

JOHANN EEKHOFF
VERA BÜNNAGEL
SUSANNA KOCHSKÄMPER
KAI MENZEL

Bürgerprivatversicherung

Mohr Siebeck

Bürgerprivatversicherung



Bürgerprivatversicherung

Ein neuer Weg im Gesundheitswesen

von

Johann Eekhoff

Vera Bünnagel

Susanna Kochskämper

Kai Menzel

Mohr Siebeck

Johann Eekhoff, geboren 1941; seit 1995 Lehrstuhlinhaber für Wirtschaftspolitik und Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik und seit 2002 geschäftsführender Direktor des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung an der Universität zu Köln.

Vera Bünnagel, geboren 1976; seit 2004 Wiss. Mitarbeiterin am Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung und am Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln.

Susanna Kochskämper, geboren 1979; seit 2006 Wiss. Mitarbeiterin am Wirtschaftspolitischen Seminar der Universität zu Köln.

Kai Menzel, geboren 1974; seit 2002 Wiss. Mitarbeiter am Wirtschaftspolitischen Seminar an der Universität zu Köln.

ISBN 978-3-16-149636-3 / eISBN 978-3-16-163020-0 unveränderte eBook-Ausgabe 2024

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Mohr Siebeck Tübingen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Das Buch wurde von Gulde-Druck in Tübingen aus der Minion gesetzt und auf alterungsbeständiges Werkdruckpapier gedruckt und von der Buchbinderei Held in Rottenburg/N. gebunden.

Vorwort

Die Bürgerprivatversicherung ist ein Konzept, das die Anforderungen an ein modernes, leistungsfähiges und nachhaltig funktionsfähiges Gesundheitssystem erfüllt. Manchem Leser mag das Konzept als radikal oder auch nur als zu wenig vertraut erscheinen. Was die Radikalität betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass sich die Vorschläge in überschaubare Pakete zerlegen lassen, die nacheinander eingeführt werden können. Mit einzelnen Elementen wie beispielsweise mit der Übertragbarkeit individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung und der Ausgliederung der Umverteilung aus der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die zuständigen Politiker, Verbände und Medien zudem bereits intensiv befasst. Diese Teile des Gesamtkonzepts können unmittelbar wieder angefasst und umgesetzt werden. Insbesondere die Einführung übertragbarer individueller Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung eignet sich dazu, Erfahrungen für den großen Schritt der Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bürgerprivatversicherung zu sammeln. Die Radikalität des Konzepts bezieht sich vor allem auf diesen Schritt: Die Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Kapitaldeckungsverfahren und die damit verbundene Ausstattung der Krankenkassen bzw. der gesetzlich Versicherten mit individuellen Altersrückstellungen. Wir meinen, hierzu einen Vorschlag präsentieren zu können, der es erlaubt, die Vorteile des Wettbewerbs voll nutzbar zu machen, ohne die Umstellungsgeneration doppelt belasten zu müssen.

Damit ist die geringe Vertrautheit mit solchen Konzepten angesprochen. Unser Hauptanliegen ist es, mit dieser Schrift eine sachliche Diskussion über eine echte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung zu stimulieren, so dass die Alternativen vorurteilsfrei beurteilt werden können. Das ist wegen der Komplexität der Zusammenhänge nicht ganz einfach und wir muten dem Leser einige Umwege zu, um diese Zusammenhänge darzustellen. Einige dieser Überlegungen sind bezüglich der Tiefe, der Genauigkeit und der Anschaulichkeit an manchen Stellen unbefriedigend geblieben. Viele Aussagen bedürfen einer weiteren Erläuterung und Konkretisierung. Trotzdem legen wir das Konzept in dieser Form vor, nicht zuletzt um die Möglichkeit zu bieten, Kritik zu äußern und an den Details zu feilen.

Eine solche Arbeit entsteht nicht ohne die kräftige Unterstützung vieler Diskussionspartner, die hier nicht alle erwähnt werden können. Einen besonders großen Anteil haben die ehemaligen Mitarbeiter Dr. Jochen Pimpertz, Dr. Mar-

kus Jankowski und Dr. Anne Zimmermann, die sich auch in ihren Dissertationen mit diesen Fragen auseinandergesetzt haben. In der Schlussphase haben uns Frau Ina Dinstühler und Herr Diplom-Kaufmann Christian Vossler unterstützt. Frau Diplom-Volkswirtin Christine Wolfgramm stand uns in den letzten Wochen ständig als Diskussionspartnerin zu Verfügung.

Diese Arbeit ist im Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung entstanden und von der Otto-Wolff-Stiftung großzügig finanziert worden. Nur auf diese Weise war es möglich, ein Team zu bilden, das über längere Zeit an diesen Fragen arbeiten konnte. Dafür möchten wir uns herzlich bedanken.

Köln, im April 2008

Johann Eekhoff
Vera Bünnagel
Susanna Kochskämper
Kai Menzel

Inhaltsübersicht

Kurzfassung	1
A. Einführung	16
I. Wer zahlt für Gesundheitsleistungen? – Spontane Regelungen	17
II. Einbindung der Gesundheitspolitik in das Wirtschafts- und Sozialsystem	21
B. Ordnungspolitische Orientierungslinien	23
I. Allgemeine Prinzipien der Steuerung wirtschaftlicher Aktivitäten	23
II. Soziale Absicherung ist Sache des Staates	24
III. Besonderheiten des Gesundheitsmarktes	25
1. Nachfrageentscheidung und Kostenverantwortung fallen auseinander	25
2. Nachfrage und Angebot liegen zu sehr in einer Hand	27
3. Risikoselektion.	28
4. Weitere mögliche Marktstörungen	30
C. Analyse des Status quo im deutschen Gesundheitswesen	33
I. Die gesetzliche Krankenversicherung	33
1. Lohnbezogene Beiträge: Steuer auf abhängige Beschäftigung	34
2. Risikoselektion und Risikostrukturausgleich	36
3. Unbefriedigende soziale Wirkungen	44
4. Offene demografische Flanke	51
5. Unzureichender Wettbewerb.	52
II. Der Gesundheitsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung	53
1. Grundsätzliche Beurteilung des Fondsmodells.	54
2. Probleme der geplanten Ausgestaltung des Gesundheitsfonds	55
III. Die private Krankenversicherung.	57
1. Die Bildung von Altersrückstellungen.	57
2. Nachteile durch die fehlende Übertragbarkeit von Altersrückstellungen	58

3. Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen?	60
IV. Beihilfe für Angehörige des öffentlichen Dienstes	61
V. Status quo auf der Seite der Leistungserbringer	63
1. Ambulante Versorgung	63
2. Stationäre Versorgung	65
3. Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung.	66
D. Reformvorschläge zur Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung	68
I. Bürgerversicherung.	68
II. Gesundheitspauschale	71
E. Ein wettbewerblich orientiertes Gesundheitssystem	75
I. Das Referenzsystem	75
1. Das Konzept im Überblick	75
2. Die Komponenten eines marktkonformen Versicherungssystems im Einzelnen.	76
2.1 Versicherungspflicht	76
2.2 Risikoäquivalente Prämien	80
2.3 Beteiligung an den Risiken und Schäden.	89
2.4 Prämienrückerstattung.	100
II. Ausgliederung der Umverteilung aus der Krankenversicherung	100
1. Einige Grundsätze.	100
2. Vorteile des wettbewerblichen Systems nutzen, soziale Härten vermeiden.	102
III. Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt durch Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen	105
1. Die Grundidee	105
2. Besteht Regelungsbedarf?	111
3. Übertragbare Altersrückstellungen und Kostensteigerungen.	121
4. Zur praktischen Umsetzung	133
5. Umstellung der privaten Krankenversicherung	139
IV. Vom Umlage- zum Kapitaldeckungssystem	144
1. Das Umstellungskonzept	146
2. Systemvergleich und Analyse des Doppelbelastungsarguments	151
2.1 Die „Doppelbelastung“ am Beispiel einzelner Versicherter.	152
a) Kapitaldeckungssystem	153
b) Umlagesystem	154
c) Wechsel vom Umlage- zum Kapitaldeckungssystem.	156
d) Schlussfolgerungen zur Frage der Doppelbelastung	160

2.2 Vorteile durch Kapitalverzinsung im Kapitaldeckungssystem? . . .	162
a) Kapitaldeckungssystem	162
b) Umlagesystem	164
c) Der Renditevergleich	167
2.3 Folgerungen aus dem Systemvergleich	170
V. Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt	175
1. Mehr Wettbewerb durch Verträge zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern.	175
2. Marktunvollkommenheiten auf dem Leistungsmarkt?	179
2.1 Informationsasymmetrien und Qualitätswettbewerb.	179
2.2 Diskussion von Qualitätsindikatoren.	182
2.3 Das Angebot an Informationen über die Qualität medizinischer Dienstleister	184
2.4 Nachfrage nach Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer	188
2.5 Fazit	189
F. Verzahnung der Gesundheitssysteme in der Europäischen Union. . .	191
I. Regelungskompetenzen klar zuordnen.	194
1. Der Mindestleistungskatalog ist Ländersache	195
2. Grenzüberschreitender Wettbewerb als europäische Aufgabe	197
II. Handlungsrahmen der Europäischen Union	198
1. Grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme durch Patienten	198
2. Niederlassungsfreiheit für medizinische Berufe weiter ausbauen	202
3. Wenige private Versicherungen: wenig Wettbewerb.	204
III. Arbeitnehmerfreizügigkeit erleichtern	206
1. Wanderung zwischen den europäischen Umlagesystemen kann zu Problemen führen.	206
2. Herkunftsland- oder Bestimmungslandprinzip?.	211
2.1 Versicherung nach dem Herkunftslandprinzip	211
2.2 Versicherung nach dem Bestimmungslandprinzip	214
IV. Ausblick: Ein Referenzmodell für Europa	222
G. Schlussfolgerungen	225
1. Altersrückstellungen der privaten Krankenversicherung übertragbar gestalten	225
2. Umstellung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung auf eine Gesundheitspauschale.	226
3. Europatauglichkeit des Gesundheitssystems verbessern	226
4. Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kapitaldeckung	227
5. Demografische Risiken verringern	228

Literaturverzeichnis	229
Stichwortverzeichnis	232

Kurzfassung

Auch mit der jüngsten Gesundheitsreform werden die strukturellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gelöst. Die Frage der Finanzierung wird sich in kurzer Frist wieder stellen. Die demografischen Probleme werden in den nächsten Jahren voll wirksam. Die unbefriedigende Umverteilung innerhalb des Versicherungssystems lässt sich nicht mehr rechtfertigen. Die Ineffizienzen aufgrund vielfältiger Fehlanreize bestehen fort.

Damit sich die nächste Reformdiskussion nicht wieder auf eine notdürftige Reparatur einzelner Systemkomponenten verengt, wird hier das Konzept der Bürgerprivatversicherung entwickelt. Es passt sich widerspruchsfrei in die bestehende Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung ein und ermöglicht es, entscheidende und nachhaltige Verbesserungen bei folgenden Ziele zu erreichen: hochwertige, verlässliche und bezahlbare Gesundheitsleistungen für alle Bürger, Eigenverantwortung von Patienten und Leistungserbringern, Effizienz der Leistungserstellung, gerechte Umverteilung, Stabilität bei demografischen Veränderungen, Freizügigkeit von Versicherten und Gesundheitsdienstleistungen in der Europäischen Union. In all diesen Bereichen weist das deutsche Gesundheitswesen bislang erhebliche Probleme auf.

Probleme im deutschen Gesundheitswesen

Das heutige Krankenversicherungssystem verstößt gegen verschiedene ordnungspolitische Grundsätze, so dass falsche Anreize gesetzt werden und die Interessen der Beteiligten unzureichend koordiniert werden. Dies gilt sowohl für die gesetzliche als auch für die private Krankenversicherung.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die lohnabhängigen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wirken wie eine Steuer auf abhängige Beschäftigung und belasten den Arbeitsmarkt. Außerdem machen die vom individuellen Krankheitskostenrisiko unabhängigen Beiträge eine Risikoselektion attraktiv: Die Krankenversicherungen bemühen sich verstärkt darum, Versicherte mit geringem Risiko für sich zu gewinnen, da bei

diesen höhere Einnahmen als Ausgaben zu erwarten sind. Umgekehrt versuchen sie, Menschen mit hohem Krankheitskostenrisiko fernzuhalten, da bei solchen Versicherten Verluste drohen. Dieses Verhalten führt zu Ressourcenverschwendung, da die Aufwendungen der Versicherungen für eine Verbesserung ihrer Risikostruktur nicht mehr für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Vielmehr bestehen Anreize, besonders kranke Menschen eher schlecht zu versorgen, um sie von der eigenen Versicherung fernzuhalten. Auch der für 2009 geplante morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich kann Risikoselektion nicht vollständig verhindern. Überdies entstehen durch den Risikostrukturausgleich Manipulations- und Fehlanreize, die sich u. a. in einer geschwächten Rolle der Krankenkasse bei der Kostenkontrolle niederschlagen können.

Auch die Verteilungswirkungen der lohnabhängigen Beiträge sind in hohem Maße unbefriedigend. Anzustreben ist eine Umverteilung von den leistungsfähigen zu den bedürftigen Bürgern. Das Lohneinkommen einer Person ist heutzutage aber ein schlechter Indikator für die Bedürftigkeit einerseits und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit andererseits. Es ist keine Seltenheit, dass Personen mit hohen Miet- und Zinseinkünften, großem Vermögen oder gut verdienendem Ehepartner deutlich geringere Krankenkassenbeiträge zahlen als wirtschaftlich weniger leistungsfähige Bürger.

Schließlich lädt das Umlageverfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung dazu ein, durch Leistungssteigerungen Lasten auf zukünftige Generationen zu verlagern. Dem System fehlt es mithin an Nachhaltigkeit.

Der für das Jahr 2009 geplante Gesundheitsfonds löst keines der angeführten Probleme. Dafür entstehen weitere Probleme und Fehlanreize, unter anderem durch die einkommensabhängige Begrenzung des kassenspezifischen Zusatzbeitrags.

Private Krankenversicherung

Die private Krankenversicherung hat gegenüber der gesetzlichen den Vorteil, dass jeder Versicherte seine erwarteten Gesundheitskosten selbst trägt und so keine Lasten auf zukünftige Generationen verlagert werden können. Ein wesentlicher Nachteil besteht aber darin, dass bei einem Wechsel der Versicherung die zuvor gebildeten Altersrückstellungen nicht mitgegeben werden. Dies führt dazu, dass die Versicherten praktisch bei ihrer Krankenversicherung „eingesperrt“ sind und nicht zu günstigeren und/oder qualitativ besseren Versicherungen wechseln können. Wegen des fast völlig fehlenden Wettbewerbs um Bestandsversicherte ist auch das private Krankenversicherungssystem in Deutschland reformbedürftig.

Alternativvorschlag Bürgerprivatversicherung

Als Alternative zum gegenwärtigen Gesundheitssystem in Deutschland schlagen wir daher die Bürgerprivatversicherung vor, deren konstitutive Elemente im Folgenden zusammengefasst werden.

1. Versicherungspflicht

Ein Element des vorgeschlagenen Systems ist die inzwischen eingeführte Krankenversicherungspflicht für alle Bürger. Diese Verpflichtung ist erforderlich, da manche Menschen ohne eine solche Pflicht nicht für den Krankheitsfall vorsorgen würden, obwohl sie über hinreichende Mittel verfügen. Ein solches Verhalten kann rational sein, da diese Menschen davon ausgehen können, dass die Gesellschaft die Kosten für bestimmte Gesundheitsleistungen im Bedarfsfall übernimmt, wenn sie keine hinreichenden Eigenmittel haben. Für die Erfüllung der Versicherungspflicht muss ein Mindestleistungskatalog mit den von jedem Bürger abzusichernden Leistungen festgelegt werden. Der Katalog sollte neben den zu gewährenden Leistungen auch Mindeststandards hinsichtlich der Qualität der Leistungen enthalten. Alle Bürger werden im gleichen System versichert, die Zerteilung in gesetzliche und private Versicherung entfällt.

2. Ausgliederung der Umverteilung aus der Krankenversicherung

Es ist unbestritten, dass allen Menschen unabhängig von ihrem Einkommen Zugang zu den als notwendig angesehenen Gesundheitsleistungen gewährt werden muss. Es ist aber nicht sinnvoll, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung bedürftiger Menschen über ein lohnabhängiges Entgelt für die Krankenversicherungsleistung erreichen zu wollen. Die auf diese Weise geleistete Umverteilung ist zum einen wenig treffsicher. Ein Teil der umverteilten Mittel kommt Versicherten zugute, die keine Unterstützung brauchen. Diese Mittel können eingespart werden. Außerdem verschleiert ein lohnabhängiger Beitrag, der zudem zur Hälfte vom Arbeitgeber gezahlt wird, die tatsächlichen Kosten der Krankenversicherung. Damit verzerrt er die Preissignale.

Alle Versuche, eine treffsichere Umverteilung von wirtschaftlich leistungsfähigen zu bedürftigen Bürgern innerhalb der Krankenversicherung zu organisieren, sind zum Scheitern verurteilt. Im günstigsten Fall würden sie darauf hinauslaufen, die im Steuersystem angelegte Bemessung der Leistungsfähigkeit und die im Transfersystem institutionalisierte Bedürftigkeitsprüfung zu duplizieren. Die Krankenversicherung würde zu einem zweiten Finanz- und Sozialamt mit dem entsprechend vervielfachten administrativen Aufwand.

Da im Steuer-Transfersystem bereits eine treffsichere Umverteilung nach den gesellschaftlich gewünschten Kriterien organisiert wird, sollte der Zugang zu medizinischer Versorgung für Bedürftige über das Transfersystem gesichert werden. Die notwendigen Transfers sollten über das Steuersystem finanziert werden.

Das heißt: Jeder Bürger zahlt eine Prämie für seine Krankenversicherung, die einen echten Preis für diese Leistung darstellt. Wünscht jemand eine höherwertige Versicherung, so muss er die vollen Kosten dafür über eine höhere Prämie tragen. Der Preis kann seine Steuerungsfunktion erfüllen. Menschen, die die Prämie nicht zahlen können, werden im Transfersystem unterstützt. Dies kann dadurch geschehen, dass die Regelsätze für die Sozialhilfe und das Arbeitslosengeld II um eine durchschnittliche Versicherungsprämie erhöht werden. Auf diese Weise bleibt die Krankenversicherung für Bedürftige bezahlbar und für die Transferempfänger besteht ein Anreiz, sich bei einer effizienten Gesellschaft zu versichern. Die Erhöhung der Transfers wird aus Steuern finanziert, die entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Bürger erhoben werden. Insgesamt kommt es zu einer treffsicheren Umverteilung, ohne die Steuerungsfunktion der Preise für Krankenversicherungsleistungen zu beeinträchtigen. Das Umverteilungsvolumen würde nicht steigen, sondern nur vom Beitrags- auf das Steueraufkommen verlagert. Durch höhere Effizienz könnte es tendenziell sogar sinken – nicht zu Lasten Bedürftiger, sondern zu Lasten derzeit unberechtigter Begünstigter.

Gegen diesen Vorschlag wird zum einen vorgebracht, dass die Transferzahlungen an Bedürftige weniger verlässlich seien und mit größerer Wahrscheinlichkeit gekürzt würden als die Umverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems. Dieses Argument ist alleine schon deshalb nicht stichhaltig, weil die Beziehenden von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II bereits heute keine Unterstützung innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Die pauschalen Krankenkassenbeiträge für diese Personengruppe (derzeit 125 Euro) werden vom jeweiligen Träger der Transferleistung übernommen und somit schon im Status quo aus Steuermitteln finanziert. Eine Kürzung des Existenzminimums oder einzelner Bestandteile des ihm zu Grunde liegenden Warenkorb würde zudem an verfassungsrechtliche Grenzen stoßen.

Als weiterer Einwand wird geltend gemacht, dass die Beteiligung der Arbeitgeber an den Gesundheitskosten wegfielen. Hierzu ist festzustellen, dass die Verteilung der Zahllast zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber noch nichts über die ökonomische Traglast der Gesundheitskosten aussagt. Die Arbeitgeber betrachten die gesamten Aufwendungen für einen Arbeitnehmer als Lohnkosten. Letztlich tragen die Arbeitnehmer die gesamten Krankenversicherungskosten, weil der Arbeitgeber entsprechend geringere Löhne auszahlt. Gelingt das nicht, kommt es zu Beschäftigungsverlusten. Ein weiterer Nachteil der Aufteilung in Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag besteht darin, dass die Arbeitnehmer einen Anreiz haben, eine teurere Versicherung (mit umfangreicheren Leistungen) zu wählen und keine oder geringe Selbstbeteiligungen zu akzeptieren, da dem

Arbeitgeber die Hälfte der Ersparnisse zufallen würde. Er kann die Löhne nicht nach den individuellen Krankenversicherungskosten differenzieren und den Vorteil an die Versicherten zurückgeben.

Ein gesondertes Verteilungsproblem ist die bisher unentgeltliche Mitversicherung der Kinder. Diese sollte aufgegeben werden. Wird weiterhin eine solche familienpolitische Leistung gewünscht, sollte das Kindergeld entsprechend erhöht werden. Hierdurch würden Anreize gesetzt, auch für Kinder eine effiziente Versicherung zu wählen.

3. Effizienter Versicherungswettbewerb durch Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen

Die Bürgerprivatversicherung weist Ähnlichkeiten mit der privaten Krankenversicherung in Deutschland auf. Sie zeichnet sich durch lebenslange Versicherungsverträge aus, die die Versicherungsunternehmen wie heute in der privaten Krankenversicherung nicht kündigen können. Die Prämien werden so geglättet, dass sie unter der Annahme real unveränderter Gesundheitskosten über das gesamte Leben konstant bleiben. Zur Prämienglättung zahlen die Versicherten in jüngeren Jahren eine Prämie, die über den durchschnittlich erwarteten Gesundheitsaufwendungen liegt. Aus diesem Überschuss werden Altersrückstellungen aufgebaut. In späteren Jahren sind die Prämien im Durchschnitt geringer als die erwarteten Aufwendungen. Zur Deckung dieser Differenz werden die zuvor gebildeten Rückstellungen eingesetzt. Kommt es allerdings zu einem nicht einkalkulierten Anstieg bei den Gesundheitskosten, beispielsweise durch medizinisch-technischen Fortschritt, müssen die Prämien erhöht werden.

Der entscheidende Unterschied zur bisherigen privaten Krankenversicherung besteht darin, dass bei einem Wechsel der Versicherung individuelle risikoäquivalente Altersrückstellungen übertragen werden. Das ermöglicht auch älteren und gesundheitlich belasteten Versicherten einen Wechsel, ohne hohe Prämienzuschläge zu zahlen. Es kommt zu einem selektionsfreien Wettbewerb um alle Bestandsversicherten.

Die Grundidee: Die alte Versicherung gibt jedem Versicherungswechsler so viel an Altersrückstellungen mit, wie dieser unter dem Strich noch kosten würde, wenn er bei ihr bliebe. Dem Wechsler wird also die Differenz aus erwarteten zukünftigen Kosten und erwarteten zukünftigen Prämienzahlungen mitgegeben. Schätzt die Versicherung, dass ein Versicherter bis zum Ende seines Lebens noch Gesundheitsaufwendungen von 200.000 Euro verursachen und 150.000 Euro an Prämien zahlen wird, so könnte sie ihm eine Altersrückstellung in Höhe von 50.000 Euro mitgeben. Diesen Betrag müsste die alte Versicherung auch aufwenden, wenn der Versicherte bei ihr bleibt – schließlich hat sie ihm ein lebenslanges Leistungsversprechen gegeben. Anders ausgedrückt: Die individuelle Al-

tersrückstellung ist der Preis, den eine Versicherung maximal zu zahlen bereit ist, um sich von den Verbindlichkeiten trennen zu können, die sich aus dem lebenslangen Leistungsversprechen ergeben.

Schätzt eine andere Versicherung die Gesundheitskosten ebenfalls auf 200.000 Euro, kann der Versicherte ohne Nachteile zu dieser Versicherung wechseln, wenn er eine Altersrückstellung von 50.000 Euro mitbekommt. Er müsste dort keine höhere Prämie zahlen. Erwartet die andere Versicherung aber geringere Kosten, weil sie beispielsweise effizienter arbeitet, kann sie dem Versicherten eine geringere Prämie anbieten und zusätzlich selbst einen Gewinn aus dem Wechsel erzielen.

In diesem System kann jeder Versicherte unabhängig von seinem Gesundheitszustand in für ihn besser geeignete Versicherungen wechseln. Denn die individuellen risikoäquivalenten Altersrückstellungen sind dem individuellen Gesundheits- und damit Kostenrisiko angepasst: Versicherte mit einem hohen Gesundheitsrisiko erhalten beim Wechsel hohe Altersrückstellungen, Versicherte mit einem geringen Gesundheitsrisiko bekommen niedrige Rückstellungen. Von den mit risikoäquivalenten Altersrückstellungen ausgestatteten Versicherten kann die aufnehmende Versicherung risikoäquivalente Prämien verlangen, so dass auch kranke Menschen interessante Kunden für die Versicherung sind. Die risikoäquivalenten Prämien führen in diesem System aber gerade nicht dazu, dass kranke Menschen besonders hohe Prämien zahlen müssen, da die Risikounterschiede durch die unterschiedlichen Altersrückstellungen ausgeglichen werden.

Die Bürgerprivatversicherung mit der Übertragung risikoäquivalenter Altersrückstellungen bietet somit folgende Vorteile:

- Das langfristige Krankheitskostenrisiko wird verlässlich abgesichert.
- Jeder Versicherte kann unabhängig von seinem Gesundheitszustand die Versicherung wechseln. Alle Versicherten sind interessante Kunden. Risikoselektion wird effektiv verhindert.
- Es kommt zu einem intensiven Wettbewerb um hohe Versorgungsqualität und niedrige Kosten. Gerade kranke Menschen profitieren von diesem Wettbewerb.

Entscheidend für den Wettbewerb ist im Übrigen nicht, dass es zu einem massiven Anstieg der Wechseltätigkeit kommt. Bereits die Möglichkeit des Wechsels führt dazu, dass sich die Unternehmen verstärkt um Effizienz und die Erfüllung der Wünsche ihrer Kunden bemühen werden.

Die Überlegenheit des Systems mit übertragbaren risikoäquivalenten Altersrückstellungen ist weitgehend unbestritten. Es wird aber eingewandt, dass die Versicherungen keine Anreize hätten, die „richtigen“ Altersrückstellungen zu übertragen: Die abgebende Versicherung würde stets zu niedrige Rückstellungen mitgeben und die aufnehmende zu hohe haben wollen. Die Versicherungen könnten sich daher nicht einigen und es käme zu ständigen Rechtsstreitigkeiten. Diese Befürchtungen sind aber unbegründet.

Selbst ohne Vorschriften zur Übertragung von Altersrückstellungen bestehen erhebliche Anreize zur Mitgabe der „richtigen“ Rückstellungen.¹ Wenn die abgebende Versicherung einem Wechsler genau die unter dem Strich erwarteten Kosten mitgibt ist sie indifferent, ob der Versicherte geht oder bleibt. Sie hätte aus dem Wechsel keinen Nachteil. Wechselt der Versicherte aber bereits bei einem etwas geringeren Betrag, kann die abgebende Versicherung aus dem Wechsel einen Gewinn erzielen. Dieser Fall ist denkbar, wenn die aufnehmende Versicherung effizienter ist und sie dem Versicherten auch bei einer etwas geringeren Altersrückstellung noch eine günstigere Prämie anbieten kann. Versucht die abgebende Versicherung aber, die Altersrückstellung zu weit abzusenken, läuft sie Gefahr, dass der Versicherte nicht wechselt und ihr ansonsten entstehende Gewinne aus dem Wechsel entgehen. Spiegelbildlich verhält es sich bei der aufnehmenden Versicherung: Lehnt sie einen Versicherten mit einer an sich ausreichenden Altersrückstellung ab besteht die Gefahr, dass der Versicherte zu einer dritten Versicherung oder gar nicht wechselt und ihr Gewinne entgehen. Alle Beteiligten haben bei geringerer Effizienz der abgebenden Versicherung grundsätzlich ein Interesse daran, dass sich gebotene und geforderte Altersrückstellung in einem Bereich bewegen, der den Wechsel möglich macht. Dieser Anreiz ist für die Funktionsfähigkeit des Systems ausreichend.

Es kann also durchaus sein, dass sich ein funktionierendes System mit übertragbaren Altersrückstellungen selbst durchsetzt. Allerdings wechselt bereits heute eine nicht unbedeutende Anzahl privat Versicherter trotz der damit verbundenen Nachteile das Versicherungsunternehmen und lässt dabei Altersrückstellungen zurück. Es ist nicht völlig auszuschließen, dass der Gewinn aus diesen zurückgelassenen Altersrückstellungen größer sein könnte als der Vorteil aus der Übertragung der „richtigen“ risikoäquivalenten Altersrückstellungen. Dann könnte es für die Versicherungen attraktiv sein, keine oder nur sehr geringe Altersrückstellungen zu übertragen. Außerdem wird bisweilen befürchtet, die Versicherungen könnten die Qualität ihrer Leistungen verringern, um Kosten zu sparen (Hold-up-Problem). Werden gleichzeitig die Altersrückstellungen abgesenkt, könnten die Versicherten nicht mehr ohne Schaden das Versicherungsunternehmen wechseln. Ohne eine Regulierung der Altersrückstellungen könnte eine solche Strategie daher für manche Versicherungen zumindest kurzfristig profitabel sein.

Diese Probleme können aber mit einer vergleichsweise einfachen Regelung verhindert werden: Mit der Summenregel. Die Versicherungen müssten die nach den bisherigen Vorgaben gebildeten und leicht kontrollierbaren bilanziellen Altersrückstellungen ihren einzelnen Versicherten zuweisen, so dass die Summe der

¹ In der heutigen privaten Krankenversicherung können diese Anreize nicht wirksam werden, da die Versicherungen verpflichtet sind, einen bestimmten Betrag für die von Wechslern zurückgelassenen Altersrückstellungen bereits bei Vertragsabschluss prämiennindernd zu berücksichtigen.

individuellen Altersrückstellungen den bilanziellen Altersrückstellungen entspricht. Wie die bilanziellen Altersrückstellungen auf die einzelnen Versicherten verteilt werden, kann den Unternehmen überlassen bleiben.

Es liegt im eigenen Interesse der Versicherungen, die Rückstellungen nach bestem Wissen auf die einzelnen Versicherten zu verteilen: Würden sie einem Versicherten höhere Altersrückstellungen zuteilen als eigentlich angemessen, um ihn zum Wechsel zu bewegen, so würde er die abgebende Versicherung bei einem Wechsel mehr kosten als wenn er bliebe. Der Wechsel wäre offensichtlich zu teuer erkaufte. Weist eine Versicherung einem Versicherten hingegen eine bewusst zu niedrig angesetzte Altersrückstellung zu, um ihn an einem Wechsel zu hindern, muss sie anderen Versicherten automatisch eine zu hohe Rückstellung zuordnen. Schließlich liegt die Summe der individuellen Altersrückstellungen fest. Dadurch würde sie sich aber wie oben ausgeführt selbst schädigen. Die Altersrückstellungen sind dann richtig auf die Versicherten verteilt, wenn die abgebende Versicherung bei jedem Versicherten indifferent ist, ob er geht oder bleibt. Für die aufnehmende Versicherung und den Versicherten ergeben sich dennoch Vorteile aus einem Wechsel, wenn die andere Versicherung effizienter ist. In anderen Fällen wäre ein Wechsel nicht sinnvoll.

Außer der Summenregel sind prinzipiell keine weiteren Regulierungen erforderlich, um die Zuweisung der „richtigen“ Altersrückstellungen sicherzustellen. Eine Schiedsstelle, ein Ombudsmann oder andere Einrichtungen zur Bestimmung der Altersrückstellung sind überflüssig. Es ist auch vorstellbar, dass die Versicherungen im verstärkten Wettbewerb die Reputation aufbauen wollen, dass sie ihre Versicherten fair behandeln, also dauerhaft eine hohe Qualität garantieren und korrekte Altersrückstellungen mitgeben. Eine Regulierung über die Summenregel wäre dann überflüssig. Die Anzahl der autonomen Wechsler, die eine Versicherung auch dann verlassen, wenn ihnen nur geringe oder gar keine Altersrückstellungen mitgegeben werden, dürfte zudem zurückgehen, wenn die Versicherten trotz eines Umzugs ins Ausland oder eines Arbeitsplatzwechsels in der bisherigen Versicherung bleiben können. Die Bürgerprivatversicherung erleichtert die grenzüberschreitende Versicherungstätigkeit und löst die Zweiteilung des deutschen Gesundheitssystems auf – viele autonome Wechsel erfolgen derzeit durch Einkommenseinbußen beim Jobwechsel und die damit verbundene Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die oben geschilderte Option der systematischen Zuweisung zu geringer Altersrückstellungen ist bei weniger autonomen Wechslern auch ohne die Summenregel weniger attraktiv.

Praktisch könnte das System so funktionieren, dass den Versicherten zu einem Stichtag die Höhe ihrer individuellen Altersrückstellungen mitgeteilt wird. In einem anschließenden Wechselzeitraum von beispielsweise einem Monat könnten sie Angebote anderer Versicherungen einholen und über einen Wechsel entscheiden.

4. Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Vertragsfreiheit

Die Bürgerprivatversicherung führt schon für sich genommen zu einem effizienteren Versicherungsbetrieb. Sein volles Potenzial könnte dieses wettbewerbliche Versicherungssystem entfalten, wenn die Möglichkeiten zu Vertragsschlüssen mit den Leistungserbringern flexibilisiert würden. Heute sind die Handlungsspielräume der gesetzlichen Krankenversicherung und noch mehr der privaten Krankenversicherung stark eingeschränkt.

Die Befürchtung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in einem System mit einzelvertraglich gebundenen Leistungserbringern absinkt, könnte heute durchaus begründet sein – durch die bestehenden Wechselbarrieren in der bestehenden privaten Krankenversicherung und die Anreize zur Risikoselektion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Übertragbare Altersrückstellungen lösen jedoch beide Probleme, so dass ein aktives Versorgungsmanagement durch die Krankenversicherungen Qualitäts- und Effizienzsteigerungen erwarten lässt.

In der Bürgerprivatversicherung sollten die Krankenversicherungen mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge abschließen und die Vergütung frei vereinbaren können. Zur Erfüllung der Versicherungspflicht müssen die Versicherungen eine Mindestversorgung gewährleisten. Notwendig ist eine Mindestanzahl von Leistungserbringern, die eine qualitativ angemessene Versorgung des jeweiligen Versichertenkollektivs ermöglicht. Natürlich liegt es ohnehin im Interesse der Versicherten, eine Versicherung mit hinreichendem Angebot an Leistungserbringern zu wählen, so dass sich eine ausreichende Versorgung über den Markt ergeben sollte. Allerdings muss verhindert werden, dass Menschen die allgemeine Versicherungspflicht durch den Abschluss unzureichender Versicherungsverträge unterlaufen.

Um Menschen in teurer zu versorgenden Regionen kostendeckend versichern zu können, muss eine regionale Prämiendifferenzierung zugelassen werden. Auf diese Weise dürfte sich ein flächendeckendes Angebot an medizinischen Leistungen sicherstellen lassen. Die staatliche Krankenhausplanung und -finanzierung kann entfallen. Öffentliche, freigemeinnützige und private Häuser konkurrieren um Verträge mit den Versicherungen, wobei zur Schaffung eines fairen Wettbewerbs der Defizitausgleich bei öffentlichen Häusern wegfallen muss. Auch die duale Krankenhausfinanzierung sollte abgeschafft und durch eine ausschließliche Finanzierung über Leistungsentgelte ersetzt werden. Krankenversicherungen können auch selbst Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Einrichtungen betreiben.

Lediglich das Vorhalten von Krankenhauskapazitäten für Katastrophenfälle bedarf weiterer staatlicher Eingriffe, da hier aufgrund der sehr unsicheren Nachfrage ein Angebot über den Markt problematisch erscheint. Solche Kapazitäten können beispielsweise die Länder in Ausschreibungsverfahren bereitstellen.

Im ambulanten Bereich würden die Zulassung als Kassenarzt und damit die Niederlassungsbeschränkungen entfallen. Jeder Arzt könnte Verträge mit Versi-

cherungen schließen oder frei praktizieren. Dafür müssten die Patienten privat Zuzahlungen leisten oder in ihrer Krankenversicherung für die freie Arztwahl einen Prämienzuschlag in Kauf nehmen. Die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor würde entfallen. Die Versicherungsunternehmen könnten entscheiden, ob ambulante fachärztliche Leistungen weiterhin auch in Facharztpraxen oder nur im Krankenhaus angeboten werden oder ob sie Verträge mit integrierten Anbietern schließen.

Die Funktionsfähigkeit des Marktes für medizinische Dienstleistungen wird dadurch eingeschränkt, dass Patienten die Qualität der Behandlungen und der Leistungserbringer schwer einschätzen können. Daher sollten umfassende Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden, um Patienten, einweisenden Ärzten, Krankenversicherungen und Medien die Beurteilung zu erleichtern. Für den Krankenhausbereich existiert bereits ein ausgefeiltes System von Qualitätsindikatoren. Hier sollte an eine allgemein zugängliche Publikation gedacht werden. Vergleichbare Indikatoren-Sets sollten für den ambulanten Sektor entwickelt werden. Für die Wahl der Krankenversicherung wären zudem Qualitätsindikatoren hilfreich, die sich auf die Qualität der gesamten Behandlungskette bei einer Erkrankung beziehen. Auch wenn Qualitätsinformationen über Leistungserbringer veröffentlicht werden, bleiben staatliche Mindestqualitätsstandards unerlässlich.

5. Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren

In der Literatur wurde nachgewiesen, dass die reine Umstellung vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren in Rentenversicherungssystemen bei Betrachtung aller Generationen keine Effizienzverluste, aber auch keinerlei Effizienzgewinne bringt. Dies ist in der Krankenversicherung allerdings anders. Zum einen kann in einem Kapitaldeckungssystem durch übertragbare Altersrückstellungen ein funktionstüchtiger Wettbewerb geschaffen werden, der in Umlagesystemen mit Risikostrukturausgleich nicht möglich ist. Zum anderen müssen Leistungsausweitungen von den Generationen bezahlt werden, die sie in Anspruch nehmen. Eine teilweise Verlagerung dieser Kosten auf zukünftige Generationen ist nicht möglich. Daher werden weniger ineffiziente Leistungen mit ungünstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis in den Leistungskatalog der Krankenversicherungen aufgenommen.

Gegen eine Umstellung auf ein kapitalgedecktes System wird oft eingewandt, eine Umstellung sei „zu teuer“, da die Umstellungsgeneration doppelt belastet werde: Es müssten parallel sowohl die Leistungsansprüche der älteren Generation erfüllt, als auch ein Kapitalstock aufgebaut werden. Dieser Einwand ist unzutreffend.

Im Fall der gesetzlichen Krankenversicherung wird den jüngeren Beitragszahlern die (implizite) Zusage gemacht, dass sie im Alter trotz höherer erwarteter

Stichwortverzeichnis

- adverse Selektion 28, 181
Altersrückstellung 57, 84, 105 ff., 148 ff., 207 ff.
–, durchschnittliche 59 ff., 87 ff., 131
–, individuelle 76, 89, 100, 105 ff., 220
Arbeitgeberanteil 72, 102
arztinduzierte Nachfrage 27, 180
- Basistarif 49 ff., 57, 140
Beitragsbemessungsgrenze 45 ff., 210
Bestimmungslandprinzip 203, 214 ff., 223
Bürgerversicherung 44, 69
- Doppelbelastung 145, 151, 157 ff., 170
duale Finanzierung 66
- Einführungsgewinne 147, 157 ff., 170
externe Effekte 31, 197
- Festbetragszuschuss 91
Freifahrerverhalten 31, 75, 84
Freizügigkeit 191, 202 ff., 206 ff., 213, 222
- Gemeinsamer Bundesausschuss 63
gesetzliche Krankenversicherung 33 ff., 68 ff.,
100 ff., 142, 144 ff.
Gesundheitsfonds 34, 43, 53 ff.
Gesundheitspauschale 45, 68, 71 ff., 81, 215
- Herkunftslandprinzip 211 ff., 217, 224
Hold-up-Problem 118
- Indemnitätstarif 91
Informationsasymmetrie 27 ff., 185
- Kapitaldeckungssystem 153, 160, 215
Kapitaldeckungsverfahren 57, 144 ff.
Kartell 30
–, Einkaufskartell 30
kassenärztliche Vereinigung 63
Kollektivvertrag 203
Kontrahierungszwang 34, 36 ff., 52, 57, 69, 72,
112
Kostenerstattungsprinzip 57
- Krankenhausfinanzierungsgesetz 66
Krankenhausplan 65
Krankenkassenverbände 63
- Lastverschiebung 171
- Marktmacht 30 ff., 178, 192
Meritorik 30
Mindestleistungskatalog 79, 195, 209, 215,
222
Moral hazard 26, 28, 80
–, ex ante Moral hazard 26, 28
–, ex post Moral hazard 28
- Nettolohnpolitik 73
Niederlassungsfreiheit 64, 202
Nullkostenillusion 26, 64
- paritätische Finanzierung 34
Pauschalprämiensystem 73
Pflichtversicherung 34
Prämie
–, risikoäquivalente Prämie 29, 80 ff.
Prämienänderungsrisiko 87, 122
Prämienanpassung 88, 106
Prämienkalkulation 59, 83, 163
Prämienregulierung 122, 128, 132
Praxisgebühr 96
Private Krankenversicherung 46, 57 ff., 139 ff.
- Rationierung 80, 196, 201
Rendite 151 ff., 162 ff.
Risiko
–, gutes 29, 105
–, schlechtes 29, 105
Risiko Selektion 28 ff., 36, 53, 59, 61, 73, 76,
82 ff., 109, 124 ff., 131, 203, 207
Risikostrukturausgleich 36 ff., 56, 69, 72, 149,
207, 215
–, morbiditätsorientierter 38 ff., 41
Risikozuschläge 49 ff., 83, 130, 140, 218

- Sachleistungsprinzip 34, 77, 199
Selbstbeteiligung 51, 76, 89 ff.
Sondervermögen 148 ff., 159
Subsidiarität 192 ff.
Summenregel 117, 150
- Tertiärprävention 37
- Übergang s. Umstellung
- Umlageverfahren 33 ff., 68 ff., 73, 154, 160, 164, 198, 206, 217 ff.
Umstellung 100, 139 ff., 144 ff., 220 ff.
Umverteilung 24, 44 ff., 56, 72, 80, 100 ff., 191 ff., 205, 210, 215, 222
- Vererbung 60, 140 ff.
Vergütung 39, 77, 175 ff., 224
- Verschuldung
–, implizite 52, 146 ff.
Versicherungspflicht 31, 33, 57, 75, 76, 175 ff., 211, 222 ff.
– -grenze 46
Versicherungswechsel 36, 59, 82, 105 ff., 207
Versorgung
– ambulante 63 ff.
– stationäre 65
Vertragsfreiheit 63 ff., 109, 119, 175 ff.
Vertrauensschutz 142, 146 ff., 156 ff.
- Wanderung 196, 206 ff.
- Zulassungsbeschränkung 30, 64, 196
Zusatzleistungen 54
Zusatzversicherung 75, 168 ff., 223