

Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja; Schreyögg, Jonas; Farhauer, Oliver

Working Paper

Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland

Diskussionspapier, No. 2003/4

Provided in Cooperation with:

Technische Universität Berlin, School of Economics and Management

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja; Schreyögg, Jonas; Farhauer, Oliver (2003) : Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland, Diskussionspapier, No. 2003/4, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/36395>

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.

Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland

Evaluating reform proposals for financing health care in Germany

von Henke, K.-D., Borchardt, K., Schreyögg, J. und Farhauer, O.¹

Zusammenfassung

Die Debatte über eine Finanzierungsreform des deutschen Krankenversicherungssystems hat in der letzten Zeit viele Konzepte hervorgebracht. Die Vorschläge reichen von der Stabilisierung des Status quo in Form von Kopfpauschalen über die Einführung verschiedener Formen eines Teilkapitaldeckungsverfahrens bis hin zu einer kompletten Systemumstellung auf eine voll kapitalgedeckte Finanzierung. Zusätzlich wurde das Modell der Medical Savings Accounts in Singapur und Südafrika als internationales Konzept thematisiert. Der vorliegende Beitrag soll einerseits einen Überblick über die derzeit diskutierten Modelle geben. Andererseits wird der Versuch unternommen, die Konzepte anhand der Kategorien Beitragsbemessungsprinzip und Finanzierungsverfahren zu systematisieren und einer kurzen Beurteilung zu unterziehen. Dabei lag der Fokus der Arbeit auf den Vorschlägen zur Reform der Finanzierungsseite. Inwiefern sich eines der Modelle durchsetzen kann, wird nicht zuletzt von den politischen Konstellationen der nächsten Jahre abhängen. In dem korporatistischen deutschen Gesundheitswesen dürfte die Durchsetzung revolutionärer Ideen relativ unwahrscheinlich sein. Nach Einschätzung der Autoren ist eher eine evolutorische Weiterentwicklung des bestehenden Systems zu erwarten.

Summary

The debate about reforming the German health Insurance offers a wide range of proposals reaching from the stabilisation of the existing system by introducing capitation to more extreme options pleading for a partial or complete funded system. Moreover, one international option as the model of Medical Saving Accounts was discussed. This paper aims to give an overview and tries to categorise and judge the proposed models. The focus of this contribution was laid on the financing part of the health insurance system. It is rather unlikely, that revolutionary approaches of reforming health insurance are supported by the corporatist German system of health care. Therefore from the authors' point of view a more evolutionary advancement of the existing system seems most likely.

JEL: D3, D6, I0, K0, N4

¹ Der Fritz-Thyssen-Stiftung sei für die finanzielle Unterstützung gedankt.

1. Einführung in die Thematik

Infolge höherer Leistungsausgaben kündigen immer mehr Krankenkassen bei Beibehaltung des Status quo einen Anstieg der Beitragssätze für die nächsten Jahre an. Der durchschnittliche Beitragssatz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stieg von 8,2% im Jahre 1970 auf 14,0% im Jahre 2002 an. Für diese Entwicklung werden die unterschiedlichsten Erklärungsansätze herangezogen. Insbesondere die demografische Entwicklung Deutschlands bzw. die vielfältigen Formen des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts, aber auch beide Faktoren in Kombination, werden auf dem Gesundheitsmarkt für die starken Ausgaben- und Beitragssatzsteigerungen verantwortlich gemacht. Es werden außerdem veränderte Präferenzen der Menschen für Gesundheitsvorsorge und die damit steigende Inanspruchnahme oder die Ineffizienz der Leistungserbringung als Gründe angeführt (Henke/Mackenthun/Schreyögg 2002: 34f.). Weiterer Reformbedarf ergibt sich aus der weiter ansteigenden Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen wegfallenden Einnahmen für die gesetzliche Krankenversicherung.

Es wird von vielen Seiten prognostiziert, dass sich dieser Trend in Zukunft noch verstärken wird. Einzelne Forschungsinstitute und Wissenschaftler prognostizieren für das Jahr 2040 sogar eine Verdoppelung des Beitragssatzes für die Gesetzliche Krankenversicherung. Insbesondere in innovativen Bereichen wie Medizintechnik und Biotechnologie wird in Zukunft ein starkes Wachstum erwartet. Zugleich wird das Demografieproblem in Deutschland und anderen Staaten Europas immer dringender, da die Bevölkerung einerseits immer älter wird und andererseits immer weniger Kinder geboren werden. Als Konsequenz wächst der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung stetig. Während das Statistische Bundesamt für das Jahr 2000 den Anteil der über 60-jährigen auf 22,8% schätzt, erwartet es für das Jahr 2040 einen Anteil von ca. 36,8%. Berücksichtigt man, dass ein Großteil der Gesundheitsausgaben durch über 60-jährige verursacht wird und der medizinisch-technische Fortschritt voraussichtlich anhält, so wird das gesamte Ausmaß der zu erwartenden Steigerung der Gesundheitsausgaben deutlich (Statistisches Bundesamt 2000: 15). Allein durch die konsequente und beständige Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird diese Entwicklung nicht zu kompensieren sein.

Die Modernisierung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird momentan verstärkt thematisiert, um u.a. eine zunehmende Rationierung im Gesundheitswesen zu vermeiden. Ziel dieses Beitrags ist es daher, einige Reformoptionen, denen besondere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit geschenkt wird, vorzustellen und anschließend zu systematisieren. Der Fokus soll dabei insbesondere auf der Finanzierungsebene liegen.

2. Grundlegende Reformoptionen

2.1. Reformoption von Knappe/Arnold

Der Vorschlag umfasst eine Versicherungspflicht für alle, bei einer Aufhebung der Trennung zwischen PKV, GKV und anderen Komponenten der Krankenversicherung. Zusätzlich soll die Basis der Beitragsbemessung erweitert werden, indem eine Auszahlung und vollständige Versteuerung des Arbeitgeberanteils bei gleichzeitiger Erweiterung des Einkommensbegriffs auf alle Einkommensarten gewährleistet wird. Die Höhe der zusätzlichen Steuereinnahmen durch die Auszahlung des Arbeitgeberanteils wurde dabei auf ca. 17 Mrd. Euro geschätzt.

Im neuen Modell werden für alle Altersgruppen identische umlagefinanzierte Prämien, also Pauschalprämien, erhoben. Die Frage der Risikoprüfung bleibt in diesem Modell zunächst offen, allerdings muss nach Ansicht der Autoren gemäß dem Diskriminierungsverbot ein Kontrahierungszwang erfolgen. Der bisherige Einkommens- und Familienlastenausgleich innerhalb der GKV soll ins Steuer- und Transfersystem überführt werden. Die Erweiterung der Finanzierungsbasis und weitere kleinere Einsparungspotentiale, die z.B. bei der Sozialhilfe gesehen werden, ergeben gemäß Modellrech-

nungen eine Summe von 20 Mrd. Euro zur Deckung des Transferbedarfs. Zur sozialen Absicherung unzumutbarer Prämienbelastungen für Familien sind im neuen Modell Steuerzuschüsse vorgesehen, die dem Äquivalenzeinkommen als Bedürftigkeitsmaß entsprechend vorzunehmen sind (Knappe/Arnold 2002: 12f.). Zur Systemsteuerung werden als weitere flankierende Maßnahmen Zu- und Abwahrleistungen und ein Risikostrukturausgleich mit den Komponenten Alter und Geschlecht eingebracht.

2.2. Das Modell der Deutschen Krankenversicherung (DKV)

In diesem Modell gilt ebenfalls eine Versicherungspflicht, die jedoch mit einem Kontrahierungszwang zu Gunsten der Versicherten ohne Risikoprüfung kombiniert wird. Des Weiteren wird die wettbewerbliche Neuausrichtung der Krankenkassen und damit die Aufhebung der Trennung von GKV und PKV als eine grundlegende Voraussetzung gefordert.

In die Diskussion werden zwei verschiedene Gestaltungsprinzipien des Anwartschaftsdeckungsverfahrens als Vorsorge für die Folgen des demografischen Wandels eingebracht. Einerseits wäre eine Bildung von Altersrückstellungen über höhere Beiträge möglich, bei gleichzeitiger Beibehaltung des Status quo in Form des Umlageverfahrens. Andererseits wäre eine Mischung und Ergänzung des umlagefinanzierten mit einem kapitalgedeckten System in Form eines Teilkapitaldeckungsverfahrens denkbar (Boetius 1999: 21). Der Wechsel des Versicherungsunternehmens müsste jedoch ohne Verluste auf Seiten des Versicherten möglich sein.

Eine spezielle Variante sieht einen gemeinsamen Pool nur für ansonsten nicht versicherte Risiken vor. Dieser Tarif ist von allen Versicherungsunternehmen anzubieten und jeder Versicherte kann diesen ohne Restriktion wählen. Die zu entrichtende Prämie ist einheitlich und altersabhängig mit einer Komponente des sozialen Ausgleichs versehen. Der Tarif des Pools der Hochrisiken liegt über dem ansonsten üblichen Pflichtschutz außerhalb des Pools. Der restliche Teil der Versicherten schließt einen dem Äquivalenzprinzip folgenden Versicherungsvertrag auf Basis des Anwartschaftsdeckungsverfahrens ab. Die Unterscheidung nach Hochrisikopool und restlicher Systemgestaltung soll den Wettbewerb auf der Leistungsanbieterseite für die Individuen außerhalb des Pools erhalten. Um den Wettbewerb und den Abschluss neuer Verträge zu garantieren, müssen die Unternehmen die Versicherten bei einem Wechsel gemäß dem ursprünglichen Eintrittsalter versichern. Die Ergänzung einer sozialen Komponente erfolgt über das Steuersystem und wird als „Subjektorientierter Zuschuss“ bezeichnet (Boetius 1999: 24).

2.3. Modell von Zweifel/Breuer

Im Rahmen eines Gutachtens für den Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) präsentierten Zweifel und Breuer einen Reformvorschlag für die Gesetzliche Krankenversicherung, der wie andere diskutierte Modelle eine Mindestversicherungspflicht für alle vorsieht. Dieses System beinhaltet ein wettbewerblich organisiertes System der Leistungsanbieter, jedoch ist darin kein Kontrahierungszwang auf Seiten der Anbieter und der Versichertenseite vorgesehen. Hauptaugenmerk liegt auf der Selbststeuerungsfähigkeit des Systems, welches in einem klar definierten Wettbewerbsrahmen mit einer staatlichen Aufsicht agiert. Für die Fälle der vollständigen Prämienstützung wäre die Definition eines Niveaus an Grundsicherung zu bestimmen.

Die derzeitigen Sozialversicherungsbeiträge sollen durch risikoäquivalente Prämien ersetzt werden. In ihrem Gesamtsystem gehen die Autoren dabei nicht von einer Risikoselektion aus, weil eine gebündelte Prämienhebung die Effekte ausgleichen kann. Zur sozialen Abfederung ist ein zielgerichteter und transparenter Steuer-Transfer-Mechanismus der Prämien für Bedürftige vorgesehen, der bei der Überschreitung einer bestimmten Einkommensgrenze zum Einsatz kommt. Allerdings können sich die Autoren auch einen Ausschluss bestimmter Leistungen von der Subventionierung vorstellen.

Ein weiteres Novum wäre die Kombination von Alterssicherung und Krankheitssicherung, d.h. ein chronisch Kranker könnte einen Versicherungsvertrag abschließen, der gleichzeitig eine Absicherung gegen beide Risiken beinhaltet. Dadurch soll eine Form der Quersubventionierung geschaffen werden, da in Folge des fortgeschrittenen Krankheitszustands und der damit verbundenen kürzeren Lebenserwartung ein geringerer Anspruch an Rentenzahlungen wahrscheinlich ist. Wichtige Voraussetzung für eine derartige Kopplung der Krankenversicherung an andere Versicherungsbereiche wäre eine geringe bzw. negative Risikokorrelation. Ziel der Neugestaltung ist eine Diversifikation der Versicherungsverträge und -angebote.

Aufgrund bestehender Unsicherheiten bezüglich zukünftiger Bedarfe befürworten die Autoren eine Trennung der Verträge in eine Komponente kurzfristig verpflichtender Verträge zur Absicherung des aktuellen Risikos und die freiwillige Wahl einer langfristigen Zusatzversicherung (z.B. Kopplung mit einer Rentenversicherung) zur Absicherung gegen die Verschlechterung des Risikos. Letzteres Risiko sollte jedoch „dem Steuer-Transfer-Mechanismus für die Prämienverbilligung“ übertragen werden. In Anbetracht dieser Unsicherheit halten Zweifel/Breuer ihren Vorschlag für die bessere Alternative. Sie begründen dies mit dem Unterschied, dass für die Rentenversicherung eine feste Summe und eine schätzbare Restlebenszeit berechnet werden kann, während die Krankenversicherung eine nicht exakt zu quantifizierende Garantie zur Erstattung medizinischer Leistungen im Bedarfsfall gibt. Wenn der Bedarfsfall jedoch nicht genau abschätzbar ist, wäre eine Trennung der beiden Risiken von Vorteil. „Für die Bedürftigen wirkt dieser Mechanismus wie eine im Umlageverfahren finanzierte Einheitsversicherung.“ (Zweifel/Breuer 2002: S 50)

2.4. Das Modell von Cassel/Oberdieck

Hier soll im Rahmen des bestehenden GKV-Systems der Demografieeffekt auf den Beitragssatz durch eine das Umlageverfahren ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung ausgeglichen und insofern Beitragssatzstabilität gewährleistet werden (Cassel/Oberdieck 2002: 15ff.). Zu diesem Zweck sprechen sich Cassel/Oberdieck für die Einführung eines Demografiefonds aus. Im Rahmen dessen erfolgt ein kasseneinheitlicher Aufschlag auf die kassenindividuellen Beiträge. Dieser Beitragssatzaufschlag wird ähnlich dem Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV in einem Fond angelegt und verzinst. Im Bedarfsfall werden die Mittel aufgelöst, um den steigenden Finanzbedarf zu decken. Die Autoren zeigen anhand einer Simulationsstudie auf, dass das Modell durchaus Erfolg versprechend sein kann. Bei pessimistischen Status Quo-Prognosen würde der Beitragssatz von 13,9% im Jahr 2003 auf 31,2% im Jahr 2040 steigen (beispielsweise Hof 2001).

Wenn jedoch bereits zu Beginn des Jahres 2003 der Beitragssatz auf 17,3% festgelegt würde, um aus den zusätzlichen Beiträgen einen Demografiefond zu bilden, der mit 4% verzinst wird, könnte der Beitragssatz bis zum Jahr 2040, bei späterer Auflösung des Fonds, konstant gehalten werden. Aus Sicht der Autoren liegt der große Vorteil dieser Vorgehensweise gegenüber einer Vollkapitaldeckung der Krankenversicherung darin, dass sie keinen kompletten Systemwechsel benötigt und somit weniger Kosten verursacht. Kritisch anzumerken bei diesem Modell ist jedoch die Annahme, dass der bis zum Jahr 2040 notwendige Beitragssatz im Voraus genau berechnet werden kann (ausführlich in Oberdieck 1998). Wenn der Kapitalstock nun aber verbraucht ist, müsste der Beitragssatz unter Status-quo-Beringungen auf ein ausgabendeckendes Niveau von 31,2% angehoben werden.

Somit würde dieses Modell wohl nur zu einer Reduktion des Problems beitragen, aber keine Lösung darstellen. Weitergehende Schritte sollen dafür sorgen, dass das Niveau insgesamt nicht so stark ansteigt. Diese könnten gemäß den Autoren durch verkürzte Ausbildungs- und Studienzeiten, eine verstärkte Zuwanderung, ein höheres Renteneintrittsalter oder Leistungskürzungen in der GKV realisiert werden. Ob eine Kombination der Maßnahmen auf Akzeptanz im politischen Alltag stößt, muss dahin gestellt bleiben.

2.5. Das Modell der Vereinten-Krankenversicherung

Neben ordnungspolitischen Neuerungen soll nach diesem Reformvorschlag das Krankenversicherungssystem von einer Umlagefinanzierung in ein kapitalgedecktes System überführt werden, dabei wurden erstmals die Kosten eines möglichen Systemwechsels berechnet (Henke/Grabka/Borchardt 2002). Das Modell umfasst jedoch noch weitere Elemente, die auch Bestandteil einiger anderer Reformmodelle sind.

Zunächst wird eine Mindestversicherungspflicht aller Gesellschaftsmitglieder im Rahmen einer Grundsicherung - orientiert an dem Standardtarif der PKV ohne Selbstbehalt - gefordert. Auch in diesem Modell soll die Trennung von GKV und PKV aufgehoben werden und ein Wettbewerbssystem in der Leistungserbringung mit selektiver Kontrahierung sowie einer starken Versicherungsaufsicht installiert werden.

Als Versicherungsbeiträge werden allgemeine und risikounabhängige Kopfpauschalen von monatlich 200 Euro erhoben, wobei Kinder bis 21 Jahre beitragsfrei mitversichert sind. Darüber hinaus besteht für den Versicherungsnehmer Wahlfreiheit bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen. Die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnkosten erfolgt durch Auszahlung der Arbeitgeberanteile und einer Orientierung am Jahresbruttoeinkommen der einzelnen Haushalte. Ein sozialer Ausgleich wird in diesem Modell durch das Steuersystem herbeigeführt, das ab einer Belastungsobergrenze von 15% des Haushaltsjahresbruttoeinkommens die Differenz zur Kopfpauschale trägt.

Der Umstieg vom Umlageverfahren auf ein Kapitaldeckungsverfahren erfolgt stufenweise und orientiert sich dabei am Alter und am Einkommen der Versicherten. Die jüngeren Gesellschaftsmitglieder treten in das Kapitaldeckungsverfahren ein, während die älteren Individuen (hier bspw. ab 50 oder 60 Jahren) im Umlageverfahren verbleiben und zu den bisherigen Konditionen versichert sind. Alle Personen ab einem Alter von 21 Jahren werden unabhängig vom Einkommen im Kapitaldeckungssystem versichert. Zudem werden alle Personen, die zu Beginn der Umstellung das Grenzalter von 60 bzw. 50 Jahren nicht überschritten haben und deren Einkommen dann jeweils oberhalb der in den einzelnen Stufen geltenden Beitragsbemessungsgrundlage liegt, ebenfalls in den Kapitaldeckungsbestand überführt. Eine sofortige Umstellung für die gesamte GKV-Bevölkerung ist politisch und fiskalisch sehr schwer umsetzbar, daher wurde im Modell eine kontinuierliche Umstellung, im Modell über 8 und 16 Jahre, berechnet. Um die fiskalischen Belastungen eines Umstiegs festzustellen, die durch eine veränderte Beitragserhebung in Verbindung mit der Höchstbelastung in Höhe von 15% entsteht, wurde das potentielle Transfervolumen, für einen Übergang in eine kapitalgedeckte Krankenversicherung, berechnet. Dabei wird die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise linear gesenkt (Grabka/Andersen/Henke et al. 2002; Henke 2002).

Die Höhe des Transferbedarfs wird von der Länge des Übergangszeitraumes und vom Alter der im Umlageverfahren verbleibenden Population bestimmt (50 oder 60 Jahre). Ein Übergang von 16 Jahren hat zur Folge, dass sowohl der Transferbedarf langsamer ansteigt, als auch mehr Zeit für die Anpassungsprozesse im Kapitaldeckungsbestand zur Verfügung steht. Bei einem kontinuierlichen Übergang vom Umlagesystem in eine kapitalgedeckte Krankenversicherung beträgt der Transferbedarf in der Endphase (d.h. am Ende des 8ten bzw. des 16ten Jahres) zwischen 60 bis 66 Mrd. Euro pro Jahr. Eventuelle effizienzsteigernde Veränderungen der weiteren ordnungspolitischen Reformbestandteile des Gesamtmodells fanden dabei noch keine Berücksichtigung.

2.6. Modell des Kronberger Kreises

Der wissenschaftliche Beirat des Frankfurter Instituts, der Kronberger Kreis, schlägt in seinem jüngsten Gutachten ein umfassendes vierzehn Punkte Reformkonzept vor (Wissenschaftlicher Beirat beim Frankfurter Institut 2002: 24ff.). In Bezug auf verschiedene Elemente, wie einer Mindestversiche-

rungspflicht für alle, der Trennung von PKV und GKV, des selektiven Kontrahierens auf Seiten der Kassen mit einzelnen Leistungserbringern und der Forderung der Abschaffung lohnbezogener Beiträge sind Gemeinsamkeiten zum beschriebenen Modell der Vereinten zu entdecken.

In Bezug auf die Risikoabhängigkeit von Prämien folgt das Modell den Vorstellungen von Zweifel/Breuer, d.h. die Prämie soll so zusammengesetzt sein, dass sie einerseits risikoäquivalent bezogen auf den Vertragsabschluß kalkuliert ist und andererseits einen weiteren Teil der Risikoverschlechterung beinhaltet. Für den Bereich der Risikoverschlechterung sind Rückstellungen zu bilden, oder aber die beiden Komponenten werden in verschiedenen Verträgen abgesichert. Kinder sollen von Geburt an ohne Risikoprüfung in der Versicherung der Eltern aufgenommen werden. Sie entrichten dabei abschlägig entsprechend eine eigene Prämie. Letzteres schlugen Knappe/Arnold, wenn auch im Rahmen von Kopfprämien, in den verschiedenen Ausgestaltungen einer Versicherung für Kinder vor.

Die Mindestversicherung, hier auch Regelleistung genannt, kann freiwillig durch einen weiteren Vertragsabschluß, z.B. eine Zusatzversicherung, ergänzt werden. Prinzipiell sind für die Regelleistung Alterungsrückstellungen zu bilden, die sich an dem individuellen Versicherungsrisiko orientieren. Zudem besteht ein Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen in Bezug auf die Mindestversicherung. Sollte die Prämienzahlung die individuellen Möglichkeiten überschreiten, ist ein staatliches Zuschusssystem angedacht, das entweder an den Sozialhilferegulungen oder an einer Belastungsobergrenze orientiert ist.

Generell sind ein prozentualer Selbstbehalt sowie ein Umstieg vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip vorgesehen. Der Versicherte kann bei Mitnahme seiner Alterungsrückstellungen die Versicherung wechseln. Weitere ergänzende Maßnahmen sind u.a. die befristete Einführung eines Risikostrukturausgleichs im Übergang, die Aufhebung der dualen Krankenhausfinanzierung und eine Reform der Gestaltungsfreiheiten für Ärzte. Der Kronberger Kreis möchte somit eine stärker an den Präferenzen orientierte und auf mehr Eigenverantwortung basierende Krankenversicherungsreform durchsetzen.

2.7. Medical Savings Accounts, insbesondere in Singapur und Südafrika

Weitere zukunftssträchtige Modelle zur Finanzierung des Gesundheitssystems können im Ausland studiert werden. In der wissenschaftlichen Diskussion spielen dabei zunehmend Länder eine Rolle, die die Konzeption der Medical Savings Accounts als Teilkapitaldeckung in ihr Finanzierungssystem integriert haben. Medical Savings Accounts sind individuelle Gesundheitssparkonten, in die jeder Bürger obligatorisch einzahlt und dann einen Teil seiner Gesundheitsausgaben über diese finanziert. Der Kapitalstock dieser individuellen Konten wird am Kapitalmarkt angelegt, verzinst und kann als Altersrückstellung dienen. Medical Savings Accounts werden üblicherweise als Ergänzung zu einer Versicherung eingesetzt, die auf die Finanzierung ausgabenintensiver Krankheitsfälle und chronischer Krankheiten beschränkt bleibt (Schreyögg 2002: 167ff.).

Das Konzept basiert auf der Idee, dass reine Versicherungssysteme häufig zu einer ineffizienten Verwendung der Ressourcen führen, da die Versicherten häufig Leistungen in Anspruch nehmen, die eigentlich medizinisch nicht notwendig wären. Verschiedene Autoren haben in empirischen Studien gezeigt, dass das Kostenbewusstsein der Versicherten steigt, wenn die Gesundheitsausgaben statt von einer Krankenversicherung aus dem eigenen Einkommen finanziert werden (Feldman/Dowd 1991; Manning/Marquis 1996). Der Anteil der Medical Savings Accounts am Gesamtsystem der Finanzierung des Gesundheitssystems hängt von der Ausgestaltung des Modells in dem jeweiligen Land ab.

Singapur hat im Jahre 1984 als erstes Land ein Finanzierungssystem aufgebaut, welches das Konzept der Medical Savings Accounts als obligatorischen Bestandteil integriert. Im Rahmen dieses Systems ist jeder erwerbstätige Bürger des Staates Singapur verpflichtet, 6-8% seines Bruttoeinkommens – je

nach Alter – auf ein individuelles Konto einzuzahlen, das staatlich verwaltet wird. Die angesparten Beträge auf diesem Konto werden durch den Staat am Kapitalmarkt angelegt und verzinst (Asher 1995: 3ff.; Dixon 2002: 410). Im Falle von Krankheit kann der einzelne dann für sich und seine Familie die Behandlungskosten durch die Ersparnisse auf seinem Medical Savings Account begleichen. Es dürfen jedoch nur stationäre und ausgewählte ambulante Leistungen über den jeweiligen Medical Savings Account finanziert werden. Bei Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen für leichte Krankheiten oder Beschwerden muss jeder Bürger privat die anfallenden Kosten tragen (Singh 1999: 339ff.). Bei Eintritt chronischer Krankheiten oder überraschend schwerer Erkrankungen übersteigen die Kosten der Behandlung jedoch häufig den angesparten Betrag auf dem Medical Savings Account (Massaro/Wong 1995: 267ff.). Für solche Fälle existiert neben den Medical Savings Accounts eine umlagefinanzierte Hochrisikoversicherung, die sowohl stationäre Behandlungen, die mit hohen Kosten verbunden sind, als auch Ausgaben für chronische Krankheiten übernimmt. Die Beiträge für diese Hochrisikoversicherung können aus den Ersparnissen der Individuen auf ihren jeweiligen Medical Savings Accounts aufgebracht werden (Schreyögg 2002: 157ff.). Das Modell der Medical Savings Accounts hat dazu geführt, dass die Gesundheitsausgaben Singapurs - bei wahrscheinlich höheren Qualitätsstandards - einschließlich staatlicher Ausgaben im Jahre 2000 nur ca. 3% des Bruttoinlandsproduktes betragen (Ministry of Health 2002: 21f.).

Südafrika hat das Konzept der Medical Savings Accounts in anderer Weise inkorporiert. Es wird eine Kombination von Versicherung und Medical Savings Accounts im privaten Versicherungssektor als Alternative zu konventionellen Versicherungspolice angeboten. Eine risikoäquivalente Versicherung deckt dabei alle nicht-diskretionären Ausgaben ab, die auf chronische Krankheiten oder kostenintensive stationäre Aufenthalte zurückzuführen sind. Ambulante Ausgaben mit diskretionärem Charakter werden von der Versicherung erst nach einem jährlichen Selbstbehalt von ca. 1.100 Euro erstattet. Medical Savings Accounts haben hier die Funktion die Finanzierungslücke des Selbstbehaltes zu schließen. Dabei bleibt es den Versicherten selbst überlassen, welchen Betrag sie monatlich in ihren Medical Savings Account einzahlen. Die Mehrzahl der Individuen schließt jedoch einen Sparvertrag für ihren Medical Savings Account, der jährlich genau eine dem Selbstbehalt entsprechende Summe von 1.100 Euro pro Jahr aufbaut (Matisonn 2000: 8ff.; Benko 2000: 1ff.). Falls der Medical Savings Account der jeweiligen Versicherten leer ist, kann das Konto zu einem aktuellen Zinssatz von 7,5% überzogen werden. Der positive Kapitalstock auf den Konten wird ebenfalls abhängig vom Kapitalmarktzins mit derzeit 7,5% verzinst (Matisonn 2000: 12f.).

Versicherungsarrangements mit Medical Savings Accounts halten mittlerweile einen Marktanteil von ca. 50% des privaten Versicherungsmarktes in Südafrika (Ramsay 2001: 20f.). Es stellte sich heraus, dass bei Versicherten mit Medical Savings Accounts die Ausgaben für ambulante Leistungen deutlich geringer sind als bei traditioneller Vollversicherung. Zugleich konnte keine Substitution von ambulanten durch stationäre Leistungen festgestellt werden (Matisonn 2000: 14f.).

3. Systematisierung der Reformoptionen

Nachdem die Kernpunkte der in der wissenschaftlichen Diskussion kursierenden Reformvorschläge dargestellt wurden, erfolgt nun eine Systematisierung der Reformmodelle anhand der Kriterien der Beitragsbemessung und des Finanzierungsverfahrens.

Die Beitragsbemessung wird deshalb thematisiert, weil eine dem Entgeltprinzip folgende Erhebung der Pauschalen oder Prämien Effizienzvorteile des Gesamtsystems birgt. Eine stärkere Orientierung der Gegenleistung an der im Vorhinein gebrachten Leistung führt zu einem besseren Kostenbewusstsein in der Bevölkerung und könnte so den existierenden Kostendruck des Systems reduzieren. Zudem können durch eine Abkopplung der Beiträge von den Löhnen allokativer Verzerrungen am Arbeitsmarkt beseitigt werden und zu mehr Beschäftigung führen, die somit wiederum mehr Mittel für Krankenversicherung generiert.

Über die gesamtwirtschaftlichen Folgewirkungen unterschiedlicher Finanzierungsverfahren herrscht seit je her eine kontroverse Diskussion. Anhänger umlagefinanzierter Systeme stellen zumeist die erheblichen Kosten des Systemwechsels und die Unsicherheiten des Kapitalmarktes in den Vordergrund, während die Befürworter einer Kapitalmarktanlage die höhere Rendite und die damit einhergehenden Wachstumseffekte für die gesamte Volkswirtschaft betonen. Aus diesen Gründen erscheint eine Systematisierung der wichtigsten Reformoptionen für das deutsche Gesundheitssystem nach den oben genannten wichtigen Aspekten einer Neukonzeption überaus sinnvoll zu sein und eine bessere Beurteilung der Vorschläge möglich zu machen.

3.1. Die Gestaltung der Beitragsbemessung im Kontext der Reformoptionen

Bei der Analyse der Prinzipien der Beitragsbemessung können prinzipiell zwei grundlegende Formen unterschieden werden. Zum einen können risikoäquivalente, dem versicherungstechnischen Prinzip folgende, oder einkommensabhängige, dem Leistungs- bzw. Solidarausgleich folgende, Prinzipien betrachtet werden. Darüber hinaus können Aspekte der Familienversicherung und Sonderregelungen für Bezieher geringer Einkommen bzw. für chronisch Kranke hinzutreten (Henke/Hesse 1999: 51). Je nach dem Grad der sozialpolitisch motivierten Staatseingriffe kann eine staatlich verfügte Versicherungspflicht hinzutreten (Zimmermann/Henke 2001: 149f.).

Erstens haben risikoäquivalente Prämien, wie beispielsweise vorgeschlagen von Zweifel/Breuer, dem Kronberger Kreis oder in Südafrika, den Vorteil, dass man mehr dem Äquivalenzprinzip folgend einen Beitrag kalkuliert, der die verursachten Ausgaben den Einnahmen anzunähern versucht. Die Risikoäquivalenz kann dann zum einen individuell, altersspezifisch, versicherungsgemeinschaftlich und gesellschaftlich angelegt sein (Vertiefend zu weiteren Einteilungsmöglichkeiten des Äquivalenzprinzips siehe Haller 1971: 14). Meistenteils werden risikoproportionale Prämien so festgesetzt, dass sie mit dem Erwartungswert der individuellen Leistungen des Versicherten übereinstimmen. Die altersspezifischen Prämien werden von der DKV gefordert, denn man geht davon aus, dass man im Verlauf des Lebens unterschiedlich hohe Ausgaben als Versicherter verursacht, was sich in der Prämienkalkulation niederschlagen sollte. Zusätzlich sieht das Modell jedoch die Bildung eines Hochrisikopools vor, wo die Prämien höher liegen, als im Bereich des Pflichtschutzes. Bei der Risikoorientierung wirkt sich allerdings nachteilig aus, dass man dadurch besonders Personen wie Chroniker bzw. durch eine genetische Prädisposition vorbelastete Individuen im Vergleich zu den restlichen Versicherten stärker belastet.

Zweitens gestaltet sich bei einkommensproportionalen Abgaben die Zuordnung zum finanzwissenschaftlichen Prinzip der Entgeltfinanzierung nach dem Leistungsfähigkeits- bzw. Äquivalenzprinzip als schwierig. Die Kopplung der Beiträge an die Löhne stellt jedoch eindeutig eine Abwendung vom individuellen Äquivalenzprinzip dar, da den Beiträgen keine konkreten Gegenleistungen in gleicher Höhe entgegenstehen. Zieht man allerdings die „gruppen- und kostenmäßige Äquivalenz“ nach Haller als Kriterium heran, ist zu konstatieren, dass der größte Teil der Krankenversicherungsausgaben - abgesehen von den zusätzlichen Zuzahlungen die Versicherten z.B. bei Arzneimitteln oder Bundeszuschüssen bzw. Leistungen anderer Sozialversicherungsträger - derzeit über die Beiträge finanziert wird (Zimmermann/Henke 2001: 156). In Bezug auf die Beiträge sind das Leistungsfähigkeitsprinzip und die Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gegeben. Nach herrschender Meinung ist die verstärkte Anwendung des Äquivalenzprinzips in der Krankenversicherung angezeigt, da somit die Selbststeuerung des Systems und die Eigenverantwortlichkeit der Individuen verbessert werden kann und mit einer solchen Lösung Allokationsvorteile verbunden wären. Weit verbreitet ist dabei das Postulat einer Trennung von Distribution und Allokation, d.h. dass Umverteilungsziele außerhalb der Sozialversicherung erfüllt werden sollten (für weitere Argumente eines anreizkompatiblen Steuersystems dynamischer Allokationspolitik siehe Farhauer 2001: 238 ff.).

Bei genauerer Betrachtung erweist sich die Klärung der Frage nach der Einkommensabhängigkeit als weit komplexer. So argumentiert beispielsweise Breyer, dass die Erhebung einheitlicher Prämien, bei Knappe/Arnold als Pauschalprämien oder bei der Vereinten als Kopfpauschalen benannt, keine wirkliche Abwendung von der Einkommensorientierung bedeutet. Indirekt erfolgt nämlich über die Instrumente eines sozialen Transfersystems, das aus allgemeinen Deckungsmitteln die Geringverdiener finanziert, eine Einkommensabhängigkeit. In diesem Zusammenhang belastet die allgemeine Steuerprogression die Individuen in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Einkommen unterschiedlich stark (Breyer 2003: 2ff.). Nichtsdestoweniger ermöglichen risikoorientierte Prämien eine teilweise Abkehr von der direkten Einkommensabhängigkeit der Beiträge. In der Folge ergibt sich daraus die gewünschte Abkopplung der Gesundheitseinnahmen von den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt.

Tab. 1: Beitragsbemessungsprinzipien der verschiedenen Reformmodelle

Modell	Beitragsbemessungsprinzip
Vereinte Krankenversicherung	Allgemeine Kopfpauschalen ohne Risikoprüfung und mit sozialer Abfederung
Deutsche Krankenversicherung (DKV)	Einheitliche, altersabhängige Prämien mit sozialer Abfederung
Cassel/Oberdieck	Sozialversicherungsbeiträge wie im Status Quo der GKV (einkommensabhängig und ohne Risikoprüfung)
Zweifel/Breuer	Risikoäquivalente Prämien mit Steuer-Transfer-Mechanismus für Bedürftige
Knappe/Arnold	Alle Altersgruppen gleich hohe umlagefinanzierte Pauschalprämie (Risikoprüfung wurde offen gelassen)
Kronberger Kreis	Risikoäquivalente Prämien mit staatlichem Ausgleich entweder gemäß der Sozialhilferegulungen oder mit einer Belastungsobergrenze
Medical Savings Accounts	Singapur: einkommensabhängige Beiträge im Teilkapitalsystem und altersabhängige im Versicherungssystem Südafrika: risikoäquivalente Prämien im Versicherungssystem und freiwillige Ersparnisse im Teilkapitalsystem

Quelle: Eigene Darstellung

Aus der Gegenüberstellung der einzelnen Modelle in Tabelle 1 wird bereits deutlich, dass sich die Reichweite der Reformvorschläge von risikoäquivalenten Prämien über verschiedene Formen von Kopfpauschalen bis hin zu einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen, wie im Status Quo der GKV oder bei Cassel/Oberdieck, erstreckt. Sofern das Prinzip der risikoäquivalenten Beitragsgestaltung gefordert wird, ist für das deutsche System ein sozialer Ausgleich für Bedürftige vorgesehen. Zu bedenken bleibt, dass es bei der konsequenten Anwendung der Pro-Kopf-Methoden (Pauschalen) zu sozialen Ungerechtigkeiten kommt, da z.B. Kinder, Geringverdienende oder sozial Schwache gleichermaßen bei der Beitragserhebung durch die einheitlichen Pauschalen beteiligt würden. Setzt man die Kopfpauschalen für die Bedürftigen und Kinder allerdings aus, verletzt man wiederum das Äquivalenzprinzip, da einige Teile der Versicherten nicht zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden, obwohl sie Leistungen in Anspruch nehmen werden. Zusätzlich ergibt sich dadurch auch eine Einkommensorientierung, die eigentlich vermieden werden sollte.

Die Ausgestaltung der Krankenversicherungsbeiträge im Status Quo der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verursacht darüber hinaus verschiedene Verteilungswirkungen, da über den versicherungsimmanenten ex post Schadensausgleich noch weitere Komponenten, wie der Risiko-, der Alters-, der Einkommens- und Familienlastenausgleich, ex-ante zum Tragen kommen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 339f.). Im Rahmen der Reformmo-

delle zur Neuorientierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden, wie Tabelle 2 zeigt, einige der bestehenden Elemente des Solidarausgleichs in Frage gestellt und teilweise alternative Vorschläge in den entsprechenden Bereichen gefordert.

Tab. 2: Elemente des Solidarausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Elemente	Status Quo in der GKV	Alternativen zum Status quo
Schadensausgleich	Versicherungsimmanent, d.h. Umverteilung von gesund zu krank ist immer Bestandteil einer Risikogemeinschaft	
Risikoausgleich	Nicht-risikoäquivalente Beiträge, d.h. Umverteilung von guten zu schlechten Risiken Vereinte, Knappe/Arnold, Cassel/Oberdieck	- risikoäquivalente Prämien und Transfers Zweifel/Breuer, Singapur, Kronberger Kreis - mit Kontrahierungszwang Vereinte, Kronberger Kreis - ohne Kontrahierungszwang Zweifel/Breuer
Altersausgleich	Umlageverfahren oder Generationenvertrag, d.h. Umverteilung von jung zu alt Cassel/Oberdieck, Knappe/Arnold	Kapitaldeckungsverfahren (Altersrückstellungen) Vereinte, Kronberger Kreis, Singapur - Demografiebezogener Sozialfonds Cassel/Oberdieck
Einkommensausgleich	Einkommensabhängige Beiträge, d.h. Umverteilung von reich zu arm Cassel/Oberdieck, Singapur	Pro-Kopf-Pauschalen mit Transfersystem Vereinte, Zweifel/Breuer Pauschalprämien mit Transfersystem Knappe/Arnold Transfersystem mit risikoäquivalenten Beiträgen und sozialer Abfederung DKV
Familienlastenausgleich	für Kinder bis 21 Jahren Vereinte, Knappe/Arnold	Verschiedene Vorschläge zur Berücksichtigung der Kinder Knappe/Arnold

Quelle: Eigene Darstellung und Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 340; Wille 2002: 10.

Viele Reformansätze sind evolutiv ausgerichtet, wie bspw. Cassel/Oberdieck und Knappe/Arnold, die zwar neue Elemente einbauen, aber an Grundfesten der derzeitigen GKV nicht rütteln wollen, indem beispielsweise einerseits nicht-risikoorientierte und einkommensabhängige Prämien gefordert werden. Andererseits soll auch nur begrenzt eine Abkehr vom Umlageprinzip vorgenommen werden. In Bezug auf die Umsetzungswahrscheinlichkeit bietet dieses Vorgehen den Vorteil einer möglicherweise höheren Akzeptanz und geringeren Widerstands der Beteiligten.

Die anderen Vorschläge, wie Zweifel/Breuer, Kronberger Kreis und Vereinte setzen meist an Alternativen zur Gestaltung des Risiko- und Einkommensausgleichs an, oder sehen gar einen kompletten Systemwechsel vor. Den Umstieg auf ein Kapitaldeckungssystem sehen nur die Vereinte, der Kronberger Kreis und Singapur vor, wobei nur Cassel/Oberdieck ein Teilkapitaldeckungsmodell verfol-

gen. Allerdings bleibt festzuhalten, dass die eher revolutionären Modelle ein soziales Transfersystem über allgemeine Deckungsmittel vorgesehen.

Leider fehlt für viele der Reformvorschläge eine detaillierte Darstellung aller Komponenten und Wirkungszusammenhänge, somit kann die folgende Tabelle eher als ein erster Ordnungsversuch verstanden werden.

3.2. Das Finanzierungsverfahren im Kontext der Reformoptionen

Hinsichtlich des Finanzierungsverfahrens zur Absicherung des Krankheitsrisikos muss grundsätzlich zwischen dem Umlageverfahren und Kapitaldeckungsverfahren unterschieden werden. Gemäß Börsch-Supan (2000) unterscheiden sich die beiden Verfahren hinsichtlich drei Dimensionen fundamental (Börsch-Supan 2000: 2).

Erstens nimmt das Umlageverfahren eine Finanzierung durch intergenerative Transfers vor, während das Kapitaldeckungsverfahren durch intertemporale Transfers finanziert wird. Im Umlageverfahren zahlt die jüngere Generation, d.h. die erwerbsfähige Bevölkerung, Beiträge in die Krankenversicherung ein, ohne diese in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Die ältere Generation, d.h. die im Ruhestand befindliche Bevölkerung, verursacht hingegen wesentlich mehr Ausgaben als sie einzahlt. Die monatlich eingezahlten Beiträge in die Krankenversicherung sind deckungsgleich mit den getätigten Ausgaben für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Börsch-Supan 2000: 2). Charakteristisch für das Umlageverfahren ist, dass der Träger dieses Systems zu keinem Zeitpunkt über ein nennenswertes Vermögen verfügt (Breyer 2000: 385; Homburg 1988: 6). Im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens bildet jedes Individuum oder jede Generation einen eigenen Kapitalstock, um ihre eigenen Gesundheitsausgaben, derzeit und zukünftig finanzieren zu können. Das Kapitaldeckungsverfahren stellt somit eine stärkere intergenerative Gerechtigkeit sicher.

Zweitens unterscheiden sich die Determinanten der Rendite in beiden Verfahren grundsätzlich. Die Rendite des Umlageverfahrens ist von der Lohnsumme abhängig, die das Produkt von Lohnsatz und Beschäftigtenzahl darstellt. Demnach wird die Rendite im Umlageverfahren durch die Arbeitsproduktivität und das Bevölkerungswachstum determiniert (Feldstein 1996:1). Infolge der Abhängigkeit zum Bevölkerungswachstum einer Gesellschaft wird die Rendite im Umlageverfahren auch als biologischer Zins bezeichnet (Samuelson 1958: 467ff.). Im Kapitaldeckungsverfahren hingegen wird die Rendite allein durch die Kapitalerträge bestimmt, die sich bei Anlage des sich bildenden Kapitalstocks ergeben.

Drittens werden die im Umlageverfahren mobilisierten Ressourcen überwiegend national generiert, d.h. aus Beiträgen der Arbeitnehmer des jeweiligen Landes. Demgegenüber enthält das Kapitaldeckungsverfahren eine internationale Komponente, da die Möglichkeit besteht, einen Teil des Kapitalstocks im Ausland anzulegen.

Die genannten Reformkonzepte beinhalten verschiedene Vorschläge hinsichtlich der Ausgestaltung des Finanzierungsverfahrens. Die Mehrzahl dieser Konzepte befürwortet die Integration des Kapitaldeckungsverfahrens, jedoch in Bezug auf das Finanzierungsvolumen und den gewährten Leistungsumfang des Kapitaldeckungsverfahrens gibt es Unterschiede. Die folgende Matrix nimmt eine Anordnung der Modelle in den zwei Dimensionen vor.

Abb. 2 : Höhe des Finanzierungsvolumens/Kapitaldeckungsanteils der Modelle (vertikal) und der im Rahmen der Kapitaldeckung abgedeckte Leistungsumfang (horizontal) in den Reformkonzeptionen

Finanzierungsvolumen/ Kapitaldeckungsanteil	voll			Vereinte
	teilweise		Medical Savings Accounts Kronberger Kreis	DKV Cassel/ Oberdieck
	kein	Zweifel/Breuer Knappe/Arnold		
		kein	teilweise	voll

Leistungsumfang finanziert durch Kapitaldeckung

Quelle: Eigene Darstellung

Während die Vereinte Krankenversicherung vorsieht, das vollständige Finanzierungsvolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung über mehrere Generationen in ein Kapitaldeckungsverfahren zu überführen, sprechen sich andere Reformkonzeptionen nur für eine teilweise Überführung des Finanzierungsvolumens der GKV aus. Die Deutsche Krankenversicherung und Cassel/Oberdieck bevorzugen die Einführung eines Demografiefonds, der sich zwar auf den gesamten Leistungsumfang erstreckt, jedoch das bestehende Umlageverfahren nur um eine teilkapitalgedeckte Komponente ergänzt. Dieser Fond soll über einen kasseneinheitlichen Aufschlag auf den Beitragssatz finanziert werden und als Altersrückstellung demografische Spitzen glätten. Auch die Finanzierungssysteme in Singapur und Südafrika enthalten eine teilkapitalgedeckte Lösung. Im Unterschied zu den Modellen der DKV und Cassel/Oberdieck ist bei dieser Form der Teilkapitaldeckung zudem der durch das Kapitaldeckungsverfahren finanzierte Leistungsumfang eingeschränkt. Das kapitalgedeckte Teilsystem trägt dabei nur die Ausgaben eines bestimmten Leistungsbereiches z.B. präventive und andere ambulante Untersuchungen. Das Modell des Kronberger Kreises stellt - ähnlich wie die Medical Savings Accounts - eine teilkapitalgedeckte Lösung dar, die auf einen Teilbereich des Leistungsumfangs beschränkt ist. Es werden nur die Regelleistungen im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens finanziert. Die Konzeptionen von Zweifel/Breuer und Knappe/Arnold setzen sich von den anderen Modellen deutlich ab, indem sie eine Beibehaltung des Umlageverfahrens postulieren. Zweifel/Breuer begründen dies über die Unsicherheit bezüglich der exakten Höhe der zu bildenden Altersrückstellungen.

Grundsätzlich gilt, je höher der Kapitaldeckungsanteil am Finanzierungsvolumen des Sicherungssystems, desto weniger kommt es zu intergenerativen Transfers, die im derzeitigen System - neben anderen Ursachen - für ständig steigende Beiträge verantwortlich sind. Das Reformmodell der Vereinten Krankenversicherung spricht sich beispielsweise für ein vollständig kapitalgedecktes Finanzierungsvolumen aus. Dieses Modell weist zwar eine deutlich höhere Demographieresistenz auf als die

anderen Modelle, jedoch wird für diese Lösung ein hoher Finanzierungsbetrag für den Übergang zum neuen System benötigt, da Mitglieder der älteren Generation keine Möglichkeit mehr haben, einen Kapitalstock im Kapitaldeckungsverfahren aufzubauen und deshalb im alten System verbleiben müssen. Die Modelle von Zweifel/Breuer und Knappe/Arnold sehen dagegen keinen Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren vor, nehmen somit die hohen intergenerativen Transfers des Umlageverfahrens weiter in Kauf, haben aber andererseits keinen Finanzierungsbedarf für einen möglichen Übergang. Daher gilt in der Regel, je höher der angestrebte Kapitaldeckungsanteil in den Modellen ist, desto höher ist der Betrag, der zur Finanzierung des Übergangs zum neuen Modell benötigt wird. Es ergibt sich somit ein Trade-off zwischen der Reduktion intergenerativer Transfers und dem benötigten Finanzierungsbetrag für einen Übergang.

Wie bereits erwähnt, kann sich der Umfang des Kapitaldeckungsverfahrens sowohl auf das gesamte Leistungsspektrum als auch auf Teilbereiche beschränken. Sofern das Finanzierungsvolumen nur partiell kapitalgedeckt finanziert werden soll, ergibt sich ein Zuteilungsproblem. Es stellt sich die Frage, auf welche Bereiche der Mittelverwendung der kapitalgedeckte Anteil der Mittelaufbringung alloziiert werden soll. Es besteht zum einen die Möglichkeit, die Leistungsbereiche ex ante festzulegen, für die der kapitalgedeckte Anteil eingesetzt werden soll, z.B. in den Modellen des Kronberger Kreises und der Medical Savings Accounts. Dies impliziert, dass nur in diesen ausgewählten Leistungsbereichen, der Vorteil einer höheren Demographieresistenz zum Tragen kommt. Eine andere Möglichkeit besteht in der Bildung eines Fonds, z.B. in den Modellen von Cassel/Oberdieck und der DKV. Mit dieser Option umgeht man zwar das Problem der Festlegung auf Leistungsbereiche, jedoch ergibt sich mit der Allokation des Fonds auf die einzelnen Krankenkassen in Zeiten demographischer Spitzen eine neue Problematik.

4. Zur Realisierbarkeit der Reformoptionen in Deutschland

Die dargestellten Reformalternativen weisen aus theoretischer Sicht offensichtlich alle sowohl Stärken als auch Schwächen auf. Ein optimales Modell, das auch in der polit-ökonomischen Realität umsetzbar erscheint, wurde bisher noch nicht vorgestellt. Vielmehr erscheint es sinnvoll und denkbar, einzelne Elemente und Ansätze der verschiedenen Modelle zu kombinieren.

Insgesamt ist auffällig, dass es zwei Kategorien von Reformoptionen zu geben scheint. Auf der einen Seite sind eher innovative aber strukturkonservative Modelle zu beobachten, während auf der anderen Seite eine Reihe revolutionärer Konzepte zur Umgestaltung vorliegen. Der Detaillierungsgrad divergiert von Modell zu Modell und nicht alle Alternativen sind auch tatsächlich durchkalkuliert worden. Ferner reichen die Vorschläge zur Reform der Finanzierungsseite von der Beibehaltung der derzeitigen Sozialversicherungsbeiträge mit Lohnabhängigkeit, über Kopfpauschalen mit und ohne Kapitaldeckungsanteil bis hin zu risikoabhängigen Beiträgen und unabhängigen Prämien. Um soziale Härten zu vermeiden sind dann jedoch Ausgleichsmechanismen, wie ein Steuertransfermodell oder eine Belastungsobergrenze, vorgesehen.

Die Behandlung der Kinder ist nicht einheitlich, d.h. je nach Vorschlag sind sie bis zu einer bestimmten Altersgrenze mitversichert, oder zahlen in verschiedenen Varianten gemäß Knappe/Arnold verschiedene Abschläge. Ein Großteil der Modelle fordert eine Mindestversicherungspflicht bzw. die Untergliederung in Grund- bzw. Regel- und Wahlleistungen, wobei für den Bereich der Grundleistungen ein Kontrahierungszwang für die Kassen bestehen soll. Ob für die Regelversorgung Altersrückstellungen gebildet werden sollen, hängt stark vom verfolgten Kapitaldeckungsgrad der Konzepte ab. Nahezu allen Modellen gemeinsam ist die Forderung einer stärkeren wettbewerbsorientierten Organisation des Krankenversicherungsmarktes. Dazu ist unter anderem die Eröffnung von Möglichkeiten zur selektiven Kontrahierung zwischen Kassen und Leistungserbringern zu zählen. Einige Modelle sind aber in diesen konkreten Bereichen recht abstrakt oder machen keine Aussagen zu bestimmten Gestaltungsmerkmalen.

Die Politik sieht sich derzeit dem Dilemma ausgesetzt, einerseits eine Lösung für die demographischen Probleme finden zu müssen und andererseits jedoch einen Übergang zu einem neuen System angesichts der Haushaltslage nur bedingt finanzieren zu können. Demnach erscheint den Autoren eine Lösung wahrscheinlich, die bei weitgehender Beibehaltung des derzeitigen Status Quo, eine teilkapitalgedeckte Komponente in das derzeitige Finanzierungssystem einführt. Das Umlageverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung könnte demnach entweder durch einen Demografiefond oder eine kapitalgedeckte Komponente für bestimmte Leistungsbereiche ergänzt werden.

Ähnlich wie in der Diskussion zur Einführung der Riester-Rente wird eine obligatorische Zusatzleistung von 2,5 Beitragssatzpunkten pro Versicherten - z.B. im Rahmen des von Cassel/Oberdieck vorgeschlagenen Demografiefonds - im politischen Entscheidungsprozess schwer durchzusetzen sein. Deshalb ist es vorstellbar, den Versicherten freizustellen, sich an einem Demografiefonds zu beteiligen. Versicherte, die bereit sind, 2,5 zusätzliche Beitragssatzpunkte in den Demografiefonds einzuzahlen, werden von Beitragssatzerhöhungen bis 2040 weitgehend ausgeschlossen. Andere Versicherte, die nicht in den Demografiefond einzahlen, tragen hingegen die bis zum Jahre 2040 zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen. Der im Rahmen des Demografiefonds aufgebaute Kapitalstock könnte sowohl von der Bundesbank als auch von einzelnen Krankenkassen administriert und am Kapitalmarkt risikoarm angelegt werden. Da bei Einführung dieses Modells die administrativen Kosten wesentlich geringer ausfielen als bei einem Systemwechsel, erscheint dieses Modell auch kurzfristig realisierbar.

Literatur

- Asher, M.G. (1995), Compulsory Savings in Singapore: An Alternative to the Welfare State, NCPA Policy Report, No. 198, National Center for Policy Analysis, Washington.
- Boetius, J. (1999), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die private Krankenversicherung (PKV): Modell eines zukunftssicheren Systems, Münsteraner Reihe, H. 59, Karlsruhe.
- Börsch-Supan, A. (2000), Was für die Kapitaldeckung und was für das Umlageverfahren spricht, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, No. 587, Mannheim.
- Benko, L.B. (2000), High Interest Rate: South Africa's Experience with MSAs is Worlds Apart from America's, in: Modern Healthcare, Issue 13, November, Chicago.
- Breyer, F. (2000), Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Bd. 1, Heft 4, S. 383-305.
- Breyer, F. (2003) Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffserklärung, erscheint demnächst in Schmollers Jahrbuch.
- Cassel, D., V. Oberdieck (2002), Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 82. Jg., S. 15-22.
- Dixon, A. (2002), Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?, in: Croatian Medical Journal, Jg.43, No. 4, S. 408-416.
- Farhauer, O. (2001), Folgt aus der Theorie des endogenen Wachstums eine neue Wirtschaftspolitik? Wirtschaftspolitische Relevanz und ihre empirische Bedeutung, in: Konjunkturpolitik, 47. Jg., S. 214-250.
- Feldman, R., B. Dowd (1991), A New Estimate of the Welfare Loss of Excess Health Insurance, in: American Economic Review, No. 81, S. 297-301.
- Feldstein, M. S.(1996), The Transition Path in Privatizing Social Security, Chicago.
- Grabka, M.M., H.H. Andersen, K.-D. Henke, K. Borchardt (2002), Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren. Diskussionspapier Nr. 275, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Haller, H. (1971), Die Steuern: Grundlinien eines rationalen Systems öffentlicher Abgaben, Tübingen.
- Henke, K.-D. (2002), The Permanent Crisis in German Health Care, in: Eurohealth, Jg. 8, No. 2, Spring, S. 26-28.
- Henke, K.-D., M.M. Grabka, K. Borchardt (2002), Kapitalbildung, auch im Gesundheitswesen? Auf dem Weg zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, Jg. 10, H. 3, S. 196-210.
- Henke, K.-D., M. Hesse (1999), Ökonomik des Gesundheitswesens: Ein allokativ und distributiv orientierter Überblick, in: Korf, W. et al. (Hrsg.), Handbuch der Wirtschaftsethik, Gütersloh, S. 249-289.
- Henke, K.-D./Mackenthun, B./Schreyögg, J. (2002), Gesundheitsmarkt Berlin – Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Baden-Baden.
- Hof, B. (2001), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln.
- Homburg, S. (1988), Die Theorie der Alterssicherung, Berlin.
- Manning, W.G., M.S. Marquis (1996), Health insurance: The Tradeoff between Risk Pooling and Moral Hazard, in: Journal of Health Economics, No. 15, S. 609-640.
- Manning, W.G., M.S. Marquis (2001), Health Insurance: Tradeoffs Revisited, in: Journal of Health Economics, No. 20, S. 289-293.
- Massaro, T.A., Y.-N. Wong (1995), Positive Experience With Medical Savings Accounts in Singapore, in: Health Affairs, No. 2, S. 267-272.
- Matisonn, S. (2000), Medical Savings Accounts in South Africa, National Center for Policy Analysis, Study No. 234, Washington.
- Ministry of Health (2002), Annual Health Report 2001, Singapore.

- Knappe, E., R. Arnold* (2002), Pauschalprämie in der Krankenversicherung: Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, Gutachten März.
- Oberdieck, V.* (1998), Beitragsexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung?, Hamburg.
- Ramsay, C.* (2001), Beyond the Public-Private Debate, Vancouver.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (1997), Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Baden-Baden.
- Samuelson, P.A.* (1958), An Exact Consumption-Loan Model of Interest with and without the Social Contrivance of Money, in: *Journal of Political Economy*, Jg. 66, S. 467-482.
- Schreyögg, J.* (2002), Finanzierung des Gesundheitssystems durch Medical Savings Accounts, in: *List-Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik*, Bd. 28, H. 2, S. 157-173.
- Singh, M.* (1999), Health and Health Policy in Singapore, in: *Asean Economic Bulletin*, Jg. 16, No. 3, S. 330-343.
- Statistisches Bundesamt* (2000), Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, S. 15.
- Wille, E.* (2002), Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Gesundheit und Gesellschaft, G+G Wissenschaft, Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 2, Ausgabe 3, Juli, S. 7-14.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Frankfurter Institut* (2002), Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Stiftung Marktwirtschaft, Bd. 39, Berlin.
- Zimmermann, H., K.-D. Henke* (2001), Finanzwissenschaft: Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 8. Auflage, München.
- Zweifel, P., M. Breuer* (2002), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) e.V., März.