

Zukunft der Krankenversicherung: Privatisierung oder der Weg in eine „einheitliche“ Kasse: Impressionen aus der GRPG-Arbeitsgruppe „Neue Strukturen“

Jürgen Zerth, Bayreuth¹

1 Problemstellung und Einführung

Die gegenwärtig politisch geprägte Diskussion um die Zukunftsfähigkeit der Gesundheitsversorgung, die sich vor allem an den „Brandnames“ Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämie festmachen lässt, überdeckt das eigentliche Grundproblem des Gesundheitswesens.

- Es ist ein unzureichendes Anreizsystem für wirtschaftliches Verhalten bei den Leistungserbringern vorhanden. Die bestehenden Anreizsysteme und ein Großteil der Sanktionsmechanismen sind nicht qualitätsorientiert.
- Es besteht keine effektive Kontrolle der Angebotsmenge sowie der Qualität. Insbesondere infolge der finanziellen sektoralen Trennung der Versorgungsstrukturen bleiben bisherige Ansätze der integrierten Versorgung Stückwerk.
- Der Wettbewerbsprozess zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten/Patienten ist durch eine Vielzahl an interventionistischen Regulierungen und Reglementierungen eingeschränkt, die sich teilweise gegenseitig widersprechen.
- Es mangelt an Anreizen und Wahlmöglichkeiten für ein kostenbewusstes Verhalten der Versicherten. Selbstbeteiligungsregelungen haben häufig eher dem fiskalischen Zweck als dem Zweck der Steuerung zu dienen.

Als Kernelemente jeder Diskussion um die Ausgestaltung des sozialen Sicherungssystems lassen sich drei Kernelemente herausarbeiten:

- ❖ Abgrenzung der Solidarität und Ausmaß der Eigenverantwortung
- ❖ der Ausgestaltung der Finanzierung
- ❖ der Gestaltung des Leistungsangebots

Durch die sehr schnelle parteipolitische Festsetzung auf Bürgerversicherungsmodell und Gesundheitsprämie sind alternative Herangehensweisen mit ein paar wenigen Ausnahmen im

¹ Dieser Beitrag soll die wesentlichen Ergebnisse aus der GRPG-Arbeitsgruppe zusammenfassen. Dabei wurde versucht, in ausgewogener Form die Herangehensweise in Form einer Synthese zu wählen. Falls nicht alle wesentlichen Positionen aus der Arbeitsgruppe wiedergegeben wurden, geht dies zu Lasten des Verfassers. In der Arbeitsgruppe „Neue Strukturen“ kamen zusammen: Michael Feldmann (Sprecher), Andres Reinhold, Jürgen Lutsch, Jutta Blechschmidt, Peter von Czetriz, Rainer Kassubeck, Wolfgang Mennicken, Jürgen Zerth.

gesundheitpolitischen Umfeld kaum noch zu finden². Es wurden aber ungeachtet dieser Tatsache diese beiden grundsätzlichen Richtungsentscheidungen kaum synoptisch betrachtet. Diese lauten wie folgt: Soll das Gesundheitswesen einer stärkeren privaten Charakter einnehmen, der Versicherungscharakter grundsätzlich gestärkt werden oder geht die Tendenz eher in Richtung einer (vereinheitlichten) Volksversicherung.

Der folgende Beitrag soll Aspekte dieser Diskussion herausarbeiten und dabei auch auf Ergebnisse der GRPG-Arbeitsgruppe „Neue Strukturen im Gesundheitswesen“ zurückgreifen. Die Arbeitsgruppe hatte aufgrund ihrer interdisziplinären Struktur nicht den Anspruch, neue Reformalternativen zu entwickeln, aber es sollte anhand zweier Extrempositionen eine synthetische Herangehensweise gefunden werden. Das Szenario Kasse würde ähnlich wie die Bürgerversicherungslösung an einer Fortentwicklung des Status quo ansetzen, wohingegen das Privatisierungsszenario gemäß privater Versicherungslösungen zu organisieren wäre.

2 Mitgliedschaft und Versicherungspflicht

Die Diskussion um eine Reform der Gesundheitsversorgung muss die Frage beantworten, für wen die Pflicht zur Solidarität innerhalb einer Gesellschaft letztendlich gilt.

2.1 Kassenszenario

Grundlage des Kassenszenarios ist die Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Bürger. Die Versicherungspflichtgrenze entfällt dadurch. Gleichzeitig soll die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden und alle sieben Einkunftsarten des Einkommenssteuergesetz Berücksichtigung finden. Die Private Krankenversicherung soll mit risikoäquivalenten Prämien lediglich den Bereich der Zusatzversicherungen abdecken können.

2.2 Privatisierungsszenario

Gemäß dem Privatisierungsszenario wäre nur noch eine Versicherungspflicht aber keine Pflichtversicherung mehr vorgesehen. Die organisatorische Trennung zwischen GKV und PKV wäre dementsprechend hinfällig. Dieser Privatisierungssystematik kann nur ein System entsprechen, in dem jede Kasse unabhängig von ihrer Rechtsform zugelassen werden muss, soweit sie bereit ist, gemäß dem Regelleistungskatalog zu kontrahieren.

² Zu denken wäre u. a. an das „Züricher Modell“ um Zweifel/Breuer (2002) oder das „Bayreuther Manifest“ um Oberender/Zerth (2003). Bereits vor der Rürup- und Herzog-Kommission haben Henke et. al. (2002) ein Kopfprämienmodell entwickelt.

2.3 Synthese

Die Frage nach der Ausdehnung der Versicherungspflicht ist nur im Hinblick auf die Konstruktionsprinzipien eines sozialen Sicherungssystems zu diskutieren. Es ist ein entscheidender Unterschied, ob bei einem Umlageverfahren oder bei kapitalorientierten Verfahren eine allgemeine Versicherungspflicht eingeführt wird. Eine langfristige Orientierung an immanenten Anreizen macht bei Fortbestand des Solidarprinzips eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Staatsbürger sinnvoll, insbesondere dann, wenn die Umverteilungskomponente über allgemeine Steuermittel zu finanzieren ist. Dies wäre bei Kopfprämien oder einer aktuarischen Finanzierung erforderlich.

Als erster Schritt in die Richtung einer allgemeinen Versicherungspflicht ist die Bemessungsgrundlage für die Beitragskalkulation langfristig erheblich auszuweiten, da ein Festhalten am Arbeitseinkommen für die weitere Entwicklung nicht mehr zielführend ist. Wie auch der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* ausführt, sollte das Gesundheitswesen als ein Motor für Wachstum und Beschäftigung unter Aufgabe der Beitragssatzstabilität und durch die Berücksichtigung künftiger Entwicklungschancen betrachtet werden³. Die Diskussion um Reichweite und Inhalt der Versicherungspflicht ist ohne die Abgrenzung der Solidarität, die sich in der Garantie eines „Leistungskatalogs“ wiederfindet nicht zu führen.

3 Leistungskatalog

In praktisch allen Reformvorschlägen zum Gesundheitssystem wird es als ein wichtiger Schritt angesehen, den Umfang der solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen einerseits zu „entschlacken“ und andererseits zu begrenzen. Wohingegen die erste Maßnahme an den Strukturen des Gesundheitswesens ansetzt und letztendlich den Anspruch auf solidarische Leistungen definiert, zielt die zweite Maßnahme auf die Anreizprobleme im System hin, die jedoch ohne eine Auseinandersetzung mit den Austausch- und Anreizbeziehungen der Beteiligten nicht zu lösen ist. Sowohl im Kassenszenario als auch bei einer Privatisierungsoption müsste die Diskussion um eine inhaltliche Abgrenzung des Regelleistungskatalogs erfolgen.

Die Neuordnung des Leistungskatalogs führt zwangsläufig zur Frage nach geeigneten Selektionskriterien. Die Ausgestaltung des Leistungskatalogs kann entweder auf der Makroebene durch eine pauschale Ausgrenzung einer Leistung, die für alle Versicherten

³ Vgl. Sachverständigenrat (1994).

gleichermaßen gilt, oder auf der Mikroebene durch das Einräumen individueller Entscheidungsspielräume vollzogen werden. Die Ausgestaltung eines Regelleistungskatalogs erfolgt grundsätzlich durch die Vorgabe einer (Mindest-)Versicherungspflicht. Auf der Makroebene stellt der diagnostische und therapeutische Nutzen das Schlüsselkriterium dar. Die Ausgrenzung von Leistungen aufgrund fehlenden diagnostischen und therapeutischen Nutzen ist grundsätzlich unumstritten. Da es eindeutige, wissenschaftlich fundierte, Kriterien zur Bestimmung des Regelleistungskataloges nicht gibt, sind andere rationale Kriterien zur Identifikation und Operationalisierung notwendiger Leistungen zu entwickeln. Der Sachverständigenrat hat bereits 1994 festgestellt, dass es keine positive Abgrenzung des Leistungskatalogs geben kann. Die Leistungsdifferenzierung richtet sich also vornehmlich nach medizinischen, ökonomischen und sozialpolitischen Kriterien. Ausgehend von diesen Kriterien lassen sich zwei Grundsatzrichtungen identifizieren:

- ❖ Positive Bestimmung der GKV-Leistungen mit der Möglichkeit der Ab- und Zuwahl
- ❖ Negative Abgrenzung des GKV-Leistungsbereich mit den Möglichkeiten der Ab- und Zuwahl.

Aus ordnungspolitischer Sicht stellt sich insbesondere die Frage, ob es zwingend einen obligatorischen Regelleistungskatalog für alle Bürger geben muss oder ob nicht auch regional unterschiedliche Arrangements möglich sein müssen. Letztendlich ist die Frage eines Regel- und Wahlleistungskatalogs zwingend mit der Finanzierung des Versicherungsverhältnisses verbunden.

4 Gestaltung des Versicherungsverhältnisses

Die Grundfrage jedes gesundheitspolitischen Reformentwurfs und sozusagen die Klammer über die jeweiligen Ausgestaltungsvorschläge ist die Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses zwischen Versicherten und Kostenträger (Krankenversicherung). Die Ausgestaltung der Finanzierungsregelung hat unmittelbaren oder mittelbaren Einfluss auf Angebots- sowie die Nachfrageseite, was sich am Beispiel des deutschen Solidarprinzips (Beitragssatzstabilität) sowie des Sachleistungsprinzips (Entökonomisierung der Leistungsnachfrage) ableiten lässt.

4.1 Kassenszenario

Beim Kassenszenario ist es durch die Ausweitung der Versicherungspflichtgrenze in Kombination mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die Lohnabhängigkeit der Finanzierung zu reduzieren und gleichzeitig eine verbesserte horizontale Gerechtigkeit

zwischen den Einkunftsarten zu gewährleisten. Die Lohnabhängigkeit soll durch die Berücksichtigung aller Einkunftsarten des Steuerrechts reduziert werden.. Durch die Einbeziehung weiterer Einkommensbestandteile ergibt sich das Problem der Verrechnungsfähigkeit von positiven und negativen Einkommen. Dies soll nach dem Kassenkonzept nicht möglich sein. Darüber hinaus macht die Fortführung der paritätischen Finanzierung eine Regelung für die Nichterwerbseinkünfte notwendig. Für Vermögenseinkünfte soll der Versicherte daher den vollen Beitrag bezahlen.

Ziel des Kassenkonzepts ist es durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht bei gleichzeitiger stufenförmiger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze eine langfristige Entlastung mittlerer und kleiner Einkommenshaushalte zu ermöglichen, was c. p. bei Annahme gleichen Ausgabenverhaltens bei Erhöhung der Einnahmehasis saldentheoretisch zwingend sein muss.

4.2 Privatisierungsszenario

Kernbestandteil des Kassenszenarios ist ein Krankenversicherungsmarkt, der marktwirtschaftlichen Grundsätzen folgt, die gewünschte solidarische Absicherung in das Steuersystem verlegt. Jeder Versicherte zahlt eine risikoäquivalente Prämie für die auch Altersrückstellungen gebildet werden müssen. Damit ein Versicherungswechsel überhaupt funktionieren kann, ist es aber notwendig, die Frage portabler Altersrückstellungen zu lösen.⁴. Durch die Entkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge vom Einkommensrisiko ist ein Risikostrukturausgleich nicht mehr erforderlich. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden vollständig über den Lohn ausbezahlt und unterliegen daher der Besteuerungspflicht. Die solidarische Absicherung soll über steuerfinanzierte Prämienzuschüsse erfolgen.

4.3 Ausgestaltung der Finanzierung: eine Synthese

Eine Beibehaltung der Beitragsfinanzierung (beitragsunabhängige Leistungen bei einkommensabhängigen Beiträgen) könnte auf die bisherige Tradition der sozialen Sicherung zurückgreifen und würde vor allem dem politischen Argument der „geteilten Solidarität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern“ Rechnung tragen, das jedoch übersieht, dass auch der sogenannte Arbeitgeberanteil Lohnbestandteil ist, der von der Produktivität des einzustellenden Arbeitnehmers erst erwirtschaftet werden muss.

⁴ In der Arbeitsgruppe war man sich dem Problem der Gestaltung der Altersrückstellungen bewusst, es konnte jedoch keine Übereinstimmung auf ein mögliches Ausgestaltungsverfahren getroffen werden. Siehe zur Literatur übertragbarer Altersrückstellungen beispielsweise Jankowski/Zimmermann (2004).

Unter Berücksichtigung der bedeutsamen Nachfragepotentiale (demographische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt) muss in Zukunft mit steigenden Ausgaben und damit einer Verschärfung der Beitragsatzentwicklung gerechnet werden, da insbesondere das grundsätzliche Steuerungsproblem, d. h., das Auseinanderfallen zwischen im Quellenabzugsverfahren erhobenen Einnahmen und Inanspruchnahme der Leistungen nicht behoben wird.

Reformvorschläge, die zwar das Umlageverfahren erhalten wollen, gleichzeitig jedoch das Problem der Lohnnebenkosten stärker akzentuieren, plädieren entweder dafür, den Arbeitgeberanteil auf einer bestimmten Höhe festzusetzen oder wollen die gesamten Lohnnebenkosten von einem zu definierenden Sockelbetrag einmalig auszuschütten. Im ersten Fall wären Beitragsatzerhöhungen allein dem Arbeitnehmer aufzubürden, wohingegen im zweiten Fall Krankenversicherungsbeiträge den Charakter als Lohnnebenkosten verlieren würden und künftig allein Element der Lohnverhandlungen wären. Dadurch könnte zum einen die Transparenz erhöht sowie das Argument der Lohnnebenkosten hinfällig werden.

Vor dem Hintergrund der demographisch zu erwartenden Mehrausgaben wird zukünftig die Deckung der Finanzierungslücke immer relevanter (Verhältnis von zahlenden Erwerbstätigen zu Leistungsbeziehern ist zu berücksichtigen). Damit nimmt die Bedeutung von Kapitalrückstellungen (Kapitaldeckung) zu. Gleichwohl ist eine Kapitaldeckung zur Sicherung des intertemporalen Ausgabenbedarfs immer nur unvollständig konstruiert, da vor allem das Änderungsrisiko und die Einflüsse des medizinisch-technischen Fortschrittes nur teilweise ex ante antizipiert werden können. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang vor allem, auf welcher gesellschaftlichen Steuerungsebene die Kapitaldeckung eingeführt wird. Bleibt die Kapitaldeckung Element des GKV-Umlagesystems, so ist die Gefährdung durch politische Verschiebepbahnhöfe nicht von der Hand zu weisen. Die andere Alternative würde die Kapitalrückstellungen am individuellen Versicherten ansetzen lassen. Entscheidend bleibt nur, dass die Kapitalrückstellungen bei einem möglichen Kassenwechsel transferierbar sind.

Das System der beitragsunabhängigen Leistungen und der einkommensabhängigen Beiträge (Beitragsfinanzierung nach Solidarprinzip) lässt sowohl das versicherungstechnische Prämienrisiko als auch das Umverteilungsrisiko beim Kostenträger.

Wie beim Gesundheitsprämienmodell würde eine Finanzierung über aktuarische Prämien im Privatisierungsszenario die Umverteilungskomponente dem Staat über Steuermitteln zuweisen (wobei nicht zwingend mit einem Rückgang der sozialpolitischen Ausgaben zu rechnen wäre!). Eine Möglichkeit des Sozialtransfers wäre die Versicherungsgeldlösung – analog zum bereits bestehenden Wohngeld-, die als Subjektförderung den ökonomisch

schwachen Personen gezahlt wird⁵.

Bei der Kalkulation der Versicherungsprämie lässt eine aktuarische Prämie im Gegensatz zur Kopfprämie eine ex-ante-Differenzierung über das individuelle Risikoprofil zu. In diesem Sinne ist eine Abwälzung des Prämienrisikos nicht mehr möglich. Das Problem der Altersrückstellungen ist jedoch abhängig von der Ausgestaltung des Versicherungsvertrages. Grundsätzlich ist eine Verpflichtung zur Altersrückstellung nicht zwingend, dies muss jedoch dann über die Ausgestaltung des Steuertransfers gelöst werden.

Die Ausgestaltung der Finanzierungsregelungen der Versicherungsbeziehung hat unmittelbare Auswirkung auf den Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und damit auf die Wettbewerbsordnung. Da beim Kassenmodell weiterhin ein Anreiz bestehen bleibt, u. U. eine Risikodifferenzierung vorzunehmen, ist die Frage nach einem Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen zu diskutieren. Die meisten Reformvorhaben gehen den Weg, einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einzuführen. Aus theoretischer Sicht stellt dieses Konzept zwar eine konsequente Fortsetzung der RSA-Systematik dar (zumindest dann, wenn man die theoretische Basis auf deren Basis der RSA abgeleitet wurde, vorbehaltlos akzeptiert); ein perfekter RSA, der einen optimalen Ausgleich von Effizienz und Solidarität herstellt, wird jedoch ein nicht realisierbares Wunschbild bleiben. Da dieses Ergebnis schon absehbar ist und bestimmte Probleme ungelöst bleiben (Gefahr eines Finanzausgleichs, verminderte Anreize für eine Kasse, ihre Einnahmen korrekt zu ermitteln), ist ein Risikostrukturausgleich ordnungspolitisch höchst bedenklich, da er Wettbewerbsstrukturen zementiert und vor allem durch seine praktische Ausgestaltung zum Ausgleich tatsächlicher Ausgaben tendiert und somit nicht zu einem Wettbewerb um neue Versorgungslösungen beiträgt.

5 Erstellung der Leistung

Die bisherigen Ausführungen hatten den Umfang und die Anspruchsgrundlage der solidarischen Absicherung zum Inhalt. Als wesentlicher Bestandteil jeder gesundheitspolitischen Reform wird die Gestaltung der Leistungserstellung betrachtet. Die in politischen Diskussion befindlichen Reformvorschläge haben den Nachteil, dass sie sich fast vollständig mit der Finanzierung der sozialen Sicherungssystem beschäftigt haben, den im Gesundheitswesen relevanten Bezugspunkt zur Leistungsgestaltung daher nicht systematisch herausgearbeitet haben. Bei der Leistungsgestaltung sind grundsätzlich folgende

⁵ Vgl. explizit zum Vorschlag einer Versicherungsgeldlösung Oberender/Zerth (2003).

Ansatzpunkte zu berücksichtigen, die auch Kern der meisten Überlegungen zur Neugestaltung des Leistungsangebotes sind:

- ❖ der Übergang zu einer integrativen Versorgung
- ❖ eine anreizorientierte Vergütung
- ❖ ein Wettbewerb um eine bessere Versorgungsqualität

Eine Neuorientierung der Leistungsstrukturen macht sich einerseits an den Vertrags- und Organisationsstrukturen der Leistungserstellung fest und andererseits spielt die Vergütung der ärztlichen Leistung eine entscheidende Rolle. Wohingegen die meisten Reformvorschläge bereit sind, Formen selektiver Verträge zuzulassen, ist die Bedeutung des damit korrespondierenden Kassenwettbewerbs und der Frage nach dem Weiterbestehen „einheitlicher und gemeinsamer“ Vereinbarungen zwischen den Kassen noch weitgehend ungeklärt. Aus ordnungspolitischer Betrachtung heraus macht aber ein Wettbewerb im Leistungsbereich nur Sinn, wenn gleichzeitig ein Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenversicherungen besteht, der auch im Gegensatz zum gegenwärtigen System Alleinstellungsmerkmale zulässt. Innerhalb des Kassenmodells sollen die Krankenversicherungen mit einem einheitlichen Beitragssystem im Wettbewerb um Qualität und Leistungen treten. Es soll verbesserte Standards der medizinischen Versorgung geben, die dann Grundlage eines Qualitätswettbewerbs sein können. Insbesondere sollen künftig keine Einheitsverträge und Monopolstrukturen mehr notwendig sein. Gemäß dieser Vorgabe zielen die Vorstellungen des Kassenmodells auf einen Wettbewerb um unterschiedliche Versorgungsstrukturen ab, jedoch auf der Grundlage eines weitgehenden standardisierten Leistungskatalogs, ohne den eine einheitliche Beitragskalkulation und vor allem ein Risikostrukturausgleich nicht möglich sein kann.

6 Ordnungspolitisches Resümee

Ein Überblick über die Grundzüge einer künftigen Gesundheitspolitik macht jedoch nur Sinn, wenn sich die politischen Verantwortlichen bewusst sind, dass eine Reformalternative auch die grundsätzliche Systemfrage stellen kann. Insofern leisten sowohl Rürup- als auch die Herzog-Kommission einen Schritt zur Bewusstseinsveränderung innerhalb der Gesundheitspolitik. Gleichwohl muss aus dem Blickwinkel der GRPG-Arbeitsgruppe die Kritik an der zu einseitigen Orientierung an der Finanzierungsregelung geäußert werden. Ein tragfähiges Reformkonzept im Gesundheitswesen muss die Interdependenzen zwischen Finanzierungs- und Leistungsseite zwingend berücksichtigen, um nicht wesentliche Steuerungsimplicationen aus dem Auge zu verlieren.

Entscheidend wird bleiben, ob es eine ordnungspolitische Reform schafft, den Soll-Zustand des deutschen Gesundheitswesens zu bestimmen, der explizit das Anliegen der Sicherungspolitik beschreibt. Gerade vor dem Hintergrund der Knappheit der Mittel kann die Gesundheitspolitik nur noch eine funktionale und nicht mehr eine maximale Versorgung für alle gewährleisten.

Literatur:

Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J. (2004): Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen, in: Klauber, J./Robra B. P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2003, Schwerpunkt: G-DRGs im Jahre 1, Stuttgart u. a. S. 121-136.

Henke, K.-D./Johannßen, W./Neubauer, G./Rumm, U./Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung, München 2002.

Jankowski, M./Zimmermann, A. (2004): Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt, in: List Forum für Wirtschafts- und Finanzpolitik, Bd. 30 (2004), Heft 1, S. 1-19.

Oberender, P./Zerth, J. (2003): Bayreuther Manifest. Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 (1994): Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden 1994.

Zweifel, P./Breuer, M. (2003): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller e. V. Zürich 2003.