Kostendämpfung sind die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) trendmäßig von 8,2% (1970) auf 13,5% (1999) gestiegen. Dennoch gilt der Gesundheitspolitik „Beitragssatzstabilität“ (§ 71 SGB V) nach wie vor als prioritäres Ziel. Dieses Ziel droht angesichts der zu erwartenden einnahmen- und ausgabenseitigen Effekte des demographischen Wandels auf das Gesundheitswesen vollends zur Schimäre zu werden, weil sie gleich auf zweierlei Weise beitrags-satzsteigernd wirken (vgl. Schaubild 1):

□ Wegen der Umlagefinanzierung in der GKV werden bei einem Anstieg des Rentnerquotienten die Erwerbstätigen stärker zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für die Betagten herangezogen, weil die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner im Durchschnitt deutlich unter denen der Erwerbstätigen liegen (Finanzierungseffekt).

□ Wegen der mit dem Alter zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die durch den bei Alterskrankheiten und Krankheiten im Alter besonders relevanten medizintechnischen Fortschritt noch beschleunigt wird, führen steigende Lebenserwartung und Rentnerlast zu progressiv steigenden Gesundheitsausgaben (Ausgabeneffekt).

Je nach Ausmaß dieser Effekte stehen nicht nur das Ziel der Beitragssatzstabilität, sondern auch das gesamte Finanzierungs- und Leistungsgeschehen des gewachsenen GKV-Systems in Frage.

Der demographische Finanzierungseffekt ist als Ausdruck des in der GKV angelegten „Generationenvertrages“, nach dem im Umlageverfahren die Erwerbstätigen mit ihren Beiträgen die Gesundheitsausgaben der Rentner mitfinanzieren, weitgehend unstrittig.

Prof. Dr. Dieter Cassel, 61, ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Wirtschaftspolitik an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg und Gründungsmitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Socialpolitik.

Umstritten ist dagegen der demographische Ausgabeneffekt:

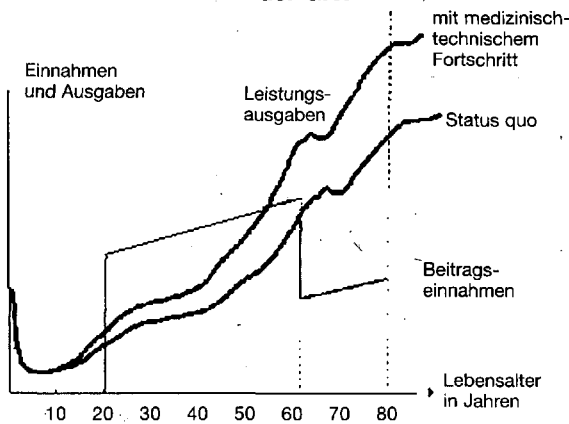
□ Nach der „Kompressionsthese“ nimmt die Morbidität im Alter dank einer immer leistungsfähigeren Medizin nur geringfügig zu; lediglich kurz vor dem Tode kommt es zu einer exponentiell steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dementsprechend käme es demographiebedingt zu keiner zusätzlichen Ausgabenbelastung: Die höhere Lebenserwartung würde lediglich den Beginn des exponentiellen Ausgabenanstiegs hinauszögern; und die höhere Rentnerlast würde nur insoweit höhere Gesundheitsausgaben induzieren, wie die Zahl der Älteren mit entsprechend höherer Mortalität zunimmt. Die Kompressionsthese erscheint jedoch angesichts der Wirkungsweise des medizintechnischen Fortschritts („Add-on-Technologie“; „Half-way-Technologie“) wenig plausibel und erweist sich auch als empirisch kaum relevant.

□ Nach der „Medikalisierungsthese“, der hier der Vorzug gegeben wird, nimmt die Morbidität im höheren Alter stark zu und veranlaßt altersbedingt einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Kommt es dann noch gerade wegen des medizintechnischen Fortschritts und seiner lebensverlängernden Wirkung zu einer Verschlechterung der durchschnittlichen Morbidität der Bevölkerung („Sisyphus-Syndrom“)¹ und dementsprechend zu einer Versteile- rung der altersabhängigen Ausgabenprofile (vgl. Schaubild 1)², so muß bei steigender Lebenserwartung und Rentnerlast mit progressiv zunehmenden Gesundheitsausgaben gerechnet werden.

Die künftige Beitragssatzdynamik hängt somit wesentlich von der Relevanz beider Thesen ab: Eine demographisch bedingte Beitragssatzerhöhung resultiert unter den Bedingungen der Kompressionsthese allein aus dem Finanzierungseffekt und wird demen-

* Überarbeitete Fassung einer schriftlichen Stellungnahme zum Reformbedarf des Gesundheitswesens anlässlich der öffentlichen Anhörung der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages am 22. Januar 2001 in Berlin.

Schaubild 1
Altersbedingte Einnahmen- und Ausgabenprofile
in der GKV



Quelle: W. Schmeinck: Neu denken: Wettbewerb im Dienste der Versicherten. Konsequenzen für die BKK und ihre Verbände, in: Die BKK, 88 (2000,11), S. 474-476, S. 475.

sprechend eher mäßig ausfallen. Gilt hingegen die Medikalisierungsthese, wofür theoretisch und empirisch vieles spricht, kumulieren sich Finanzierungs- und Ausgabeneffekt und lassen – insbesondere bei anhaltendem medizintechnischen Fortschritt – künftig erhebliche demographiebedingte Beitragssatzerhöhungen befürchten.

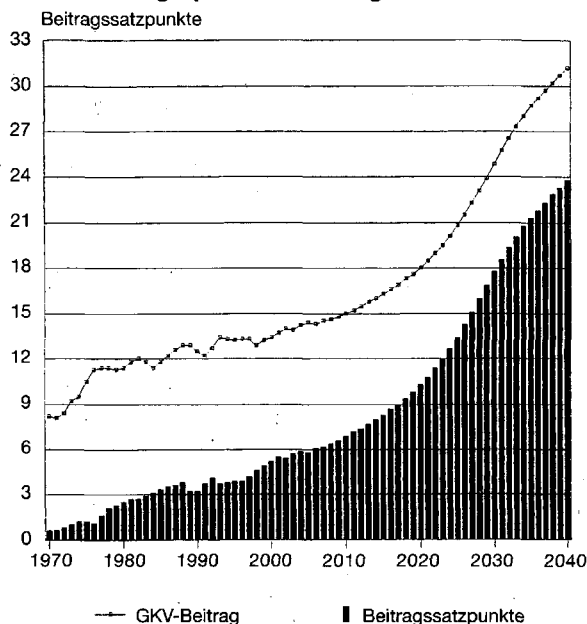
Beitragssatzprognosen

Zur Abschätzung von Dringlichkeit und Ausmaß des Reformbedarfs im Gesundheitswesen bedarf es einer quantitativen Status-quo-Prognose der künftigen demographiebedingten Beitragssatzentwicklung. In einer Duisburger Studie³ wurde der Einfluß des demographischen Wandels und des medizintechnischen Fortschritts für den Zeitraum von 1970-1995 quantifiziert und bis zum Jahr 2040 unter Status-quo-Bedingungen prognostiziert (vgl. Schaubild 2). Dabei wurde die Medikalisierungsthese unterstellt und der Tatsache Rechnung getragen, daß demographischer Wandel und medizintechnischer Fortschritt hinsichtlich ihrer Ausgabenwirkung eng miteinander verknüpft sind: Als Determinanten der künftigen Beitragssatzentwicklung sind sie folglich nicht additiv, sondern kumulativ zu sehen. Hiernach ist bis zum Jahr 2040 mit folgenden Entwicklungen zu rechnen:

¹ Siehe dazu W. Krämer: Wir kurieren uns zu Tode. Rationierung und die Zukunft der modernen Medizin, Berlin 1997.

² Siehe dazu zuletzt F. Buchner, J. Wasem: Versteigerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, Diskussionspapier Nr. 1/00, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Januar 2000; sowie B. Hof: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln 2001, und die dort angegebene Literatur.

Schaubild 2
Demographischer Beitragssatzeffekt



Quelle: V. Oberdieck, Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 26, Hamburg 1998.

□ Der durchschnittliche GKV-Beitragssatz wird bis zum Jahr 2010 nur mäßig auf 15% steigen, dann aber bis zum Jahr 2040 progressiv auf 31,2% anwachsen (gestrichelte Linie in Schaubild 2). Daß diese Prognose kein extremes Einzelergebnis ist, zeigen die Resultate anderer Schätzversuche (vgl. Tabelle)⁴.

□ Der in Beitragssatzpunkten gemessene Subventionsbedarf der Krankenversicherung der Rentner betrug 1996 erst 3,9 Beitragssatzpunkte und wird für das Jahr 2000 auf 5,2 Prozentpunkte geschätzt. Bedingt durch den Alterungsprozeß der Bevölkerung, wird er jedoch bis zum Jahr 2040 auf fast 24 Prozentpunkte steigen (Säulen in Schaubild 2).

Durch den demographischen Wandel in Verbindung mit anhaltendem medizintechnischen Fortschritt kommen somit enorme Beitragssatzsteigerungen auf das gewachsene System der GKV zu, falls nicht rechtzeitig und entschieden reformpolitische Weichen gestellt werden. Will man die Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung nicht zur Disposition stellen,

³ V. Oberdieck: Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 26, Hamburg 1998.

⁴ In der jüngsten Schätzung kommt B. Hof, a.a.O., S. 163, je nach angenommenem Szenario für das Jahr 2040 zu Beitragssätzen zwischen 19,4 und 22,3%.

Alternative Beitragssatzprognosen bis zum Jahr 2040

Quelle	Beitrags-satzhöhe	Methodik
Schmähl 1983	~16%	Konstante Ausgabenstruktur; steigender Rentnerquotient
Knappe	~16% (2030)	s.o.
SVRKAiG 1994	15-16%	Konstante Ausgabenstruktur; veränderte Altersstruktur; rein demographischer Effekt
Erbsland 1995	15-16%	s.o.
Erbsland/Wille	15-16%	s.o.
Erbsland/Ried/ Ulrich 1999	15-16%	s.o.
Buttler/Fickel/ Lautenschlager 1999	18-19%	Modellrechnung; rein demographischer Effekt; Wanderungssaldo; Lebenserwartung
Dudey 1993	26% (2030)	Trendextrapolation
Knappe 1995	25% (2030)	Steigender Rentnerquotient und steigendes Ausgabenprofil
Oberdieck 1998	24,8% (2030) 31,2% (2040)	Status-quo-Prognose
Buttler/Fickel/ Lautenschlager 1999	>30%	Modellrechnung; steigendes Ausgabenprofil
Breyer/Ulrich 2000	23%	Zeitreihenanalyse der Wechselwirkungen zwischen Fortschritt und Demographie
Prognos 1998	16%	Technischer Fortschritt nur in Einklang mit Produktivitätsentwicklung

Quelle: Modifiziert nach V. Ulrich: Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben: Was sind die treibenden Faktoren?, Discussion Paper, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, August 2000, S. 6, und die dort angegebene Literatur.

stehen dazu drei eng miteinander verbundene Optionen zur Verfügung: Beitragssatzerhöhungen, Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung und Verbreiterung der Finanzierungsbasis.

Beitragssätze und Arbeitgeberbeiträge

Angesichts der zu erwartenden demographischen und medizintechnischen Beitragssatzeffekte erscheint das derzeit noch prioritäre Ziel Beitragssatzstabilität unerreichbar und letztlich in hohem Maße unglaubwürdig, wenn die Gesundheitspolitik nicht gewillt ist, den GKV-Leistungskatalog drastisch zu kürzen und darüber hinaus eine konsequente Preis- und Mengenrationierung zu praktizieren. Eine soziale Krankenversicherung sollte jedoch die für Prävention und Behandlung von Krankheiten notwendigen und ausreichenden Leistungen bereitstellen, was einer Bereinigung des derzeitigen Leistungskatalogs von konsumnahen, medizinisch nicht indizierten oder

krankenversicherungsfremden Leistungen nicht entgegensteht. Eine derart bereinigte „Vollversorgung“ vorausgesetzt, sind demographisch und medizintechnisch bedingte Beitragssatzerhöhungen auf Dauer jedoch unausweichlich. Reformpolitisch wären daraus folgende Konsequenzen zu ziehen:

Beitragssatzstabilität ist als gesundheitspolitisches Ziel aufzugeben; Beitragssatzerhöhungen dürfen nicht länger gesundheitspolitisch diskreditiert werden. Dies würde die Gesundheitspolitik von dirigistischen Interventionszwängen – wie z.B. der globalen und sektoralen Budgetierung – befreien und es erlauben, ihre Kräfte stärker auf die ordnungspolitisch gebotene Weiterentwicklung der „solidarischen Wettbewerbsordnung“ zu konzentrieren. Unter Wettbewerbsbedingungen wären Beitragssatzerhöhungen zudem Ausdruck eines demographisch und medizintechnisch bedingten Mehrbedarfs an Gesundheitsleistungen und entsprächen den Präferenzen der Versicherten.

Damit steigende Beitragssätze die Lohnkosten nicht erhöhen und im Inland tätige Unternehmen im internationalen Wettbewerb nicht benachteiligen, sind die ohnehin als sozial- und tarifpolitisches Instrument überholten Arbeitgeberbeiträge abzuschaffen oder zumindest auf dem gegenwärtigen Niveau festzuschreiben. Hierdurch würden die Bedeutung des Beitragssatzes als Wettbewerbsparameter der Kassen erhöht und die Kontrollfunktion des Kassenwettbewerbs bei Beitragssatzerhöhungen einzelner Kassen gestärkt. Auch gehörten dann Wettbewerbsverzerrungen zwischen Unternehmen bei Beitragssatzunterschieden und die wettbewerbsverzerrende Einflußnahme der Arbeitgeber auf die Kassenwahlentscheidung der Beschäftigten der Vergangenheit an.

Die Abschaffung der Arbeitgeberbeiträge sollte verbunden werden mit einer Organisationsreform, die alle Krankenkassen längerfristig aus der paritätischen Selbstverwaltung entläßt und ihnen eine einheitliche wettbewerbsadäquate Unternehmensverfassung gibt. Wenn im Zuge des demographischen Wandels der weit überwiegende Teil der GKV-Versicherten nicht mehr erwerbstätig ist, steht die Legitimation der paritätischen Selbstverwaltung ohnehin in Frage. Ihre Abschaffung sollte den Weg frei machen für Kassen als kompetitive Unternehmen, die organisationsrechtlich gleichzustellen sind, um die bisherigen Verzerrungen im Kassenwettbewerb zu beseitigen. Durch die weitgehende Kassenwahlfreiheit und die Öffnungsoption für die Betriebskrankenkassen wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 bereits erste Schritte zur Überwindung des gegliederten Systems der „Kassenarten“ in Richtung auf eine „GKV-Universalkasse“ getan.

Hiernach dürfte klar sein, daß „ungedeckelte“ Beitragssätze nur unter der Bedingung eines intensiven Kassenwettbewerbs und der Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnkosten akzeptabel sind.

Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung

Um Beitragssatzerhöhungen auf jenes Maß zu begrenzen, das aus demographisch-medizintechnischen Gründen notwendig und mit den Versichertenpräferenzen kompatibel ist, müssen die im bestehenden GKV-System unbestritten vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotentiale konsequent ausgeschöpft und die Wahlmöglichkeiten der GKV-Versicherten erweitert werden: Das Leistungsgeschehen muß medizinisch effektiver, wirtschaftlich effizienter und damit aus Patientensicht bedarfsgerechter werden. Der Schlüssel hierfür liegt in einem intensiven Leistungswettbewerb, der mit seinem allokativen und innovatorischen Potential in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu ermöglichen ist, ohne freilich die als unverzichtbar geltenden Solidarprinzipien in Frage zu stellen („solidarische Wettbewerbsordnung“).

Kassenwahlfreiheit, Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot und Risikostrukturausgleich sind wichtige, durch das GSG von 1992 bereits etablierte Elemente. Was noch fehlt, sind ausreichende Wettbewerbsparameter der Kassen und Leistungserbringer, mit denen diese um effektivere und effizientere Lösungen bei der Bereitstellung von Versicherungsleistungen und Gesundheitsgütern konkurrieren können. Dementsprechend sollte sich die Gesundheitspolitik auf drei Schwerpunkte konzentrieren:

Den Kassen sollten auf ihrer Absatzseite mehr Gestaltungsmöglichkeiten in Form von „Wahlтарifen“ eingeräumt werden. Diese könnten nach Höhe und Form der finanziellen Eigenbeteiligung der Versicherten im Krankheitsfall – z.B. absolute oder einkommensproportionale, generelle oder indikationsgebundene Selbstbehalte – oder nach dem Ausmaß der freiwilligen Einschränkung in der Wahl der Leistungsanbieter – z.B. bei Ärztenetzen, Chronikerprogrammen und anderen Formen des Care-Management – gestaltet werden, müßten aber solidarkompatibel sein. Ziel ist dabei, die Bedarfsgerechtigkeit des Krankenversicherungsschutzes zu erhöhen, die Patienten zu wirtschaftlicherer Leistungsanspruchnahme zu motivieren und damit zugleich den Spielraum für eine anbieterinduzierte Nachfrage nach Gesundheitsgütern zu begrenzen. Mit dem Solidarprinzip unvereinbar wären dagegen Wahlтарife, die eine Abwahl von Leistungen der „Vollversorgung“ vorsehen.

Die Verpflichtung der Kassen und Leistungserbringer, das Leistungsgeschehen durch Kollektivverein-

barungen zu steuern und dabei wettbewerbswidrig „gemeinsam und einheitlich“ vorzugehen, sollte aufgehoben und allen Beteiligten Vertragsfreiheit („selektives Kontrahieren“) gewährt werden. Nur dann können die Kassen durch individuelle Verträge mit den Leistungserbringern ihre jeweiligen medizinischen und wirtschaftlichen Gestaltungsziele verfolgen, als Agent ihrer Versicherten eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung gewährleisten, ihren Beitragssatz konkurrenzfähig halten und sich mit diesen Wettbewerbsparametern gegenüber den Versicherten profilieren. Freilich müßte ihnen dann auch der „Sicherstellungsauftrag“ übertragen werden, um die Marktmacht gegenüber den Leistungserbringern zu begrenzen. Die Nutzung des Wettbewerbs als ergebnisoffenes Entdeckungs- und Innovationsverfahren wird mit Sicherheit neue Versorgungsstrukturen, Behandlungs- und Qualitätsstandards, Honorierungs- und Preisbildungsformen sowie Verbandsstrukturen herausbilden und damit die immer wieder angemahnte Qualitätsverbesserung und Kostensenkung im deutschen Gesundheitswesen bewirken und insbesondere eine altengerechte Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Der durch die zusätzlichen Wettbewerbsparameter intensivierter Kassenwettbewerb bedarf allerdings eines funktionalen Ordnungsrahmens, in dem der Risikostrukturausgleich eine zentrale Rolle spielt: Ihm kommt die Aufgabe zu, Risikoselektion zu vermeiden, Verhaltensanreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit freizusetzen und Beitragssatzgerechtigkeit in einer solidarisch finanzierten GKV zu gewährleisten. Der seit 1995 praktizierte Risikostrukturausgleich hat diese Aufgaben nur bedingt erfüllen können, weil er gewisse Defizite in der Morbiditätsorientierung wie im Finanzkraftausgleich aufweist. Vorschläge zur Behebung dieser Defizite wird das in Kürze zu erwartende Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit enthalten, an dessen Erstellung der Verfasser beteiligt ist⁵. Darin wird vor übereilten interventionistischen Eingriffen in den Risikostrukturausgleich gewarnt und eine Reform nach einem langfristig tragfähigen morbiditätsorientierten Gesamtkonzept angemahnt.

Wird die „solidarische Wettbewerbsordnung“ derart konsequent ausgebaut, ist mit zwei Effekten zu rechnen: Mittelfristig wirkt der intensivierter GKV-Wettbewerb durch die „einmalige“ Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven beitragsatzsenkend, so daß die demographisch-medizintechnisch bedingte Bei-

⁵ IGES, D. Cassel, J. Wasem: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Zwischenbericht vom 30. September 2000 (www.bmggesundheits.de).

tragsatzdynamik zeitlich erst später einsetzt; längerfristig trägt er zur Akzeptanz von demographisch-medizintechnisch ausgelösten Beitragssatzerhöhungen bei, indem er dauerhaft ein fortschrittliches, stärker an den Versicherten- bzw. Patientenpräferenzen orientiertes, medizinisch effektives und wirtschaftlich effizientes Leistungsgeschehen gewährleistet. Darüber hinaus läßt sich eine wettbewerbliche GKV weit besser mit den Prinzipien des Europäischen Binnenmarktes vereinbaren als der Status quo: Sie erleichtert nicht nur grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen, sondern öffnet auch den deutschen Markt für neue Krankenversicherungs- und Leistungsanbieter. Dies erhöht sowohl den Wettbewerbsdruck auf den Gesundheitsmärkten als auch den Reformdruck auf die Gesundheitspolitik. Beides wäre im Interesse einer rationalen Steuerung des Leistungsgeschehens nur zu begrüßen.

Verbreiterung der Finanzierungsbasis

Durch intensiveren Wettbewerb im GKV-System läßt sich die prognostizierte Beitragssatzdynamik zwar dämpfen und weiter in die Zukunft verlagern, aber grundsätzlich nicht vermeiden, „zumal der demographische Finanzierungseffekt davon unberührt bleibt. Sollen die Beitragssätze längerfristig deutlich moderater steigen als prognostiziert, muß die demographisch-medizintechnisch bedingte Finanzierungslücke einnahmenseitig verringert bzw. geschlossen werden. Hierzu erscheinen im wesentlichen drei Reformoptionen geeignet:

Wegen der nahezu ausschließlichen Koppelung der Beitragsbemessung in der GKV an die Arbeitseinkommen sowie zahlreicher Sonderregelungen (sogenannte „sozialpolitische Verschiebebahnhöfe“) bleiben derzeit rund 40% des Einkommens beitragsfrei – und das angesichts sich verändernder Erwerbsstrukturen und zunehmender Vermögensakkumulation mit steigender Tendenz. Dies erscheint nicht nur solidarprinzipwidrig, sondern verstößt auch gegen das Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip. Deshalb sollten die Sondertatbestände drastisch verringert und andere Einkommensarten – d.h. letztlich das steuerpflichtige Gesamteinkommen – zur Ausgabenfinanzierung mit herangezogen werden. Dies würde insbesondere die vermögenden Rentner stärker belasten, was durchaus mit dem Leistungsfähigkeits- und Äquivalenzprinzip vereinbar wäre. Dieser Vorteil wird freilich damit erkauft, daß der GKV-Beitrag in die Nähe der Besteuerung geriete. Auch wären die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf den Prüfstand zu stellen. Schließlich bestünde auch die Gefahr, daß Beitragsbemessung und -einzug zu Wettbewerbsparametern der Kassen werden und da-

durch Wettbewerbsverzerrungen entstehen, so daß ein „zentralisierter Beitragseinzug“ (z.B. nach dem niederländischen Modell) erforderlich wäre.

Bereits vielfach empfohlen und im Sinne der Beitragsgerechtigkeit geboten ist auch die Heranziehung der bisher beitragsfrei mitversicherten nichtberufstätigen Ehepartner, die weder Kinder erziehen noch familiäre Pflegedienste leisten. Hierzu sind verschiedene Modelle in der Diskussion (z.B. Mindestbeiträge, anteilige Beiträge, Belastung gesplitteter Haushaltsgesamteinkommen), deren Belastungswirkungen im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenze noch zu diskutieren sind. Dagegen ist eine Heranziehung weiterer Versicherter zu Lasten der Privaten Krankenversicherung (PKV) z.B. durch Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze aus ordnungspolitischen Gründen derzeit nicht zu empfehlen, wengleich die „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV nicht ohne Willkür ist und beide Systeme ohnehin zu konvergieren tendieren.

Die genannten Reformoptionen dürften jedoch nicht ausreichen, um die Finanzierungslücke nachhaltig auch nur annähernd zu schließen. Zur Vermeidung untragbar erscheinender Beitragssatzsteigerungen nach 2020 sollte deshalb unverzüglich mit Kapitalrückstellungen innerhalb der GKV begonnen werden (Kapital- bzw. Anwartschaftsdeckung). Eine derartige Kapitalbildung würde die aktuellen Beitragssätze erhöhen und müßte den Kassen zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen gesetzlich vorgeschrieben werden. Auch die spätere beitragsatzsenkende Auflösung müßte aus dem gleichen Grund kasseneinheitlich geregelt sein. Um Kassenwahlfreiheit und -wettbewerb nicht zu beeinträchtigen, müßte zudem die Portabilität der Kapitalrückstellungen beim Kassenwechsel gewährleistet sein. Deshalb böte sich eine „Fondslösung“ an, bei der die Kassen die einheitlich nach Beitragssatzpunkten bemessenen Beiträge in einen selbstverwalteten Fonds einzahlen, aus dem sie später ihrer Alterslast entsprechend einheitlich Beiträge zurückerhalten.

Alle diese Maßnahmen bilden ein in sich geschlossenes „Reformpaket“, das nach Lage der Dinge notwendig ist, um der immer noch vorherrschenden „Kostendämpfungsillusion“ zu entrinnen, gerade auch für die älteren Versicherten eine adäquate Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, die drohende „Beitragssatzexplosion“ zu verhindern, und die in überschaubarer Zukunft anderenfalls drohenden Generationenkonflikte zu vermeiden. Die absehbaren Folgen des demographischen Wandels für das bestehende GKV-System sind zwar besorgniserregend, aber durchaus beherrschbar, wenn die Gesundheitspolitik nur rasch und adäquat handelt.