

Henke, Klaus-Dirk; Richter, Wolfram F.

Article — Published Version

Zur Zukunft des Gesundheitsfonds

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk; Richter, Wolfram F. (2009) : Zur Zukunft des Gesundheitsfonds, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 89, Iss. 11, pp. 727-732,
<https://doi.org/10.1007/s10273-009-0996-6>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/65644>

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.

Klaus-Dirk Henke, Wolfram F. Richter

Zur Zukunft des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist weiterhin Ziel von Anfeindungen. Er wurde zu Beginn dieses Jahres eingeführt und soll nun schon wieder abgeschafft werden. Wolfram F. Richter und Klaus-Dirk Henke plädieren dafür, den Gesundheitsfonds beizubehalten, zeigen aber auch Reformdefizite auf.

Seit dem 1. Januar 2009 gibt es den Gesundheitsfonds, und die Akteure im Gesundheitssektor sind dabei, sich in ihrem Handeln auf seine Existenz einzustellen. Politisch wird dennoch weiterhin um ihn gestritten. Die FDP ist im Wahlkampf sogar für die Abschaffung eingetreten. Im Koalitionsvertrag finden sich dagegen keine eindeutigen Aussagen zu seiner Zukunft. Vor diesem Hintergrund wollen wir Stellung beziehen und darlegen, warum Deutschland mit der Einführung des Gesundheitsfonds die Reformweichen richtig gestellt hat. Allerdings wollen wir auch Reformdefizite aufzeigen.¹

Die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung des Gesundheitsfonds wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geschaffen. Es trat am 1. April 2007 in Kraft und enthält eine ganze Reihe von Neuerungen, so etwa die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Im Zusammenhang mit der Einrichtung des Fonds sind zwei Neuerungen hervorzuheben, und zwar die Gewährung erweiterter Vertragsfreiheiten für die Akteure im Gesundheitswesen sowie die instrumentelle Neuordnung des Wettbewerbs der Krankenkassen um Mitglieder. Die Erweiterung der Vertragsfreiheiten betrifft sowohl das Verhältnis der Krankenkassen zu ihren Mitgliedern als auch das Verhältnis der Krankenkassen zu den medizinischen Leistungserbringern und deren Vereinigungen. Einerseits werden die Voraussetzungen geschaffen, damit die Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungstarifen wählen können, und andererseits erhalten die Kassen die Möglichkeit, mit den Leistungserbringern in der ambulanten Versorgung im Rahmen gesetzlicher Vorgaben selektiv zu kontrahieren. Die instrumentelle Neuordnung des Wettbewerbs der

Krankenkassen um Mitglieder komplementiert die Einräumung von Vertragsfreiheiten. Sie bewirkt einen Wechsel bei den preislichen Instrumenten, mit denen die Kassen um Mitglieder konkurrieren. Der Wettbewerb wird seit dem 1. Januar 2009 nicht länger über kassenspezifische Beitragsätze ausgetragen, sondern zunehmend über kassenindividuelle Prämienauszahlungen und Zuschläge.

Wettbewerbsmodell der Fondskonstruktion

Da die Krankenkassen gerade erst begonnen haben, ihre gewonnenen wettbewerblichen Spielräume zu nutzen, und die Öffentlichkeit die Auswirkungen noch kaum hat erfahren können, sei auf den zentralen Zusammenhang von erweiterten Vertragsfreiheiten und veränderten Wettbewerbsinstrumenten hingewiesen. Damit erweiterte Vertragsfreiheiten auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen, darf bei der Inanspruchnahme der Konnex zwischen verursachten Kosten und Nutzen nicht verloren gehen. Vorteilhafte Entscheidungen, die in das freie Belieben eines Einzelnen gestellt sind, dürfen insbesondere nicht dazu führen, dass resultierende Kosten externalisiert werden. Bezogen auf die Krankenversicherung heißt das, dass ein Versicherter bei der Entscheidung für einen Wahltarif, der erwartungsgemäß pro Monat 10 Euro höhere, aber medizinisch nicht notwendige Kosten verursacht, auch pro Monat 10 Euro mehr zahlen muss. Umgekehrt darf es nicht sein, dass ein Versicherter, der sich für einen kostengünstigen Tarif entscheidet, sich lediglich einen Bruchteil der Kostenersparnis zurechnen kann. Letzteres ist typischerweise dann der Fall, wenn die Kostenersparnis nicht in Eurobeträgen, sondern in einer lohnbezogenen Beitragssatzdifferenz weitergereicht wird und gar noch mit dem Arbeitgeber zu teilen ist.

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 67, ist Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, an der TU Berlin; Prof. Dr. Wolfram F. Richter, 61, lehrt Öffentliche Finanzen an der Technischen Universität Dortmund.

¹ Zu der Geschichte des Gesundheitsfonds siehe verschiedene Beiträge in D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem (Hrsg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds, St. Augustin 2007; insbesondere K.-D. Henke: Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument, S. 44-69; sowie W. F. Richter: Der Gesundheitsfonds als Kernstück einer Reform, S. 71-95.

Ein Wettbewerb, der über lohnbezogene, paritätisch finanzierte Beitragssätze ausgetragen wird, ist für Märkte generell und für den Versicherungsmarkt im Besonderen nicht funktionsgerecht. Damit soll nicht die lohnbezogene Finanzierung von Gesundheitsausgaben in toto infrage gestellt werden. Vielmehr gilt es, zwischen der Mittelaufbringung und dem Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder zu unterscheiden. Die lohnbezogene Beitragserhebung ist eine auch in anderen Ländern praktizierte Methode, die Gesundheitsausgaben zu finanzieren. Die Beitragssatzdifferenzierung ist allerdings kein funktionsgerechtes Wettbewerbsinstrument. Die Einrichtung des Gesundheitsfonds trägt dieser Erkenntnis Rechnung. Finanziert wird der Fonds nach wie vor zwar lohnbezogen durch einen einheitlichen politisch festzulegenden Beitragssatz. Die Krankenkassen konkurrieren dagegen um die Mitglieder über Prämienauszahlungen und Zusatzbeiträge und damit verbunden um unterschiedliche Versorgungsmodelle.

Das ist jedenfalls das Wettbewerbsmodell, das der Fondsstruktur zugrunde liegt. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat es allerdings nicht in voller Konsequenz umgesetzt. Insofern sehen wir die Notwendigkeit zu gesetzgeberischen Korrekturen und Ergänzungen. Forderungen, den Fonds generell infrage zu stellen, teilen wir dagegen nicht. Die Reform beginnt gerade, ihre positiven Wettbewerbswirkungen zu entfalten. Die Versicherten können zunehmend zwischen verschiedenen Tarifangeboten wählen, etwa solchen mit und ohne Selbstbehalt. Vor allem aber hat sich der wettbewerbliche Spielraum im Vertragsverhältnis der Krankenversicherungen und der Leistungserbringer substanziell erweitert.² So ist es den Kassen dank der Reform gestattet, selektiv Verträge über eine besondere ambulante Versorgung abzuschließen, und sie machen davon zunehmend Gebrauch. Auch die schon länger existierende hausarztzentrierte Versorgung kann nun selektiv- und nicht länger nur kollektivvertraglich vereinbart werden. Insbesondere ist es den Krankenkassen gestattet, die Kassenmitglieder, die für entsprechende Wahltarife optieren, an den Kosteneinsparungen teilhaben zu lassen.

Im Weiteren soll weniger auf das Erreichte eingegangen werden, als vielmehr auf das, was durch die

² Vgl. im Einzelnen B. Rürup et al.: Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Abschlussbericht zu einem Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, IGES Institut GmbH, Berlin 2009, Kapitel 2.

Reform nicht erreicht wurde. Entsprechende Defizite sehen wir

1. in der Bemessung von kassenindividuellen Zusatzbeiträgen und Prämienauszahlungen und
2. in der stationären Versorgung.

Kassenindividuelle Zusatzbeiträge

Krankenkassen dürfen Zusatzbeiträge erheben, wenn die Mittel, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten, nicht ausreichen, um ihre Ausgaben zu decken. Diese Möglichkeit steht im Einklang mit der instrumentellen Neuordnung des Wettbewerbs der Kassen um Mitglieder. Nicht im Einklang steht dagegen die Bestimmung nach § 242 Abs. 1 SGB V, dass die Zusatzbeiträge auf 1% der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds begrenzt und damit einkommensbezogen zu erheben sind, sofern sie 8 Euro im Monat übersteigen. Diese sogenannte Überforderungsklausel konterkariert geradezu alle Bestrebungen, den Kassenwettbewerb funktionsgerecht auszurichten. Sie ist problematisch, weil sie die Höhe der Zusatzbeiträge, die einkommensstarke Mitglieder zu entrichten haben, von der Einkommensverteilung aller Mitglieder abhängig macht und damit von Bedingungen, auf die die einzelne Kasse wenig Einfluss hat. Daraus resultiert ein wettbewerbsverzerrender Effekt.³ Dem Gesetzgeber ist dringend anzuraten, die Überforderungsklausel aufzuheben.⁴ Offenbar will er mit ihr die Beitragszahler vor finanzieller Überforderung schützen. Das Schutzbedürfnis wird allerdings zu Recht in Abrede gestellt.⁵ Schließlich haben die Beitragszahler ein Sonderkündigungsrecht für den Fall, dass ihre Kasse einen Zusatzbeitrag einführt, ihn anhebt oder eine Rückzahlung senkt. Sie können in solchen Fällen ungehindert zu einer Kasse wechseln, die keinen Zusatzbeitrag erhebt. Die Bundesregierung muss lediglich darauf achten, dass es immer solche Kassen gibt, was über die Festlegung des Beitragssatzes durch eine hinreichende Mittelausstattung des Fonds zu gewährleisten ist. Bei Sozialhilfeempfängern und Empfängern der Mindestsicherung im Alter übernimmt ohnehin der zuständige Träger die Zahlung des Zusatzbeitrages. Es besteht insofern

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Widerstreitende Interessen – Ungenutzte Chancen, Jahrgutachten 2006/07, Wiesbaden 2006.

⁴ In § 242 Abs. 4 SGB V sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, die Überforderungsklausel nach 2010 auf der Grundlage eines Erfahrungsberichts zu überprüfen.

⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O.

keine Notwendigkeit, Versicherte mit Hilfe einer speziellen Regelung vor finanzieller Überforderung zu schützen. Die Überforderungsklausel sollte ersatzlos entfallen.

Aus ähnlichem Grund sind die Bestimmungen zu kritisieren, die bei Wahlтарifen Prämienzahlungen und Zuzahlungsermäßigungen regeln. Solche Boni sind Zahlungen der Krankenkassen an die Versicherten mit privatrechtlichem Charakter. Ihre zulässige Höhe bemisst sich gemäß § 53 Abs. 8 SGB V dagegen nach den öffentlichrechtlichen Zwangsbeiträgen, die vom jeweiligen Versicherten an den Fonds gezahlt werden. Diese rückgreifende Bemessung von Boni nach Beiträgen ist nicht nur rechtlich fragwürdig, sie schafft vor allem auch ökonomisch falsche Anreize. Wettbewerblich funktionsgerecht wäre es, die Boni allein nach der Höhe der Kosteneinsparungen zu bemessen, die die jeweilige Krankenkasse für die entsprechende Tarifwahl kalkuliert. Zwar ist es vertretbar, die Höhe der Boni zu begrenzen, um einer negativen Vertragsselektion unter den Versicherten vorzubeugen, die maximale Höhe sollte dann aber nicht vom Einkommen des Versicherten abhängen.

Stationäre Versorgung

Mit etwa einem Drittel aller Ausgaben stellt die stationäre Versorgung in der GKV den größten Ausgabenbereich dar. Es ist zugleich derjenige Bereich, in dem das Kosten-Nutzenverhältnis am zweifelhaftesten ist. Es gibt jedenfalls Hinweise auf erhebliche Überkapazitäten. Nach OECD-Daten hielt Deutschland 2007 pro 1000 Einwohner 5,7 Betten in der Akutversorgung vor, während der OECD-Durchschnitt lediglich 3,8 betrug. Länder wie Schweden oder die USA kommen mit weniger als drei Betten pro 1000 Einwohner aus. Umso kritischer ist es zu beurteilen, dass die Neuordnung des Wettbewerbs durch das GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz den Krankenhausbereich ausspart. Den Kassen ist es auch weiterhin nicht gestattet, mit den Krankenhäusern direkt selektiv zu kontrahieren. Dadurch bleibt es ihnen verwehrt, die Qualitätsinteressen ihrer Mitglieder in einem wettbewerblichen Prozess zur Geltung zu bringen, auf die konkurrierenden Leistungsangebote durch gezielte Nachfrage einzuwirken und den freien Zugang zu bestimmten Einrichtungen gegebenenfalls auch einzuschränken.

Die Begrenzung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird gemeinhin mit der Notwendigkeit begründet, die stationäre Versorgung der Bevölkerung durch die Länder

sicherzustellen. Eine flächendeckende Versorgung sei bei Wettbewerb nicht zu garantieren. Aus diesem Grund ist die Sicherstellung der stationären Versorgung in Deutschland eine gesamtstaatliche Aufgabe, und sie wird selbst von Gesundheitsexperten,⁶ die ansonsten für eine deutliche Stärkung des Wettbewerbs im Krankenhausbereich eintreten, nicht infrage gestellt. Es ist jedoch nicht nachzuvollziehen, weshalb der stationäre Bereich in der Gesundheitsversorgung eine so weit reichende Sonderstellung einnimmt. Wünschenswert wäre es vielmehr, den stationären Bereich differenzierter zu behandeln und lediglich dort in den Wettbewerb regulierend einzugreifen, wo dies unverzichtbar erscheint. So wäre zu erwägen, den Gemeinsamen Bundesausschuss aufzuwerten und darüber befinden zu lassen, in welchen Teilen der stationären Versorgung die Sicherstellung medizinisch geboten ist und wie sich diese Sicherstellung in zeitlicher Erreichbarkeit ausdrückt. Den Krankenkassen könnte es dann gestattet werden, mit den Krankenhäusern unter der Restriktion selektiv zu kontrahieren, dass die Erreichbarkeitsvorgaben für ihre Versicherungsnehmer eingehalten werden. Wem die Zuordnung dieser Aufgabe an den Bundesausschuss wegen ohnehin bestehender rechtlicher Bedenken zu weit geht,⁷ könnte andere neutrale Gremien damit beauftragen.

Gesundheitspolitik wird Wettbewerbspolitik

Die Fallpauschalen wären so zu kalkulieren, dass sie im Sinne einer monistischen Finanzierung nicht nur die erwarteten Betriebskosten abdecken, sondern auch die Aufwendungen für Investitionen. Im Ergebnis würde der Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung vom Staat auf die Versicherungen übergehen.⁸ Das mag aus heutiger Sicht noch unrealistisch klingen, wäre aber lediglich die zwingende Folge einer Politik, die den Krankenkassen eine größere Verantwortung für die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zuweist und die dabei auf Wettbewerb setzt. Der Einwand, dass kleinere und mittlere Krankenkassen mit einer Sicherstellungsverpflichtung an ihre organisatorischen

⁶ Vgl. insbesondere B. Rürup et al., a.a.O.

⁷ Siehe zu den verfassungs- und sozialrechtlichen Aspekten C. F. Gethmann et al.: Gesundheit nach Maß – Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Forschungsberichte der Interdisziplinären Arbeitsgruppe der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, Band 13 (2005), S. 147 ff.

⁸ In der ambulanten Versorgung sollte die Entwicklung in die gleiche Richtung gehen. Das würde bedeuten, dass auch hier die Versicherungen die Sicherstellung zu gewährleisten haben und nicht die kasernenärztlichen Vereinigungen.

Grenzen stoßen,⁹ überzeugt nicht. Schließlich können sie zu diesem Zweck kooperieren. Kleinere und mittlere Krankenkassen stoßen auch schon heute als Folge des zunehmenden Vertragswettbewerbs an ihre organisatorischen Grenzen. Das dürfte auch einer der wesentlichen Gründe für die Fusionswelle sein, die die Kassenlandschaft erfasst hat. Sie ist grundsätzlich kein Anlass zur Besorgnis. Fusionen sind allenfalls dann zu untersagen, wenn die Gefahr einer marktbeherrschenden Stellung droht. Insoweit ist der Auffassung von Rürup et al. zuzustimmen: Gesundheitspolitik wird bei zunehmender Wettbewerbsorientierung mehr und mehr Wettbewerbspolitik. Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen ist auch im Gesundheitswesen konsequent anzuwenden, und zwar sowohl gegenüber den Versicherungen als auch gegenüber den Erbringern medizinischer Leistungen. Dabei wird der Gegensatz zwischen Wettbewerbsrecht und nationalem Sozialrecht weiter an Bedeutung verlieren.

Weiterentwicklung des Gesundheitsfonds

Die politische Debatte um den Gesundheitsfonds wird mehr von Vorschlägen beherrscht, die seine Existenz infrage stellen, als von solchen, die sich auf die erforderliche Beseitigung von Startproblemen beschränken, oder ihn gar konstruktiv weiterentwickeln versuchen. Entsprechende Vorschläge zu seiner Weiterentwicklung verfolgen verschiedene Ziele, darunter u.a.:

1. die nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch den Fonds,
2. die Stärkung der Beitragsgerechtigkeit bei der Finanzierung der Gesundheitsausgaben,
3. die Senkung der Lohnzusatzkosten,
4. die Überwindung des Gegensatzes von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowie
5. die Stärkung der Kapitalbildung in der Krankenversicherung.

Nicht auf alle Vorschläge, die in Politik und Wissenschaft gemacht wurden, kann hier eingegangen werden. Es muss im Rahmen einer kurzen Stellungnahme reichen, ein paar zentrale Erkenntnisse zu vermitteln.

Die Frage der nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung war Gegenstand

⁹ Ebenda, Kurzfassung.

der Beratungen in der Rürup-Kommission.¹⁰ Allerdings hat man sich bekanntlich auf keine einheitlichen Empfehlungen verständigen können. Vielmehr entwickelte man mit der pauschalen Gesundheitsprämie und der Bürgerversicherung zwei gegensätzliche Modelle. Die Bürgerversicherung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht nur alle Bürger in einem einheitlichen System versichert, sondern auch alle Bürger zur beitragsgerechten Finanzierung der Gesundheitsausgaben heranzieht. Die pauschale Gesundheitsprämie trennt dagegen die Versicherungsfunktion vom steuerlichen Einkommensausgleich und stellt die Koexistenz von GKV und PKV nicht grundsätzlich infrage.

Für die pauschale Gesundheitsprämie wurde ins Feld geführt, dass sie die Entwicklungen von Gesundheits- und Arbeitskosten entkoppelt, die GKV nachhaltig finanziert sowie und die versicherungsbezogene Allokation von der einkommensbezogenen Umverteilung zu trennen erlaubt.¹¹ Diese Argumente haben indes an Gewicht verloren. Die prinzipielle Trennung von versicherungsbezogener Allokation und einkommensbezogener Umverteilung wurde durch die Einrichtung des Gesundheitsfonds verwirklicht.

Die hohe Erwartung, die Entwicklungen von Gesundheits- und Arbeitskosten mit Hilfe der pauschalen Gesundheitsprämie entkoppeln zu können, wird nicht von allen Ökonomen geteilt.¹² Die Chancen für den Faktor Arbeit, Gesundheitskosten im globalen Wettbewerb abwälzen zu können, werden als gering erachtet. Im Ergebnis wird der Faktor Arbeit steigende Gesundheitskosten selbst tragen müssen. Sofern diese Entwicklung den Bedürfnissen der Menschen entspricht, ist sie auch nicht zu beanstanden. Vielmehr eröffnet sie sogar positive Wachstumsperspektiven. Zu einem ökonomischen Problem werden wachsende Gesundheitskosten dann, wenn sie mit zunehmender, allokativ verzerrender Umverteilung einhergehen. Die pauschale Gesundheitsprämie scheint nun sehr viel besser als konkurrierende Finanzierungsmodelle geeignet zu

¹⁰ Bericht der Kommission: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin 2003.

¹¹ Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, a.a.O., S. 161 ff.

¹² A. Haufler: Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzergebnisse, in: Schmollers Jahrbuch, 124 (2004), S. 539-556. W. Buchholz: A Note on Financing Health-Care Reform: Some Simple Arguments Concerning Marginal Tax Burden, in: FinanzArchiv, 61 (2005), S. 438-446.

sein, eine zunehmende Umverteilung bei wachsenden Gesundheitsausgaben zu verhindern. Der Vorteil besteht allerdings nur dann, wenn er nicht durch die Steuerpolitik zunichte gemacht wird.

Die Diskussion um die Einführung der Gesundheitsprämie hat die Problematik aufgedeckt. Es wurde deutlich, dass sich die kostendeckende pauschale Gesundheitsprämie politisch nicht ohne steuerfinanzierten Sozialausgleich durchsetzen lässt und dass die Finanzierung der Gesundheitsausgaben nicht getrennt von der Besteuerung gesehen werden kann. Solange die politische Bereitschaft fehlt, einen abnehmenden Einkommensausgleich zu tolerieren, wird auch die Einführung der kostendeckenden pauschalen Gesundheitsprämie nicht weniger Einkommensumverteilung bewirken.

Für die Bürgerversicherung wurde mit dem Argument geworben, dass auch sie die Lohnzusatzkosten zu senken und die GKV nachhaltig zu finanzieren erlaubt und dass sie zusätzlich für mehr Beitragsgerechtigkeit sorgt. Alle diese Effekte werden durch eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage erreicht. Nach den Vorstellungen der Verfechter sollten Mieterträge und Kapitaleinkünfte beitragspflichtig sowie die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben werden. Alle Bürger sollten pflichtversichert sein, also auch Selbständige und Beamte.¹³ Der privaten Krankenvollversicherung wäre damit im Ergebnis die Existenzgrundlage für ihr traditionelles Geschäft mit Vollversicherungen entzogen. Der ökonomisch wichtigste Einwand gegen die Bürgerversicherung als Modell war und ist aber, dass sie keinen Beitrag zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen leistet. Dieser Einwand hat indes nach Einführung des Gesundheitsfonds an Bedeutung verloren. Allokation und Distribution wurden in der GKV getrennt, und es ist insofern eher als vor Einführung des Fonds ökonomisch vertretbar, die Frage der Beitragsgerechtigkeit zu thematisieren. Allerdings dürfen entsprechende Reformen die negativen Leistungsanreize des Steuer- und Abgabensystems nicht noch erhöhen, und sie müssen auch die verfassungsrechtlichen Schranken bei Eingriffen in die Gewerbefreiheit der privaten Krankenversicherungen einhalten.

Ein liberalisierter Versicherungsmarkt

Wenn man die Auffassung teilt, dass Beitragsgerechtigkeit nur bei Einbeziehung der gesamten Be-

völkerung zu realisieren ist, kommt man nicht umhin, das Verhältnis von privater und gesetzlicher Versicherung im Rahmen der verfassungsrechtlichen Vorgaben neu zu ordnen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz enthält für diese Aufgabe wichtige Weichenstellungen. Einerseits wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Wahltarife anzubieten. Andererseits werden die privaten Versicherungen veranlasst, einen Basistarif anzubieten, der in seinen Leistungen denjenigen der GKV angeglichen ist. Gesetzliche und private Versicherungen nähern sich also in ihren Angeboten einander an. Bei dieser Entwicklung wird sich zunehmend die Frage stellen, ob gesetzliche und private Versicherungen nicht auch in unmittelbare Leistungskonkurrenz zueinander treten dürfen. Die Frage der Gewinnorientierung kann als Einwand nicht gelten. Es konkurrieren auch heute schon gewinn- und nichtgewinnorientierte Versicherungen in der PKV.

Das eigentliche Hindernis auf dem Weg zu einem liberalisierten Versicherungsmarkt stellt daher auch weniger die Angebots- als vielmehr die Nachfrageseite dar. Jedenfalls wären die Auswirkungen nicht unproblematisch, wenn man es ins Belieben jedes Einzelnen stellen würde, ob er sich bei den geltenden Finanzierungsmodi in einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenkasse versichern möchte. Schließlich ginge es bei dieser Wahl nicht allein um die Entscheidung zwischen verschiedenen Versicherungsangeboten, sondern immer auch um die Entscheidung für oder gegen Einkommensumverteilung. Zu erwarten wäre, dass es im Vergleich zu heute zu einer noch eindeutigeren Trennung von Einkommensstarken und Einkommensschwachen käme, wobei sich Erstere bevorzugt privat versichern und Letztere bevorzugt gesetzlich. Eine solche Entwicklung kann nicht gewollt sein.

Basis- und Zusatzversicherung

Die Grenze zwischen gesetzlicher und privater Versicherung muss neu gezogen werden. Der hier vorgeschlagene Ordnungsrahmen trennt jedenfalls zwischen Basis- und Zusatzversicherung. Die Basisversicherung deckt alles ab, was berufene Fachleute in dem dafür vorgesehenen Gemeinsamen Bundesausschuss oder in einem anderen neutralen Gremium als medizinisch notwendig einstufen. Das Andere, insbesondere Leistungen, die man schon heute in Wahltarifen der GKV und PKV abdingen oder zusätzlich vereinbaren kann, ist, sofern es von einem Anbieter der Basisversicherung nicht freiwillig

¹³ Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, a.a.O., S. 149.

lig übernommen wird, Gegenstand von Zusatzversicherungen oder individuellen Konsumausgaben. Wenn man diesen Politikansatz konsequent weiterverfolgt, wird es am Ende nicht länger gesetzliche und private Vollversicherungen geben, sondern nur noch eine gesetzlich verfügte Basisversicherung und daneben Zusatzversicherungen. Jeder Inländer ist verpflichtet, die Basisversicherung abzuschließen. Abschlüsse von Zusatzversicherungen sind dagegen genauso freiwillig wie die privaten Ausgaben für eine bessere Gesundheit. Um die Angebote konkurrieren gewinnorientierte und nicht gewinnorientierte Versicherer gleichberechtigt, und zwar sowohl im Basis- als auch im Zusatzgeschäft. Lediglich Basisversicherungen werden über den Gesundheitsfonds finanziert, und ihre Anbieter konkurrieren sowohl mit der Qualität der Versorgung als auch preislich mit Zusatzbeiträgen bzw. Prämienauszahlungen.

Offene Fragen, die dieser Politikansatz aufwirft, betreffen den Systemwechsel. Er bedarf insbesondere bei der PKV einer sorgfältigen Gestaltung, weil Bestandsversicherte mit schutzbedürftigen Interessen betroffen sind. Als Lösung wird vorgeschlagen,¹⁴ die Altersrückstellungen, die sich nach geltendem Recht dem Basistarif zurechnen lassen, individualisierten Sparkonten gutzuschreiben und sie entweder den Versicherten auszuzahlen oder getrennt vom eigentlichen Krankenversicherungsvertrag als Sparvertrag weiterzuführen. Gleichzeitig sind nach diesem Modell die privat Versicherten zu veranlassen, in den Basistarif zu wechseln. Einheitliche Prämien sind ab diesem Zeitpunkt an den Gesundheitsfonds zu zahlen, aus dem die Versicherungen für jeden Versicherten eine risikoadjustierte Pauschale erhalten. Verbleibende Differenzen zwischen akkumulierten und ausgezahlten Altersrückstellungen und zwischen ursprünglich vereinbarten und im Basistarif gewährten Leistungsansprüchen sind in Zusatzversicherungen zu überführen.

In einem solchen System mit gesetzlicher Basisversicherung für Jedermann stellt sich mehr als zuvor die Frage nach der Beitragsgerechtigkeit. Ein System, in dem ein Teil der Bevölkerung für die Basisversicherung einen einkommensbezogenen Beitrag an den Gesundheitsfonds entrichtet und ein anderer Teil eine einkommensunabhängige Prämie, wirkt diskriminierend. Die Finanzierung müsste vereinheitlicht werden. Dabei gibt es weiten politischen

Gestaltungsspielraum, weshalb ein konkreter Lösungsvorschlag hier auch unterbleiben soll. So kann man den lohnbezogenen Beitrag der GKV-Versicherten als Ausgangspunkt wählen und diesen im Sinne der Bürgerversicherung als eine Art Gesundheitssteuer weiterentwickeln. Oder man kann den einkommensunabhängigen Beitrag der PKV-Versicherten als Modell aufgreifen und diesen im Sinne der pauschalen Gesundheitsprämie mit steuerfinanziertem Sozialausgleich weiterentwickeln. Man kann aber auch Mischformen wählen. Bei der Entscheidung gilt es wie bei allen staatlichen Finanzierungsaufgaben den Zielkonflikt zwischen Verteilungsgerechtigkeit und allokativer Effizienz zu lösen. Das Effizienzziel spricht für die stärkere Gewichtung der pauschalen Gesundheitsprämie und das Verteilungsziel für eine stärkere Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit. Wie immer die Lösung aussehen mag, wichtig ist, dass das Recht der einzelnen Versicherung, Zusatzbeiträge zu erheben bzw. Prämien auszuzahlen, erhalten bleibt. Jedenfalls müssen die Anbieter der Basisversicherung die Möglichkeit haben, nicht nur über die Versorgungsqualität, sondern auch über eine einkommensunabhängige Preiskomponente zu konkurrieren.

Ein gewisser Nachteil dieses Zukunftsmodells liegt darin, dass die Basisversicherung bisher als nicht kapitaldeckend konzipiert ist. Grundsätzlich müsste das nicht so sein. Wenn die Basisversicherung nicht Kapital bildet und die Zusatzversicherungen selbst auch längerfristig nicht den nötigen Ausgleich schaffen, wird die volkswirtschaftlich wünschenswerte Kapitalbildung im Vergleich zu heute ab- und jedenfalls nicht zunehmen. Da aber die soziale Sicherung in Deutschland schon heute zu einseitig durch Umlage finanziert wird, sollten kompensierende Maßnahmen etwa bei der gesetzlichen Rente ins Auge gefasst werden. Die wünschenswerte Kapitalbildung muss jedenfalls nicht zwingend in der Krankenversicherung forciert werden, man könnte sie zur Aufgabe der gesetzlichen Alterssicherung machen.

Fazit

Zusammenfassend zeigt sich deutlich, dass der Gesundheitsfonds in seiner jetzigen Form zu einer instrumentellen Neuordnung des Wettbewerbs führt und vor allem dann, wenn die sogenannte Überforderungsklausel aufgehoben wird, einen neuen dauerhaften ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenversicherungen bietet.

¹⁴ Vgl. hierzu und zu den weiteren Überlegungen W. F. Richter: Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, im Erscheinen.