

Wagener, Hans-Jürgen et al.

Working Paper

Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken

DIW Discussion Papers, No. 247

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Wagener, Hans-Jürgen et al. (2001) : Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken, DIW Discussion Papers, No. 247, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/18231>

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.

DIW Diskussionspapiere Discussion Papers

Diskussionspapier Nr. 247

Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken

von
Wolfgang Buchholz¹⁾, Birgit Edener²⁾, Markus Grabka³⁾, Klaus-Dirk Henke⁴⁾,
Monika Huber⁴⁾, Hermann Ribhegge²⁾, Andreas Ryll⁵⁾, Hans-Jürgen Wagener²⁾
und Gert G. Wagner⁶⁾

Berlin, März 2001

¹⁾ Universität Regensburg

²⁾ Europa-Universität Viadrina, Frankfurt (Oder)

³⁾ DIW Berlin und TU Berlin

⁴⁾ TU Berlin

⁵⁾ IGES Berlin

⁶⁾ DIW Berlin und Europa-Universität Viadrina, Frankfurt (Oder)

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin

Königin-Luise-Str. 5, 14195 Berlin

Phone: +49-30-89789- 0

Fax: +49-30-89789- 200

Internet: <http://www.diw.de>

ISSN 1433-0210

Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken

von

*Wolfgang Buchholz, Birgit Edener, Markus Grabka, Klaus-Dirk Henke,
Monika Huber, Hermann Ribhegge, Andreas Ryll, Hans-Jürgen Wagener und
Gert G. Wagner*

Zusammenfassung: Das präsentierte und diskutierte Modell eines sozialgebundenen Krankenversicherungswettbewerbs zeigt zum Ersten, dass ein derartiges System an vielen Stellen vom Staat reguliert werden muss. Es ist deutlich komplizierter als die bislang in der Diskussion befindlichen Lehrbuchmodelle und die Reformvorschläge, die lediglich einem Agenda Setting dienen und notwendigerweise nur Prinzipien postulieren. Zum Zweiten zeigt sich, dass die Regulierungsnotwendigkeiten derart vielfältig und letztlich von Werturteilen abhängig sind, so dass eine Reform nicht allein aus einer medizinischen oder wirtschaftswissenschaftlichen Rationalität heraus gestaltet werden kann. Insofern ist auch unser Vorschlag noch in hohem Maße diskussions- und damit ergänzungsbedürftig.

Abstract. A draft of a reform towards „socially bounded competition“ within the health care system indicates, first of all, that several areas of such an insurance system would have to be regulated by the state. Such a reform is much more complicated than text book models or the proposals of various expert groups imply. Secondly, the necessary regulation is multifaceted and heavily influenced by value judgements. It therefore cannot be solved by a theoretical discussion alone. If one wishes to implement increased competition in the health insurance system of Germany (or somewhere else), detailed analyses are needed and political decisions have to be made.

JEL Klassifikation: I 11, I 18

Die hier präsentierte Reformstrategie beruht auf einem Forschungsprojekt, das im Rahmen des Berliner Zentrums für Public Health (BZPH) vom DIW Berlin, der Europa-Universität Viadrina (Frankfurt/Oder) und der Technischen Universität Berlin durchgeführt wurde. Ein ausführlicher Abschlussbericht wird demnächst in Buchform erscheinen. Da sich jedoch die Vorschläge zur Reform der Krankenversicherungen zu häufen scheinen, wird hier eine zusammenfassende Darstellung der Projektergebnisse präsentiert, um die Diskussion auf eine noch breitere Basis zu stellen. Im Vordergrund steht ein System, mit dem mehr Wettbewerb zwischen allen Krankenversicherungen im Interesse von mehr Qualität der Gesundheitsversorgung und niedrigeren Kosten realisiert werden könnte. Mit diesem Modell soll die bestehende Trennung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen überwunden werden.

1 Besonderheiten von Krankenversicherungsmärkten

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen durch seinen hohen Leistungsstand und seine umfassende Absicherung des Krankheitsrisikos gekennzeichnet. In Deutschland hat noch immer jedermann, unabhängig von seinem Einkommen, seinem Wohnort oder seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, Zugang zu einer angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung im Krankheitsfall. Steigende Ansprüche der Bevölkerung vor dem Hintergrund eines erfreulichen medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts machen das Gesundheitswesen in unserer Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft zu einer personalintensiven Wachstumsbranche. Freilich können diese Möglichkeiten wegen überholter Finanzierungs- und Organisationsstrukturen bisher nicht hinreichend genutzt werden.

In Deutschland leidet das „System“ der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen entscheidend an mangelndem Wettbewerb, der für Kosteneffizienz und Qualitätsverbesserungen sorgen kann (vgl. z.B. SVR 2000, S. 237 ff.). Ein derartiger Wettbewerb ist nicht einfach realisierbar, wie z.B. ein Blick auf die Wahl- und Wechselmöglichkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen oder auf die Einführung von Preisen im stationären Sektor zeigt.

Unregulierter Wettbewerb für Krankenversicherungen basiert idealerweise auf risikoäquivalenten Prämien. Nur dann, wenn jeder Versicherte eine Prämie zahlt, die dem Erwartungswert¹ der an ihn im Krankheitsfall später auszahlenden Leistungen entspricht, kann ein Markt entstehen, auf dem jede Krankenversicherung versucht, einen Wettbewerbsvorteil zu bekommen. Dies geschieht, wenn die Krankenversicherungsunternehmen mit den Anbietern im Gesundheitswesen möglichst kostengünstige Verträge mit hoher Versorgungs- und Service-Qualität abschließen (etwa bezüglich der Arztwahl, einer integrierten Versorgung, der Vermeidung von verhaltensbedingter Überinanspruchnahme von Leistungen oder der Abrechnungsmodalitäten) und ihren Service bedarfsgerecht und kostengünstig organisieren. Dieser Wettbewerb um niedrige Kosten und hohe Qualität liegt im Interesse der Versicherten (vgl. dafür und für das Folgende Buchholz 2001).

Personen mit hohen Risiken werden unschwer eine Versicherung finden, aber sie müssen einen hohen Preis (Prämie) zahlen. Es findet also kein Wettbewerb („Rosinenpicken“) um „gute Risiken“ statt, aber hohe Prämien können die Kaufkraft (Zahlungsfähigkeit) einzelner Versicherter bzw. ganzer Gruppen übersteigen; zudem werden hohe Prämien als ungerecht empfunden, wenn sie auf angeborenen Krankheiten bzw. Krankheitsdispositionen beruhen, die der Einzelne nicht beeinflussen und nicht umgehen kann.

Sowohl zu viel als auch zu wenig Information über Risikoklassen kann einen solchen privaten Versicherungsmarkt instabil werden lassen oder gar zerstören:

- Können oder dürfen Versicherungen nicht genau erkennen, wer zu welcher Risikoklasse gehört, sind risikoäquivalente Verträge nicht möglich. In dieser Situation mit „asymmetrischer Information“ besteht für die Versicherungen dennoch ein Anreiz, durch spezifische Vertragsangebote gute Risiken via Selbstselektion zu einem Versicherungswechsel zu bewegen. Im

¹ Streng genommen muss es heißen: Der abdiskontierte Erwartungswert, also die Kosten, die für eine Gruppe homogener Versicherter erwartungsgemäß pro Fall anfallen, müssen dem Barwert der über den Zeitraum der Vertragsdauer gezahlten Beiträge entsprechen.

Endeffekt kann dies dazu führen, dass ein Versicherungsmarktgleichgewicht nicht möglich ist.

- Wissen Versicherungen und Versicherte (z.B. auch aufgrund von Gentests) sehr viel über das künftige Krankheitsschicksal eines Versicherten, kann kein Risikoausgleich zwischen den Versicherten mehr zustande kommen. Die Versicherung fordert exakt die Prämie, die den individuell erwartbaren Kosten entspricht, und der Versicherte ist nicht bereit, einen anderen Preis zu zahlen. Für niemanden lohnt sich mehr der Abschluss einer Versicherung, und Personen mit hohen persönlichen Risiken müssen die damit verbundenen Kosten selbst tragen. In einem annähernd deterministischen System, in dem alle Krankheiten ex ante antizipierbar sind, kann kein Risikoaustausch und kein Risikopoolen stattfinden. Der Versicherungsmarkt verliert seine wohlfahrtssteigernde Wirkung und bricht zusammen. Übernimmt der Staat nicht die Aufgabe, Kranke sozial abzusichern, kann dies als unfair empfunden werden, wenn Risiken, die erblich bedingt und nicht durch Verhalten veränderbar sind, dazu führen, dass die Gesundheitsversorgung für einzelne Personen oder ganze Gruppen unbezahlbar wird.

Darüber hinaus ist es für die Versicherungen aufgrund des medizinischen und des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Veränderungen in der Morbidität und Mortalität schwer kalkulierbar, wie hoch die „erwarteten Kosten“ für alle Versicherten und erst recht für einzelne Versichertengruppen überhaupt sein werden. Dadurch kann das Problem auftreten, dass die aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts steigenden Gesundheitskosten nur mit kurzlaufenden Verträgen abgesichert werden, die einerseits die Kalkulation erleichtern, aber andererseits Ältere – mit altersbedingt zunehmenden Risiken – mit hohen individuellen Prämien und den damit zusammenhängenden Problemen konfrontieren (vgl. Kifmann 2000). Altersrückstellungen können eine Krankenversicherung freilich insoweit „demographieresistent“ machen, dass Verschiebungen im Altersaufbau der Bevölkerung, die im Umlagesystem die Beitragsätze unmittelbar beeinflussen, keinen Einfluss mehr haben. Steigerungen der Prämien ergeben sich dann nur noch durch den medizinisch-technischen Fortschritt und/oder Veränderungen in der Sterbetafel.

Kalkulations- und Wettbewerbsprobleme sind auf realen Versicherungsmärkten beobachtbar:

- In den USA ist der Wettbewerb der Krankenversicherungen weitgehend unreguliert, so dass der Wettbewerb zur Unsicherheit in der Versicherung führt, da kurzlaufende Verträge keinen ausreichenden Schutz gegen das mit dem Lebensalter ansteigende Krankheitsrisiko bieten.²
- Zumindest in Deutschland bieten private Krankenversicherungen einen Schutz³ gegen das mit dem Lebensalter ansteigende Krankheitsrisiko. Jedoch ist diese Alterungsrückstellung im derzeitigen System mit seinen langlaufenden Verträgen faktisch nicht portabel, wodurch Wettbewerb um niedrige Kosten und gute Qualität nicht befördert wird.⁴

Gesucht wird aus diesen Gründen ein Modell für einen regulierten Krankenversicherungswettbewerb, das folgende Ziele erfüllt:

- Es sollen Anreize für die Versicherungen entstehen, niedrige Kosten, d.h. auch niedrige Beiträge (Prämien) und gute Versorgungs- und Service-Qualität anzustreben; es soll also eine verhaltensbedingte Verschwendung auf Seiten der Anbieter und der Nachfrager von Gesundheitsleistungen vermieden werden.
- Für nichtbeeinflussbare Krankheitsrisiken bzw. für dadurch bereits eingetretene Erkrankungen werden keine höheren Prämien und pauschal wirkende Selbstbehalte verlangt; d.h., dass eine unverschuldete Krankheit, im extremen Fall aufgrund einer angeborenen Behinderung, nicht „kostenpflichtig“ gemacht werden soll.

² Besonders deutlich ist das Versagen nichtregulierter Krankenversicherungsbeiträge, wenn die mit dem Lebensalter ansteigenden Prämien dazu führen, dass Menschen nicht mehr bereit sind, eine Krankenversicherung abzuschließen bzw. sie von Krankenversicherungen nur noch zu nicht mehr finanzierbaren Prämien akzeptiert werden (wie dies in den USA für private Versicherungen der Fall ist, weswegen der Staat für einige Gruppen mit Medicare und Medicaid einspringt).

³ Dieser Schutz ist jedoch begrenzt, da es permanent zu Prämien erhöhungen kommt, um die Beitragseinnahmen den gestiegenen Kosten anzupassen. Dieser Kostendruck ist natürlich nicht auf private Versicherungen beschränkt: er macht sich in den gesetzlichen Krankenversicherung durch zunehmenden Rationierungsdruck bemerkbar. Dort wird überdies eine Verdoppelung der Beitragssätze prognostiziert (vgl. Breyer und Ulrich 2000).

⁴ Vgl. z.B. Deutscher Bundestag (1996). Bei einem solchen System findet Wettbewerb nur um Neukunden statt. Auf unregulierten, freien Versicherungsmärkten können die genannten Defizite mit Hilfe von „Gruppenversicherungen“, die beispielsweise Arbeitgeber für ihre Belegschaften abschließen, überwunden werden. Diese Versicherungsverträge sind jedoch aus Sicht des einzelnen Versicherten keineswegs risikoäquivalent. Sie stellen vielmehr sozialgebundene Umlagesysteme für (kleine) Populationen von Versicherten-Kohorten dar und sind nur bei geringer Mobilität (der Arbeitskräfte) sinnvoll.

- Die Versicherung muss Schutz gegen das mit dem Alter ansteigende Gesundheitsrisiko bieten, d.h. faktisch, dass die Kosten des allgemeinen medizinisch-technischen Fortschritts auf alle Versicherten umgelegt werden, wobei es den Versicherten gleichzeitig erlaubt bleibt, auch im höheren Lebensalter noch ihre Versicherung zu wechseln, um dadurch niedrigere Kosten und bessere Qualität zu erreichen.
- Das Gesamtsystem muss weiterhin einen sozialen Ausgleich in Form von verteilungspolitisch „erträglichen“ Prämien bzw. Beiträgen bieten.
- Das Gesamtsystem sollte schließlich Möglichkeiten eröffnen, die Folgen der „demographischen Alterung“ der Gesamtbevölkerung (d.h. des Anwachsens des Anteils der Älteren) zu beherrschen.

2 Allgemeine Grundlagen für besseren Kosten- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenversicherungen

2.1 Standard-Leistungspaket

Eine Versicherungspflicht für ein gesetzlich festgelegtes „Standardpaket“ gehört zu den unumgänglichen Funktionsvoraussetzungen eines Krankenversicherungsmarktes. Jeder *Wohnbürger* muss diese Versicherung nachweisen. Sie soll eine Versorgung im Hinblick auf alle von der Gesellschaft als absicherungsnotwendig angesehenen Krankheiten gewähren und zugleich geringe Kosten und eine hohe Versorgungsqualität (im Hinblick auf medizinische Versorgung und Service) mittels Versicherungswettbewerb sicherstellen.

Ein gesetzlich definiertes Standardpaket darf nicht zu klein geschnürt werden, wenn es den Wünschen der meisten Menschen (Wahlbürger) gerecht werden soll (und mehr Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt nicht am Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin scheitern soll). Von welchen Wünschen der Versicherten im Bezug auf das Standardpaket soll man ausgehen? Bezüglich der Absicherung von Kosten für Gesundheitsdienste (Diagnose und Behandlung von Krankheiten) sind Menschen in wohlhabenden Industrienationen in beachtlichem Ausmaß risikoavers. Anekdotische Evidenz spricht dafür, dass Krankenversicherungssysteme, wie z.B. Medicare in

den USA, die gesetzliche Selbstbehalte vorschreiben,⁵ mit Hilfe von freiwilligen Versicherungen umgangen werden, die das Selbstbehalt-Risiko absichern.

Die Festlegung eines Standardpakets stellt sich generell in jedem staatlich regulierten bzw. organisierten Gesundheitssystem. Das Standardpaket kann nur durch politische Entscheidung festgelegt werden. Wir gehen deswegen hier nicht vertieft darauf ein. Im Grenzfall könnte man das jetzige, freilich für außenstehende Beobachter undurchschaubare Verfahren, mit dem das Standardpaket, das die gesetzliche Krankenversicherung (implizit) bietet, einfach beibehalten.

2.2 Individuelle Bemessung von Beiträgen

Unterscheiden kann man bei den Beiträgen in Ex-ante- und Ex-post-Differenzierung (qua risikoäquivalenter Beiträge und Selbstbehalte). Um einen stabilen Versicherungsmarkt entstehen zu lassen, ist eine Risikodifferenzierung von Beiträgen zur Krankenversicherung ein denkbares (und in der Literatur immer wieder genanntes) Instrument. Risikoäquivalente Versicherungsbeiträge, also eine Ex-ante-Risikodifferenzierung und eine Selbstzahlung eines Teils der Behandlungskosten, sind grundsätzlich ein sinnvoller Anreiz zu kostensparendem und gesundheitsbewusstem Verhalten der Versicherten.

Freilich ist zu bedenken, dass Menschen für ihre genetische Ausstattung offensichtlich nicht verantwortlich gemacht werden können; ebenso wenig für angeborene Störungen, die nicht genetisch bedingt sind (z.B. aufgrund von Sauerstoffmangel während der Geburt, der nicht auf einen geburtshilflichen Kunstfehler zurückgehen muss, oder aufgrund von mütterlichen Infektionen oder Medikamenten- oder Alkoholabusus in der Schwangerschaft). Eine Bestrafung „schlechter Gene“ oder allgemeiner schlechter gesundheitlicher Voraussetzungen ist ethisch daher nicht zu rechtfertigen. Eine risikogerechte Prämie für eine Krankenversicherung würde in diesen Fällen Druck auf werdende Eltern ausüben, ihr ungeborenes Kind im Rahmen der Pränataldiagnostik untersuchen und ggf. eine Schwangerschaft abbrechen zu lassen.

⁵ D.h., dass bis zu einem bestimmten Höchstsatz Kosten für Gesundheitsdienste nicht von der Versicherung erstattet werden und deshalb aus der Sicht risikoaverser Versicherter suboptimal sein können.

Wenn Risikounterschiede nicht durch andere Verhaltens- und Lebensweisen beeinflussbar sind, entfällt in diesem Falle die Anreizfunktion risikodifferenzierter Beiträge bzw. von Selbstbehalten. Risikodifferenzierte Beiträge wären nur noch ein Hilfsmittel, um einen stabilen Versicherungsmarkt zu erzeugen, hätten aber für die Betroffenen und ihre Mitmenschen keine sinnvolle, nämlich risikosenkende Funktion. Die besonders Betroffenen stellen oft ein so „schlechtes Risiko“ dar, dass sie an den Vorteilen einer solchen Versicherung aufgrund zu hoher Prämien oder sogar aufgrund eines Versicherungsausschlusses nicht partizipieren könnten. Allerdings sind risikodifferenzierte Beiträge für einen stabilen Versicherungsmarkt nicht notwendig. Werden zum Beispiel Kopfbeiträge vorgeschrieben, kann ein wettbewerbsintensiver Versicherungsmarkt gleichwohl stabil sein, wenn es eine Versicherungspflicht gibt und der Anreiz zum Rosinenpicken durch einen effizienten „Risikostruktur- bzw. Schadensausgleich“ beseitigt wird.

Darüber hinaus wird ein „Recht auf Nichtwissen“ anerkannt, z.B. in Bezug auf die Ergebnisse eines Gentests, der Pränataldiagnostik, maligner Erkrankungen oder HIV-Tests. Niemand sollte gezwungen werden, derartige Informationen zu kennen. Bereits gegenwärtig darf z.B. eine Schwangere zur Diagnose etwaiger Fehlbildungen durch eine Ultraschall-Untersuchung oder andere Formen einer pränatalen Diagnostik nicht gezwungen werden, obwohl darauf ein Anspruch nach den gesetzlich festgelegten Richtlinien zur Betreuung Schwangerer besteht („Mutterschafts-Richtlinien“). Und selbst wenn es um den Schutz des medizinischen Personals geht, ist ein Aids-Test auch bei einem eindeutigen Krankheitsverdacht ohne Einwilligung des Betroffenen ein Straftatbestand.

Ein solches „Recht auf Nichtwissen“ kann offensichtlich auch auf einfach zu erhebende Befunde übertragen werden. Niemand kann gezwungen werden, z.B. seinen Blutdruck ermitteln zu lassen. Wäre dieser die Basis der Prämienkalkulation einer Krankenversicherung, so wäre jeder Versicherte gezwungen, ihn zu kennen. Ethische und alloкатive Ziele können hier in einem Konflikt stehen, der hier nicht weiter diskutiert werden soll. So könnte Ignoranz grobe Fahrlässigkeit bedeuten. Wer also weiß, dass er zu hohem Blutdruck hat, kann durch präventive Maßnahmen seinen Gesundheitszustand verbessern und dadurch Kosten sparen. Wenn man Auto fahren will, muss

man ja auch einen Sehtest für die Fahrerlaubnis vornehmen. Allerdings ist das Fahren eines Autos nicht Pflicht; eine Krankenversicherung muss aber in unserem Modell abgeschlossen werden.

Weiterhin handelt es sich bei vielen zu erhebenden Befunden um stetige Größen (Blutdruck, Body-Mass-Index etc.), die ein Kontinuum zwischen „gesund“ und „krank“ nachbilden und deren Grenzwerte nicht natürlich vorgegeben, sondern immer – wenn auch auf unterschiedlicher Basis – definiert werden.

Schließlich ist zu bedenken: Eine Ex-ante-Risikodifferenzierung (und undifferenzierte Selbstbehalte) sind versicherungstechnische Instrumente, die nur in unspezifischer Weise auf Inanspruchnahme von Leistungen wirken. Grundsätzlich stehen Versicherungen auch andere Instrumente zur Verfügung (z.B. entsprechende Anreize für Ärzte, Bonus für Vorsorge), um verhaltensbedingtes Moral Hazard zu unterbinden. Ein Ziel eines Wettbewerbsmarktes wäre demnach auch, derartig spezifisch wirkende versicherungstechnische Instrumente zu finden.

Wir ziehen aus vor den vorstehenden Überlegungen folgende Schlussfolgerungen:

- Ein gesetzliches Verbot der Risikodifferenzierung für Beiträge zu einer obligatorischen Standard-Krankenversicherung ist sinnvoll⁶ und versicherungstechnisch auch machbar, wenn die Risikounterschiede in ein System des Risiko- bzw. Schadensausgleichs einbezogen werden.

⁶ Auch die technischen Probleme einer risikoäquivalenten Prämienkalkulation sprechen u. E. dafür, dass eine Ex-ante-Risikodifferenzierung für eine Krankenversicherungspflicht auf keinen Fall verpflichtend für alle Versicherten möglich ist. Eine Lösung könnte darin bestehen, risikogerechte Prämien in einem neuen System der Versicherungspflicht nicht mehr zu verbieten, sondern auf freiwilliger Basis zu ermöglichen. Bietet man derartige Wahltarife an, dann umgeht man das geschilderte juristische Problem, aber dann kommt es – sowohl bei ex ante wie ex post wirkenden Tarifen – mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Risikoselektion, d.h. dass „Glückliche“, deren niedriges Krankheitsrisiko nichts mit ihrem Verhalten, sondern nur mit ihrer genetischen Ausstattung zu tun hat, Tarife wählen, die für sie erwartungsgemäß günstiger als für weniger „Glückliche“ sind. Entsprechend hoch wären dann die Prämien für weniger „Glückliche“, da eine gleichmäßige Verteilung unterschiedlicher Risiken in einem Versichertenkollektiv langfristig nicht mehr gegeben wäre.

- Alle Versicherungen, die in Deutschland Standard-Krankenversicherungen anbieten wollen, würden für ihre inländischen Versicherungsangebote (d.h. ihre „deutschen Produkte“) diesen Regelungen unterworfen werden. Eine Diskriminierung ausländischer Anbieter würde also nicht erfolgen.

Fehlverhaltensbedingte Kosten können auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsdiensten und auf Seiten der Versicherten bzw. Patienten beobachtet werden. Ethisch – grundsätzlich – unbedenklich und allokativ sinnvoll (da kostensparend) sind versicherungstechnische Maßnahmen, die einen Anreiz darstellen, verhaltensbedingte Krankheitsrisiken zu vermeiden. Wenn eine risikoäquivalente Ex-ante-Beitragsdifferenzierung verboten ist, dann stellen derartige am Verhalten ansetzenden Maßnahmen von Versicherungen Wettbewerbsparameter dar, die im Interesse der Versicherten sind. Versicherungen können verschiedene Maßnahmen (und Beiträge) anbieten, die den Versicherten helfen, ihr Verhalten zu ändern. Versicherte, die dies nicht wünschen, zahlen dafür einen höheren Beitrag.

Unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten zulässige Maßnahmen zur Kostenkontrolle bei der Nachfrage nach Leistungen sind z.B.

- Versicherungspakete mit beschränkter ärztlicher Wahlfreiheit (z.B. für versicherungseigene Krankenhäuser und Vertragsärzte) oder
- die Prämierung von Vorsorgeuntersuchungen durch Boni.

Wir wollen an dieser Stelle keinen Katalog möglicher versicherungstechnischer Maßnahmen aufstellen, da dieser vom Wettbewerb „als Entdeckungsverfahren“ gefunden werden soll. Freilich muss vom Gesetzgeber darauf geachtet werden, dass derartige versicherungstechnische Maßnahmen nicht indirekt wie eine unregulierte Risikodifferenzierung wirken, wie z.B. Selbstbehalte, die undifferenziert an den Krankheitskosten ansetzen. Die Kontrolle der versicherungstechnischen Maßnahmen ist ein offensichtlich sehr schwieriges Aufsichtsproblem. Es würde sich jedoch in jedem anderen System auch stellen. Das wäre z.B. der Fall, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Maßnahmen zur Kontrolle von Moral Hazard vorgesehen werden sollen, um risikodifferenzierte Beiträge zu vermeiden.

3 Grundelemente eines praktikablen Wettbewerbsszenarios für Krankenversicherungen in Deutschland

Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Ablehnung einer staatlichen Grundversorgung im Gesundheitswesen, da diese weder effizient noch effektiv ist (vgl. Buchholz 2001). Wenn staatliche Gesundheitsdienste (wie z.B. in Großbritannien und in Skandinavien) kostengünstig sind, sichern sie nicht zwangsläufig eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung.

Gesucht wird daher eine Lösung, die die offenkundigen Nachteile eines staatlichen Gesundheitsdienstes vermeidet, aber gleichwohl soziale Ziele erfüllt. Konkreter gesprochen kann man auch sagen: Es soll in Deutschland ein Weg gefunden werden, der mehr Wettbewerb auf dem Krankenversicherungsmarkt ermöglicht, als dies jetzt der Fall ist, wo die Bereiche der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen durch die sog. Friedensgrenze (d.h. der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze) und versicherungs- und steuerrechtliche Vorschriften weitgehend voneinander getrennt sind. Unsere Lösung soll ein „sozialgebundener Krankenversicherungswettbewerb“ sein, der also sozialpolitisch reguliert ist und gleichzeitig sowohl gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen mehr Entfaltungsmöglichkeiten bietet, als ihnen jetzt gegeben ist. Zu diesem Zweck müsste es zu einer Aufgabe der Trennung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen kommen und auf der anderen Seite zu einer getrennten Wahrnehmung von Versicherungsaufgaben und Umverteilungsleistungen.

Ob das von uns vorgeschlagene pragmatische Modell die beste denkbare Umsetzung unserer Ziele darstellt, können wir an dieser Stelle nicht prüfen. Die unzureichende Kenntnis bezüglich aller theoretischen Eigenschaften der diskutierten Modelle ist freilich in der Gesundheitsökonomie keineswegs die Ausnahme. Ziele und Probleme sind hier so vielfältig, dass First-best-Lösungen seriöserweise nicht angestrebt werden können. Alle in der Diskussion befindlichen Patentrezepte und Königswege beruhen auf modellhafter Vereinfachung der Realität und sind deshalb für eine praktische Umsetzung oft noch nicht geeignet. Was wir aufzeigen wollen und können ist, dass unser pragmatisches Modell dem jetzigen Status quo überlegen ist.

Kosten- und Qualitätswettbewerb von Krankenversicherungen können nur entstehen, wenn sich für die Versicherungen einerseits Rosinenpicken nicht lohnt und sich andererseits versicherungsspezifische Kosten- und Qualitätsdifferenzen in unterschiedlichen Beitragssätzen der Versicherungen niederschlagen. Risikoprüfungen entfallen sowohl beim Eintritt als auch beim Wechsel der Versicherungen. Die Kopfprämien verlangen allerdings einen Ausgleich unter den Versicherungen zwischen Männern und Frauen.

Um die sozialen Ziele und Kosten- und Qualitätswettbewerb zu erreichen, werden folgende Parameter gesetzt.⁷

- Versicherungspflicht für alle Wohnbürger bei gleichzeitiger Wahlfreiheit für den Einzelnen.
- Kontrahierungszwang für alle Versicherungen.
- Gesetzlich festgelegtes Standardpaket für die Leistungen, die die Versicherungen bieten müssen (Opt-out-Verträge sind für Versicherte und Versicherungen nicht zugelassen).
- Es werden versicherungsspezifische Kopfbeiträge, die den Wettbewerb zwischen den Versicherungen sichern, erhoben. Eine individuelle Ex-ante-Differenzierung für einzelne Versicherte („Risikoprämien“) und entsprechend wirkende Selbstbehalte (Ex-post-Differenzierung) sind gesetzlich nicht zugelassen.
- Eine neue Versicherungsaufsicht (mit Sicherstellungsauftrag) ist unerlässlich.
- Ein Risikostruktur- bzw. Schadensausgleich verhindert den Anreiz zum „Rosinenpicken“.⁸
- Alle anderen Parameter von Krankenversicherungen sind von den einzelnen Versicherungen frei setzbare „Wettbewerbsparameter“, solange sie – was von der Versicherungsaufsicht zu

⁷ Das 1994 verabschiedete Krankenversicherungsgesetz der Schweiz beruht auf ähnlichen Grundüberlegungen (vgl. dazu z.B. Baur 2000, S. 97 ff.).

⁸ Obwohl aufgrund des Kontrahierungszwangs theoretisch kein Risikoausgleich zwischen den Versicherungen notwendig ist, da Versicherte jederzeit zwischen den Versicherungen wechseln können und sich so keine Pools „schlechter Risiken“ bilden, ist es nicht nur in einer Übergangszeit, sondern auf Dauer sinnvoll, einen gesetzlichen Risiko- bzw. Schadensausgleich zu etablieren, um auch bei nichtperfekter Mobilität den Anreiz für Rosinenpicken durch Versicherungen zu zerstören.

kontrollieren ist – nicht wie Risikoprämien bzw. risikospezifisch ansetzende Selbstbehalte wirken.

- Vorsorge gegen die Kosten der „demographischen Alterung“ wird grundsätzlich außerhalb des eigentlichen Krankenversicherungsschutzes getroffen. Krankenversicherungen können aber „Altersrückstellungen neuer Art“ bilden, deren Höhe und Entwicklung transparent ausgewiesen wird und die beim Wechsel zwischen den Kassen mitgenommen werden. Portabilität muss also sichergestellt sein. Ob Krankenversicherungen für diese Art der Alterssicherung die besten Einrichtungen sind oder ob spezialisierte Finanzdienstleister bessere Angebote machen können, wird der Wettbewerb zeigen.
- Sozialer Ausgleich, der verteilungspolitische Ziele erfüllt, wird in einem getrennten System realisiert, d.h., Versicherungs- und Verteilungsaufgaben werden soweit wie möglich voneinander getrennt. Die Umverteilung, die über den Ausgleich zwischen krank und gesund sowie jung und alt hinausgeht, erfolgt über die Besteuerung bzw. das Transfersystem.

4 Altersvorsorge und sozialer Ausgleich

Das System der Kopfbeiträge führt bei Personen und Haushalten mit niedrigen Pro-Kopf-Einkommen zu hohen Beitragsbelastungen.

- Mit einem System des sozialgebundenen Krankenversicherungswettbewerbs muss untrennbar ein System des sozialen Ausgleichs verbunden sein, das Beitragsbelastungen kompensiert, die verteilungspolitisch als untragbar angesehen werden.⁹

Das System der Kopfbeiträge ist darüber hinaus von Verschiebungen der Altersstruktur der Bevölkerung betroffen (also nicht nur von der Zahl der versicherten alten Menschen, sondern auch von der Relation Alter und Junger, die niedrigere Krankheitskosten verursachen). Mit anderen Worten: Ein System von Kopfbeiträgen vermeidet zwar das Problem der Kalkulation individueller Altersrückstellungen und es stellt einen wirksamen Versicherungsschutz für den medizinisch-

⁹ Würden darüber hinaus eine Risikodifferenzierung und/oder Ex-post-Selbstbehalte implementiert werden, müssten auch noch Belastungsspitzen, die sich daraus ergeben, durch ein System des sozialen Ausgleichs kompensiert werden.

technischen Fortschritt dar, weil es die laufenden Kosten auf alle Versicherten umlegt, aber es ist damit von Bevölkerungsstrukturverschiebungen wie im Rahmen eines Umlageverfahrens betroffen. Deswegen gilt:

Auch für ein System des sozialgebundenen Krankenversicherungswettbewerbs ist Vorsorge gegen die Kosten der kollektiven (demographischen) Alterung notwendig.

4.1 Altersvorsorge

Das exakte Ausmaß der demographischen Alterung, also des kollektiven Alterungsrisikos, und der dadurch steigenden Kopfbeiträge ist ebenso wenig prognostizierbar wie das exakte Ausmaß der Kosten- und Beitragssteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der individuellen Alterung (steigende Lebenserwartung). Diese Aussage ist unabhängig vom Finanzierungsverfahren. Da insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich keinen Vorteil gegenüber auf Alterung bzw. Kapitalanlage spezialisierten Dienstleistungsunternehmen aufweisen, schlagen wir vor, das kollektive Alterungsrisiko nicht per Gesetz innerhalb des Systems der Krankenversicherungen abzudecken. Wenn Krankenversicherungen neuen Typs auch Alterssicherungsprodukte verkaufen, ist ihnen dies unbenommen. Dabei verfügen insbesondere die privaten Krankenversicherungen über Erfahrungen mit den Alterungsrückstellungen und der Kalkulation altersbedingter Ausgabensteigerungen, die sich im Wettbewerb bewähren können.

Gegen eine Verknüpfung der Alters- und Krankheitsvorsorge wird das Argument vorgebracht, dass dadurch Kostensteigerungen der medizinischen Leistungsanbieter Vorschub geleistet würde: Krankenversicherungen, die mehr Kapitalrückstellungen gebildet haben, als es aufgrund der demographischen Alterung tatsächlich erforderlich ist, gäben auf diese Weise den Anbietern von Gesundheitsleistungen einen Anreiz, ihre Leistungen unauffällig auszuweiten. Für die Versicherten würde dadurch, so lautet die Argumentation, keine spürbare Last entstehen, da die Beiträge nicht unmittelbar steigen würden. Inwieweit eine solche denkbare Entwicklung vom Wettbewerb vermieden werden kann, ist schwer zu prognostizieren.

Wenn man gegen diesen Sachverhalt in der Form argumentiert, dass die Krankenversicherungen einen Sparanteil explizit ausweisen müssen und dadurch eine unauffällige Leistungsausweitung nicht möglich wäre, heißt das nichts anderes, als dass Krankheitsschutz und Altersvorsorge getrennt werden. Eine solche Trennung sollte gesetzlich sichergestellt werden.

Wir plädieren dafür, dass der Staat bei der Festlegung eines sinnvollen Umfangs kapitalgedeckter Altersvorsorge auch die steigenden Krankenversicherungsbeiträge (und Pflegeversicherungsbeiträge) einbezieht.¹⁰ Diese sollten bei der Ausgestaltung einer Vorsorgepflicht (die wir präferieren) bzw. bei den staatlichen Förderungsanreizen für private Altersvorsorge ausgewiesen werden. Krankenversicherungen wird also nicht untersagt Altersvorsorge-Produkte anzubieten, solange diese klar von dem Krankenversicherungsschutz getrennt ausgewiesen sind.

Es wäre mit dem Grundmodell des Krankenversicherungswettbewerbs mittels Kopfbeiträgen auch vereinbar, dass die Lasten der „demographischen Alterung“ durch eine Altersdifferenzierung der Kopfbeiträge aufgefangen werden und diese Lasten damit den Generationen angelastet werden, die durch geringe Kinderzahlen die demographische Alterung verursacht haben. Ob man dies will, ist nicht nur von Werturteilen über die „intergenerationale Gerechtigkeit“ abhängig. Für das nichtdifferenzierte System der Kopfbeiträge spricht seine Transparenz¹¹ und einfache Handhabung. Bei den altersabhängigen Kopfbeiträgen dürften ja nicht die gesamten Kosten, die für alte Versicherte entstehen, auf diese umgelegt werden, sondern nur die Kosten, die sich durch den Anstieg des Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung ergeben. Deswegen sprechen wir uns – wie oben ausgeführt – dafür aus, dass durch Kapitaldeckung außerhalb des Krankenversicherungsvertrages Vorsorge gegen die demographische Alterung erfolgt. Wir verfolgen aber mit Inte-

¹⁰ Es soll hier nicht untersucht werden, inwieweit kapitalgedeckte Altersvorsorge gegenüber der Umlagefinanzierung tatsächlich einen besseren Schutz bietet. Wenn der Gesetzgeber kapitalgedeckte Vorsorge für sinnvoll hält, dann sollte er dazu beitragen, dass auch die durch die demographische Alterung bedingten Steigerungen der Krankenversicherungsbeiträge transparent gemacht werden.

¹¹ Es wird dadurch auch vermieden, dass Versicherungen durch Quersubventionierung innerhalb der Versicherungen junge Versicherte durch sehr niedrige Beiträge anlocken. Bei perfekter Mobilitätsbereitschaft der Versicherten wäre das zwar kein Problem (da dann die Alten abwandern, die überhöhte Beiträge zahlen müssen), aber bei nichtperfekter Mobilität können dadurch Verwerfungen entstehen.

resse, dass die privaten Krankenversicherungen in Deutschland dabei sind, neue Formen der Altersvorsorge innerhalb der Krankenversicherung zu entwickeln. In ihren Idealmodellen sehen sie sogar feste Beiträge (Kopfpauschalen) über den Lebenszyklus vor (vgl. dazu Boetius 1999 und Rumm 2000).

4.2 Sozialer Ausgleich

Es liegt nicht nur aus Gründen der Zielgerichtetheit von Transfers nahe, diese außerhalb eines spezifischen Versicherungssystems zu organisieren. Dadurch können heute üblicherweise auftretende Inkonsistenzen innerhalb der Transfersysteme vermieden werden. Im Falle der Krankenversicherung spricht auch die „politische Ökonomie der Reform“ für eine solche Trennung von Allokation und Distribution. Wird nämlich der soziale Ausgleich außerhalb des Systems der Krankenversicherungen durchgeführt, lässt sich der Risikoausgleich innerhalb des Systems entlasten, weil sein Volumen deutlich geringer ausfällt. Damit steigen aller Voraussicht nach die Chancen auf Akzeptanz eines solchen Risiko- bzw. Schadensausgleichs bei den Krankenversicherungen.

Der soziale Ausgleich darf freilich nicht die versicherungsspezifischen Unterschiede der Kopfbeiträge zwischen den Versicherungen nivellieren, da dann kein Anreiz mehr für Versicherungswechsel auf Grund des kostensenkenden und qualitätssteigernden Wettbewerbs der Krankenversicherungen bestünde. Der soziale Ausgleich darf sich also nur auf den durchschnittlichen Pro-Kopf-Beitrag aller Versicherungen beziehen. Wer mehr zahlt, hat dann einen Anreiz zum Wechsel. Wer weniger zahlt, wird für seine Wahl belohnt.

Dieses System ist ggf. nur am Rande zur Sozialhilfebedürftigkeit nicht durchhaltbar, nämlich dann, wenn ein Versicherter durch die Wahl einer teuren Krankenkasse unter den Sozialhilfeanspruch sinken würde. Freilich könnte man den Sozialhilfeanspruch künftig auch so flexibel gestalten, dass dieses Problem nicht auftritt bzw. quantitativ keine verhaltenslenkende Wirkung hat.

An dieser Stelle soll kein umfassender Detailvorschlag für den erforderlichen sozialen Ausgleich vorgelegt werden, da dieser auf gesellschaftlichen bzw. politischen Wertentscheidungen beruht, für die die Politik zuständig ist. Von der Wissenschaft können nur Analysen der Konsequenzen

bzw. Möglichkeiten verschiedener Alternativen vorgelegt werden. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass die Trennung von Umverteilungs- und Versicherungsaufgaben als herrschende Meinung in der Wissenschaft anzusehen ist. Auch eine Überwindung der nur noch schwer erklärbaren Trennung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen zeichnet sich zunehmend ab.

Wir wollen an dieser Stelle nur ausdrücklich darauf hinweisen, dass ein getrennt von einem Zweig der „Sozialversicherung“ zu etablierendes soziales Ausgleichssystem für Pro-Kopf-Beiträge zur Krankenversicherung (Kopfpauschalen) – aufgrund der in Deutschland üblichen Verteilungsziele – ein hohes Umverteilungsvolumen impliziert. Wir schätzen *minimal* 50 Milliarden DM jährlich (in Werten von 1998). Dieser soziale Ausgleich würde – wie auch immer die Details aussehen werden – gesamtfiskalisch eine große Rolle spielen. Es sollte deswegen sorgfältig über dessen institutionelle Ausgestaltung nachgedacht werden. Neben einer (traditionellen) Steuerfinanzierung und dem bloßen Ersatz der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen käme ein eigener Parafiskus in Frage, da dieser weniger abhängig von der kurzfristigen Haushaltspolitik des Staates einen stetigen sozialen Ausgleich sicherstellen könnte, als dies bei einer unmittelbaren Steuerfinanzierung der Fall sein kann.¹²

5 Einige Einwände gegen das Modell

Führt mehr Krankenversicherungswettbewerb nicht zu einer Zweiklassenmedizin, d.h. einer besseren Versorgung zahlungskräftiger Patienten?

Nein. Wir schlagen keine niedrige Grundversorgung vor, sondern eine umfassende Standardversorgung. Ergänzungsmöglichkeiten über die Standardsicherung hinaus werden schon heute im bestehenden System genutzt. Es ist keine Besonderheit der obligatorischen Standardsicherung, dass sie durch individuelle und darüber hinausgehende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ergänzt werden kann.

¹² Vgl. grundsätzlich Ribhegge und Wagner (2001) sowie am Beispiel des Familienleistungsausgleichs Kreyenfeld et al. (2001, S. 179 f.).

Führt mehr Krankenversicherungswettbewerb zur Zerstörung des Sachleistungsprinzips, das insbesondere für untere Einkommensschichten den Zugang zu teuren Gesundheitsleistungen wesentlich erleichtert?

Nein, nicht notwendigerweise. Die Art der Leistungserbringung wird zum Wettbewerbsparameter. Versicherte können ihre Versicherungen u.a. danach auswählen, ob diese ihnen Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip oder mit Hilfe von Kostenerstattung anbieten.

Führt mehr Krankenversicherungswettbewerb zu denselben Problemen wie das in vielen Fällen rigide Case-Management der US-amerikanischen Health Maintenance Organization (HMO)?

Nein, die Verweigerung sinnvoller Behandlungen wird durch die Vorgabe und Kontrolle des Standard-Leistungspakets durch die Versicherungsaufsicht ausgeschlossen.

Führt mehr Krankenversicherungswettbewerb zur Zerstörung der bestehenden Krankenversicherungen?

Nein. Die privaten Krankenversicherungen werden nur auf andere Art und Weise reguliert als bislang, und die gesetzlichen Krankenversicherungen bekommen gegenüber der PKV faire Wettbewerbsbedingungen geboten („Startgleichheit“). Die Rechts- und Unternehmensformen der bestehenden Versicherungen werden nicht angetastet; es wird lediglich Startchancengleichheit geschaffen, insbesondere auch im Hinblick auf steuerliche Regelungen. In welche Richtung sich eine neue Anbieterpluralität entwickeln wird, ist offen. Zur Verwirklichung von mehr Qualität und niedrigeren Kosten muss kein bestimmtes „institutionelles Ziel“ erreicht werden. Auf jeden Fall steht die ohnehin schwer erklärbare, historisch gewachsene Trennung von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen vor ihrer Auflösung.

Ist Krankenversicherungswettbewerb, der so stark reguliert ist wie im vorliegenden Vorschlag, überhaupt „europakompatibel“?

Ja, denn es wird nicht verboten, dass ausländische Versicherungen in Deutschland Policen verkaufen, sondern sie müssen sich lediglich an die Regulierungen halten, die im Übrigen europaweit ein Element der sich weiterentwickelnden Sozialstaatlichkeit werden könnten.

Führt mehr Krankenversicherungswettbewerb zur Entlassung der Arbeitgeber aus der solidarischen Finanzierung des Krankheitsrisikos und verdient der Finanzminister nicht auch noch daran?

Nein. Die Arbeitgeberbeiträge werden auch im bestehenden System in der Regel nicht aus dem Gewinn der Unternehmen gezahlt, sondern sind – in Abhängigkeit von den Wettbewerbsverhältnissen auf einzelnen Märkten – Lohnbestandteil. Wenn die Gewerkschaften allerdings die Symbolik der Arbeitgeberbeiträge als wichtig erachten, können sie in Tarifverhandlungen weiterhin Arbeitgeberzuschüsse für die Krankenversicherungsbeiträge vereinbaren (wie das bereits jetzt für freiwillig Versicherte der Fall ist). Besser wäre allerdings die Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge. Damit der Finanzminister nicht von dieser „Umbuchung“ profitiert, muss politisch sichergestellt werden, dass die dann steigenden Löhne, Gehälter und Rentenzahlungen – wie jetzt auch – steuerfrei bleiben.

Sollte mehr Krankenversicherungswettbewerb nicht genutzt werden, um das Krankenversicherungssystem durch Kapitaldeckung angesichts der „demographischen Alterung“ zu stabilisieren?

Ja, man kann diese Chance nutzen. Aber zielgerichteter Wettbewerb, der die Qualität der Gesundheitsleistungen hebt und überflüssige Kosten erspart, ist kein Instrument, um die Folgen der „demographischen Alterung“ der Bevölkerung verschwinden zu lassen. Kapitaldeckung muss auch nicht innerhalb des Systems der Krankenversicherungen erfolgen, da Krankenversicherungen nicht auf Kapitalanlage spezialisiert sind und zusätzlich die Gefahr besteht, dass große Kapitalbeträge, die es innerhalb von Krankenversicherungen gibt, seitens der Gesundheitsberufe ein anbieterinduziertes Moral Hazard auslösen können. Ob allerdings Leistungsausweitungen „schmerzlos“ aus dem Kapitalstock statt durch Beitragserhöhungen finanziert werden, ist eine Frage der Versicherungsaufsicht und des durch sie regulierten Wettbewerbs. Krankenversicherungen, die dies wollen, können in den Markt für private Altersvorsorge einsteigen, solange sie eine saubere Spartenrennung vornehmen.

Sollte mehr Krankenversicherungswettbewerb nicht genutzt werden, um die Kosten der „demographischen Alterung“ durch altersdifferenzierte Kopfbeiträge den Generationen anzulasten, die durch geringe Kinderzahlen die demographische Alterung verursacht haben?

Wenn man dies will, dann ist das ohne weiteres möglich, allerdings ist es nicht unkompliziert, da ja nicht alle altersbedingten Kosten den alten Versicherten aufgebürdet werden sollen (denn dadurch wäre der versicherungsimmanente Risikoausgleich zerstört, der alte Versicherte am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben lässt), sondern nur der Kostenanteil, der auf den Anstieg des *Anteils* alter Menschen an allen Versicherten zurückzuführen ist. Dies ist eine stark von Werturteilen über die intergenerationelle Umverteilung abhängige Entscheidung. Für das nichtdifferenzierte System der Kopfbeiträge spricht seine Transparenz. Zudem kann es durch Kapitaldeckung außerhalb des eigentlichen Krankenversicherungsvertrags ergänzt werden. Kopfbeiträge in einem neuen System der Kapitaldeckung würden feste Beiträge über den Lebenszyklus vorsehen, so dass die Beiträge nur noch in Abhängigkeit vom medizinisch-technischen Fortschritt und von (seltenen) Veränderungen in der Sterbetafel steigen können (vgl. Rumm 2000).

Ist der soziale Ausgleich außerhalb des Systems der Krankenversicherungen politisch überhaupt zu gewährleisten?

Ja, es ist eine sehr berechtigte Frage; deswegen müsste bei der Umsetzung unseres Modells mehr Wert auf die institutionelle Gestaltung des sozialen Ausgleichs gelegt werden, als dies in der wirtschaftspolitischen Diskussion bislang gesehen wird. Würde – entsprechend den Lehrbuchmodellen – der soziale Ausgleich Bestandteil des Steuer-Transfer-Systems, wären sein Niveau und seine Struktur voll von den allgemeinen finanzpolitischen Entscheidungen abhängig. Die internationale Erfahrung lehrt, dass ein solches Ausgleichssystem anfällig für Leistungskürzungen ist, was insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung unangebracht ist. Deswegen könnte eine parafiskalische Lösung für den sozialen Ausgleich geprüft werden, d.h. eine von der Bundesregierung unabhängige Institution. Wenn es bessere Lösungen gibt, sollten diese gewählt werden. Eine Möglichkeit besteht schlicht darin, die Ausgaben für die versicherungsfremden Leistungen der Krankenversicherungen zu kompensieren. Es sprechen zwei weitere gravierende Gründe für ein separates System – ein theoretischer und ein pragmatischer: Es liegt (1) aus Gründen der Zielgerichtetheit von Transfers nahe, diese außerhalb eines spezifischen Versicherungssystems zu organisieren, um dadurch Inkonsistenzen der Transfers zu vermeiden (wie sie heute gewissermaßen üblich sind). Im Falle des Krankenversicherungssystems spricht (2) auch die „politische Ökonomie der Reform“ dafür, dass der soziale Ausgleich außerhalb des Systems der Krankenversicherungen durchgeführt wird, denn dadurch wird der Risiko- bzw. Schadensausgleich innerhalb des

Systems entlastet (d.h. sein Volumen wird deutlich geringer), und damit steigen die Chancen auf Akzeptanz eines solchen Risikoausgleichs bei den Krankenversicherungen.

6 Zusammenfassung

Die hier präsentierte und diskutierte Modellskizze eines sozialgebundenen Krankenversicherungswettbewerbs zeigt zum Ersten, dass ein derartiges System an vielen Stellen vom Staat reguliert werden muss. Es ist deutlich komplizierter als die bislang in der Diskussion befindlichen Lehrbuchmodelle und Reformvorschläge verschiedener Sachverständiger. Zum Zweiten zeigt sich, dass die Vorschläge stark von Werturteilen abhängig sind, so dass sie nicht „am grünen Tisch“ gelöst werden können. Eine rein ökonomische oder medizinische Rationalität reicht nicht aus. Dazu müssen aber andere Rationalitätsmaßstäbe oder Interessen offen gelegt werden, um eine politische Lösung zu erleichtern.

Literatur

Baur, R., A. Heimer und S. Wieseler (2000), Gesundheitssysteme und Reformansätze im internationalen Vergleich, in: Jan Bröcker, Martin Butzlaff und Andreas Esche (Hg.), Reformen im Gesundheitswesen, Gütersloh, S. 23-149.

Boetius, J. (1999), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Modell eines zukunftssicheren Systems, Münsteraner Reihe Heft 59, Karlsruhe.

Braun, B. (1995), Gesundheitssystementwicklung in den USA, Deutschland und Kanada, in: Arbeit und Sozialpolitik 49 (7/8), S. 56-58.

Breyer, F. und A. Haufler (2000), Health Care Reform: Separating Insurance from Income Distribution, in: International Tax and Public Finance 7, S. 445-461.

- Breyer, F. und V. Ulrich (2000), Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben, in: DIW-Wochenbericht Nr. 24.
- Breyer, F. und M. Kifmann (2001), Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV, DIW Diskussionspapier Nr. 236, Berlin.
- Breyer, F. und P. Zweifel (1999), Gesundheitsökonomie, 3. überarb. Aufl., Berlin u.a.
- Buchholz, W. (2001), Marktversagen und Staatseingriffe im Gesundheitswesen: Die Pflichtversicherungslösung als Alternative, in: Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 2001-1 (in Druck).
- Buchholz, W. und W. Wiegard (1992), Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 209, S. 441-457.
- Bundesministerium der Finanzen (Hg.) (2000), Freizügigkeit und soziale Sicherung in Europa, Gutachten erstattet vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen, Schriftenreihe, Heft 69, Berlin.
- Cochrane, J.H. (1995), Time-consistent Health Insurance, in: Journal of Political Economic 103, S. 445-473.
- Cutler, D.M. (1996), A Guide to Health Care Reform, in: Journal of Economic Perspectives 8, S. 13-29.
- Cutler, D.M. und S.J. Reber (1998), Paying for Health Insurance: The Trade-off between Competition and Adverse Selection, in: Quarterly Journal of Economics 113, S. 433-466.
- Deutscher Bundestag (1996), Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, Bundestagsdrucksache 13/4945.
- Diamond, P.A. (1992), Organizing the Health Insurance Market, in: Econometrica 60, S. 1233-1254.
- Fenge, R. (1995), Pareto-Efficiency of the Pay-As-You-Go Pension Systems with Intergenerational Fairness, in: Finanzarchiv 52, S. 357-363.
- Henke, K.-D. (1997), Sozial gebundener Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen im Gesundheitswesen, in: Arbeitskreis evangelischer Unternehmer in Deutschland e.V. (Hg.), Die soziale Marktwirtschaft als Wirtschafts- und Werteordnung, Köln, S.171-194.

- Henke, K.-D. (1999), Socially Bounded Competition in Germany, in: *Health Affairs* 14 (4), S. 203 –205.
- Henke, K.-D. und V.E. Schaub (1998), Daseinsvorsorge für die Zeiten von Krankheit und Alter, in: Morath, K. (Hg.): *Verlässliche Soziale Sicherung*, Frankfurter Institut - Stiftung Marktwirtschaft und Politik, S. 177-197.
- Jacobs, K. (1993), Sinnvoller Wettbewerb in der GKV, in: *Wirtschaftsdienst* 11, S. 597-602.
- Keeler, E.B., D. Morrow und J.P. Newhouse (1977), The Demand for Supplementary Health Insurance, or Do Deductibles Matter? in: *Journal of Political Economy* 85, S. 789-802.
- Keeler, E.B., J.P. Newhouse und C.E. Phelps (1977), Deductibles and the Demand for Medical Care Services: The Theory of a Consumer Facing a Variable Price Schedule under Uncertainty, in: *Econometrica* 45, S. 641-656.
- Kifmann, M. (2000), The Premium Risk Problem in Health Insurance, in: *Schmollers Jahrbuch – Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* 120 (4) (in Druck).
- Kotlikoff, L.J. (1989), On the Contributions of Economics to the Evaluation and Formation of Social Insurance Policy, in: *American Economic Review* 79, Papers and Proceedings, S. 184-190.
- Kreyenfeld, M., C. K. Spieß und G.G. Wagner (2001), *Finanzierungs- und Organisationsmodelle institutioneller Kinderbetreuung*, Neuwied/ Berlin.
- Meyer, U. (1992), Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der Privaten Krankenversicherung, *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge* (Hg.): *Sozialpolitik und Wissenschaft. Positionen zur Theorie und Praxis der sozialen Hilfen*. Frankfurt/Main.
- Newhouse, J.P. (1996), Reimbursing Health Plans and Health Providers: Selection Versus Efficiency in Production, in: *Journal of Economic Literature* 34, S. 1236-1263.
- Pauly, M.V. (1994), Universal Health Insurance in the Clinton Plan: Coverage as a Tax Financed Public Good, in: *Journal of Economic Perspectives* 8, S. 45-53.
- Pfaff, M. (1995), Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 49 (9/100), S. 12-19.

- Ribhegge, H. und G.G. Wagner, (2001), Zur institutionellen Ausgestaltung der Einkommens-Umverteilung („sozialer Ausgleich“) bei Trennung von Versicherung und Umverteilung im System der sozialen Sicherung, DIW Diskussionspapier, Berlin, im Druck.
- Rumm, U. (2000), Kapitaldeckung im Gesundheitswesen, Vereinte Krankenversicherung, München.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997), Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.
- Scheepker, D. (1996), Wettbewerbsregeln für die Tarifikalkulation der privaten Krankenversicherung. Das dynamische Transparenzmodell, Dissertation, Ulm.
- SVR (Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2000), Jahresgutachten 2000/01 „Chancen auf einen höheren Wachstumspfad“, Stuttgart.
- Sinn, H.-W. (1995), A Theory of the Welfare State, in: Scandinavian Journal of Economics 97, S. 495-526.
- Summers, L. (1989), Some Simple Economics of Mandated Benefits, in: American Economic Review 79, Papers and Proceedings, S. 177-183.
- Wagner, G. (1994), Kontrahierungszwang für private Krankenkassen ist überfällig, in: Die Krankenversicherung 46:5/6, S. 140-142.
- Züchner, H.G. (1995), Die Mitgabe der Alterungsrückstellung bei Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung. Auswirkungen und Konsequenzen, in: Versicherungswirtschaft 50, S. 705-711.