

JOHANN EEKHOFF

Vorschläge für zukunftsfeste Systeme der Kranken- und Pflegeversicherung

I. Besonderheiten der Kranken- und Pflegeversicherung

Die Diskussion über Reformen der Kranken- und Pflegeversicherung reißt nicht ab. Die günstige konjunkturelle Entwicklung, die den Sozialversicherungen höhere Beitragseinnahmen beschert, verschafft nur eine Atempause. Das ist die Zeit, in der über die Richtung und die Schrittfolge der Stabilisierungsmaßnahmen nachgedacht werden kann, aber auch dringend nachgedacht werden muss. Dabei sind nicht nur die Ziele, sondern auch die speziellen Funktionsbedingungen der verschiedenen Sicherungssysteme zu beachten.

1. Keine echten Versicherungen

Die Krankenversicherung, aber auch die Pflegeversicherung sind keine echten Versicherungen, die durch unabhängige und nicht beeinflussbare Risiken gekennzeichnet sind. Vielmehr hängen in diesen Versicherungen sowohl der Eintritt eines Versicherungsschadens als auch der Umfang des Schadens in erheblichem Maße vom Verhalten des Versicherten und der Ärzte ab – und zwar nicht nur in extremen Ausnahmefällen, die aufgrund der großen Fallzahlen vernachlässigt werden könnten. Mit jedem Arztbesuch wird ein Versicherungsfall ausgelöst und es bleibt im Wesentlichen dem Arzt überlassen, welche Untersuchungen er durchführt, wie er den Patienten behandelt und welche Medikamente er verschreibt.

Daraus ergibt sich sowohl in privaten als auch in gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen ein zusätzliches Problem, die Kosten zu begrenzen. Die Möglichkeiten, eine unangemessene Inanspruchnahme der Versicherung durch unterschiedliche Formen der Selbstbeteiligung, Beitragsrückerstattungen und Bonuszahlungen abzumildern, sollen hier nicht weiter behandelt werden.

2. Begünstigte in den Sozialversicherungen tragen nicht die tatsächlichen Kosten der Versicherung

Weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch in der gesetzlichen Pflegeversicherung werden risikoäquivalente Prämien gezahlt, weil gleichzeitig soziale Ziele

bzw. Umverteilungsziele mit der Beitragserhebung verbunden werden. Grundsätzlich wird der Beitrag innerhalb der Beitragsbemessungsgrenzen nach der Höhe des Lohnes und somit gerade nicht nach der Höhe des Krankheits- oder Pflegerisikos bemessen. Der Beitrag entspricht einer proportionalen Lohnsteuer. Oberhalb der oberen Beitragsbemessungsgrenze bleibt der Beitrag konstant. Unterhalb der unteren Beitragsbemessungsgrenze, die identisch ist mit der Versicherungspflichtgrenze, werden von der Systematik her keine Versicherten aufgenommen. Aufgrund von Sonderregelungen und Verträgen können aber auch Empfänger von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II versichert werden, wenn in etwa kostendeckende Beiträge von den Trägern der sozialen Hilfen eingezahlt werden. Schließlich wird in den Umlageverfahren ein Teil der Belastungen auf künftige Generationen verlagert. Aufgrund der demographischen Entwicklung ergeben sich daraus gewaltige Vorbelastungen für die späteren Beitragszahler.

Angesichts dieser Ausgangssituation ist zu fragen, wie die angestrebten Verteilungs- und Mindestsicherungsziele präziser und effizienter erreicht, ob und wie die demographischen Verzerrungen aufgefangen und wie die knappen Mittel effizienter genutzt werden können. Alle Schritte zur Reform der Kranken- und Pflegeversicherung sollten sich in ein konsistentes Gesamtkonzept einfügen und geeignet sein, die bestehenden Systeme zu stabilisieren bzw. den Übergang auf neue stabile Systeme zu gestalten. Damit ist nicht die langfristige Existenz gemeint – nach dem Motto „das System hat sich bewährt, weil es auch nach Jahrzehnten immer noch besteht“, sondern die dauerhafte Sicherung einer hohen Leistungsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung.

Eine grundlegende Voraussetzung für funktionsfähige Versicherungen besteht darin, die Ansprüche an das jeweilige System – also die geforderten bzw. zugesagten Leistungen – mit den verfügbaren Ressourcen in Einklang zu bringen. Grundsätzlich müssen die Kosten in vollem Umfang von den Versicherten getragen werden.

Gegenwärtig gibt es die Sorge, das bestehende Niveau der Gesundheits- und Pflegeleistungen könne möglicherweise nicht auf Dauer finanziert werden, weil sich die Finanzierungsbasis nicht ohne negative Rückwirkungen auf die wirtschaftlichen Grundlagen ausweiten lässt und weil sich die Altersstruktur gravierend verändert. Wenn somit die bisherige Praxis, die Beitragssätze zu erhöhen, um steigende Kosten und neue Behandlungsmethoden zu finanzieren, nicht einfach fortgesetzt werden kann, bleibt keine andere Möglichkeit, als nach Effizienzreserven zu suchen und letztlich den Leistungsumfang stärker einzugrenzen.

II. Ansprüche zu Lasten Dritter und geringe Effizienz

Die Bürger wünschen sich eine umfassende Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen. Sie richten ihre Ansprüche in den bestehenden Umlagesystemen an den Staat, der den Umfang der Leistungen bestimmt – immer in der Hoffnung, nur einen Teil der Kosten selbst tragen zu müssen. Die Mehrzahl der Bürger geht davon aus,

dass eine Ausweitung der Versicherungsleistungen im Umlageverfahren vorwiegend von den Arbeitgebern, den „Besserverdienenden“ und von den nachfolgenden Generationen gezahlt wird (Umverteilungssillusion).

Politiker aller Parteien neigen immer wieder dazu, den Versicherten die bestmögliche medizinische Versorgung und die Vermeidung von Altersarmut im Pflegefall zu versprechen, und zwar unabhängig vom individuellen Einkommen des jeweiligen Versicherten. Viele Bürger gehen davon aus, dass die Gesundheits- und Pflegeleistungen durch staatliche Vorgaben in den Umlagesystemen und gegebenenfalls durch Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten problemlos ausgeweitet werden können (Illusion der kostenlosen öffentlichen Hilfen).

Individuell versuchen die Versicherten, möglichst viele Leistungen in Anspruch zu nehmen. Da sie nicht unmittelbar für die Leistungen zahlen und häufig nicht einmal erfahren, welche Kosten sie verursachen, ist dieses Verhalten rational und nachvollziehbar. Unabhängig von der Höhe der Kosten werden die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten wahrgenommen, von denen sich der Versicherte noch einen marginalen Vorteil verspricht (Null-Kosten-Illusion). Die Praxispauschale und andere Formen der Selbstbeteiligung dämpfen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen nur wenig ein.

Bei den meisten Gütern und Dienstleistungen kann der einzelne Bürger nur im Rahmen seines Einkommens bestimmen, wie viel er von einem Gut konsumieren will. Er muss unmittelbar für jede Leistung zahlen. In der Krankenversicherung gibt es diesen direkten Zusammenhang zwischen Leistung und Gegenleistung nicht. In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht auch nur ein sehr loser mittelbarer Zusammenhang zwischen den Leistungen und Beiträgen, weil die Versicherten mit vergleichsweise geringem Einkommen auch auf indirektem Wege nicht die vollen Kosten der Gesundheitsleistungen übernehmen müssen.

Da jedem Bürger in unserer Gesellschaft eine Mindestversorgung mit Gesundheitsleistungen gewährleistet wird, auch wenn er dafür nicht aufkommen kann, gibt es ein Interesse daran, dass jeder Bürger eine Kranken- und Pflegeversicherung abschließt. Die Versicherungspflicht soll mindestens den Leistungsumfang haben, der mittellosen Menschen von der Gesellschaft zur Verfügung gestellt würde. Anders gewendet: Mit der Vorgabe einer Versicherungspflicht muss der Staat festlegen, welche Mindestleistungen versichert sein müssen, um die Versicherungspflicht zu erfüllen (Mindestleistungskatalog). Das gesellschaftlich garantierte Mindestniveau ist selbstverständlich vom allgemeinen Wohlstandsniveau in einem Land abhängig.

Die Versicherungspflicht lässt sich wie folgt begründen: Wenn ein Bürger über den Lebenszyklus ein hinreichendes Einkommen erzielt, um seinen Lebensunterhalt einschließlich der Versicherungsleistungen selbst zu bestreiten, soll er die Gesellschaft nicht in Anspruch nehmen. Es soll verhindert werden, dass insbesondere junge Menschen auf eine Versicherung verzichten, obwohl sie die Beiträge bzw. Prämien zahlen könnten, und in einer späteren Lebensphase auf Hilfen der Gesellschaft angewiesen sind, weil sie krank werden und gegebenenfalls die hohen Gesundheitskosten nicht tragen können.

Will man die Leistungsfähigkeit der Kranken- und Pflegeversicherung stärken und gegen Risiken aus der demographischen Entwicklung absichern, muss man genauer in das bestehende System hineinschauen und die wichtigsten Defizite identifizieren. Dabei wird sichtbar, dass die größten Gefahren für die Nachhaltigkeit der Systeme in den bestehenden Umlagesystemen angelegt sind.

(1) Da es in den Umlagesystemen keine klare Entsprechung von Leistung und Gegenleistung gibt, also keine risikoäquivalenten Versicherungsprämien, fehlt eine wirksame Begrenzung der Inanspruchnahme von Leistungen. Abgesehen von der generellen Unterschätzung der Kosten zusätzlicher Leistungen kann ein großer Teil der Versicherten davon ausgehen, dass sich die Kosten für zusätzliche Leistungen nicht voll in ihren Beiträgen niederschlagen. Die Versicherten werden deshalb mehrheitlich die Politiker drängen, den Leistungskatalog auszuweiten. Verschärft wird die Forderung nach zusätzlichen Leistungen durch die so genannten Einführungsgewinne im Umlageverfahren. Wird eine neue Leistung in den Leistungskatalog aufgenommen, kann sie unmittelbar von allen Versicherten in Anspruch genommen werden, auch wenn dafür von den bereits Erkrankten, den Älteren aber auch den mittleren Generationen keine angemessenen Beiträge gezahlt werden (Einführungsgewinne). Ein Teil der Kosten wird auf die jungen Versicherten und vor allem auf künftige Generationen umgelegt. Die jetzigen Versicherten gehören weit überwiegend zu den Gewinnern höherer Leistungen. Verlierer sind die jungen gerade in die Versicherung eingetretenen und die künftigen Versicherten – Verlierer hauptsächlich aufgrund der überproportional steigenden Beiträge als Folge der sich verändernden Altersstruktur und der steigenden impliziten Verschuldung.

(2) Die Umlageverfahren sind kein geeigneter Anknüpfungspunkt für eine Einkommensumverteilung und eine soziale Mindestsicherung. Die Höhe des Lohnes bildet die Bedürftigkeit und die Leistungsfähigkeit eines Versicherten nur sehr unvollständig ab. Die Ärmsten werden in diesen Systemen nicht aufgefangen: Wer weniger als 401 Euro verdient, wird von der gesetzlichen Krankenversicherung und von der gesetzlichen Pflegeversicherung gar nicht aufgenommen. Hier wird der Bürger auf das allgemeine Sozialsystem verwiesen. Die Träger der allgemeinen sozialen Hilfen müssen dann wie erwähnt einen kostendeckenden Beitrag an die Versicherung zahlen. Wer im Pflegefall über die Höchstbeträge hinauskommt, muss die überschießenden Kosten selbst tragen oder Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Wer von einem Sozialsystem verlangt, dass die Leistungsstärksten für die Leistungsschwächsten eintreten, kann die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung nicht als Sozialsysteme ansehen. Auch die Umverteilung läuft systematisch in die falsche Richtung, wenn neben dem Lohneinkommen andere Einkünfte erzielt werden und wenn Vermögen vorhanden ist.

(3) Die Leistungsfähigkeit der Umlagesysteme wird erheblich eingeschränkt, weil es keinen hinreichenden Wettbewerb zwischen den Versicherungen gibt. Mit dem Risikostrukturausgleich gelingt es nicht, echte Wettbewerbsbedingungen herzustellen. Ein funktionierender Wettbewerb setzt voraus, dass sich die Preise und Versicherungsprämien am Markt bilden können. Die Beiträge richten sich aber nach der Höhe des Lohneinkommens und nicht nach dem versicherten Risiko. Wegen der Wettbewerbs-

störung auf dem Versicherungsmarkt kommt es auch nicht zu einem effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern.

III. Ausgleich von Leistungserstellung und Finanzierung innerhalb der Systeme?

In der Pflegeversicherung hat die Bundesregierung inzwischen beschlossen, die Finanzierungsschwierigkeiten auf „klassischem“ Wege zu lösen, nämlich durch eine Erhöhung der Beitragssätze um rund 15 Prozent (von 1,7 auf 1,95) und eine Leistungsausweitung durch die Einbeziehung der Demenzzkranken, eine stufenweise Anhebung der Pflegesätze sowie einen Freistellungsanspruch für zehn Tage bei einem überraschend eingetretenen Pflegefall. Auf die klar vorhersehbare und bereits angelegte demographische Entwicklung – zunehmende Lebensdauer, verringerte Geburtenraten – wird nicht reagiert. Für eine konjunkturelle Abschwächung wird keine Vorsorge getroffen.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV/WSG) wird nur scheinbar ein Weg in Richtung Wettbewerb eingeschlagen. Abgesehen davon, dass die meisten Änderungen erst 2009 in Kraft treten sollen, ist von einem echten Wettbewerb wenig zu erkennen. In die private Krankenversicherung werden willkürliche Ausgleichselemente eingebaut und eine letztlich ruinöse Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen auf der Grundlage des Basistarifs für alle Neuversicherten vorgeschrieben.

In der gesetzlichen Rentenversicherung haben die Finanzierungsprobleme in den letzten Jahren zu erheblichen Leistungseinschränkungen geführt. Zwei Nullrunden und zwei Fast-Null-Runden haben die Renten in den letzten vier Jahren nur noch um knapp zwei Prozent steigen lassen, während die Verbraucherpreise in der gleichen Zeit um rund acht Prozent gestiegen sind. Dadurch sind die Renten real um mehr als sechs Prozent gesunken. Soweit zu der angeblich sicheren Rente im Umlagesystem. Zumindest ist den Bürgern jetzt reiner Wein eingeschenkt worden, indem man sie aufgefordert hat, verstärkt kapitalgedeckte Altersvorsorge zu treiben.

Die Möglichkeiten, die Umlagesysteme zu stabilisieren, sind eng begrenzt: Die Beitragssätze lassen sich ohne negative Rückwirkungen auf die Beschäftigung kaum weiter anheben. Die Bemessungsgrundlage auf andere Einkunftsarten auszuweiten kommt einer Beitragssatzerhöhung sehr nahe. Die Privatversicherten zwangsweise in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung einzubeziehen wäre ein Schuldbürgerstreich, weil in der privaten Krankenversicherung Altersrückstellungen gebildet und künftige Generationen nicht belastet werden. Zusätzliche staatliche Zuschüsse – über die beschlossenen 14 Mrd. Euro hinaus – führen unmittelbar in die Verschuldung oder Steuererhöhung. Somit bleibt noch der Weg, wie er in der Rentenversicherung schon beschritten worden ist, nämlich die Leistungen zu kürzen. Das dürfte allerdings im Gesundheits- und Pflegebereich zu harten Auseinandersetzungen führen.

Mit diesen Perspektiven müssen wir uns auseinandersetzen. Niemand kommt letztlich daran vorbei, den Leistungsumfang an den finanziellen Möglichkeiten auszurichten. Innerhalb des bestehenden Regelwerks wird das ein sehr harter Weg. Ähnlich wie auch in der Rentenversicherung erscheint es unvermeidlich, über verschiedene Formen der Kapitaldeckung nachzudenken, nicht nur um die finanziellen Bedingungen zu stabilisieren, sondern auch um die Effizienz zu steigern, also mit den gleichen Mitteln mehr Leistungen zu erbringen.

IV. Vier Vorschläge für wirksame Verbesserungen in der Kranken- und Pflegeversicherung

Mit den folgenden Vorschlägen wird sehr grob ein Gesamtkonzept skizziert, um eine Orientierung für einzelne Reformschritte zu geben. Das Schwergewicht liegt nicht in einem Streit um die Ziele, sondern um die Maßnahmen und Instrumente, mit denen die Ziele am besten erreicht werden können.

1. Gerechtere Umverteilung und effizientere soziale Mindestsicherung durch eine Trennung von Umverteilung und Versicherungsleistung

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, ist festzustellen, dass das Niveau der sozialen Mindestsicherung mit den folgenden Überlegungen nicht in Frage gestellt werden soll. Im Gegenteil: Die Vorschläge dienen dazu, eine dauerhaft tragfähige Basis für die soziale Sicherung zu schaffen.

Aus den dargelegten Gründen sind weder die Krankenversicherung noch die Pflegeversicherung geeignete Systeme, mit denen gleichzeitig die angestrebte Versicherungsleistung und eine Umverteilungsleistung bzw. Mindestabsicherung erbracht werden können. In der wissenschaftlichen Literatur wird immer wieder auf den einfachen Grundsatz hingewiesen, für jedes Ziel mindestens ein gesondertes Instrument einzusetzen, oder umgekehrt nicht mit einem Instrument mehrere Ziele erreichen zu wollen. So können die Versicherungsbeiträge nicht als Entgelt bzw. als Preis für die Übernahme des Kostenrisikos und gleichzeitig als Umverteilungsinstrument zugunsten der Versicherten mit geringem Lohneinkommen bemessen werden. Zurzeit dominiert die verteilungspolitische Differenzierung der Versicherungsbeiträge. Für die Anbieter von Versicherungsleistungen werden dadurch falsche Signale und Anreize gesetzt, die schwere Effizienzstörungen auslösen.

Aber wie kurz gezeigt wurde, sind auch die Umverteilungswirkungen höchst unbefriedigend. Deshalb erscheint es zweckmäßig, die Versicherungen von der Umverteilungsaufgabe zu entlasten, also Umverteilung und Versicherungsleistung zu trennen. Dadurch steigen für einen Teil der Versicherten die Beiträge. Aber nicht alle zusätzlichen Belastungen müssen kompensiert werden. In den allgemeinen Sozialsystemen würde die Bedürftigkeit umfassend geprüft und eine Mindestabsicherung nach glei-

chen Merkmalen gewährleistet. Wer niedrige Beiträge gezahlt hat, obwohl er ein hinreichendes Einkommen oder Vermögen hat, muss nicht unterstützt werden. Die Zielgenauigkeit der Umverteilung wird größer. Umgekehrt wird ein Teil der Versicherten niedrigere Beiträge zahlen. Soweit sie entsprechend leistungsfähig sind, werden sie im Steuersystem stärker belastet, aber dann nach der tatsächlichen Leistungsfähigkeit und nicht lediglich nach dem Lohneinkommen.

Da die allgemeinen sozialen Hilfen auf der Grundlage einer umfassenden Prüfung der Bedürftigkeit gewährt werden, können unnötige soziale Leistungen weitgehend vermieden werden. Der Bedarf an Mitteln für die Umverteilung ist geringer als im Fall einer parallelen Umverteilung in der Kranken- und Pflegeversicherung. Außerdem muss die Bedürftigkeit nur einmal und nicht an mehreren Stellen geprüft werden.

Die Vorteile einer effektiveren und kostengünstigeren Umverteilung lassen sich unabhängig davon erreichen, wie die Prämien in den Versicherungen bestimmt werden. Man kann in einem ersten Schritt Gesundheitspauschalen einführen, also gleiche Beiträge für alle erwachsenen Versicherten oder für alle Versicherten eines Altersjahrgangs. Wenn die Kinder unentgeltlich mitversichert werden sollen, müssen die Pauschalen für die Erwachsenen höher ausfallen, damit die Gesamtkosten gedeckt werden können. Alternativ oder in einem nächsten Schritt könnten risikoäquivalente Prämien festgesetzt werden.

Gegen ein Herauslösen der Umverteilungsaufgabe aus der Kranken- und Pflegeversicherung wird manchmal eingewandt, dass es Probleme bereiten könnte, die Steuern hinreichend zu erhöhen, um den Menschen einen Ausgleich zu gewähren, die den höheren risikoäquivalenten Versicherungsbeitrag nicht zahlen können. Diese Menschen würden dann den allgemein gewährleisteten Mindestlebensstandard nicht mehr erreichen.

Die Befürchtung, dass der Mindestlebensstandard sinken könnte, wenn die Umverteilung in das Steuer- und Transfersystem überführt würde, erscheint wenig begründet. Die massive Aufstockung der Sozialaufwendungen im Rahmen des Arbeitslosengeldes II spricht dagegen. Auch die Erfahrungen mit der Sozialhilfe zeigen, dass die sozialen Hilfen ständig dem allgemeinen Lebensstandard angepasst wurden. Technisch ließe sich der Mindestlebensstandard sichern, indem die Regelsätze in der Sozialhilfe und beim Arbeitslosengeld II jeweils um die durchschnittliche Versicherungspauschale oder eine entsprechende Prämie aufgestockt würden. Eine durchschnittliche Prämie ist hinreichend, weil davon ausgegangen werden kann, dass alle Bürger von Geburt an versichert sind.

An der Ausgleichsregelung wird schon sichtbar, dass unberechtigte Vergünstigungen wegfallen würden. Damit entfallen auch die korrespondierenden unberechtigten Belastungen. Eine Umverteilung in die falsche Richtung und zugunsten Nicht-Bedürftiger wird vermieden. Es werden weniger Mittel für die Unterstützung der Bedürftigen benötigt. Die erforderliche Steuerbelastung ist geringer als die vorherige Belastung über die Beiträge für die Versicherten mit vergleichsweise hohen Löhnen. Für diesen Personenkreis sinkt die Belastung innerhalb der Versicherung, weil kein Aufschlag auf die Prämien für die Umverteilung erhoben werden muss. Mit einer

Steuer außerhalb des Versicherungssystems zugunsten der Unterstützungswürdigen würde diese Entlastung teilweise wieder aufgehoben, aber eben nur teilweise und dann konsequent nach der Leistungsfähigkeit, wie sie im Steuersystem berücksichtigt wird, und nicht nur nach der Höhe des Lohnes.

Insgesamt wird die Belastung der Bürger verringert. Die Steuerkomponente in den Versicherungsbeiträgen entfällt, so dass keine negativen Anreize auf die Beschäftigung mehr gegeben sind. Gleichzeitig entfallen ungerechtfertigte Begünstigungen. Aber ein Großteil der Mittel für die soziale Absicherung muss dafür auf anderem Wege beschafft werden, sei es über die Einkommensteuer, die Mehrwertsteuer oder eine andere Steuer, sei es über den Verzicht auf eine mögliche Steuersenkung. Will man die Belastungsstruktur nicht ändern, kommt am ehesten die Mehrwertsteuer in Betracht, weil die Quasi-Lohnsteuer in den Versicherungssystemen ebenfalls als proportionale Steuer erhoben wird.

2. Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung

Die Pflegeversicherung wird von der demographischen Entwicklung am stärksten getroffen, weil sie über den gesamten Lebenszyklus praktisch nicht in Anspruch genommen, aber in den letzten beiden Lebensjahren stark belastet wird. Da die Pflegeversicherung erst vor zwölf Jahren eingeführt wurde und da die Beiträge absolut gesehen relativ niedrig sind, ließe sie sich ohne große Schwierigkeiten auf das Kapitaldeckungsverfahren umstellen und damit gegen die demographischen Verwerfungen absichern.

Deshalb wird vorgeschlagen, die Pflegeversicherung zu einem Stichtag vollständig auf das Kapitaldeckungsverfahren umzustellen. Das heißt:

- Das Umlageverfahren wird zu diesem Stichtag eingestellt.
- Alle Bürger mit Ausnahme der Pflegefälle werden verpflichtet, eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abzuschließen, die das gegenwärtige Leistungsniveau abdeckt.
- Diese Pflichtversicherung wird durch eine Höchstprämie von 50 Euro pro Monat begrenzt. Mit dieser Prämie können alle Bürger im Alter bis zum 57. Lebensjahr eine Versicherung im bisherigen Umfang erhalten, soweit sie nicht bereits eine schwerwiegende Krankheit haben. Jüngere Versicherte zahlen selbstverständlich weniger. Wer älter ist als 57 Jahre zahlt auch nur den Höchstbeitrag von 50 Euro. Er erwirbt aber nur noch eine Teilversicherung, also beispielsweise von gut 50 Prozent der Leistungen bei einem 68-Jährigen oder 25 Prozent bei einem 78-Jährigen und nur noch 10 Prozent bei einem 88-Jährigen.
- Reichen die Versicherungsleistungen nicht aus, muss zunächst auf eigenes Einkommen und eigenes Vermögen zurückgegriffen werden. Wenn diese Mittel auch nicht ausreichen, kann Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Das ist im Wesentlichen die alte Regelung, wie sie vor Einführung der Pflegeversicherung bestand, aber mit einer erheblichen Absicherung aus einer kapitalgedeckten Versicherung für alle Personen, die noch nicht pflegebedürftig sind.

- Für die Leistungsbezieher in der bestehenden Pflegeversicherung soll Vertrauensschutz gelten, d. h. diese Leistungen werden unverändert aus Steuermitteln weitergewährt. Der Aufwand für diese Gruppe beläuft sich auf ca. 16 Mrd. Euro im ersten Jahr nach der Umstellung. Da die Pflegeversicherung überwiegend in den letzten beiden Lebensjahren beansprucht wird, bauen sich diese Übergangsleistungen schon nach drei Jahren auf die Hälfte ab.
- Man kann erwägen, auch den pflegenahen Jahrgängen noch einen gewissen Vertrauensschutz zu gewähren, indem man ihnen einen degressiven Zuschuss zu den Pflegefällen gewährt, der für den jeweils nächsten Jahrgang um fünf Prozent verringert wird, so dass auch die Übergangsregelung nach zwanzig Jahren ausliefere. Die erforderlichen Aufwendungen würden in den ersten Jahren ansteigen und wegen der Degression etwa nach dem fünften Jahr allmählich wieder auf Null zurückgehen. Die maximale jährliche Belastung dürfte bei etwa zehn Milliarden Euro liegen.¹

Mit dem aktuellen Gesetzentwurf zur Pflegeversicherung werden die Kosten der Umstellung erhöht, weil zusätzliche und höhere Leistungen eingeführt werden sollen. Außerdem wird der Widerstand gegen eine Umstellung größer, weil mit zunehmendem Abstand vom Einführungsdatum der Pflegeversicherung immer mehr Menschen das subjektive Gefühl haben, sie müssten aus der Versicherung, in die sie eingezahlt haben, auch wieder etwas herausbekommen. Tatsächlich sind die Mittel längst verbraucht. Aber es ist die Hoffnung geweckt worden, später von den anderen Bürgern unterstützt zu werden.

3. Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung verbessern und den Wettbewerb stärken

Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 und in dem Papier „Eckpunkte für eine Gesundheitsreform 2006“ vom 4. Juli 2006 war vorgesehen, die Bedingungen für den Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungen zu verbessern. Es sollte ermöglicht werden, individuelle Altersrückstellungen von der bisherigen Versicherung auf eine andere Versicherung zu übertragen (Portabilität individueller Altersrückstellungen). Diese Idee wurde aber ab 3. Oktober 2006 von den Koalitionsspitzen und der eingesetzten Arbeitsgruppe Gesundheit zugunsten einer Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen im Umfang des Basistarifs (Übertragungswert) aufgegeben. Das ist ein gravierender *Rückschritt*, weil die Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen zur Risikoselektion führt und letztlich die privaten Krankenversicherungen ruiniert. Dieser Prozess wird zwar nur mit Verzögerung und langsam eintreten, weil die Regelung nur für Neuversicherte gilt, die zunächst einmal Altersrückstellungen aufbauen müssen. Aber wenn die Regelung bestehen bliebe, wäre das eine Todesspirale für die privaten Krankenversicherungen.

¹ Zu weiteren Einzelheiten vgl.: Arentz, Oliver; Eekhoff, Johann; Roth, Steffen und Streibel, Vera, Pflegevorsorge – Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltig Reform der Pflegeversicherung. Hrsg.: Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw), München 2004.

Im Gegensatz zur Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen bieten individuelle Altersrückstellungen die Möglichkeit, die Mobilität wesentlich zu verbessern, ohne das System zu gefährden. Sie erlauben einen echten Wettbewerb um Versicherte und bieten damit erhebliche Anreize, die Kosten zu senken und die Qualität der Versicherungsleistungen sowie der Gesundheitsleistungen zu steigern.

Individuelle Altersrückstellungen kann man sich in der Form vorstellen, dass die vorhandenen Altersrückstellungen entsprechend dem Krankheitsrisiko auf die Versicherten aufgeteilt werden. Letztlich soll die Altersrückstellung für einen Versicherten den Teil der erwarteten Gesundheitsaufwendungen abdecken, der nicht durch noch zu erwartende Prämienzahlungen gedeckt wird. Sind die Prämien etwa gleich, braucht eine Versicherung für schlechte Risiken hohe Rückstellungen und für gute Risiken vergleichsweise geringe.

Wenn die Altersrückstellungen bei einem Wechsel der Versicherung nicht mehr zurückzulassen und dem bisherigen Kollektiv zu „vererben“ wären, gäbe es ein Eigeninteresse der bisherigen Versicherung, den Wechslern Altersrückstellungen mitzugeben. Die Vorstellung, wonach die abgebende Versicherung freiwillig überhaupt keine Altersrückstellung mitgeben und die aufnehmende Versicherung eine extrem hohe Altersrückstellung verlangen würde, lässt sich nicht begründen. Hält die bisherige Versicherung beispielsweise eine Altersrückstellung in Höhe von 20.000 Euro für erforderlich, um die künftigen Kosten des Versicherten abdecken zu können, dann hat sie ein Interesse daran, das Versicherungsrisiko auf einen anderen Versicherer zu übertragen, sobald diese Versicherung dafür weniger als 20.000 Euro verlangt. Würde die bisherige Versicherung die angebotene Altersrückstellung deutlich niedriger ansetzen, also beispielsweise auf 10.000 Euro, müsste sie mit hoher Wahrscheinlichkeit damit rechnen, dass der Versicherte nicht wechselt und die erwarteten Kosten von 20.000 Euro in vollem Umfang anfallen. Schon bei einer Altersrückstellung, die nur wenige Euro unter 20.000 Euro bliebe, wäre es ein Vorteil, das Versicherungsrisiko abzugeben.

Schätzt die aufnehmende Versicherung die erforderliche Altersrückstellung zur Deckung der zu erwartenden Gesundheitsleistungen auf beispielsweise 19.000 Euro, so könnte sie einen Vorteil erzielen, wenn die Altersrückstellung nur wenige Euro über diesen Betrag hinausginge. Je höher sie die geforderte Altersrückstellung ansetzt, umso unwahrscheinlicher ist es, dass der Versicherte wechselt und der Vorteil realisiert werden kann. Würde in dem Beispielfall die abgebende Versicherung eine Altersrückstellung in Höhe von 19.500 Euro mitgeben, könnte sie erwartete Aufwendungen im Umfang von 500 Euro vermeiden. Umgekehrt würde die aufnehmende Versicherung 500 Euro mehr bekommen, als sie für erforderlich hält, um die Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Der Wechsler könnte ohne Prämienhöhung wechseln.

Der Vorteil kann sich auch anders zwischen den beiden Versicherungen und dem Wechsler verteilen. Entscheidend ist, dass die aufnehmende Versicherung nach eigener Einschätzung mit geringeren Aufwendungen auskommt als die abgebende. Das kann der Fall sein, weil sie generell kostengünstiger arbeitet, weil sie sich auf bestimmte

Krankheiten spezialisiert hat, weil sie günstige Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen hat usw.

Gibt es eine solche Konstellation nicht und verlangt die aufnehmende Versicherung eine höhere Altersrückstellung als die abgebende zu zahlen bereit ist, unterbleibt der Wechsel oder der Wechsler muss – wie heute – einen Prämienzuschlag hinnehmen. Aber auch wenn die abgebenden Versicherungen nicht gleich die volle Altersrückstellung mitgeben, verbessert sich die Situation der Wechsler gegenüber der gegenwärtigen Situation, in der sie überhaupt keine Altersrückstellung mitnehmen können, sondern diese „vererben“ müssen. Die Wechsler verlieren einen Teil ihrer Prämienüberschüsse bei der alten Versicherung. Bei der aufnehmenden Versicherung müssen sie entsprechend höhere Prämien zahlen.

Ein großer Vorteil einer Regelung mit portablen individuellen Altersrückstellungen liegt darin, dass die Versicherten besser auf die Versicherungen verteilt werden. Versicherungen, die besonders viel Erfahrung mit bestimmten Krankheiten haben, die eine andere Risikomischung brauchen, die sich speziell um die Prävention kümmern usw. können die Versicherten anwerben, die sie besser bedienen können. Es ist auch leichter, regionale Schwerpunkte zu bilden, nämlich dort, wo Verträge mit Gesundheitseinrichtungen und Ärzten geschlossen wurden und freie Kapazitäten verfügbar sind. Schließlich wird der Wettbewerb zwischen den Versicherungen gestärkt.

Der Haupteinwand von Seiten der Versicherungen bezieht sich auf die angeblichen Schwierigkeiten, die individuellen Risiken zu schätzen. Dazu ist anzumerken, dass nicht die tatsächlich eintretenden Kosten für einen Versicherten zu schätzen sind, sondern die im Durchschnitt für gleichartige Fälle zu erwartenden Aufwendungen. Nur darauf kann sich die Altersrückstellung beziehen. Wie bei Neuversicherten ist selbstverständlich davon auszugehen, dass die individuellen Gesundheitsaufwendungen nach unten und oben von den zum Zeitpunkt des Wechsels erwarteten Aufwendungen abweichen können.

Die Anpassung der Prämien an Kostensteigerungen, Anforderungen durch neue medizinische Verfahren und Arzneimittel, neue Krankheiten usw. kann den Versicherungen überlassen werden. Wenn sie im Wettbewerb stehen, führen überhöhte Prämien dazu, dass andere Versicherungen die Versicherten abwerben, und zwar nicht nur die Neukunden, sondern auch die Bestandskunden. Für die Überwachung des Wettbewerbs sind wie in anderen Sektoren die Wettbewerbsbehörden zuständig.

4. Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf ein kapitalgedecktes System mit risikoäquivalenten Prämien

Damit auch die gesetzlichen Krankenversicherungen voll in den Wettbewerb gestellt werden und die künftige demographische Entwicklung besser bewältigen können, sollten sie an einem Stichtag auf das Kapitaldeckungsverfahren umgestellt werden. Dazu ist es erforderlich, sie mit Altersrückstellungen auszustatten und ihnen zu erlauben, risikoäquivalente Prämien zu erheben, so dass sie die gleichen Bedingungen haben wie die privaten Krankenversicherungen.

Die Ausgangsprämien der Versicherten im Umstellungszeitpunkt sollten so bemessen werden, als seien sie von Anfang an privat versichert gewesen, d. h. es sollten etwa die durchschnittlichen Prämien wie für Privatversicherte des jeweils gleichen Altersjahrgangs angesetzt werden. Ausgehend von diesen Prämien könnten die Versicherungen den Bedarf an Altersrückstellungen ermitteln. Dies kann im Wettbewerb geschehen, so dass Versicherungen, die zu hohe Beträge verlangen, damit rechnen müssen, ihre Versicherten zu verlieren.

Woher kommt das Geld für die Altersrückstellungen? Gezahlt werden die Altersrückstellungen aus einem staatlichen Sondervermögen. Die Mittel müssen am Kapitalmarkt aufgenommen werden. Das Volumen wird auf eine Größenordnung von 800 Mrd. Euro geschätzt. Das entspricht der impliziten Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Verschuldung wird lediglich offen gelegt.

Nach dem bisherigen Umlageverfahren müssen die künftigen Versicherten die Zinsen für die impliziten Schulden aufbringen. Wollte man die finanzielle Belastung aufgrund der Umstellung auf das Kapitaldeckungssystem nicht gleichzeitig verändern, ergibt sich folgende Möglichkeit: Da die Versicherungen mit Altersrückstellungen ausgestattet worden sind, können sie die Prämien niedriger ansetzen als unter den gegenwärtigen Bedingungen. Sie erhalten Zinsen für die Anlage der Altersrückstellungen am Kapitalmarkt, so dass die Versicherten in diesem Umfang entlastet werden. Da aber die bisherige Belastung der Versicherten nicht zwingend verringert werden muss, kann der Staat eine Versicherungssteuer erheben und auf diese Weise den Vorteil der Versicherten wieder abschöpfen. Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherungen und der Versicherten bliebe unverändert. Die implizite Verschuldung würde in dem Sondervermögen offen ausgewiesen. Die Zinsen für diese Schulden würden weiterhin von den Versicherten gezahlt (Versicherungssteuer).

Diese Überlegungen sollen zeigen, dass es nicht zu einer Doppelbelastung der Versicherten aufgrund der Umstellung auf ein Kapitaldeckungssystem kommen muss. Das wäre nur der Fall, wenn man die offen gelegte Verschuldung sofort zurückführen wollte, statt sie wie im bestehenden System unverändert zu lassen und tendenziell weiter zu erhöhen. Selbstverständlich könnte die gegenwärtige Generation sich auch entscheiden, die Schulden zumindest teilweise abzubauen, um die künftigen Generationen zu entlasten, aber das ist keine zwingende Voraussetzung für einen Übergang auf die Kapitaldeckung.

Auch bei unverändertem Schuldenstand könnten die Vorteile des Wettbewerbs in dem neuen System voll genutzt werden. Die schärfere Kostenkontrolle, die höhere Effizienz und die verbesserten Möglichkeiten, eine weiter zunehmende Belastung künftiger Generationen zu vermeiden, würden das Gesundheitswesen vom Umstellungsstichtag an entlasten. Der Risikostrukturausgleich könnte ersatzlos entfallen. Der Risikoausgleich wird unmittelbar beim Wechsel eines Versicherten zu einer anderen Versicherung über die Höhe der Altersrückstellung erreicht.

Gegen eine solche Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Kapitaldeckungsverfahren wird eingewandt, durch die Ausstattung der Versicherungen mit Altersrückstellungen in einer Größenordnung von 800 Mrd. Euro entstehe ein Anla-

geproblem, weil es nur begrenzte Kapitalanlagemöglichkeiten gäbe, so dass die Zinsen sinken würden.

Diese Befürchtung ist unbegründet. Hier wird lediglich eine bereits vorhandene implizite Verschuldung offen gelegt. Es gibt kein zusätzliches Kapital, das angelegt werden müsste. Um die Versicherungen mit Altersrückstellungen ausstatten zu können, müssen die entsprechenden Mittel am Kapitalmarkt aufgenommen werden. Die Versicherungen, die diese Mittel erhalten, legen den gleichen Betrag wieder an.

Allgemein wird gegen eine Kapitalfundierung vorgebracht, das Kapital könne entwertet werden, so dass nur noch geringe Zinsen erzielt werden könnten und weniger Rückstellungen verfügbar wären als geplant.

Selbstverständlich können sich auch die Realverzinsung und der Wert des Kapitals verändern – nach unten und nach oben. Aber die lapidare Antwort heißt: Ein Kapitalstock, dessen Wert sich ändern kann, ist immer besser als kein Kapital zu haben. Oder anders ausgedrückt: Die ungünstigste Situation, die überhaupt eintreten kann, ist eine vollständige Entwertung des Kapitals. Dann ist man genau dort, wo man im Umlagesystem ohnehin wäre: Die gesamten Gesundheitsleistungen müssten unmittelbar von den Versicherten finanziert werden.

V. Fazit

Mit den hier skizzierten Vorschlägen kann die in der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebte Umverteilung kostengünstiger und zielgenauer – also gerechter – gestaltet werden. Die demographische Entwicklung führt nicht mehr automatisch zu einer Verschiebung von Zahllasten auf künftige Generationen. Mit der Trennung von Sozialleistungen und Gesundheitsleistungen können die Prämien ihre eigentliche Funktion wieder wahrnehmen, nämlich die Kosten richtig anzuzeigen und die wirtschaftlichen Prozesse zu steuern. Damit ergibt sich ein großer Anreiz, Kosten überall zu senken, wo dies sinnvoll erscheint, und die Qualität der Gesundheitsleistungen zu steigern, um Versicherte zu halten. Schließlich erhalten die Versicherten eine erheblich größere Freiheit, die Versicherung zu wechseln.

Mit Blick auf Europa lassen sich die Konflikte zwischen Wettbewerb und Sozialpolitik wesentlich leichter lösen. Die Gesundheitspolitik in Europa steckt in einer Sackgasse. Unter Wettbewerbsaspekten, für die eine europäische Zuständigkeit besteht, muss darauf gedrängt werden, dass die Gesundheitssysteme geöffnet und grenzüberschreitende Dienstleistungen nicht behindert werden. Andererseits sind die Nationalstaaten für die sozialen Standards zuständig. Sie können nicht zulassen, dass die Gesundheitssysteme beliebig geöffnet und die nationalen Standards unterlaufen werden. Dieses Dilemma lässt sich viel einfacher auflösen, wenn die beiden Aufgaben „Gesundheitsdienstleistungen“ und „soziale Mindestsicherung bzw. Umverteilung“, wie hier empfohlen, getrennt werden.