

Oberender, Peter et al.

Article

Reform des Gesundheitssystems: Kommt die Einheitskasse?

ifo Schnelldienst

Provided in Cooperation with:

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

Suggested Citation: Oberender, Peter et al. (2013) : Reform des Gesundheitssystems: Kommt die Einheitskasse?, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 66, Iss. 19, pp. 3-15

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/165327>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Das Krankenversicherungssystem in Deutschland ist seit Jahren in der Kritik. Reformbedarf besteht sowohl bei der Gesetzlichen als auch bei der Privaten Krankenversicherung. Ist ein einheitlicher Versicherungsmarkt die Lösung?

Krankenversicherung zwischen Wettbewerbsorientierung, Bürgerversicherung und »Einheitskasse«: Wohin führt der Weg?

Von stetiger Regelmäßigkeit wird gesundheitspolitisch die Perspektive einer Vereinheitlichung der Krankenversicherungssysteme gefordert, wobei die Facetten des Forderungskatalogs vielfältig erscheinen. Einerseits werden Vorschläge nach einer Bürgerversicherung propagiert und damit in der aktuellen politischen Wahrnehmung die Zusammenführung von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) in den Raum gestellt, insbesondere verbunden mit einer Ausweitung der Beitragsbasis auf alle Einkunftsarten. Andererseits greifen andere Akteure die PKV als Reformleitbild für die Weiterentwicklung des GKV-Systems heraus. Schlussendlich bleibt dann noch die Furcht vor einer Einheitskasse, die in schrillen Farben an die Wand gemalt wird.¹ Auch wenn die Frage nach der Systementwicklung der GKV und letztendlich der PKV eine immer wieder neue, alte Frage ist, sollen nachfolgend einige grundsätzliche Überlegungen zum ordnungspolitischen Rahmen einer sozialen Krankenversicherung vorgenommen werden, um deren Weiterentwicklung es letztendlich geht.

Die Forderung nach einer Bürgerversicherung impliziert zumindest von manchem politischen Akteur die Ausweitung der Regelungsstruktur des bisherigen GKV-Systems auf alle Bürger, nämlich regulierte einkommensabhängige Beiträge aus Sicht der Versicherten und weitgehende

Homogenisierung in der Angebotsgestaltung durch kollektivvertragliche Regelungen für die Krankenversicherungen. Eine derartige Begriffszuordnung ist methodisch fragwürdig. Rein semantisch könnte nämlich eine Bürgerversicherung auch nichts anderes bedeuten als die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht für alle Bürger, unbeachtlich der konkreten Organisationsform des Versicherungssystems. Aus einer wohlfundierten ökonomischen Begründung heraus lässt sich eine derartige Versicherungspflicht sehr wohl begründen, Argumentationslinien sind üblicherweise das Vorliegen einer altruistischen Externalität (vgl. Pauly 2000) oder das Argument der Mindererschätzung zukünftiger Bedürfnisse (vgl. etwa Oberender und Zerth 2010).

Kurz beschrieben setzt das erste Argument daran an, dass es in einer vertragstheoretischen Perspektive, auch unter dem Schleier der Ungewissheit, bei einem minimalen ethischen Grundkonsens akzeptabel, aber auch wohlfahrtsfördernd sein kann, einen definierten Mindestversicherungskatalog ex ante bereit zu halten, um sowohl dem Schutzziel als auch dem Ziel einer effizienten Steuerung von Ressourcen Rechnung zu tragen. Die Alternative läge nämlich darin, ungeplant zu helfen, was angesichts des Dienstleistungscharakters von Gesundheitsleistungen und somit der Notwendigkeit der Vorhaltung von Verfügungskapazitäten in sehr vielen Fällen ineffizienter wirkt, wie sich beispielsweise bei den Steuerungsdefiziten amerikanischer Emergency Rooms zeigt.²



Peter Oberender*



Jürgen Zerth**

* Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender war Inhaber des Lehrstuhls Volkswirtschaftslehre IV an der Universität Bayreuth und ist Beauftragter für die Gesundheitswirtschaft Bayern.

** Prof. Dr. Jürgen Zerth ist Professor an der Wilhelm Löhe Hochschule Fürth.

¹ Vgl. zu einem aktuellen Überblick über die Diskussion Jacobs (2013).

² Hier liegt das Problem von »uncompensated care« vor, das einerseits die grundsätzliche Abrechnungsfähigkeit von erbrachten Leistungen adressiert, andererseits auch berücksichtigt werden muss, dass die induzierten Kosten einer Krankheitsperiode (excess costs) ein wesentlicher Kostentreiber sind, der ein Ineingreifen von Versorgungsstrukturen erforderlich machen würde, das aber bei reiner Notfallversorgung auch institutionell nicht gegeben ist (vgl. etwa Graves 2012).

Da gerade Gesundheitsleistungen darüber hinaus nur ansatzweise prognostizierbar sind – hier liegt ein systematischer Unterschied zu einem sozialen Rentenversicherungssystem vor – lässt sich aufgrund der Hypothese der Mindestschätzung zukünftiger Bedürfnisse (nach medizinischen Leistungen!) eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Bürger legitimieren, jedoch nicht die Vorgabe weiterer Regulierungen wie etwa die Prämiengestaltung oder die Ausprägung einer speziellen Organisationsform für Krankenversicherungen oder medizinischer Leistungserbringer. Mit anderen Worten sind die Steuerungsimplicationen im Rahmen einer derartig definierten Versicherungspflicht die ordnungspolitisch relevanten Größen. Das Grunddilemma liegt auf der Hand. Es gilt den Zusammenhang zwischen den Ansprüchen an ein solidarisch begründetes Gesundheitssystem (Claims) und der vorhandenen Notwendigkeit, das weiterhin bestehende Rationierungsproblem effektiv und auch effizient zu lösen (vgl. Anand 2003). Die Preisgestaltung bei der Prämienhebung im Versicherungsmarkt und die Organisationsgestaltung bei Krankenversicherungen oder auch Leistungserbringer sind eine Ausprägung für die gesundheitspolitische Umsetzung dieses Dilemmas.

Beispielsweise zeigt Cutler für die USA die Steuerungsdilemmata anhand dreier Effekte auf. Dabei gilt es im Gesundheitswesen zu berücksichtigen, dass angebotsseitig eine hohe personelle Dienstleistungsorientierung greift und nachfrageseitig zumindest in den Industrieländern chronische Krankheitsphänomene die hauptsächliche Herausforderung darstellen:

- Die Grenzproduktivität vieler zusätzlicher medizinischer Leistung ist eher gering («flat of the curve medicine» erster Effekt). Gerade bei der Behandlung ausgesuchter onkologischer Fälle ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis des Einsatzes neuer Technologien eher als gering einzuschätzen, ein Beispiel wäre die Behandlung von Herzinfällen, wo beispielsweise in den USA der Anteil der Patienten, die eine Bypass-Behandlung oder eine Ballonangioplastie bekommen, zehnmal höher ist als in Kanada ohne erkennbaren Effekt auf die (kurzfristige) Restlebenszeit.
- Der zweite Effekt liegt in der Koordination medizinischer Leistungen, wo sich der Wertschöpfungsprozess im Gegensatz zu einer industriellen Perspektive nicht als sequentielles Modell beschreiben lässt, sondern vielmehr aufgrund des Dienstleistungscharakters und der Informations- und Verhaltensunsicherheiten zwischen Arzt und Patient als eine Wertkette wirkt, in der verschiedene Problemlösungsaktivitäten u.U. mehrmals durchlaufen werden müssen.³ Die Ausgestaltung der Koordination von unterschiedlicher fachlicher Kompetenz etwa von Haus- zu Fachärzten bis hin zur Kompetenz eines Kranken-

hauses ist dabei im Gesundheitswesen eine wesentliche Herausforderung. Die Behandlung von Diabetes mit mehreren konkurrierenden Leitlinien kann hier als Beispiel dienen.

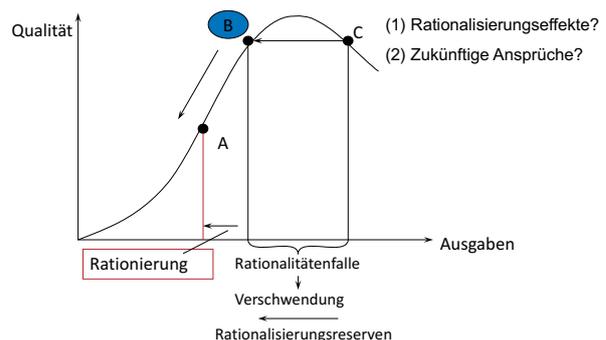
- Als dritter Effekt sind die induzierten Kosten der Patientenkarriere zu nennen, die insbesondere bei chronischen Erkrankungen die wesentlichen Kostentreiber darstellen. Für Cutler ist die wesentliche Steuerungsfrage daher die Bereitschaft, in Qualität zu investieren.

Eine institutionelle Gestaltung des Gesundheitssystems muss nun – wie oben skizziert – die Ansprüche an die Regelversorgung (Claim) mit der Umsetzung einer gegebenen Entscheidung für eine Regelversorgung (Rationalisierung) differenzieren. Durch die Festlegung eines Regelleistungsanspruchs wird das Dilemma nicht gelöst, vielmehr bleibt der ökonomisch wie ethische Anspruch zum verantwortungsgerechten Umgang mit knappen Ressourcen (vgl. Zerth 2012, S. 7).

Angenommen es gibt ein standardisiertes Zielniveau an Gesundheitsqualität in definierter Höhe in einer Gesellschaft, so gilt es, dazu die optimale Höhe der korrespondierenden Ausgaben zu finden (vgl. Abb. 1). Diese Steuerungsentscheidung kann hypothetisch entweder ein zentraler Planer einheitlich oder die Akteure immanent auf dezentraler Ebene verantworten. In beiden Fällen gilt es, den optimalen Punkt B zu erreichen, der ein gegebenes Qualitätsniveau effizienter erfüllt als der korrespondierende Punkt C. Gleichwohl bleiben nun zwei wichtige Entscheidungsfragen offen (vgl. Zerth 2012, S. 10).

Einerseits gilt es ordnungspolitisch zu beantworten, wer die Steuerung von C nach B verantworten soll, eine einheitliche, verbindliche Vorgabe an alle Akteure oder ein Wettbewerbsprozess, der zwar kanalisiert, aber darauf setzen würde, dass die Beteiligten vor Ort die besten Kenntnisse und die besten Methoden haben, Effizienzpotenziale zu nutzen.

Abb. 1
Rationierung und Rationalisierung



Quelle: Darstellung der Autoren in Anlehnung an Oberender, Ecker und Zerth (2005).

³ Der Wertkettenaspekt wird beispielsweise bei Stabell und Fjeldstad (1998) deutlich.

Andererseits bleibt auf der Niveauebene immer die Gefahr bestehen, dass ein Rationalisierungsbestreben zu einer direkten Rationierung führt, wenn die Steuerungsziele ungenau definiert bzw. die Instrumentarien für die Akteure nicht mit dem Ziel adäquat abgeglichen sind (von B nach A). Somit spielen die Rahmenbedingungen im institutionellen Umfeld eine tragende Rolle bei der Abgrenzung und Umsetzung des Rationierungsphänomens im Gesundheitswesen.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil der Zusammenhang zwischen der Definition der Regelversorgung (Claim) und der Rationalisierungslösung keine zufällige Entscheidung darstellt, sondern Ausdruck der grundlegenden Ordnungsentcheidung eines Gesundheitswesens ist. Gesundheitsökonomisch lässt sich die Rationalisierungsfrage aus der Prinzipal-Agenten-Beziehung in den verschiedenartigen Interaktionsrollen – Versicherungsvertrag, Versorgungsvertrag und Behandlungsvertrag – nicht vom Rationierungsproblem lösen.

Damit ein Vertrag eine Regelsicherungsfunktion erfüllt – worauf die Existenz eines Regelleistungskatalogs hinausläuft – muss lediglich gewährleistet sein, dass dem jeweiligen Versicherten Leistungen aus dem Regelleistungskatalog bei Bedarf finanziert werden. Die Frage des Sicherungsziels eines Gesundheitssystems ist daher nicht eindeutig und kann exemplarisch in zwei Kategorien eingeteilt werden, die etwa grob zwei Enden eines gesundheitspolitischen Kontinuums darstellen (vgl. Abb. 2):

- Förderung des Umverteilungsziels bei Annahme eines tendenziell uniformierten, eher unmündigen Bürgers (Ziel Umverteilung)
- Förderung des Versicherungsziels bei Annahme eines tendenziell informierten, eher mündigen Bürgers (Ziel Versicherungsübernahme)

Jetzt lässt sich einwenden, dass angesichts der Arzt-Patienten-Beziehung und der damit korrespondierenden Informationsasymmetrien beide Ausprägungen in gelebten Gesundheitssystemen möglich sind. Gleichwohl ist es sowohl eine Frage der Steuerungseffizienz (Rationalisierungslogik)

wie der ordnungspolitischen Verantwortung des Individuums (Prinzip der Selbstverantwortung), ein Wettbewerbssystem zu wählen. Eine dezidierte Ausprägung findet sich im Kontext eines Vertragswettbewerbs. Wie lässt sich nun die Idee eines Vertragswettbewerbs und einer standardisierten Regelversorgung miteinander verknüpfen? Welche Empfehlungen können nun für die realiter bestehenden Systeme einer GKV und einer PKV abgeleitet werden?

Das PKV-System kommt aufgrund der risikoorientierten Prämiengestaltung prima facie dem Idealbild einer Preisorientierung näher. Diese Aussage gilt aber strenggenommen nur für den Versicherungsmarkt als solchen und nicht für die Leistungsgestaltung. Der Versicherungsnehmer kann im Falle risikoorientierter Prämien Preise und Leistungen von Versicherungen vergleichen. Genau an dieser Stelle kommt die Verknüpfung zwischen Versicherungsmarkt und Versorgungsmarkt zum Tragen. Sofern die Rationalität der Nachfrager auf beiden Märkten berücksichtigt wird, entstehen im Gesundheitswesen wachsende Herausforderungen innerhalb der Leistungs- und Kostensteuerung, insbesondere im Versorgungsmarkt. Der Versicherte richtet sein Nachfrageverhalten im Versicherungswettbewerb häufig anders aus als in seiner Rolle als Patient als Nachfrager im Versorgungskontext (vgl. Rebscher 2011).

Es gilt deshalb zwischen der Wahl der Versicherungsleistung und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu unterscheiden. Gerade bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, versicherungsökonomisch ist die Frage der Restitution des Versicherungsschadens damit impliziert, sind die Möglichkeiten für eine deutsche PKV sehr eingeschränkt. Das PKV-System ist gemäß dem vorherrschenden Kostenerstattungsprinzip als Wettbewerb um Versicherte organisiert, jedoch kaum als Wettbewerb der Leistungsverträge unterschiedlicher Leistungserbringer. Ein Kostenerstattungsmodell setzt eher auf eine indirekte Einflussnahme der Leistungserbringung, in erster Linie über die Gestaltung der Tarife der Versicherungsnehmer. Eine direkte Kontrolle der Leistungsgestaltung oder des Qualitätsanspruchs durch den häufig besser informierten Steuerungsagenten Krankenversicherung, wie es Formen selektiven Kontrahierens vorsehen, ist kaum möglich. Die Zunahme chronischer und altersabhängiger Krankheiten führt außerdem dazu, dass eine kontinuierliche Leistungsanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen und somit die Steuerung des direkten Leistungsflusses zwischen Leistungserbringer und Patient an Bedeutung gewinnt (vgl. etwa Zerth 2012).

Gemäß der von Cutler skizzierten Herausforderungen muss sich ein Krankenversicherungssystem darauf einstellen, dass die

Abb. 2
Ausgestaltung der grundsätzlichen Sicherungsidee

Kriterien	Ziel Umverteilung	Ziel Versicherung (Risikoübernahme)
Prämiengestaltung	Einkommensabhängige Beiträge	Prämie als Preissignal
Versicherungsvertrag	Fokus: Umverteilung im System	Fokus: Umverteilung über Steuer
Versorgungsvertrag	Kollektivvertrag oder »Managed Competition« mit RSA	Tendenz zum Individualvertrag; »Managed Competition«
Nachhaltigkeitskonzept	Differenzierungsverbot <ul style="list-style-type: none"> • Steuerzuschuss • Grundleistungen 	Prämien differenzierung <ul style="list-style-type: none"> • Altersrückstellungen • Prämienanpassung
Synthese aus beiden Steuerungslogiken möglich?		

Quelle: Darstellung der Autoren.

Versorgung institutionsübergreifender Patientenkarrieren, wofür chronische Erkrankungen Pate stehen, die wesentliche Herausforderung darstellt. Gesundheitsreformen der Zukunft sollten daher an der Frage ansetzen, wie die Steuerungsrolle von Krankenversicherung im Versicherungs- und Versorgungsmarkt in der Zukunft ausgestaltet wird. Die PKV kann das Prämienrisiko bei Beginn des Versicherungsvertrages zwar über risikoorientierte Prämien wettbewerblicher lösen, verbleibt jedoch trotz Weitergabe von Altersrückstellungen, die sich auf standardisierte Basistarife beziehen, in einem Einstiegswettbewerb stecken. Im GKV-System gilt es, die Ungleichgewichte in der Wettbewerbsrolle zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringer abzubauen, da die Krankenversicherungen trotz mancher Ansätze in der jüngeren Vergangenheit im Sozialgesetzbuch weiterhin nicht als Unternehmen im Sinne des Wettbewerbsrechtes behandelt werden und daher für eine Wettbewerbsorientierung eine wichtige Grundregel verletzt wird.

Der aktuellen Forderung nach der Einführung einer Bürgerversicherung fehlt es im Lichte der Betrachtung der Steuerungslogiken an der notwendigen Differenzierung zwischen den Steuerungsvor- und -nachteilen, die sowohl im PKV- als auch im GKV-System beheimatet sind. Gleichwohl gilt es die Frage zu stellen, inwiefern eine PKV als Leitstern einer Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen noch funktionieren kann, wenn angesichts der wachsenden Bedeutung der Patientenkarriere die Versicherung als Gestalter von Leistungsbeziehungen gefordert ist.

Literatur

Anand, P. (2003), »The Integration of Claims to Health-Care: A Programming Approach«, *Journal of Health Economics* 22, 731–745.

Cutler, D. (2010), »Where are the Health Care Entrepreneurs? The Failure of Organizational Innovation in Health Care«, NBER Working Paper Series, Working Paper 16030, online verfügbar unter: <http://www.nber.org/papers/w16030>.

Graves, J. (2012), »Medicaid Expansion Opt-Outs and Uncompensated Care«, *New England Journal of Medicine* 367(25), 2365–2367.

Jacobs, K. (2013), »Wettbewerb im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland – Fiktion und Realität«, in: K. Jacobs und S. Schulze (Hrsg.), *Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System*, KomPart Verlag, Berlin, 47–73.

Oberender, P., T. Ecker und J. Zerth (2005), *Grundelemente der Gesundheitsökonomie*, 2. Aufl., PCO-Verlag, Bayreuth.

Oberender, P. und J. Zerth (2010), *Wachstumsmarkt Gesundheit*, 3. Aufl., Lucius und Lucius, Baden-Baden.

Pauly, M. (2000), »Optimal Health Insurance«, *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 25, 33–57.

Rebscher, H. (2011), »Perspektivenwechsel Bewertungskategorien selektiven Vertragshandelns«, in: G. Rüter, P. Da-Cruz und P. Schwegel (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik*, Lucius und Lucius, Baden-Baden, 348–362.

Stabell, C.B. und O.D. Fjeldstad (1998), »Configuring Value for Competitive Advantage: On Chains, Shops, and Value Networks«, *Strategic Management Journal* 19(5), 413–437.

Zerth, J. (2012), »Rationierung oder Priorisierung im Gesundheitswesen: Was leistet die Gesundheitsökonomie?«, WLH Diskussionspapiere Nr. 1 (2012), online verfügbar unter: www.wlh-fuerth.de.

Zerth, J. (2012), »Zur Bedeutung der Wettbewerbsrolle im Gesundheitswesen«, *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik* 61, 299–309.



Stefan Felder*

Bismarck plus Bahr: Die private Bürgerversicherung

Als Bismarck 1883 die deutsche GKV einführte, hatte er die Einkommenssicherung von Arbeitern und deren Familien im Krankheitsfall im Blick. Tatsächlich bezog sich die gesetzliche Krankenversicherung Bismarcks auf »Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind«, jedoch nicht auf Beamte und nicht auf Selbständige. Für die Beamten konnte der Staat durch Lohnfortzahlung und Beihilfe im Krankheitsfall selbst sorgen, und den Selbständigen mutete man neben dem unternehmerischen Risiko auch das Kostenrisiko einer Erkrankung zu. 130 Jahre hat sich das Krankenversicherungssystem Bismarcks mit diesen drei unterschiedlichen Gruppen gehalten, wenn sich auch deren Zugangskriterien zwischenzeitlich differenziert haben. Heute werden rund 4 Mill. Beamte im Krankheitsfall zu 50 bis 70% über die Beihilfe versorgt. Den Rest deckt bei den Beamten eine freiwillige private Zusatzversicherung ab. Rund 4,5 Mill. Personen sind in der privaten Krankenversicherung (PKV) vollversichert. Es handelt sich hierbei um Selbständige oder um Angestellte mit einem Monatsgehalt von über 4 350 Euro. Diese Schwelle markiert die Versicherungspflichtgrenze: Beschäftigte, deren Einkommen oberhalb dieser Grenze liegt, haben das Recht auf Privatversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind rund 70 Mill. Personen versichert. Darunter sind 5 Mill. mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die freiwillig in der GKV versichert sind. In der GKV kostenfrei mitversichert sind die Familienangehörigen der arbeitenden Mitglieder, soweit sie ohne eigenes Einkommen sind. Dies ist insofern konsequent, als sich die Beiträge nach dem Einkommen richten. Letzteres geht wiederum darauf zurück, dass es im System Bismarck ursprünglich vornehmlich um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ging.

Die aktuelle GKV besteuert die Arbeit und ist ungerecht finanziert

Die Dreiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems hat sich historisch überholt. Sie würde sich, sollte sie weiterhin beibehalten werden, zunehmend als Belastung für die deutsche Wirtschaft erweisen. Gesundheitsminister Daniel Bahr hat dies im Prinzip erkannt, als er im August dieses Jahres die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und damit die Öffnung der PKV für alle forderte. Die Trennung zwischen GKV und PKV über die Versicherungspflichtgrenze ist willkürlich. Sie schafft Ungleichheit, wo doch alle vor dem Gesetz gleich sein sollten. Darüber hinaus führt sie zu einer Verzerrung des Arbeitsangebots im Zusammenhang mit der Lohneinkommensfinanzierung der GKV. Heute beträgt der Beitragssatz zur GKV 15,5%. Zusätzlich belasten die Gesetzliche Rentenversicherung mit 18,8% und die Soziale Pflegeversicherung mit 2,05% das Arbeitseinkommen. Gibt es bei der Rente immerhin eine Proportionalität zwischen den gezahlten Beiträgen und den künftig beanspruchten Leistungen, fehlt diese in der Kranken- und Pflegeversicherung. Mit anderen Worten haben die Beiträge zur GKV ausschließlich den Charakter einer Steuer auf Arbeit. Eine grobe Überschlagsrechnung ergibt bei jährlich 170 Mrd. Euro Lohnbeiträgen an die GKV und einer niedrig angesetzten Elastizität des Arbeitsangebots von 0,2 einen volkswirtschaftlichen Wohlfahrtsverlust von jährlich ungefähr 5 Mrd. Euro. Dieser Verlust ließe sich bei einer anderen Organisation des deutschen Krankenversicherungssystems vermeiden.

Bahrs Vorschlag der Öffnung der PKV hat allerdings einen Haken, nämlich die freie Wahl der Bürger zwischen GKV und PKV. Für Geringverdienende ist die PKV finanziell uninteressant, weil sie für dieselbe Versicherungsdeckung in der prämienfinanzierten PKV einen höheren Beitrag zahlen müssten als in der GKV, wo die Beiträge lohneinkommensbezogen erhoben werden. Mit zunehmenden Einkommen steigt daher die Attraktivität der PKV, so dass ab einem bestimmten Einkommensniveau der Privatversicherungsvertrag die GKV-Alternative dominiert. Ebenfalls attraktiv ist die PKV für gesunde Personen, weil ein Privatversicherer ihnen eine günstige Prämie anbieten kann. In der GKV ist dies einer Krankenkasse aufgrund des Diskriminierungsverbots dagegen nicht möglich. Eine Öffnung der PKV verbunden mit der freien Systemwahl würde also zu einer noch stärkeren Risikoentmischung zwischen GKV und PKV führen: Gesunde und Reiche vornehmlich in der PKV, Kranke und Arme dagegen eher in der GKV. Als Folge davon müsste der GKV-Beitragssatz steigen. Ein weiteres ist im dreigeteilten System der deutschen Krankenversicherung schiefe. Es ist ungerecht finanziert, da die Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Einkommensbeziehern nur innerhalb der GKV geschieht und daher die Privatversicherten nicht einschließt. Eine Umsetzung des vorliegenden Bahr-Vorschlags würde

* Prof. Dr. Stefan Felder ist Ordinarius für »Health Economics« an der Universität Basel und Direktor des CINCH – competent in competition and health, Gesundheitsökonomisches Forschungszentrum in Essen.

im Vergleich zu heute die Ungerechtigkeit in der Finanzierung des Gesundheitssystems noch verschärfen.

Bürgerversicherung mit individuell übertragbaren Alterungsrückstellungen

Ganz anders sähe eine konsequente Integration der GKV in die PKV aus. Dabei wären die lohneinkommensbezogenen Beiträge zugunsten von Versicherungsprämien aufzugeben. Weiterhin wäre ein Mindestleistungspaket vorzuschreiben, das öffentliche Krankenkassen wie private Versicherer gleichermaßen ihren Versicherten anzubieten hätten. Das Mindestleistungspaket wäre im Sinne Bismarcks und böte allen Personen einen gesicherten Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung. Genau dies hat Deutschland übrigens mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 bereits umgesetzt, als es die Krankenversicherungspflicht einführte und von den Privatversicherern das Angebot eines Basistarifs ohne Risikozuschläge verlangte. Was heute noch fehlt, ist die konsequente Umsetzung des Bahr-Vorschlags: die Einführung der Privatversicherung für alle.

In einem Bismarck-plus-Bahr-Krankenversicherungssystem gibt es mehrere Optionen für die Regulierung der Prämien. In einem unregulierten Krankenversicherungsmarkt folgen die Prämien den versicherten Risiken; Prämien unterscheiden sich daher nach dem Gesundheitszustand der Versicherten. Dies ist nicht nur aus Gerechtigkeitsgründen ein Problem, sondern führt auch zu einem »Prämienrisiko«, wenn Änderungen des Gesundheitszustands zu einer Anpassung der Prämien zwingen (vgl. Kifmann 2008). Die aktuelle Prämienregulierung in der PKV, die dem Versicherten garantiert, dass eine Prämie nach Vertragsabschluss nicht mehr an den Gesundheitszustand angepasst wird, und die gleichzeitig die Kündigung durch den Versicherer ausschließt, stellt eine Versicherung gegen das Prämienrisiko dar. Diese vorteilhafte Eigenschaft ist allerdings mit dem erheblichen Nachteil verbunden, dass sich der Wettbewerb in der PKV auf die Neukunden beschränkt. Bestandskunden sind de facto an ihren Versicherer gebunden.

Mit Hilfe von individuell übertragbaren Alterungsrückstellungen, ein von Meyer (2004) vorgeschlagenes Konzept, könnte auch ein Versicherungswettbewerb um Bestandskunden in Gang kommen. Individuell übertragbare Rückstellungen richten sich nach der Differenz zwischen dem Barwert zukünftiger individueller Gesundheitsausgaben und dem Barwert zukünftiger Prämieinnahmen. Sie würden folglich nach dem Gesundheitszustand eines Versicherten differenziert sein. Anders als die im Basistarif vorgesehene Portabilität von durchschnittlichen Alterungsrückstellungen würde von individuell berechneten Alterungsrückstellungen keine Gefahr der Risikoentmischung ausgehen. Alternativ könn-

ten vom Gesundheitszustand abhängige Transfers durch den Staat eingeführt werden (Pauly et al. 1991). Staatliche Transfers würden den Aufbau und die Portabilität von individuellen Alterungsrückstellungen erübrigen. Für beide Konzepte fehlen allerdings praktische Erfahrungen. Bei staatlichen Transfers besteht zudem das Problem, dass sich Versicherer und Versicherte zulasten des Staates einen finanziellen Vorteil verschaffen könnten.

Eine Bürgerversicherung à la Suisse oder à la Hollandaise

In der GKV sind dagegen einige Elemente bereits erprobt, die man für eine private Bürgerversicherung nutzen könnte. Das bereits angesprochene in der GKV bestehende Diskriminierungsverbot könnte auch in einem Prämiensystem Anwendung finden. Ebenfalls eingeführt sind der Risikostrukturausgleich, der dem Anreiz der Krankenkassen zur Risiko Selektion von Versicherten entgegenwirkt, und der Kontrahierungszwang, der verhindert, dass Kassen hohe Risiken einfach nicht versichern. Diese drei Elemente zusammen ermöglichen einen funktionierenden Krankenversicherungsmarkt, wie ihn die Schweiz kennt. Sie werden dort ergänzt mit individuellen Prämienverbilligungen für Geringverdienende, die über Steuereinnahmen finanziert werden. Probleme der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit bei der Finanzierung des Krankenversicherungssystems werden anders als in Deutschland in der Schweiz vermieden, da sowohl die Transferzahlungen als auch deren Finanzierung ins Steuersystem integriert sind.

Wie die Schweiz haben auch die Niederlande eine Bürgerversicherung. Bei der Finanzierung hat man sich dort für eine hälftige Aufteilung zwischen Lohnbeiträgen und Kopfprämien entschieden, ebenso wie für ein Diskriminierungsverbot, einen Kontrahierungszwang und einen Risikostrukturausgleich. Das holländische System ließe sich in Deutschland vergleichsweise einfach umsetzen. Die Arbeitgeber müssten den bisher erhobenen Beitragssatz an die Arbeitnehmer auszahlen. Letztere würden wie bisher rund 8% ihres Lohn Einkommens an die Bürgerversicherung zahlen. Das würde neu auch für Beamte und Selbständige gelten. Individuelle Prämienverbilligungen, die im Vergleich zum Schweizer Modell wegen der hälftigen Lohnproportionalität der Beiträge viel geringer ausfallen könnten, würden das System abrunden. Die 4,5 Mill. nichtbeihilfeberechtigten Bestandskunden der PKV dürften im bisherigen System verbleiben. Für alle anderen, einschließlich der Beamten, würde die neue private Bürgerversicherung zur Anwendung kommen. Die CDU sprach sich 2003 bei ihrer Delegiertenversammlung in Leipzig für das Modell der halben Gesundheitsprämie innerhalb der GKV aus. Es stand auch im Koalitionsvertrag von 2009, dessen Einführung wurde aber im Sommer 2010 durch die CSU verhindert. Die CDU sollte das Konzept der

halben Gesundheitsprämie aus der Schublade holen und es um den Einbezug von Beamten und Neuversicherten der PKV erweitern.

Ausblick

Eine gute Gesundheit und ein langes Leben sind superiore Güter: Mit zunehmendem Einkommen steigt deren Nachfrage überproportional. Steigende Einkommen der Haushalte können zusammen mit dem medizinisch-technischen Fortschritt erklären, weshalb der Gesundheitsbereich in allen modernen Volkswirtschaften der am stärksten wachsende Sektor ist. Für Deutschland ist bis 2040 mit einem Beitragsatz zur GKV von über 22% zu rechnen (vgl. Augurzyk und Felder 2013). Weil die Rentenversicherung und die Pflegeversicherung zusätzlich den Faktor Arbeit verteuern, werden Reformen in den sozialen Sicherungssystemen immer drängender. Die Dreiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems ist historisch überholt, ineffizient und einkommenspolitisch fragwürdig. Eine private Bürgerversicherung mit übertragbaren individuellen Alterungsrückstellungen, ergänzt um staatliche Transfers an Geringverdienende, wäre eine, allerdings noch nicht erprobte Alternative. Einfacher umzusetzen wäre dagegen ein einheitliches System, angelegt an die GKV auf der Grundlage von kassenspezifischen Gesundheitsprämien, verbunden mit dem Risikostrukturausgleich und mit individuellen Prämienverbilligungen. Die geringste Umstellung erforderte ein hybrides System à la Hollandaise, bei dem der Arbeitgeberbeitrag zur GKV den Beschäftigten ausgezahlt, der Arbeitnehmerbeitrag beibehalten und auf Beamte und Selbständige erweitert sowie eine kleine Gesundheitsprämie eingeführt würden.

Literatur

Augurzyk, B. und S. Felder (2013), *Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung*, rwi Materialien Nr.75, Essen.

Kifmann, M. (2008), »Krankenversicherungswettbewerb und Prämienregulierung«, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft* 97, 1–12.

Meyer, U. (2004), *Sondervotum zum Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts bezüglich der Übertragbarkeit der Altersrückstellung in der PKV*, Bamberg, online verfügbar unter: http://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/sowi_professuren/vwl_sozialpolitik/Meyer_Seiten/literatur/Meyer-2004-Sondervotum.pdf.

Pauly, M.V., P. Danzon, P. Feldstein und J. Hoff (1991), »A Plan for 'Responsible National Health Insurance'«, *Health Affairs* 10, 5–25.



Martin Nell*

Reform ja, Bürgerversicherung nein

Das vorgegebene Thema dieser Rubrik ist sehr reizvoll, lädt es doch nach dem zumindest temporären Ableben der FDP bei der Bundestagswahl zu Spekulationen über die künftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik ein. Da ich aber, insbesondere im Gesundheitsbereich, nur begrenztes Vertrauen in Prognosen über politische Willensbildung habe, möchte ich mich in sichereres Terrain begeben und das Thema wie folgt leicht modifizieren: »Reform des Gesundheitssystems: Sollte die Einheitskasse kommen?« Auf diese modifizierte Frage lassen sich zwei klare Antworten geben:

1. Es besteht ein unabweisbarer Reformbedarf des deutschen Krankenversicherungssystems.
2. Die Einheitskasse, mit der wohl in leicht polemischer Diktion die Bürgerversicherung gemeint ist, beseitigt zwar ein zentrales Problem des Status quo, weist aber eine Reihe gravierender ökonomischer und juristischer Probleme auf und ist keine gute Reformoption. Sie sollte daher nicht kommen.

Im Folgenden werden beide Aussagen begründet. Dabei wird zunächst der Reformbedarf des momentanen Systems aufgezeigt. Anschließend wird das Konzept der Bürgerversicherung näher beleuchtet, und es wird dargelegt, dass es eine deutlich bessere Option zur Reform des deutschen Krankenversicherungssystems gibt.

Die Inkonsistenz des Status quo

Das duale deutsche Krankenversicherungssystem ist weltweit einmalig und in seiner momentanen Ausgestaltungsform nicht das Resultat einer wie auch immer gearteten gesundheitspolitischen Strategie, sondern das Ergebnis historischer Zufälligkeiten. Bei der Einführung der GKV im Jahr 1884 entfielen deutlich mehr als die Hälfte der Versicherungs-

* Prof. Dr. Martin Nell ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Versicherungsbetriebslehre an der Universität Hamburg.

leistungen auf das Krankentagegeld. Da das Krankentagegeld eine Lohnersatzleistung ist, waren die einkommensabhängigen Versicherungsprämien Ausdruck einer grundsätzlichen Äquivalenz zwischen Beitrags- und Leistungshöhe (vgl. bspw. Breyer 2012, S. 656). Des Weiteren wurden Besserverdienende von der Versicherungspflicht in der GKV ausgenommen, da sie im Krankheitsfall nicht existentiell auf das Krankentagegeld angewiesen waren. Mittlerweile hat sich die Situation grundlegend geändert, da die Lohnersatzleistung Krankentagegeld bei den Ausgaben der GKV nur noch eine sehr untergeordnete Rolle spielt und der weitestgrößte Teil der Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen sowie Medikamente anfallen. Damit haben alle GKV-Versicherten praktisch den gleichen Leistungskatalog. Da aber die Versicherungsbeiträge nach wie vor einkommens- und nicht etwa risikoabhängig erhoben werden, findet letztlich bedingt durch historische Zufälligkeiten innerhalb der heutigen GKV eine erhebliche Umverteilung statt, indem tendenziell Besserverdienende, Kinderlose und Gesunde die Gesundheitsausgaben von Geringverdienern, Familien mit mehreren Kindern und chronisch Kranken subventionieren. Diese systematische Umverteilung wird im Weiteren als Solidarprinzip bezeichnet.

Ein Solidarprinzip kann sinnvoll nur innerhalb eines Pflichtsystems umgesetzt werden. Eine Wahlfreiheit einzelner Gruppen, ob sie an einem Solidarprinzip partizipieren wollen, führt dagegen zwangsläufig zu kontraproduktiven Selektionseffekten. Genau dies ist aber in der Krankenversicherung der Fall, da zwar die große Mehrheit der Bevölkerung in der GKV pflichtversichert sind, Gutverdiener mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbstständige sowie Beamte aber von der Versicherungspflicht in der GKV befreit sind. Diese Gruppen können sich alternativ in der PKV versichern, bei der es kein Solidarprinzip gibt und stattdessen die Prämien nach dem individuellen Gesundheitsrisiko kalkuliert werden. Gutverdiener und Selbstständige werden sich in der Regel nur dann für die GKV entscheiden, wenn ihre Versicherungsprämie niedriger als die nach ihrem individuellen Krankheitskostenrisiko kalkulierte Prämie in der PKV liegt.¹ Dies bedeutet aber, dass die Gruppe der freiwilligen Mitglieder von den übrigen Beitragszahlern in der GKV subventioniert wird. Damit existiert momentan ein pervertiertes Solidarprinzip, in dem die mittleren Einkommensbezieher sowohl Geringverdiener als auch Bezieher hoher Einkommen subventionieren. Darüber hinaus gibt es im Segment der freiwillig Versicherten weitgehend keinen fairen, sinnvollen Wettbewerb zwischen GKV und PKV sondern es herrscht vielmehr ein Selektionswettbewerb zu Lasten der GKV, da für junge und gesunde Versicherte ohne Kinder die PKV schon allein deshalb attraktiv ist, da sie dort Solidarbeiträge sparen, wäh-

rend für chronisch kranke Versicherte die PKV in der Regel nicht in Betracht kommt.

Das bestehende Krankenversicherungssystem ist daher weder unter verteilungspolitischen noch unter wettbewerblichen Gesichtspunkten sinnvoll und dringend reformbedürftig.

Eine auf den ersten Blick attraktive Option besteht darin, das Solidarprinzip in der Krankenversicherung aufzugeben und notwendige Umverteilungen vollständig auf das Steuer- und Transfersystem zu verlagern.² Dies würde eine weitgehende Übernahme des PKV-Modells für die gesamte Krankenversicherung bedeuten. Eine solche Reform ist allerdings politisch unrealistisch und inhaltlich mit erheblichen Problemen verbunden.³ Eine andere Reformoption, die deutlich mehr Aufmerksamkeit erlangt hat und um die es im Folgenden geht, besteht in einer Krankenversicherung gemäß den Spielregeln der GKV für alle Bürger. Die impliziert die Abschaffung des PKV-Modells.

Die Bürgerversicherung: Stärken und Schwächen

Das bekannteste und meist diskutierte Reformkonzept im Bereich der Krankenversicherung ist die Bürgerversicherung. Das duale Versicherungssystem soll durch einen einheitlichen, alle Bürger einbeziehenden Krankenversicherungsmarkt ersetzt werden, für den im Wesentlichen die Regeln der GKV gelten. Es werden einkommensabhängige Prämien erhoben, wobei ein im Vergleich zu heute erweiterter Einkommensbegriff verwendet wird. Es gilt das Umlageverfahren, so dass die Gesundheitsausgaben aus laufenden Prämieinnahmen finanziert werden und innerhalb des Krankenversicherungssystems kein Kapitalstock gebildet wird. Der Umfang des Versicherungsschutzes ist für alle Bürger einheitlich. Weitergehende Wünsche können über private Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

Ein Vorteil der Bürgerversicherung besteht darin, dass die unsinnigen Verteilungswirkungen des Status quo vermieden werden, da das Solidarprinzip konsistent umgesetzt wird. Dieser Vorteil wird allerdings teuer erkaufte: Erstens wird der Versicherungsschutz in der Grundversicherung normiert und somit die Wahlfreiheit der Versicherten beschränkt. Es gibt zwar mehrere Versicherer, zwischen denen die Versicherten wählen können, so dass der Begriff Einheitskasse überzeichnet ist, diese können sich aber lediglich einen Preiswettbewerb liefern, während ein Produktwettbewerb ausgeschlossen ist. Ein solcher Produktwettbewerb mit dem Angebot unterschiedlicher Tarife mit Selbstbeteiligungen wä-

¹ Bei Beamten ist die Situation etwas anders, da für sie aufgrund der Beihilferegelung eine Versicherung in der GKV in aller Regel nicht in Betracht kommt und sie sich somit de facto in der PKV versichern müssen.

² Dies ist der Kern des Konzepts der Bürgerprivatversicherung, vgl. Eekhoff et al. (2008).

³ Für eine detailliertere Auseinandersetzung mit dem Konzept der Bürgerprivatversicherung vgl. Kifmann und Nell (2013, S. 3 ff.).

re nicht nur aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse der Versicherten, sondern auch wegen Steuerungsdefiziten im Gesundheitssystem wichtig. Zweitens schafft die zwingende Aufteilung in Grund- und Zusatzversicherung verstärkte Informations- und Abgrenzungsprobleme. Drittens schwächt die Ausweitung des Umlageverfahrens die Nachhaltigkeit des Krankenversicherungssystems und stellt vor dem Hintergrund des demographischen Wandels eine Benachteiligung künftiger Generationen dar. Viertens bestehen bei der Einführung der Bürgerversicherung erhebliche juristische Risiken. Die PKV ist ein partiell kapitalgedecktes System, so dass die Versicherten dort Alterungsrückstellungen aufbauen. Eine Überführung der Privatversicherten mit ihren Alterungsrückstellungen in eine Bürgerversicherung ist aufgrund von § 14 GG vermutlich nicht möglich, da Alterungsrückstellungen Eigentumscharakter haben.⁴ Dieses Problem könnte umgangen werden, indem die vorhandenen Privatversicherten von einer Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung ausgenommen würden. Die Konsequenz wäre allerdings, dass es noch ca. 70 Jahre dauern würde, bis die gesamte Bevölkerung in der Bürgerversicherung vereint wäre. Bis dahin würde die PKV im Bereich der Krankenvollversicherung als Zombie des deutschen Gesundheitssystems ihre Bestände abwickeln. Diese Aussicht erscheint wenig erbaulich.

Insgesamt fällt die Beurteilung des Konzepts der Bürgerversicherung negativ aus. Sie überwindet zwar die unsinnigen Verteilungswirkungen im Status quo, weist aber gravierende Nachteile auf und ist juristisch zudem mit großen Risiken verbunden. Eine weitgehend analoge Beurteilung gilt im Übrigen für das Konzept der Gesundheitsprämie, das im politischen Bereich häufig als Gegenpol zur Bürgerversicherung angesehen, strukturell jedoch starke Gemeinsamkeiten mit ihr aufweist. Der einzige grundsätzliche Unterschied besteht darin, dass die Versicherten einen einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag zahlen, so dass ein Soliarausgleich innerhalb des Krankenversicherungssystems nur bzgl. unterschiedlicher Gesundheitsrisiken, nicht aber in Bezug auf Einkommensunterschiede vorgenommen wird. Die genannten Kritikpunkte für die Bürgerversicherung treffen aber alle, wenn auch zum Teil in abgeschwächter Form, auf das Konzept der Gesundheitsprämie zu.

Die bessere Alternative: Reform des dualen Krankenversicherungssystems

Die Bürgerversicherung (und das Modell der Gesundheitsprämie) implizieren die Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland zugunsten eines einheitlichen Versicherungsmarktes nach dem Vorbild der GKV. Dies ist wenig einleuchtend, weil beide Systeme ihre spezi-

fischen Vorteile gegenüber dem anderen System aufweisen. Die GKV hat einen klaren, teilweise regulatorisch bedingten, Kompetenzvorsprung bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern, und das in der GKV verwendete Sachleistungsprinzip hat Vorteile gegenüber dem Kostenerstattungsprinzip in der PKV. Dafür weist die PKV über die Kapitaldeckung in Zeiten des demographischen Wandels ein höheres Maß an Nachhaltigkeit auf und besitzt die deutlich höhere aktuarielle Kompetenz bei der Gestaltung unterschiedlicher Versicherungskonzepte. Bei einer Abwicklung der PKV gingen diese Vorteile verloren. Damit stellt sich die Frage, ob zur Beseitigung der verteilungs- und wettbewerbpolitischen Unzulänglichkeiten des Status quo die Abschaffung des dualen Krankensystems wirklich notwendig ist oder ob dies nicht wesentlich eleganter durch eine Reform des dualen Systems erreicht werden kann.

Im Folgenden wird ein Reformkonzept skizziert, das das duale Krankenversicherungssystem erhält, mit moderaten Änderungen des Status quo auskommt, konsistente Verteilungswirkungen und einen fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV sicherstellt, Produktvielfalt ermöglicht, die Trennung von Grund- und Zusatzversicherung überflüssig macht, die Kapitaldeckung des Gesundheitssystems nicht verringert und rechtssicher ist.⁵

Das zentrale Problem der momentanen Situation besteht darin, dass zwar grundsätzlich ein Solidarprinzip gilt, dem sich aber Teile der Bevölkerung durch einen Wechsel in die PKV entziehen können. Um diesen Konstruktionsfehler zu heilen, muss sichergestellt werden, dass sich auch die PKV-Versicherten am Solidarprinzip beteiligen. Dies lässt sich vergleichsweise einfach mit einem bereits vorhandenen Instrumentarium bewerkstelligen. Um innerhalb der GKV trotz des dort geltenden Solidarprinzips einen reinen Selektionswettbewerb um gesunde und gutverdienende Versicherte zwischen den Versicherern zu verhindern, wurde dort der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (MorbiRSA) geschaffen. Die Beiträge der Versicherten fließen in den Gesundheitsfonds, der wiederum den Versicherern den nach MorbiRSA risikogerechten Betrag bezogen auf das GKV-Leistungsniveau für jeden Versicherten überweist. Ist der MorbiRSA richtig justiert, so entspricht die Differenz zwischen der einkommensabhängigen Beitragszahlung an den Gesundheitsfonds und der Zahlung des Gesundheitsfonds an den jeweiligen Krankenversicherer dem Solidarbeitrag eines Versicherten. Ist die Differenz positiv, leistet der Versicherte einen Solidarbeitrag, ist sie negativ, empfängt er einen Solidarbeitrag. Der Konstruktionsfehler im momentanen System ließe sich folglich einfach heilen, indem jeder Bürger einen einkommensabhängigen Beitrag in den Gesundheitsfonds zahlt und sein Versicherer unabhängig ob GKV

⁴ Neben dem Problem mit § 14 GG käme bei der Einführung der Bürgerversicherung auch ein Verstoß gegen § 12 GG in Betracht.

⁵ Für eine ausführliche Darstellung des Reformvorschlags siehe Kifmann und Nell (2013).

oder PKV im Gegenzug aus dem Gesundheitsfonds den risikoadjustierten Beitrag erhält. Eine solche Reform hätte nicht nur eine konsistente Umsetzung des Solidarprinzips zur Folge, sondern würde einen fairen und umfassenden Wettbewerb zwischen GKV und PKV ermöglichen. Es gäbe keinen Grund mehr, dem Großteil der Bevölkerung die Wahlfreiheit zwischen den Systemen zu nehmen, so dass die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft werden könnte.⁶ Gute Risiken würden nicht allein deshalb die PKV bevorzugen, weil sie dadurch ihren Solidarbeitrag sparen können, und umgekehrt käme ein Wechsel in die PKV auch für Geringverdiener und/oder chronisch Kranke in Betracht, weil der Solidarbeitrag in die PKV mitgenommen wird. Des Weiteren könnte auf die Regulierung der Versicherungsprodukte weitgehend verzichtet werden, so dass auch die Trennung in Grund- und Zusatzversicherung überflüssig wird.

Am Geschäftsmodell der GKV würde sich nichts ändern. Auch bei der PKV wären die Änderungen gering. Die Versicherer erhalten Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds, die in die Kalkulation eingehen und die Prämien verringern würden.

Eine zentrale Voraussetzung der Reform ist ein leistungsfähiger MorbiRSA, in den alle relevanten medizinischen Informationen einfließen und der regelmäßig weiterentwickelt wird. Die momentan politisch festgelegte Begrenzung auf 80 Krankheiten gehört abgeschafft. Es ist eine aktuarielle und keine politische Frage, welche und wie viele Krankheiten in den MorbiRSA eingehen. Ohne solche willkürlichen politischen Restriktionen kann der MorbiRSA zu einem System entwickelt werden, das die erwarteten zukünftigen Gesundheitsausgaben eines Versicherten gemäß den verfügbaren Informationen bestmöglich schätzt und bei Auftreten neuer Informationen anpasst.

Die Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Gesundheitsfonds bewirkt einen partiellen Übergang zum Umlageverfahren. Die künftigen Alterungsrückstellungen in der PKV werden niedriger ausfallen, wodurch sich die Kapitaldeckung des Gesundheitssystems insgesamt verringert. Dieser Effekt lässt sich aber neutralisieren, indem die zusätzlichen Nettoeinnahmen des Gesundheitsfonds im Zuge der Reform nicht in Beitragssenkungen, sondern in die Bildung eines Kapitalstocks fließen. Dann käme es zu keiner Entlastung älterer Generationen und damit auch nicht zu einer Belastung künftiger Generationen.

Fazit

Die Bürgerversicherung beseitigt den Konstruktionsfehler unseres Gesundheitssystems mit dem Holzhammer und schweren Nebenwirkungen. Das bestehende duale System

wird unter Inkaufnahme gravierender juristischer Risiken abgewickelt zugunsten eines staatlich verordneten, einheitlichen Versicherungsmarktes ohne nennenswerte Produktvielfalt. Dabei wäre es viel besser, durch eine Reform des dualen Systems die Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb zu schaffen, in dem sich die Unternehmen der GKV und der PKV bewähren müssen.

Literatur

Breyer, F. (2012), »Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung«, *Wirtschaftsdienst* 92, 655–658.

Eekhoff, J., V. Bünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel (2008), *Bürgerprivatversicherung*, Mohr Siebeck, Tübingen.

Kifmann, M. und M. Nell (2013), »Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung«, *ifo Research Paper* No. 2013/01, Hamburg, Juli.

⁶ Ebenso sollten bestehende Wettbewerbshindernisse, wie Restriktionen für die PKV bei der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern, abgeschafft werden.



Bernd Raffelhüschen*



Christian Hagist**

Die Alternative zur Einheitskasse lautet: Neue Dualität!

Die Frage »Kommt die Einheitskasse?« wäre auch eine Herausforderung für britische Buchmacher. Denn wer hat schon besondere Einsichten in die Wertvorstellungen und Abwägungen der Wähler und Bürger und könnte somit eine solche Frage beantworten? Auch den Kollegen der Demoskopie mag dies wohl nicht ganz gelingen. Insofern können wir hier gleich zu Anfang zu Protokoll geben: Wir wissen es nicht, ob in Zukunft in Deutschland eine Einheitskasse (oder ein faktisches Oligopol von einigen großen Krankenkassen) die vielfältigen Strukturen im deutschen Krankenversicherungswesen ablöst. Was wir allerdings wissen, ist, dass Deutschland in naher Zukunft in der Gesundheitspolitik eine Entscheidung treffen muss – eben hin zur Einheitskasse oder aber in eine neue Dualität in der Krankenversicherung.

Finanzierungsproblem I: Gesetzliche Krankenversicherung

Derzeit befinden sich die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der guten Konjunktur noch in einer relativ komfortablen Position. Dies wird sich jedoch im Zeitablauf – unabhängig von der konjunkturellen Entwicklung – ändern. Die Einnahmen werden bei Beibehaltung der lohnabhängigen Beiträge aufgrund des demographischen Wandels auf jeden Fall relativ zurückgehen. Derzeit ist noch ein großer Teil der sogenannten Baby-Boomer-Kohorten in Lohn und Brot, doch selbst bei steigendem Renteneintrittsalter werden diese geburtenstarken Jahrgänge immer weniger zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Selbst bei erheblicher Nettozuwanderung ist dieser Effekt auf der Einnahmenseite nicht auszugleichen. Zeitgleich wer-

den die Ausgaben relativ stark ansteigen. In welchem Maße ist unter Medizinern und Gesundheitsökonomen noch umstritten, hängt dies doch davon ab, ob wir gesund oder krank altern werden und wie erfolgreich (und damit ausgabensteigernd) die Kollegen der Medizin in Zukunft forschen werden. Doch selbst im optimistischen Szenario einer gesunden Alterung und eines medizinischen Fortschritts, welcher Produkt- und Prozessinnovationen in der Balance hält, gilt, dass die geburtenstarken Kohorten altern und damit mehr Leistungen in Anspruch nehmen werden.

Finanzierungsproblem II: Die Beihilfe der Beamten

In der Diskussion um die Entwicklung der Umlagefinanzierung im deutschen Krankenversicherungssystem wird oft vergessen, dass neben der gesetzlichen Krankenversicherung noch ein weiteres System existiert, welches ebenfalls Umlagecharakter besitzt: Die Beihilfe der Beamten. Hier ist das Problem noch etwas diffiziler als im oben beschriebenen Fall der gesetzlichen Krankenversicherung. Denn die Einnahmen sind mehr oder minder durch die Demographie der Gesamtbevölkerung bzw. der Steuerzahler determiniert. Somit greift auch hier das Argument der langsam in den Ruhestand gehenden Baby-Boomer-Generationen. Auf der Ausgabenseite allerdings ist die Einstellungspolitik der Gebietskörperschaften der vergangenen Jahrzehnte entscheidend. Die Einstellungswellen der 1970er Jahre im Bildungsbereich führen dazu, dass die Ausgaben für die Beihilfe noch schneller und stärker ansteigen werden, als dies bei der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Auch hier muss es somit zu einer gesundheitspolitischen Richtungsentscheidung kommen.

Der gesundheitspolitische Scheideweg

Aufgrund der beschriebenen, wenig nachhaltigen Finanzierung großer Teile der öffentlichen Gesundheitsabsicherung steht die deutsche Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren am Scheideweg. Denn um das Problem der fehlenden Tragfähigkeit von gesetzlicher Krankenversicherung und Beihilfe zu lösen, gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten – natürlich wiederum mit zahlreichen Varianten. Die erste Möglichkeit dabei ist tatsächlich der Weg in die Einheitskasse. Dieser wurde in Teilen bereits in den Gesundheitsreformen des vergangenen Jahrzehnts angelegt. Würde man diesen Weg weiter fortbeschreiten, hätte dies zur Konsequenz, dass wir die notwendige Rationierung im Gesundheitswesen dem Staat überlassen. Die Verstaatlichung dürfte dann nicht bei den Krankenkassen aufhören. Ärzte und andere Leistungserbringer würden dann quasi zu Beamten, die nach Wartelisten und Punktesystemen behandelt, alle paar Jahre vom »Qualitätssicherungshauptamt«

* Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen ist Direktor des Instituts für Finanzwissenschaft I/Forschungszentrum Generationenverträge an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

** PD Dr. Christian Hagist ist Akademischer Rat am Institut für Finanzwissenschaft I/Forschungszentrum Generationenverträge an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

überprüft würden, und täglich um fünf Uhr nach Hause gingen. Das klingt abschreckend, wäre aber durchaus eine realistische Option – der Preis ist jedoch eine Zwei-Klassen-Medizin per se: Der Arme bekommt die Grundversorgung, der Reiche geht, wie in Großbritannien, woanders hin.

Die Alternative hierzu ist die Rationierung durch den Markt, und diese geht dann über Wettbewerb und Preise. Ärzte und Krankenhäuser würden zu Unternehmen, die mit der Gesundheit Geld verdienen wollen und sollen. Die Patienten wären dann entsprechend Kunden und bekämen für die Leistungen eine Rechnung, die sie selbst beglichen und deshalb gut kontrollierten, da sie nur einen gewissen Anteil erstattet bekommen würden. Wie ein solches System auf der Versicherungsseite aussehen könnte, soll in den kommenden Zeilen unter dem Titel der »neuen Dualität« vorgestellt werden. Das Attraktive an dieser Idee, die keineswegs allein aus unserer Feder stammt, sondern wohl eher einen Konsens vieler Volkswirte darstellt, ist, dass sie einzelne Teilaspekte der Vorstellungen verschiedener gesellschaftlicher Gruppen aufgreift und vereint.

Die neue Dualität

Lehnt man die Einheitskasse aufgrund befürchteter Ineffizienzen bzw. aufgrund von Wertvorstellungen (Wahlfreiheit, Individualismus etc.) ab und will man sich trotzdem dem Problem der fehlenden Nachhaltigkeit der bisherigen Gesundheitspolitik stellen, so bleibt nichts anderes übrig, als konsequent den Weg in ein wettbewerbliches Krankenversicherungsumfeld zu gehen. Doch wie kann dies ausgehend von der aktuellen, historisch gewachsenen Zweiteilung des deutschen Krankenversicherungsmarktes geschehen? Die Antwort lautet darauf, dass es nicht der Abschaffung der Dualität à la Bürgerversicherung bedarf, sondern vielmehr den Gang in eine neue Dualität aus Basis- und Zusatzversorgung. So könnte die historisch bedingte Teilung der Versicherungspflicht aufgelöst und trotzdem die Vorteile beider Systeme genutzt bzw. aufrechterhalten werden.

Die Basisversorgung stellt dabei den Ausgangspunkt dar. Alle Bürger sind verpflichtet, eine Versicherung über den zu definierenden Basiskatalog abzuschließen – auch soweit rechtlich möglich heutige Privatversicherte. Hierin sind sich Bürgerversicherung und Marktlösung also durchaus gleich. Die Finanzierung erfolgt ebenfalls im Umlageverfahren – allerdings nicht mit lohnabhängigen Beiträgen, sondern mit sogenannten Bürgerpauschalen. Diese werden durch einen steuerfinanzierten Solidarausgleich flankiert. Der reichere Haushalt solidarisiert sich also auch weiterhin mit dem ärmeren Pendant, allerdings in transparenter Weise und unter Heranziehung aller Einkunftsarten und nicht nur des Lohnes. Wie bereits im jetzigen System sollte ein Risikostrukturausgleich die Risikoauslese hemmen. Ein Selbstbehalt-

system, ähnlich dem in der Schweiz, verhindert die ineffiziente Nutzung von Leistungen in dieser Pflichtversorgung. Die Preisverhandlungen mit den Leistungserbringern sowie die Qualitätskontrolle müsste durch eine unabhängige Instanz wie etwa einem erweiterten Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erfolgen, und auch die Administration sollte möglichst vom Politikbetrieb fern, analog bspw. zur Bundesbank, gestaltet werden.

Der kritische Leser könnte an dieser Stelle einwenden, dass eine solche Basisversorgung durchaus auch den Charakter einer Einheitskasse hat. Denn auch wenn in unseren Vorstellungen die Basisversorgung wiederum ähnlich wie in der Schweiz von mehreren Profit- oder Non-Profit-Unternehmen angeboten werden könnte, so ergeben sich doch einige Parallelen wie etwa das erweiterte IQWiG als »Qualitätssicherungshauptamt«. Doch ist dies genau der Punkt. Der Staat sollte eben nur den unverzichtbaren Teil der Gesundheitsabsicherung organisieren. Dies kann er aufgrund asymmetrischer Information und anderer Aspekte des Marktversagens sicher besser als der Markt. Die entscheidende Frage ist dabei gar nicht, wie genau das »Qualitätssicherungshauptamt« aussehen müsste, sondern was als unverzichtbar in den Leistungskatalog der Basisversorgung aufgenommen werden muss. Dies ist keine einfache Frage, doch eine Antwort ist sicher: Sie sollte wohl deutlich geringer ausfallen als der derzeitige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. In unseren durchaus deutlich reicheren Nachbarländern wie der Schweiz oder Norwegen ist z.B. die dentalmedizinische Absicherung Privatsache: Die kaum lebensbedrohlichen Krankheitsbilder, die Möglichkeit von Kostenvorschlägen sowie einfache Präventionsmaßnahmen und sich wiederholende Behandlungsmuster prädestinieren die Zahnmedizin für eine rein marktwirtschaftliche Allokation. Auch auf andere Bereiche wie etwa die Kuren könnte sich die Gesellschaft sicherlich schnell einigen, während es bei anderen Feldern (freie Arztwahl, strenger Generikavorrang etc.) sicherlich kontroversen Diskussionsbedarf geben dürfte.

Genauso wichtig wie der heutige Umfang der Basisversorgung ist es, den zukünftigen zu begrenzen. Will heißen: Eine Dynamisierung der Leistungen kann nur im Umfang der Wachstumsrate der Einnahmehasis erfolgen. Einnahmen und Ausgaben müssen sich im Einklang entwickeln. Dies bedeutet jedoch, dass das Gros des medizinisch-technischen Fortschritts zur zweiten Säule der Gesundheitsabsicherung – der Zusatzversorgung – gehören würde.

Im Gegensatz zur Basisversorgung sollte die Zusatzversorgung so frei und wettbewerblich wie möglich ausgestaltet sein. Auf der einen Seite hieße dies, dass die Versicherungsunternehmen Gesundheitsprüfungen durchführen können und diese sich dann auch in risikoabhängigen Prämien

widerspiegeln würden. Auf der anderen Seite gilt ein strenger Wettbewerb der Anbieter, egal ob profit- oder gemeinwohlorientiert, ob als Aktiengesellschaft, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit oder eingetragene Gesundheitsgenossenschaft. Wichtig dabei ist nur, dass für alle Organisationsformen die gleichen Spielregeln gelten; sowohl im Steuerrecht als auch in kartellrechtlicher Hinsicht.

Die Tarife können nach versicherungsmathematischen Grundsätzen natürlich kapitalgedeckte Elemente enthalten – sofern dies eben sinnvoll ist. Die bisherigen Anwartschaften der heutigen Privatversicherten könnten hierin auch aufgehen. Jedoch wäre darauf zu achten, dass es sich um eine echte Kapitaldeckung handelt wie bspw. beim norwegischen Generationenfonds. Die derzeitigen Anlagevorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes führen nämlich zu einer weiteren Umlagefinanzierung durch die Hintertür – indem die Versicherungsunternehmungen faktisch gezwungen werden, Staatsschuldtitel zu kaufen und zu halten. Wo aber der Beitragszahler für die heutigen Krankenkassen nicht geboren wurde, fehlt auch der Steuerzahler zur Bedienung der Staatspapiere.

Fazit

Niemand weiß, ob die Einheitskasse kommt. Möglich ist sie auf jeden Fall. Doch es gibt durchaus attraktive Alternativen. Die derzeitige Zweiteilung des Krankenversicherungsmarktes ist absurd, denn sie verordnet 90% der Bevölkerung das gleiche Maß an Krankenversicherungsschutz. Es bedarf nicht viel Phantasie, dass dies keineswegs den Präferenzen dieser 90% entspricht und dass es wohl effizientere Lösungen geben dürfte – wo der risikoaverse Familienvater sich ein Mehr an Gesundheitsschutz leistet als die risikofreudige Alleinstehende.

Ein solches System würde nicht nur die Tragfähigkeit der öffentlichen Gesundheitssicherung stärken und somit eine gleichmäßigere Verteilung der Lasten über die Generationen induzieren, sondern auch aufgrund der Bürgerpauschalen die Finanzierung vom Arbeitsmarkt abkoppeln. Der in der zweiten Säule herrschende Wettbewerb dürfte auch das Missverhältnis von Produkt- zu Prozessinnovationen beim medizinisch-technischen Fortschritt gerade rücken und somit ebenfalls die Tragfähigkeit des Gesundheitssystems stärken.

Welcher Weg der beiden skizzierten nun allerdings beschritten werden soll, bleibt ein politisches Werturteil, bei dem der Ökonom als Gesellschaftsingenieur nur die Qual der Wahl beschreiben kann und nichts mit dem Ausgang zu tun hat. Statistisch gesehen handelt es sich um die Entscheidung zwischen zwei Verteilungen. Der kollektivistische Weg sorgt dafür, dass bei einer politisch vorgegebenen Durchschnitts-

versorgung kaum eine Varianz im Versorgungsniveau auftritt. Er ist also essentiell egalitär im Gegensatz zur marktwirtschaftlichen Allokation der Gesundheitsversorgung, die toleriert, dass der Reiche sich viel mehr vom Gut »Gesundheit« leisten kann als der »Arme«. Allerdings ist es nicht unwahrscheinlich, dass Letzterer durch Formen der Quersubventionierung und die Schöpfung von Effizienzreserven am Ende auch im Durchschnitt besser versorgt wird.