

Nr. 92
August 2005

Argumente
zu Marktwirtschaft und Politik

Privatversicherung für alle

Ein Zukunftsmodell für das Gesundheitswesen

Johann Eekhoff, Guido Raddatz, Anne Zimmermann

Stiftung Marktwirtschaft

ISSN: 1612 – 7072

— STIFTUNG —
Marktwirtschaft
Frankfurter Institut

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Eilfort	Charlottenstraße 60	Telefon: +49 (0)30 206057-0	E-Mail: info@stiftung-marktwirtschaft.de
Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen	D-10117 Berlin	Telefax: +49 (0)30 206057-57	Internet: www.stiftung-marktwirtschaft.de



Direktoren:

Geschäftsführer:

Prof. Dr. Juergen B. Donges	Dr. Steffen J. Roth	Pohligstr. 1	Telefon: +49 (0)221-4705347	E-Mail: j.eekhoff@uni-koeln.de
Prof. Dr. Johann Eekhoff	Dr. Peter Danylow	D-50969 Köln	Telefax: +49 (0)221-4705350	Internet: www.otto-wolff-institut.de

Privatversicherung für alle: Ein Zukunftsmodell für das Gesundheitswesen

A Warum brauchen wir Änderungen im Gesundheitswesen?

- 1 Die Beitragssätze dürfen nicht unkontrollierbar steigen. Die Gesundheitsleistungen müssen finanzierbar bleiben. Die Verlagerung der Kosten auf künftige Generationen ist zu beenden.

Wenn das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht geändert wird, werden die Beitragssätze in den kommenden Jahren kräftig steigen. Das liegt hauptsächlich an der demographischen Entwicklung, die durch einen ständig zunehmenden Anteil der älteren Menschen gekennzeichnet ist, aber auch am medizinisch-technischen Fortschritt sowie zum Teil am unzureichenden Wettbewerb und an der Verschwendung im Gesundheitssystem. Nach den Prognosen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (JG 2004/05, Kasten 19) werden die Beitragssätze von heute gut 14 Prozent im günstigen Fall auf rund 20 Prozent steigen, im ungünstigen Fall auf 30 Prozent (Abbildung 1).

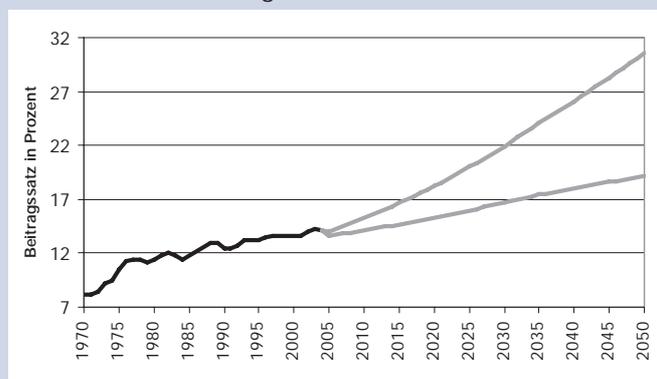
Die Belastung der beitragspflichtigen Lohn Einkommen mit allen Sozialabgaben liegt bereits bei 42 Prozent. Zusammen mit den erwarteten Beitragssatzsteigerungen droht die Gesamtbelastung auf etwa 60 Prozent der Löhne zu steigen. Das ist unseren Kindern und Enkeln gegenüber nicht zu verantworten, zumal sich dadurch die Beschäftigungsprobleme verschärfen werden. Schon heute betragen die aufgelaufenen Ansprüche gegenüber den nachfolgenden Generationen allein in der gesetzlichen Krankenversicherung etwa 700 bis 800 Mrd. Euro. Das ist die implizite Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Last der künftigen Erwerbsgenerationen steigt mit jedem Jahr, das ohne Umstellung des Umlagesystems vergeht.

- 2 Die Beiträge dürfen nicht länger die Beschäftigung erschweren. Sie müssen vom Arbeitsverhältnis abgekoppelt werden.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wirken wie eine Steuer auf die Beschäftigung: Wenn der Lohn steigt, steigt auch der Beitrag und zwar sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer. Wer mehr arbeitet und mehr Lohn erhält, muss einen höheren Beitrag zahlen, auch wenn sich am Krankheitsrisiko und an der Versicherungsleistung nichts ändert. Je stärker der Beitragssatz steigt, umso mehr versuchen die Arbeitnehmer, auf abgabenfreie Tätigkeiten wie z. B. Nachbarschaftshilfe, Schwarzarbeit usw. auszuweichen, und umso schwerer wird es, aus der Arbeitslosigkeit und der Abhängigkeit von Sozialleistungen wieder herauszukommen.

Für Unternehmen stellen die Versicherungsbeiträge als Lohnzusatzkosten einen Kostenfaktor dar, den sie auch bei ihren Standortentscheidungen berücksichtigen. Steigt der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung, wovon in den kommenden Jahrzehnten auszugehen ist, müssen die Löhne entsprechend langsamer steigen oder sogar sinken, wenn keine Arbeitsplätze abgebaut werden sollen. Steigen die Beitragssätze während der Laufzeit von Tarifverträgen, dann steigen für den Arbeitgeber automatisch die Lohnkosten. In den nachfolgenden Lohnverhand-

Abbildung 1: Entwicklung und Prognose der Beitragssätze in der GKV



Quelle: Eigene Darstellung, Daten siehe Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, JG 2004/2005.

lungsrunden wird dann darüber gestritten, ob die Arbeitgeber die auf sie entfallenen Beitragserhöhungen von der sonst möglichen Lohnerhöhung abziehen dürfen oder ob sie die Löhne wegen der höheren Beiträge sogar stärker erhöhen müssen, weil den Arbeitnehmern weniger übrig bleibt. Dieser Streit sollte aus den Lohnverhandlungen herausgehalten werden. Deshalb sollten die Arbeitgeber ihren aktuellen Anteil an der Krankenversicherung als zusätzlichen Lohn an die Arbeitnehmer auszahlen. Die Arbeitnehmer hätten dann die Mittel, um den vollen Beitrag selbst zu zahlen. Falls sie in eine Versicherung mit einem geringeren Beitrag wechseln, würden sie dann vom Prämienvorteil nicht nur zur Hälfte, sondern in vollem Umfang profitieren.

3 Die Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung und die damit angestrebte soziale Absicherung werden zunehmend willkürlich und ungerecht. Sie müssen aus der Versicherung herausgenommen werden und sich nach der Bedürftigkeit der Begünstigten und der Leistungsfähigkeit der Belasteten richten.

In unserer Gesellschaft ist es selbstverständlich, dass für alle Menschen eine angemessene Gesundheitsversorgung gesichert wird. Das ist nur zu erreichen, wenn die leistungsschwachen Menschen eine solidarische Unterstützung erhalten. Das gegenwärtige System ist aber aus vielerlei Gründen sozial ungerecht. Wer heute mehrere Wohnungen erbt und deshalb weniger arbeitet oder wer es sich leisten kann, auf Teilzeitarbeit zu gehen, wird so behandelt, als sei er nicht mehr in der Lage, den bisherigen Beitrag zur Krankenversicherung zu zahlen. Sein Beitrag wird kräftig gesenkt, weil er weniger Lohn bezieht. Die sonstigen Einkünfte und das Vermögen werden nicht berücksichtigt. Die Vollzeit-Arbeitskräfte müssen einen Versicherten unterstützen, der gegebenenfalls ein höheres Einkommen und ein erheblich größeres Vermögen hat.

Verdienen Ehepartner jeweils 3.525 Euro monatlich, also insgesamt 7.050 Euro, zahlen sie einen doppelt so hohen Beitrag zur Krankenversicherung wie ein Ehepaar, bei dem nur eine Person beschäftigt ist und alleine 7.050 Euro verdient. Außerdem werden die Kinder von gesetzlich versicherten Personen unentgeltlich mitversichert, von privat versicherten nicht. In der gesetzlichen Krankenversicherung wird also von den Kinderlosen zu den Personen mit Kindern umverteilt, in der privaten Krankenversicherung nicht.

Die Umverteilung und soziale Absicherung kann nicht sinnvoll bei einzelnen Gütern oder bei einzelnen Versicherungsleistungen organisiert werden. Diese Aufgabe muss auf das allgemeine Steuer- und Transfersystem übertragen werden. Dort werden die wirtschaftlichen Bedingungen umfassend berücksichtigt, also nicht nur der Lohn, sondern das gesamte Einkommen und das Vermögen, und zwar sowohl der einzelnen Person als auch des Lebenspartners, der Kinder und der Eltern. Wer in diesem Sinne bedürftig ist und seinen Lebensunterhalt einschließlich der Krankenversicherung nicht bezahlen kann, muss eine angemessene finanzielle Unterstützung erhalten. Die Kosten sind aus dem Steuersystem zu tragen. Die erforderlichen Mittel werden nach der Leistungsfähigkeit der Bürger aufgebracht.

4 Die negative Auswahl der Versicherten zu Lasten von Menschen mit erheblichen Gesundheitsrisiken muss beendet werden. Deshalb müssen die Krankenversicherungen eine leistungsgerechte Prämie für die Übernahme der Kostenrisiken erhalten.

Da die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich den gleichen Beitrag für gute und schlechte Risiken erhalten, versuchen sie – trotz des bestehenden Risikostrukturausgleichs –, möglichst gesunde Versicherte anzuwerben und gesundheitlich belastete Versicherte fernzuhalten (negative Auswahl). Das wird sich nur ändern, wenn sie für gute Risiken eine vergleichsweise geringe Prämie und für schlechte Risiken eine hohe Prämie erhalten. Nur unter dieser Bedingung werden die Versicherungen sich gleichermaßen um Versicherte mit geringen und mit hohen Gesundheitsrisiken bemühen.

Wenn die privaten Versicherungen unterschiedliche Prämien für ihre Versicherten erhalten, betrifft das im Wesentlichen Personen, die die Versicherung gewechselt haben. Das bedeutet nicht, dass Versicherte mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen stärker belastet werden als gesunde Versicherte. Bei einem möglichst frühen Vertragsabschluss, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Gesundheitsrisiken noch nicht erkennbar sind, zahlen die Versicherten in der selben Versicherung die gleiche Prämie. Die Versicherungen bilden Rückstellungen, die später hauptsächlich von den Versicherten in Anspruch genommen werden, die überdurchschnittliche Kosten verursachen. Die Versicherungsleistung besteht gerade

darin, den Versicherten davor zu schützen, im Krankheitsfall mit hohen Kosten belastet zu werden. In jeder Versicherung gibt es den Ausgleich zwischen Versicherten, die hohe Leistungen in Anspruch nehmen müssen, und Versicherten, die geringe oder gar keine Leistungen brauchen.

Die privaten Krankenversicherungen verlangen zwar auch heute schon risikogerechte Prämien. Sie haben trotzdem kein starkes Interesse an Versicherten mit hohen gesundheitlichen Risiken, weil diese nach den geltenden Regelungen ihre Altersrückstellung zurücklassen, wenn sie zu einer anderen Versicherung wechseln und weil die aufnehmende Versicherung wegen der fehlenden Altersrückstellung eine sehr hohe Prämie verlangen muss.

5 Der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist nach wie vor stark eingeschränkt. Um die Kräfte des Wettbewerbs zu nutzen, um die Kosten zu senken und die Leistungen zu verbessern, ist es erforderlich, dass die Versicherten ohne Nachteil die Versicherung wechseln können.

Wegen der Regelung, dass Altersrückstellungen nicht übertragen werden, können privat Versicherte mit zunehmendem Alter praktisch nicht mehr wechseln, denn bei der neuen Versicherung müssen sie erheblich höhere Prämien zahlen. Damit bleibt der Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen fast vollständig auf junge Erstversicherte beschränkt. Zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen ist der Wechsel zwar erleichtert worden, aber wenn ein Versicherter, der hohe Kosten verursacht, zu einer anderen Versicherung wechselt, müssen die hohen Kosten der neuen Versicherung in einem komplizierten bürokratischen Verfahren wieder ausgeglichen werden (Risikosturkurausgleich). Einen echten Wettbewerb gibt es weder zwischen den privaten Krankenversicherungen noch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen.

Eine Krankenversicherung kann nur in einen unverzerrten Wettbewerb um Versicherte eintreten, wenn die in einem neuen Vertrag vereinbarte Prämie das zu übernehmende Risiko abdeckt. Für den wechselnden Versicherten kann die Prämie nur dann niedrig bleiben, wenn eine individuelle Altersrückstellung gebildet wurde und er das Recht hat, diese Altersrückstellung zu der neuen Versicherung mitzunehmen. Diese Wettbewerbsbedingungen müssen in der gesetzli-

chen und zum Teil auch in der privaten Krankenversicherung erst noch eingeführt werden.

B Die Lösung: Privatversicherung für alle

Die genannten Anforderungen an eine Krankenversicherung können am besten durch eine „Privatversicherung für alle“ erfüllt werden. Die „Privatversicherung für alle“ unterscheidet sich in einigen wesentlichen Punkten von der bestehenden privaten Krankenversicherung. Sie umfasst folgende Elemente:

- 1 Alle Bürger sind verpflichtet, eine Mindestversicherung abzuschließen, deren Leistungen etwa dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen entspricht, gegebenenfalls verringert um einige Positionen wie beispielsweise zahnmedizinische Leistungen und Krankengeldzahlungen. Darüber hinausgehende Leistungen können freiwillig gegen eine entsprechende Prämie versichert werden.

Mit der Versicherungspflicht soll sichergestellt werden, dass jeder Bürger, der die Prämien tragen kann, auch eine Versicherung abschließt und es nicht darauf ankommen lässt, dass er später soziale Leistungen in Anspruch nehmen muss, weil er die Krankheitskosten nicht bezahlen kann.

Der Umfang der Versicherungsleistungen soll sich daran orientieren, welche Leistungen die Gesellschaft einem Menschen auch dann gewähren würde, wenn dieser keine eigenen Mittel aufbringen könnte. Werden einzelne dringend notwendige Leistungen aus dem gegenwärtigen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen, so muss sichergestellt sein, dass die Kosten für solche als unverzichtbar angesehene Leistungen entweder unmittelbar aus dem verfügbaren Einkommen gedeckt, von den Sozialsystemen übernommen oder an anderer Stelle versichert werden können.

2 Jeder Versicherte zahlt eine Prämie für die von ihm in Anspruch genommene Versicherungsleistung. Die Prämie hängt nicht vom Lohn, sondern von den persönlichen Merkmalen zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung ab. Sie ändert sich nicht, wenn sich im Laufe des Lebens das persönliche Krankheitsrisiko verändert.

Mit dieser Regelung wird die Prämie von den Arbeitsverhältnissen gelöst. Die Einnahmen der Versicherungen hängen nicht mehr von der Beschäftigung, von der Höhe der Löhne sowie von Verschiebungen zwischen den Einkunftsarten ab.

Besonders wichtig ist das Abgehen vom Umlageverfahren, in dem die laufenden Aufwendungen der Krankenversicherungen aus den laufenden Beiträgen der Versicherten gezahlt werden. Das Umlagesystem reagiert extrem empfindlich auf demographische Veränderungen, wie die Zunahme des Anteils alter Menschen mit hohen Gesundheitsaufwendungen und vergleichsweise geringen Einkünften. In dem hier vorgeschlagenen System wird dagegen in jungen Jahren eine Kapitalreserve angelegt, die verfügbar ist, wenn im Alter die Krankheitskosten steigen. Die nachfolgenden Generationen müssen nicht mehr mit einem Teil der Kosten belastet werden, weil jede Generation die Kosten ihrer Versicherung selbst trägt.

Grundsätzlich wird die Prämie nach dem erwarteten Krankheitsrisiko des Versicherten zum Zeitpunkt des Eintritts in die Versicherung bemessen. Daraus ergeben sich nicht zwingend unterschiedliche Prämien. Wenn sich die Risiken zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung nicht unterscheiden, sind die Prämien bei derselben Versicherung gleich. Das wird am ehesten erreicht, wenn die Versicherung zum Zeitpunkt der Geburt abgeschlossen wird. Noch besser ist die Zusage an jeden Versicherten, für den Fall der Geburt eines Kindes dieses Kind zum Normaltarif auf-

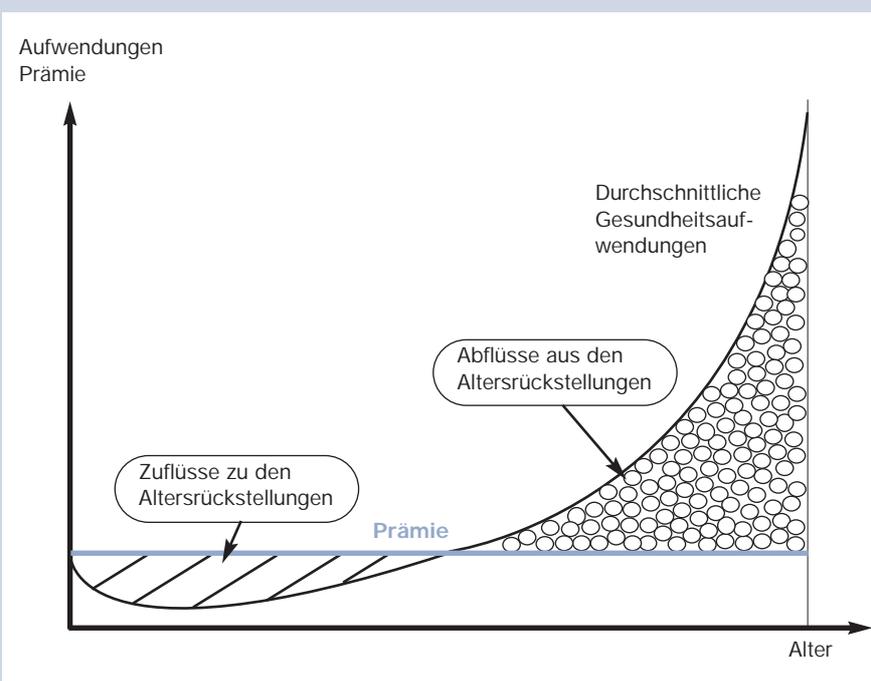
zunehmen, wie dies bei den privaten Krankenversicherungen bereits geschieht.

Wird erst in einem späteren Zeitpunkt des Lebens eine Versicherung abgeschlossen, kann die Prämie wegen des Alters und möglicherweise auch wegen erkennbar gewordener Gesundheitsrisiken höher sein als für eine gleichaltrige Person, die von Geburt an versichert ist. Ziel ist es daher, für die gesamte Bevölkerung einen Versicherungsabschluss bei oder vor der Geburt zu erreichen bzw. vorzuschreiben.

Die Prämie ändert sich nicht, wenn sich später herausstellt, dass ein Versicherter besonders hohe Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen muss. Es ist ja gerade der Zweck der Versicherung den Versicherten gegen dieses Kostenrisiko zu schützen. Das bedeutet aber umgekehrt auch, dass Versicherte mit guter Gesundheit keinen Prämiennachlass erhalten, wenn sie die Krankenversicherung unterdurchschnittlich in Anspruch nehmen.

Die Prämien in der „Privatversicherung für alle“ dürften sich in einer Größenordnung bewegen, die heute als Gesundheitspauschale für ein Leistungsniveau aufgebracht werden müsste, wie es in der gesetzliche Krankenversicherung üblich ist, also um 180 Euro monatlich. Bei den jungen und gesunden Versicher-

Abbildung 2: Glättung der Prämie durch Altersrückstellungen



Eigene Darstellung.

ten wären darin Sparanteile für den Aufbau von Altersrückstellungen erhalten. Bei den älteren und kranken Versicherten würden Altersrückstellungen abgebaut.

3 Die Prämie soll real etwa gleich bleiben, insbesondere soll ein starker Anstieg der Prämien im Alter vermieden werden. Deshalb wird der Prämienverlauf geglättet, indem in der ersten Phase der Versicherungszeit Altersrückstellungen gebildet und in späteren Lebensjahren wieder aufgelöst werden. Wird die Prämie für Kinder abgesenkt, muss sie in der Erwerbsphase entsprechend erhöht werden.

Die durchschnittlichen Aufwendungen für einen Versichertenjahrgang bzw. eine Kohorte steigen mit dem Alter der Versicherten und erreichen den höchsten Stand in den letzten Lebensjahren. Würde die Prämie nach den jeweiligen durchschnittlichen jährlichen Aufwendungen festgesetzt, könnten viele Versicherte die Prämie im Alter nicht bezahlen, weil sie dafür in der Regel keine hinreichenden Ersparnisse ansammeln. Deshalb sind die privaten Krankenversicherungen heute bereits verpflichtet, in den ersten Lebensabschnitten eine Prämie zu verlangen, die über den durchschnittlichen Aufwendungen liegt, und Altersrückstellungen für die später zu erwartenden hohen Aufwendungen zu bilden.

Die Belastung durch die Prämie soll grundsätzlich während des gesamten Lebens nicht ansteigen. Das kann eine real gleich bleibende Prämie sein – wie in Abbildung 2. Das kann auch eine Prämie sein, die mit den erwarteten durchschnittlichen Einkommen steigt. Eine über die vereinbarte Prämie hinausgehende Erhöhung kann von den Aufsichtsbehörden für die Fälle zugelassen werden, in denen neue Krankheiten und neue Behandlungsmethoden in die Versicherung einbezogen werden. Da auch weiterhin mit verbesserten Behandlungsmöglichkeiten zu rechnen ist, empfiehlt es sich, die Prämie entsprechend der Preissteigerung im Gesundheitssektor anzuheben.

Dem Versicherten bzw. den Eltern des Versicherten können bestimmte Wahlmöglichkeiten eingeräumt werden, die Prämie in der Kinderphase abzusenken und dafür später zu erhöhen oder die Prämie in der Erwerbsphase aufzustocken, um in der Rentenphase eine Entlastung zu haben.

4 Die Altersrückstellungen sind für jeden Versicherten individuell auszuweisen und bei einem Wechsel der Krankenversicherung auf die neue Versicherung zu übertragen.

Die Versicherten sollen die Möglichkeit haben, zu der Versicherung zu wechseln, die günstigere Prämien oder bessere Leistungen anbietet. Deshalb müssen Altersrückstellungen nach dem individuellen Krankheitsrisiko des einzelnen Versicherten gebildet und im Falle des Wechsels auf die neue Versicherung übertragen werden. Die individuelle Altersrückstellung wird so bemessen, dass die Summe aus zukünftigen Prämienzahlungen und die Altersrückstellung für jeden Versicherten gerade seine zu erwartenden Gesundheitsausgaben deckt. Wenn die Altersrückstellungen für einen Altersjahrgang ausreichen, müssen sie auch für jeden einzelnen Versicherten des Jahrgangs ausreichen.

Da den Versicherten mit hohen gesundheitlichen Risiken hohe Rückstellungen und den Versicherten mit geringen Risiken entsprechend geringe Rückstellungen zugewiesen werden, kann die Prämie bei einem Wechsel zu einer anderen Versicherung etwa gleich bleiben. Die neue Versicherung kann aber in dem Maße günstiger sein, wie sie mit geringeren Kosten arbeitet. Oder sie kann für die gleiche Prämie mehr Leistungen anbieten.

Der Staat kann die Bildung und Übertragung von Altersrückstellungen regulieren. An einem Wechsel und der Übertragung von Altersrückstellungen haben die Krankenversicherungen aber auch insoweit ein eigenes Interesse, als sie durch das Ausscheiden eines Versicherten von erwarteten Kosten entlastet werden – bis heute allerdings unter Einbehaltung der Altersrückstellungen („Vererbung“ der Rückstellungen an die bisherige Kohorte) – und als sie für einen aufzunehmenden Versicherten eine niedrige Prämie anbieten können.

5 Jeder Versicherte trägt einen prozentualen Selbstbehalt an allen Krankheitskosten. Der Selbstbehalt ist nach oben zu begrenzen.

Damit der Versicherte nur dann Versicherungsleistungen beansprucht, wenn sie erforderlich sind, muss er sich an den Kosten beteiligen. Ein Selbstbehalt bietet außerdem einen Anreiz, sich um kostengünstige

Arzneimittel und Behandlungen zu bemühen. Letzteres gilt selbst für chronisch Kranke. Bei den Empfängern von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld II müssen die Regelsätze es erlauben, die vorgegebenen Mindestsätze der Selbstbeteiligung zu tragen.

Insgesamt ist die Selbstbeteiligung zu begrenzen, weil der einzelne Versicherte sonst schnell überfordert wäre und weil verhindert werden muss, dass eine sehr hohe Selbstbeteiligung mit einer entsprechend geringen laufenden Prämie gewählt wird. Bei extrem hoher Selbstbeteiligung wird weitgehend auf Versicherungsleistungen verzichtet, so dass der Versicherte im Notfall doch wieder auf öffentliche Hilfe angewiesen ist.

6 Ein Versicherter, der die Prämie und den Selbstbehalt nicht tragen kann, erhält einen Zuschuss aus öffentlichen Mitteln. Dadurch wird der notwendige Gesundheitsschutz für alle Bürger garantiert.

Jeder Bürger soll für eine Versicherung attraktiv sein und umworben werden, unabhängig von seinem Gesundheitszustand. Das wird erreicht, indem er der Versicherung im Prinzip eine am Risiko orientierte Prämie zahlt. Diese Prämie ist zum Zeitpunkt der Geburt bzw. bei einer Versicherungszusage bereits vor der Geburt für alle Versicherten gleich. Versicherte, die später eintreten, zahlen grundsätzlich eine etwa gleich hohe Prämie, bringen aber unterschiedliche Altersrückstellungen mit.

Ein Teil der Bürger kann eine solche Prämie und den zusätzlichen Selbstbehalt nicht aufbringen – nicht weil sie aufgrund eines erhöhten Gesundheitsrisikos zu hoch wäre, sondern weil die normale Prämie in der Größenordnung von 180 Euro einige Versicherte überfordert. Die Gesellschaft sorgt aber dafür, dass auch diese Bürger die Regelleistungen erhalten. Für Bürger ohne Einkommen oder mit einem sehr geringen Einkommen entsteht kein Problem, weil die Kosten im Rahmen der Sozialhilfe oder des Arbeitslosengelds II übernommen werden. Für steuerpflichtige Personen kann der Freibetrag in der Einkommensteuer angehoben werden, um eine übermäßige Belastung zu vermeiden. Auf diese Weise wird erreicht, dass jedem die Zahlung seiner Krankenversicherungsprämie ermöglicht wird und umgekehrt jeder nach seiner Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Unterstützung der Einkommensschwachen beiträgt. Die Mittel für die Absicherung der Grundversorgung

werden vor allem von den Personen aufgebracht, die heute in der gesetzlichen Krankenversicherung Beiträge zwischen 250 und 500 Euro monatlich zahlen, und von den privat Versicherten.

7 Die Unterscheidung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen entfällt. Alle Versicherungen arbeiten unter gleichen rechtlichen Bedingungen. Auch für die Versicherten in den bisherigen gesetzlichen Krankenversicherungen sind Altersrückstellungen aufzubauen.

Die neue kapitalgedeckte Krankenversicherung kann letztlich nur von privaten Versicherungen angeboten werden. Um faire Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, müssen die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen unter den gleichen Bedingungen anbieten können.

In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine Altersrückstellungen. Um dieses System auf die „Privatversicherung für alle“ umzustellen, müssen Altersrückstellungen gebildet werden. Das kann über mehrere Jahre gemacht werden. Besser wäre es aber, sofort auf die Privatversicherung für alle umzustellen und die Versicherten unmittelbar mit Altersrückstellungen auszustatten bzw. den Versicherungen entsprechende Forderungen gegenüber einem staatlich garantierten Fonds einzuräumen. Dadurch entstehen keine zusätzlichen Kosten; denn diese Forderungen bestehen heute bereits gegenüber den künftigen Generationen, ohne sie allerdings offen auszuweisen.

8 Das Sachleistungsprinzip wird durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt, d. h. jeder Versicherte bekommt die Rechnungen in die Hand.

Die Ärzte und Krankenhäuser sollen nicht mehr unmittelbar mit der Versicherung abrechnen, sondern jeder Versicherte soll die volle Information über die ihm in Rechnung gestellten Kosten erhalten. Das ist Voraussetzung für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, denn ohne Information über die Kosten führt die Eigenbeteiligung nicht dazu, dass der Versicherte sich um kostengünstige Leistungen bemüht oder auf unnötige Leistungen verzichtet. Deshalb muss der Versicherte noch nicht „in Vorkasse treten“. Er kann die Rechnungen innerhalb

der Zahlungsfrist bei der Versicherung einreichen oder Abschlagszahlungen beantragen.

9 Der Risikostrukturausgleich kann nach der Umstellungsphase ersatzlos entfallen.

Im System der „Privatversicherung für alle“ erhalten die Versicherungen leistungsgerechte Prämien für jeden einzelnen Versicherten. Es gibt kein Rosinenpicken in dem Sinne, dass Versicherungen für alle Versicherten die gleiche Prämie erhalten und sich dann um die guten Risiken bemühen. Systeme mit gleichen pauschalen Beiträgen oder – wie heute – mit lohnbezogenen Beiträgen brauchen einen staatlich organisierten Risikostrukturausgleich. Nach einem Übergang auf die „Privatversicherung für alle“ ist ein solcher staatlicher Eingriff nicht mehr erforderlich.

10 Die Krankenkassen können mit Ärzten und Krankenhäusern Verträge über eine Zusammenarbeit und über Leistungsvergütungen schließen. Sie können das Erbringen ihrer Leistungen für die Versicherten auf die Vertragspartner beschränken. Versicherte, die trotzdem den Arzt und das Krankenhaus frei wählen wollen, müssen einen Tarifizuschlag oder im Einzelfall eine begrenzte Erstattung der Kosten hinnehmen.

Die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses bleibt erhalten. Einen günstigeren Versicherungstarif erhalten Versicherte, die ihre Gesundheitsleistungen ausschließlich von Ärzten und Krankenhäusern beziehen, die einen Leistungsvertrag mit der Krankenkasse haben. Das Modell mit festen Vertragspartnern ist vor allem deshalb preiswerter, weil die Versicherungen den Vertragspartnern einen hohen Auslastungsgrad bieten können.

Jeder Arzt und jedes Krankenhaus kann – wie auf anderen Märkten auch – einer Versicherung Leistungen bzw. Leistungspakete anbieten.

11 Die freie Berufsausübung der Ärzte wird ermöglicht, die Zulassung von Kassenärzten entfällt.

Die Ärzte können wie erwähnt Verträge mit Krankenversicherungen abschließen. Sie können außerdem nach wie vor ohne vertragliche Bindung Leistungen

für Patienten erbringen, wenn diese einen entsprechenden Versicherungstarif haben oder wenn sie bereit sind, eine Zuzahlung zu leisten. Eine Zulassung als Kassenarzt ist nicht mehr erforderlich, weil sich jeder Arzt im Wettbewerb um Verträge mit Krankenversicherungen bemühen oder unmittelbar Patienten behandeln kann, die sich für einen Tarif mit freier Arztwahl entschieden haben oder eine Zuzahlung leisten.

12 Die duale Finanzierung der Krankenhäuser wird aufgegeben.

Krankenhäuser sollen sich ausschließlich über ihre Gebührensätze finanzieren, so dass die Länder keine Krankenhausbedarfspläne mehr erstellen und keine Investitionen mehr finanzieren müssen. Die bei den Ländern eingesparten Mittel müssen den Bürgern über Steuersenkungen zugute kommen. Der Vorteil dieses Verfahrens liegt in der besseren Abstimmung des Angebots von Krankenhausleistungen auf die Nachfrage.

C Die alternativen Reformansätze sind unzureichend

Neben der hier dargestellten Privatversicherung für alle ist von Seiten der SPD und Bündnis 90 / Die Grünen vorgeschlagen worden, eine einkommensabhängige Bürgerversicherung einzuführen, während die CDU sich für Gesundheitspauschalen ausgesprochen hat, die mit Rücksicht auf die CSU möglicherweise modifiziert werden.

Das Hauptanliegen der **einkommensabhängigen Bürgerversicherung** besteht darin, alle Bürger zwangsweise in den so genannten Solidarausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen. Das geht so weit, dass die privaten Krankenkassen – nach einer Übergangsphase – aufgelöst werden sollen bzw. nur noch Zusatzversicherungen abschließen dürfen.

Um den sozialen Ausgleich zu verbessern, sollen außer dem Lohneinkommen auch die (meisten) übrigen Einkünfte mit Beiträgen belastet werden. Wollte man wirklich konsequent die Leistungsfähigkeit erfassen, müssten auch das eigene Vermögen sowie das Einkommen und Vermögen der unmittelbaren Angehörigen einbezogen werden. Das entspricht aber genau dem Verfahren im Sozialhilfesystem. Ein konsequenter

Sozialausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung würde also noch einmal den gleichen Aufwand erfordern, wie er im Rahmen der Sozialhilfe bzw. des Arbeitslosengeldes II bereits geleistet wird.

Wegen der breiteren Belastung der Einkommen könnte der Beitragssatz einmalig geringfügig um etwas mehr als einen Prozentpunkt sinken. Da aber keine Kapitaldeckung vorgesehen ist, würden die Beitragssätze langfristig fast genauso stark ansteigen, wie es bei Weiterführung des Status quo der Fall wäre – mit denselben negativen Beschäftigungswirkungen.

Im Übrigen bleiben in einer solchen Bürgerversicherung nahezu alle oben angeführten Mängel – unzureichender Wettbewerb, stark steigende Kosten aufgrund von Ineffizienzen, sich verschärfende demographische Probleme, staatliche Reglementierung – bestehen. Sie verschärfen sich sogar insoweit, als das System der privaten Krankenversicherungen, in dem es bereits Altersrückstellungen gibt, aufgegeben werden soll. Eine solche Bürgerversicherung kann auf Dauer nur mit rigorosen und nicht vorhersehbaren staatlichen Eingriffen überleben. Von einem Gesundheitsmarkt, der Teil der Wachstumsdynamik der Gesamtwirtschaft wäre und die Kosten gering hielte, bliebe nichts übrig. Deshalb ist es zwingend, nach echten Lösungen zu suchen.

Das **Gesundheitspauschalen-Modell** ist dadurch charakterisiert, dass alle Versicherten einer Versicherung

eine einheitliche Prämie bezahlen. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge sollen auf den Bruttolohn aufgeschlagen, versteuert und an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden. Damit würden die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung vollständig von den Löhnen gelöst. Wichtigstes Anliegen beim Gesundheitspauschalen-Modell ist ebenfalls, die nicht mehr hinnehmbaren Verzerrungen des bestehenden sozialen Ausgleichs zu vermeiden. Statt aber den Versuch zu machen, die vielfältigen Mängel innerhalb des Systems der Krankenversicherung zu beheben, wird die Aufgabe der sozialen Absicherung konsequent auf das dafür geeignete Steuer-Transfer-System übertragen. Damit würde eine entscheidende Verbesserung erreicht, ohne die gesetzliche Krankenversicherung wie bei der Bürgerversicherung auszuweiten oder mit unnötigen zusätzlichen Kosten zu belasten. Es handelt sich also um einen großen Schritt in die richtige Richtung, aber leider nur bezogen auf die Umverteilungsfrage. Ungelöst bleiben vor allem die demographischen Probleme und der Mangel an Wettbewerb.

Erst mit dem Vorschlag der **risikoäquivalenten Prämien** werden leistungsgerechte Preise eingeführt, ohne die ein Marktwettbewerb nicht möglich ist. Risikoäquivalente Prämien unterscheiden sich scheinbar nicht von Kopfpauschalen, wenn die Versicherung unmittelbar nach der Geburt abgeschlossen oder, besser noch, vor der Geburt zugesagt wird. Das ist nur deshalb der Fall, weil die Risiken zu diesem Zeitpunkt für

Abbildung 3: Die wichtigsten Merkmale der drei Vorschläge

	Bürgerversicherung	Gesundheitspauschale	Privatversicherung für alle
Versichertenkreis	alle Bürger	bisherige Pflichtversicherte	alle Bürger
Grundlage der Prämienberechnung	einkommensabhängige Prämie	einheitliche Prämie für alle Versicherten	risikoäquivalente bzw. leistungsgerechte Prämie
Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren?	Umlageverfahren, bestehende Altersrückstellungen laufen aus	Umlageverfahren, bestehende Altersrückstellungen nicht betroffen	Kapitaldeckungsverfahren, übertragbare Altersrückstellungen für alle Versicherten
Anbieterkreis	nur noch gesetzliche Versicherungen	gesetzliche und private Versicherungen bleiben bestehen	nur noch private Versicherungen
Solidarausgleich	Umverteilung innerhalb der Krankenversicherungen	Umverteilung im Steuer- und Transfersystem	Umverteilung im Steuer- und Transfersystem

alle Versicherten gleich sind. Wenn sich mit zunehmendem Lebensalter unterschiedliche Gesundheitsrisiken zeigen, wird die Prämie beim Neuabschluss einer Versicherung entsprechend den dann erkennbaren Risiken differenziert. Bringt der zu Versichernde aber eine Altersrückstellung mit, die seinen Gesundheitsrisiken entspricht, kann die Prämie auch bei eingetretenen Risiken grundsätzlich gleich bleiben. Wie bei pauschalen Gesundheitsprämien muss die soziale Absicherung selbstverständlich über Transferzahlungen gewährleistet werden.

In einem System mit risikoäquivalenten bzw. leistungsgerechten Prämien ist automatisch gesichert, dass keine Ansprüche zu Lasten künftiger Generationen entstehen. Jede Generation trägt ihre eigenen Kosten, so dass die Versicherung unabhängig wird von der demographischen Entwicklung. Eine etwa gleich bleibende reale Prämie über den Lebenszyklus wird durch Altersrückstellungen erreicht, wie dies in der privaten Krankenversicherung inzwischen geschieht. Diese Rückstellungen sind allerdings zu individualisieren und bei einem Versicherungswechsel zu übertragen, wenn es einen dauerhaften Wettbewerb zwischen den Kassen geben soll.

D Was kann getan werden?

Der erste und einfachste Schritt besteht darin, die privaten Krankenversicherungen aufzufordern, die Altersrückstellungen zu individualisieren und beim Wechsel eines Versicherten an die aufnehmende Versicherung zu übertragen, und gegebenenfalls gesetzliche Regelungen vorzusehen. Es ist dringend erforderlich, dass der private Sektor sich dem Wettbewerb stellt und damit bessere Voraussetzungen schafft, die Gesundheitskosten zu begrenzen – auch für die Weiterentwicklung des Systems (vgl. den dritten Schritt).

Der zweite Schritt ist sehr viel schwieriger, nämlich die Umverteilung vollständig aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen. Das lässt sich erreichen, indem pauschale Gesundheitsprämien statt lohnbezogene Beiträge gezahlt werden und der soziale Ausgleich über Transferzahlungen und Steuern gesichert wird. Schon heute wird die soziale Absicherung für die einkommensschwächsten Bürger nicht innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet, sondern durch die Sozialhilfe und das Arbeitslosengeld II. Die verbleibende Umverteilung zwi-

schen Versicherten mit relativ geringem Lohneinkommen und Versicherten mit vergleichsweise hohem Lohneinkommen orientiert sich wie gezeigt zu wenig an der Bedürftigkeit und Leistungsfähigkeit.

In einem dritten Schritt sollte von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung umgestellt werden. Dies ist der Übergang auf die „Privatversicherung für alle“. Dafür ist es erforderlich, die gesetzlich Versicherten mit individuellen Altersrückstellungen auszustatten und die Prämien am Risiko zu orientieren. Das ist der weitestgehende Schritt.

Der erste Schritt ist weitgehend unumstritten, auch wenn die technischen Details noch nicht alle geklärt sind. Der zweite Schritt – Übergang auf pauschale Gesundheitsprämien und Verlagerung der Umverteilung auf das Steuer-Transfer-System – wird von den meisten Experten unterstützt, stößt aber noch auf erheblichen Widerstand. Deshalb müssen die berechtigten Sorgen genau analysiert und getrennt werden von unberechtigten Einwänden wie z. B.

- der Versicherten, die nach der Umstellung höhere Prämien zahlen müssen, aber ein hinreichendes Einkommen haben und bislang zu Unrecht von Beitragszahlern mit geringerem Einkommen und Vermögen unterstützt werden,
- der Vertreter der paritätischen Finanzierung, die befürchten, die Versicherten müssten künftig den vollen statt den halben Beitrag zahlen,
- der Steuerpolitiker, die das Steuersystem nicht mit einer zusätzlichen sozialen Absicherung belasten wollen,
- der Kommunen, die befürchten, mit höheren Sozialhilfaufwendungen belastet zu werden,
- der Versicherten, denen aufgrund der Höhe der Altersrückstellungen deutlich wird, wie ihr Krankheitsrisiko eingeschätzt wird.

Entscheidend für die Akzeptanz einer Ausgliederung der Umverteilung aus der gesetzlichen Krankenversicherung wird es sein, deutlich zu machen, dass einerseits die gegenwärtige Anlastung der Beiträge in hohem Maße ungerecht ist und allen Prinzipien des sozialen Ausgleichs widerspricht und andererseits eine angemessene Krankenversicherung für alle Bürger sichergestellt wird.

Orientiert man sich dabei sinnvollerweise an der finanziellen Bedürftigkeit der Geringverdiener, dann können der erforderliche unmittelbare Transferbedarf von rund 10 Mrd. Euro und die Steuerausfälle von etwa 4 Mrd. Euro – aufgrund der zu erhöhenden Vorsorgepauschale – aus den Mehreinnahmen von 16 Mrd. Euro durch die Besteuerung der ausgezahlten Arbeitgeberanteile finanziert werden. Im Vergleich zum bestehenden System geht die Abgabenlast insgesamt zurück, weil ein Teil der Versicherten in den unteren und mittleren Lohngruppen keinen Sozialausgleich braucht. Versicherte mit vergleichsweise hohen Löhnen zahlen zwar mehr Steuern, werden aber bei den Versicherungsbeiträgen noch stärker entlastet.

Geht man im dritten Schritt auf eine Privatversicherung für alle über und führt man risikoorientierte Prämien statt der Gesundheitspauschalen ein, ändert sich an der sozialen Absicherung nichts.

Ein vermeintlich deutlich größeres Problem der dritten Stufe stellen die fehlenden Altersrückstellungen in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Dabei handelt es sich um nichts anderes als die ungedeckten Ansprüche der heutigen Versicherten gegenüber zukünftigen Generationen von Beitragspflichtigen. Da diese im Umlagesystem nicht direkt sichtbar werden, spricht man auch von einer impliziten Verschuldung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dass diese finanziellen Lasten nichtsdestoweniger real vorhanden sind, zeigen die weiter vorne skizzierten Beitragsatzprognosen für die kommenden Jahrzehnte.

Um eine erste Vorstellung davon zu erhalten, wie hoch die implizite Verschuldung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist, kann man auf Daten der privaten Krankenversicherung zurückgreifen. Dort sind etwa 10 Prozent der Bevölkerung krankenversichert, für die bisher rund 84 Mrd. Euro an Altersrückstellungen gebildet wurden. Hochgerechnet auf 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich ein Volumen zwischen 700 und 800 Mrd. Euro. Das ist der Betrag, den man ungefähr benötigt, um die gesetzlichen Krankenkassen mit einer vergleichbaren Altersrückstellung wie die PKV auszustatten.

Zu beachten ist jedoch, dass es sich dabei nicht um neue, zusätzliche Kosten eines Systemwechsels handelt, sondern lediglich um die im heutigen Umlageverfahren versteckten Schulden.

Stattet man die gesetzlichen Krankenversicherungen unmittelbar mit Altersrückstellungen aus oder räumt

man ihnen entsprechende Ansprüche ein, so muss auf der anderen Seite ein staatlich gesicherter Fonds mit Schulden in Höhe von 700 bis 800 Mrd. Euro stehen. Diese Schulden können so gedeckt werden, wie es in der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung angelegt ist, nämlich durch sukzessive Erhöhungen der Beitragssätze. Dann würde wie bisher ein großer Teil der Kosten auf künftige Generationen verschoben. Die Gesellschaft könnte aber auch daran denken, frühzeitig einen Teil der impliziten Verschuldung zu tilgen, um das Wachstum der Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen abzubremsen. Sollen die künftigen Generationen nicht stärker belastet werden als die gegenwärtigen, müssten zumindest die Zinsen auf die impliziten Schulden getragen werden. Das sind etwa 30 Mrd. Euro jährlich. Wollte man im gegenwärtigen System eine Verlagerung von Kosten auf die künftige Generationen vermeiden, müssten der Beitragssatz ab sofort auf mindestens 17 Prozent angehoben und die zusätzlichen Mittel angespart werden. Auf jeden Fall fördert das Offenlegen der bestehenden impliziten Verschuldung eine Diskussion über die angelegte Steigerung der Belastungen und über mögliche gesellschaftliche Kompromisse.

Wagt man den Schritt, die implizite Verschuldung offen zu legen und die gesetzlichen Krankenkassen mit Altersrückstellungen auszustatten, so steht einem Systemwechsel nichts mehr im Wege. Insbesondere müssten die heute Älteren oder Kranken nicht befürchten, durch risikobezogene Versicherungsprämien finanziell überfordert zu werden. Da die bisher fehlenden Altersrückstellungen in der gesetzlichen Krankenversicherung „nachfinanziert“ und gemäß den individuellen Risiken aufgeteilt werden, erhalten sie eine entsprechend hohe Altersrückstellung, als ob sie von Geburt an privat versichert gewesen wären. Damit wird zugleich sichergestellt werden, dass jeder Versicherte für die Versicherungsunternehmen interessant ist und ein funktionsfähiger Wettbewerb zustande kommt. Es gibt begründete Anhaltspunkte dafür, dass die Kosten wegen des intensiveren Wettbewerbs und der größeren Effizienz der Umverteilung sinken.

Ein wichtiges Thema für die kapitalgedeckte Privatversicherung für alle ist die Sicherung der Altersrückstellungen vor Konkursrisiken u. a. durch eine angemessene Unterlegung mit Eigenkapital, eine Rückversicherung oder einen Sicherungsfonds der Versicherungswirtschaft. Mit dem Versicherungsaufsichtsgesetz wird diesem Anliegen bei den privaten Krankenkassen bereits weitgehend Rechnung getragen.

E Fragen zum Konzept der „Privatversicherung für alle“

1 Welche Aufgabe haben die Altersrückstellungen?

Eine Aufgabe der Altersrückstellungen ist die bereits beschriebene Glättung der Prämien über den Lebenszyklus, also das Vermeiden sehr hoher Prämien im Alter. Die zweite Aufgabe besteht darin, für jeden Versicherten die erwarteten individuellen Gesundheitsaufwendungen zu decken, die über die noch zu zahlenden Prämien hinausgehen – auch bei sehr hohen Kosten. Damit wird gleichzeitig eine Wechselmöglichkeit ohne Nachteile für die Versicherten geschaffen und die negative Auswahl ausgeschaltet.

2 Ist die Konstanz der realen Prämie über den Lebensverlauf gewährleistet?

Vor dem Hintergrund, dass auch in der heutigen privaten Krankenversicherung die Prämien mit zunehmendem Alter ansteigen, stellt sich die Frage, ob die Prämien in der Krankenversicherung für alle tatsächlich real konstant bleiben können.

Mit den Altersrückstellung kann die Prämie über den Lebenszyklus einigermaßen stabil gehalten werden, und zwar um so eher, je besser sich die Gesundheitskosten über lange Fristen schätzen lassen. Unproblematisch sind Prämienhöhungen mit der allgemeinen Preissteigerungsrate; real bleiben die Prämien konstant. Sinnvoll ist es auch, wenn die Prämien mit der spezifischen Preissteigerungsrate im Gesundheitssektor steigen. Dadurch wird der relativ steigende Wert von Gesundheitsleistungen ausgedrückt.

Einige Unsicherheiten bleiben. Die Entwicklung der ferneren Lebenserwartung und ihr Einfluss auf die Ausgaben sind nur schwer vorherzusagen. Das gilt in noch stärkerem Maße für das Auftreten neuer Krankheiten und aufwendiger Behandlungsmethoden. Der medizinisch-technische Fortschritt führt nicht nur zu verringerten Kosten, sondern auch zu neuen und aufwändigeren Verfahren und teuren Medikamenten. Schließlich kann sich eine Gesellschaft entschließen, den Basisleistungskatalog auszuweiten, beispielsweise wenn das allgemeine Einkommensniveau steigt. Diese Einflüsse wirken auf alle Gesundheits- und Finanzierungssysteme.

Sie sind aber am ehesten in einem System mit Rückstellungen – also mit Kapitaldeckung – zu bewältigen, wie es hier vorgeschlagen wird. In einem solchen System wird nicht nur vorgesorgt, sondern auch vermieden, sich von der Anzahl der künftigen Beschäftigten und deren Belastungsfähigkeit abhängig zu machen.

3 Werden hinreichende Altersrückstellungen aufgebaut und gesichert?

Inwiefern kann gewährleistet werden, dass die Versicherungen tatsächlich die notwendigen Altersrückstellungen aufbauen und nicht für andere Zwecke verwenden? Kann ein Aufsichtsamt die Angemessenheit der individuellen Altersrückstellungen prüfen? Kann es wenigstens die Summe der Altersrückstellungen kontrollieren, die für eine Kohorte vorhanden sein muss, oder muss auch eine Vorgabe für die angemessene Prämie gemacht werden?

Mit Sicherheit kann eine Aufsichtsbehörde nicht die angemessene individuelle Altersrückstellung hinreichend beurteilen. Es ist auch schon schwierig, die notwendige Rückstellung für eine Kohorte zu überprüfen, weil die verschiedenen Versicherungen sehr unterschiedliche Kosten und Präventivprogramme haben können. Folgende Wege kommen in Betracht, angemessene Altersrückstellungen sicherzustellen:

- Die Vorgabe einer hohen Eigenkapitalquote, damit Fehlkalkulationen und bewusst niedrig angesetzte Prämien zu einem erheblichen Teil in der Eigenkapitalrendite und letztlich durch das Eigenkapital aufgefangen werden. Prämienhöhungen müssen restriktiv auf zusätzliche Leistungen (Ausweitung des Leistungskatalogs), neue teure Behandlungsmethoden sowie allgemeine und relative Preissteigerungen begrenzt werden.
- Den Versicherungen kann vorgeschrieben werden, einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit zu bilden, der sicherstellt, dass die Ansprüche der Versicherten erfüllt werden. Die Alternative ist eine generelle Rückversicherung. Sowohl ein Versicherungsverein als auch die Rückversicherungen würden eine wichtige Kontrollaufgabe übernehmen und dafür sorgen, dass für Risikofälle vorgesorgt wird. Einen ersten Ansatz hierfür gibt es bereits durch die Einführung der Medicator AG im Jahre 2003, eine freiwillige Aktion der privaten Krankenversicherungen, die die Zahlungsfähigkeit der Versicherungen gewährleisten soll. Zudem gibt es seit Mitte 2004 die gesetzliche Vorgabe

be der Bildung eines Sicherungsfonds für Krankenversicherungen (VAG).

- Letztlich sorgt der Wettbewerb dafür, dass ausreichende (individuelle) Altersrückstellungen durch die Versicherungen gebildet werden, weil eine falsche Berechnung zum Schaden der eigenen Versicherung ausgeht, nämlich mit Eigenkapitalverlusten. Daher wird auch die Vorgabe einer konkreten Prämie nicht notwendig sein, wenn die Versicherungen im Wettbewerb stehen. Hier besteht nämlich für alle Versicherungen immer die Gefahr, von Konkurrenten unterboten zu werden und so Versicherte zu verlieren.

4 Können negative Altersrückstellungen entstehen?

Wenn beispielsweise die erwarteten Behandlungskosten von Kindern im ersten Lebensjahr vergleichsweise hoch sind, höher jedenfalls als die real konstante Prämie, dann ist die Altersrückstellung am Ende des ersten Lebensjahres negativ. Wenn generell eine sehr geringe oder gar keine Prämie für Kinder gezahlt wird, d.h. allgemein wenn die erwarteten Gesundheitsaufwendungen im ersten Lebensabschnitt höher sind als die Prämie, dann entsteht eine „negative Altersrückstellung“. Die Prämie muss dann in den folgenden Lebensphasen entsprechend höher sein, damit erstens das Defizit abgebaut und zweitens eine Altersrückstellung für das Alter aufgebaut werden kann.

Für den potenziellen Wechsel eines solchen Versicherten bedeutet dies: Hat die Versicherung beispielsweise für ein Kind in den ersten Versicherungsjahren keine Prämie erhalten, besteht ein Anspruch auf entsprechend höhere Prämien in der Zukunft. Der Versicherte hat Versicherungsleistungen noch nicht bezahlt (negative Rückstellung). Wechselt der Versicherte zu einer anderen Versicherung, könnte die aufnehmende eine günstigere Prämie anbieten als die bisherige Versicherung, weil sie keine Nachforderungen geltend machen muss. Aber die abgebende Versicherung muss in diesem Fall einen Ausgleich der negativen Altersrückstellung von der aufnehmenden Versicherung fordern können, so dass sich die Prämie in der aufnehmenden Versicherung nicht deshalb besonders niedrig sein kann, weil der Versicherte durch einen Wechsel bereits in Anspruch genommene Leistungen nicht bezahlt.

5 Sind Altersrückstellungen letztlich nicht anderes als eine Form des Altersvorsorgens?

Diese Sicht der Altersrückstellungen, die beispielsweise vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung geäußert wird (JG 2004/05, Ziffer 507), ist unvollständig. Der zentrale Punkt, nämlich die Versicherungsfunktion der Altersrückstellungen, bleibt ausgeklammert. Würde der einzelne Versicherte eine geringere Prämie zahlen und selbst ansparen, wäre er kaum in der Lage, die steigenden Prämien im Alter zu tragen, wenn er zu den Menschen mit überdurchschnittlicher Lebensdauer zählt. Das Risiko aus der Lebenserwartung kann nur innerhalb einer Versicherung ausgeglichen werden. Das könnte auch eine Lebensversicherung leisten.

Noch wichtiger ist die Funktion der Altersrückstellungen innerhalb des Krankenversicherungssystems. Es werden individuelle Rückstellungen entsprechend der erwarteten Gesundheitsaufwendungen für den jeweiligen Versicherten gebildet. Die erforderlichen individuellen Rückstellungen können sich sprunghaft ändern. Nur wenn solche individuellen Altersrückstellungen bestehen und bei einem Wechsel des Versicherten mitgegeben werden, kann es einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Versicherungen um Bestandskunden geben. Im Konzept des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist nach wie vor ein staatlich regulierter Risikostrukturausgleich notwendig, um den Kampf der Versicherungen um gute Risiken sowie das Ausgrenzen schlechter Risiken zu vermeiden, da die Prämien nicht nach Alter und Gesundheitszustand differenziert werden dürfen.

6 Werden aus Wettbewerbsgründen zu Anfang zu geringe Prämien verlangt?

Von den Gegnern risikoäquivalenter Prämien mit übertragbaren Altersrückstellungen wird eingewandt, die Versicherungen würden aus Wettbewerbsgründen zu Beginn der Versicherungszeit zu geringe Prämien festsetzen und damit zu geringe Altersrückstellungen bilden, so dass die Prämien später kräftig angehoben werden müssten. Das sei für die Versicherten schwer erkennbar, weil sie lediglich die geringere Prämie sehen.

Das Argument ist ernst zu nehmen, d. h. es muss sichergestellt werden, dass eine Versicherung nicht des-

halb die Prämie erhöht, weil sie zu Anfang bewusst niedrige Prämien verlangt hat. Anders gewendet: In Verträgen mit sehr langer Laufzeit muss klar geregelt sein, aus welchen Gründen die Prämie verändert werden darf. Eine Prämienanpassung muss generell für alle Versicherungen möglich sein, aber eben begrenzt auf die oben beschriebenen Fälle: Anpassung an die Geldentwertung, Erhöhung der Lebenserwartung, neue Krankheiten, neue Behandlungsmethoden, veränderter Leistungskatalog. Unter dieser Bedingung wird der Wettbewerb zwischen den Versicherungen dafür sorgen, dass Prämiensteigerungen aus anderen Gründen am Markt nicht durchsetzbar sein werden, weil Versicherte abwandern und weil es schwer wird, neue Versicherte zu gewinnen. Doch selbst wenn die Versicherten bleiben, decken die Altersrückstellungen nicht die späteren Gesundheitsaufwendungen, und es entstehen Verluste.

7 Die heutige „Vererbung“ von Altersrückstellungen ist ein Hindernis für den Wettbewerb.

Vom Verband der privaten Krankenversicherungen wird behauptet, die Übertragung von Altersrückstellungen sei rechtlich nicht möglich, weil die privaten Krankenversicherungen die bisherige „Vererbung“ der Altersrückstellungen, also das Zurücklassen der Rückstellungen im Falle eines Wechsels zu einer anderen Versicherung, in die Prämien einkalkuliert hätten. Wenn die Wechsler nicht mehr „vererben“, sondern ihre individuelle Altersrückstellung mitnehmen, müssten die Prämien erhöht werden. Die verbleibenden Versicherten erlitten einen Schaden. Sie hätten aber Verträge unter der Bedingung geschlossen, dass keine Altersrückstellung mitgenommen werden könne. Es sei Aufgabe der Versicherung, die Interessen des Kollektivs zu vertreten und eine Übertragung von Altersrückstellungen nicht zuzulassen. Die Übertragbarkeit könne somit aus rechtlichen Gründen nur ganz allmählich, nämlich bei Neuverträgen eingeführt werden. Nur der vom Gesetzgeber zum 1. Januar 2000 verfügte 10-Prozent-Zuschlag bei Neuverträgen könne mitgegeben werden.

Diese Position ist nicht überzeugend:

- Das Versichertenkollektiv umfasst auch die potenziellen Wechsler, die heute bei einem Wechsel offensichtlich verlieren. Somit wird bislang auch nicht das gesamte Kollektiv geschützt, sondern nur die Nichtwechsler werden zu Lasten der Wechsler begünstigt.
- Auf die „Vererbung“ besteht kein Anspruch. Niemand muss die Versicherung wechseln. Umgekehrt

ist zu fragen, was passiert, wenn alle Versicherten einer Kohorte wechseln? Wem gehören dann die „vererbten“ Altersrückstellungen? Was geschieht, wenn alle bis auf einen Versicherten wechseln? Das kann kein schützenswertes System sein.

- Wenn niemand die Versicherung wechselt: Darf die Versicherung dann die Prämie erhöhen, weil niemand Altersrückstellungen „vererben“ will?
- Erst durch die Übertragung von Altersrückstellungen wird sichergestellt, dass einzelne Versicherte nicht zufällig davon profitieren oder benachteiligt werden, wenn mehr Versicherte oder wenige Versicherte wechseln. Das Kollektiv kann nur sinnvoll einschließlich der potenziellen Wechsler definiert werden. Wenn das aber geschieht, muss man beklagen, dass den Wechslern die Altersrückstellungen entzogen werden und sie höhere Prämien zahlen müssen. Das war nur zu rechtfertigen, weil bei den bisherigen Überlegungen allenfalls von durchschnittlichen Altersrückstellungen ausgegangen wurde. Dann käme es durch den Wechsel zu einer negativen Auswahl, die das gesamte Versicherungssystem schwer schädigen kann. Das wird aber gerade mit individuellen Altersrückstellungen vermieden.

8 Setzt der Wettbewerb gleiche Leistungspakete voraus?

Als Einwand gegen die Übertragbarkeit von Altersrückstellungen wird vorgebracht, das könne nur gelingen, wenn alle Versicherungen sich auf ein einheitliches Leistungspaket verständigten. Das sei aber gerade nicht Sinn der privaten Versicherungen.

Wenn der Gesetzgeber eine Mindestversicherungspflicht vorgibt, wird sicherlich jede private Versicherung einen Tarif für eine solche Basisversicherung anbieten. Die Versicherung kann aber durchaus mit den einzelnen Versicherten weitergehende Leistungen vereinbaren, so dass sich die Prämien auch aus diesem Grund unterscheiden. Wechselt ein Versicherter zu einer anderen Versicherung und bietet die aufnehmende Versicherung ein weniger umfassendes Leistungspaket an oder entschließt sich der Versicherte, den Umfang der Versicherung zu verringern, so wäre die Altersrückstellung auf ein umfangreicheres Versicherungspaket bezogen und viele vergleichsweise hoch aus. Das ist aber kein Problem, weil die neue Versicherung dann in der Lage wäre, einen besonders niedrigen Tarif anzubieten.

Im umgekehrten Fall, also wenn ein Versicherter bisher nur eine Basisversicherung hatte und bei der neuen Versicherung mehr Leistungen in Anspruch nehmen möchte, beziehen sich die Altersrückstellungen auf die bisherige Basisversicherung. Für darüber hinausgehende Leistungen bestehen keine Altersrückstellungen, und der Versicherte müsste mit und ohne Wechsel einen zusätzlichen Prämie zahlen, die seinem „Eintrittsalter“ und dem erwarteten zusätzlich versicherten Risiko entspricht.

9 Sind Gesundheitspauschale und risikoäquivalente Prämie identisch?

Diese Aussage des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, wonach Gesundheitspauschale und risikoäquivalente Prämie identisch sind, gilt nur, wenn die Versicherung von Geburt an besteht, wenn es eine ausgeglichene (stabile bzw. stationäre) Bevölkerungsstruktur gibt und wenn die Versicherung nicht gewechselt wird. Bei der kapitalgedeckten risikoorientierten Versicherung können schon nach kurzer Versicherungsdauer unterschiedliche Altersrückstellungen erforderlich werden, nämlich wenn sich die Risiken der Versicherten unterschiedlich entwickeln. Die Prämie bleibt zwar gleich, aber für einen Wechsler werden unterschiedliche Altersrückstellungen mitgegeben, so dass auch in der neuen Versicherung eine etwa gleiche Prämie gewährt werden kann. Im Modell mit Gesundheitspauschalen können schlechte Risiken entweder nicht mehr wechseln oder es muss ein staatlicher Risikostrukturausgleich organisiert werden.

Die Gesundheitspauschalen werden nach wie vor im Umlagesystem festgelegt, d. h. sie sind abhängig von der Bevölkerungsstruktur und damit von der demographischen Entwicklung! Wenn eine Bevölkerung altert, führen sie zu steigenden Belastungen für die nachwachsenden Generationen.

Mit einer kohortenspezifischen Prämie, wie sie der Sachverständigenrat für die Pflegeversicherung vorschlägt, wird zwar das demographische Problem eliminiert, weil die Kosten der Versicherung nicht mehr auf alle Versicherten über alle Altersjahrgänge, sondern nur noch auf die Versicherten eines Jahrgangs umgelegt werden. Es bleibt aber beim Umlagesystem, d. h. bei einem Wechsel des Versicherten zu einer anderen Versicherung verändert sich die Pauschale nicht und es wird allenfalls eine durchschnittliche Altersrückstellung mitgegeben. Es muss beim Kontrahierungszwang und Risikostrukturausgleich bleiben, weil gute und schlechte Risiken die gleiche Altersrückstellung

mitbringen und zum gleichen Beitrag versichert werden müssen.

Falsch ist die Behauptung, es würden nur gute Risiken wechseln, weil nur für die Wechsler risikoäquivalente Prämien verlangt werden könnten („Schlechte Risiken müssen eben bei der bisherigen Versicherung bleiben.“). Diese Aussage trifft in der gegenwärtigen privaten Krankenversicherung zu, nicht aber in dem neuen System mit übertragbaren Altersrückstellungen.

10 Sollen Kinder beitragsfrei gestellt werden?

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Kinder beitragsfrei mitversichert. Auch in vielen Reformvorschlägen ist vorgesehen, für Kinder keine unmittelbaren Beiträge von den Eltern zu erheben, sondern die Beiträge aus Steuergeldern zu finanzieren.

So wie die Krankenversicherung nicht als sozialpolitisches Instrument genutzt werden sollte, kann sie auch nicht sinnvoll für familienpolitische Ziele eingesetzt werden. Wenn es darum geht, die Familien mit Kindern zu entlasten, also geringere Prämien zu verlangen als an erwarteten Kosten entsteht, handelt es sich bei den Prämien nicht mehr um Marktpreise (risikoäquivalente bzw. leistungsgerechte Prämien). Dann gibt es wieder keinen funktionierenden Wettbewerb, weil jede Versicherung versuchen wird, schlechte Risiken zu meiden, also Familien mit Kindern möglichst nicht anzunehmen.

In der „Privatversicherung für alle“ zahlt jeder Bürger selbst für seine Versicherung. Mit Hilfe von Altersrückstellungen, die zu Anfang aufgebaut und später wieder abgebaut werden, wird die Prämie „geglättet“. Dabei ist es selbstverständlich möglich, die Prämie in der Kindphase abzusenken. Sie muss aber in der Erwerbsphase und gegebenenfalls in der Rentnerphase entsprechend aufgestockt werden, damit über den Lebenszyklus der gleiche Beitrag gezahlt wird wie im Falle einer von Beginn an gleichbleibenden realen Prämie. Das bedeutet aber, dass Familien mit Kindern nicht zu geringeren Prämien versichert werden als andere Versicherte, und es gibt keine familienpolitische Entlastung. Wenn die familienpolitischen Leistungen für zu gering gehalten werden, sollten das Kindergeld erhöht und die Optionsregelung abgeschafft werden. Dann läuft die Umverteilung zugunsten der Familien über das allgemeine Steuersystem und verzerrt nicht die Prämien bzw. Preise. Aus sozialpolitischen Gründen kommt der Staat ohnehin ins Spiel, wenn eine Person oder eine Familie nicht in der Lage ist, die Prämie für eine Basisversiche-

rung und die Kosten für den Lebensstandard insgesamt aufzubringen.

Im Übrigen ist zu bedenken, dass die Ausnahme für Kinder bald die Forderung anderer Gruppen nach sich ziehen wird, die Prämie ganz oder teilweise erlassen zu bekommen. Das würde darauf hinauslaufen, dass sowohl die Sozialleistungen als auch die Gesundheitsleistungen teilweise über Steuern zu finanzieren wären. Ziel muss es aber sein, staatliche und private Tätigkeiten sauber zu trennen, um die Vorteile des Wettbewerbs nutzen zu können, aber auch um den Steuerzahler davor zu bewahren, mit Kosten der Versicherungen belastet werden, die über die allgemeine soziale Absicherung hinausgehen.

11 „Risikoäquivalente bzw. leistungsgerechte Prämien haben keine effizienzsteigernde Wirkung“.

Diese These begründet der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung damit, dass die Versicherten nur einen begrenzten Einfluss auf die Höhe der Gesundheitsausgaben haben (JG 2004/05, Ziffer 542).

Dem ist entgegenzuhalten, dass zumindest ein Bezug zwischen dem Risiko und der Höhe der Prämie hergestellt ist. Die Krankenversicherungen erhalten auf diese Weise einen Anreiz, präventive Maßnahmen zu unterstützen, aber gegebenenfalls auch einen Prämiennachlass zu gewähren, wenn der Versicherte dazu beiträgt, die Gesundheitsrisiken zu verringern.

Selbst wenn die These zuträfe – was zu bezweifeln ist – verbleibt im Rahmen der Versicherungsführung und -organisation und Altersrückstellungskalkulation Raum für Effizienzsteigerungen. Denn nur bei leistungsgerechten Prämien kommt es zu einem echten Wettbewerb der Anbieter um die Versicherten (auch im Bestand), so dass auch hier die Effizienz zunimmt.

12 Werden die Arbeitsanreize durch pauschale und risikoäquivalente Prämien verringert?

Zunächst ist festzuhalten, dass ein Teil der Begünstigten in der gegenwärtigen gesetzlichen Krankenversicherung zu Unrecht unterstützt wird, so dass andere Versicherte ungerechtfertigt belastet werden. In dem Maße, wie solche ungerechtfertigten Umverteilungen abgebaut werden, verringert sich auf jeden Fall die Ab-

gabenlast, so dass es sich eher lohnt, einen Arbeitsplatz anzunehmen. Außerdem ist die Prämie unabhängig vom Arbeitslohn, d. h. wer länger arbeitet, muss nicht damit rechnen, dass ein Teil des zusätzlichen Lohns an die Krankenversicherung abgeführt werden muss. Dem Arbeitnehmer verbleibt ein größerer Teil des zusätzlichen Lohns aus einer zusätzlichen Arbeitsstunde. Das ist ein Anreiz, mehr zu arbeiten.

Die höchsten Transferzahlungen erhalten die Sozialhilfeempfänger und die Empfänger von Arbeitslosengeld II. Richtig ist, dass jede soziale Unterstützung den Druck verringert, sich um ein eigenes Einkommen zu bemühen, wenn die Chancen vergleichsweise gering sind, das Sozialhilfeniveau zu überschreiten. Aber die hier vorgeschlagene Absicherung über Transferzahlungen auf der Grundlage einer Bedürftigkeitsprüfung stellt sicher, dass keine unnötigen Zahlungen geleistet und damit die Belastungen begrenzt werden.

13 Einkommensabhängige Preise sind nicht sozial.

Von der CSU und von anderen Seiten kommt die griffige Forderung: hohes Einkommen – hoher Beitrag, niedriges Einkommen – niedriger Beitrag. Nur das sei sozial.

Die Gegenposition heißt: Jeder zahlt die am Markt üblichen Preise für seinen Lebensunterhalt, also für die Lebensmittel, Kleidung, Versicherungen einschließlich der Krankenversicherung usw. Wer die Kosten für einen angemessenen Lebensunterhalt nicht tragen kann, wird steuerlich entlastet oder erhält unmittelbare staatliche Zahlungen. Diese Unterstützung setzt voraus, dass die Bedürftigkeit geprüft wird, d. h. dass kein hinreichendes Einkommen, kein ausreichendes Vermögen und auch keine zumutbaren Leistungen der unmittelbaren Angehörigen zur Verfügung stehen.

Weder auf den Gütermärkten noch auf den Versicherungsmärkten ist es sinnvoll, einkommensabhängige Preise zu fordern. Im Ergebnis liefe das darauf hinaus, dass sich auch die Prämie für die Lebensversicherung, die Prämie für die Auto-Haftpflichtversicherung, der Preis für das Auto oder den Kühlschrank oder einen Wintermantel nach dem (Lohn)Einkommen richten sollen. Letztlich müsste der Bäcker vor dem Verkauf eines Brötchens die Bedürftigkeit des Kunden überprüfen und einen entsprechend niedrigen oder hohen Preis festlegen. Damit würden die Märkte zerstört, und es gäbe kein effizientes Angebot mehr. In der gesetzlichen Krankenversicherung muss es aber darum gehen, mehr

Wettbewerb und Effizienz einzuführen. Das ist nur möglich, wenn die Versicherungsprämie die Kosten für die Versicherungsleistung widerspiegeln kann und der Sozialausgleich über das Steuersystem gesichert wird.

Die geltende lohnabhängige Prämie hat folgende Mängel:

- Es handelt sich um eine spezifische Lohnsteuer. Selbst bei einer Einbeziehung aller Einkünfte – wie bei der Bürgerversicherung – würde eine spezielle Einkommensteuer erhoben und kein Preis für die erbrachte Gesundheitsleistung gezahlt.
- Die Steuer ist proportional zum Lohneinkommen. Für den Lohn oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sinkt der Steuersatz auf Null.
- Der „soziale Ausgleich“ beschränkt sich auf die Versicherungspflichtigen. Wer keinen versicherungspflichtigen Job hat, bekommt gar keine Krankenversicherung, d. h. das System ist nicht in sich sozial, sondern es muss durch Transfers aus Steuermitteln ergänzt werden, um die wirklichen Sozialschwachen aufzufangen. Umgekehrt wird den Versicherten eine soziale Last auferlegt, wenn ein Arbeitsloser eine Beschäftigung im unteren Lohnbereich aufnimmt.
- Eine Bedürftigkeitsprüfung findet nicht statt, d. h. das eigene Vermögen und die Leistungsfähigkeit der unmittelbaren Angehörigen werden nicht berücksichtigt.
- Das demographische Problem bleibt ungelöst. Die Beitragssätze werden kräftig steigen.
- Der Risikostrukturausgleich bleibt notwendig, es entsteht kein echter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.

14 Ist eine Grundversorgung zum Pauschaltarif ergänzend zur „Privatversicherung für alle“ erforderlich?

Vielfach wird gefordert, beim Übergang auf eine „Privatversicherung für alle“ eine Mindestsicherung in der Form einer Grundversorgung vorzusehen, die von jedem Versicherer angeboten werden müsse (Kontrahierungszwang) und bei der ein vom Alter und vom Risiko des Versicherten unabhängiger Pauschaltarif gelten sollte.

Diese Mindestsicherung für sozial Schwache wird in dem hier dargestellten Konzept der Privatversicherung für alle bereits gewährleistet; denn Grundlage dieses Systems ist eine Mindestsicherung, die jeder Bürger durch eine Versicherung abdecken muss und die auch den sozial Schwachen zugestanden wird. Jede Versicherung wird aus eigenem Interesse einen Tarif für die Basisleistungen anbieten, mit denen die Versicherungspflicht erfüllt wird. Auch die leistungsfähigen Bürger werden dazu verpflichtet, einen solchen Tarif abzuschließen, der mindestens die Basisleistungen umfasst, damit sie im Krankheitsfall nicht der Gesellschaft zur Last fallen. Wer den Beitrag für eine solche Mindestabsicherung nicht zahlen kann, erhält einen Zuschuss aus Steuermitteln, oder der Beitrag wird wie über die Sozialhilfe und das Arbeitslosengeld II von den Steuerzahlern übernommen.

Ein Kontrahierungszwang ist nicht erforderlich. Dass dennoch kein Bürger ohne Versicherung bleibt, liegt an der Prämienkalkulation. Durch leistungsgerechte Prämien wird jeder Versicherte zu einem erwünschten Versicherten, aufgrund der individuellen Altersrückstellungen auch noch, wenn er bereits Bestandskunde ist.

15 Behauptung: Durch den Übergang auf Gesundheitspauschalen oder risikoäquivalente Prämien werden 20 Mio. Personen zu Subventionsempfängern.

Die Angaben darüber, wie viele Krankenversicherte in einem Modell mit Kapitaldeckung und leistungsgerechten Prämien eine öffentliche Unterstützung erhalten werden, liegen zwischen 17 Mio. und 24 Mio. Eine These lautet: „Fast 50 % der Steuerpflichtigen in Deutschland zahlen gar keine Einkommensteuer, d. h. sie können steuerlich nicht entlastet werden, sondern brauchen unmittelbare soziale Hilfen. Es wäre zu befürchten, dass die Hälfte aller Bundesbürger eine Transferzahlung erhalten müsste, wenn die Umverteilung aus der GKV herausgenommen und in das Steuer- und Transfersystem übertragen würde.“ Bei diesen Aussagen wird der Eindruck erweckt, in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der Bürgerversicherung würde die Unterstützung einkommensschwacher Menschen vermieden werden können. Das ist falsch.

Richtig ist, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung rund die Hälfte der Versicherten weniger zahlt als die versicherungstechnisch angemessene Prämie und die andere Hälfte mehr zahlt. Da über 70 Mio.

Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, dürften heute mindestens 35 Mio. Versicherte ihre Versicherungskosten nicht alleine tragen, sondern eine Subvention von den übrigen Versicherten und vom Steuerzahler erhalten. Diese Subventionen werden nur deshalb nicht offen gelegt, weil die Umverteilung als Beitragsnachlass gewährt und von anderen Arbeitnehmern über sehr hohe Beiträge sowie über Steuern finanziert wird. Diese Umverteilung wird in der plakativen Aussage von 20 Mio. Subventionsempfängern verschwiegen. Mit Sicherheit lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Subventionsempfänger innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich höher ist, als sie in einem System der Privatversicherung für alle wäre, weil die Bedürftigkeit in dem neuen System individuell geprüft wird. Einen guten Anhaltspunkt für den Bedarf an öffentlicher Unterstützung bietet das Wohngeld, bei dem die Bedürftigkeit geprüft wird: 9 % der Haushalte erhielten im Jahr 2004 das degressiv gezahlte Wohngeld – einschließlich der Sozialhilfeempfänger (ca. 3 % der Haushalte).

Sinnvoll wäre es, die Sozialhilfe einschließlich des Arbeitslosengeldes II mit dem Wohngeld und dem Krankenversicherungsgeld zusammenfassen zu einer Geldleistung, die sich am gesamten „lebensnotwendigen“ Güterkorb orientiert.

16 Ist die Zahlung der Transfers mittelfristig gefährdet?

Kritiker verweisen darauf, dass die Transfers zugunsten der einkommensschwachen Personen aus öffentlichen Haushalten gezahlt werden und dass sie deshalb unter dem allgemeinen Haushaltsvorbehalt stehen. Deshalb sei zu befürchten, dass die Transfers nicht entsprechend den Steigerungen der Gesundheitskosten erhöht würden.

Hinter dieser Behauptung steht die Vermutung, dass sich die Beitragssätze, aus denen heute die Umverteilung finanziert wird, leichter erhöhen ließen als die Steuersätze. Das ist keineswegs sicher. Wichtiger ist aber, die Leistungen für Transferempfänger nicht nur bei der Sozialhilfe und dem Wohngeld, sondern auch für die Krankenversicherung offen auszuweisen und die Höhe jährlich nach den Haushaltsmöglichkeiten und dem gesellschaftlich akzeptierten Unterstützungsniveau anzupassen. Es muss auch zulässig sein, relative Preisänderungen zuzulassen, d. h. die Transferempfänger sollen insgesamt hinreichende Mittel zur Si-

cherung eines Mindestlebensstandards erhalten, innerhalb des Budgets ihre Ausgaben aber an Marktpreisen orientieren.

Letztlich ist der Solidarausgleich über das Steuer- und Transfersystem transparent und zielgenau. Er unterliegt der demokratischen Kontrolle aller Wähler. Die Sicherung des Lebensunterhalts dem Steuer- und Transfersystem zu überlassen, diesem jedoch gleichzeitig die Fähigkeit zur Absicherung gegen hohe Krankenversicherungsprämien abzusprechen, ist ein Widerspruch in sich.

17 Wird der Sparanteil in der Prämie von der Sozialhilfe gezahlt?

Wird eine über den Lebenszyklus geglättete risikoäquivalente Prämie verlangt, so ist es denkbar, dass der Versicherte in einer Phase, in der er Sozialhilfe bezieht, auch den Ansparanteil für die Altersrückstellung von der Sozialhilfe finanziert bekommt, ohne später, wenn er keine Sozialhilfe mehr braucht, einen höheren Beitrag zu zahlen.

Hier wird der Streitpunkt zwischen den Kommunen und den gesetzlichen Krankenversicherungen sichtbar, der in den letzten Jahren ausgetragen wurde. Nach der Logik der gesetzlichen Krankenversicherung zahlt ein Versicherter mit geringem Lohn einen geringen Beitrag und – konsequent gedacht – ein Versicherter ohne Lohneinkommen keinen Beitrag. Gegenüber den Sozialhilfeträgern wollten sich die gesetzliche Krankenversicherungen nicht mit besonders niedrigen Beiträgen zufrieden geben, sondern verlangten einen angemessenen (durchschnittlichen) Beitrag. Wenn aber für den Sozialhilfeempfänger ein durchschnittlicher Beitrag von den Sozialhilfeträgern eingezahlt wird, besteht kein prinzipieller Unterschied zu der Erstattung einer geglätteten risikoäquivalenten Prämie für eine private Basisversicherung.

18 Sollte die Belastung auf einen Prozentsatz des Einkommens begrenzt werden?

Für den Fall eines Übergangs auf eine Gesundheitspauschale oder eine risikoorientierte Prämie wird vielfach verlangt, die Belastung mit Beiträgen bzw. Prämien und Zuzahlungen auf einen bestimmten Prozentsatz des individuellen Einkommens zu begrenzen.

Eine starre Grenze von beispielsweise 13 % bedeutet, dass die Summe der Prämien und Selbstbehalte (Zuzahlungen) vollständig aus dem eigenen Einkommen zu zahlen ist, so lange nicht mehr als 13 % des Einkommens aufzuwenden ist. Sobald die Schwelle überschritten wird, werden die zusätzlichen Kosten ganz oder nahezu vollständig vom Steuerzahler getragen. In gleicher Weise und mit gleicher Berechtigung könnte man eine prozentuale Höchstgrenze für die Pflegeversicherung, für das Wohnen usw. festlegen. Dann müsste erstens in jedem Bereiche geprüft werden, ob und in welchem Umfang der spezielle Schwellenwert überschritten wird. Und zweitens müssten jeweils gesonderte Transferzahlungen geleistet werden.

Der übliche Ansatz der sozialen Absicherung besteht darin, einen angemessenen Warenkorb zu bestimmen, der alle lebensnotwendigen Güter – also auch eine Krankenversicherung, eine Pflegeversicherung, eine Wohnung – enthält. Die Kosten für eine angemessene Versorgung mit diesen Gütern und Dienstleistungen ergeben das Sozialhilfeniveau. Die Sozialhilfe wird ergänzend zum selbst erzielten Einkommen als Gesamtbetrag ausgezahlt. Der Empfänger der Sozialhilfe kann zumindest in bestimmten Grenzen über die Verwendung der Mittel entscheiden. Im Falle der Versicherungspflicht kann er sich einen möglichst preiswerten Versicherer suchen. In den Grenzen der Selbstbeteiligung kann er die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Medikamenten bestimmen.

19 Versicherungsleistungen nicht mit Steuern finanzieren.

In ihrem Vorschlag, die Gesundheitspauschale mit 169 Euro pro Person anzusetzen, haben Bert Rürup und Eberhard Wille vorgesehen, einen Beitrag in Höhe von 78 Euro pro Kind vom Steuerzahler finanzieren zu lassen.

Damit wird das Prinzip durchbrochen, dass jeder Bürger für die von ihm in Anspruch genommenen Leistungen zahlt und nur die soziale Absicherung sowie die allgemeine Umverteilung dem Steuer- und Transfer-

system übertragen wird. Die Steuerpolitiker wehren sich zu Recht gegen eine Verlagerung von Finanzierungslasten aus den Sozialversicherungen auf das Steuersystem. Nur Versicherte, die ihre Beiträge nicht zahlen können, brauchen eine Unterstützung.

Die vorgeschlagene Regelung gerät auch in Konflikt mit einem unverfälschten Wettbewerb, weil man sich als steuerfinanzierte Prämie nur einen einheitlichen Betrag pro Kind vorstellen kann. Aber auch für Kinder bis zum 18. (oder 27. Lebensjahr) muss es den Versicherungen möglich sein, risikoäquivalente Prämien zu verlangen, z. B. wenn sie die Versicherung wechseln. Eine steuerfinanzierte Prämie für Kinder passt also nur zu einem System mit einer Pauschalprämie, nicht dagegen zu einem System, in dem die Versicherungen in den Wettbewerb um Versicherte treten sollen.

20 Die Versicherten müssen auf genetische Untersuchungen verzichten dürfen.

Vielfach wird gefordert, der Versicherte habe das Recht, auf die Untersuchung der Gene oder allgemeiner auf das Ausschöpfen aller Informationsquellen über seine Gesundheitsrisiken zu verzichten.

Das wahrscheinliche Eintreten von erblichen Krankheiten kann teilweise durch eine Untersuchung der Gene festgestellt werden. Das Wissen um den späteren Eintritt einer schweren Krankheit beeinträchtigt aber möglicherweise die Lebensqualität eines Menschen. Deshalb habe jeder ein Recht darauf, solche Untersuchungen zu unterlassen. Das ist zu respektieren. Das heißt aber generell, dass Regelungen erforderlich sind, um den Umgang mit solchen Untersuchungen und Informationen im Sinne des einzelnen Bürgers zu bestimmen – auch wenn damit gegebenenfalls Kosten verbunden sind.

Die berechtigten Sorgen können insoweit abgeschwächt werden, als es bereits eine Selbstverpflichtung der privaten Krankenversicherungen gibt – aktuell verlängert bis 2011 –, die Ergebnisse genetischer Untersuchungen nicht für die Versicherungskalkulation zu nutzen.