

Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

1. Anlass	2
2. Stellhebel der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen	3
a) Gesundheitsprämie oder einkommensabhängiger Beitrag?	4
b) Beteiligung der Arbeitgeber	6
c) Risikoadäquate Prämie oder risikounabhängige Prämie mit Risikostrukturausgleich?	7
d) Kurz- oder langfristige Versicherungsverträge?	9
e) Kapitalaufbau und Altersrückstellungen	9
3. Vorstellung und Bewertung der Reformoptionen	11
Reformoption I: Die „volle Gesundheitsprämie“ und	11
Reformoption II: Die „halbe Gesundheitsprämie“	11
Reformoption III: Die „kleine Gesundheitsprämie“	16
4. Eine denkbare Langfrist-Perspektive: die „marktwirtschaftliche Gesundheitsprämie“	17
5. Handlungsempfehlung	20
Literatur	21
Mitgliederverzeichnis	23

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie hat sich in mehreren Sitzungen, zuletzt am 15. und 16. April 2010, mit dem Thema

Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

befasst und dazu das folgende Gutachten verabschiedet.

1. Anlass

Die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag angekündigt, die Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu reformieren.¹ Dazu ist im Februar eine Regierungskommission eingesetzt worden, die Vorschläge für die künftige Finanzierung der GKV erarbeiten soll.

In diesem Gutachten überprüft der Beirat mögliche Optionen auf ihre Stärken und Schwächen hin angesichts der vielfältigen Probleme, die im Gesundheitswesen trotz der zahlreichen Reformen noch immer bestehen: Effizienzdefizite, steigende Beitragssätze, gravierende Mängel in der sozialpolitischen Treffsicherheit der Beitragsregeln, verdeckte Rationierung gesundheitlicher Leistungen sowie hohe Intransparenz bezüglich der Kosten für den Versicherten.²

Der Beirat orientiert sich an folgenden Leitlinien einer Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung:

- Jedem Bürger sollte unabhängig von seiner Zahlungsfähigkeit eine qualitativ hochwertige und dem Stand der Medizin entsprechende Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen zugänglich sein.
- Das Gesundheitssystem braucht mehr Wettbewerb. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist kein Selbstzweck, sondern Voraussetzung für mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen (Ärzten, Krankenhäusern, Apotheken etc.). Dieser soll den wirtschaftlichen Mitteleinsatz verbessern, und zwar nicht nur kurzfristig, sondern auch langfristig.

¹ Vgl. „Wachstum, Bildung, Zusammenhalt“, S.78

² Für eine ausführliche Analyse siehe z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002).

- Die Akteure im Gesundheitswesen, Krankenversicherungen, Ärzte und Versicherte, sollten stärkere Anreize zur Gesundheitsvorsorge haben, damit künftige Behandlungskosten reduziert und, wenn möglich, vermieden werden.
- Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels geht es darum, das System nachhaltiger zu finanzieren und übermäßig hohe Kosten für zukünftige Beitragszahler zu vermeiden.

In einem ersten Schritt werden die verfügbaren Instrumente diskutiert, mit denen der Gesetzgeber das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung gestalten kann (Abschnitt 2). Anschließend werden die Reformoptionen im Einzelnen vorgestellt und bewertet (Abschnitt 3). In Abschnitt 4 wird eine denkbare Langfristspektive erörtert und in Abschnitt 5 eine Handlungsempfehlung formuliert.

Wir kommen zu folgenden Ergebnissen:

1. Um den Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und die gravierenden Ungerechtigkeiten im geltenden Beitragssystem zu beseitigen, sollte der Arbeitnehmerbeitrag in eine kassenspezifische Gesundheitsprämie umgewandelt werden. Damit würden die Versicherungsprämien wieder den Charakter von unverzerrten Preissignalen erhalten. Die reine Einkommensumverteilung würde in Form eines sozialen Ausgleichs aus der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Steuer-Transfer-System verlagert. Von kleinen Schritten dorthin oder Mischlösungen ist abzuraten.
2. In der Privaten Krankenversicherung sollte der Wettbewerb durch die Einführung voll übertragbarer Alterungsrückstellungen, die am individuellen Versicherungsrisiko ausgerichtet sind, gestärkt werden. Bei positiven Erfahrungen könnte eine solche Lösung zu einem späteren Zeitpunkt auch auf die Gesetzliche Krankenversicherung ausgedehnt werden.

2. Stellhebel der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherungen

Eine Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung kann an mehreren verschiedenen Stellen ansetzen: an der Bemessungsgrundlage und dem Tarif für die Versichertenbeiträge, an der Beteiligung der Arbeitgeber, am System des Risikoausgleichs zwischen den im Wettbewerb stehenden Krankenkassen sowie an der Frage der Bildung eines Vorsorgekapitals bei den Kassen. Im Folgenden werden die Wirkungen System verändernder Entscheidungen im Hinblick auf die eingangs genannten Leitlinien diskutiert.

a) Gesundheitsprämie oder einkommensabhängiger Beitrag?

Damit Wettbewerb wirken kann, müssen sich Krankenkassen differenzieren können. Ein Parameter der Differenzierung ist die gewählte Prämie. Wettbewerb um günstigere Prämien führt zu Kosten bewusstem Verhalten der Krankenkassen. Der im Jahr 2009 eingeführte Gesundheitsfonds, insbesondere die „Überforderungsklausel“ bei den Zusatzbeiträgen, hat den Spielraum zur Differenzierung über Prämien aber stark eingeschränkt, was eines der größten Mankos der derzeitigen Situation ist.

Die Frage nach der Bemessung des Beitrags – identisch für jede Person (kassenspezifische Gesundheitsprämie) oder abhängig vom Einkommen – wird in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert, während Ökonomen größtenteils die einkommensunabhängige Prämie wegen der geringeren verzerrenden Wirkungen, der Konjunkturunabhängigkeit des Beitragsaufkommens und der größeren Transparenz vorziehen. Um die Diskussion zu versachlichen, hilft auch ein Blick auf die Entstehung des derzeitigen Systems der Finanzierung der GKV.

Als die Sozialversicherung im Deutschen Reich vor mehr als 120 Jahren eingeführt wurde, galt in beiden Zweigen (Rentenversicherung und Krankenversicherung, später dann auch in der Arbeitslosenversicherung) das Prinzip der zum Lohn proportionalen Beiträge, das aus dem Prinzip der Äquivalenz zwischen Beiträgen und Leistungsansprüchen abgeleitet werden konnte. Soweit die Leistungen im Wesentlichen Lohnersatzleistungen waren (Invaliden- oder Altersrente, Krankengeld), die mit dem Arbeitseinkommen stiegen, war es insoweit nur konsequent, dass auch die Beiträge parallel mit dem Lohn zunahmen. Als dann im Laufe der Zeit die sonstigen Leistungen, die nicht Lohnersatzleistungen sind (Krankenbehandlung, Rehabilitation), an Umfang zunahmen, war die ursprünglich nicht beabsichtigte Entfernung vom Äquivalenzprinzip unübersehbar. Bei der Rentenversicherung spielt die Abweichung vom eigentlichen Konzept wegen des geringen Anteils der Ausgaben für Rehabilitation quantitativ weiterhin kaum eine Rolle.³ In der Krankenversicherung hingegen ist spätestens mit der Einführung der Lohnfortzahlung für die ersten Krankheitswochen durch den Arbeitgeber im Jahre 1970 das Äquivalenzprinzip irrelevant geworden worden, und die einkommensbezogene Beitragserhebung in der GKV ist zu einem zweiten System der Einkommensumverteilung – neben dem Steuer-Transfer-System – mutiert. Das Krankengeld, die einzige beitragsäquivalente Leistung, macht nur noch sechs Prozent der Krankenkassen-Ausgaben aus. Insofern ist die derzeitige lohnabhängige Prämie im Gesundheitswesen im Gegensatz zur Rentenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung nicht mehr durch das Äquivalenzprinzip zu rechtfertigen.

³ Diese betragen im Jahr 2007 2% der Ausgaben der Deutschen Rentenversicherung. Vgl. Rentenversicherungsbericht 2008, S.17.

Die lohnabhängige Prämie wird in der öffentlichen Diskussion auch häufig mit dem Prinzip der Leistungsfähigkeit begründet. Diese Argumentation ist kritisch zu beurteilen, denn das Leistungsfähigkeitsprinzip spielt im jetzigen System an den entscheidenden Stellen keine Rolle, jedenfalls keine überzeugende: Der Lohn bildet Leistungsfähigkeit nur unvollständig ab, Beitragsbemessungsgrenze und beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen führen zu nicht beabsichtigten Verteilungswirkungen. So zahlt ein Ehepaar, bei dem ein Partner 6.000 Euro verdient, der andere nichts, weniger Beiträge in die gesetzliche Krankenversicherung als ein Ehepaar, bei dem beide Partner jeweils 3.000 Euro verdienen.

Die Bemessung der Beiträge am Arbeitseinkommen kann zudem angesichts einer sinkenden Lohnquote zu einer Fehlinterpretation der Trends in den Ausgaben führen: So entstand durch die ständig steigenden Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen in den vergangenen drei Jahrzehnten der Eindruck einer „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, obwohl die Hauptursache für diesen Anstieg nicht etwa in einem rasanten Wachstum der Gesundheitsausgaben, sondern in einem Zurückbleiben der Beitragsbemessungsgrundlage hinter der Entwicklung des Sozialprodukts insgesamt zu sehen ist (Tabelle 1).⁴ Allein in dieser Divergenz sind steigende Beitragssätze angelegt, worin man ein weiteres Zeichen dafür sehen mag, wie inadäquat die Beitragsregelung ist.

Anders als im Falle einer einkommens- oder lohnabhängigen Prämie ist bei einer Gesundheitsprämie in der Form eines kassenspezifischen Festbetrages der Beitrag jedes Versicherten (innerhalb einer Kasse) prinzipiell gleich. Das individuelle Gesundheitsrisiko spielt für die Beitragsbemessung auch hier keine Rolle. Dieser einheitliche Beitrag würde einen Belastungsausgleich zwischen den unterschiedlichen individuellen Gesundheitsrisiken herbeiführen, also etwa zwischen wenig krankheitsanfälligen Personen und chronisch Kranken; die reine Einkommensumverteilung würde aber aus der Krankenversicherung in das Steuer-Transfer-System ausgelagert. Dies ist besonders unter dem Aspekt positiv zu bewerten, dass das Steuer-Transfer-System anders als die Gesetzliche Krankenversicherung alle Bürger erfasst und sich auf das Gesamteinkommen (und gegebenenfalls das Vermögen) und nicht nur das Lohneinkommen bezieht.⁵ Die kassenspezifische Prämie hat darüber hinaus den Vorteil, dass das Finanzierungsvolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung konjunkturunabhängig wird. Schwankungen in den Lohneinkommen erfordern keine Änderungen in den Beiträgen. Ferner wird die Finanzie-

4 Tabelle 1 zeigt, dass der Beitragssatz zur GKV seit 1991 um ca. 2,5 Prozentpunkte anstieg, während der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt mit geringen Schwankungen bei etwa 6 Prozent stabil blieb. Auch der Anteil der GKV-Ausgaben am Volkseinkommen blieb bei ca. 8 Prozent konstant.

5 Auch die Unzulänglichkeiten des Einkommenssteuersystems können eine Verlagerung in das Gesundheitssystem nur schwer rechtfertigen, dazu z.B. Rochet (1991).

rung in höherem Maße demographieresistent, weil der Beitrag mit dem Eintritt des Versicherten ins Rentenalter nicht automatisch sinkt.

Tabelle 1: Entwicklung von GKV-Ausgaben, Bruttoinlandsprodukt und Beitragssatz

(1) Jahr	(2) GKV-Ausgaben (Mrd. Euro)	(3) BIP (Mrd. Euro)	(4)=(2)/(3) (v.H.)	(5) GKV-Beitragssatz (v.H.)
1991	88,8	1.534,6	5,78	12,36
1992	102,1	1.646,6	6,20	12,71
1993	102,3	1.694,4	6,04	13,22
1994	111,1	1.780,8	6,24	13,17
1995	117,0	1.848,5	6,33	13,15
1996	120,9	1.876,2	6,44	13,48
1997	118,3	1.915,6	6,18	13,58
1998	120,1	1.965,4	6,11	13,62
1999	123,2	2.012,0	6,12	13,60
2000	125,9	2.062,5	6,11	13,57
2001	130,6	2.113,2	6,18	13,58
2002	134,3	2.143,2	6,27	13,98
2003	136,2	2.163,8	6,29	14,31
2004	131,2	2.210,9	5,93	14,22
2005	134,8	2.243,2	6,01	14,18
2006	138,7	2.321,5	5,97	14,21
2007	144,4	2.422,9	5,96	14,80
2008	151,1	2.491,4	6,06	14,90

Anmerkungen zu Tabelle 1: In Spalte (2) werden nur Leistungsausgaben betrachtet; die Verwaltungsausgaben haben sich in etwa proportional entwickelt. In Spalte (5) wird der durchschnittliche Beitragssatz für Mitglieder mit Entgeltfortzahlungsanspruch in Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen betrachtet

Quellen: 1) BMG, GKV-Statistik, 2) BMAS, Statistisches Taschenbuch 2009

Der größte Vorteil einer einkommensunabhängigen Prämie ist jedoch darin zu sehen, dass die Kosten des Versicherungsschutzes bei den konkurrierenden Krankenkassen für den Versicherten transparent sind und nicht durch Elemente der Einkommensumverteilung verzerrt werden. Dadurch kann er Preis und Leistungen, etwa im Service, besser vergleichen und sich rational entscheiden, ob er z.B. zu einer kostengünstigeren Kasse wechseln will. Die größere Sensitivität der Versicherten gegenüber Preisunterschieden wird wiederum die Krankenkassen zwingen, im Wettbewerb um die Kunden ihre Verträge mit den Leistungserbringern so zu gestalten, dass Effizienzreserven ausgenutzt werden.

b) Beteiligung der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber sind im Prinzip hälftig an der Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge beteiligt. Bis zum Jahre 2003 war das nicht nur im Prinzip so, sondern auch tatsächlich. Inzwischen wird der Beitragssatz um einen gesetzlich fixierten Satz gekürzt (derzeit 0,9 Prozent-

punkte), bevor die Hälfte davon ermittelt wird. Seit Mitte 2009 beträgt der Anteil der Arbeitgeber daher 7 Prozent der Bemessungsgrundlage von 14,9 Prozent Gesamtbeitragssatz. Sogenannte Zusatzbeiträge werden allein von den Arbeitnehmern getragen.

Die hälftige Zahlung des Beitrags durch den Arbeitgeber wird offiziell mit dem Solidarprinzip begründet, bisweilen auch damit, dass sie das Interesse des Arbeitgebers an einer Gesunderhaltung seiner Beschäftigten stärkt. Allerdings bedeutet die Zahlung des halben Beitrags durch den Arbeitgeber nicht, dass dieser auch die Hälfte des Beitrags im ökonomischen Sinne trägt. Für die ökonomische Belastung sind vielmehr die Reaktionen der Arbeitsnachfrage und des Arbeitsangebots auf eine Beitragssatzänderung, nicht zuletzt die Reaktionen der Tarifvertragsparteien ausschlaggebend. Dass der Arbeitgeber den halben Beitrag schuldet, schwächt freilich beim Versicherten den Anreiz, zu einer kostengünstigeren Kasse mit niedrigerem Beitragssatz zu wechseln. Und umgekehrt: Es stärkt den Anreiz, zu einer Versicherung mit besserer Leistung, aber höherem Beitragssatz zu gehen. Denn für die Anreize zählt die Primärwirkung: Ein Beitragsunterschied wird mit dem Arbeitgeber geteilt, ein Leistungsunterschied fällt ganz beim Versicherten an.⁶ Die gleiche Verzerrung gibt es bei den Anreizen, die für demokratische Entscheidungen über die Leistungspflichten der Gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblich sein können (z.B. Entscheidungen, die die Höhe der Zuzahlungen betreffen). Auch hier hält sich der Versicherte an den Anschein, dass er die Nachteile allein tragen muss, während die Vorteile einer damit einhergehenden Beitragsentlastung zur Hälfte dem Arbeitgeber zu Gute kommen.

Das Argument, dass der Arbeitgeber erst durch die hälftige Zahlung des Beitrages ein Interesse an der Gesunderhaltung seiner Beschäftigten bekomme, ist nicht überzeugend, da ein wesentlich stärkerer Anreiz dazu bereits durch die Lohnfortzahlung vermittelt wird. Ferner wird gelegentlich behauptet, die hälftige Beitragszahlung durch den Arbeitgeber sei notwendig, damit die Arbeitgeberverbände an Kostensenkungen im Gesundheitswesen interessiert wären. Selbst wenn es sich so verhielte, müsste man bedenken, dass der Einfluss der Arbeitgeberverbände auf das Gesundheitswesen begrenzt ist.

c) Risikoadäquate Prämie oder risikounabhängige Prämie mit Risikostrukturausgleich?

Im Gegensatz zu einem einkommensabhängigen Beitrag oder einer pauschalen Gesundheitsprämie berücksichtigen risikoadäquate Prämien das individuelle Gesundheitsrisiko eines Versicherten bei Vertragsabschluss. Eine solche Prämienstruktur entspricht dem Versicherungsprinzip und wird bei den privaten Krankenversicherungen angewandt. Eine rein risikoadäquate

⁶ Die effektive Verteilung der ökonomischen Belastung kennt im Vorhinein niemand. Sie kann insoweit die Anreize zum Handeln meist kaum bestimmen.

Prämie hat im Vergleich mit der oben beschriebenen Gesundheitsprämie den Nachteil, dass bei Vertragsabschluss kein Ausgleich mehr zwischen den Personen mit hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken stattfindet. So müssen beispielsweise Allergiker bei der PKV eine höhere Prämie zahlen. Dieser Nachteil kann aber prinzipiell durch steuerfinanzierte Ausgleichszahlungen (vgl. Zweifel und Breuer 2006) oder langfristige Versicherungsverträge, die im Idealfall bei Geburt abgeschlossen werden, behoben werden.⁷

Es lohnt auch ein Blick auf die Vorteile. Zum einen können selbst verursachte Risiken internalisiert werden – sei es bei Vertragsabschluss, wenn sie der Versicherung bekannt sind, sei es später, wenn sie ihr bekannt werden. Wenn zum Beispiel jemand einen riskanten Sport betreibt oder viel raucht, so kann dies zu einer Erhöhung der Prämie führen, zu der eine Versicherung ihn aufnimmt, da dies mit erhöhten erwarteten Krankheitsausgaben einhergeht. Anders als bei der oben beschriebenen Gesundheitsprämie haben die Versicherten dadurch stärkere Anreize, auf ihre Gesundheit zu achten. In einem System mit risikounabhängigen Prämien würden die aus risikoreichem Verhalten resultierenden zusätzlichen Ausgaben hingegen von der Versichertengemeinschaft finanziert. Zum anderen können vertragliche Regelungen wie zum Beispiel Beitragsrückerstattungen oder Selbstbehalte zur Vermeidung des so genannten „moralischen Risikos“ besser an das individuelle Risikoprofil des Versicherten angepasst werden.

Bei Beiträgen, die nicht das Risiko des Einzelnen berücksichtigen, besteht ein Anreiz für die Versicherungen, niedrige Risiken anzuziehen und hohe Risiken abzuschrecken. Um dieses Problem der negativen Risikoselektion zu vermeiden, werden die Beiträge zwischen den Krankenkassen durch den Risikostrukturausgleich umverteilt, so dass im Idealfall die Krankenversicherungen risikoäquivalente Prämien auf der Einnahmeseite verbuchen können. Derzeit geschieht dies in der GKV durch den sogenannten morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich, der auf Diagnosen und der bisherigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufbaut, um ein möglichst gutes Abbild des Gesundheitsrisikos jedes einzelnen Versicherten zu haben.

Mit dieser Form der Umverteilung zwischen den Kassen wird den Kassen jedoch der Anreiz genommen, die langfristige Gesundheit ihrer Versicherten z.B. durch Vorsorge zu verbessern. Vorsorge verursacht unmittelbar Kosten; wegen geringerer Ausgleichszahlungen in der Zukunft profitiert die Versicherung aber nicht von den Verbesserungen im Gesundheitszustand. Diese Problematik ist ein weiteres Manko des jetzigen deutschen Systems.

⁷ Denkbar ist auch eine Mischform, bei der Neuversicherte zu einer risikounabhängigen Standardprämie versichert werden und eine Risikoeinstufung nur bei einem Wechsel des Versicherers vorgenommen werden darf. Vgl. hierzu Abschnitt 4.

d) Kurz- oder langfristige Versicherungsverträge?

In der gesetzlichen Krankenversicherung in der jetzigen Form ist die Unterscheidung zwischen kurz- und langfristigem Versicherungsschutz nicht wesentlich: Versicherte können ihr Leben lang bei ihrer Versicherung zu denselben Konditionen wie die anderen Versicherten bleiben, sie können aber auch jährlich oder bei Prämienerrhöhung ihrer Versicherung den Versicherer wechseln. Dabei besteht Kontrahierungszwang für die Versicherungen. Da die Prämien nicht risikoabhängig sind, können auch Hochrisiko-Gruppen von der Wechselmöglichkeit ohne Nachteile Gebrauch machen. Die Krankenversicherer stehen damit unter Druck, ihre Leistungen zu günstigen Prämien anzubieten. Ein Problem bei dieser Wechselmöglichkeit ist aber, wie oben erwähnt, der geringe Anreiz für die Versicherer, in die langfristige Gesundheit ihrer Versicherten zu investieren.

Ganz anders stellt sich die Situation bei risikoabhängigen Prämien dar. Kurzfristige (jährliche) Versicherungsverträge sind nachteilig, da sie zu einem Prämienänderungsrisiko führen. Versicherte müssen das Risiko einer Prämienerrhöhung durch unvorhergesehene Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Konstitution selber tragen. Wählen die Menschen hingegen langfristige und – von Seiten der Versicherung – unkündbare Verträge, so gibt es einen für den Wettbewerb schädlichen Einschließungseffekt. Denn wer zu einem späteren Zeitpunkt als überdurchschnittlich krankheitsanfälliger Versicherter die Versicherung wechseln wollte, müsste bereit sein, bei der neuen Versicherung eine Prämie zu zahlen, die gemäß seinem verschlechterten gesundheitlichen Status gegenüber der alten Prämie erhöht ist. In der deutschen privaten Krankenversicherung kommt noch hinzu, dass der Versicherte seine Alterungsrückstellungen nur teilweise mitnehmen kann. Dadurch wird ein Wechsel zwischen den Kassen noch unattraktiver. Allerdings hat die Versicherung hierdurch einen Anreiz, in die langfristige Gesunderhaltung ihres Versicherten zu investieren, da die dadurch bewirkten Einsparungen in den zukünftigen Krankheitsausgaben ihr wieder zugute kommen. Wie beides gelingen kann, nämlich den Wettbewerb fördernden Wechsel zwischen den Versicherungen zu ermöglichen, gleichzeitig aber auch das langfristige Interesse der Versicherer an der Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wird in Abschnitt 4 diskutiert. Das entscheidende Charakteristikum bei der dort diskutierten langfristigen Option ist, dass Versicherte ihre risikobasierten Alterungsrückstellungen bei Versicherungsverwechsel mitnehmen können.

e) Kapitalaufbau und Altersrückstellungen

Angesichts der in den nächsten Jahrzehnten bevorstehenden Alterung der Bevölkerung und des rasanten medizinischen Fortschritts – verschiedene Hochrechnungen sehen einen An-

stieg der Beitragssätze in der GKV auf bis zu 30 Prozent im Jahr 2040 voraus –, wird diskutiert, ob auch in die Gesetzliche Krankenversicherung ein Element der Kapitaldeckung eingeführt werden soll.⁸ Damit würden die Nachhaltigkeit der Finanzierung gestärkt und nachfolgende Generationen von Beitragszahlern entlastet. Eine Alternative dazu wäre privates Sparen der Bürger; jedoch ist unsicher, ob dies zur Abdeckung der prognostizierten Beitragssteigerungen ausreichend sein kann.

Das Demographieproblem der Finanzierung einer Umlageversicherung hat in den anderen Teilen der Sozialversicherung, der Rentenversicherung und der Pflegeversicherung, ein noch größeres Gewicht als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aber auch in dieser ist die Lücke zwischen den Ausgaben und den Einnahmen, die man zu erwarten hat, wenn die Beitragssätze nicht aus Gründen der demographischen Entwicklung erhöht werden, beträchtlich. Eine Generation, die wenige Kinder aufgezogen hat, muss sich in Anbetracht der gemeinschaftlich begründeten Versorgungsansprüche gemeinschaftlich abverlangen, verstärkt Vorsorge fürs Alter zu treffen.

Will man jedoch die Ansammlung von Kapital bei öffentlich-rechtlichen Trägern einer gesetzlichen Krankenversicherung einführen, so müssen die damit verbundenen Gefahren der Zweckentfremdung bedacht werden. Da hohe Beitragssätze – vor allem dann, wenn sie als Abgaben auf das Arbeitseinkommen erhoben werden – bei den Wählern als unerwünscht gelten, bestehen für die Politiker Anreize, Beitragssätze aus wahltaktischen Gründen zu senken. Ein anschauliches Beispiel dafür liefert die im Jahr 2003 vom Bundesgesundheitsministerium erlassene Erlaubnis an die Krankenkassen, ihre Defizite nicht durch Beitragserhöhungen, sondern durch Kredite zu decken. Ein Kapitalaufbau müsste also durch eine eigentumsrechtliche Absicherung der gebildeten Reserven begleitet werden. Als Beispiel könnte der verfassungsmäßige Eigentumsvorbehalt in der deutschen Rentenversicherung dienen. Allerdings ist es noch nicht entschieden, ob Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung unter den eigentumsrechtlichen Schutz aus Art. 14 GG fallen. Und selbst wenn dies der Fall ist, ist unklar, ob dies den Betroffenen nützt. Denn der Gesetzgeber kann das Eigentum umso stärker einschränken, je höher sein sozialer Bezug ist.

Eine andere, mehr freiheitliche Art, Kapital zu bilden, eröffnen die „Medical Savings Accounts“. Kapital wird hier nicht innerhalb, sondern außerhalb der Krankenversicherungen gebildet. Ähnlich wie bei der „Riester Rente“ halten die Bürgerinnen und Bürger Konten, in die sie

⁸ Ob Alterung (in Form steigender Lebenserwartung) als solche die Gesundheitsausgaben in die Höhe treibt, ist in der Literatur umstritten. Denn Alterung schiebt die kostenintensiven Jahre vor dem Tod hinaus und könnte insofern sogar Ausgaben senkend wirken. Für einen Überblick vgl. Breyer u.a. (2010).

monatlich oder jährlich einen festgelegten Betrag einzahlen. Anders als das Kapital von Krankenkassen bleibt das Kapital der Medical Savings Accounts unter der dauernden Kontrolle der Einzahler. Eine Sozialisierung dieser Rücklagen ist daher nicht möglich. Medical Savings Accounts stellen eine Reserve dar, auf die Menschen insbesondere im Alter zurückgreifen können, wenn die Krankheitskosten ansteigen. MSAs sind derzeit in Singapur, Südafrika, China und den USA eingeführt.

3. Vorstellung und Bewertung der Reformoptionen

Reformoption I: Die „volle Gesundheitsprämie“ und

Reformoption II: Die „halbe Gesundheitsprämie“

Die Reformoptionen I und II gleichen sich in vielen Aspekten, so dass sie im Folgenden zunächst gemeinsam diskutiert werden, bevor auf die Unterschiede eingegangen wird. Sehr gut lassen sich die Eigenschaften der „halben“ und der „vollen“ Gesundheitsprämie an den Beispielen der Länder Schweiz und Niederlande veranschaulichen, wo entsprechende Systeme bereits eingeführt wurden:

- Als Beispiel für die „volle Gesundheitsprämie“ kann die Soziale Krankenversicherung der Schweiz dienen. In der Schweiz wird nämlich der Beitrag in voller Höhe vom Versicherten selbst bezahlt, und zwar in Form einer kassenspezifischen Prämie, die nicht vom Einkommen abhängt, sondern lediglich nach dem Alter des Versicherten in drei Stufen gestaffelt ist. Die drei Stufen betreffen die Erwachsenen (über 25 Jahren), die jungen Erwachsenen (18-25 Jahre) und die Kinder (unter 18 Jahren).⁹
- Die „halbe Gesundheitsprämie“ entspricht weitgehend dem Finanzierungssystem in den Niederlanden. Im Unterschied zur jetzigen Regelung in der Gesetzlichen Krankenversicherung würde dazu der Arbeitnehmeranteil von derzeit 7,9 Prozent der versicherungspflichtigen Einkommen in eine kassenspezifische Prämie überführt, während der Arbeitgeberanteil in seiner lohnbezogenen Form beibehalten und auf dem Niveau von 7 Prozent der gleichen Bemessungsgrundlage eingefroren würde.

Gegner beider Varianten der Gesundheitsprämie bemängeln, es widerspreche den Grundprinzipien eines Sozialstaats, wenn „der Generaldirektor den gleichen Krankenkassenbeitrag entrichten muss wie seine Sekretärin“. Abgesehen davon, dass in Deutschland der Generaldirektor

⁹ Daneben unterscheidet sich die Soziale Krankenversicherung in der Schweiz von der GKV noch dadurch, dass ihr alle Bürger angehören müssen („Bürgerversicherung“).

mit seinem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze typischer Weise ohnehin nicht in der GKV versichert ist, ist das Argument nicht treffend, da der deutsche Sozialstaat überwiegend durch die Umverteilung von *Einkommen* gekennzeichnet ist und nicht durch die Subventionierung von *Preisen*. Auch für Nahrungsmittel, Energie und Wohnraum zahlen Geringverdiener und Spitzenverdiener die gleichen Preise.

Zudem wird von keinem Befürworter der Gesundheitsprämie vorgeschlagen, dieses Modell isoliert einzuführen, sondern stets begleitet von einem steuerfinanzierten Sozialausgleich, zu dem der „Generaldirektor“ – anders als im heutigen System der lohnbezogenen Beiträge – als Steuerzahler zwangsläufig beitragen müsste.

Das System des Sozialausgleichs kann man am Beispiel der sogenannten Prämienverbilligung in der Schweiz verdeutlichen. Diese kann der Versicherte von seinem Kanton erhalten, wenn die Gesamtprämie, die er und seine Familie zu entrichten haben, einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigt (je nach Kanton zwischen 4 und 12 Prozent). Maßgeblich ist allerdings nicht der tatsächlich gezahlte Beitrag, sondern der niedrigste Beitrag einer vom Versicherten wählbaren Krankenkasse. Der Anreiz, eine kostengünstige Kasse zu wählen, bleibt also voll erhalten. Die Prämienverbilligung senkt den Beitrag auf den festgelegten Anteil des Haushaltseinkommens ab. Eine Prämie von 500 Franken (für zwei Erwachsene) mit einer Prämienverbilligung, welche den Beitrag bei 10 Prozent des Haushaltseinkommens kappt, ist aber gleichbedeutend mit einem Beitragssatz von 10 Prozent und einer Beitragsbemessungsgrenze von 5.000 Franken. Im Einkommensbereich unterhalb dieser Grenze hat die effektive Prämienbelastung also die gleiche Wirkung wie eine einkommensbezogene Abgabe – mit dem einzigen Unterschied, dass das maßgebliche Einkommenskonzept in diesem Falle das Gesamteinkommen aus *allen* Quellen ist und nicht allein das Arbeitseinkommen.

In der Schweiz wird neben dem Einkommen auch das Vermögen zur Berechnung eines Anspruchs auf Prämienverbilligung herangezogen. Für dieses Vorgehen spricht, dass dies im übrigen deutschen Transfersystem (z.B. bei der Sozialhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende) auch der Fall ist. Dabei ist aber Folgendes zu bedenken. Zum einen würden damit die Sparanreize geschwächt; zum zweiten wäre es mit der Abschaffung der Vermögensteuer nicht konsistent, das Vermögen an dieser Stelle implizit zu besteuern. Drittens würde ein Sozialausgleich, der das gesamte Haushaltseinkommen berücksichtigt, bereits die aus dem Vermögen fließenden Einkommen anrechnen, und schließlich spricht auch der zusätzliche Verwaltungsaufwand gegen eine Vermögensanrechnung.

Die Finanzierungsebene betrifft auch das wohl am stärksten verbreitete Argument gegen die „volle Gesundheitsprämie“. Es besagt: Der mit ihr einhergehende Sozialausgleich wäre so teuer, dass er aus dem Bundeshaushalt ohne Steuererhöhungen nicht finanziert werden könnte. Wie hoch diese Kosten tatsächlich wären, hängt davon ab, welche der beiden Reformoptionen I („volle Gesundheitsprämie“) oder II („halbe Gesundheitsprämie“) gewählt wird und wie diese im Detail ausgestaltet wird:

- Bei Reformoption II sind die Kosten nur etwa halb so hoch wie bei Option I, weil die Höhe der Prämie, die unter Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags die Ausgaben der Kassen deckte, nur etwa halb so hoch ist wie im anderen Fall.
- Wenn jeder Erwachsene, der in der GKV Versicherungsschutz genießt – also auch der heute beitragsfrei mitversicherte erwachsene Familienangehörige –, die Gesundheitsprämie entrichten muss, ist die Prämie und damit auch der Ausgleichsbedarf geringer, als wenn nur die bisherigen Kassenmitglieder prämienspflichtig werden.

Eine Berechnung hat die PROGNOSE GmbH im Auftrag des Verbands der Bayerischen Wirtschaft erstellt (vbw 2009): Angenommen wird darin eine Gesundheitsprämie von 130 Euro für jeden der 49 Millionen erwachsenen GKV-Versicherten und eine Belastungsgrenze von 8 Prozent des Einkommens. Der Staat übernimmt die Kosten für die Versicherung der Sozialhilfeempfänger und der Kinder der GKV-Mitglieder (insgesamt 16 Milliarden Euro im Jahr). Unter diesen Voraussetzungen sind weitere 12,3 Milliarden Euro jährlich für den Sozialausgleich erforderlich. Die IGES GmbH (Albrecht 2009) errechnete für den Fall, dass nur Mitglieder beitragspflichtig werden (nicht aber mitversicherte Familienangehörige), eine Gesundheitsprämie von 163 Euro und einen Ausgleichsbedarf von 22 Milliarden Euro im Jahr, von denen allerdings noch die 3,9 Milliarden Euro abgezogen werden müssen, um die der Bundeszuschuss im Jahr 2010 erhöht wurde, so dass reichlich 18 Milliarden Euro verbleiben.

Weder die Prognos-Studie noch die IGES-Studie geben Auskunft darüber, welchen Einfluss es auf den öffentlichen Finanzbedarf hätte, wenn die Vermögensposition eines Versicherten dessen Anspruch im Rahmen des Sozialausgleichs mit bestimmte.

Im Übrigen muss man berücksichtigen, dass durch eine Auslagerung der Einkommensumverteilung aus den GKV-Beiträgen viele Versicherte entlastet werden. Das betrifft zunächst einmal alle Mitglieder, deren Arbeitseinkommen zwischen dem Durchschnittslohn und der Beitragsbemessungsgrenze oder darüber liegen. Will man die bisherige Einkommensumverteilung dem Volumen nach unangetastet lassen, so bietet es sich an, die Grenzsteuersätze der Einkommensteuer in diesem Bereich zu erhöhen, womit die Ausgaben für den Sozialausgleich gegenfi-

nanziert werden könnten. In diesem Falle würde die Gesamtbelastung mit Steuern und Abgaben in keinem Einkommensbereich erhöht.

Es kann nicht der Sinn des Sozialausgleichs sein, die in Abschnitt 2.a kritisierten Umverteilungsvorgänge im jetzigen System genau nachzubilden. Daher wird es durch die Umstellung Gewinner und Verlierer geben. Wer dies genau sein wird, hängt davon ab, welche Anpassungen im Einkommensteuertarif vorgenommen werden, um den Sozialausgleich zu finanzieren. Daher kann man nur Tendenzaussagen treffen. Gewinner werden diejenigen GKV-Mitglieder sein, die ein leicht überdurchschnittliches Arbeitseinkommen, aber nur geringe sonstige Einkünfte haben. Sie werden bei den Krankenkassenbeiträgen stärker entlastet, als sie bei der Einkommensteuer zusätzlich belastet werden. Verlierer sind diejenigen, die im Steuersystem mehr belastet, aber bei den GKV-Beiträgen wenig oder gar nicht entlastet werden, nämlich vor allem

- privat Krankenversicherte, darunter die meisten Beamten,
- Bezieher nennenswerter Nicht-Arbeitseinkommen,
- GKV-versicherte Ehepaare, von denen ein Partner ein hohes Arbeitseinkommen bezieht, während der andere wenig oder nichts verdient.

Gegner des Modells bemängeln, dass durch den Sozialausgleich ein großer Teil der Bevölkerung – in der Schweiz sind knapp 40 Prozent, in den Niederlanden sogar 70 Prozent der Bevölkerung Empfänger des Sozialausgleichs (Greß u.a. 2010) – zu Bittstellern degradiert würde. Diese Kritik ist nicht triftig, da der Sozialausgleich (ähnlich wie in den Niederlanden) gemeinsam mit dem Lohnsteuer-Jahresausgleich beim Finanzamt vorgenommen werden könnte.

Ein besonderer Vorteil der Gesundheitsprämie ist in der mit ihr verbundenen größeren Transparenz für die Versicherten hinsichtlich des Preises für ihren Versicherungsschutz zu sehen. Wenn der Beitrag als Euro-Betrag ausgedrückt ist, kann er leichter zwischen den Krankenkassen verglichen werden, was die Wechselbereitschaft erhöhen und damit den Wettbewerb zwischen den Kassen intensivieren dürfte. Solange der Beitrag lediglich in Form eines Prozentsatzes vom Lohneinkommen ausgedrückt wurde, wechselten weniger Versicherte die Kasse, als es aufgrund der effektiven Preisdifferenz zu erwarten gewesen wäre (vgl. Tamm u.a. 2007).¹⁰

Das gleiche gilt für den Wettbewerb zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, der derzeit durch die Umverteilungselemente in der GKV verzerrt ist. Durch die „volle Gesundheitsprämie“ käme ein unverzerrter Preiswettbewerb zustande, die „halbe Gesundheitsprämie“ stellte immerhin einen großen Schritt in diese Richtung dar.

¹⁰ Chetty u.a. (2009) zeigen, dass die Reaktion von Konsumenten auf Preise von deren Sichtbarkeit („salience“) abhängt.

Beide Prämienmodelle versprechen zudem mehr Nachhaltigkeit der Finanzierung: Anders als im heutigen System sinkt mit Eintritt eines Versicherten in das Rentenalter der Beitrag nicht automatisch im selben Maße ab, wie die Rentenhöhe geringer ist als das vorherige Arbeitseinkommen. Die Gesundheitsprämie bleibt gleich, und ob der Versicherte einen Sozialausgleich beanspruchen kann, hängt von seinem gesamten Einkommen ab und nicht nur von der Rentenhöhe.

Manche sehen außerdem in der Entkopplung des Krankenkassenbeitrags vom Lohneskommen eine Entlastung des Faktors Arbeit und damit einen Schritt zu mehr Effizienz auf dem Arbeitsmarkt. Dies ist jedoch nur teilweise richtig. Falls der Arbeitgeberbeitrag aufrechterhalten wird, wirkt sich beim Arbeitgeber allenfalls das Einfrieren des Beitragssatzes positiv aus. Bei Versicherten, die einen Sozialausgleich erhalten, werden hingegen acht Prozent ihres Einkommens auf diesen Anspruch angerechnet, so dass nach wie vor ein Anreiz besteht, weniger Arbeit anzubieten als bei einer festen Prämie. Bei den übrigen Versicherten entsteht zunächst durch den Wegfall des lohnbezogenen Beitrags eine Verringerung der Abgabenlast, die auf dem Arbeitseinkommen liegt. Dem stehen Steuererhöhungen zur Finanzierung des Sozialausgleichs gegenüber, die jedoch eine breitere Bemessungsbasis haben und daher prozentual geringer ausfallen werden, so dass es per saldo zu einer gewissen Entlastung des Faktors Arbeit kommt.

Schließlich macht der Übergang zur Gesundheitsprämie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung weniger konjunkturabhängig. Sinken bisher die Einnahmen der GKV bei einem Rückgang der Lohneskommen, würde dies bei Option I nicht mehr der Fall sein, bei Option II lediglich im Ausmaß des Arbeitgeberanteils.

Ein bei der Reformoption I zusätzlich zu regelndes Übergangs-Problem wirft der plötzliche Wegfall des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf. Der Sinn der Reform ist ja nicht die Entlastung der Arbeitgeber. Zur Kompensation könnten zum Stichtag der Umstellung die Arbeitgeber verpflichtet werden, den Arbeitgeberbeitrag an die Arbeitnehmer auszuzahlen. Das erhöhte Einkommen der Arbeitnehmer wäre mit einem zusätzlichen Steueraufkommen verbunden, die durch eine Erhöhung des Sonderausgabenabzugs wettgemacht werden könnte.

Ein Vorteil von Option II gegenüber Option I liegt darin, dass die Arbeitgeber weiterhin formal an der Finanzierung beteiligt wären, somit die in Option I notwendige Kompensation wegfallen würde und darüber hinaus die Prämie der Beschäftigten wie bisher von den Arbeitgebern einbehalten und weitergeleitet werden könnte. Die Frage, wie die Prämien für nicht berufstätige Kassenmitglieder erhoben werden sollen, ist damit allerdings noch nicht beantwortet. Zu klären wäre außerdem in Option II, in welcher Form die Arbeitgeberanteile weitergeleitet wer-

den. Hier gibt es zwei Möglichkeiten. Die eine wäre, den Arbeitgeberanteil über einen dann kleineren Gesundheitsfonds mit Risikostrukturausgleich an die Krankenversicherungen weiterzuleiten. Die andere wäre, zu einem System wie *vor* der Einführung des Gesundheitsfonds zurückkehren. In diesem Falle flössen die Arbeitgeberanteile direkt an die Krankenversicherung des Beschäftigten. Dies würde die Abschaffung des Gesundheitsfonds erlauben. Der Risikostrukturausgleich wäre dann wieder separat zu organisieren. Ihm fiel dann aber auch erneut die – nun etwas kleinere – Aufgabe des einnahmeseitigen Finanzkraftausgleichs zwischen den Kassen zu, die jetzt der Gesundheitsfonds mit erledigt.

Die „halbe Gesundheitsprämie“ verbindet das Element eines lohnabhängigen Systems (bei den Arbeitgeberbeiträgen) mit dem Element einer Gesundheitsprämie. Wenn zusätzlich Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt notwendig sind, ist diese Mischfinanzierung nicht sehr transparent. Es ist daher davon abzuraten, dieses Problem durch eine schrittweise Einführung einer Pauschale für den Arbeitnehmeranteil zu verstärken.

Reformoption III: Die „kleine Gesundheitsprämie“

Die dritte Variante der Gesundheitsprämie beinhaltet gegenüber dem Status Quo nicht so große Änderungen wie die beiden ersten (insbesondere bleibt der Gesundheitsfonds erhalten): Der Bundesgesundheitsminister wird vom Gesetzgeber beauftragt, die Höhe des für alle Kassen geltenden allgemeinen Beitragssatzes jeweils so zu bemessen, dass die kostengünstigsten Krankenkassen gerade ohne oder mit einem sehr geringen Zusatzbeitrag (bis maximal 10 Euro pro Monat) auskommen. Die „Überforderungsklausel“, die die Höhe der Zusatzbeiträge begrenzt, wird gestrichen, den Kassen also völlige Freiheit bei der Festsetzung des Zusatzbeitrags eingeräumt. Wichtig ist außerdem: Der Zusatzbeitrag wäre von jedem erwachsenen Versicherten zu entrichten, nicht nur von den beitragspflichtigen Mitgliedern und er müsste in einem einkommensunabhängigen Festbetrag bestehen.

Die Überforderungsklausel ist schon heute aus sozialpolitischer Sicht entbehrlich, da die Versicherten jederzeit die Möglichkeit haben, die Kasse zu wechseln, wenn sie sich von der Höhe des Zusatzbeitrags überfordert fühlen. Einzige Voraussetzung dafür ist, dass es Kassen gibt, deren Zusatzbeiträge niedrig genug sind, niemanden zu überfordern.

Erst durch die Aufhebung der Begrenzung kann der Zusatzbeitrag die Funktion übernehmen, für einen wirksamen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu sorgen. Es ist nicht einfach, die Spanne der Zusatzbeiträge, die sich einstellen mag, zu prognostizieren. Seit der Einführung des Gesundheitsfonds ist auch der Risikostrukturausgleich durch eine Morbiditätskomponente verfeinert worden. Deshalb kann man mit einer Rechnung nicht ohne Korrektur an den

Erfahrungen aus der Zeit vor dem Gesundheitsfonds anschließen. Eine Größenordnung der Spanne von 30 Euro ist wahrscheinlich.

Die Fühlbarkeit eines Zusatzbeitrags in dieser Höhe und damit der Wettbewerbsdruck, der von entsprechend großen Beitragsdifferenzen ausginge, würde auch noch davon gewinnen, dass der Zusatzbeitrag eben als Betrag erfahren wird und nicht wie früher als prozentuale Beitragssatzdifferenz, von der zudem die Hälfte vom Arbeitgeber getragen wurde. Dies dürfte zur Folge haben, dass ein enormer Druck auf die teuren Kassen ausgelöst wird, Kosten einzusparen, um den Zusatzbeitrag senken zu können. Diesen Druck müssten die Kassen an die Leistungserbringer wie Ärzte und Krankenhäuser weitergeben, wodurch auch auf dieser Ebene das Interesse entstünde, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung zu verbessern. Ein Indiz für die Wirkung des Zusatzbeitrags liefert die Zahl von 250.000 Kassenwechslern im ersten Quartal 2010 nach Einführung von Zusatzbeiträgen durch einige große Kassen.

Einige der oben beschriebenen administrativen Probleme einer Umstellung auf Gesundheitsprämien würden bei Option III entfallen. So könnte man den Arbeitgebern zumuten, auch die Zusatzbeiträge im Quellenabzugsverfahren an die Krankenkassen ihrer Beschäftigten zu entrichten. Der gravierende Nachteil bestünde darin, dass die unbefriedigende Situation eines zweiten Systems der Einkommensumverteilung nicht beseitigt würde.

4. Eine denkbare Langfrist-Perspektive: die „marktwirtschaftliche Gesundheitsprämie“

Es soll abschließend eine Konzeption diskutiert werden, die so wesentliche Änderungen in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung einbringen würde, dass sie kurz- und mittelfristig nicht zu realisieren sein wird. Es geht um das Modell einer rein marktwirtschaftlichen Gesundheitsprämie. Die bisher vorgestellten Reformvarianten können einen ersten Schritt dorthin bilden.

Die Grundidee der „marktwirtschaftlichen Gesundheitsprämie“, die auf Donges u.a. (2002) zurückgeht, besteht darin, dass jeder Versicherte durch einen langfristigen Versicherungsvertrag gegen eine Verschlechterung seines Gesundheitsrisikos geschützt ist, dass die Versicherungen dieses Risiko übernehmen und dafür adäquate Rückstellungen ausweisen müssen. Daher haben sie den Anreiz, alles zu tun, um durch Prävention dieses Risiko zu dämpfen. Der Begriff „Versicherungen“ kann sich dabei sowohl auf gesetzliche Krankenkassen als auch auf private Krankenversicherungen beziehen. Die regulatorischen Voraussetzungen für die marktwirtschaftliche Gesundheitsprämie wären:

- 1) die Vorgabe eines Katalogs von Regelleistungen für Krankenversicherungen durch den Staat.
- 2) die Verpflichtung aller Krankenversicherungen, im Umstellungszeitpunkt jeden Bürger und später jeden Neugeborenen zu einer nicht vom individuellen Risiko abhängigen gruppenspezifischen Standardprämie in einen Vertrag mit Regelleistungen aufzunehmen und diese Prämie nur in dem Maße anzupassen, wie sich die allgemeinen Krankheitskosten erhöhen,
- 3) die Ermächtigung aller Krankenversicherungen zu freier Prämienbildung bei Wechsel eines Versicherten,
- 4) die Verpflichtung aller Krankenversicherungen, für alle Versicherten Altersrückstellungen zu bilden und diese den einzelnen Versicherten nach Maßgabe ihres individuellen Krankheitsrisiko zuzuordnen,¹¹ und
- 5) die Verpflichtung aller Krankenversicherungen, beim Wechsel eines Versicherten zu einer anderen Versicherung die individuelle Altersrückstellung auf die neue Versicherung zu übertragen.

Unter diesen Voraussetzungen wird ein Versicherter die Versicherung wechseln, wenn er danach eine günstigere Prämie zahlt als vorher. Diese kann auf Unterschieden zwischen den Versicherungen beim Tarif für die gleichen Versicherungsbedingungen beruhen oder auf Unterschieden zwischen den Versicherungen bei der Einschätzung und Bewertung des individuellen Versicherungsrisikos, das ein Versicherter darstellt.

Die praktischen Voraussetzungen für ein solches System zu schaffen, dürfte schwieriger sein. Zum einen gibt es bisher in Krankenversicherungssystemen keine Erfahrungen mit übertragbaren Altersrückstellungen, die am individuellen Versicherungsrisiko dessen, der eine Versicherung wechselt, ausgerichtet sind. Zum anderen kommt ein System mit rein marktwirtschaftlichen Gesundheitsprämien zwar langfristig ohne Risikostrukturausgleich aus. Krankenkassen, die risikogerechtere Rückstellungen gebildet haben, brauchen so etwas nicht. Aber vorläufig haben die gesetzlichen Kassen diese Rückstellungen nicht und auch die privaten Krankenversicherungen womöglich nicht in ausreichender Höhe.

Attraktiv an der geschilderten Regulierung ist die Aussicht, dass auf diesem Wege alle am Anfang dieses Gutachtens genannten Reformziele zumindest teilweise erreicht werden könnten:

¹¹ Einen Vorschlag, wie dies regulatorisch erreicht werden kann, ohne den Wechsel zu behindern, haben Nell und Rosenbrock (2008) unterbreitet.

- Den Unterschied zwischen Privatpatienten und Kassenpatienten würde es nicht mehr geben, wenn auch weiterhin ein Unterschied zwischen denen, die viel, und denen, die wenig für Zusatzversicherungen ausgeben, bestehen würde.
- Die nötige Vorsorge angesichts der Belastungen aus der demographischen Entwicklung und der medizinischen Entwicklung käme, anders als bei den ersten drei Reformvarianten, auch in der Krankenversicherung in Gang.
- Bei keiner anderen Reformvariante würde für die Intensivierung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen vergleichbar viel gewonnen. Voll wirksamen Wettbewerb ohne freie Preisbildung gibt es nicht. Und von freier Preisbildung kann nicht gesprochen werden, wenn die Versicherungen genötigt sind, für die Versicherung unterschiedlicher Risiken einen Einheitspreis zu verlangen. Die Notwendigkeit, unterschiedliche Risiken zu einheitlichen Prämien zu versichern, gäbe es beim hier erörterten Konzept nur aus Anlass des Übergangs vom alten zum neuen System in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- Der administrative Risikostrukturausgleich würde langfristig obsolet, wenn die Krankenkassen aus den überkommenen Unterschieden in der Risikostruktur der Versichertenbestände herausgewachsen sind und sobald sie ausreichend hohe Rücklagen gebildet haben, um der Möglichkeit gewachsen zu sein, dass auch im freien Wettbewerb Wechselfälle bei der Risikostruktur auftreten können, die den Rückgriff auf erhebliche Reserven erfordern. Damit würde das Eigeninteresse den Versicherungen gebieten, die Gesundheitsrisiken ihrer Versicherten möglichst richtig einzuschätzen und diese wo immer möglich zu verringern.

Wegen der aufgezeigten Probleme kommt dieses Modell kurzfristig nicht als Lösung für die gesetzliche Krankenversicherung in Frage. Es sollte aber in der privaten Krankenversicherung erprobt werden. Falls es sich dort als funktionsfähig erweist, könnte man prüfen, ob und wie es auch auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen werden kann.

Beginn des Minderheitsvotums Eine Minderheit des Beirats hat ernste fachliche Bedenken gegen die Einschätzung, dass sich die unterstellten positiven Effekte der sogenannten „marktwirtschaftlichen Gesundheitsprämie“ in einem freien Krankenversicherungsmarkt herausbilden würden. **Ende des Minderheitsvotums**

5. Handlungsempfehlung

Mit dem bisherigen System der Gesetzlichen Krankenversicherung leicht zu vereinbaren sind die drei in Abschnitt 3 genannten Reformoptionen. Wenn es allein um die Stärkung des Wettbewerbs geht, sind alle drei Optionen im Prinzip gleich gut geeignet. Berücksichtigt werden muss aber auch, dass das bisherige System der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung Umverteilungsmechanismen enthält, die nicht dem Krankenversicherungsschutz dienen und normativ nicht begründet werden können. Die Ungerechtigkeiten, die sich mit den überkommenen Beitragsregeln verbinden, werden zudem immer gravierender, je höher die Beiträge werden, welche die Entwicklung im Gesundheitswesen bedingt. Will man diesen Mangel des Systems beseitigen und die Einkommensumverteilung aus der Krankenversicherung heraus verlagern, so bietet sich die Reformoption I, die „volle Gesundheitsprämie“, an. Die Reformoption II wäre immerhin ein großer Schritt in die richtige Richtung. Der erforderliche Sozialausgleich könnte gemeinsam mit dem Lohnsteuerjahresausgleich beim Finanzamt vorgenommen werden.

Wegen des administrativen Aufwands ist von Mischlösungen zwischen den Optionen II und III abzuraten.

Die „marktwirtschaftliche Gesundheitsprämie“ würde einen Systemwechsel erfordern. Sie beinhaltet als zentrales Element eine übertragbare, am individuellen Gesundheitsrisiko ausgerichtete Alterungsrückstellung. Dieses Modell sollte in der Privaten Krankenversicherung erprobt werden. Wenn die Erfahrungen mit einer solchen Lösung positiv sind, so kann man zu einem späteren Zeitpunkt darüber nachdenken, ob und wie das Konzept auch auf die Gesetzliche Krankenversicherung übertragen werden kann.

Literatur

- Albrecht, Michael (2009), Wie “teuer” wären einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge? *Die Ersatzkasse* 12/2009.
- Breyer, Friedrich, Joan Costa-i-Font und Stefan Felder (2010), Ageing, Health and Health Care, erscheint in: *Oxford Review of Economic Policy* 26, Special Issue on the Economics of Ageing.
- Bundesregierung (2008), *Rentenversicherungsbericht 2008*, Deutscher Bundestag Drucksache 16/11060 vom 21. 11. 2008
- Chetty, Raj, Adam Looney und Kory Kroft (2009), Saliency and Taxation: Theory and Evidence, *American Economic Review* 99: 1145-1177.
- Donges, Jürgen B. u.a. (Kronberger Kreis) (2002), *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*, Berlin.
- Eekhoff, Johann, Vera Bünnagel, Susanne Kochskämper und Kai Menzel (2008), Nachhaltigkeit und Effizienz für das Deutsche Gesundheitssystem, Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2008.
- Greß, Stefan, Stephanie Heinemann und Klaus Jacobs (2010), Spicken bei den Nachbarn, *Gesundheit und Gesellschaft* 13, Ausgabe 1, 21-25.
- Kifmann, Mathias und Kerstin Roeder (2008), Can Risk-Based Premiums Be More Equitable than Social Insurance?, unveröffentlichtes. Manuskript, Universität Augsburg.
- Nell, Martin und Stephan Rosenbrock (2008), Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 9, 173-195.
- Oberender, Peter, Volker Ulrich, Stefan Felder, Udo Schneider, Andreas Werblow und Jürgen Zerth (2006), *Bayreuther Versichertenmodell: Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen*, Bayreuth.
- Richter, Wolfram (2009), Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 10, 469-479.
- Rochet, Jean-Charles (1991), Incentives, Redistribution and Social Insurance, *Geneva Papers on Risk and Insurance Theory* 16, 143-165.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002), *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung*, Baden-Baden.
- Tamm, Marcus, Harald Tauchmann, Jürgen Wasem und Stefan Greß (2007), Elasticities of Market Shares and Social Health Insurance Choice in Germany: A Dynamic Panel Approach, *Health Economics* 16, 243–256.
- vbw - Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2009), Der Regionale Gesundheits-Kombi. Berechnungen zum Finanzvolumen eines sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung, [url: http://www.vbw-bayern.de](http://www.vbw-bayern.de).
- „Wachstum, Bildung, Zusammenhalt“. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, 17. Legislaturperiode, vom 27.10.2009.

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2006), „Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung“, Gutachten vom 13. Mai 2006.

Zweifel, Peter und Michael Breuer (2006), The Case for Risk-based Premiums in Public Health Insurance, *Health Economics, Policy and Law* 1, 171-188.

*Mitgliederverzeichnis***Das Gutachten wurde vorbereitet von folgenden Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie**

Prof. Dr. Friedrich Breyer (Federführung, Stellvertretender Vorsitzender)
Professor für Volkswirtschaftslehre
an der Universität Konstanz

Prof. Dr. Claudia M. Buch (Vorsitzende)
Professor für Wirtschaftstheorie,
insbesondere Geld und Währung,
an der Universität Tübingen

Prof. Dr. Eckhard Janeba
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft
und Wirtschaftspolitik an der Universität Mannheim

Prof. Dr. Olaf Sievert
Präsident der Landeszentralbank in den
Freistaaten Sachsen und Thüringen, Leipzig i.R.
Honorarprofessor an der Universität des Saarlandes

Prof. Achim Wambach, Ph.D.
Professor für Staatswissenschaften an der Universität zu Köln

Das Gutachten wurde beraten von folgenden Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie

Professor Dr. Hermann Albeck
Em. Professor für Volkswirtschaftslehre
an der Universität Saarbrücken

Professor Dr. Charles B. Blankart
Professor für Wirtschaftswissenschaften
an der Humboldt-Universität zu Berlin

Professor Dr. Christoph Engel
Direktor am Max-Planck-Institut
zur Erforschung von Gemeinschaftsgütern und
Professor für Rechtswissenschaften
an der Universität Osnabrück

Professor Dr. Armin Falk
Abteilung für Empirische Wirtschaftsforschung
Lehrstuhl für Rechts- und Staatswissenschaften an der Universität Bonn

Professor Dr. Hans Gersbach
Professor für Wirtschaftspolitik
CER-ETH – Center of Economic Research
at ETH Zürich, Schweiz

Professor Dr. Martin Hellwig
Direktor am Max-Planck-Institut zur Erforschung von Gemeinschaftsgütern und
Professor an der Universität Bonn

Professor Dr. Helmut Hesse
Präsident der Landeszentralbank in der Freien Hansestadt
Bremen, in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt i.R.
Honorarprofessor für Volkswirtschaftslehre
an der Universität Göttingen

Professor Dr. Günter Knieps
Direktor des Instituts für Verkehrswissenschaft
und Regionalpolitik; Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Professor Dr. Wernhard Möschel
Professor für Bürgerliches Recht,
Handels- und Wirtschaftsrecht
an der Universität Tübingen

Professor Dr. Manfred Neumann
Em. Professor für Volkswirtschaftslehre
an der Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Manfred J.M. Neumann
Professor für Wirtschaftliche Staatswissenschaften,
insbesondere Wirtschaftspolitik,
an der Universität Bonn

Professor Dr. Albrecht Ritschl
Professor für Wirtschaftsgeschichte an der Humboldt-Universität zu Berlin,
Economic History Department, London School of Economics

Professor Dr. Helmut Schlesinger
Präsident der Deutschen Bundesbank i.R.
Honorarprofessor an der Hochschule für
Verwaltungswissenschaften Speyer

Professor Dr. Monika Schnitzer
Professor für Volkswirtschaftslehre
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Professor Dr. Hans-Werner Sinn
Präsident des Ifo-Instituts München
Professor für Nationalökonomie und Finanzwissenschaft
Universität München

Professor Dr. Roland Vaubel
Professor für Volkswirtschaftslehre
an der Universität Mannheim