

---

# Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

---

Juergen B. Donges, Johann Eekhoff,  
Wolfgang Franz, Wernhard Möschel,  
Manfred J.M. Neumann, Olaf Sievert  
(Kronberger Kreis)

# Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

Schriftenreihe: Band 39

Gefördert durch die  
**informedia-Stiftung**  
Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften  
und Publizistik, Köln

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme  
Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei  
Der Deutschen Bibliothek erhältlich

© 2002

Stiftung Marktwirtschaft  
Charlottenstraße 60, 10117 Berlin

Telefon (030) 2060570 – Telefax (030) 20605757  
e-mail: [info@stiftung-marktwirtschaft.de](mailto:info@stiftung-marktwirtschaft.de)  
internet: <http://www.stiftung-marktwirtschaft.de>  
Vorstand: Lüder Gerken

ISBN3-89015-086-1

## Vorbemerkung

Als der Kronberger Kreis vor fünfzehn Jahren das erste Mal mit einer kleinen Schrift für „Mehr Markt im Gesundheitswesen“ an die Öffentlichkeit trat, stand die Diskussion über den Bedarf an einer grundlegenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland noch ganz am Anfang. Die Vorstellung der meisten Menschen war geprägt durch Erfahrungen, welche nicht im Widerspruch zu stehen schienen zu der These, dass sich das alte, noch aus den Bismarck'schen Sozialreformen stammende System im Wesentlichen bewährt habe und beibehalten werden könne. Diese Überzeugung schwindet.

Der Staat hat mit teilweise energischen Kostendämpfungsprogrammen versucht, Symptomen des Systemversagens beizukommen. Selbst die Wettbewerbsfeindlichkeit des alten Regelwerks hat er mit einer weit reichenden Öffnung der Krankenkassen für den Kassenwechsel der Versicherten aufzubrechen begonnen. Freilich alles im Rahmen des überkommenen Systems. Bisher hat sich nur bestätigt, dass es so nicht geht. Der Interventionismus kommt aus dem Teufelskreis nicht heraus, dass seine Remeduren sich nicht gegenseitig stützen und helfen; jede Intervention schafft fast ebenso viele neue Probleme, wie sie alte löst.

Die Reformdiskussion hat mittlerweile in beeindruckender Weise an Breite und Tiefe gewonnen. Der Kronberger Kreis meldet sich in schon entscheidungsreifer Zeit noch einmal mit einer ausführlichen Studie zu Wort als Anwalt derer, die das Gesundheitssystem vom versicherungswirtschaftlichen Ordnungsgedanken her auf eine neue Grundlage stellen wollen und davon überzeugt sind, nur so lasse sich der Ausweg aus dem genannten Teufelskreis bahnen.

Die Bürger verlangen, und dürfen es verlangen: Bei der Gesundheit soll die Ungleichheit unter den Menschen geringer sein als anderswo. Zugleich gibt es eine manchmal verborgene Öffnung hin zu dem vernünftigen Standpunkt, dass eine Gesellschaft, die dem Einzelnen möglichst viel Freiheit lassen will, dessen Bereitschaft zur Selbstverantwortung auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in intelligenter Weise und so umfassend wie möglich nutzen muss. Ebenso wenig kann auf den

rivalisierenden Streit um die jeweils beste Lösung eines Problems, also auf Wettbewerb, wo immer sich ein ebenes Feld für ihn findet, verzichtet werden.

Der vorliegende Text ist aus vielen und langen Diskussionen, auch mit zahlreichen Fachkollegen und Sachverständigen, die hier nicht alle genannt werden sollen, entstanden. Ausdrücklich erwähnt werden müssen aber die ausgiebigen und ergiebigen Gespräche mit Friedrich Breyer, Karl W. Lauterbach, Jürgen Wasem und Peter Zweifel. An einer sehr frühen Fassung war Klaus-Dirk Henke in besonderem Maße beteiligt. Ihnen, aber auch allen anderen, die gelegentlich mit am Tisch des Kronberger Kreises gesessen haben, ganz herzlich zu danken, ist eine angenehme Pflicht.

Juni 2002

Juergen B. Donges, Johann Eekhoff  
Wolfgang Franz, Wernhard Möschel  
Manfred J.M. Neumann, Olaf Sievert  
(KRONBERGERKREIS)

## Inhalt

### I. Großer Handlungsbedarf ist unumstritten 9

Es gab da Zufriedenheit, aber die Verunsicherung wächst – Die Grundlagen des Gesundheitssystems erodieren, während gleichzeitig die Belastungen zunehmen – Nachfrageentscheidungen und Kostenverantwortung fallen zu stark auseinander – Angebot und Nachfrage liegen zu sehr in einer Hand – Die Verteilungswirkungen der Beitragsregelungen befriedigen immer weniger – Ein Grundübel: Es gibt zu wenig Wettbewerb

### II. Ein besseres System ist nötig, nicht bloß eine bessere Einstellung seiner Stellschrauben 23

Eine Reform muß auf die Ursachen der Probleme zielen statt auf die Symptome – Ein Konzept in vierzehn Punkten

### III. Die kritischen Punkte der Reform 28

#### 1. Solidarität muß sein, aber sinnvoller verwirklicht werden 28

Noch einmal der Ausgangspunkt: In der gesetzlichen Krankenkasse verbinden sich Versicherung und Umverteilung – Warum risikoäquivalente Krankenkassenbeiträge für richtige Allokationsentscheidungen sowohl der Versicherer als auch der Versicherten so wichtig sind – Die gesetzliche Krankenversicherung will mehr, aber was sie erreicht, ist weniger – Das Nachdenken über eine Verbesserung der Verteilungsmechanismen führt am Ende aus dem tradierten System heraus – Das Festhalten an einkommensabhängigen Prämien verhindert ein Vorankommen an mehreren Hauptkampflinien – Nach alledem: Personenbezogene Krankenversicherungsbeiträge sind das Kernstück der Reform, mag die Rücksichtnahme auf das Einkommen in indirekter Form auch fortleben – Der Verzicht auf die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen ist unumgänglich, aber eine unerhörte Herausforderung – Zur Seite gesprochen: Beim Beihil-

ferecht für den öffentlichen Dienst sollte es ebenfalls nicht so bleiben, wie es ist – Auch ein Einsparprojekt will finanziert sein

## **2. Wettbewerb und übertragbare Altersrückstellungen** 43

Wettbewerb zwischen Versicherungen setzt Mobilität der Versicherten voraus, Mobilität der Versicherten verlangt übertragbare Altersrückstellungen – Die Gesundheitsausgaben steigen mit zunehmendem Lebensalter in typischer Weise – Konstante Prämien implizieren den Aufbau und Abbau von Altersrückstellungen, aber es sind Rückstellungen, die noch verhältnismäßig einfach zu ermitteln sind – Die Abwehr der Gefahr einer negativen Auslese verlangt mehr – Individuelle Altersrückstellungen und ungleiche Information – Noch fehlen Erfahrungen zur Übertragbarkeit individueller Altersrückstellungen

## **3. Wettbewerb und Risikostrukturausgleich** 61

Am Anfang stand: Faire Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen sichern – Fünf Fragen – Der Risikostrukturausgleich befriedigt nicht – Der Risikostrukturausgleich lässt sich verbessern, aber nicht ausreichend – Hochrisikofälle gehören in die Rückversicherung, nicht in einen Hochrisikopool – Der Risikostrukturausgleich wird überflüssig, wenn das Gesundheitssystem grundlegend reformiert wird – Übertragbare individuelle Altersrückstellungen sind gleichsam eine unternehmerische Form des Risikostrukturausgleichs für den Fall des Versicherungsverwechslens – Das beiden gestellte Informationsproblem lässt sich am ehesten unternehmerisch lösen, nicht administrativ, wahrscheinlich nur unternehmerisch – Auch sonst gibt es nur Argumente, die am Ende gegen den Risikostrukturausgleich sprechen – Nach einer grundlegenden Reform des Gesundheitssystems ist der Risikostrukturausgleich nur noch in einer Phase des Übergangs nötig – In der Zeit des Übergangs wird beschleunigt ein Riesenproblem sichtbar, das nur scheinbar ein Problem des Systemwechsels

ist, tatsächlich aber auf einem Vermögensdefizit der gesetzlichen Krankenkassen beruht – Bedrückend groß ist die neu zuzuteilende Last wegen der demographischen Veränderungen

**4. Breitere Selbstbeteiligung muss die fundamentale Ineffizienz der Nachfrageentscheidungen im Gesundheitswesen eindämmen** 84

Es gibt mehrere Möglichkeiten – Von Gesetzes wegen: Grenzen nach oben? - ja, aber auch nach unten? – Sogar Selbstbeteiligung ist eine Frage der Konsequenz – Was gegen Selbstbeteiligung vorgebracht wird

**5. Die Festlegung von Regelleistungen muss den durch soziale Garantien abgesicherten Bereich begrenzen** 91

Noch einmal: Zur Philosophie der Reform – Regelleistungen für das medizinisch Notwendige – Zwei Gesichter: Die Entscheidung zwischen Wahlfreiheit und Pflicht, Eigenverantwortung und Rückversicherung durch den Staat – Leitvorstellung für das Inhaltliche – Leitvorstellung für das Verfahren – Für Walleistungen bedarf es keiner Regelungen

**6. Andere Schwerpunkte** 100

Rationalisierung durch neue Behandlungsformen – Rationalisierung durch verstärkte Prävention – Rationalisierung im Arzneimittelsektor – Rationalisierung im Krankenhauswesen

**7. Internationale Abstimmung** 108

Probleme für Abwanderer und Zuwanderer – Neutrale Behandlung bei Altersrückstellungen und risikoäquivalenten Prämien – Das europäische Gemeinschaftsrecht lässt genügend Raum

**Zusammenfassung** 111

## I. Großer Handlungsbedarf ist unumstritten

*Es gab da Zufriedenheit, ...*

1. Der größte Teil der Bevölkerung ist bis in die jüngste Vergangenheit mit den Gesundheitsleistungen zufrieden gewesen. Die Ärzte genießen hohes Ansehen, zu den Hausärzten besteht Vertrauen, die freie Arztwahl wird hoch geschätzt. Auch die ärztliche Betreuung und die Pflege in den Krankenhäusern werden durchweg positiv beurteilt. Die Bevölkerung hat das Gesundheitssystem als verlässlich angesehen, weil praktisch alle Risiken abgesichert sind. Über lange Zeit hielt sie es für eines der besten in der Welt. Kritisiert wurden einzelne Mängel – die häufigen Mehrfachuntersuchungen, die unzureichende Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, der Mangel an Transparenz bei der Abrechnung, die Verschwendung bei den verordneten Arzneimitteln. Aber selbst Eskapaden der Gesundheitspolitik, wie wir sie in den vergangenen zwei Jahrzehnten erlebt haben, veränderten die insgesamt positive Einstellung der Bürger zu ihrem Gesundheitswesen zunächst nicht durchgreifend.

*.... aber die Verunsicherung wächst*

2. Es ist dieser Hintergrund an positiver Beurteilung in der Vergangenheit, der den Wandel so markant erscheinen lässt, der in der Verunsicherung zum Ausdruck kommt, den die Bevölkerung neuerdings in Umfragen anzeigt. Die Diskussion über den Reformbedarf und die akuten Finanznöte der Krankenkassen lassen die Menschen ahnen, wie gefährdet das System ist. Alarmzeichen sehen sie allerdings schon länger. Die stark steigenden Gesundheitsausgaben werden als bedrohlich empfunden, über die hohen Beiträge zu den Krankenkassen wird geklagt. Von der Politik wird erwartet, dass sie einen weiteren Anstieg verhindert. Und zwar nicht nur, weil die Beiträge das Nettoeinkommen mindern. Noch stärker als die anderen Sozialabgaben, die Teile der Lohnnebenkosten sind, wirken lohnabhängige Krankenversicherungsbeiträge wie eine Steuer auf die Beschäftigung.

Um die finanzielle Belastung mit Gesundheitsausgaben in Grenzen zu halten, hat der Gesetzgeber in den letzten zwei Jahrzehnten immer wieder Kostendämpfungsgesetze erlassen und schließlich sogar Zuflucht zu einer strikten Ausgabenbegrenzung genommen. Man nennt das Budgetierung – Budgetierung zum einen in der Form von Höchstbeträgen für die Verschreibung von Arzneimitteln, zum anderen in der Form von Obergrenzen für die Summe der Vergütungen, die eine Kasse an alle Ärzte zahlt. So mancher Patient hat erfahren, dass bestimmte Medikamente – notabene nicht nur Mittel gegen Schnupfen und Rheuma – nicht mehr verschrieben wurden und dass es – trotz der größeren Zahl an Ärzten – schwieriger wurde statt leichter, Behandlungstermine zu bekommen. So mancher Arzt hat erlebt, dass es sich nicht mehr lohnte, weitere Patienten zu behandeln und dass die Regeln für die Vergütung seiner Leistungen es unvorhersehbar machten, was die Krankenkassen ihm am Ende zahlen würden oder ob sie nicht sogar Rückzahlungen fordern würden. Es ist vorgekommen, dass Ärzte ihre Praxis zeitweise schlossen oder Behandlungen ins nächste Jahr verschoben, wenn das „Budget“ des laufenden Jahres erschöpft war. Jeder konnte mit Händen greifen, dass die Gesundheitspolitik sich vergaloppiert hatte.

Zu den für die unmittelbar Betroffenen schlimmsten Maßnahmen gehört die Beschränkung der Berufsausübungsrechte für junge Ärzte. So kann sich ein approbierter Arzt nicht ohne weiteres als solcher niederlassen und Kassenpatienten, die sich von ihm behandeln lassen wollen, mit Aussicht auf Vergütung behandeln. Für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung braucht er eine Zulassung als Kassenarzt, die unter anderem dann versagt wird, wenn ein aus Ärzten und Kassenvertretern besetzter Landesausschuss für die vom Arzt gewählte Region eine Überversorgung festgestellt hat.

*Die Grundlagen des Gesundheitssystems erodieren, während gleichzeitig die Belastungen zunehmen*

3. In welchem Maße die Grundlagen des Gesundheitssystems erodieren, lässt sich an der Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ablesen (vgl. Tabelle 1). In dem relativ kurzen Zeitraum 1991-2001 sind die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 48 Prozent gestiegen, die Bruttoarbeitseinkommen je Arbeitneh-

mer dagegen nur um 31 Prozent. Die steigende Finanzierungslast wurde zum einen durch das Heraufsetzen der Beitragssätze um 1,3 Prozentpunkte bewältigt, zum anderen durch das Anheben der Beitragsbemessungsgrenze, die mit 34 Prozent stärker gestiegen ist als das durchschnittliche Bruttoarbeitseinkommen. Die Anpassungen wären noch kräftiger ausgefallen, hätte der Gesetzgeber nicht mit Kostendämpfungsmaßnahmen den Ausgabenanstieg abgebremsst.

Die Probleme sind schon an ihren Wurzeln so stark miteinander verflochten, dass es unmöglich ist, ihnen beizukommen, wenn es nicht gelingt, an sehr vielen Stellen in sehr vielfältiger Weise Verhaltensänderungen zustande zu bringen, sprich, dafür die nötigen Anreize zu setzen. Dies ist der Grund dafür, dass sich die Systemfrage stellt.

Selbstverständlich hängt zunächst einmal alles damit zusammen, dass die Gesundheitsausgaben so stark gestiegen sind und weiter stark steigen

<b>Tabelle 1: Daten zur gesetzlichen Krankenversicherung von 1991 bis 2001</b>				
	Beitragssatz Alte Bundesländer Prozent	Beitragsbemessungsgrenze Alte Bundesländer D-Mark	Ausgaben insgesamt Mrd. D-Mark	Zum Vergleich Bruttolöhne u. -gehälter je Arbeitnehmer und Monat D-Mark
1991	12,2	4.875	183,0	3.231
2001	13,5	6.525	270,5	4.231
	Anstieg			
	in Prozentpunkte		in Prozent	
1991-2001	1,3	33,8	47,8	30,9
pro Jahr	-	3,4	4,8	3,1
Quellen: Bundesgesundheitsministerium, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung				

werden, und zwar nicht nur absolut, sondern auch im Verhältnis zum Einkommen. Dies ist aus guten und aus schlechten Gründen so:

- Erstens: Mit zunehmendem Wohlstand wird einem die Gesundheit immer wichtiger.
- Zweitens: Der medizinisch-technische Fortschritt bietet neue, immer aufwendigere Behandlungsmöglichkeiten.
- Drittens: Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt der Anteil der Menschen zu, die altersbedingt mehr Leistungen in Anspruch nehmen als die Jüngeren. Wir leben länger, und es wachsen wenig Junge nach.

Aus all diesen Faktoren ergäben sich noch keine großen Probleme, wenn es so wäre, dass jeder Einzelne seine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen gegen den alternativ möglichen Konsum anderer Güter und Leistungen abwägen und die wirtschaftliche Verantwortung für das Ergebnis dieser Abwägung übernehmen würde. Außerhalb des Gesundheitswesens sieht ja auch niemand Anlass zur Sorge, wenn sich Menschen ihrer besonderen Vorliebe wegen dafür entscheiden, einen immer größeren Anteil ihres Einkommens für Güter bestimmter Art auszugeben. Aber es gibt einen Unterschied: Die von persönlichen Präferenzen geprägte Abwägung gibt es im Bereich der Gesundheitsleistungen regelmäßig nicht.

Im Gegenteil, die Entscheidungen über zusätzliche Leistungen und die Verantwortung für die dadurch entstehenden Kosten sind hier in hohem Maße entkoppelt. Das ist schon deshalb so, weil Gesundheitsleistungen zum allergrößten Teil Versicherungsleistungen sind. Und es ist in unserem System der gesetzlichen Krankenversicherung aus doppeltem Grunde so, weil wegen der starken Umverteilungseffekte in diesem System nicht einmal eine indirekte Kostenverantwortung gewährleistet ist, wie sie sich bei der privaten Krankenversicherung daraus ergibt, dass Leistungsansprüche und Versicherungsprämie einander entsprechen. Die dort gewährleistete Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung verhindert nicht nur, dass hohe und weiter steigende Krankenversicherungsprämien den Anreiz, zu arbeiten und Einkommen zu erzielen, in systema-

tischer Weise beeinträchtigen, wie es alle einkommensabhängigen Beiträge und Abgaben tun. Sie leitet den Menschen auch bei der Entscheidung über den von ihm zu vereinbarenden Umfang der Versicherung, einschließlich der Selbstbehalte, und sie leitet das Verhalten des Versicherten unterwegs überall dort, wo die Selbstbehalte zum Tragen kommen. Für den Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung hingegen bestehen viel geringere Anreize, wenn überhaupt welche, mit knappen Leistungen und Einrichtungen sparsam umzugehen. Ja, er hat nicht einmal die Möglichkeit, sich verstärkte Anreize solcher Art zu verschaffen, sie sich gleichsam zu verordnen, beispielsweise durch die Wahl eines Tarifs mit erweiterter Selbstbeteiligung.

4. Dieser Ausfall des Nachfragerverhaltens als Lenkungsinstanz wirkt anreizschädigend auf die Anbieterseite durch. Die jedermann geläufigen Fehlentwicklungen zeigen sich in der übergroßen Zahl an Arztpraxen mit strikter Spartenrennung, in den Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, in der oftmals übereilten Einweisung von Patienten in die Notfallambulanz, in überhöhten Bettenkapazitäten der staatlichen Krankenhäuser, in denen die Patienten oft unnötig lange bleiben, und nicht zuletzt in der Verordnung von Medikamenten, deren therapeutische Wirksamkeit unzureichend gesichert ist. Das tradierte Vergütungssystem und ein standesrechtlich vorgegebenes Werbeverbot lassen für Ärzte und Krankenhäuser den Anreiz, nach Wirtschaftlichkeit zu streben und in möglichst engem Kontakt zum jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu bleiben, vielfach völlig unzureichend werden. Wenn man konstatiert: überall fehlt es an Effizienz, ist das keine Klage über individuelles Versagen. Die Anbieter von Gesundheitsleistungen verhalten sich aus ihrer Sicht rational. Der Defekt liegt im System, das die Verhaltensweisen und den Ressourceneinsatz falsch steuert.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich nach der Auswertung einer Befragung von dreihundert medizinisch einschlägigen wissenschaftlichen Organisationen, Körperschaften und Selbsthilfeeinrichtungen unlängst veranlasst gesehen, eine kostenträchtige Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung mit Gesundheitsleistungen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, bei den großen Volkskrankheiten wie bei leichten Erkrankungen zu beklagen. Beide Seiten einer deprimierenden Feststellung

hängen damit zusammen: Deutschland hat unter den Industriestaaten besonders hohe Ausgaben für das Gesundheitswesen zu verkräften, trotz der wiederholten Kostendämpfungsprogramme der Regierung; und dennoch bleibt das Land bei der Qualität des medizinischen Leistungsangebots hinter dem zurück, was erwünscht und möglich wäre. Überflüssige Leistungen verursachen unnötige Kosten, ohne den Gesundheitszustand der Kranken wirklich zu verbessern. Unzulängliche Diagnosen und Therapien ziehen nach einiger Zeit Folgeschäden nach sich, verschärfen zumal das Problem der chronischen Erkrankungen.

5. Ineffizienz hat es immer gegeben, ohne dass man von einer Gefährdung des Gesundheitssystems zu sprechen hatte. Sie war einigermaßen verkraftbar, solange es um einen vergleichsweise kleinen Teil des Volkseinkommens ging, genauer: solange die Ausgaben für die Gesundheit – Versicherungsbeiträge und selbst getragene Aufwendungen – bei den meisten privaten Haushalten noch nicht den nach der Miete und der Altersvorsorge größten Brocken im Budget ausmachten. Das aber ist heute der Fall, zumal wenn man – wie es richtig ist – den Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag als Teil des dem Arbeitnehmer im Ganzen zustehenden Lohns ansieht. Seit mehreren Jahren werden deshalb weiter steigende Beitragssätze infolge steigender Ausgaben der Krankenversicherungen nicht mehr einfach hingenommen. Die Krankenkassen kommen in Bedrängnis, abermals wird der Staat zu Hilfe gerufen. Er soll die Finanzierung des Gesundheitswesens sichern. Aber auch ihm bleibt, solange die Grundregeln des Systems unverändert bleiben, keine andere Wahl, als wegen zusätzlicher Kosten entweder auf die Notwendigkeit erhöhter Beiträge zu verweisen oder den Bürger über höhere Steuern in Anspruch zu nehmen oder die Gesundheitsleistungen gesetzlich zu begrenzen. Möglicherweise, wahrscheinlich sogar, sind höhere Beiträge unausweichlich. Aber zu Recht wird Einspruch erhoben, solange die Wurzeln vermeidbarer Ineffizienz nicht gekappt sind.

6. Die stark gestiegenen und unausweichlich weiter steigenden Belastungen des Systems sind der eine Grund, sich zu fragen, ob man es nicht ändern muss. Der andere Grund ist, dass der wirtschaftliche und soziale Wandel die Funktionsbedingungen des vor mehr als hundert Jahren ausgedachten und mit Weisheit auf die damaligen Verhältnisse zugeschnittenen Systems ausgehöhlt hat. Letzteres gilt vor allem für seine

Verteilungsmechanismen. Das System hat den größten Teil dieser hundert Jahre schweren und schwersten Belastungen standgehalten. Doch nun sind ihm die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse gleichsam entwachsen. Man kommt daher nicht an der Diagnose vorbei, dass es nicht mehr vernünftig ist, immer wieder nur Notreparaturen vorzunehmen und sich davon zu versprechen, das System für weitere Jahrzehnte mit sich rasch weiter verändernden Anforderungen fit gemacht zu haben.

*Nachfrageentscheidungen und Kostenverantwortung fallen zu stark auseinander*

7. Die meisten Leistungen im Gesundheitswesen werden nicht unmittelbar vom Patienten, sondern von einer Versicherung bezahlt. Bei der Krankenversicherung handelt es sich zudem nicht um eine klassische Versicherung, bei der die Versicherten nur in geringem Maße einen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf die Höhe des Versicherungsschadens haben, wie beispielsweise bei einer Lebensversicherung, einer Hochwasserversicherung, Hagelversicherung oder Erdbebenversicherung. In der Krankenversicherung bestimmt der Versicherte oder der ihn behandelnde Arzt in hohem Maße mit, ob überhaupt und in welchem Umfang Versicherungsleistungen anfallen. Anders als bei der klassischen Versicherung sind die versicherten Risiken insoweit keine – reinen – Zufallsrisiken. Da im Falle der Vollversicherung im Prinzip alle in Anspruch genommenen Leistungen von der Versicherung bezahlt werden müssen – das gilt für die private wie für die gesetzliche Krankenversicherung –, verhalten sich die Versicherten insoweit nach dem Eindruck: Kranksein kostet nichts. So wird grundsätzlich jede Leistung, jedes Medikament beansprucht, solange sich der Versicherte davon auch nur den geringsten Nutzen verspricht. Es werden also selbst Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen, auf die der Versicherte verzichten würde, wenn er die vollen Kosten oder einen erheblichen Teil davon übernehmen müsste. Die Ansprüche werden in Richtung „bestmögliche Behandlung“ hoch geschraubt. Man darf sich nichts vormachen: Zu einem beträchtlichen Teil ist dieses Problem unlösbar. Alle Regelungen der Selbstbeteiligung mildern es. Aber das heißt ja nur, dass man ein Versicherungsproblem durch (Teil-)Verzicht auf Versicherung beseitigt. Trotzdem muss man auf diesem Wege weitere Schritte gehen. Außerdem sind mehr und bessere Bremsen für die Inanspruchnahme von

Leistungen vorstellbar als im bestehenden System eingebaut sind, und der Bedarf an ihnen hat zugenommen.

8. Mit der Ausweitung der von ihm geltend gemachten Leistungsansprüche handelt der Versicherte zu Lasten Dritter, zu Lasten der Solidargemeinschaft, ohne dass er sicher sein kann, bei diesem Spiel zu den Gewinnern zu gehören. Jeder Einzelne hat den fatalen Anreiz zu solchem Tun. Letztlich zahlen alle mehr als sie wollten, weil Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, deren Wert geringer eingeschätzt wird, als den Kosten entspricht. Das Knappheitsproblem trifft den einzelnen Versicherten nicht unmittelbar und wird deshalb missachtet. Die Versichertengemeinschaft muss aber die Kosten in vollem Umfang tragen. Die unzureichende Verantwortung des Einzelnen für die Kosten seiner Entscheidungen ist ein wesentlicher Grund für hohe Beitragssätze. Die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen verschärfen den selbstzerstörerischen Trend der Ausweitung von Leistungen und Beitragssätzen.

*Angebot und Nachfrage liegen zu sehr in einer Hand*

9. Angebot und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sind nicht klar voneinander getrennt, sondern liegen vielfach in der gleichen Hand. Der Patient kann häufig nicht beurteilen, welche Leistungen notwendig und sinnvoll sind. Als *versicherter* Patient hat er vielfach auch kein großes Interesse, sich Informationen über eine kostengünstige Behandlung zu beschaffen, weil sich dieser Aufwand für ihn nicht lohnt. So überlässt er in der Regel dem Arzt die Entscheidung über die Art und den Umfang der Behandlung. Es darf niemanden überraschen, dass in einer solchen Konstellation von einem Arzt nicht immer und ausschließlich Leistungen erbracht werden, die für den Behandlungserfolg unbedingt erforderlich sind. Hat der Arzt Zeit, weil er nur wenige Patienten hat, denkt er über weitere Leistungen nach. Wenn medizinische Geräte und Einrichtungen angeschafft sind, liegt es nahe, sie nach Möglichkeit auch auszulasten. Bei Medikamenten, medizinischen Hilfsmitteln und Geräten hat der Arzt zwar kein unmittelbares Interesse am Verkauf; im Zweifel mag er aber großzügig verordnen, wenn er meint, sich damit die Gunst seiner Patienten zu erhalten. In aller Regel ist dieses kostentreibende Gebaren keineswegs in offenem Widerspruch zu dem, was die Versicherten für ihr

Interesse halten, eben weil sie grundsätzlich alle Leistungen in Anspruch zu nehmen wünschen – ohne Rücksicht auf die von ihnen nicht zu tragenden Kosten –, die ihren Gesundheitszustand oder ihr Wohlbefinden auch nur ein wenig verbessern. Es kann also im Regelfall nicht damit gerechnet werden, dass der Patient die sonst übliche Funktion des Nachfragers gegenüber einem Anbieter ausübt, die darin besteht, dass er den erwarteten Nutzen aus einem ihm angebotenen Gut und das, was es kosten soll, gegen Nutzen und Kosten der ihm bekannten Handlungsalternativen abwägt und am Ende entweder durch seinen Kauf die Kostenverantwortung übernimmt oder durch Kaufverweigerung den Anbieter auf den Bedarf an Produktverbesserung oder Kostensenkung aufmerksam macht.

Unter den Bedingungen des gegenwärtigen Systems bewirkt die gestiegene Arztdichte keinen kostensparenden Wettbewerbsdruck, der bessere oder billigere Leistungen zur Folge hätte. Sie verstärkt bloß die Eigendynamik in der Expansion medizinischer Leistungen. Sie befördert die Neigung, mehr Leistungen zu erbringen als zwingend erforderlich erscheint. Im härter werdenden Wettbewerb um Patienten fällt es immer schwerer, Wünsche der Patienten zurückzudrängen. Neue medizinisch-technische Möglichkeiten werden auch dann genutzt, wenn der erwartete Heilungserfolg oder dessen Wahrscheinlichkeit die Kosten noch nicht rechtfertigen.

*Die Verteilungswirkungen der Beitragsregelungen befriedigen immer weniger*

10. Die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung richten sich nicht nach dem versicherten Risiko. Von Gesetzes wegen sind sie unabhängig von der Versicherungsleistung so zu bemessen, dass kein Versicherter überfordert wird. Zu gewährleisten ist zudem ein hohes Versorgungsniveau. Die Politiker lassen nicht davon ab zu versprechen, jeder Bürger könne unabhängig von seinem Einkommen die bestmögliche medizinische Versorgung beanspruchen. Nicht jeder kann sie aber bezahlen. So ist eine erhebliche Umverteilung erforderlich. Denn das Niveau der jedermann garantierten Mindestversorgung bestimmt das Ausmaß der in der Summe zu erfüllenden Umverteilungsaufgaben, und zwar via Anzahl der Fälle, in denen die individuelle Leistungsfähigkeit hinter dem versi-

cherungstechnisch nötigen Beitrag für die Mindestversorgung zurückbleibt, und via mittlere Größe dieses Abstandes. Die Umverteilung ist derzeit in erster Linie dem System der (begrenzt) lohnabhängigen Beiträge anvertraut – und überfordert es.

11. Lohnabhängige Beiträge wurden eingeführt, lange bevor die Leistungsversprechen so weit reichten. Sie sind Ausdruck eines Solidaritätsgedankens, der über das rein ökonomische Solidarprinzip einer Versicherung hinausreicht. Um so wichtiger war es, bei der Festlegung des Ausmaßes und der Anknüpfungspunkte der zu verordnenden Form von Solidarität einen Weg zu finden, der mit Stabilität des Systems vereinbar schien. Man fand in der Frühzeit der Sozialversicherung durchaus das richtige Maß. Aber man wählte prinzipielle Festlegungen, die sich nur eine Zeit lang als hilfreich erwiesen, dann aber in eine Sackgasse führten. Mit den sich verändernden Verhältnissen in Wirtschaft und Gesellschaft kam es zu eigendynamischen Umverteilungsvorgängen, die in Ausmaß und Richtung wenig mit dem zu tun hatten, was gewollt gewesen war und was man sich im Rahmen einer Krankenversicherung überhaupt vornehmen darf. Problematische Festlegungen waren vor allem die Entscheidung für die Begrenzung der gesetzlich verordneten Solidargemeinschaft auf den Kreis der unselbständig Beschäftigten mit niederem bis mittlerem Einkommen und – dies Zweite im Grunde schon als Konsequenz des Ersten – die Entscheidung für die Beschränkung der Solidarität auf das Lohn Einkommen. Der Beitrag wird bei Pflichtversicherten noch heute grundsätzlich nach dem Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung bemessen. Bei freiwillig Versicherten muss davon abgewichen werden, weil diese häufig ausschließlich oder weit überwiegend Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit erzielen.

12. Die Versicherungsbeiträge spiegelten die Leistungsfähigkeit der Versicherten einigermaßen verlässlich wider, solange die Arbeitnehmer im Allgemeinen nur Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung erzielten, nur ein Beschäftigungsverhältnis hatten und ihre volle Leistungsfähigkeit in dieses Beschäftigungsverhältnis einbrachten. Heute sind diese Bedingungen nicht mehr erfüllt. Das Festhalten an der alten Bemessungsgrundlage und die damit implizierte Umverteilung sind daher nicht mehr zu rechtfertigen. Die Vermögensverhältnisse und die Art der Erwerbstätigkeit haben sich grundlegend geändert. Die Höhe des Arbeitslohns ist

kein geeigneter Indikator mehr für den Wohlstand der Familien. Auch Arbeitnehmerhaushalte besitzen zum Teil ein erhebliches Vermögen und verfügen über entsprechende Vermögenseinkünfte. Wer beispielsweise mehrere Wohnungen erbt und von einer Vollzeitbeschäftigung auf Teilzeitarbeit wechselt, um Zeit für die Verwaltung der Immobilien zu haben, zahlt einen geringeren Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung als vorher. Er wird anhand des Lohneinkommens als weniger wohlhabend eingestuft, ja, als bedürftig in dem Sinne, dass andere Versicherte für ihn einen Teil der Beiträge übernehmen, obwohl sein Gesamteinkommen gestiegen ist.

Die Erwerbsmöglichkeiten bieten viel mehr als früher gestaltbare Kombinationen zwischen beitragspflichtiger abhängiger Beschäftigung und sozialabgabenfreien Tätigkeiten. Auch selbstgewählte Teilerwerbstätigkeit ist kein Randfall sozialer Existenz mehr, von dem man wie früher sagen könnte, dass es ihn im Sozialversicherungsbereich kaum gibt. Damit hat es nicht sein Bewenden. Die Möglichkeiten, sich der Beitragspflicht ganz oder teilweise zu entziehen, nehmen zu. Und weiter: Wegen der unterschiedlichen Beschäftigungsmöglichkeiten und der Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für Selbständige ist es zu einer Ungleichbehandlung von Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten in der Rentenphase, aber auch in der Erwerbsphase gekommen.

13. Auch die Funktion der *oberen* Beitragsbemessungsgrenze entspricht nicht mehr der Idee, den Solidarausgleich nach oben zu begrenzen. Die obere Beitragsbemessungsgrenze sollte die Belastung mit Solidarabgaben für Versicherte mit höherem Einkommen nach oben begrenzen. Dieser Idee würde es entsprechen, dass alle Arbeitnehmer, die diese Grenze überschreiten, in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben und den Höchstbeitrag zahlen. Lediglich das darüber hinausgehende Einkommen wäre beitragsfrei.

Das ist aber nicht die geltende Regelung. Vielmehr kann ein Arbeitnehmer, dessen Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet, sich der Solidarabgabe entziehen, indem er aus der gesetzlichen Krankenversicherung austritt oder erst gar nicht in sie eintritt und eine private Krankenversicherung abschließt. Falls er allerdings eine Familie hat, kann es sich lohnen, freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung zu sein,

weil Kinder und nicht beschäftigte Ehegatten unentgeltlich mitversichert sind. Dann zahlt er freilich keinen Solidarbeitrag, sondern höchstens eine für die gesamte Familie gerade angemessene Versicherungsprämie, womöglich erhält er sogar einen Zuschuss von den übrigen Versicherten.

Sind beide Ehepartner abhängig beschäftigt und kommen sie mit ihrem gemeinsamen Lohneinkommen, und nur mit diesem, über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus, müssen sie trotzdem in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein und einen höheren Beitrag zahlen, als wenn ein Ehepartner allein das gleiche Lohneinkommen erzielte. Obwohl die wirtschaftliche Situation gleich ist, kommt es mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterschiedlichen Verteilungsergebnissen, weil der Beitrag letztlich nicht, wie es sozialpolitisch konsequent wäre, auf das gesamte Familieneinkommen, sondern bloß auf das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung bezogen ist und weil die Möglichkeit besteht, aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszutreten, wenn die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird.

Es ist keineswegs einfach, die ursprüngliche Idee des „Solidarausgleichs bis zu einer Obergrenze“ konsequent zu verwirklichen. Denn dann müsste ein Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Das aber würde die so genannte Friedensgrenze zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung zu Lasten der privaten entscheidend verschieben. Außerdem würden neue Ungerechtigkeiten geschaffen. Wer nie in einer gesetzlichen Krankenversicherung war, könnte draußen bleiben, solange er genug verdient. Wer einmal in dieser Zwangsgemeinschaft ist, wäre es für immer, unabhängig von seinem Einkommen. Jede Zwischenlösung – beispielsweise eine vom System her nicht begründete Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze (mit oder ohne gleichzeitige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze) – wäre ebenfalls nur eine weitere Variante der Ungerechtigkeit.

14. Die *untere* Beitragsbemessungsgrenze, die ursprünglich die Funktion hatte, für die Begründung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen einen Mindestbeitrag zu verlangen, wird aus sozialpolitischen Gründen in Frage gestellt. Dabei ist zu fragen, ob die derzeit gegebene Möglichkeit, den vollen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zu

einem Mindestbeitrag von rund 35 Euro beanspruchen zu können, für ein Versicherungssystem noch hinnehmbar ist. Umgekehrt ist die bestehende Regelung, auch auf Einkünfte aus geringfügiger Beschäftigung Beiträge zu erheben, ohne Versicherungsleistungen zu gewähren, unbefriedigend.

*Ein Grundübel: Es gibt zu wenig Wettbewerb*

15. Wohin man im deutschen Gesundheitswesen auch schaut, es gibt zu wenig wirksame Marktbeziehungen. Die Wirtschaftlichkeitsreserven sind erheblich, doch der Wettbewerb, der sie heben könnte, fällt als Instrument der Kosten- und Leistungskontrolle an zu vielen Stellen aus. Dies ist um so bemerkenswerter, als es in Deutschland ja nicht zu wenige Ärzte gibt, sondern gemessen an internationalen Standards, eher zu viele, und jedenfalls Überkapazitäten im staatlichen Krankenhausbereich. Aber das überkommene komplizierte System hoheitlicher Regulierungen des Angebots von Leistungen und Leistungsentgelten verhindert immer wieder, worauf es ankommt: eine Öffnung zu mehr Preis- und Leistungswettbewerb. Dem widerspricht nicht, dass es zwischen den Krankenkassen mittlerweile, zwischen den Apotheken schon seit den fünfziger Jahren und zwischen den Arzneimittelherstellern seit eh und je in mancher Hinsicht intensiven Wettbewerb gibt. Zugleich sind aber wichtige Dimensionen des Wettbewerbs wie abgeschnitten.

Die Verhinderung von Wettbewerb ist nicht ungewolltes Ergebnis fehlgesteuerter Überregulierung, sondern sie ist zu ganz wesentlichem Teil Ausdruck der guten Absicht, den Menschen ein hochwertiges Gesundheitssystem zu sichern, dem sie sich im Krankheitsfall bedenkenlos anvertrauen können, ohne über die Kosten nachdenken zu müssen. Einzuräumen ist, dass viele Patienten nicht in der Lage sind, die Qualität ihrer medizinischen Versorgung auch nur annähernd zu beurteilen. Sie fragen gesundheitliches Wohlbefinden nach, fallen in der Regel aber als Kontrolleure der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung auch deshalb aus, weil das derzeitige System ihnen keinen finanziellen Anreiz bietet, das Preis-Leistungsverhältnis zu berücksichtigen und sich übertriebenen Diagnoseverfahren und aufwendiger Behandlung entgegenzustemmen. Selbst bei den Medikamenten, bei denen inzwischen durchaus eine nennenswerte Selbstbeteiligung der Versicherten erreicht ist, hat man

sich, jedenfalls aus sozialen Gründen, zu einer Form entschlossen – der vom Preis abgekoppelten Zuzahlung –, die die Sparanreize in dem Moment ausblendet, wenn es nicht mehr darum geht, ob man ein Medikament kauft, sondern welches. Spätestens mit der jetzt vom Gesetzgeber eingeführten Aut-idem-Option für die Apotheker hätte dies geändert werden müssen, darf doch nun der Preis eines Medikaments bei der Auswahl regelmäßig eine Rolle spielen.

Das Vertrackte des derzeitigen Gesundheitssystems ist, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen als Sachwalter der Wirtschaftlichkeitsinteressen der Versicherten weitgehend ausfallen, weil sie durch Regulierungen daran gehindert werden. Und auf der anderen Marktseite relativiert Wettbewerb nur ganz partiell den Machtzuwachs, den die Anbieter aus der enormen Schwächung der Kontrollfunktion der Nachfrager haben. Vieles hat mit den Besonderheiten des Gesundheitsmarktes zu tun. Aber bei weitem nicht alles. Wettbewerb widerspricht dem tradierten Leitbild des Gesundheitssektors. Das muss wohl als Erklärung dafür herhalten, dass die vielfältigen Regulierungen und politischen Interventionsspiralen ihn auch dort verhindern, wo er hätte wirksam werden können.

## II. Ein besseres System ist nötig, nicht bloß eine bessere Einstellung seiner Stellschrauben

*Eine Reform muss auf die Ursachen der Probleme zielen statt auf die Symptome*

16. Die gesetzlichen Manipulationen am Gesundheitssystem in den letzten zwanzig Jahren haben die finanzielle Krise jeweils immer nur für einige Zeit verschoben. Den letzten Eingriff, nämlich die Ausgaben durch Budgetgrenzen zu deckeln, konnte man von vornherein nur als eine Notmaßnahme verstehen, mit der noch einmal Zeit gewonnen werden sollte, bis andere Maßnahmen wirksam und weitere Eingriffe konkretisiert sein würden. Hinsichtlich der Verschreibung von Arzneimitteln hat die Bundesregierung inzwischen auch den Rückzug angetreten. Aber bei den Arzthonoraren ist noch nicht erkennbar, wie sie jemals von den Budgetgrenzen wieder wegkommen will, ja, wie sie sich überhaupt eine Ursachen-therapie für die starke Ausgabenexpansion im Gesundheitswesen vorstellt. Mit Respekt vor den Besitzstandsinteressen, die ihr überall im Wege stehen und deren Anwälte sie nach Kräften zu beschwichtigen sucht, wenn sie denn nur zahlreich genug erscheinen, ist den Problemen nicht mehr beizukommen. In vieler Hinsicht teilt die Bundesregierung durchaus die Urteile der meisten nüchternen Analytiker des Systems, die sich ja auch ihrerseits bemerkenswert wenig unterscheiden. Aber sie scheut vor dem großen Wurf zurück. Sie beharrt noch immer darauf, gerade an den Elementen des Systems festzuhalten, mit denen sich die größten Probleme verbinden. Gelegentlich macht ein einzelner Minister einen Ausreißversuch und stürmt mit der Fahne der Vernunft voran. Doch nach wenigen Tagen ist er wieder eingefangen und die Fahne eingerollt. So geht es nicht.

17. An vier Einsichten kommt keine Reform vorbei, wenn es denn eine grundlegende Reform sein soll:

- (1) Die Kluft zwischen Nachfrageentscheidungen und Kostenverantwortung, die sich mit jeder Krankenversicherung auftut, ist im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland unerträglich groß geworden. Sie muss wieder kleiner werden.

- (2) Wo die Ärzte die Nachfrageentscheidungen de facto dominieren, müssen sie bessere Anreize erhalten, das Wohl des Patienten und das legitime eigene Interesse mit dem Ziel der Einsparung und Kostensenkung zu verbinden, als das durch Budgetierung in welcher Form auch immer gelingen kann.
- (3) Die Einsichten unter (1) und (2) sowie die vielfältigen anderweitig bestimmten Formen der Ineffizienz im Gesundheitswesen machen es unabdingbar, Marktöffnung und Wettbewerb zu Leitmotiven der Reform zu erheben. Allenthalben, im Einzelnen also auf dem Markt für Versicherungsverträge ebenso wie auf dem Markt für ärztliche Leistungen, auf dem Markt für Krankenhausleistungen und Leistungen der Rehabilitationszentren sowie auf dem Markt für Arzneien und sonstige Hilfsmittel ist Deregulierung, gegebenenfalls Umregulierung geboten mit dem Ziel, Offenheit des Marktes zu garantieren und Wettbewerb wahrscheinlich zu machen, so dass allüberall die Anstrengungen in Richtung Innovation und Kostensenkung gelenkt werden.
- (4) Eine Mindestversorgung mit Gesundheitsleistungen, wie sie aus Gründen der Humanität und Solidarität jedermann gewährleistet sein soll, stellt Umverteilungsaufgaben, die sich nur erfüllen lassen, wenn der verschwenderische Umgang mit Umverteilungsspielräumen aufhört, der sich aus dem Regelwerk der gesetzlichen Krankenversicherungen heraus entwickelt hat. Zugleich muss in Anbetracht der zu eng gewordenen Spielräume für Umverteilung die Grenze neu gezogen werden zwischen dem, was der Selbstverantwortung des Einzelnen zu überlassen ist, und dem, was Mindestsicherung sein soll, die am Ende durch Solidarität im Gemeinwesen abzudecken ist.

Das geht nicht im Rahmen des überkommenen Systems. Der Kronberger Kreis schlägt vor, es zu verändern, ohne fundamentale Ziele der Gesundheitspolitik aufzugeben, die in Deutschland als unverzichtbar gelten.

*Ein Konzept in vierzehn Punkten*

18. Wichtig für die nächsten Reformschritte ist es, ein in sich stimmiges Konzept zu haben, das im Ganzen geeignet erscheint, die beschriebenen

Anforderungen zu erfüllen. Ein solches Konzept kann auch dann Führung geben, wenn es nicht möglich sein sollte, alles auf einmal zu verwirklichen. Aber man darf nicht nach Belieben einzelne Teile herausbrechen oder auf Dauer vernachlässigen. In diesem geduldigen, aber unnachgiebigen Sinne sind die vierzehn Punkte zu verstehen, die im Folgenden vorgestellt werden.

- (1) Wer in der Bundesrepublik lebt ist verpflichtet, eine Krankenversicherung über Regelleistungen – im Sinne einer Mindestversicherung – abzuschließen.
- (2) Jeder Versicherte kann oberhalb der Mindestversicherung zwischen verschiedenen Paketen von Leistungen wählen, auf die er im Versicherungsfall zusätzlich Anspruch hätte. Er zahlt dann eine entsprechende Zusatz-Prämie.
- (3) Die Prämien für Regelleistungen sind nicht länger lohnbezogen, sondern grundsätzlich personenbezogen. Sie werden nach dem Geschlecht sowie dem Alter und Gesundheitszustand beim Eintritt in die Versicherung differenziert. Für Kinder und Jugendliche gibt es einen Tarifausschlag. Dem Anstieg der Prämien im Alter wird durch Altersrückstellungen vorgebeugt.
- (4) Die Versicherten tragen regelmäßig einen prozentualen Selbstbehalt bezüglich der Aufwendungen für alle Gesundheitsleistungen, Medikamente und Hilfsmittel. Der Selbstbehalt wird für den Regeltarif der Mindestversicherung von Gesetzes wegen festgelegt. Er kann im Rahmen einer Zusatzversicherung auch bezüglich der Regelleistungen herabgesetzt oder heraufgesetzt werden; nach oben gibt es jedoch eine Grenze, die die Mindestversicherungspflicht abschirmt.
- (5) Jeder Versicherte schuldet seine Krankenversicherungsprämie grundsätzlich selbst. Ein Versicherter, der durch eine Prämie für die Regelleistungen und den gesetzlichen Selbstbehalt zu stark belastet wird, erhält einen Zuschuss aus öffentlichen Mitteln. Zu entscheiden ist, ob der Zuschuss nach den detaillierten Regeln der Sozialhilfe zu gewähren ist oder nach Maßgabe des Überschreitens einer möglichst einfach gehaltenen Belastungsgrenze, von der an die

Zuschusskasse Überbelastung annimmt, die sie (teilweise) auszugleichen hat.

- (6) Die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen wird aufgehoben. Bezüglich der Regelleistungen besteht Kontrahierungszwang. Kinder werden von Geburt an in die Versicherung der Eltern aufgenommen; der Aufnahmetarif ist unabhängig vom Gesundheitszustand des Kindes.
- (7) Für die Regelleistungen sind Altersrückstellungen zu bilden, die sich am individuellen Versicherungsrisiko ausrichten.
- (8) Der Versicherte hat das unabdingbare Recht, die Versicherung zu wechseln. Die für ihn gebildete, an seinem individuellen Versicherungsrisiko ausgerichtete Altersrückstellung wird auf die neue Versicherung übertragen.
- (9) Der Risikostrukturausgleich ist nach einer Übergangsphase einzustellen. Die Übergangszeit, nicht notwendigerweise eine kurze, dient auch dem Aufbau von individuellen Altersrückstellungen und dem Sammeln ausreichender Erfahrung mit ihnen.
- (10) Die Krankenkasse schließt mit Ärzten und Krankenhäusern ihrer Wahl Verträge über eine Zusammenarbeit und über Leistungsvergütungen. Zwischen den Vertragsärzten einer Krankenkasse können deren Versicherte frei wählen.
- (11) Ärzte, mit denen eine Krankenkasse keine Zusammenarbeit vereinbart hat, kann ein Versicherter dieser Kasse in Anspruch nehmen, ohne Nachteile daraus zu haben, falls er sich eine uneingeschränkt freie Arztwahl als Teil einer Zusatzversicherung (mit entsprechend erhöhter Prämie oder erhöhtem Selbstbehalt als Gegenleistung) ausbedungen hat. Andernfalls hat er bei der Behandlung durch einen Arzt, der nicht Vertragsarzt seiner Krankenkasse ist, eingeschränkte Erstattungsansprüche bezüglich der ihm entstandenen Aufwendungen. Eine die Berufsausübung der Ärzte regulierende „Zulassung als Kassenarzt“ gibt es jedoch nicht mehr.

- (12) Es werden Unternehmensformen für Ärzte zugelassen, die es erlauben, neue Formen der Arbeitsteilung zu nutzen. Entgegenstehende Regulierungen werden aufgehoben.
- (13) Das Sachleistungsprinzip wird durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt.
- (14) Für die Krankenhäuser wird die alte duale Form der Finanzierung aufgegeben; Krankenhäuser finanzieren sich künftig ausschließlich über Leistungsentgelte.

19. Mit dieser Systemänderung würde ein merklicher Teil der Entscheidungskompetenz und Kostenverantwortung auf den Versicherten zurückverlagert. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen würde stärker an den Präferenzen der Versicherten ausgerichtet. Die Diskrepanz zwischen Leistungsansprüchen und Zahlungsbereitschaft würde verringert. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen würde gestärkt. Die negativen Rückwirkungen auf die Beschäftigung aufgrund der Besteuerungswirkung der vom Lohneinkommen abhängigen Beiträge würden entfallen.

### III. Die kritischen Punkte der Reform

#### 1. Solidarität muss sein, aber sinnvoller verwirklicht werden

*Noch einmal der Ausgangspunkt: In der gesetzlichen Krankenkasse verbinden sich Versicherung und Umverteilung*

20. Mit der gesetzlichen Krankenversicherung soll Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Wohlhabenden und Einkommensschwachen, Kinderlosen und Eltern mit Kindern praktiziert werden. Will man erkennen, was diese Solidarität bisher ausmacht, muss man unterscheiden zwischen dem, was an der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherung ist, was ein Regelwerk der Umverteilung.

Das Wesen der Versicherung macht aus, dass man sich durch eine Prämie gegen unerwartete Krankheitskosten absichert. Das Risiko einer hohen Belastung wird von der Versicherung übernommen. Eine hohe Belastung ist eine Belastung, die den Nichtversicherten, der krank wird, stärker trifft als den Versicherten die Prämie, die – und genau die – dieser in jedem Falle zu zahlen hat. Der Versicherte zahlt grundsätzlich eine risikoäquivalente Prämie. Das ist eine Prämie, die dem Risiko entspricht, das die Versicherung übernimmt, genauer: die dem mathematischen Erwartungswert des normalen Schadensverlaufs in der Gesamtheit gleichartiger Versicherungsfälle entspricht, mit dem die Versicherung aufgrund hinreichender Erfahrung zu rechnen hat. Eine Versicherung ist also nicht auf freiwillige oder staatlich erzwungene Solidarität angewiesen, sondern sie transformiert individuelle Risiken, nicht zuletzt hohe, in mit Sicherheit zu zahlende Prämien, die, werden sie von allen regelmäßig bezahlt, in der Summe ausreichen, die im Vorhinein unsicheren Krankheitskosten aller Versicherten zu begleichen. Das Gesetz der großen Zahl und das breite Wissen über die Schadensverläufe in hinreichend gleichartigen Fällen erlaubt der Versicherung die Kalkulation der Versicherungsbedingungen, die sie anbietet. Die private Krankenversicherung verfährt so und nur so.

*Warum risikoäquivalente Krankenkassenbeiträge für richtige Allokationsentscheidungen sowohl der Versicherer als auch der Versicherten so wichtig sind*

21. Risikoäquivalente Beiträge sind im Prinzip etwas Kostbares. Volkswirtschaftlich geht es darum, dass Risiken dort getragen werden sollten, wo dies am leichtesten möglich ist. Wegen des großen Vorteils, den die Risikovernichtung durch Risiko-Poolung verheißt, landen sehr viele Risiken bei Versicherungen. Lässt man alle machen, wählen sie für die Übertragung von Risiken vom einen auf den anderen von selbst Prämien, die risikoäquivalent sind (und die Verwaltungskosten der Versicherungen decken).

Jeder Versicherer ist ständig auf der Suche, Risiken zu definieren, die andere, die er gern versichern möchte, besonders bedrücken, so dass sie für deren Übernahme eine gute Prämie zu zahlen bereit sind. Steht der Versicherer im Wettbewerb, muss diese Prämie freilich zugleich eine möglichst niedrige Prämie sein. Das macht die zu Versichernden froh. Diese akzeptieren auch, dass die Versicherer erwarten, auf ihre Kosten zu kommen, und deshalb im Allgemeinen nicht unter eine Prämie gehen, die risikoäquivalent ist und die Verwaltungskosten zu decken verspricht.

Die Versicherten entscheiden über Art und Umfang der Risiken, die sie übertragen, was zugleich einschließt, dass sie über Art und Umfang der Risiken entscheiden, die sie selbst tragen. Und diese Entscheidung kann nur eine richtige Entscheidung sein, wenn Nutzen und Kosten der Risikoübertragung richtig abgewogen werden, das heißt, wenn die Prämien, zu denen sie Risiken übertragen können, risikoäquivalente Prämien sind.

Es ist richtig, dass die ebenso fundamentale wie triviale Einsicht, Preise sollten Knappheitspreise sein – und Versicherungsprämien sind ja Preise –, im Bereich des Gesundheitswesens ihre Anschaulichkeit und ihr Gewicht nicht vom täglichen Verhalten des Nachfragers nach Gesundheitsleistungen her gewinnt. Dazu ist der versicherte Nachfrager, aus den genannten Gründen, zu wenig daran interessiert, was seine Gesundheit kostet. An diesem Defekt ändern auch risikoäquivalente Prämien als Ausdruck des marktwirtschaftlichen Prinzips von Leistung und Gegen-

leistung nichts. Jedenfalls berühren sie nicht die tägliche Entscheidung – zum Arzt zu gehen, ein Medikament zu kaufen etc. Zum Tragen kommt die enorme Bedeutung risikoäquivalenter Prämien nur bei Entscheidungen über Art und Umfang der Versicherung, die einer abschließt und bei wem. Deshalb ist es auch so wichtig, sicherzustellen, dass diese Entscheidungen nicht allemal Entscheidungen fürs ganze Leben sind, sondern unter einem ernst zu nehmenden Revisionsvorbehalt stehen.

*Die gesetzliche Krankenversicherung will mehr, aber was sie erreicht, ist weniger*

22. Die gesetzliche Krankenversicherung strebt darüber hinaus eine Umverteilung zwischen Versicherten mit hohem und geringem Einkommen, zwischen Jungen und Alten, zwischen Kinderlosen und Eltern mit Kindern an. Der Idee nach ist die Forderung nach solcher Solidarität in Deutschland allgemein akzeptiert. Aber die im ersten Kapitel beschriebenen Entwicklungen haben zu dem inzwischen sehr verbreiteten Zweifel geführt, ob die gesetzliche Krankenversicherung noch der richtige Ort ist, diese Forderung zu erfüllen. Man könnte sagen: Die gesetzliche Krankenversicherung entlastet die beiden allgemeinen Systeme der Verteilungskorrektur beziehungsweise der Umverteilung, nämlich das System der Einkommensbesteuerung und das System der Sozialhilfe, nicht mehr in befriedigender Weise. Sie überlagert sie vielmehr mit teilweise hochproblematischen Effekten.

*Das Nachdenken über eine Verbesserung der Verteilungsmechanismen führt am Ende aus dem tradierten System heraus*

23. Wegen der scharfen Kritik an der ungezielten Umverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird in jüngster Zeit über die Möglichkeit diskutiert, nicht nur die Einkünfte aus abhängiger Beschäftigung als Maß für die wirtschaftliche Situation des Versicherten und ihm folgend als Bemessungsgrundlage für die Beiträge zu nehmen, sondern von den gesamten Einkünften auszugehen. Das würde die Mängel der Umverteilung verringern. Aber wenn man wirklich ein Maß dafür sucht, welche Versicherungsprämie jemandem unter Berücksichtigung seiner gesamten wirtschaftlichen Situation zugemutet werden sollte, bleibt noch die Frage zu beantworten, warum nicht auch das Vermögen einbe-

zogen wird. Und selbst dabei dürfte man nicht stehen bleiben. Nach dem Subsidiaritätsprinzip wäre auch zu fragen, ob der Versicherte von Angehörigen in gerader Linie unterstützt werden kann. Außerdem müsste man grundsätzlich auf das Lebenseinkommen abstellen; das hieße, jede solidarische Hilfe wäre mit einer Klausel verbunden, die Rückzahlung verlangte, wenn der Versicherte in späteren Lebensphasen ein höheres Einkommen erzielt oder Vermögen erwirbt. Dieser Kanon von Konditionen macht deutlich, dass die Frage nach einer sinnvollen Gestaltung der solidarischen Komponente im Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung letztlich darauf hinausläuft, eine Regelung zu finden, die von der Idee her die gleichen Merkmale umfassen müsste, wie sie für die Sozialhilfe gefunden wurden.

Wichtige Fragen, die die Unvollkommenheiten der Umverteilungsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufwerfen, blieben auch im Falle einer solchen Regelung noch unbeantwortet. Wie sollen die Versicherungspflichtgrenzen und die Beitragsbemessungsgrenzen definiert werden? Soll an den Bemessungsgrenzen das Familieneinkommen oder das Einkommen des einzelnen Versicherten maßgeblich sein? Wie ist die freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem Solidarprinzip vereinbar? Wie lassen sich Fehlanreize vermeiden, die derzeit die Wahl zwischen abhängiger und selbständiger Beschäftigung verzerren?

24. Die gesetzlichen Krankenkassen haben Widerstand gegen eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage ihrer Beiträge auf alle Einkünfte des Versicherten signalisiert, wenn damit nicht ein spürbar höheres Beitragsaufkommen erzielt werde. Sie weisen auf die praktischen Schwierigkeiten hin, die Einkünfte festzustellen und einkommensabhängige Beiträge einzuziehen. In der Tat ist eine zeitnahe Feststellung des Einkommens der Versicherten mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, weil es nicht mehr ausreicht, von den Lohnzahlungen auszugehen und die Arbeitgeber zu verpflichten, Beiträge an die Krankenkassen abzuführen. Selbst wenn die Hilfe der Finanzämter in Anspruch genommen werden kann, ist mit erheblichen Verzögerungen zu rechnen, bis die Einkommensteuer festgesetzt und rechtskräftig wird. Außerdem stellen sich ähnliche Probleme wie beispielsweise beim Wohngeld, nämlich das steuerpflichtige Einkommen um den Einfluss von Fördertatbeständen in der Form von

erhöhten Abschreibungen, Sonderausgaben, steuerfreien Zulagen und so weiter zu bereinigen.

25. Alle Versuche, das Einkommen und das Vermögen des in der gesetzlichen Krankenkasse Versicherten nach klaren bedürftigkeitsorientierten Merkmalen dessen Beitrag bestimmen zu lassen, laufen schließlich, das ist schon deutlich geworden, darauf hinaus, das Umverteilungssystem „Sozialhilfe“ zu duplizieren, also die gesetzliche Krankenversicherung mit etwa den gleichen Aufgaben zu belasten, wie sie von den Sozialhilfeämtern wahrgenommen werden. Jeder Kompromiss in der Bedürftigkeitsprüfung hätte erhebliche Unzulänglichkeiten der Umverteilung zur Folge. Statt weiter über Möglichkeiten zu grübeln, wie die unbefriedigenden Umverteilungsregeln punktuell zu korrigieren wären, denken deshalb inzwischen viele, auch viele, die bisher wie selbstverständlich am tradierten Gesundheitssystem der Bundesrepublik hingen, unvoreingenommen darüber nach, ob es nicht besser ist, das, was an der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherung ist, von der Einkommensumverteilung in ihr zu trennen. Dadurch würde sich eine ganze Reihe von Schwierigkeiten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in Wohlgefallen auflösen. Das deutsche Sozialsystem im Ganzen müsste deshalb nicht weniger solidarisch sein. Zumal die Mindestsicherung müsste keinen Deut geringer ausfallen. Der Gewinn aber würde ins Auge springen: Die gesetzliche Krankenversicherung würde stärker entlastet als die Systeme der Sozialhilfe oder der Einkommensbesteuerung zusätzlich belastet würden, weil Umverteilungstransaktionen entfielen, die nach jedermanns Urteil unnötig oder sogar schädlich sind. In jeder Gesellschaft ist der Spielraum für Umverteilung ein knappes Gut. Mit einem knappen Gut aber muss man sorgsam umgehen.

26. Die Sozialhilfe kann von allen Bürgern – nach dem Subsidiaritätsprinzip – in Anspruch genommen werden. Warum schreibt der Staat für einen Teil der Bürger ein zusätzliches Sozialsystem vor? Wenn der Wunsch nach zusätzlicher sozialer Absicherung der Grund wäre, warum dann nur zugunsten eines Teils der Bedürftigen und nur zulasten eines Teils der Bessergestellten? Durch was wären Ansprüche und Pflichten in Sachen Solidarität zwischen den unselbständig Beschäftigten stärker begründet als zwischen den Bürgern allgemein? Man kann ein Sozialsystem nur aus seiner Geschichte heraus verstehen. Aber die Rechtfertigung aus der

Geschichte heraus wird immer schwächer, wenn das Überkommene Not leidend wird.

27. Ernst zu nehmen ist der Wunsch, nicht weitere Millionen von Menschen auf den Weg zur Sozialhilfe zu schicken. Der Gang zum Sozialamt ist nicht für jedermann ein leichter Gang. Das kann man verstehen, auch wenn man nicht so weit geht, möglichst allen Empfängern sozialer Hilfen zu ersparen, dass sie das Annehmen der Hilfe offen einbekennen müssen. Am feinfühligsten gibt sich, wer danach strebt, der Ärmere solle nach Möglichkeit nicht einmal wahrnehmen müssen, dass ihm geholfen wird. Dieser habe schließlich Anspruch darauf, dass das Gemeinwesen für seine Gesundheit einsteht. Das sind zweifellos Auswüchse modernen Sozialstaatlichkeits-Denkens. Wer sie akzeptiert, akzeptiert am Ende, dass individuelle Bedürftigkeit gar nicht mehr geprüft wird. Der Preis dafür ist eine sozialpolitisch unscharfe Umverteilung, bei der nicht einmal verhindert werden kann, dass in die falsche Richtung umverteilt wird. Widerstand und Ausweichreaktionen derer, die solche Form von Solidarität zu bezahlen haben, sind dann vollkommen verständlich. Die Sozialhilfep Praxis zeigt, dass eine allgemeine Mindestsicherung nicht ohne Bedürftigkeitsprüfung auskommt. Alle Regelungen, mit denen für bestimmte Gruppen erreicht werden soll, dass sie die Sozialhilfe nicht in Anspruch nehmen müssen, weil ihnen auf andere Weise geholfen wird, führen nur dazu, dass diesem Personenkreis ein höheres Maß an sozialer Sicherheit garantiert wird als den übrigen. Der Staat misst seine Bürger dann mit zweierlei Maß.

*Das Festhalten an einkommensabhängigen Prämien verhindert ein Vorankommen an mehreren Hauptkampflinien*

28. Die Umwandlung der einkommensbezogenen Krankenkassenbeiträge in personenbezogene bedeutete einen Riesenschritt nach vorn im Kampf gegen die überhöhten Lohnnebenkosten in Deutschland. Blicke es hingegen bei den einkommensbezogenen Beiträgen, dann bliebe es auch bei deren steuerähnlichen Wirkung. Jede Einkommenssteigerung würde bei allen Versicherungspflichtigen nicht nur durch Steuern und andere Sozialabgaben, sondern auch durch den steigenden Beitrag zur Krankenkasse geschmälert. Nichts änderte sich zudem an den Fehlanreizen, die sich aus der beitragsfreien Mitversicherung der Familienmitglie-

der und aus den problematischen Kriterien für die Versicherungspflicht ergeben. Die Versicherung bliebe attraktiv für diejenigen, die nicht den vollen risikoäquivalenten Beitrag zahlen müssen, und würde wie bisher nach Möglichkeit gemieden von allen, die mehr zahlen müssen als eine risikoäquivalente Prämie.

29. Einkommensbezogene wie lohnbezogene Beiträge erschweren den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in mehrerlei Hinsicht. Zum einen haben die Kassen als Wettbewerbsparameter auf der Preisseite nur den einkommens- oder lohnbezogenen Beitragssatz. Wettbewerb mit einer Tariffdifferenzierung nach Maßgabe differenzierter Versicherungsbedingungen bliebe ausgeschlossen. Zum anderen kann man den Versicherten das für Wettbewerb entscheidende Recht, die Versicherung zu wechseln, nur gewähren, wenn man von Staats wegen Unterschiede im Beitragsaufkommen der Kassen, die mit Unterschieden im Durchschnittseinkommen ihrer Mitglieder zusammenhängen, ausgleicht. Andernfalls kommt es notwendigerweise zu Unterschieden in den Beitragssätzen, die sich via von ihnen ausgelöste Wanderungen hin zu den günstigsten Kassen selbst verstärken und den Ruin der Krankenkassen mit dem einkommensschwächsten Mitgliederbestand in sich tragen. Zum Dritten wäre es nahezu unmöglich, eine übertragbare Altersrückstellung der Krankenversicherungen einzuführen, die für die Mobilität der Versicherten und damit für die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Versicherungen hochbedeutsam wäre (Ziffern 36ff.). Aus der Sicht des einzelnen Versicherten erscheint eine Altersrückstellung im alten System auch nicht sinnvoll, weil die zu zahlenden Beiträge nicht nach dem Eintrittsalter der Versicherten differenziert sind.

*Nach alledem: Personenbezogene Krankenkassenbeiträge sind das Kernstück der Reform, ...*

30. Die im Konzept der vierzehn Punkte niedergelegten Vorstellungen sehen vor, dass die Beiträge zur Krankenkasse von der Lohn- und Einkommenshöhe zu trennen sind. Danach hätte jeder Versicherte eine risikoäquivalente Prämie an seine Krankenversicherung zu zahlen. Es gäbe also keine Differenzierung der Prämien nach der Höhe des Lohnes mehr. Auch die unentgeltliche Mitversicherung von Ehepartnern und

Kindern sowie die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs entfielen.

*... mag die Rücksichtnahme auf das Einkommen in indirekter Form auch fortleben*

31. Wird der Versicherte durch die Prämie und den Selbstbehalt zu stark belastet, wird er mit öffentlichen Mitteln unterstützt. Dafür kommen zwei Konzepte in Betracht.

- Entweder wird über den Hilfeanspruch im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung der Sozialhilfe entschieden. Im Falle eines positiven Prüfungsergebnisses erhält der Bedürftige alles erstattet, was nach den Kriterien für die Sozialhilfe zu erstatten ist.
- Oder die Bedürftigkeit wird angenommen, wenn bestimmte Belastungsgrenzen überschritten werden, zum Beispiel wenn die Versicherungsprämie und die Ausgaben aufgrund des Selbstbehalts zusammen mehr als zehn Prozent des Einkommens in Anspruch nehmen. In diesem Falle wird ein Zuschuss zu den Ausgaben gezahlt, die die Belastungsgrenze überschreiten. Zuschuss heißt: Weniger als hundert Prozent. Erst bezüglich der danach verbleibenden Belastung stellt sich gegebenenfalls die Frage eines ergänzenden Anspruchs auf Sozialhilfe.

Mit der zweiten Variante würde man nicht auf ein strenges Bedürftigkeitsprinzip übergehen. Man bliebe in Sachen Umverteilung in der Nähe des geltenden Systems. Allerdings käme es nun auf das gesamte Einkommen, nicht bloß auf den Lohn an. Zudem gäbe es eine sachgerechte Obergrenze der absoluten Belastung in Gestalt der (risikoäquivalenten) Versicherungsprämie. Außerdem dürfte man sagen: Niemand könnte sich mehr von der Teilhabe an der Solidarpflicht davonstellen; als Steuerzahler wäre jeder nach den dort geltenden Regeln an der Finanzierung der Zuschüsse beteiligt. Im Übrigen: Die Zehn-Prozent-Schwelle, an welcher der Anspruch auf einen Zuschuss einsetzt, erreichten die einzelnen Versicherten je nach der Höhe ihres Einkommens unterschiedlich schnell. Ab dieser Schwelle erhielten sie einen erheblichen Zuschuss zu den übersteigenden Gesundheitsausgaben aus Steuermitteln. Auf die Wirkung eines Selbstbehalts in Gestalt des Zuschussatzes unterhalb von

hundert Prozent sollte nicht verzichtet werden; denn dieser erlaubt es, bei gleichen Zuschussausgaben des Fiskus den Schwellensatz verhältnismäßig niedrig zu halten. Und der Schwellensatz ist für die Zuschussberechtigten ja zugleich, und zwar auch hier nach prozentualer Berücksichtigung der Quote für den Selbstbehalt, maßgeblich für die Grenzbelastung des Einkommens mit Gesundheitsausgaben. Im Falle eines Schwellensatzes von zehn Prozent beispielweise und einer Zuschussquote von siebenzig Prozent betrüge die Grenzbelastung des Einkommens nicht mehr als sieben Prozent. Dieser Weg wurde in der Schweiz gewählt.

Entscheidend ist, dass man sowohl mit der ersten als auch mit der zweiten Variante die Umverteilungsaufgabe vollständig von der Krankenversicherung löst. Entweder gilt: Wer nicht in der Lage ist, seine Gesundheitsausgaben aus eigenen Mitteln zu bestreiten, wird nach den allgemein geltenden Maßstäben von der Gesellschaft unterstützt. Das heißt, die Umverteilung ist dort angesiedelt, wo die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Personen geprüft werden, die öffentliche Hilfen in Anspruch nehmen. Oder: Eine hohe Belastung mit Gesundheitsausgaben wird im zweiten großen Umverteilungssystem der Gesellschaft, dem Steuersystem, in besonderer Weise gewürdigt, so besonders, dass man bereit ist, der Steuerverwaltung, die eigentlich eine reine Einnahmeverwaltung ist, eine Ausgabenverwaltung anzugliedern, die bezüglich der Gesundheitsausgaben des Bürgers die allfälligen Zuschüsse ermittelt und auszahlt.

*Der Verzicht auf die beitragsfreie Mitversicherung der Familienangehörigen ist unumgänglich, aber eine unerhörte Herausforderung*

32. Das Abgehen von der unentgeltlichen Mitversicherung von Kindern und von Ehegatten ohne eigene Einkünfte stellt die Familien mit einem Alleinverdiener erheblich schlechter als bisher. Ein Teil von ihnen müsste den Gang zur Sozialhilfe antreten. Aber auch wo es so weit nicht kommt, kann der Eingriff in den Besitzstand in vielen Fällen als ungewöhnlich stark empfunden werden. Besitzstandswahrung ist für die Sozialpolitik zwar kein Motiv von der ersten Art. Aber Schwierigkeiten bei der Anpassung an eine Situation, die der Staat selbst geschaffen hat, muss dieser ernst nehmen.

Tabelle 2 (Seite 38) gibt eine Anschauung von der Größe der Belastungsänderungen, die der Verzicht auf den Familienlastenausgleich in der alten gesetzlichen Krankenversicherung mit sich brächte.

Nicht bloß eine Anpassungsaufgabe mag man sehen, wo es um den Wegfall der beitragsfreien Versicherung von Kindern geht. Dieser Wegfall verändert in gravierendem Maße die Anteile, zu denen Eltern und Gesellschaft die Kosten des Aufziehens von Kindern in den meisten Fällen tragen. Insoweit gehört das Thema zunächst einmal in die Diskussion darüber, wie die Deutschen es mit diesen Anteilen in Zukunft halten wollen. Möglicherweise ist die Antwort: Lasst uns das Kindergeld um den normalen Krankenversicherungsbeitrag für ein Kind erhöhen! Neutralität für die Altmitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse verbände sich dann freilich mit einem großen Gewinn für alle, die kindergeldberechtigte Kinder haben, jedoch bisher nicht das Privileg genossen, dass diese von einer gesetzlichen Krankenkasse beitragsfrei versichert werden. Das müsste man wollen – oder sich etwas anderes einfallen lassen. Zum Beispiel einen mittleren Weg: Ein Teil der künftig für die Regelversicherung eines Kindes fälligen Prämie wird durch eine Erhöhung des allgemeinen Kindergeldes abgedeckt, sagen wir einmal der größere Teil, für den verbleibenden Teil werden die Eltern, so sie dessen bedürftig sind, auf die Sozialhilfe verwiesen.

Wegen der emotionalen Vorbehalte gegen die Sozialhilfe sollte die Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung zum Anlass genommen werden, die wichtigsten Sozialleistungen zusammenzuführen und einheitlich in einem „Bürgeramt“ zu bearbeiten.

*Zur Seite gesprochen: Beim Beihilferecht für den öffentlichen Dienst sollte es ebenfalls nicht so bleiben, wie es ist*

33. Vom Beihilfesystem für die Angehörigen des öffentlichen Dienstes kann man wichtiges lernen, sollte es danach aber dann doch abschaffen.

Der Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall – für sich und seine Familie – gehört, so die herrschende Lehre, zu den Statusrechten des Beamten. Sie ist Teil seines Anspruchs auf Unterhalt, den ihm der öffentliche Dienstherr schuldet. Die Beihilfe erfüllt, nimmt man die Familienhilfe

<b>Tabelle 2: Monatliche Beiträge zur Krankenversicherung</b> (in Euro)				
	Gesetzliche Krankenversicherung			Private Krankenversicherung <sup>1)</sup>
	Monatliches Arbeitseinkommen			
	mehr als 325	2.465	3.336 <sup>2)</sup>	irrelevant
Arbeitnehmer (45 Jahre)	44	334	452	150
Ehefrau (45 Jahre; nicht berufstätig)	beitragsfrei			189
2 Kinder (nicht berufstätig)	beitragsfrei			123
Familie insgesamt I	44	334	452	462
Familie insgesamt II <sup>3)</sup>	88	668	904	462
1) Für Leistungen entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung; durchschnittliche Bestandsdauer 2) Betragsbemessungsgrenze 2001 3) Beide Eheleute berufstätig, gleiches Einkommen				

beiseite, auf technisch andere Weise dieselbe Funktion wie der Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenkasse, auf den die Pflichtversicherten Anspruch haben.

Das Beihilfesystem hat für sich, dass es keine lohnabhängigen Beiträge kennt und so auch nicht die Probleme aufwirft, die sich mit diesen verbinden. Die Beihilfeberechtigung erwirbt man überhaupt ohne expliziten Beitrag, und der implizite Beitrag – im Sinne des Einkommensäquivalents der Beihilfeberechtigung als ein Teil des Besoldungsanspruchs – ist zunächst einmal für jeden Beihilfeberechtigten gleich. (Abgesehen sei von Bundesländern, die den Beihilfeanspruch neuerdings mit einer besoldungsabhängigen Selbstbeteiligung verbinden.) Das machte auch den Wechsel hin zu personenbezogenen Beiträgen, wie sie zu dem hier erörterten Konzept gehören, einfach.

Für das Beihilfesystem wird weiter vorgebracht, dass sich in Verbindung mit ihm eine kluge Form der Selbstbeteiligung etabliert hat. Der beihilfeberechtigte Beamte schließt normalerweise eine ergänzende private Krankenversicherung ab, die den nicht vom Beihilfeanspruch abgedeckten Teil seiner Gesundheitsausgaben ganz oder teilweise abdeckt. Diese Zusatzversicherung ist regelmäßig mit einem recht weit reichenden Beitragserstattungsangebot verbunden für den Fall, dass der Beamte die Versicherung in einem Versicherungsjahr nicht in Anspruch nimmt. Damit ist der Beamte gegen hohe Gesundheitsausgaben voll gesichert und hat doch in Jahren, in denen er nicht oft oder schwer krank ist, einen starken Anreiz, sich mit seinem Beihilfeanspruch zu begnügen, was zugleich heißt, er hat einen hohen Anreiz, vermeidbare Gesundheitsausgaben auch tatsächlich zu vermeiden, beträgt hier doch der Selbstbehalt vom Bemessungssatz der Beihilfe her bis zu fünfzig Prozent.

Das Beihilfesystem hat drittens für sich, dass es den Beihilfeberechtigten zu einem hohen Niveau der gesundheitlichen Versorgung verholfen hat – die diese im Allgemeinen auch sehr zufrieden stellt – und dass das System all dies zustande bringt, ohne den öffentlichen Arbeitgeber mehr zu kosten als die Mitgliedschaft seiner übrigen Bediensteten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Beihilfesystem hat gegen sich, dass es in Sachen Verwaltungskosten ineffizient ist. Immer wenn es zur Inanspruchnahme sowohl einer Beihilfe als auch der Leistungen der ergänzenden privaten Krankenversicherung kommt, sind alle Gesundheitsausgaben doppelt abzurechnen. Dabei fällt erschwerend ins Gewicht, dass die bürokratischen Grundsätze die Beihilfestellen nötigen, die Beihilfefähigkeit der in Rechnung gestellten Leistungen in penibler Weise zu überprüfen, auch dort, wo die Krankenkassen längst Wege gefunden haben, ihr Interesse an Kontrolle mit ihrem Interesse an Wirtschaftlichkeit einigermaßen in Einklang zu bringen. Den Staat schert es nicht, wenn die Überprüfung der Beihilfefähigkeit der Ausgaben für eine Injektionsnadel, die einen Euro gekostet hat, fünf Euro in Anspruch nimmt, zumal dies auch niemand wahrnimmt.

Unnötig ist das Beihilfesystem, seit es private Krankenversicherungen gibt, also eigentlich von Anfang an. Früher war noch das Risiko, von seiner Versicherung ausgesteuert zu werden, wenn diese das Versicherungsrisiko nicht mehr tragen mochte, ein größeres Problem. Es ist es aber nicht mehr. Kurz, was der Beamte an Sicherheit haben soll, kann er erhalten, indem sein Dienstherr ihn so bezahlt, dass er sich außer dem Lebensunterhalt auch die Prämie für eine ordentliche Krankenversicherung leisten kann.

Nicht ganz einfach ist das nur bezüglich der besonderen Last, die aus den Krankheitskosten der Familienmitglieder erwächst. Der öffentliche Dienstherr übernimmt mit den Beihilfen im Krankheitsfall den überwiegenden Teil dieser Last. Hier laufen zwei Begründungslinien zusammen. Zum einen sollen die Beamten nicht schlechter gestellt werden als jene, die aus der beitragsfreien Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen des Mitglieds einer gesetzlichen Krankenkasse Nutzen ziehen. Zum anderen ist die Beihilferegelung für Beamte auch hinsichtlich der familienbezogenen Komponente Teil der Ausformung eines Entgeltsystems, das dem so genannten Unterhaltsprinzip verpflichtet ist. Aber was nicht ganz einfach ist, ist deshalb noch nicht unmöglich.

Eine Neuordnung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die allenthalben die Selbstverantwortung der Menschen stärken und die Wurzeln von Ineffizienz beseitigen soll, wäre ein guter Anlass, den alten Zopf abzuschneiden und den Angehörigen des öffentlichen Dienstes

das, was der Staat ihnen im Rahmen der Gesundheitsfürsorge schuldig ist, nicht mehr auf eine so umständliche Weise zukommen zu lassen. Unumgänglich ist eine Änderung in jedem Falle, wenn die gesetzliche Krankenversicherung aus dem System des Familienlastenausgleichs herausgelöst und dieser Ausgleich in den beiden allgemeinen Umverteilungssystemen verstärkt wird. Denn die Beihilferegelungen im öffentlichen Dienst erfüllen, wie erwähnt, zumindest zum großen Teil dieselbe Funktion wie der Familienlastenausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie bei den Beamten doppelt zu erfüllen, kann nicht in Betracht kommen. Konsequenz wäre es, wenn die Beihilfen im Krankheitsfall, so wie sie bisher ausgestaltet sind, entfielen, auch die Beihilfen für Familienangehörige. Eine einmalige Änderung von Struktur und Niveau der Besoldung, die Teil der Reform wäre, hätte aufzufangen, was der Wegfall der Beihilfen an unerwünschten Belastungswirkungen mit sich brächte. Das betrifft neben einer allgemeinen – dem Betrage nach für alle Beamten gleichen – Vergütungsaufbesserung, die der künftig nötigen Höherversicherung des Beamten Rechnung trägt, vor allem die wegfallende Familienhilfe; hier wäre dann zu berücksichtigen, was es aus Gründen der Gesundheitsreform beim Kindergeld an Neuerungen gibt, die allen Kindergeldberechtigten, also auch den Beamten zugute kommen. Der Wegfall des breit angelegten Beihilfeanspruchs im Krankheitsfall schlosse im Übrigen nicht aus, dass der Staat seinen Bediensteten weiterhin mit besonderen Hilfen zur Seite steht, wenn diese in Not geraten.

*Auch ein Einsparprojekt will finanziert sein*

34. Die vorgeschlagene Reform der Krankenversicherung ist ein Einsparprojekt. Aber auch ein solches wirft Finanzierungsprobleme auf. Wird die Umverteilung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen, so muss sie zumindest teilweise ersetzt und anders finanziert werden. In den beiden hier betrachteten Reformvarianten wird die Umverteilung künftig über Steuern finanziert. Der höheren Steuerbelastung aller steht eine Entlastung der mit Solidarbeiträgen belasteten Versicherten gegenüber. Die individuellen Belastungsänderungen dürften größtenteils durchaus erheblich ausfallen. Es geht hier um mehr als in einer normalen Steuerreform bewegt wird. Aber es geht auch nicht nur um Umverteilung. Die Summe der neuen Belastungen kann schon deshalb bedeutend geringer ausfallen als die Summe der Entlastungen. Zudem

sollen viele unerwünschte Umverteilungsvorgänge wegfallen, weil sie entweder in die falsche Richtung gingen oder die Begünstigten der Hilfe gar nicht bedürftig waren. Damit sollten sich ganz erhebliche Mittel einsparen lassen. Doch wie üblich wird es politisch viel leichter sein, große Entlastungen zu gewähren, als kleine neue Belastungen durchzusetzen.

35. Spätestens wenn die Prämien in der gesetzlichen Krankenversicherung von den Löhnen gelöst werden, sollte den Versicherten der Arbeitgeberanteil ausgezahlt werden. Vorher wäre die Frage zu beantworten, inwieweit es dabei einen steuerlichen Ausgleich dafür geben soll, dass die solchermaßen umgewandelten Arbeitgeberbeiträge, die bisher in jedem Fall steuerfrei blieben, es künftig nur dann und insoweit sein werden, als der Arbeitnehmer steuerlich noch über einen ungenutzten Spielraum bei den begrenzt abzugsfähigen Sonderausgaben für Vorsorgezwecke verfügt. Der einfachste Weg, das wäre die Erweiterung dieses Spielraums, führte wiederum dazu, dass davon auch diejenigen einen Vorteil hätten, bei denen sich die Frage eines Nachteilsausgleichs gar nicht stellt. Zu ihnen zählen neben einigen Millionen Selbständigen auch die Beamten. Von ihnen war schon die Rede

Analog zur Neuordnung bei den Arbeitgeberbeiträgen sollten die Rentenversicherungsträger den Teil der Krankenversicherungsbeiträge der Rentner, den sie den Krankenkassen überweisen, künftig den Rentnern auszahlen.

## 2. Wettbewerb und übertragbare Altersrückstellungen

*Wettbewerb zwischen Versicherungen setzt Mobilität der Versicherten voraus, Mobilität der Versicherten verlangt übertragbare Altersrückstellungen*

36. Ein wichtiger, wenn nicht der wichtigste Beitrag, die Effizienz im Gesundheitswesen zu erhöhen, liegt darin, den Wettbewerb zu stärken, auch den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen. Dazu gehört die Möglichkeit der Versicherten, von einer Versicherung, mit deren Leistungen sie nicht zufrieden sind oder deren Prämien sie für zu hoch halten, zu einer anderen Versicherung zu wechseln, von der sie bessere Leistungen oder geringere Prämien erwarten. Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist allerdings, dass weder der Wechsler noch eine beteiligte Krankenkasse durch den Wechsel systematisch benachteiligt wird.

Der Wechsler wird systematisch benachteiligt, wenn ihm Altersrückstellungen, die für ihn während seiner Versicherungszeit gebildet wurden, im Falle des Wechsels zu einer anderen Versicherung nicht mitgegeben, will sagen, wenn diese nicht aus Anlass des Wechsels auf die aufnehmende Versicherung übertragen werden – mit der Folge, dass sich ein Wechsel außer im Falle eines Versicherten mit sehr kurzer Vorversicherungszeit regelmäßig nicht lohnt.

Die Krankenkasse, die der Wechsler verlässt, wird dagegen systematisch benachteiligt, wenn der Wechsler – zusammen mit anderen – einen Prozess in Gang setzt, durch den die Versicherung ihre guten Risiken weitgehend verliert, die schlechten hingegen behält und also in den sicheren Ruin geführt wird.

37. Altersrückstellungen muss eine Krankenversicherung bilden, wenn sie Versicherungsverträge schließt, mit denen sie das Krankheitsrisiko des zu Versichernden gegen eine Prämie übernimmt, die während der Laufzeit der Versicherung im Prinzip unverändert bleibt. Diese Vertragsform ist der Normalfall einer Krankenversicherung – im Prinzip, das soll heißen: es ist üblich, dass Inflation und allgemeine Kostensteigerung zum

Gegenstand einer Anpassungsklausel gemacht werden. Ohne Übertragbarkeit der Altersrückstellungen gibt es nur eine kurze Phase, in der ein Versicherter zu einer anderen Krankenkasse wechseln kann; denn der Wechsler muss den Verlust der Altersrückstellung in Kauf nehmen, wenn er in den Genuss der erwarteten besseren Leistungen in der neuen Krankenkasse kommen möchte. Mit zunehmendem Lebensalter und zunehmender Versicherungsdauer könnte der Versicherte selbst auf erhebliche Leistungsunterschiede der Krankenkassen gar nicht mehr reagieren. Wird seine Altersrückstellung nicht übertragen, muss er der aufnehmenden Versicherung schon allein aufgrund des altersbedingt höheren Krankheitsrisikos, gegen das er versichert sein will, eine höhere Prämie zahlen, von Prämienzuschlägen wegen eines individuell bedingt höheren Krankheitsrisikos, das inzwischen offenbar geworden sein mag, ganz abgesehen.

*Die Gesundheitsausgaben steigen mit zunehmendem Lebensalter in typischer Weise*

38. Die Gesundheitsausgaben für einen Versicherten haben ein typisches Lebenszeitprofil. Die für einen Versicherten mit durchschnittlicher Krankheitsanfälligkeit erwarteten Ausgaben lassen sich bei dem bestehenden Niveau der Gesundheitsversorgung sowohl für das gesamte künftige Leben des Versicherten als auch für die einzelnen Altersstufen vergleichsweise zuverlässig angeben. Die Ausgaben sind im ersten Lebensjahr sehr hoch und fallen dann zunächst steil ab. Sie bleiben für Jugendliche auf einem sehr geringen Niveau und steigen auch in der frühen Jahren des Erwachsenseins nur langsam wieder an. Für die Frauen liegen die erwarteten Ausgaben in der Lebensphase, in der die meisten Kinder geboren werden, spürbar höher als für Männer. Für alle nehmen die jährlichen Gesundheitsausgaben ab dem mittleren Lebensalter des Versicherten etwas stärker und in den letzten Lebensjahren viel stärker, ja, sprunghaft zu. Dieses Ausgabenprofil beschreibt das typische periodenbezogene Versicherungsrisiko über den Lebenszyklus eines Versicherten. Entsprechend müssten sich die Prämien ändern, wenn das periodenbezogene Versicherungsrisiko des Versicherten jeweils durch eine äquivalente Prämie gedeckt werden sollte.

Wie die Diskussion über kräftig steigende Prämien für Versicherte im Rentenalter in der privaten Krankenversicherung zu Beginn der neunziger Jahre gezeigt hat, besteht ein großes Interesse daran, die Prämien über die Lebenszeit zu glätten und besonders im Rentenalter einen starken Anstieg zu vermeiden. Das erfordert in einer privaten Versicherung entsprechende Altersrückstellungen.

39. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist wegen des dort geltenden Umlageverfahrens scheinbar keine Altersrückstellung erforderlich. Die anfallenden Ausgaben werden auf die Versicherten umgelegt, und eine Krankenkasse kommt selbst dann nicht in Überlebensprobleme, wenn sie viele Versicherte hat, die bei ihr alt und teuer geworden sind, ohne dass sie dafür etwas zurückgelegt hätte. Keine Überlebensprobleme haben heißt freilich nicht überhaupt keine Probleme haben, wenn sich die Altersstruktur der Versicherten verschlechtert. In einer alternden Bevölkerung steigt der Anteil der Versicherten, bei denen vergleichsweise hohe Ausgaben anfallen, so dass der Umlage-Beitrag für alle Versicherten angehoben werden muss. Davon werden insbesondere die jungen Versicherten getroffen. Diese Wirkung lässt sich nur durch eine Altersrückstellung verhindern.

Das Fehlen von Altersrückstellungen in der gesetzlichen Krankenversicherung hat zudem den großen Nachteil, dass ein Versicherungswechsel grundsätzlich nur unproblematisch ist, wenn sich dadurch die Altersstruktur der Versicherten nicht merklich ändert, wenn also einer Versicherung gleichermaßen ältere und jüngere Versicherte in gehörigem Verhältnis zuwandern und vice versa. Alle Theorie und Erfahrung sprechen dagegen, dass es sich so verhält. Und so mussten, als vor einigen Jahren der Wechsel zugelassen wurde, wegen seiner unerwünschten, für die einzelne Versicherung unter Umständen sogar ganz schlimmen Folgen aufwendige Ausgleichsmaßnahmen ins Werk gesetzt werden, der so bezeichnete Risikostrukturausgleich. Im nächsten Abschnitt ist darauf näher einzugehen (Ziffern 55ff.).

*Konstante Prämien implizieren den Aufbau und Abbau von Altersrückstellungen, aber es sind Rückstellungen, die noch verhältnismäßig einfach zu ermitteln sind*

40. Altersrückstellungen haben, wie erwähnt, den Zweck, Prämien, die nicht dem typischen Lebenszeitprofil der Gesundheitsausgaben für einen Versicherten folgen, gleichsam aufzuspalten in den Teil, der in die Verlust- und Gewinnrechnung der Versicherung für die laufende Periode gehört, und den Teil, der mit Ausgaben anderer Perioden zu tun hat. Der zweite Teil kann aus positiven oder negativen Beträgen bestehen. Man betrachte den Fall eines einfachen Tarifikalküls, etwa für das versicherungsvertragliche Angebot, die Prämie, die der Versicherte zu zahlen hat, über die gesamte Versicherungsdauer real konstant zu halten. Die Versicherung müsste diese idealtypische Prämie so kalkulieren, dass sie in den jungen Jahren des Versicherten aus dem Überschuss der Prämie über die – zu dieser Zeit im Durchschnitt der gleichartigen Versicherungsfälle niedrigen – laufenden Gesundheitsausgaben eine Rückstellung bilden kann, die es ihr erlaubt, aus der späteren Auflösung derselben sowie den inzwischen mit ihr erwirtschafteten Zinsen die höheren Gesundheitsausgaben zu finanzieren, die im fortgeschrittenen Lebensalter eines Versicherten nicht mehr durch die konstante Prämie abgedeckt werden.

Die beiden Vorgänge – nämlich einerseits die Kalkulation und Vereinnahmung einer Krankenversicherungsprämie, die dem typischen Lebenszeitprofil der Gesundheitsausgaben für den Versicherten folgt, und andererseits die Glättung der Prämienzahlung des Versicherten – lassen sich gedanklich auch so trennen, dass man gleichsam eine institutionelle Trennung annimmt. Man denke sich eine reine Krankenversicherung; sie verlange für die einzelne Versicherungsperiode, regelmäßig also für das einzelne Versicherungsjahr, eine Prämie, die für diese Periode risikoäquivalent ist, wohlgemerkt, risikoäquivalent zunächst einmal aus der Sicht des Zeitpunktes, zu dem der Kontrakt geschlossen wird, das heißt, zu dem der Versicherte der Versicherung beiträgt. Eine andere Versicherung könnte – nach Art einer Rentenkasse – die Aufgabe übernehmen, diese im Zeitverlauf sehr unterschiedlichen Zahlungsanforderungen für den Versicherten in eine real konstante Prämie zu transformieren. Sie würde in der Zeit, in der die risikoäquivalente Prämie, die der Versicherte seiner Krankenversicherung schuldet, noch gering ist, eine Zusatzprämie erhe-

ben; und sie würde das von ihr angesammelte und verzinslich angelegte Kapital in späteren Jahren dem Versicherten in steigenden Beträgen wieder auszahlen, wenn dessen Zahlung an die Krankenversicherung, am altersbedingt zunehmenden Versicherungsrisiko ausgerichtet, die konstant zu haltende Gesamtprämie immer stärker übersteigt.

Die *typisierte*, auf das durchschnittliche Gesundheitsrisiko der Versicherten eines Jahrgangs abgestellte Altersrückstellung wirft keine methodischen Probleme auf. Selbst die Aufgabe, sie so transparent und nachkontrollierbar zu gestalten, dass man ein Übertragungsgebot für die Fälle des Versicherungsverwechsels dekretieren könnte, sollte lösbar sein.

*Die Abwehr der Gefahr einer negativen Auslese verlangt mehr*

41. Bevor wir uns damit beruhigen, wendet sich der Blick von den Versicherten zu den Krankenkassen. Wie erwähnt, dürfen auch sie durch den Wechsel nicht in systematischer Weise benachteiligt werden. Obwohl die privaten Krankenkassen Altersrückstellungen bilden, werden diese Rückstellungen im Falle eines Versicherungsverwechsels nirgendwo auf die aufnehmende Versicherung übertragen. Dass der freie Markt dies nicht hervorgebracht hat, ist mit technischen Gründen allein nicht zu erklären. Die Verweigerung der Auszahlung von Altersrückstellungen im Falle des Versicherungsverwechsels dient vielmehr vor allem dem Schutz vor der Gefahr einer „negativen Auslese“, einer Gefahr, vor der eine Versicherung außerordentlichen Respekt hat.

Negative Auslese gibt es aus vielerlei Gründen. Immer handelt es sich jedoch um einen Prozess, der sich selbst antreibt. Verliert eine Versicherung in größerer Anzahl Kontrakte, die für sie gute Risiken darstellen, und hat sie keine ausreichenden unternehmerischen Mittel zur Gegenwehr, so muss sie früher oder später Zuflucht zur Prämienenerhöhung nehmen (soweit die Versicherungsbedingungen dies zulassen). Das aber heißt den Teufel mit Beelzebub austreiben und die Abwanderung guter Risiken verstärken.

Zur Seite gesprochen: Ein Risiko ist aus der Sicht der Versicherung ein gutes Risiko, wenn es im Verhältnis zur Prämie, zu der es versichert worden ist, ein niedrigeres Risiko ist. Ob ein Risiko ein gutes Risiko ist, erfährt die

Versicherung erst unterwegs, wenn nämlich Merkmale des Versicherten bekannt werden, die das individuelle Versicherungsrisiko, das er darstellt, kleiner erscheinen lassen als das mittlere Risiko, das dem Versicherungstarif zugrunde liegt, zu dem der Versicherte versichert worden ist. Bei Abschluss des Versicherungsvertrages kennt der Versicherer keine guten und schlechten Risiken. Da kennt er nur Risiken – große Risiken und kleine Risiken, die er zu entsprechend unterschiedlichen Prämien zu versichern bereit ist.

Das individuelle Versicherungsrisiko ändert sich im Verlauf der Versicherungszeit nicht nur in unvorhersehbarer Weise. Der wichtigste Grund der vorhersehbaren Änderung ist das Älterwerden. Der wichtigste Grund der nicht vorhergesehenen oder auch nicht vorhersehbaren Änderung ist das nachträgliche Offenbarwerden von individuellen Unterschieden in der Anfälligkeit für Krankheiten. In der Sprache der Fachleute heißen diese Unterschiede Unterschiede in der Morbidität der Menschen. (In der Statistik hingegen bezeichnet Morbidität ein Maß der Kränklichkeit einer Gesamtheit von Menschen, genauer: ein Maß der Häufigkeit des Vorkommens des Merkmals „krank sein“ oder auch „an einer bestimmten Krankheit erkrankt sein“ in einer bestimmten Periode in einer bestimmten Gesamtheit von Menschen.)

Dass nicht alle Versicherten gleich hohe Gesundheitsausgaben verursachen, sich also als unterschiedlich krankheitsanfällig, als unterschiedlich morbide erweisen und dass diese Unterschiede nur teilweise vorhergesehen waren, stellt selbstverständlich noch kein versicherungstechnisches Problem dar. Im Gegenteil, es ist gerade Zweck der Versicherung, dass der eine den gemeinsamen Pool, den die Prämien bilden, unterdurchschnittlich, der andere überdurchschnittlich beansprucht, gegebenenfalls weit überdurchschnittlich. Worauf es ankommt, ist, dass auch ein Wechsel des Versicherten von einer Versicherung zur anderen nicht zum Problem wird.

Wechselt nach mehreren Versicherungsjahren ein Versicherter zu einer anderen Versicherung, dann gibt es bereits zusätzliche Informationen über Vorerkrankungen oder andere spezielle Risikofaktoren, die es beim Eintritt in die bisherige Versicherung noch nicht gab. Es kann also jetzt zwischen guten und schlechten Risiken unterschieden werden. Die Folge

ist: Jeder Versicherter, der ein gutes Risiko geworden ist, sieht die Chance, sich zu seinem Vorteil, einer niedrigeren Prämie nämlich, von einer anderen Versicherung abwerben zu lassen. Es sei wiederholt: Ohne dass er die für ihn aufgebauten Altersrückstellungen mitnehmen kann, lohnt sich ein Wechsel so gut wie nie. Aber durch die Übertragung von Altersrückstellungen, die am durchschnittlichen Risiko ausgerichtet sind, würde der Wechsel enorm attraktiv, übermäßig attraktiv, wie sich gleich zeigen wird. Denn die guten Risiken zeichnen sich ja dadurch aus, dass sie die durchschnittliche, die typisierte Altersrückstellung nicht voll in Anspruch nehmen werden. Umgekehrt muss eine Versicherung, die neue Verträge abschließen will, den Versicherten, die in ihrer bisherigen Versicherung schlechte Risiken geworden sind, höhere Prämien abverlangen, als diese bisher gezahlt haben; denn die Altersrückstellungen, die sie, unter den genannten Bedingungen, mitbringen, reichen nicht aus, ihr mehr als altersbedingt gewachsenes Versicherungsrisiko abzudecken. Es ist also ein Musterfall von negativer Auslese zu erwarten, ein kumulativer Prozess, angetrieben von lebhaftem Prämien- und Konditionenwettbewerb, in dem sich die guten Risiken bei einigen Krankenkassen sammeln und die schlechten Risiken bei anderen Versicherungen verbleiben. Das würde nicht nur die Existenz von Versicherungen gefährden, sondern auch das Versicherungsprinzip aushebeln. Kurz, ein System, das für den Fall eines Versicherungsverwechsels den Anspruch auf Übertragung einer Altersrückstellung begründete, die an durchschnittlichen Gesundheitsrisiken ausgerichtet ist, könnte nicht funktionieren.

42. Die Versicherungen brauchen unternehmerische Aktionsmöglichkeiten, mit denen sie der Gefahr, dass sie mit ihrem Versichertenbestand in den Sog einer negativen Auslese gezogen werden, entgegenreten können. Solche Möglichkeiten gibt es. Die richtige Bemessung einer übertragbaren Altersrückstellung ist die wichtigste. Es geht um viel. Freier Wettbewerb mit unterschiedlich differenzierten Versicherungsbedingungen und Prämien – das sind die Produkte einer Versicherung und ihre Preise – soll möglich werden. Sie sind es derzeit nicht einmal im Bereich der privaten Krankenversicherungen.

Gebraucht wird eine übertragbare *individuelle* Altersrückstellung, eine Rückstellung, die unmittelbar auf die sich ständig ändernde Morbidität des Versicherten eingestellt wird. Eine individuelle Altersrückstellung

besteht aus zwei Komponenten, der typisierten Altersrückstellung, von der bisher die Rede war, und einer Rückstellung für erwartete künftige Ausgaben, mit denen deshalb gerechnet werden muss, weil sich das individuelle Versicherungsrisiko des Versicherten abweichend vom durchschnittlichen Versicherungsrisiko in der Alterskohorte, zu der er gehört, verändert hat.

Bei der typisierten Altersrückstellung werden also für jeden Versicherten einer bestimmten Gruppe, beispielsweise die Männer eines bestimmten Jahrgangs, gleich hohe Rückstellungen gebildet und wieder abgeschmolzen, weil lediglich altersbedingte Risiken ausgeglichen werden. Werden Unterschiede in der Veränderung der individuellen Morbidität sichtbar, so können sich die Rückstellungen nicht mehr an den durchschnittlich zu erwartenden Gesundheitsausgaben für Männer des betreffenden Jahrgangs orientieren, sondern sie müssen den – insoweit individuellen – Ausgabeerwartungen entsprechen, die an den inzwischen aufgetretenen Kranklichkeitsmerkmalen des Versicherten anknüpfen. Stellt sich beispielsweise heraus, dass der Versicherte eine überdurchschnittlich hohe Anfälligkeit für Krankheiten zeigt, ganz allgemein oder für bestimmte Krankheiten, oder dass er chronisch erkrankt ist, so muss die Rückstellung für diesen Versicherten neu festgesetzt werden. Dabei weisen nicht notwendigerweise alle Korrekturposten in die gleiche Richtung. Von einer Erhöhung ist ein Abzug vorzunehmen, wenn sich im Zusammenhang mit erhöhter Morbidität die erwartete Restlebensdauer des Versicherten vermindert und damit die Anzahl der Jahre kleiner wird, in denen der Versicherte die Versicherung wahrscheinlich mehr kostet, als seine Prämie einbringt. Der Einfluss dieses Abzugsposten kann sogar dominant sein. Zeigt sich umgekehrt bei einem anderen Versicherten, dass der Gesundheitszustand überdurchschnittlich gut erscheint, so ist die auf einen durchschnittlichen Gesundheitszustand abgestimmte Rückstellung im Allgemeinen zu verringern.

Immer vorausgesetzt, dass die zu erwartenden durchschnittlichen Gesundheitsausgaben für einen Altersjahrgang einigermaßen verlässlich geschätzt werden können, bliebe die Summe der Rückstellungen für alle Versicherten eines Altersjahrgangs unverändert. Die Rückstellungen würden aber entsprechend den inzwischen sichtbar gewordenen individuellen Morbiditätsunterschieden differenziert. Unter der genannten

Voraussetzung hätte diese Differenzierung keinerlei Funktion in Sachen unternehmerischer Vorsorge für künftige Gesundheitsausgaben. Ihre Funktion läge allein darin, dafür zu sorgen, dass das Unternehmen den Risiken bei der Übertragbarkeit von Altersrückstellungen gewachsen ist und auf die gesetzliche Pflicht zur Übertragung im gegebenen Fall mit einem unternehmerisch optimalen Angebot reagiert.

43. Übertragbare Altersrückstellungen von der beschriebenen individuellen Art hätten nicht die Gefahr gegen sich, dass sie zum Vehikel eines Prozesses der negativen Auslese werden. Zum einen hätte kein Versicherter einen Anreiz abzuwandern, weil er ein gutes Risiko geworden ist. Denn er bekäme ja nun im Falle der Abwanderung eine entsprechend niedrigere Altersrückstellung mit und wäre für eine aufnehmende Versicherung nicht besonders attraktiv. Zum anderen verschlechterte die Abwanderung von Versicherten, denen eine richtig bemessene individuelle Altersrückstellung mitgegeben wird, nicht den Versichertenbestand der Versicherung, was diese andernfalls früher oder später zur Prämien-erhöhung gezwungen hätte. Es gäbe also keinen Treibsatz für eine negative Auslese.

44. Was ebenso wichtig erscheint: Die Möglichkeit, auf diese Weise der Gefahr einer negativen Auslese unternehmerisch zu begegnen, macht die richtige Bemessung der im Falle eines Versicherungswechsels zu übertragenden individuellen Altersrückstellungen zu einem fundamentalen Interesse des Versicherungsunternehmens. Richtig bemessen ist eine individuelle Altersrückstellung, wenn sie dem Gegenwartswert des für die Zukunft zu erwartenden Überschusses der Ausgaben für Gesundheitsleistungen über die vertragsgemäßen Prämieinnahmen entspricht.

– Wird für einen Versicherten, der zu einem guten Risiko geworden ist, die individuelle Altersrückstellung zu niedrig festgesetzt, so schadet der Versicherer sich selbst. Es geht um den Fall, dass sich Versicherte als unterdurchschnittlich krankheitsanfällig erwiesen haben, der Versicherer also Glück gehabt hat. Aber indem er ihnen für den Fall, dass sie die Versicherung wechseln wollen, bei der mitzubehaltenden Altersrückstellung ein zu geringes Angebot macht, hält er Versicherte im Bestand, die für die Zukunft einen Überschuss der Ausgaben für Versicherungsleistungen über die vertragsgemäßen Prämieinnah-

men erwarten lassen, der größer ist als der Betrag, den er herzugeben bereit ist, wenn solche Versicherte ihn verlassen. Lerne: Auch gute Risiken will ein kluger Versicherer nicht auf jeden Fall im Bestand behalten.

- Wird für einen Versicherten, der ein gutes Risiko geworden ist, die individuelle Altersrückstellung zu hoch festgesetzt, so schadet sich der Versicherer ebenfalls selbst; er verliert aufgrund des Angebots der Übertragung einer zu hohen Altersrückstellung Versicherte aus dem Bestand, die einen geringeren Überschuss der Ausgaben für Versicherungsleistungen über die vertragsgemäßen Prämieinnahmen erwarten lassen, als der übertragenen Altersrückstellung entspricht.
- Wird für einen Versicherten, der zu einem schlechten Risiko geworden ist, die individuelle Altersrückstellung zu niedrig festgesetzt, so schadet der Versicherer sich selbst nicht weniger. Es geht nun um den Fall, dass sich Versicherte als überdurchschnittlich krankheitsanfällig erwiesen haben, der Versicherer also Pech gehabt hat. Das Pech hinnehmen heißt auch dem Versicherten für den Fall, dass er die Versicherung wechseln will, eine entsprechend hohe Altersrückstellung mitgeben. Durch ein zu geringes Angebot hält er wiederum Versicherte im Bestand, die für die Zukunft einen Überschuss der Ausgaben für Versicherungsleistungen über die vertragsgemäßen Prämieinnahmen erwarten lassen, der größer ist als der Betrag, den er herzugeben hat, wenn solche Versicherte ihn verlassen.
- Wird für einen Versicherten, der zu einem schlechten Risiko geworden ist, die individuelle Altersrückstellung zu hoch festgesetzt, so schadet der Versicherer sich noch einmal selbst durch den entgegengesetzten Fehler. Es mag verständlich erscheinen, dass er einen solchen Versicherten eher heute als morgen los sein und selbst eher zu viel als zu wenig Vorsorge treffen möchte. Aber unter einem Regime übertragbarer Altersrückstellungen schaden solche Übertreibungen. Der Versicherer verliert mit der Übertragung einer zu hohen Altersrückstellung Versicherte aus dem Bestand, die einen geringeren Überschuss der Ausgaben für Versicherungsleistungen über die vertragsgemäßen Prämieinnahmen erwarten lassen, als der übertragenen Altersrück-

stellung entspricht. Lerne: Auch schlechte Risiken sollte ein kluger Versicherer nicht auf jeden Fall los werden wollen.

Der Versicherer, der die zur Übertragung im Falle des Versicherungsverwech- sels anzubietende individuelle Altersrückstellung durchgängig zu nied- rig festsetzt, möchte – so könnte man denken – auf einen Vorteil daraus setzen, dass ihn ein Teil der wanderungsbereiten Versicherten auch zu solchen für ihn günstigen Konditionen verlässt. Rechnen kann sich ein solches Vorgehen freilich nur, wenn der Versicherer die begründete Vorstellung haben darf, er werde aufgrund der für ihn günstigen Kondi- tionen des Wechsels mehr gewinnen, als ihm zugleich dadurch an Vorteil entgeht, dass er wegen des zu niedrigen Angebots an übertragbarer Altersrückstellung zu viele Versicherte im Bestand hält, die er besser ziehen ließe. Eine allgemeine Begründung für eine solche Vorstellung gibt es nicht. Im Gegenteil! Zu bedenken ist nämlich: Zu einem Versicherungsver- wech- sel kommt es regelmäßig nur dann, wenn dem zum Wechsel bereiten Versicherten bei der aufnehmenden Versicherung die Trias aus Versiche- rungsbedingungen, Prämie und einzubringende Altersrückstellung at- traktiv erscheint. Dass sich nun die „Fehler“ bei der Bemessung der Altersrückstellung bei der aufnehmenden und der abgebenden Versiche- rung in Richtung und Größenordnung gleichen, mag vorkommen, kann aber auf keinen Fall typisch genannt werden. Der unternehmerische Wettbewerb zwischen den Versicherungen lässt Konversion beim Rich- tigen erwarten, nicht Konversion beim Falschen. Der hier erörterte Fall einer Strategie, die auf „false trading“ der Versicherten setzt und deshalb bewusst mit zu niedrigen Ansätzen für die übertragbare individuelle Altersrückstellung arbeitet, darf daher getrost zur Randzone des Denk- baren gerechnet werden.

45. Aus den zuvor angestellten Überlegungen ergibt sich freilich zu- gleich, dass das Interesse einer Versicherung, bei der Bemessung über- tragbarer individueller Altersrückstellungen asymmetrische Fehler zu vermeiden – also Fehler, die bei der Traktierung guter und schlechter Risiken unterschiedlich ausfallen –, wahrscheinlich noch größer ist als das Interesse, das richtige Niveau nicht zu verfehlen. Denn bei einem Niveaufehler (nach unten) müssten sie die Gefahr einer negativen Aus- lese nicht fürchten. Dies ist Anlass für die Sorge, die Versicherung könnte sich bei der Bemessung übertragbarer individueller Altersrückstellungen

davon beeinflussen lassen, dass die Aquisition eines Neuversicherten beträchtlichen Aufwand erfordert, anscheinend nicht viel weniger als eine Jahresprämie. Von daher darf das Vermeiden einer Abwanderung durchaus generell etwas kosten, im Grenzfall so viel wie die Aquisition eines Neuversicherten. Damit kommt womöglich doch ein Interesse der Versicherung zum Tragen, den übertragbaren Altersrückstellungen einen systematischen Fehler zu geben, und zwar einen Niveaufehler nach unten. Hier kann und muss der Umstand helfen, dass wir über die richtigen Altersrückstellungen für die Gesamtheit der Versicherten eines Jahrgangs viel verlässlicher und kontrollierbarer Auskunft erhalten als über die richtigen individuellen Altersrückstellungen in diesem Jahrgang. Nun weicht aber aus weiter vorn schon dargelegten Gründen die Summe der richtig ermittelten individuellen Altersrückstellungen nur unter ganz speziellen Umständen – was nicht heißen soll, dass sie selten vorkommen – von der Altersrückstellung ab, die eine Versicherung schon wegen der Bilanzierungsgrundsätze für die Gesamtheit eines Jahrgangs zu bilden hat und auf verhältnismäßig einfachem Wege – ohne Rekurs auf die Daten für den einzelnen Versicherten – ermitteln kann. Der Gesetzgeber mag sich dies zunutze machen und vorschreiben, eine Krankenversicherung habe die übertragbaren individuellen Altersrückstellungen so zu bemessen, dass deren Summe für einen Jahrgang nur aus besonderen – niederzulegenden und von jedermann einzusehenden – Gründen von der Altersrückstellung abweichen darf, die für diesen Jahrgang in die Bilanzrückstellungen eingegangen ist.

46. Ordnungstheoretisch ist das Eigeninteresse der Versicherungen als Antrieb auf dem Wege zu richtigen übertragbaren Altersrückstellungen von doppeltem Vorteil:

- Ein Eigeninteresse, das zum gewünschten Ziel, hier: die Vermeidung eines Prozesses der negativen Auslese, hinlenkt statt von ihm weg, erscheint allemal verlässlicher und kostengünstiger als jede noch so virtuose Intervention eines staatlichen Regulators.
- Ein staatliches Gebot, dass jedem Versicherten, der seine Krankenversicherung wechselt, eine angemessene Altersrückstellung mitgegeben werden muss, verlangt nach Kontrolle. Der Kontrolleur wird ganz wesentlich entlastet, wenn er darauf vertrauen darf, dass der Kontrol-

lierte im Prinzip kein Interesse haben kann, eine andere Rücklage zu bilden als die angemessene.

Ordnungstheoretisch fundierte Zuversicht lässt sich generell eher vertreten als konstruktivistisch begründete. Und konstruktivistisch begründete Skepsis lässt sich durch ordnungstheoretisch wohlfundierte Rahmenbedingungen durchaus überwinden.

47. Der Einwand, individuelle Altersrückstellungen ließen sich besonders für schwer erkrankte Versicherte nicht hinreichend zuverlässig schätzen, ist nicht völlig von der Hand zu weisen. Es ist vor allem der Verweis auf die geringe Fallzahl und die möglicherweise hohen Kosten einer Fehleinschätzung, der ernst zu nehmen ist. Auch seltene und zugleich kostenintensive Krankheiten kommen nun einmal vor, ebenso gibt es gelegentlich den Fall sehr kleiner Versichertenjahrgänge. Grundsätzlich gehört es aber gerade zum Wesen eines Versicherers, das unkalkulierbare Einzelrisiko durch die Bündelung vieler ähnlicher Fälle in ein kalkulierbares Risiko umzuwandeln, wenn nötig auch über mehrere Altersjahrgänge. Der unvermeidbare Irrtum im Einzelfall wird durch entgegengerichtete Irrtümer in anderen Fällen ausgeglichen.

Für die Gesamtheit der Wechsler gilt das Gleiche. Die für den einzelnen Wechsler bereitgestellte individuelle Altersrückstellung ist in dem Sinne angemessen, dass sie für Personen mit vergleichbaren Merkmalen als ausreichend angesehen wird. Mit anderen Worten: Selbstverständlich gibt es Leute, die erhalten einen zu geringen Anreiz zum Wechseln wie andere einen zu großen – eben wegen der Schätzfehler bei der Bemessung der individuellen Altersrückstellungen. Aber solange wir anzunehmen haben, dass diese Schätzfehler keine systematischen Fehler sind, irritiert dies nicht. Auch nicht, dass die später sichtbar werdende Streuung der tatsächlichen Gesundheitsausgaben die Schätzfehler offenbar macht. Worauf es ankommt, ist: Zum Zeitpunkt des Wechsels gibt es keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Altersrückstellung zu hoch oder zu gering bemessen ist.

Gegen ein Konzept mit der Übertragung individueller Altersrückstellungen wird außerdem vorgebracht, bei guten Risiken könne der Barwert der erwarteten Gesundheitsleistungen geringer sein als der Barwert der zu

erwartenden Prämien, so dass die Altersrückstellung einen negativen Wert annähme und der Versicherte im Falle des Wechsels eine „Austrittsentschädigung“ zahlen müsste. Dann müssten die guten Risiken schlechter gestellt werden als unter den geltenden Regelungen, die es ihnen erlauben, ohne Mitnahme von Altersrückstellungen oder Zahlung einer Austrittsentschädigung die bisherige Versicherung zu verlassen.

Wenn die privaten Krankenversicherungen es in der Vergangenheit ohne Probleme verkraftet haben, dass gute Risiken jederzeit abwandern konnten, ohne Ausgleichszahlungen zu leisten, deutet das darauf hin, dass es sich nicht um ein gravierendes Problem handelt. Schon aufgrund des als typisch erwarteten Verlaufs der Gesundheitsaufwendungen über den Lebenszyklus dürfte es nur kurze Phasen geben, in denen selbst bei guter Gesundheit eines Versicherten die zu erwartenden Gesundheitsaufwendungen über die gesamte Restlebensdauer niedriger ausfallen als die noch zu zahlenden Prämien. Am ehesten vorstellbar ist das bei jungen Menschen, die sich einige Jahre nach Eintritt in die Versicherung als ganz außerordentlich wenig krankheitsanfällig erwiesen haben. Streben sie fort zu billigeren Ufern, mag ihre alte Versicherung ihnen ein attraktives Bleibeangebot machen und damit den Fehler bei der Ersteinschätzung des Versicherungsrisikos kompensieren.

#### *Individuelle Altersrückstellungen und ungleiche Information*

48. Prozesse der negativen Auslese bilden eine Form des Marktversagens, die zumeist in asymmetrischer Informiertheit der Marktparteien, hier also der Versicherten und der Versicherer oder der abgebenden und der aufnehmenden Versicherung, wurzelt. Die Deregulierungskommission formulierte es so (vgl. Marktöffnung und Wettbewerb, Berichte 1990 und 1991, Stuttgart 1991, Seite 17): „... Schlecht informierte Versicherer, die unterschiedlich differenzierte Tarife anbieten, geraten grundsätzlich (ohne sich dagegen wehren zu können) jeweils an die Risiken, bei denen der Kunde das günstigste, sie selbst hingegen das ungünstigste Preis-Leistungs-Verhältnis haben, sprich an die für sie jeweils schlechtesten Risiken. Denn jeder Kunde, über die eigenen Risiken besser informiert als die Versicherer, wählt selbstverständlich den Versicherer, dessen Tariff-differenzierung gerade für ihn eine besonders vorteilhafte Prämie bietet (die aus der Sicht des Versicherers oftmals eine besonders falsche ist,

unbekannterweise freilich).“ Die Sorge, dass daraus Prozesse der negativen Auslese erwachsen, die sich früher oder später selbst antreiben, ist im Prinzip eine so allgemeine, dass bisher ein völlig freier – nicht regulierter – Preis- und Konditionenwettbewerb zwischen Krankenversicherungen fast nirgendwo zugelassen worden ist. Auch die Deregulierungskommission hatte sich seinerzeit nicht entschließen mögen, die Deregulierung der privaten Krankenversicherungen in Deutschland mit dem Ziel eines Abbaus möglichst aller Wettbewerbsbeschränkungen zu empfehlen.

49. Es ist hier nicht der Ort, zu erörtern, ob ein Prozess der Liberalisierung des Marktes für Krankenversicherungen noch weiter getrieben werden kann und weiter getrieben werden sollte, als es im oben vorgestellten Konzept der vierzehn Punkte vorgesehen ist. Der für die Stimulierung des Wettbewerbs wichtigste Punkt darin ist nun einmal die Einführung übertragbarer Altersrückstellungen. Ausgestaltet in der Form der individuellen Rückstellungen, sollen sie die Gefahr des Überschießens bei der Mobilität – und damit die Gefahr der negativen Auslese – vermeiden (vor der die Deregulierungskommission noch zurückgeschreckt ist).

Einräumen muss man aber, dass selbst wo das Interesse der Versicherungen voll hinter dem Streben nach richtigen individuellen Altersrückstellungen steht, das Ergebnis nicht vollkommen sein kann. Es können nur die richtigen Rückstellungen nach dem Informationsstand der Versicherer sein, die hier ermittelt werden. Ein „Erdenrest, zu tragen peinlich“ bleibt, wenn und insoweit die Versicherten über eine Veränderung ihrer Morbidität besser oder früher informiert sind als die Versicherer. In vielen Fällen schlägt sicherlich das überlegene Wissen der Versicherung hinsichtlich der Bedeutung – der Ausgabenfolgen – neuer Morbiditätsmerkmale den systematischen Informationsvorsprung des Versicherten. Doch das mag nicht überall so sein. Dieser Rest lässt sich nicht beseitigen. Es ist ein kleiner, aber harter Kern des Problems.

50. Was man nicht beseitigen kann, kann man aber vielleicht unwirksam machen. Den Wechsel eines Versicherten zwischen eigenen Tarifen können die Versicherungen selbst mitbestimmen. Sie mögen beispielsweise den Wechsel zu einer Höherversicherung vorsichtshalber verweigern oder jedenfalls gegenüber solchen Anträgen sehr zurückhaltend und vorsichtig sein. Bleibt das Problem des Wechsels zwischen Versicherun-

gen. Hier liegt die Gefahr in der negativen Auslese zulasten der aufnehmenden Versicherung. Konkreter: Soweit sein Informationsvorsprung den Versicherten dazu veranlasst, zu einer anderen Versicherung zu wechseln, die einen für ihn vorteilhaften Tarif anbietet, so versichert diese ein Risiko, das von vornherein ein schlechtes Risiko ist. Der Versicherte gelangt beispielsweise zu normalen – in seinem Fall: zu günstigen – Bedingungen in einen Tarif mit hohen Gesundheitsleistungen, weil er Kenntnisse über eine (potentielle) Erkrankung hat, über die der Versicherer nicht verfügt. Das lässt sich bei asymmetrischer Informationsverteilung nicht völlig verhindern, aber durch eine vorsichtige Einstufung und dadurch, dass von dem neu zu Versichernden ärztliche Voruntersuchungen verlangt werden, doch begrenzen.

51. Man mag sich außerdem darauf besinnen, dass ein Antrieb zur negativen Auslese den fatalen Prozess nur in Gang setzt, wenn der Antrieb stark genug ist, verbliebene Mobilitätshemmnisse zu überwinden. Wie es sich hier verhält, kann man nur durch Erfahrungen feststellen. Das Erfahrungen-Sammeln zu wagen, kann man ohne allzu große Besorgnis anraten. Denn es bleibt einem in dem oben diskutierten Modell eine Stellschraube: Man kann im Bedarfsfall die Mobilitätshemmnisse vergrößern. Wenn der Staat gemäß Textziffer 42 vorgeschrieben hat, dass die Krankenversicherer übertragbare Rückstellungen für Alter und individuelle Morbidität ihrer Versicherten zu bilden haben, die für die Angehörigen eines Jahrgangs in der Summe nicht hinter den typisierten Altersrückstellungen für die gleiche Gesamtheit zurückbleiben, so kann er diese Forderung auch etwas zurücknehmen. Es hieße dann beispielsweise, dass sie in der Summe nicht um mehr als ein Zehntel zurückbleiben dürfen. Und schon wären die Mobilitätshemmnisse erhöht. Denn zweifellos würden die Versicherungen diesen Spielraum für eine Absenkung der übertragbaren Rückstellungen auch nutzen, jedenfalls die von starker Abwanderung bedrohten, und auf sie käme es ja an.

*Noch fehlen Erfahrungen zur Übertragbarkeit individueller Altersrückstellungen*

52. Noch einmal: Für einen Preiswettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist die Übertragbarkeit individueller Altersrückstellungen ein Kernelement, wenn man nicht auf einen notwendigerweise immer

komplexer werdenden Risikostrukturausgleich angewiesen sein will. In der breiter gewordenen Reformdiskussion zum deutschen Gesundheitssystem überwiegt anscheinend weiterhin Skepsis, ob es möglich sein wird, angemessene individuelle Altersrückstellungen zu ermitteln und sie übertragbar zu gestalten. Auch die privaten Krankenversicherungen verhalten sich eher abwehrend. Sie erklären sowohl die Bemessung solcher Rückstellungen als auch die Übertragung im Falle des Wechsels von Versicherten für eine wahrscheinlich nicht lösbare Aufgabe. Nun darf einen das allerdings nicht sehr verwundern. Zwar müssten die Krankenversicherungen am meisten davon wissen, was hier nötigenfalls geht und was nicht. Aber wenn es darum gehen soll, einem Wirtschaftsbereich mehr Wettbewerb zu verordnen, fragt man die Betroffenen besser nicht. Ob man an die Marktöffnung im Bereich der Telekommunikation denkt, an die Aufhebung der Gemeinnützigkeit im größten Teil des Wohnungswesens, an die Deregulierung auf den Verkehrsmärkten, auf dem Markt für elektrischen Strom, für Gas, für Lebensversicherungen, für Kfz-Versicherungen – überall war es dasselbe. Der ganze Sachverstand in den Unternehmen und Verbänden konzentrierte sich zunächst auf die Verteidigung der Naturschutzgebiete, in die der Wettbewerb nicht hinein durfte. Erst als die Marktöffnung dann doch kam, wechselten die Fachleute an die Front, wo Erfolg im Wettbewerb plötzlich neue Chancen verhieß und nicht Unheil. Inzwischen hat es in einigen dieser Bereiche einen so rasanten und tief greifenden Strukturwandel gegeben, dass man glaubt, die Welt kaum wiederzuerkennen.

53. Ganz und gar unvorbereitet auf die Anforderungen, die individuelle Altersrückstellungen stellen, sind die Krankenversicherungen auch nicht. Die Bemühungen, auf der Grundlage personenbezogener Daten die individuelle Anfälligkeit für Krankheiten, die Morbidität des Einzelnen im prospektiven Sinne, zu schätzen, sind in den letzten Jahren intensiviert worden. Ziel ist es, anhand von so gewonnenen Indikatoren ein Urteil über die wahrscheinlichen Gesundheitsausgaben für den Versicherten zu gewinnen. Mit den Verfahren, die Versicherten in zum Teil sehr differenzierte Risikoklassen einzuteilen, werden noch Erfahrungen gesammelt werden müssen. Das Interesse an weiteren Erkenntnissen kommt vor allem von den Verfechtern eines Risikostrukturausgleichs, der die individuelle Morbidität berücksichtigt. Insoweit ist abermals auf den nächsten Hauptabschnitt zu verweisen.

54. Noch nicht in Gang gekommen ist jedoch der Aufbau von Altersrückstellungen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Weder auf einen Bedarf an Altersrückstellungen im Zusammenhang mit dem Älter-Werden ihres Versichertenbestandes noch für den Fall, dass sie abwandernden Versicherten eine Altersrückstellung mitgeben sollen, sind sie vorbereitet. Sie haben schlicht keine. Bislang sind in der gesetzlichen Krankenversicherung keine Anstrengungen unternommen worden, individuelle Altersrückstellungen zu bilden, sondern es wird versucht, die zufälligen Beitragsunterschiede und Belastungsunterschiede der einzelnen Versicherungen durch einen Risikostrukturausgleich zu kompensieren.

### 3. Wettbewerb und Risikostrukturausgleich

*Am Anfang stand: Faire Wettbewerbsbedingungen für alle Kassen sichern*

55. Der Gesetzgeber hat sich in den neunziger Jahren entschlossen, die Kraft des Wettbewerbs auch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen, um die Kassen anzuspornen, ihre Kosten zu senken und ihre Leistungen für die Versicherten zu verbessern. Seit dem Jahre 1996 kann jeder sowohl beim Neueintritt als auch unterwegs frei zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wählen. Die übrigen Bedingungen, besonders die lohnbezogenen Beiträge und die unentgeltliche Mitversicherung von Familienangehörigen sowie der Kontrahierungszwang wurden jedoch beibehalten. Auf die Bildung von Altersrückstellungen, die den Versicherten bei einem Wechsel der Versicherung mitzugeben wären, wurde auch bei dieser Gelegenheit nicht gedrängt.

Unter den insoweit, was das System anbelangt, unveränderten Bedingungen hätten sich die Risiken für einen Teil der Krankenkassen aufgrund der neuen Wahl- und Wechselmöglichkeiten der Versicherten dramatisch erhöht. Finanzkraft und Risikolast der einzelnen Krankenkassen waren so verschieden, dass ohne eine Angleichung der Startbedingungen freier Wettbewerb viele von ihnen dem sicheren Untergang geweiht hätte.

56. Die großen Unterschiede in der Relation von Einnahmekraft und Risikolast der Krankenkassen wurzeln in erster Linie, freilich nicht allein, in dem überkommenen Beitragssystem. Da die Kassen keine risikoäquivalenten Beiträge verlangen dürfen, können die Beitragseinnahmen und Gesundheitsausgaben nur in Einklang gebracht werden, indem der Beitragssatz als Umlagesatz den Ausgabeerfordernissen angepasst wird. Es gibt nun Krankenkassen, die einen Versichertenbestand mit einer günstigen Struktur haben, mit einem hohen Anteil guter Risiken, und es gibt Kassen, die einen Versichertenbestand mit einer ungünstigen Struktur haben, mit einem hohen Anteil schlechter Risiken. Die Versichertenstruktur ist ungünstig,

- (1) wenn die Krankenkasse überdurchschnittlich viele Versicherte hat, die nur geringe oder gar keine Beiträge zahlen, weil sie ein geringes beitragspflichtiges Einkommen haben oder weil sie beim Ehegatten oder bei den Eltern mitversichert sind,
- (2) wenn sie überdurchschnittlich viele Versicherte im Bestand hat, bei denen besonders hohe Gesundheitsausgaben zu erwarten sind.

Ohne einen Ausgleich dieser strukturellen Unterschiede musste man darauf gefasst sein, dass eine negative Auslese die Existenz aller Krankenkassen bedroht hätte, die mit einer ungünstigen Ausgangsstruktur in den neu zugelassenen Wettbewerb gehen mussten. Selbst wo es nicht um Sein oder Nichtsein ging, wäre nicht davon zu reden gewesen, dass der Wettbewerb ein funktionsfähiger Wettbewerb – mit volkswirtschaftlich erwünschten Ergebnissen – hätte sein können, von zahlreichen Ungerechtigkeiten in Gestalt sachlich unbegründeter Beitragsunterschiede und vielem anderen mehr ganz abgesehen.

57. Der im Jahre 1994 im Zusammenhang mit weiteren Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführte Risikostrukturausgleich hatte genau diese doppelte Aufgabe, nämlich auf jeden Fall zu verhindern, dass Krankenkassen ohne einen Grund, den sie selbst zu vertreten haben, in eine Existenzkrise stürzten, und dabei nach Möglichkeit zugleich dafür zu sorgen, dass der neu zugelassene Wettbewerb ein funktionstüchtiger Wettbewerb werden würde. Ein bisschen war es wie die Quadratur des Kreises.

#### *Fünf Fragen*

58. Aus der reformerischen Sicht des Konzepts der vierzehn Punkte sind an den Risikostrukturausgleich fünf Fragen zu stellen.

- (1) Wie genau antwortet der Risikostrukturausgleich, den wir haben, auf die Probleme, auf die er antworten soll? Die Antwort ist: Zu ungenau.
- (2) Lässt sich der Risikostrukturausgleich im Rahmen eines im Übrigen unveränderten Systems so vervollkommen, dass man danach von

einigermaßen unverzerrten Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenkassen sprechen könnte? Die Antwort ist: Nein, die Mängel des alten Beitragssystems und das Fehlen übertragbarer individueller Altersrückstellungen lassen sich auch durch einen noch so differenzierten Risikostrukturausgleich nicht vollständig kompensieren.

- (3) Wird der Risikostrukturausgleich im Prinzip vollkommen überflüssig, wenn die Krankenkassen zu risikoäquivalenten Beiträgen übergehen und ein funktionsfähiges System übertragbarer individueller Altersrückstellungen einführen? Die Antwort ist: Ja. Außer einem Auffangnetz in Gestalt eines Insolvenzschutzsicherungs fonds braucht man dann nichts mehr.
- (4) Kann in einem System mit risikoäquivalenten Krankenkassenbeiträgen ein – entsprechend modifizierter – Risikostrukturausgleich dauerhaft die Funktion übernehmen, die im Konzept der vierzehn Punkte eigentlich dem Gebot übertragbarer individueller Altersrückstellungen zugeordnet ist, zum Beispiel falls die nach und nach zu sammelnden Erfahrungen noch für längere Zeit keinen zuverlässigen Beleg dafür versprechen, dass man sich der Verheißung anvertrauen kann, die mit dem Konzept der individuellen Altersrückstellungen in Sachen Vermeidung der Gefahr einer negativen Auslese gemeint ist? Die Antwort ist: Im Prinzip nein, die Probleme, die man bei der Vervollkommnung des Risikostrukturausgleichs lösen müsste, sind genau dieselben, mit denen man es bei der richtigen Bemessung übertragbarer individueller Altersrückstellungen zu tun hat, und sie wären administrativ gewiss nicht leichter zu lösen als unternehmerisch, sondern noch schwerer.
- (5) Kann der Risikostrukturausgleich helfen, die Übergangsschwierigkeiten zu bewältigen, mit denen eine Reform des Gesundheitssystems auf der Grundlage des Konzepts der vierzehn Punkte zu rechnen hat? Die Antwort ist: Ja, die eigentlichen Übergangsprobleme lassen sich dort auffangen. Das größte Problem, das während der Übergangszeit gelöst werden muss, ist aber weder ein Problem des neuen Systems noch des Übergangs, das Problem des Vermögens-

defizits der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des Mangels an Altersrückstellungen überhaupt.

*Der Risikostrukturausgleich befriedigt nicht*

59. Mehr zur *ersten Frage!* Bei Einführung des Risikostrukturausgleichs galt es zunächst, die Schieflage bei der Relation Finanzkraft zu Finanzbedarf zu beheben, die daraus herrührte, dass bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen im Laufe von Jahren und Jahrzehnten die Struktur des Versichertenbestandes immer schlechter geworden war: hoher Anteil von Versicherten mit niedrigem Einkommen, viele beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige, überdurchschnittlich hoher Anteil der Älteren und Alten. Die Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen hatten in diesem Sinne vergleichsweise viele gute Risiken in ihrem Bestand. Ohne abstützende Ausgleichsmechanismen wären die Ortskrankenkassen bei der Freigabe der Kassenwahl mit größter Wahrscheinlichkeit in erhebliche Schwierigkeiten geraten. Sie hätten die Beitragssätze selbst dann deutlich anheben müssen, wenn sie große Anstrengungen unternommen hätten, die Kosten zu senken, mit der Folge entsprechender Anreize für ihre Kassenmitglieder, die Versicherung zu wechseln. Ein volkswirtschaftlicher Sinn hätte in einem solchen Wechsel nicht gelegen, und die Versicherten, die trotz eines hohen Beitragssatzes ihrer Kasse treu geblieben wären, hätten sich ungerecht behandelt gefühlt.

Im Jargon der Sozialpolitiker und Versicherungsleute wird auch bezüglich solcher Strukturmerkmale, wie sie hier problematisiert wurden, von „schlechten und guten Risiken“ gesprochen, obwohl Merkmale wie Alter und Geschlecht, beitragsfrei Versichertsein etc. keine Risiken bezeichnen, sondern Tatsachen, Tatsachen, die teilweise auf die Größe von Risiken hinweisen, doch dies nicht einmal in allen Fällen, in keinem Fall aber auf deren Qualität. Alte Menschen, Frauen als solche als schlechte Risiken zu bezeichnen, überschreitet nicht nur Grenzen der Korrektheit, sondern ist auch Unfug. Tatsachen werden für eine Versicherung erst zum Problem, wenn Versicherungsprämien, die den Risiken Rechnung tragen, nicht zugelassen sind. Dann kommt zum Tragen, dass im versicherungstechnischen Sinne jeder Fall eines ungünstigen Verhältnisses zwischen zu erwartender Versicherungsleistung und Versicherungsprämie ein schlechtes Risiko ist. Die gleichen sprachlichen Probleme hat man

mit dem Ausdruck Risikostrukturausgleich. Um Risiken im eigentlichen Sinne geht es dabei kaum, mit Struktur ist keine Struktur von Risiken gemeint, und ausgeglichen werden Unterschiede in der Relation von Einnahmekraft und Ausgabenbelastung der Kassen, die sich aus dem Verbot risikoäquivalenter Prämien ergeben.

60. Nun etwas genauer: Der Risikostrukturausgleich hat zum Ziel,
- die Unterschiede in den beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten,
  - die Unterschiede in der Belastung durch unentgeltlich mitversicherte Familienmitglieder sowie
  - die Unterschiede in den Gesundheitsausgaben je Versicherten finanziell zu kompensieren.

Unterschiedliche Gesundheitsaufwendungen je Versicherten sollen nicht in tatsächlicher, sondern in standardisierter Höhe ausgeglichen werden. Andernfalls ginge den Kassen jeder Anreiz verloren, selbst nach Kostendämpfung zu streben. Berücksichtigt wird ein Fächer einfacher Merkmale, nämlich Alter, Geschlecht, Anspruch auf Krankengeld, auf Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, die etwas darüber aussagen, wie hoch die Ausgaben einer Krankenkasse sein würden, wenn sie für jeden Versicherten einen nach Maßgabe der berücksichtigten Merkmale standardisierten Betrag zur Verfügung hat und damit im Durchschnitt auch gerade auskommt. Entsprechend wird mutatis mutandis auf der Einnahmeseite verfahren.

Noch etwas genauer: Für einzelne Versichertengruppen (z.B. Frauen eines bestimmten Alters mit Anspruch auf Krankengeld, ohne Anspruch auf Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente) werden standardisierte Pro-Kopf-Ausgaben festgesetzt. In jeder einzelnen Versicherung wird die Anzahl der Versicherten in den verschiedenen Gruppen mit der standardisierten Pro-Kopf-Ausgabe multipliziert. Das ergibt deren Beitragsbedarf. Dieser Beitragsbedarf wird einer fiktiven Finanzkraft gegenübergestellt, die sich aus der Multiplikation der Grundlohnsumme (der beitragspflichtigen Einkommen) der Versicherten der Kasse mit dem „Ausgleichsbedarfssatz“ – im Prinzip entspricht dieser dem durchschnittlichen Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung – ergibt.

Was in der Hauptsache angestrebt wird ist dies: Wirtschaftet eine Krankenkasse besser als bisher, soll sie trotz des Ausgleichsmechanismus Spielraum für eine Beitragssenkung gewinnen. Versucht sie hingegen, ihre finanzielle Situation zu verbessern, indem sie anderen Krankenkassen Mitglieder abwirbt, die gute Risiken im Sinne der Ausgleichsformel darstellen, soll sie das, was sie zunächst gewinnt, durch den Ausgleichsmechanismus wieder verlieren. Auf diese Weise soll der Anreiz zu einem wirtschaftlichen Verhalten der Kassen erhalten, Beitragssatzsenkung durch Effizienzsteigerung möglich bleiben, Einnahmeverbesserung durch Rosinenpicken jedoch nicht.

61. Die angestrebten Ziele werden mit dem bestehenden Risikostrukturausgleich nicht erreicht. Offensichtlich gelingt es nicht, die Strukturunterschiede zwischen den Krankenkassen hinreichend zu neutralisieren, um einen funktionstüchtigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Tatsächlich sind die Strukturunterschiede, die den Ausgleichsbedarf schaffen, nicht kleiner, sondern größer geworden. Dass sie kleiner werden, hat man von einem auf Neutralität abzielenden Ausgleichsmechanismus zwar auch nicht zu erwarten, aber doch eben auch keine Vergrößerung. Die Wechsler spielen hier anscheinend eine große Rolle. Gewiss gibt es viele Wechsler, die Unterschieden im Leistungsangebot der Kassen oder auch bloßen Beitragsunterschieden folgen, die Effizienzunterschiede reflektieren, und also erwünscht sind. Aber es muss auch sehr viele andere geben, sonst gäbe es das Ergebnis – die Vergrößerung der ausgleichsbedürftigen Strukturunterschiede – nicht. Der fast zwingende Schluss ist: Das muss daran liegen, dass der Risikostrukturausgleich es nicht schafft, die Wettbewerbsneutralität herzustellen, die er herstellen soll. Denn dann verstärken die Wechsler die Unterschiede in der Risikostruktur: Die aufnehmenden Krankenkassen werden in die Lage versetzt, bei gleichen oder geringfügig verbesserten Leistungen ihre Beitragssätze zu senken, während die abgebenden Kassen in finanzielle Schwierigkeiten geraten und höhere Ausgleichszahlungen brauchen. Dieser Prozess treibt sich selbst an.

62. Der im letzten Jahr von der Gesundheitsministerin geplante Mindestbeitragssatz für alle Kassen (12,5 Prozent) sollte dem Preiswettbewerb, über den wohl der größte Teil des Unerwünschten lief, einen Riegel vorschieben. Dieser Plan ist inzwischen wieder fallen gelassen worden,

zu Recht, da nur neue Fehlanreize in das System getragen worden wären. Die preiswerten Kassen hätten zusätzliche ausgabenwirksame, aber medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen angeboten. Auf den Preiswettbewerb zu verzichten, hätte die Kapitulation bedeutet vor der Aufgabe, Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen und für Rahmenbedingungen zu sorgen, unter denen er funktionsfähig ist.

*Der Risikostrukturausgleich lässt sich verbessern, aber nicht ausreichend*

63. Mehr zur *zweiten Frage*, der Frage also, ob der Risikostrukturausgleich im Rahmen des im übrigen unveränderten Gesundheitssystem so weit verbessert werden kann, dass man von einem unverzerrten Wettbewerb sprechen könnte.

Die am zwingendsten erscheinende Hypothese zur Erklärung der fortdauernden negativen Auslese besagt, dass die derzeit geltenden Ausgleichskriterien die Unterschiede in der Morbidität der Versichertenkollektive nur unzulänglich erfassen. Wenn dies nicht geändert werde, so die Befürchtung, werde das Transfervolumen im Risikostrukturausgleich weiter steigen. Die Bundesregierung hat sich vorgenommen, es zu ändern. Sie will davon abkommen, Unterschiede in der Morbidität von Versichertenkollektiven auf so unvollkommene Weise zu erfassen, wie es derzeit mit Hilfe von Merkmalen geschieht, die Morbidität von Versicherten nicht direkt anzeigen, sondern nur in gröbster Näherung auf sie schließen lassen. Die Ausgleichszahlungen sollen sich künftig an Indikatoren orientieren, die die Gesundheitsrisiken in einer Versichertengesamtheit direkt abbilden. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde vorgelegt, wonach dies ab dem Jahre 2007 so sein soll. Der Leitgedanke ist, dass eine Ausgleichszahlung, die sich, von der jeweiligen Einnahmekraft der Kassen einmal abgesehen, an der Differenz zwischen den erwarteten Gesundheitsausgaben für einen Versicherten, die von dessen individuellen Morbidität bestimmt sind, und einer standardisierten Beitragseinnahme ausrichtet, Fehlanreize für den Versicherungswechsel im Wesentlichen beseitigt. Die Frage ist, inwieweit dies zutrifft und inwieweit die Umsetzung in der Praxis gelingen kann.

64. Die Morbidität eines Versichertenkollektivs auf der Basis von Indikatoren für die Morbidität der einzelnen Versicherten abzuschätzen, ist selbst dann keine leicht zu lösende Aufgabe, wenn man größeren Aufwand nicht scheut. Die Erfahrungen in anderen Ländern, namentlich in den Vereinigten Staaten, sind zwar hilfreich, wie verlässlich sie sind, bleibt aber noch zu testen.

Wiederum ist das Problem vor allem eines der richtigen Anreize. Eine Krankenkasse, die ihre Situation verbessern will, kann zweierlei tun. Sie kann tun, was sie tun sollte, nämlich danach streben, ihren Versicherten bestmögliche Leistungen zu bieten beziehungsweise gute Leistungen bei möglichst niedrigen Kosten. Und sie kann versuchen, aus dem großen Topf des Risikostrukturausgleichs möglichst viel Geld zu erhalten. Widmet sie sich auch nur teilweise der zweiten Möglichkeit, wird sie kein guter Partner sein für die staatlichen Stellen, die zum Zwecke des Risikostrukturausgleichs viel Geld einzusammeln und auszuteilen haben auf der Grundlage von Informationen über die Krankheitsanfälligkeit der Versicherten und deren typische Kostenfolgen, die sie nur von den Krankenkassen erhalten können und die diese ihrerseits in verlässlicher Qualität nur bereit stellen können mit Hilfe eines Aufwands an Ressourcen, über den sie am Ende selbst befinden. Es genügt nicht, die Bereitstellung von Informationen, die zunächst einmal niemand hat, einfach anzuordnen.

Die einzelne Krankenkasse, die ihre Versicherten nach Risikoklassen einteilen muss, kann ihre Versicherten in eine höhere Risikoklasse einstufen, als es gerechtfertigt wäre, und dadurch mehr Mittel aus dem Risikostrukturausgleich erhalten, als ihr der Sache nach zustünden. Es ist nicht nötig zu unterstellen, dass sie falsche Angaben machte. Es genügt, daran zu denken, dass sie nicht unbedingt ein Interesse daran hat, für die Abschätzung der Morbidität ihrer Versicherten die besten verfügbaren, ja gewinnbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu nutzen; es genügen ihr die für sie günstigsten. Diese im System angelegte Versuchung erfordert eine Kontrolle der Risikoeinstufung von Versicherten, die von den Krankenkassen vorgenommen wurde. Doch einer Kontrolleinrichtung kann kaum gelingen, was die einzelne Kasse verweigert hat, also im ihr fremden Unternehmen eine nach allen verfügbaren Erkenntnissen ausgewogene Einstufung der Versicherten in Risikoklassen vorzunehmen. Schon der Umfang der nötigen Untersuchungen wäre prohibitiv,

und der Spielraum für die Interpretation der Untersuchungsergebnisse sowie der unterschiedlichen Informationen über den einzelnen Versicherten würde zu einer Quelle uferlosen Streits. Auf jeden Fall wäre es eine Aufgabe, die selbst mit einem großen Kontrollapparat nur sehr begrenzt bewältigt werden könnte, wenn überhaupt.

65. Preiswettbewerb auf der Basis lohnbezogener Versicherungsprämien ist mit Preiswettbewerb auf der Basis risikoäquivalenter Prämien nicht zu vergleichen. Nur richtige Preise, die auf längere Sicht leistungsorientierte Preise sind, lenken den Anbieter von Leistungen zu den richtigen Stellen für Innovation und Kostensenkung, Angebotsausweitung oder Einschränkung, die Nachfrager von Leistungen an die richtigen Stellen für Ausgabebereitschaft oder Einsparwillen. Für Versicherungen sind richtige Preise in diesem Sinne nur risikoäquivalente Preise. Eine Vervollkommnung des Risikostrukturausgleichs würde also, selbst wenn er befriedigend gelänge, nicht ausreichen, die Voraussetzungen für funktionsfähigen Wettbewerb voll herzustellen.

66. Weil der Risikostrukturausgleich von der Politik und von den Verbänden gestaltet wird und weil im Risikostrukturausgleich Milliardenbeträge umverteilt werden, steht er in der Gefahr, für wettbewerbsbeschränkende und strukturpolitische Ziele genutzt zu werden.

Zum Beispiel: Im Streit um das für die Vervollkommnung der Abschätzung von Morbidität am besten geeignete Risikoschema setzt sich ein spezifisches Bewertungsmodell durch, das für sich genommen zwar medizinisch begründbar ist, aber neue Wettbewerbsprobleme aufwirft. So ist als Übergangsmaßnahme zu der mittelfristig angestrebten Reform des Risikostrukturausgleichs vorgesehen, ab dem Jahre 2003 für bestimmte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) auf der Basis von „evidenzbasierten“ Diagnosen (vgl Ziffer 103) einen „Ausgleich“ zu gewähren, um Fortschritte in der Behandlung von in Deutschland besonders stark verbreiteten chronischen Erkrankungen (Asthma, Bluthochdruck, Brustkrebs, Diabetes u.a.) zu erzielen. Der Anreiz für eine Diskriminierung von chronisch Kranken wird dadurch möglicherweise reduziert, aber zugleich wird dem Risikostrukturausgleich eine Steuerungsaufgabe beigegeben, die systemfremd ist, nämlich die Bevorzugung bestimmter Formen von Gesundheitsleistungen und bestimmter Verhal-

tensweisen der Versicherten. Wie sollte der Einsatz von anderer Leute Geld für solche Zwecke legitimiert sein? Man kann weder davon ausgehen, dass die Krankenkassen nicht selbst ein hohes Interesse daran haben, Effizienzvorteile zu nutzen, sie also einen Vormund brauchen, noch kann man derzeit überhaupt für nachgewiesen halten, dass solche Programme eindeutige Effizienzvorteile versprechen. Ganz zu schweigen von dem alten Elend mit dem Rent Seeking, wenn der Staat sich subventionsbereit zeigt. Die Kriterien zur Identifizierung chronisch Kranker werden im Zweifel großzügig gehandhabt, und die Kassen drücken schon mal ein Auge zu, wenn chronisch Kranke sich nicht ernsthaft der gebotenen Therapie unterwerfen – mit der Folge ungerechtfertigter Transferzahlungen und Wettbewerbsverzerrungen unter dem Deckmantel des Risikostrukturausgleichs.

*Hochrisikofälle gehören in die Rückversicherung, nicht in einen Hochrisikopool*

67. Es gibt eine Vorliebe für das Zweitbeste, selbst wo das Erstbeste nahe liegt, wenn etwas die Vorliebe für die Vertrautheit des Hochregulierten, des Administrierten und womöglich auch die Voreingenommenheit gegen die Fähigkeiten des konsequent Marktwirtschaftlichen besser bedient. Wie schwierig es ist, den Risikostrukturausgleich auf die Aufgaben zu beschränken, die mit den Verzerrungen zu tun haben, die sich in Gestalt der großen Unterschiede zwischen den Krankenkassen bei der Relation von Ausgabenlast zu Beitragskraft manifestieren, zeigt sich deshalb auch bei den Entscheidungen und Plänen für die Behandlung von so genannten Hochrisikofällen.

Für Fälle mit besonders hohen Gesundheitssausgaben, von denen einige Versicherungen mehr, andere weniger betroffen sein mögen, soll ab 2003 ein gesonderter Ausgleich eingerichtet werden. Dadurch werden neue Fehlanreize entstehen. Zum Beispiel wird es sich lohnen, bei dem einen oder anderem Patienten, die Behandlungskosten hoch zu treiben, um in den Genuss der höheren Ausgleichszahlungen zu kommen, die die Einordnung in die Klasse der Hochrisikofälle verheißt.

68. Das Risiko, dass sich besonders teure Behandlungsfälle häufen, mag für kleine Versicherungsgesellschaften ein Problem sein. Auf einem

wettbewerbsorientierten Krankenversicherungsmarkt liegt die Antwort aber darin, dass kleine Versicherungen, bei denen sich die Zufälligkeiten beim Eintreten von Hochrisiken nicht einfach ausgleichen, eine Mitversicherung oder Rückversicherung abschließen. Das ist auch auf anderen Versicherungsmärkten üblich, hilft es dem Erstversicherer doch, in versicherungstechnischer Sprache ausgedrückt, bei der Bildung der Schadensbewertungen von einer Varianz der Leistungsausgaben auszugehen, die ohne allzu hohe Rückstellungen verkraftet werden kann. Das ist keine Aufgabe eines Risikostrukturausgleichs.

69. Kurz, der Risikostrukturausgleich lässt sich vermutlich verbessern, wenn die Morbidität der einzelnen Versicherten und die sich daraus ergebenden Kostenfolgen genauer erfasst werden. Die systematischen Unterschiede zwischen den Versicherungen bei den morbiditätsbedingten Ausgaben können dann genauer ausgeglichen werden. Voll gelingen kann dies aber nicht, da den Krankenkassen die Anreize fehlen, bei der Lösung der Aufgabe vorbehaltlos mitzuspielen. Zu den großen Vorbehalten gehört auch, dass der beste Risikostrukturausgleich aus lohnbezogenen Krankenkassenbeiträgen keine richtigen Marktpreise machen kann. Die komplizierten Regelungen schaffen zudem neue Konflikte mit dem Ziel eines unverfälschten Wettbewerbs. Beunruhigend ist schließlich die Einladung, den Risikostrukturausgleich als Vehikel zu benutzen für den Transport eigensüchtiger und problematischer strukturpolitischer Ziele.

*Der Risikostrukturausgleich wird überflüssig, wenn das Gesundheitssystem grundlegend reformiert wird*

70. Mehr zur *dritten Frage*, der Frage also, ob nicht vollständig auf den Risikostrukturausgleich verzichtet werden kann, wenn die Krankenkassen grundsätzlich risikoäquivalente Beiträge verlangen und individuelle übertragbare Altersrückstellungen bilden.

Es sind die klaren Voraussetzungen, von denen die Frage ausgeht, die eine Antwort einfach machen. Wenn eine Krankenkasse risikoäquivalente Prämien verlangen darf, wird die größere Hälfte des Risikostrukturausgleichs, die mit Unzuträglichkeiten auf der Einnahmeseite zu tun hat, überflüssig. Das heißt nicht, dass das ohne Übergangsregelungen gelten kann. Doch davon wird noch zu reden sein. Auch bezüglich der übertrag-

baren individuellen Altersrückstellungen ist die Voraussetzung streng gemeint. Es wird angenommen, dass die Aufgabe, solche Rückstellungen zu bilden, lösbar ist. Es wird angenommen heißt nicht, es wird behauptet. Für die Annahme gibt es noch keine Deckung durch Erfahrung. Aber um der Transparenz der weiteren Erörterung willen ist selbst eine Annahme hilfreich, die in Sachen möglicher Wirklichkeitsnähe noch nicht so gut ist wie etwas, das man behaupten könnte. Da die hier gemeinte übertragbare individuelle Altersrückstellung im zweiten Hauptabschnitt dieses Kapitels gerade so modelliert worden ist, dass sie praktizieren heißt die beschriebenen Wettbewerbsprobleme vermeiden, ist es nur konsequent, nun festzustellen, unter den Voraussetzungen unserer Frage wird auch die zweite, kleinere Hälfte des Risikostrukturausgleichs überflüssig.

71. Da nicht auszuschließen ist, dass eine Versicherung insolvent wird, muss ein Insolvenzversicherungsfonds gebildet werden, damit die Altersrückstellungen nicht verloren gehen. Sie gehören nicht den Insolvenzgläubigern. Mit dieser von den Krankenversicherungen zu finanzierenden Absicherung sind risikoäquivalente Versicherungsprämien und übertragbare individuelle Altersrückstellungen ein Erfolg versprechender Weg zu einem unverfälschten Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen – ohne jeden Risikostrukturausgleich.

*Übertragbare individuelle Altersrückstellungen sind gleichsam eine unternehmerische Form des Risikostrukturausgleichs für den Fall des Versicherungswechsels*

72. Mehr zur *vierten Frage*, der Frage also, ob die Aufgabe, die im Konzept der vierzehn Punkte den übertragbaren individuellen Altersrückstellungen zugewiesen ist, nötigenfalls nicht auch von einem insoweit dann dauerhaften Risikostrukturausgleich übernommen werden kann! Es sei damit die Möglichkeit ernst genommen, dass die Realisierung des Projekts der übertragbaren individuellen Altersrückstellungen größere Schwierigkeiten bereitet als bisher angenommen. Die eine der beiden Voraussetzungen bei der zuvor erörterten Frage wird also – um der Klärung alternativer Ideen willen – vorübergehend nicht mehr in Anspruch genommen. Zu den Erwartungen, die sich mit einer grundlegenden Reform des Gesundheitssystem verbinden, gehört zwar, dass die Krankenkassen, sind sie erst einmal mit den richtigen Rahmenbedingungen

konfrontiert, mit der Aufgabe fertig werden, übertragbare individuelle Altersrückstellungen zu bilden, die sich im Wettbewerb bewähren. Dies ist aber eine noch nicht durch spezifische Erfahrung gedeckte Erwartung. Deshalb raten manche auch davon ab, diese Aufgabe dem Markt anzuvertrauen. Man stelle sich daher vor: Alle Elemente des Konzepts der vierzehn Punkte werden verwirklicht, bis auf die Übertragbarkeit individueller Altersrückstellungen.

Zur Vorbereitung auf die vergleichende Würdigung der beiden konkurrierenden Grundvorstellungen sollte man sich zunächst noch deutlicher als bisher eines vergegenwärtigen: Die modellgerecht ermittelte übertragbare individuelle Altersrückstellung, die eine Krankenkasse einem Versicherten schuldet, der sie verlässt, und der Barwert aller Ausgleichszahlungen, die eine Krankenkasse, die einen solchen Versicherten als Mitglied aufnimmt, aus dem – das sei vorausgesetzt: erfolgreich perfektionierten – Risikostrukturausgleich zu erwarten hätte in Ansehung des Überschusses der für diesen Versicherten erwarteten Gesundheitsausgaben über eine normierte Prämieinnahme, sind identisch. Die Krankenkassen, die ihre idealen Altersrückstellungen ermitteln wollen, und die Behörde, die für die Ermittlung der idealen Ausgleichszahlungen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zuständig ist, haben mithin im Prinzip die gleichen Informationsprobleme zu lösen. Nur im Prinzip die gleichen, nicht tatsächlich, weil die für den Risikostrukturausgleich Verantwortlichen sich darauf beschränken können, den Ausgleichsbedarf jeweils für Zeitabschnitte von einem Jahr zu ermitteln. Bei der Ermittlung der richtigen Altersrückstellungen geht das nicht. Darauf ist zurückzukommen (Ziffer 75).

*Das beiden gestellte Informationsproblem lässt sich am ehesten unternehmerisch lösen, nicht administrativ, wahrscheinlich nur unternehmerisch*

73. Will man an den harten Kern der Frage nach dem bestmöglichen Arrangement heran, muss man zuerst und abermals die Anreizprobleme ins Licht rücken. Es war schon davon zu reden, dass die Ausgleichsbehörde in ganz wesentlichem Maße auf Informationen angewiesen ist, die ihr von den Krankenkassen geliefert werden, und dass die Loyalität der Krankenkassen gegenüber den Partnern in der gemeinsamen Aufgabe

gewisse natürliche Grenzen hat, weil sie eigentlich nicht an der richtigen Einschätzung der Morbidität ihrer Versicherten interessiert sind, sondern an derjenigen, die ihre Position im Risikostrukturausgleich optimiert (Ziffer 64). Das ist anders, wenn die Krankenkassen für die Ermittlung der richtigen Altersrückstellungen tätig sind. An anderer Stelle war ausführlich darzulegen, dass diese dann in jedem Falle ihr eigenes Interesse am besten wahren, wenn sie die Altersrückstellungen korrekt ermitteln, also nicht anders, als es zugleich für einen funktionsfähigen Wettbewerb geboten ist (Ziffer 44). Einzuräumen ist: Die Krankheitsrisiken und die Kostenfolgen zu schätzen, bleibt in jedem Falle eine schwierige Aufgabe, sei es für die Bildung von individuellen Altersrückstellungen, sei es für den Risikostrukturausgleich. Aber: Die Hoffnung, diese Aufgaben durch die Krankenkassen zu lösen, die ein starkes Eigeninteresse an korrekten Altersrückstellungen haben, ist viel größer als die Erwartung, dass bürokratische Regelungen zu akzeptablen und wettbewerbskonformen Ergebnissen führen werden. Die Bildung übertragbarer individueller Altersrückstellungen zwingt nämlich jede einzelne Versicherung, die Risiken besonders sorgfältig zu schätzen, weil sie für falsch angesetzte Rückstellungen im Wettbewerb mit anderen Versicherungen hart bestraft werden könnte.

74. In jedem Falle ist es erforderlich, alle vorhandenen Untersuchungen, die Morbiditätsindikatoren und aus ihnen abgeleitete Kostenschätzungen betreffen, auszuwerten und weitere Erfahrungen zu sammeln. Während man aber im Falle des Risikostrukturausgleichs nicht sicher sein kann, ob tatsächlich die besten Erkenntnisse und nicht die taktisch am besten nutzbaren zum Tragen kommen, gibt es solche Unsicherheit nicht, wenn Krankenkassen für sich selbst tätig sind. Selbstverständlich wird es nie gelingen, die künftigen Gesundheitsausgaben für einen Versicherten absolut korrekt zu schätzen. Das Problem haben im Wettbewerb aber sowohl die abgebenden als auch die aufnehmenden Versicherungen. Es gibt keine systematische Verzerrung der Informationen über die Kostenfolgen von Risikomerkmale. Jede Krankenversicherung wird versuchen, eigene Erkenntnisse, Ergebnisse von Studien auszuschöpfen und ihre spezifischen Möglichkeiten der Behandlung von Patienten im Wettbewerb zu nutzen. Dieser dezentrale Suchprozess wird angetrieben durch die wirtschaftlichen Chancen und vor allem durch drohende Verluste im Falle des Irrtums und der Ineffizienz

*Auch sonst gibt es nur Argumente, die am Ende gegen den Risikostrukturausgleich sprechen*

75. Dass sich Informationsprobleme als Anreizprobleme, als unternehmerische Probleme darstellen, ist für den Ordnungspolitiker nichts Ungewöhnliches, auch nicht, dass, wie im vorliegenden Fall, jedes andere Argument der vergleichenden Würdigung zweier fundamental verschiedener wirtschaftspolitischer Wege im Grunde dagegen verblasst. Es gibt sie aber durchaus, die anderen Argumente.

Das Erste, das schon einen kurzen Auftritt hatte (Ziffer 72), geht zunächst in die Gegenrichtung; doch dabei bleibt es nicht; das Argument trägt schon in sich, was es aushebelt. Wiederaufzugreifen ist der Umstand, dass für den richtigen Risikostrukturausgleich ein kleineres Informationsproblem zu lösen ist als für die Ermittlung der richtigen Altersrückstellung, weil ersterer seine Ausgleichsaufgabe jeweils immer nur für ein Jahr zu erfüllen hat, letztere hingegen es grundsätzlich mit der gesamten Restlebensdauer der Versicherten zu tun hat. Konkreter: Die Differenz zwischen Gesundheitsausgaben und Beitragseinnahmen muss im Falle des Risikostrukturausgleichs nicht für die Restlebensdauer eines Versicherten prognostiziert und bei einem Wechsel zu einer anderen Versicherung ausgeglichen werden. Im jährlichen Risikostrukturausgleich kann man sich an zeitnahen Behandlungskosten orientieren. Wenn sich die Behandlungskosten unerwartet verändern, kann das im Risikostrukturausgleich der Folgejahre berücksichtigt werden.

Der Vorteil aus der Erleichterung der Informationsaufgabe scheint gravierend, betrifft er doch nicht nur – und ganz wesentlich – die Abschätzung der Morbidität der Versicherten, sondern auch – und mehr noch – die der Kostenfolgen, die so stark unter den Unsicherheiten der medizinisch-technischen Entwicklung leidet. Zugleich muss man aber auch erkennen, dass der Anwalt des Risikostrukturausgleichs Gefahr läuft, die Ratio einer Versicherung zu ignorieren, sobald er die hier herausgestellte Vereinfachung beim Informationsproblem zu preisen beginnt. Man darf es ihm jedenfalls nicht durchgehen lassen, wenn er Punkte machen will aus dem Umstand, dass sich der Risikostrukturausgleich, verglichen mit dem konkurrierenden Modell, weniger am Risiko ausrichtet als am Tatsächlichen.

Das Gegenargument zum Gegenargument zeigt seine Kraft am deutlichsten, wenn man sich die zeitliche Dimension der Bedeutung eines Versicherungsvertrages vergegenwärtigt, eines guten Versicherungsvertrages notabene, der Versicherern und Versicherten für ein vernünftiges Verhalten die richtigen Anreize setzt. Nirgends ist das so augenfällig wie in dem großen und, was die Kosten anbelangt, noch größeren Bereich der chronischen Erkrankungen. Eklatant ist hier die Verkleinerung des Informationsproblems, sowohl bei der Abschätzung der Morbidität der Versicherten als auch bei der Vorausschätzung der Kostenfolgen, wenn es nur um Risikostrukturausgleichs geht. Noch eklatanter aber sind die Fehlanreize für die Krankenkassen, was den Umgang mit chronischen Erkrankungen anbelangt. Die Versicherungen werden zu einem Verhalten gelenkt, wie wenn sie alle Versicherten nur für ein Jahr versichert hätten und dies dann jedes Jahr neu. Das heißt, höhere Ausgaben in der Zukunft zählen nicht, wenn der dann neu bemessene Risikostrukturausgleich dafür aufkommt, weil der Versicherte bezüglich Morbidität und standardisierte Kosten in eine für die ausgleichsberechtigte Kasse günstigere Klasse kommt. Die Folge ist eine systematische Benachteiligung aller Diagnose- und Therapieformen, die vor allem auf die künftige Entwicklung der Krankheit – und der Kosten – abheben. Die Kassen haben schlicht nichts davon.

76. Der Bereich der chronischen Erkrankungen gibt hierfür nur die beste Anschauung. Im Grunde wird die gesamte vorbeugende Medizin diskriminiert, wenn die einzelne Versicherung aus entsprechenden Programmen zwar die Kosten hat, die Erträge aber beim Fonds für den Risikostrukturausgleich anfallen. Es werden die Anstrengungen nachlassen, das Eintreten von Risiken und die entsprechenden hohen Kosten durch vorsorgende Maßnahmen zu vermeiden; denn das (frühere) Eintreten einer schweren Krankheit wird im Risikostrukturausgleich kompensiert.

Vorbeugende Medizin muss sich lohnen – selbstverständlich nur in dem Maße, wie sie sich gesamtwirtschaftlich lohnt, aber eben auch nicht weniger.

77. Schließlich ist zu reaktivieren, was zuvor schon an Sorgen aus der zweiten Reihe darzulegen war im Zusammenhang mit der Frage nach den Möglichkeiten, den Risikostrukturausgleich ausreichend zu vervoll-

kommen. Es waren die Sorgen wegen der unübersehbaren Versuchung, ihn für vielfältige Maßnahmen zur Einschränkung des Wettbewerbs, zur willkürlichen Förderung bestimmter Aktivitäten, Personengruppen, Regionen zu missbrauchen (Ziffer 64). Übertragbare individuelle Altersrückstellungen sind das überlegene Konzept, um den erwünschten Wettbewerb zu ermöglichen. Sie sind zugleich weitgehend immun gegen Manipulationen, die mit den Aufgaben der Krankenversicherung nichts zu tun haben.

*Nach einer grundlegenden Reform des Gesundheitssystems ist der Risikostrukturausgleich nur noch in einer Phase des Übergangs nötig*

78. Mehr zur *fünften Frage*, der Frage also, ob der Risikostrukturausgleich helfen kann, die Übergangsschwierigkeiten zu bewältigen, die mit einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens verbunden sind. In der Tat kann und muss er das tun. Das Konzept der vierzehn Punkte, in dem übertragbare individuelle Altersrückstellungen eine wichtige Rolle spielen, lässt sich nur in mehreren Schritten verwirklichen. Der Risikostrukturausgleich muss – wenn auch in einem sich reduzierenden Umfang – wesentlich dazu beitragen, die Reform des Krankenversicherungssystems zu begleiten und zu erleichtern. Solche Toleranz folgt schon aus einer einfachen Grundeinsicht: Nachdem der Wechsel zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassen wurde, kann der Risikostrukturausgleich nur in dem Maße zurückgeführt werden, in dem er durch neue Regelungen überflüssig gemacht wird.

79. Auf der Einnahmeseite lässt sich der Risikostrukturausgleich schon kurzfristig ganz wesentlich einschränken, wenn die lohnbezogenen Beiträge durch personenbezogene ersetzt werden. Die Prämien wären dann zwar nicht gleich alle risikoäquivalente Prämien. Nur das Geschlecht könnte – wie in der privaten Krankenversicherung üblich – alsbald in der Prämie berücksichtigt werden. Damit müssten Unterschiede in der Versichertenstruktur, die auf den Merkmalen Geschlecht, Einkommen und unentgeltliche Mitversicherung beruhen, nicht mehr ausgeglichen werden. Außerdem würde die gesetzliche Krankenversicherung davon befreit werden, aus den Krankenkassenbeiträgen Krankengeld sowie Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten zu zahlen. Diese Leistungen kön-

nen durch Zusatztarife abgedeckt oder an andere Versicherungen abgegeben werden. Sie müssten dann ebenfalls nicht mehr in einen Risikostrukturausgleich einbezogen werden, wie er hier zur Diskussion steht.

80. Wenn ein unverzerrter Wettbewerb zwischen den Krankenkassen angestrebt wird, muss der Wechsel zwischen den Kassen auf die Dauer mit übertragbaren individuellen Altersrückstellungen verbunden werden. Der kritische Punkt in der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Fehlen von Altersrückstellungen. Dies schafft mehr als Übergangsprobleme, weil man sich einen Übergang von den bisher einkommensbezogenen Prämien auf künftig personenbezogene, prinzipiell risikoäquivalent zu kalkulierende Prämien nicht so vorstellen kann, dass vom Neubeginn an jeder Altversicherte eine Prämie nach seinem derzeitigen Lebensalter und seinem derzeitigen Gesundheitszustand zu zahlen hat. Nur unter solchen Bedingungen käme ja der Aufbau von Altersrückstellungen rite in Gang, wie es bei einer Krankenversicherung der Fall ist, die neu gegründet wird und deren Neukunden keine Altersrückstellung mitbringen. Nur in diesem Fall käme man ohne Übergangslösungen und also auch insoweit sofort ohne Risikostrukturausgleich aus.

Tatsächlich aber kann man sich nichts anderes vorstellen, als dass alle Altversicherten eine Prämie zu zahlen haben, wie wenn sie schon immer in der Versicherung, in der sie gerade sind, versichert gewesen und außerdem völlig gesund wären; das heißt, sie sind zur günstigsten Einstiegsprämie zu versichern. Zumindest die Krankenkassen mit einem, was Alter und Morbidität anbelangt, unterdurchschnittlich guten Versichertenbestand können damit nicht leben. Und im Prinzip kann niemand damit leben. Das Problem ähnelt seiner Struktur nach dem Übergangsproblem, das eine Rentenversicherung zu bewältigen hat, die vom Umlageverfahren auf das Kapitaldeckungsverfahren umgestellt wird. Gottlob nur der Struktur nach, nicht der Größe nach.

*In der Zeit des Übergangs wird beschleunigt ein Riesenproblem sichtbar, das nur scheinbar ein Problem des Systemwechsels ist, tatsächlich aber auf einem Vermögensdefizit der gesetzlichen Krankenkassen beruht*

81. Das Fehlen von Altersrückstellungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet nicht, dass die dort Versicherten keinen Anspruch auf künftige Gesundheitsleistungen hätten, deren Kosten über die von ihnen zu zahlende Prämie hinausgehen. Hinter diesen Ansprüchen stehen aber in einem Umlagesystem keine Rückstellungen, sondern die Verpflichtung der Versichertengemeinschaft bis in die nächsten Generationen hinein. Wegen der demographischen Entwicklung ist daraus ein Problem geworden, weil der Anteil der Versicherten, die per Saldo in das System einzahlen, deren Beiträge also höher sind als die ihnen zuzurechnenden Gesundheitsausgaben, erheblich zurückgeht. Diese Vorbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt bestehen, unabhängig davon, ob das Umlagesystem erhalten bleibt oder ob auf das Kapitaldeckungs-system übergegangen wird.

82. Zu einer Reform, die in den Kernpunkten eine Reform in einem Schritt sein soll, gehörte es, den alten gesetzlichen Krankenversicherungen aus Anlass der hier diskutierten Reform vorzuschreiben, dass sie ihren Versicherten eine individuelle Altersrückstellung mitzugeben haben (die sie gar nicht vorher gebildet haben), so wie sie umgekehrt Versicherte aus anderen Versicherungen aufnehmen, die eine Altersrückstellung mitbringen. Ihre Vermögensposition würde sich dadurch nicht verändern. Die Altersrückstellung gleicht ja nur die erwartete Differenz zwischen Gesundheitsaufwendungen und Prämien aus. Ein Risiko ist aber zu bedenken. Eine Versicherung gerät in Liquiditätsschwierigkeiten, wenn sich die Altersstruktur ihrer Versicherten verschlechtert, weil beispielsweise die Anzahl der Neuzugänge junger Versicherter zurückgeht oder weil junge Versicherte abwandern.

Um mehr als ein Liquiditätsrisiko geht es allerdings, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Vermögensposition der gesetzlichen Krankenversicherungen derzeit aus demographischen Gründen durchweg negativ sein dürfte – eben weil sie keine Rückstellungen gebildet haben. Die ungedeckten Ansprüche, die das Umlagesystem jeweils auf die nächste

Generation weiterwälzt, werden als Vermögensdefizit offen gelegt, sobald das Recht auf Umlage erlischt.

Ein Vermögensdefizit erkennen heißt, wenn man ehrlich ist, nach Sanierung rufen. Die Aufgabe, den alten gesetzlichen Krankenkassen eine neue und angemessene Anfangsausstattung zu geben, wird allerdings zurecht als eine schwere Last empfunden. Ihr Ursprung hat nichts mit dem hier ins Auge gefassten Neubeginn zu tun. Aber der Neubeginn wird rascher offenbar machen, dass die Last dort nicht bleiben kann, wo sie derzeit – noch im Verborgenen – ruht. Ein gewisser Verbund besteht mit den Problemen des Risikostrukturausgleichs, wenngleich eher vordergründig. Jedenfalls müssen die Sanierung der Krankenkassen und die Aufgabe, gegebenenfalls die Ablösung des auf längere Sicht nicht mehr nötigen Risikostrukturausgleichs zu planen, zusammen auf den Tisch.

*Bedrückend groß ist die neu zuzuteilende Last wegen der demographischen Veränderungen*

83. Die Folgen des Vermögensdefizits der gesetzlichen Krankenkassen werden besonders gut sichtbar, wenn man sich die Wirkungen der demographischen Veränderungen auf die privaten Krankenversicherungen einerseits und die gesetzlichen andererseits ansieht. Die zunehmende Lebenserwartung trifft die gesetzlichen und die privaten Versicherungen grundsätzlich in gleicher Weise. Der für die letzte Lebensphase typische steile Anstieg der Gesundheitsausgaben verschiebt sich dann zwar auf spätere Lebensjahre. Im Ganzen wird die Phase mit Gesundheitsausgaben, die höher sind als die Beitragseinnahmen, länger, so dass die Beiträge angehoben werden müssen.

Die geringe Geburtenrate und die dadurch bedingte Alterung der Bevölkerung trifft die privaten Krankenversicherungen im Prinzip nicht, weil für jeden Versicherten eine Altersrückstellung gebildet wird. Die Prämien können real konstant bleiben. Ganz anders sieht das für die gesetzlichen Krankenversicherungen aus. Da hier für die hohen Gesundheitsausgaben im Alter keine Rückstellungen gebildet werden, muss das laufende Defizit bei den Alten in jedem Fall aus dem laufenden Überschuss bei den Jungen gedeckt werden. Das wird zu einem Problem bei der Beitragshöhe, wenn die Geburtenrate niedrig ist und die Relation der jungen Nettoein-

zahler zu den alten Nettoentnehmern in der Versicherung sich verschlechtert.

84. Ähnlich wie in der gesetzlichen Rentenversicherung werden sich die geringen Geburtenraten verstärkt in gut zehn Jahren auswirken, wenn sich die geburtenstarken Jahrgänge dem Rentenalter nähern. Die gesetzlichen Krankenkassen werden ihre Beitragssätze in den nächsten beiden Dekaden kräftig anheben müssen, weil sie keine Altersrückstellungen gebildet haben, die sie auflösen könnten. Es ist zu befürchten, dass sich die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Kassen immer schwerer aufrechterhalten lässt, wenn sich die Beitragssätze aus demographischen Gründen auseinander entwickeln. Hebt man allerdings die Trennung der Systeme auf, werden die gesetzlichen Krankenkassen den Wettbewerb nicht bestehen können, weil sie mit einer schweren Hypothek von Leistungsansprüchen belastet sind, denen keine Altersrückstellungen gegenüber stehen und die sie dazu zwingen wird, steigende Beiträge zu fordern. Das ist nicht durch einen Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen zu lösen.

85. Will man einen unverfälschten Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen, dann müssen die gesetzlichen Krankenkassen instand gesetzt werden, sich so zu verhalten, wie wenn sie die erforderlichen Altersrückstellungen gebildet hätten, so dass sie nicht deshalb höhere Beiträge verlangen müssen, weil sie zu wenig Neuzugänge an jungen Versicherten haben. Diese Beiträge würden nach den gleichen Grundsätzen kalkuliert wie die typisierten Altersrückstellungen der privaten Krankenkassen (Ziffern 36ff.).

Eine Option wäre, dass den Krankenkassen Vermögen zugeführt wird in Höhe der fehlenden Altersrückstellungen. Eine solche Zuführung lässt sich einfach interpretieren: Will man gleiche Wettbewerbschancen für die bislang gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, müssen die Ansprüche an die nachwachsenden Versicherten in den gesetzlichen Kassen gleichsam abgelöst werden durch Ansprüche an einen Kapitalstock – ersatzweise an einen Garantiegeber –, so dass die Versicherungen sich nicht um einen kontinuierlichen Zustrom von Neuversicherten zu sorgen brauchen. Das Offenlegen der negativen Vermögensposition und die Zuführung von Vermögen – oder Liquiditätsgarantien – im gleichem

Umfang ist noch keine Entscheidung darüber, wer die Lasten trägt. Nach der bestehenden Gesetzeslage werden dazu vor allem die nachwachsenden Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung über steigende Beitragssätze herangezogen. Je älter die bereits Versicherten sind, um so kürzer ist die Phase, in der sie noch von den zu erwartenden steigenden Beitragssätzen betroffen werden.

86. Um einen Eindruck von der Größenordnung des Vermögensdefizits der gesetzlichen Krankenkassen zu gewinnen, ist es zweckmäßig, sich an der Höhe der von den privaten Krankenversicherungen gebildeten typisierten Altersrückstellungen zu orientieren. Diese beliefen sich Ende des Jahres 2000 bei 7,5 Millionen Versicherten auf 116,5 Milliarden DM und damit auf fast 15.500 DM je Versicherten. Unterstellt man vereinfachend den gleichen Rückstellungsbedarf für die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung, so fehlt dort ein Kapitalstock von rund 800 Milliarden DM. Für die Zuweisung der unvermeidbaren Lasten bieten sich verschiedene Möglichkeiten an. Ein sehr einfacher, aber vermutlich nicht gangbarer Weg wäre ein einmaliger Mitteltransfer vom Fiskus. Denkbar wäre auch eine Kreditaufnahme der gesetzlichen Krankenkassen im entsprechenden Umfang, wobei der Kapitaldienst entweder durch staatliche Transfers oder durch eine Umlage von allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgebracht werden könnte, gleichsam als Zuschlag zu der gesetzlichen Regelversicherung – gegebenenfalls auch kombiniert mit einem Staatszuschuss. Die zeitliche Struktur der Belastungen des Staatshaushalts beziehungsweise der Versicherten ließe sich in Grenzen durch die Tilgungsbedingungen und damit durch die Laufzeit des Darlehens gestalten. Würde beispielsweise der Staat einen jährlichen Zuschuss in Höhe von zwei Mehrwertsteuerprozentpunkten (derzeit 34 Milliarden DM) leisten und der Zuschuss mit dem durchschnittlichen realen Wachstum der Bemessungsgrundlage der Mehrwertsteuer (etwa zwei Prozent) steigen, so könnte der Kredit bei einem durchschnittlichen Kapitalmarktzins von real drei Prozent über eine Laufzeit von 28 Jahren abgetragen werden, bei vier Prozent dagegen in 33 Jahren. Ähnlich lange würde es dauern, wenn der Kapitaldienst von den Versicherten durch einen Aufschlag in Höhe von durchschnittlich 666 DM auf die jährlichen Beiträge getragen würde und der Aufschlag ebenfalls mit dem durchschnittlichen Wachstum der Realeinkommen von zwei Prozent steigen würde. Der Aufschlag könnte stattdessen auch

konstant auf der Höhe von 666 DM gehalten werden. Dann würde die Kreditfinanzierung bei einem Realzins von 3 Prozent nach 40 Jahren getilgt sein, entsprechend später bei einem höheren Zinsniveau. Der nominal konstante Zuschlag würde sich im Laufe der Zeit entsprechend der Inflationsrate real verringern und mit dem Ende des hier unterstellten Zeitraum auslaufen. Aber es sind auch andere Varianten vorstellbar.

Das Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen sollte in jedem Fall einmalig und damit endgültig um die fehlenden Altersrückstellungen aufgestockt werden, so dass nicht später die Versuchung entsteht, laufende Verluste aufgrund von Ineffizienz, unbefriedigender Betreuung von Versicherten, unattraktiver Tarife und so weiter in den Kapitalausgleich hineinzudrücken.

Da für alle Neuversicherten Altersrückstellungen gebildet werden, wird das demographische Problem so tatsächlich gelöst – im Gegensatz zu den “Untertunnelungsmodellen”. Bei ihnen wird ein Aufschlag für die nächsten zehn bis zwanzig Jahre erhoben, um mit Hilfe des angesammelten Kapitals die Spitze der unter den Bedingungen des Status quo zu erwartenden Beitragsentwicklung zu kappen. So weit, so gut, aber in alter Manier wird bei solchen Modellen unterstellt, dass nach der ins Auge gefassten Untertunnelungsperiode die Welt wieder in Ordnung ist und keine neuen demographischen Verzerrungen auftreten; denn für die Neuversicherten werden wiederum keine Altersrückstellungen gebildet.

#### 4. Breitere Selbstbeteiligung muss die fundamentale Ineffizienz der Nachfrageentscheidungen im Gesundheitswesen eindämmen

*Es gibt mehrere Möglichkeiten*

87. Die Einsicht, dass man im Gesundheitswesen mehr Selbstverantwortung braucht, mehr Markt, ist gewachsen. Und eine der drei wichtigsten Entscheidungen für mehr Markt im Gesundheitswesen ist die Entscheidung für eine breite und intelligent ausgestaltete Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben.

Eine Selbstbeteiligung ist intelligent ausgestaltet,

- (1) wenn sie im niedersten Bereich möglicher Gesundheitsausgaben – also dort, wo das Interesse eines Menschen, versichert zu sein, eigentlich noch gar nicht ausgeprägt ist – sehr weit reicht, durchaus bis hundert Prozent,
- (2) wenn sie im mittleren Bereich möglicher Gesundheitsausgaben – also dort wo das Interesse des Einzelnen, versichert zu sein, schon erheblich ist, eine gravierende Selbstbeteiligung die wirtschaftliche und soziale Existenz jedoch regelmäßig nicht ernsthaft gefährdet – bis zu etwa einem Drittel der Ausgaben reicht (womöglich sogar bis zur Hälfte),
- (3) wenn sie selbst im Bereich höherer Gesundheitsausgaben im Allgemeinen noch fühlbar wird und nur in Fällen höchster Belastung auf Null sinkt.

Die Anforderung (1) wird von jedem pauschalen Selbstbehalt, wie er von privaten Versicherungen wohl bekannt ist, erfüllt und durch das Angebot einer partiellen Prämienrückerstattung im Falle der Nichtinanspruchnahme der Versicherung verstärkt. Wie man der Anforderung (2) genügen kann, lernt man am besten von der Gesundheitsversorgung für die Angehörigen des öffentlichen Dienstes (siehe Ziffer 33). Die Anforderung (3) wird selbst dort vernachlässigt. Niemand wird aber versiche-

rungstechnische Schwierigkeiten sehen, sie zu erfüllen. Eine Übersicht über die relevant erscheinenden Formen der Selbstbeteiligung ist in Tabelle 3 (Seite 86) versucht worden.

*Von Gesetzes wegen: Grenzen nach oben? - ja, aber auch nach unten?*

88. Was im Interesse der Menschen ist, geschieht in der – nicht regulierten – Marktwirtschaft im Allgemeinen von selbst, braucht also nicht vom Gesetzgeber angeordnet zu werden. Das gilt aber nicht ausnahmslos.

Die im Konzept der vierzehn Punkte vorgesehene allgemeine Selbstbeteiligung an den Regelleistungen einer Krankenversicherung sollen die Beteiligten, also Versicherer und Versicherte, im Vertrag über eine Zusatzversicherung durchaus nach der Art der Gesundheitsleistungen differenzieren dürfen. Sie dürften sie auch im Ganzen dem Umfang nach frei vereinbaren. Aber sie hätten eine Obergrenze einzuhalten.

Ohne Obergrenze könnte die Versicherungspflicht unterlaufen werden, die unentbehrlich ist, damit die Einladung, sich auf die Garantien des Sozialhilfesystems zu verlassen, nicht zu attraktiv wird.

Eine gesetzliche Untergrenze ließe sich ebenfalls, jedoch weniger zwingend rechtfertigen und zwar aus doppeltem Grunde. Der eine Grund ist ein äußerlicher, aber für den Regelvertrag, der sich nur auf die Regelleistungen erstreckt, ein zwingender Grund: Der Normbereich an Ausgaben, den notfalls die sozialen Garantien abdecken sollen (Sozialhilfe, Zuschüsse zu Beiträgen und Selbstbeteiligungen), muss definiert sein. Der andere ist der inhaltliche: Die sozialen Garantien tragen das Gesundheitssystem wesentlich mit. Was die Garantien kosten, wird von der Ausgabendynamik im Gesundheitswesen stark mit bestimmt. Daher hat der Staat als Verantwortlicher für die sozialen Garantien selbst in einem im Übrigen prinzipiell privatwirtschaftlich angelegten System ein legitimes Interesse daran, dass diese Ausgabendynamik, soweit sie auf vermeidbarer Ineffizienz der Entscheidungen, die zu Ausgaben führen, beruht, eingedämmt wird. Dafür aber ist ein Mindestmaß an Selbstbeteiligung derer, denen die Gesundheitsausgaben dienen und die sie zumindest zu einem erheblichen Teil veranlassen, eigentlich unumgänglich. Und zwar wäre, so gesehen,

**Tabelle 3: Formen der Selbstbeteiligung in der  
Krankenversicherung**

Der Versicherte trägt die Kosten **für alle** von ihm in Anspruch  
genommenen **Gesundheitsleistungen**

- (1) **in voller Höhe, soweit** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen
- (2) **in voller Höhe, falls** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen
- (3) **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes**
- (4) **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, soweit** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen
- (5) **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, falls** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen
- (6) **in voller Höhe, soweit** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen, **und in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, soweit** sie den unteren Betrag übersteigen
- (7) **in voller Höhe, falls** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen, **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, falls** sie den unteren Betrag übersteigen
- (8) **in voller Höhe, soweit** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen, **und in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, soweit** sie den unteren Betrag übersteigen **und** einen bestimmten oberen Betrag nicht übersteigen
- (9) **in voller Höhe, falls** sie einen bestimmten unteren Betrag nicht übersteigen, **in Höhe eines bestimmten Prozent-**

**satzes, falls** sie den unteren Betrag übersteigen **und** einen bestimmten oberen Betrag nicht übersteigen

Der Versicherte trägt die Kosten **für eine** von ihm in Anspruch genommene **Gesundheitsleistung**

(10) **in voller Höhe, soweit** sie einen bestimmten Betrag nicht übersteigen

(11) **in voller Höhe, falls** sie einen bestimmten Betrag nicht übersteigen

(12) **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes**

(13) **in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, soweit** sie einen bestimmten Betrag nicht übersteigen

**Anmerkung:**

Die prozentualen Formen der Selbstbeteiligung – gleichviel ob sie durchgängig gilt, eingegrenzt ist oder bedingt – dienen vor allem der Verhaltensbeeinflussung, sprich der Eindämmung der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen, aber auch der Einschränkung des Versicherungsumfanges. Die unbedingten Formen der vollen Selbstbeteiligung („soweit“) dienen, wenn sie sich auf die Gesamtheit der Gesundheitsausgaben des Versicherten beziehen, vor allem der Eingrenzung des Versicherungsumfanges, nur akzessorisch der Verhaltensbeeinflussung (anders bei (13)). Die bedingten Formen der vollen Selbstbeteiligung („falls“) dienen vor allem der Ex-post-Korrektur der Versicherungsprämie zugunsten der guten Risiken, nur akzessorisch der Verhaltensbeeinflussung; sie haben dann regelmäßig die Form der Auslobung einer Beitragsrück-erstattung.

ein Mindestmaß an Selbstbeteiligung grundsätzlich bei jeder ausgabenwirksamen Entscheidung zu verlangen; dieser Grundsatz dürfte nur bezüglich besonders begründeter Ausnahmereiche durchbrochen werden. Als von vornherein begründete Ausnahme könnte allgemein die Absicherung der Fälle höchster Belastung gelten. Dies ergäbe durchaus ein stimmig begründetes Konzept. Aber vielleicht doch noch nicht zwingend genug begründet. Schließlich steht auf der anderen Seite der hehre Grundsatz der Vertragsfreiheit. Nur die alleredelsten Argumente kämen gegen sie an. Eine unnachgiebige Untergrenze für die Selbstbeteiligung ist deshalb nicht in das Konzept der vierzehn Punkte aufgenommen worden.

Im Konkreten hat die Selbstbeteiligung nicht nur den Zweck, die Versicherten dazu zu bewegen, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen die Kosten zu bedenken, sondern sie soll nicht zuletzt auch dazu anregen, kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten und Medikamente herauszufinden und zu nutzen.

#### *Sogar Selbstbeteiligung ist eine Frage der Konsequenz*

89. Die Idee des zu vernünftigen Entscheidungen anreizenden Selbstbehalts regiert auch den Vorschlag bezüglich des staatlichen Zuschusses, der – möglicherweise – im Falle der Überbelastung eines Haushalts mit Gesundheitsausgaben zu zahlen wäre (Ziffer 31). Wenn, so die eine von zwei Varianten für die neue Ausgestaltung der sozialen Garantien im Gesundheitswesen, die Ausgaben eines Haushalts für Krankenversicherungsbeiträge gemäß Regelleistungen sowie für eigene Aufwendungen aufgrund des gesetzlich vorgeschriebenen Selbstbehalts über eine als zumutbar angesehene Belastung von beispielsweise zehn Prozent des Einkommens hinausgehen, soll der Staat den überschießenden Betrag größtenteils übernehmen, größtenteils, aber nicht voll; er sollte sich auf einen Zuschuss von beispielsweise 75 oder 80 Prozent beschränken. In der Schweiz ersetzen die Kantone die gezahlte Prämie bis zu 80 Prozent, insoweit sie mehr als 10 Prozent des Einkommens ausmacht. Um zu verhindern, dass der hohe Zuschuss gleichwohl dazu verleitet, sich besonders hoch zu versichern oder auch nur gleichgültig zu werden gegenüber den hohen Prämien schlecht geführter Versicherungen, sollte dem Ausgleich zwischen Versicherten und Staat eine Standardprämie

zugrunde gelegt werden. Dann lohnte es sich, einen preiswerten Versicherer zu suchen, weil der Prämienvorteil voll dem Versicherten zugute käme. Im Übrigen kämen die individuellen Präferenzen bei der Auswahl von Art und Umfang der versicherten Leistungen unverfälscht zum Zuge.

*Was gegen Selbstbeteiligung vorgebracht wird*

90. Gegen die Selbstbeteiligung wird seit eh und je vorgebracht, sie sei praktisch wirkungslos. Das ist zwar im offenen Widerspruch zu dem, was jeder Einzelne mit sich selbst erlebt, wenn die Selbstbehaltsklausel in einem von ihm abgeschlossenen Versicherungsvertrag akut wird, zum Beispiel im Falle einer Kfz-Haftpflicht. Aber die anscheinend oft ideologisch inspirierte Opposition gegen mehr Selbstbeteiligung im staatlich reglementierten Gesundheitswesen ist immun gegen solch simple Form von Evidenz. Vielleicht hilft eine andere, sehr weit reichende Analogie weiter: Die Rationalität der Nachfrageentscheidungen ist im Gesundheitswesen mit so guten oder so schlechten Gründen nicht der abschreckenden Wirkung der gesamten Kosten einer Gesundheitsleistung, sondern bloß der Kosten in Höhe des Selbstbehalts der Versicherten anvertraut, wie in der gesamten Wirtschaft die Rationalität der Erwerbsentscheidungen – also im Grunde alles Erwerbsstreben – nicht dem Anspruch auf den gesamten erwirtschafteten Ertrag anvertraut ist, sondern bloß dem Anspruch auf das vergleichsweise bescheidene Nettoeinkommen. Hat der Versicherte etwa ein Drittel der Ausgaben für eine Gesundheitsleistung zu tragen, müssen wir hoffen, dass dies ausreicht, ihn zu einer einigermaßen sorgfältigen Prüfung dessen, was sparsamer Umgang mit knappen Gütern gebietet und an Vorteilen verheißt, zu veranlassen. Aber in nur allzu vielen Fällen bleibt auch dem Erwerbstätigen nicht viel mehr als ein Drittel von dem, was er erwirtschaftet, wenn sich erst der Staat mit all seinen Steuern und anderen Abgaben bedient hat. Und doch erwarten wir, dass das Erwerbsstreben der Menschen darunter nicht erstirbt oder unerträglich leidet.

91. Gegen die Selbstbeteiligung wird auch eingewandt, dass Haushalte mit geringem Einkommen und chronisch Kranke ohnehin ausgenommen werden müssten. Nichts davon versteht sich von selbst.

Es steht außer Diskussion, dass Personen, die wegen eines sehr geringen Einkommens durch die volle Versicherungsprämie zuzüglich Selbstbehalte überfordert werden, die Unterstützung der Gesellschaft brauchen. Aber das bedeutet nicht, dass für sie eine Eigenbeteiligung generell nicht in Betracht kommt. Man käme auch nicht auf die Idee, bei den Kosten für eine Wohnung, die durch die Zahlung von Wohngeld gemindert werden, auf eine „Selbstbeteiligung“ der Einkommensschwachen, die zum Wohngeld berechtigt sind, zu verzichten.

Bezüglich der chronisch Kranken gilt das gleiche Prinzip. Wer die Kosten nicht tragen kann, muss unterstützt werden. Wer sie tragen kann, muss sie tragen, auch wenn der Ursprung in einer chronischen Erkrankung liegt. Hat jemand eine Versicherung mit einer Selbstbeteiligung abgeschlossen, muss er, bei einem entsprechenden Einkommen, den vereinbarten Anteil an den Kosten tragen, selbst wenn eine chronische Erkrankung die Kosten stark nach oben treibt. Er hat nicht grundsätzlich einen Anspruch gegen andere – andere mit möglicherweise geringerem Einkommen –, ihm die Kosten zu erstatten. Auch die chronische Erkrankung ist – einschließlich der durch sie verursachten Kosten – zunächst einmal ein persönliches Risiko, nicht ein von vornherein zu sozialisierendes. Im Übrigen verliert die Selbstbeteiligung selbst bei chronisch Kranken nicht ihre Funktion, auf kostengünstige Behandlungsmethoden hinzuwirken.

## 5. Die Festlegung von Regelleistungen muss den durch soziale Garantien abgesicherten Bereich begrenzen

### *Noch einmal: Zur Philosophie der Reform*

92. Die Grenze zwischen Eigenverantwortung und sozialen Garantien, so die Bundesministerin für Gesundheit, ist neu und zukunftssicher festzulegen – zukunftssicher, das heißt für eine Zukunft, in der die Leistungen, die die Bürger im Namen der Gesundheit reklamieren könnten, nahezu ins Unermessliche steigen möchten. Das Nachdenken über die neue Grenzziehung verlangt weit auszuholen.

93. Die Leistungen des Gesundheitssystems sollen dem entsprechen, was die Menschen wünschen und was sie bezahlen wollen, und sie sollen in einem hohen, im Einzelnen aber von der Gesellschaft zu definierenden Maß auch denen zur Verfügung stehen, die sie nicht bezahlen können. Das Konzept der vierzehn Punkte gibt Raum dafür, beides bestmöglich zu verwirklichen. Es zielt freilich auf Änderungen auch dort, wo Änderungen dem Sozialpolitiker wehtun. Schon die Erfahrungen mit dem tradierten Gesundheitssystem haben zu der Einsicht geführt: Eigenverantwortung und soziale Garantien müssen neu austariert werden, zugunsten von wieder mehr Eigenverantwortung. Und Zukunftsvorsorge verlangt, damit keinesfalls zu warten, bis die Menschen kommen und unter Berufung auf die unscharf gehaltenen Versprechungen des Sozialgesetzbuches vielleicht verlangen, mit Hilfe geklonter Organe und Glieder auf Kosten der Ortskrankenkasse grunderneuert zu werden.

Wer von „neu austarieren“ spricht, denkt nicht an revolutionierende Änderungen. Eine freiheitliche Gesellschaft muss zwar akzeptieren, dass aus dem frei bestimmten und oftmals rivalisierenden Tun der Einzelnen beträchtliche Unterschiede in deren Einkommen und in den vom Einkommen bestimmten Lebenschancen erwachsen können, und dies selbst dann, wenn für die Angleichung der Startchancen der Menschen das Mögliche getan wäre. Aber: Die Bereitschaft in der Gesellschaft, solche Unterschiede zu tolerieren, hat Grenzen. Und diese Grenzen sind dort am engsten gezogen, wo es um die Frage geht, wie ungleich die Chancen des Zugangs zu Gesundheitsleistungen sein dürfen. Bei der Gesundheit soll

die Ungleichheit geringer sein als anderswo. Das Neu-Austarieren wird dem Sozialpolitiker erschwert, weil die am Markt entstehenden Einkommen eher ungleicher werden; so jedenfalls das Bild in vielen OECD-Ländern (OECD Economic Studies Nr. 29, 1999).

94. Dem Sozialpolitiker sind bezüglich der ihm eigenen Ziele ohnehin die Hände gebunden, weil Wachstum und Beschäftigung im Argen liegen, und er sich nicht ohne Grund unter Anklage gestellt fühlt, dafür mitverantwortlich zu sein. Wachstum und Beschäftigung werden begrenzt durch ständigen Widerstand gegen die vom Markt bestimmte Einkommensverteilung. Wachstum und Beschäftigung werden begrenzt durch eine unzureichende Erfüllung der klassischen Staatsaufgaben, im Besonderen im Bildungswesen und bei den Diensten, die von der öffentlichen Infrastruktur erwartet werden, und auch dahinter steht, so der Vorwurf, der ins Übermaß gewachsene Sozialstaat. Wachstum und Beschäftigung werden begrenzt durch zu hohe Steuern und steuerähnliche Abgaben, im Besonderen dann und insoweit als diese nur dazu dienen, eine übermäßig ausgeweitete staatliche Redistribution zu ermöglichen. Wachstum und Beschäftigung werden begrenzt durch ein Übermaß an Regulierungen, und diese verdanken sich ebenfalls nur allzu oft nackten verteilungspolitischen Interessen, die sich in unverblümter Wettbewerbsfeindlichkeit lähmend auf unternehmerische Initiative und individuelles Leistungsstreben legen.

95. Das Drängen auf mehr Eigenverantwortung, mehr Freiheitlichkeit hat allerdings seinen Ursprung nicht allein in der Diagnose, bei der Abwägung zwischen den großen gesellschaftlichen Zielen müsse es ein erneutes Tarieren der Zielgewichte geben. Freiheitlichkeit ist gewiss in erster Linie um ihrer selbst willen gerechtfertigt; sie ist es jedoch auch um der Effizienz willen, die sie nicht nur ermöglicht, sondern überall, wo sie herrscht und für Wettbewerb sorgt, selbst hervorbringt. Effizienzgewinne aber greifen allemal entlastend über auf fast alle Aufgaben, denen sich die Sozialpolitik verpflichtet sieht. Man darf es als großen Fortschritt ansehen, dass dies heute auf allen Seiten der sozialpolitischen Diskussion, soweit sie sich mit dem Gesundheitssystem befasst, im Allgemeinen so gesehen wird. Im Allgemeinen! Jeder hat erkannt, dass es ohne Ausschöpfung der Effizienzreserven, die im System schlummern, nicht geht. Aber dass das auch heißen soll: die Grenze, die Eigenverantwortung

und soziale Garantie voneinander trennt, muss anders gezogen werden, das ist für viele eher noch ein kühner Gedanke.

*Regelleistungen für das medizinisch Notwendige*

96. Ein ausreichend großes Gewicht der privaten Eigenverantwortung bei der Absicherung von Gesundheitsrisiken ist durch eine breitere Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben allein nicht zu erreichen. Neu zu definieren ist auch, welche Gesundheitsleistungen jedermann garantiert sein sollen. Die nötige Begrenzung betrifft die weitere Expansion in der Zukunft stärker als den inzwischen erreichten Stand der Versorgung.

97. Der für die Krankenversicherung in Deutschland charakteristische Grundsatz, dass der Leistungsrahmen der Kassen offen sein müsse, offen auch für neue Diagnose- und Therapiemethoden sowie neue Medikamente, muss auch in Zukunft gelten. Der Kronberger Kreis hält aber, wie viele andere, für nötig, künftig zu unterscheiden zwischen einem Katalog von Regelleistungen, für die eine Versicherungspflicht gilt, und einer offenen Menge von Wahlleistungen, auf die der Einzelne nur Anspruch hat, insoweit er eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen hat. Mit der Bestimmung der Regelleistungen und einer korrespondierenden Mindestversicherungspflicht wird der Bereich, in dem die sozialen Garantien voll zur Geltung kommen sollen – der Staat steht notfalls für die Beiträge ein –, begrenzt und gegen Missbrauch abgeschirmt – jeder muss Vorsorge treffen.

*Zwei Gesichter: Die Entscheidung zwischen Wahlfreiheit und Pflicht, Eigenverantwortung und Rückversicherung durch den Staat*

98. Die beiden Gesichter der Festlegung von Regelleistungen sind mit einem unterschiedlichen Konfliktpotential konfrontiert. Es sei unterstellt, dass der Wechsel vom lohnbezogenen zum personenbezogenen Krankenkassenbeitrag akzeptiert ist, hier also keine Rolle mehr spielt.

– Das eine Gesicht: Die Scheidung der Bereiche von freier Wahl und Pflicht ist für sich genommen ein eher harmloser Vorgang. Niemand hat gern Zwang. Der Bürger hat insoweit nichts gegen ein restriktives

Vorgehen bei der Bestimmung von Regelleistungen. Er kann das, was der Vormund gebietet, nach oben beliebig korrigieren. Es ist allein der Staat, der auf ein Minimum an versicherungspflichtigen Leistungen drängt.

- Das andere Gesicht: Die Scheidung des strikt eigenverantworteten Bereichs vom staatlich rückversicherten Bereich trennt Bürger, die sich in unterschiedlicher sozialer Lage befinden. Wer damit rechnet, die sozialen Garantien in Anspruch nehmen zu können – zum Beispiel in Form staatlicher Zuschüsse zu seinen Krankenkassenbeiträgen – und dabei mehr zu gewinnen erwartet, als er zu deren Finanzierung beizutragen hat, drängt auf eine weitherzige Bestimmung der Regelleistungen. Wer auf keinen Fall damit rechnet, die sozialen Garantien in Anspruch nehmen zu können, ist, solange er sich allein von den eigenen Interessen leiten lässt, auf jeden Fall für eine möglichst restriktive Bestimmung der Regelleistungen. Dazwischen gibt es die möglicherweise nicht kleine Gruppe derer, die sich unsicher sind, zu wem sie denn gehören werden; ihre Einstellung zum Risiko wird sie dabei leiten, wen sie politisch unterstützen. Der Staat als solcher, allemal knapp an Geld, ist an einer restriktiven Bestimmung der Regelleistungen stärker interessiert als an einer weitherzigen; er wird sich aber womöglich auch von der Furcht leiten lassen, dass ihn sozialer Unfriede ebenfalls viel Geld kosten kann.

Wer die Dinge so nüchtern betrachtet, wird schnell dem Vorwurf begegnen, er scheue vor einer Entsolidarisierung der Gesellschaft nicht zurück. Das ist ernst zu nehmen und muss bei der Formulierung der Grundlinien für die Bestimmung der Regelleistungen bedacht werden.

#### *Leitvorstellung für das Inhaltliche*

99. Leitvorstellung für die Bestimmung der Regelleistungen sollte sein, dass diese als im Krankheitsfall medizinisch notwendige Leistungen anzusehen sind und zugleich als so bedeutsam, dass sie grundsätzlich von jedem Bürger unabhängig von seinem Einkommen sollen in Anspruch genommen werden können.

- (1) Jedermann muss die Gewissheit haben, dass ihn selbst eine Erkrankung, die zu heilen mit hohen Ausgaben einhergeht, nicht in den Ruin treiben wird. Zumal ältere Menschen, die häufig für mehrere Krankheiten anfällig sind, die eine kostenträchtige Therapie nach sich ziehen können, verlangen nach der Gewissheit, dass es eine Altersbegrenzung bei bestimmten Behandlungsmethoden, beispielsweise Dialysen oder Hüftgelenkoperationen, wie sie andere Länder (Großbritannien, Schweden) praktizieren, in Deutschland auch in Zukunft nicht geben werde.
- (2) Niemand soll sich aber davon leiten lassen, dass die Kosten bei jeder Krankheit, selbst der banalsten, jedwede vom Einzelnen gewünschte Untersuchung oder Therapie des Körpers oder der Seele in erster Linie die Gesellschaft und nicht ihn selbst angeht. Nicht jedes Krankheitsrisiko verlangt so eindeutig nach Absicherung, dass notfalls eine Solidargemeinschaft dafür eintreten muss. Nicht jede Manipulation von Körper oder Seele hat mit Krankheit zu tun und also mit jener Art von Risiken, für die man die Hilfe aller mit so viel Pathos verlangen kann, wie es üblich geworden ist.

100. Medizinisch absolut notwendig und insoweit ohne Wenn und Aber in den Katalog der Regelleistungen aufzunehmen sind alle Leistungen, die lebensbedrohende Erkrankungen betreffen. Medizinisch nicht absolut notwendig sind Leistungen zur Behandlung von Trivialerkrankungen, bei denen oft auch eine spontane Heilung eintritt (zum Beispiel Erkältungen); sie müssen nicht als Regelleistung gelten.

Ebenfalls nicht zum absolut Notwendigen zählt die Versicherungszahlung für Leistungen in Schadensfällen, die ihrer Art, wenn auch nicht dem Zeitpunkt nach vorhersehbar sind und für die der Einzelne daher selbst finanzielle Vorsorge treffen kann (zum Beispiel Zahnersatz).

Eindeutige Kandidaten für die Verabschiedung aus dem Katalog der Regelleistungen sind sämtliche Leistungen, die ihrer Art nach nichts mit Krankheit zu tun haben, aber gleichwohl gegenwärtig von den Krankenkassen finanziert werden (zum Beispiel Sterilisation, künstliche Befruchtung, die Zahlung von Mutterschaftsgeld, von Sterbegeld).

Innerhalb des Dreiecks der klaren oder doch einigermaßen klaren Fälle – Großrisiken, Trivialerkrankungen, nicht versicherungsbedürftige Risiken – liegt die Vielfalt dessen, was im Leben vorkommt und die Entscheidung, was zu den Regelleistungen zählen soll und was nicht, schwer macht. Es gibt kein wissenschaftlich begründetes Kriterium, dem man sich beruhigt anvertrauen könnte. Das Problem besteht schon im gegenwärtigen System. Der Gesetzgeber hat sich davongestohlen mit der Festlegung eines sehr breit gezogenen, aber im Grunde schemenhaften Maßstabs. Laut Sozialgesetzbuch müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse „ausreichend“, „bedarfsgerecht“, „zweckmäßig“, „wirksam“ und „human“ sein. So geht es nicht. Wenn künftig der Katalog der Regelleistungen enger zu fassen ist, sind nicht nur eindeutige Sachurteile, sondern auch klarere Werturteile erforderlich.

#### *Leitvorstellung für das Verfahren*

101. Wenn man sich nichts vormacht, wird man die Bestimmung der Regelleistungen, die eine Spezifizierung und zugleich Begrenzung der mit sozialen Garantien abgestützten Mindestversicherung darstellt, zu den größten Herausforderungen in der Gesundheitsreform rechnen. Die Erfahrungen in anderen Ländern wie beispielsweise in der Schweiz zeigen, dass sich der Katalog der zu versichernden Gesundheitsleistungen nur schwer verringern lässt. Der Konsens über die von der Versicherungspflicht auszuklammernden Leistungen reicht meist nicht weit. Es kann schon als Erfolg angesehen werden, wenn die im Rahmen einer Mindestversicherung finanzierten Leistungen etwa zehn Prozent weniger kosten als jene, auf die die Versicherten vor der Reform Anspruch hatten.

102. Zu unterscheiden ist zwischen Entscheidungen, die festlegen, ob ein bestimmtes Risiko, zum Beispiel das Risiko, dass der Versicherte Zahnersatz benötigt, versichert sein soll oder nicht, und Entscheidungen darüber, ob eine bestimmte Diagnose- oder Therapieform als Regelleistung gelten soll oder nicht. Entscheidungen von der ersten Art können so weit reichend sein, dass der Gesetzgeber sie sich vorbehalten sollte. Entscheidungen von der zweiten Art sollten durchgängig von einem Gremium getroffen werden, das in erster Linie fachlich legitimiert ist. Um so präziser müssen dann freilich die normativen Vorgaben ausfallen, die

der Gesetzgeber dem Gremium für seine notwendigerweise zu einem ganz erheblichen Teil von Werturteilen geprägten Entscheidungen mit auf den Weg gibt. Denn die Legitimation für den wertenden Gehalt der Entscheidungen, die das Gremium zu treffen hat, kann grundsätzlich nur von dessen Auftraggeber kommen.

Die Regelleistungen können nicht ein für alle Mal festgelegt werden, sondern bedürfen der Fortschreibung. Das gilt zumal für Entscheidungen der zweiten Art. Der medizinisch-technische Fortschritt sorgt für Innovationen, die neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnen, die bezüglich ihrer medizinischen Effektivität den bisher bekannten überlegen sein können. Es muss also immer wieder darüber entschieden werden, wann welche zusätzlichen Diagnose- und Therapieformen in den Katalog der Regelleistungen aufgenommen werden sollen und welche Leistungen aus dem Katalog herausgenommen werden können.

103. Zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen können Entscheidungen über die Anerkennung von Diagnose- oder Therapieformen als Regelleistung der Krankenversicherung in einem wesentlichen Maße nur beitragen, wenn die Frage nach der Effizienz einer Diagnose- oder Therapieform bei der gebotenen Prüfung viel maßgeblicher wird als bisher. Und das müsste bedeuten, dass eine Diagnose- oder Therapieform aus dem Katalog der Regelleistungen herausgenommen wird, weil es inzwischen andere Diagnose- oder Therapieformen gibt, die anerkanntermaßen überlegen sind oder als „eindeutig kostengünstiger“ beurteilt werden.

Bei den schwierigen Entscheidungen, die hier zu treffen sind, kann man womöglich die Erfahrungen nutzen, die inzwischen mit der weltweit an Boden gewinnenden „evidenzbasierten Medizin“ gemacht worden sind. Bei der evidenzbasierten Medizin geht es darum, dem Patienten auf der Grundlage eines gesicherten Kenntnisstandes die angemessene Behandlung zukommen zu lassen und ihm auch Transparenz darüber zu verschaffen, welche Verfahren den größten Heilungserfolg versprechen. Zur evidenzbasierten Medizin gehört nicht nur das Ausschließen unwirksamer Behandlungsmethoden, sondern im Grunde umgekehrt eine Therapie auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die wissenschaftliche Entwicklung in den vielen Fachgebieten der Medizin

ist aber vom einzelnen Arzt kaum noch zu überblicken. Jedes Jahr erscheinen mehrere Tausend neue klinische Studien, so dass neue Erkenntnisse für eine wirksame Diagnose und Therapie in der täglichen Praxis nur selektiv wahrgenommen werden können, und oftmals nur mit größeren zeitlichen Verzögerungen; der Patient, meist medizinisch ein Laie, versteht sie ohnehin nicht. Deshalb ist es vernünftig, von kompetenter Seite die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen zusammenzufassen und laufend zu aktualisieren, und sie in verständliche Behandlungsleitlinien umzuformen, die in der ambulanten und stationären Versorgung den Wirkungsgrad erhöhen und die Effizienz beim Ressourceneinsatz verbessern. In einigen Ländern (USA, Kanada, Niederlande, Skandinavien) sind mit evidenzbasierten Behandlungsleitlinien anscheinend ermutigende Erfahrungen gemacht worden. Davon könnte man sich hierzulande bei der Neugestaltung des Regelleistungskatalogs inspirieren lassen.

104. Für die Aufgabe, die Regelleistungen festzulegen, muss eine Kommission von unabhängigen Sachverständigen neu geschaffen werden – eine Gesundheitskommission. Was es an Gremien schon gibt, taugt nicht für die hier bezeichneten Zwecke. Sie sind entweder zu politiknah oder zu wenig unabhängig von den Interessen, denen die Mitglieder der Gremien verpflichtet sind. Deshalb kommt auch weder der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen noch der Bundesausschuss Krankenhaus, beides Gremien, die im heutigen System für die Bestimmung des Leistungsumfangs in der gesetzlichen Krankenversicherung bei der ambulanten beziehungsweise der stationären Versorgung zuständig sind, dafür in Betracht. Die Mitglieder dieser Ausschüsse sind nicht frei vom Einfluss partikularer Interessen, so wie es auch der Koordinierungsausschuss nicht ist, in dem die Verbände der Krankenkassen und Krankenhäuser sowie die Ärztekammern vertreten sind. Sie verhindern nicht, sondern bewirken, dass der Katalog der Regelleistungen überdimensioniert wird. Es sind die immer wieder probierten korporatistischen Ansätze, denen diese Gremien ihre Existenz verdanken. Man sollte sich für die Reform des Gesundheitswesens nichts mehr von ihnen versprechen. Die neu einzusetzende Gesundheitskommission muss von Gesetzes wegen mit absoluter Unabhängigkeit ausgestattet werden, damit ihre Mitglieder bei der Bestimmung von Regelleistungen eigenverantwortlich und frei von staatlicher oder partikularer Einflussnahme entscheiden können.

*Für Wahlleistungen bedarf es keiner Regelungen*

105. Der Versicherte kann es bei den Regelleistungen belassen, er kann sich aber durch eine Zusatzversicherung weitere Leistungen sichern. Im Bereich der Wahlleistungen hat der Bürger alle Möglichkeiten, sich den eigenen Präferenzen entsprechend zu verhalten. Er mag sich sogar für Leistungen versichern, die nur noch in einem sehr losen Zusammenhang mit der Behandlung von Krankheiten stehen. Bezüglich der Wahlleistungen bedarf es keiner weiteren Regelungen.

## 6. Andere Schwerpunkte

106. Das Konzept der vierzehn Punkte zielt vor allem darauf ab, den Wettbewerb zu stärken und dadurch die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens zu verbessern. Mit in der Führungsrolle liegt das Anliegen, die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen und die Verantwortung für die Kosten enger zu verbinden, um die Kosten in Grenzen zu halten und eine finanzielle Gefährdung des Gesundheitssystems zu verhindern. Mit diesem Ansatz wird die Erwartung verbunden, dass die Steuerung über das Preissystem im Wettbewerb die entscheidenden Anreize setzt, die Gesundheitsleistungen richtig auszuwählen und möglichst kostengünstig zu erstellen.

In der öffentlichen Diskussion werden die Schwerpunkte überwiegend anders gesetzt. Ein Teil der Vorschläge wie etwa die Ausweitung des Versichertenkreises, die Senkung des Mehrwertsteuersatzes für die umsatzsteuerpflichtigen Gesundheitsleistungen oder die Gewährung staatlicher Zuschüsse läuft darauf hinaus, die Kosten anders zu verteilen und zum Teil auf Personen zu verlagern, die nicht oder nicht unmittelbar leistungsberechtigt sind. Sie tragen nicht dazu bei, Effizienzmängel, die auf Fehlsteuerungen im System beruhen, zu beseitigen. Eine Reihe von Vorschlägen richtet sich aber durchaus hierauf. Dazu gehört etwa die Ablösung des Pflegesatzsystems in Krankenhäusern durch ein leistungsorientiertes und pauschaliertes Entgeltsystem. Andere Ansätze sind noch breiter angelegt und verheißen auch schon mal, zugleich die Qualität der Gesundheitsleistungen und damit den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und einen Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems zu liefern. Das lohnt einige etwas eingehendere Reflexionen.

### *Rationalisierung durch neue Behandlungsformen*

107. In jüngster Zeit ist das Krankheitsmanagement, die abgestimmte systematische Betreuung und Behandlung der Kranken, stark propagiert worden. Dabei handelt es sich um Behandlungsprogramme, mit denen insbesondere die Therapie von chronisch Kranken optimiert werden soll. Ziel ist es, Komplikationen, Folge- und Mehrfacherkrankungen zu ver-

meiden. Zu diesem Zweck sollen Untersuchung und Behandlung der Betroffenen in einem integrierten Programm zusammengefasst und ständig überwacht werden. Die Behandlung soll einen hohen Qualitätsstandard erreichen. Es sollen also nur Medikamente und Behandlungsmethoden eingesetzt werden, deren Wirksamkeit bezüglich der spezifischen Krankheit nachgewiesen ist.

Dieser Ansatz zielt darauf, Ineffizienz durch Paralleluntersuchungen und nicht abgestimmte Behandlungskonzepte zu überwinden und die jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die Behandlung nutzbar zu machen. Um solche Anstrengungen zu unterstützen, hat der Gesetzgeber im Jahre 2001 beschlossen, das Krankheitsmanagement (Disease-Management) im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu fördern. Die Zielsetzung dieses Konzepts ist zu begrüßen. Aber das heißt nicht, dass eine Förderung geboten ist und der Risikostrukturausgleich damit belastet werden sollte. Ob die angestrebte qualitative Verbesserung der Behandlung chronisch Kranker letztlich zu einer Kostenentlastung führt, ist noch offen. Zunächst sind auf jeden Fall zusätzliche Mittel erforderlich, um die Programme in Gang zu setzen. Wenn sich zeigt, dass sie sich selbst finanzieren, werden die Versicherungen aus eigenem Interesse versuchen, sie verstärkt einzuführen. So weit der zusätzliche Aufwand für die Betreuung und Qualitätssicherung zwar den Gesundheitszustand verbessert, aber nicht zu einer entsprechenden Senkung der späteren Aufwendungen führt, stellt sich die gleiche Frage wie bei allen anderen Gesundheitsleistungen auch, nämlich inwieweit sie im Rahmen der Versicherungspflicht oder über freiwillige Zusatzvereinbarungen abgedeckt werden sollen.

#### *Rationalisierung durch verstärkte Prävention*

108. Manche Sachverständige treten mit Nachdruck für eine verstärkte Prävention ein. Sie sehen darin einen der wichtigsten Ansätze, den Gesundheitszustand zu verbessern und das Gesundheitswesen erheblich zu entlasten. Sie halten es für möglich, das Eintreten chronischer Erkrankungen spürbar zu verzögern und die Gefahr von Mehrfacherkrankungen erheblich zu verringern. Dadurch ergäbe sich ein Einspareffekt, der auf anderen Wegen kaum zu erreichen sei. Die empirische Stütze solcher Argumentation ist zunächst einmal der Befund, dass in der

gesetzlichen Krankenversicherung der weitaus größte Teil der Leistungsausgaben durch Versicherte verursacht wird, die an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen leiden. Außerdem belegen empirische Studien die Erfolgsaussichten einer gezielten und systematischen Prävention.

Nichts spricht dagegen, die Chancen solcher Prävention wahrzunehmen. Soweit diese Chancen als realistisch angesehen werden, würde die verstärkte Ausrichtung der Krankenversicherung auf den Wettbewerb dazu beitragen, sie zu nutzen. Unter Wettbewerbsbedingungen wird jede einzelne Versicherung versuchen, sich Kosten- oder Leistungsvorteile zu verschaffen. Der Wettbewerb zwingt sie dazu, nach Möglichkeiten der Kostenentlastung und der Leistungsverbesserung zu suchen, wo immer das aussichtsreich erscheint. Er sorgt aber auch dafür, dass Vorhaben wieder eingestellt werden, die sich als ungeeignet und unwirtschaftlich erweisen. Adressat von Empfehlungen und Forderungen nach mehr Prävention sind in einem Wettbewerbssystem die Krankenversicherungen und nicht die öffentliche Hand.

#### *Rationalisierung im Arzneimittelsektor*

109. Zahlreiche Reformvorschläge betreffen den Arzneimittelsektor, in dem nicht weniger als ein Siebentel der Gesundheitsausgaben anfällt (Tabelle 4). Die Politiker sehen sich immer wieder aufs Neue unter Druck gesetzt, für Kostendämpfung zu sorgen.

Grundlegende Probleme haben ihren Ursprung in einem Netz von ungewöhnlich strengen Regulierungen, die diesen Wirtschaftsbereich durchziehen. Das beginnt mit einer gesetzlichen Festlegung, welche Arzneimittel apothekenpflichtig sind. Es setzt sich fort mit der Arzneimittelpreisverordnung, die die Handelsspannen bestimmt, welche für den Großhandel und den Einzelhandel, den Apotheken also, gelten. Die Folge davon ist, dass es keinen Preiswettbewerb bei der Abgabe von Arzneimitteln durch die Apotheken geben kann, überall in Deutschland sollen die Medikamente den gleichen Preis haben. Schon in alten standesrechtlichen – notabene nicht wettbewerbsfreundlichen – Traditionen wurzelt, dass Apotheker keine Werbung für Arzneimittel treiben und nicht mehr als eine Apotheke besitzen dürfen. So können sich keine Apothekenketten bilden, bei denen Größen- und Verbundvorteile kostensenkend zu reali-

<b>Tabelle 4: Ausgabenanteile nach Behandlungsarten in der gesetzlichen Krankenversicherung (alte Bundesländer)*)</b>				
Jahr	1970	1980	1990	2000
Behandlung durch Ärzte	22,9	17,9	18,2	17,7
Behandlung durch Zahnärzte	7,2	6,4	6,1	6,1
Stationäre Behandlung	25,2	29,6	33,2	35,0
Arzneimittel	17,7	14,3	16,3	14,9
Heil- und Hilfsmittel	2,8	5,7	6,5	6,3
Zahnersatz	3,5	8,6	3,6	2,8
*) Jeweilige Ausgaben in Prozent der gesamten Ausgaben für Leistungen. Ab 1995 einschließlich Ost-Berlin Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001				

sieren wären. Auch ein Versandhandel mit Arzneimitteln ist noch nicht zulässig. Schließlich: Sogar die so genannten Generika – das sind patentfrei gewordene Arzneimittel, die von jedem Hersteller nachgeahmt und angeboten werden dürfen – unterliegen vielfach einer Preisregulierung.

Gleichwohl muss man sich vor Überzeichnungen hüten. Die einschneidendsten Regulierungsinstrumente, die jedweden Wettbewerb praktisch ausschließen würden, werden in Deutschland nicht verwandt: So gibt es eine Bedürfnisprüfung für die Errichtung einer Apotheke seit dem Jahre 1958 nicht mehr; sie gilt als verfassungswidrig. Auch hat der Gesetzgeber

bis heute darauf verzichtet, die Herstellerabgabepreise bei Arzneimitteln zu regulieren. Damit bleibt ein wichtiger wirtschaftlicher Anreiz zur Entwicklung neuer Präparate durch die pharmazeutische Industrie erhalten, was nicht zuletzt den Versicherten zugute kommt, vorausgesetzt natürlich, es handelt sich um echte Neuerungen mit gesicherter therapeutischer Wirksamkeit. Im Übrigen erwägt die Bundesregierung, im Bereich der Apotheken mehr Wettbewerb zu ermöglichen, und zwar durch den Vertrieb von Medikamenten über das Internet, wie er in anderen Ländern, den Niederlanden, Großbritannien, den Vereinigten Staaten beispielsweise, schon praktiziert wird. Nutznießer wären vor allem die Patienten, die wegen ihrer Erkrankung oder aus anderen Gründen immobil sind.

110. Große Erwartungen im Hinblick auf Kostensenkung verbinden viele mit einer Ausweitung von Substituten zu den üblicherweise verordneten Medikamenten. Die preiswerteren Generika machen zwar mittlerweile bei den gesetzlichen Krankenkassen schon rund die Hälfte der Verordnungen aus, der Anteil am Umsatz fast ein Drittel. Das soll aber noch wesentlich gesteigert werden. Das neue Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz vom Februar 2002 sieht vor, dass Ärzte mit der Verordnung eines Arzneimittels definitiv nur noch den Wirkstoff verschreiben, der es charakterisiert und wesentlich ausmacht. Falls der Arzt dies auf dem Rezept nicht ausdrücklich ausschließt, darf der Apotheker also künftig grundsätzlich das verordnete Arzneimittel „oder ein gleiches“ – „aut idem“ – liefern. Und um der Kostensenkung willen ist er gehalten, ein Präparat aus dem unteren Preisdrittel zu wählen. Die medizinische Gleichwertigkeit von Aut-idem-Präparaten im Einzelfall ist umstritten. Auch bleibt ungewiss, ob die Ärzte sich ihre überkommene Verschreibungshoheit, die zugleich eine Verschreibungsverantwortung ist, wirklich aus der Hand nehmen lassen. Immer wieder erwogene Positivlisten für Arzneimittel sind dem Risiko ausgesetzt, als verfassungsrechtlich unzulässiger Eingriff in die Gewerbefreiheit gewertet zu werden. Denn alle nicht in die Liste aufgenommenen Präparate geraten in Gefahr, vom Markt faktisch ausgeschlossen zu sein.

Nach den Vorstellungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist das Einsparpotential bei den Ausgaben für Arzneimittel noch erheblich. Im Einzelnen spricht er von Minderausgaben bis zu anderthalb Milliarden Euro, falls konsequent mehr Generika

anstelle der Originalpräparate verschrieben würden. Eine weitere Milliarde ließe sich einsparen, wenn teure Analogpräparate durch pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe ersetzt würden, wo immer diese wesentlich billiger sind. Verzichtete man auf Medikamente, deren Wirkung umstritten ist, soll man noch einmal auf eine Milliarde Euro Minderausgaben kommen.

Selbstverständlich sind solche Berechnungen mit einer gehörigen Portion Skepsis zur Kenntnis nehmen, weil sie auf Annahmen beruhen, die nicht unbedingt zutreffen müssen. Doch ebenso selbstverständlich ist, dass der Arzneimittelsektor nicht aus den Überlegungen über höhere Effizienz im deutschen Gesundheitswesen ausgeklammert werden kann. Nur sollte man der Versuchung widerstehen, noch mehr regulieren zu wollen. Genutzt werden muss vor allem die Problemlösungskapazität, die erwiesenermaßen im Marktmechanismus steckt. Wirtschaftlichkeitsreserven werden sich auch im Arzneimittelsektor am ehesten unter Bedingungen intensivierten Wettbewerbs heben lassen.

#### *Rationalisierung im Krankenhauswesen*

111. Reformnotwendigkeiten werden mittlerweile auch im Krankenhausbereich erkannt. Die Krankenhäuser, die überwiegend in staatlicher Regie geführt werden, verursachen die mit Abstand höchsten Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung; im Jahre 2000 waren es 90 Milliarden DM, das sind 35 Prozent der Gesamtausgaben – im Trend steigend (Tabelle 4, Seite 103). Angesichts der hohen Aufwendungen für Investitionen in medizinische Großgeräte und der hohen Personalkosten in einem bekanntermaßen sehr beschäftigungsintensiven Sektor ist es unabdingbar, die Bedingungen für ein effizientes Wirtschaften in den Kliniken herzustellen. Das war bisher nicht in ausreichendem Maße der Fall. Das Prinzip der dualen Finanzierung der Krankenhäuser, nach dem die Länder die Investitionskosten übernehmen und die Krankenkassen die Kosten des laufenden Betriebs tragen, lassen alle Beteiligten falsch rechnen. Die Investoren lassen sich zur Schaffung übergroßer Kapazitäten verleiten, und die Abgeltung stationärer Versorgungsleistungen auf der Grundlage der Pflagezeit reizt dazu an, die Patienten länger in den Krankenhäusern zu halten als medizinisch nötig ist, um die Auslastung der zu großen Bettenkapazitäten zu erhöhen.

Hinsichtlich der Leistungsvergütung der Krankenhäuser hat der Gesetzgeber reagiert und einen neuen Weg vorgezeichnet. In dem Anfang März 2002 beschlossenen Fallpauschalengesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ist vorgesehen, den Krankenhäusern jede stationär zu behandelnde Krankheit bundeseinheitlich mit einem pauschalierten Betrag abzugelten (von bestimmten Ausnahmen abgesehen) und dabei als Grundlage nicht mehr die Pflagezeit zu nehmen, sondern ein Klassifikationssystem, in dem die Einzelleistungen zu medizinisch homogenen Gruppen zusammengefasst sind (Diagnosis Related Groups). Das erhöht die Kostentransparenz und sollte die Verweildauer der Patienten auf die unbedingt notwendige Behandlungszeit beschränken helfen. Es ist insoweit effizienzsteigernd. Ein Mehr an Effizienz könnte außerdem dadurch freigesetzt werden, dass die Krankenhäuser viel stärker als bisher sich werden anstrengen müssen, eine gute Qualität der Leistungen zu erreichen und zu sichern und die Vorteile zu nutzen, die in einer angemessenen Spezialisierung liegen. Der damit ausgelöste Strukturwandel wird dazu führen, dass die nicht anpassungsfähigen Kliniken schließen müssen, so wie das auch anderswo strukturschwachen Unternehmen, die dem Wettbewerb nicht gewachsen sind, widerfährt. Damit trotz bundeseinheitlicher Regelung der Fallpauschalen genügend Wettbewerb zustande kommt, darf man sich bei der Festsetzung der Entgelte auf keinen Fall an der derzeitigen Kostenlage der Grenzanbieter ausrichten, denn das wäre strukturkonservierend und könnte den Krankenkassen eine Kostenlawine bescheren. Kurzum, der Zielrichtung nach steht diese Reform des Vergütungssystems im Einklang mit unserem Konzept.

Nicht zu begrüßen ist, dass bei der Finanzierung der staatlichen Krankenhäuser weiterhin zweigleisig gefahren werden soll, teils über Steuern, teils über Leistungsentgelte. Insoweit bleiben kostenträchtige Fehlanreize bestehen. Nachhaltig effizienzorientiert wird es in den Krankenhäusern erst zugehen, wenn die Finanzierung aus einer Hand etabliert ist. Tragen dann die Krankenkassen sowohl die Investitionskosten, als auch die laufenden Betriebskosten, haben sie den gewünschten Anreiz, auf qualitativ attraktive und kostengünstige Angebote von Krankenhausleistungen für ihre Versicherten zu achten, sei es in den Krankenhäusern, die sie unter Vertrag nehmen, sei es in Krankenhäusern, die sie selbst in eigener Regie betreiben wollen.

112. Am Ende mag man feststellen, dass die „anderen“ Schwerpunkte einer Reform des Gesundheitswesens mit dem Konzept der vierzehn Punkte weniger konkurrieren als es ergänzen. Soweit dabei die Angebotsseite des Markts für Gesundheitsleistungen fokussiert wird mit dem Ziel, Rationalisierungspotentiale zu entdecken, die es bestmöglich auszuschöpfen gilt, ist die Stoßrichtung auch ordnungspolitisch hochbedeutend. Wo es um die Einzelheiten geht, insbesondere um Fragen der Effektivität, sind freilich häufig medizinisch fundierte Analysen vonnöten. Solchen Themen kann sich diese Studie nicht widmen.

## 7. Internationale Abstimmung

### *Probleme für Abwanderer und Zuwanderer*

113. Mit einer Reform der Krankenversicherung können sich die Bedingungen für Zuwanderer und Abwanderer verändern, in eine Krankenkasse des Zuwanderungslandes zu wechseln. Soweit in dem Abwanderungs- und dem Zuwanderungsland lohnabhängige Versicherungsbeiträge zu zahlen sind, entstehen derzeit grundsätzlich keine Probleme durch den Wechsel. Privat versicherte Personen verlieren unter den geltenden Regelungen den Anspruch auf eine angesammelte Altersrückstellung, wenn sie aus der Versicherung austreten – gleichgültig, ob sie zu einer anderen inländischen oder zu einer ausländischen Versicherung wechseln. Werden die Rückstellungen im Inland und im Ausland übertragbar, entfielen der Nachteil für alle privat versicherten Wechsler. Werden sie nur im Inland übertragbar, entfielen er nur für Abwanderer.

114. Nach Deutschland Zuwandernde, die in eine private Versicherung eintreten, zahlen gegenwärtig eine risikoäquivalente Prämie, bei der das Alter, das Geschlecht und die Vorerkrankungen berücksichtigt werden. Das würde sich nicht ändern, wenn Versicherungen in Deutschland gegebenenfalls Altersrückstellungen annehmen und entsprechend geringere Prämien verlangen.

Ein Problem ergibt sich für Zuwanderer, die keine Altersrückstellung mitbringen. Kommen sie aus einer Privatversicherung, ist es das schon erwähnte Problem. Kommen sie aus einer Krankenkasse, die sich nach dem Umlageprinzip finanziert, ist es das Problem eines Versicherten, der in jungen Jahren für die hohen Gesundheitsausgaben der Älteren mitbezahlt hat und nun den daraus erwachsenen Anspruch verliert, dass andere für ihn mitbezahlen, wenn er älter geworden ist. Bislang konnten diese Zuwanderer in die gesetzliche Krankenversicherung eintreten und, sobald sie selbst nicht mehr ganz jung waren, die solidarischen Leistungen der jungen Versicherten in Deutschland in Anspruch nehmen. Das gibt es nicht mehr, wenn die deutschen Krankenkassen zu risikoäquivalenten Prämien übergehen.

*Neutrale Behandlung bei Altersrückstellungen und risikoäquivalenten Prämien*

115. Die Kombination von risikoäquivalenten Prämien und übertragbaren Altersrückstellungen gewährleistet zwar eine in dem Sinne neutrale Behandlung von Zuwanderern und Abwanderern, als diese nicht anders behandelt werden als diejenigen, die die Grenze nicht überschreiten. Sie mag aber auf Widerstand stoßen, solange die große Mehrheit der anderen europäischen Staaten bei den Regeln bleiben, die Systeme der gesetzlichen Krankenversicherungen prägen. Es ist offen, ob sich die Krankenversicherung in der Europäischen Union typischerweise hin zu grenzüberschreitenden Versicherungen entwickelt, so dass Wanderungen innerhalb der europäischen Union keinen Wechsel der Versicherung erforderten.

116. Wird das Konzept der vierzehn Punkte verwirklicht, hieße das zunächst für alle Zuwanderer, dass sie so behandelt werden wie schon heute bei einem Eintritt in eine private Krankenversicherung. Doch das beruhigt eben nicht solche Zuwanderer, die erheblich stärker belastet werden als im bestehenden System der gesetzlichen Krankenversicherung, also ältere Personen und mitversicherte Familienmitglieder. Wer beispielsweise mehrere Kinder hat, müsste möglicherweise Sozialhilfe in Anspruch nehmen oder eine gesonderte Beitragsentlastung bekommen. Werden die Solidarleistungen des bestehenden Systems zugunsten der Kinder durch ein entsprechend erhöhtes Kindergeld ersetzt, ergäben sich auch für Zuwanderer mit Kindern insoweit keine Probleme. Allgemein sind Änderungen gegenüber dem bestehenden System um so geringer, je stärker der Sozialausgleich noch innerhalb des Systems erreicht wird, also beispielsweise durch eine prozentuale Begrenzung der Einkommensbelastung, nicht aber außerhalb des Systems, etwa durch Gewährung von Sozialhilfe. Einmal stärker, einmal schwächer ist jedoch der zuwandernde Ausländer, der keine Altersrückstellung mitbringt, schlechter dran als der Inländer. Denn der Inländer soll nach der Reform einen Anspruch auf Übertragung einer adäquaten Altersrückstellung zu seinen Gunsten auch dann haben, wenn eine solche Rückstellung vor der Reform für ihn gar nicht gebildet worden ist. Für Zuwanderer wird man sich noch etwas einfallen lassen müssen.

*Das europäische Gemeinschaftsrecht lässt genügend Raum*

117. Europäisches Gemeinschaftsrecht steht der Verwirklichung des Konzepts der vierzehn Punkte nicht entgegen. Die Dritte Schadensrichtlinie der Europäischen Gemeinschaft vom 18. Juni 1992 enthält zwar spezielle Regelungsvorgaben, die für Direktversicherungen, darin eingeschlossen gesetzliche Krankenversicherungen, zu beachten sind. Doch belässt Artikel 54 dieser Richtlinie den Mitgliedstaaten den für Reformen erforderlichen Gestaltungsspielraum.

Die unmittelbar im EG-Vertrag selbst wurzelnden Individualrechte der Freizügigkeit und des freien Dienstleistungsverkehrs werden unseres Erachtens nicht unverhältnismäßig eingeschränkt. Bei dem hier vorgeschlagenen Neuordnungskonzept, welches insbesondere eine Übertragbarkeit von Altersrückstellungen vorsieht, handelt es sich um eine Systementscheidung. Man kann nicht einzelne Elemente davon herausbrechen, wenn nicht der Ordnungsentwurf insgesamt in Frage gestellt sein soll. Die Beschränkungswirkung, welche die genannten Freiheiten für die nationalen Gesetzgeber mit sich bringen können, geht nicht so weit, dass Reformen auf ewige Zeiten blockiert wären. Die primäre Verantwortung für die Systeme der sozialen Sicherheit liegt unverändert bei den Mitgliedstaaten, nicht bei der Europäischen Union.

## Zusammenfassung

Der größte Teil der Bevölkerung ist bis in die jüngste Vergangenheit mit den Gesundheitsleistungen zufrieden gewesen. Diese Einstellung schwindet. Die stark steigenden Gesundheitsausgaben werden als bedrohlich empfunden, über die hohen Beiträge zu den Krankenkassen wird geklagt. Die Diskussion über den Reformbedarf und die akuten Finanznöte der Krankenkassen lassen die Menschen ahnen, wie gefährdet das System ist. Um die finanzielle Belastung mit Gesundheitsausgaben in Grenzen zu halten, hat der Gesetzgeber in den letzten zwei Jahrzehnten immer wieder Kostendämpfungsgesetze erlassen und schließlich an bestimmten Stellen sogar Zuflucht zu einer strikten Ausgabenbegrenzung genommen. Bisher hat sich nur bestätigt, dass es so nicht geht. Der Interventionismus kommt aus dem Teufelskreis nicht heraus; jede Intervention schafft fast ebenso viele neue Probleme, wie sie alte löst.

Ein Grundübel des Gesundheitssystems ist, dass Wettbewerb als Instrument zur Hebung der im System schlummernden Wirtschaftlichkeitsreserven weithin fehlt. Mehr Preis- und Leistungswettbewerb ist aber im Rahmen des überkommenen Systems nur sehr schwer zu verwirklichen, wenn überhaupt. Der Kronberger Kreis schlägt daher vor, es grundlegend zu verändern, ohne fundamentale Ziele der Gesundheitspolitik aufzugeben, die in Deutschland als unverzichtbar gelten. Sein aus vierzehn Punkten bestehendes Reformkonzept wird mit dem Anspruch vorgetragen, das Gesundheitswesen nachhaltig auf den Weg der Gesundung zu führen:

- (1) Wer in der Bundesrepublik lebt ist verpflichtet, eine Krankenversicherung über Regelleistungen – im Sinne einer Mindestversicherung – abzuschließen.
- (2) Jeder Versicherte kann oberhalb der Mindestversicherung zwischen verschiedenen Paketen von Leistungen

wählen, auf die er im Versicherungsfall zusätzlich Anspruch hätte. Er zahlt dann eine entsprechende Zusatz-Prämie.

- (3) Die Prämien für Regelleistungen sind nicht länger lohnbezogen, sondern grundsätzlich personenbezogen. Sie werden nach dem Geschlecht sowie dem Alter und Gesundheitszustand beim Eintritt in die Versicherung differenziert. Für Kinder und Jugendliche gibt es einen Tarifabschlag. Dem Anstieg der Prämien im Alter wird durch Altersrückstellungen vorgebeugt.
- (4) Die Versicherten tragen regelmäßig einen prozentualen Selbstbehalt bezüglich der Aufwendungen für alle Gesundheitsleistungen, Medikamente und Hilfsmittel. Der Selbstbehalt wird für den Regeltarif der Mindestversicherung von Gesetzes wegen festgelegt. Er kann im Rahmen einer Zusatzversicherung auch bezüglich der Regelleistungen herabgesetzt oder heraufgesetzt werden; nach oben gibt es jedoch eine Grenze, die die Mindestversicherungspflicht abschirmt.
- (5) Jeder Versicherte schuldet seine Krankenversicherungsprämie grundsätzlich selbst. Ein Versicherter, der durch eine Prämie für die Regelleistungen und den gesetzlichen Selbstbehalt zu stark belastet wird, erhält einen Zuschuss aus öffentlichen Mitteln. Zu entscheiden ist, ob der Zuschuss nach den detaillierten Regeln der Sozialhilfe zu gewähren ist oder nach Maßgabe des Überschreitens einer möglichst einfach gehaltenen Belastungsgrenze, von der an die Zuschusskasse Überbelastung annimmt, die sie (teilweise) auszugleichen hat.
- (6) Die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen wird aufgehoben. Bezüglich der Regelleistungen besteht Kontrahierungszwang. Kinder werden von Geburt an in die Versicherung der Eltern aufgenommen; der Aufnahmetarif ist unabhängig vom Gesundheitszustand des Kindes.
- (7) Für die Regelleistungen sind Altersrückstellungen zu bilden, die sich am individuellen Versicherungsrisiko ausrichten.

- (8) Der Versicherte hat das unabdingbare Recht, die Versicherung zu wechseln. Die für ihn gebildete, an seinem individuellen Versicherungsrisiko ausgerichtete Altersrückstellung wird auf die neue Versicherung übertragen.
- (9) Der Risikostrukturausgleich ist nach einer Übergangsphase einzustellen. Die Übergangszeit, nicht notwendigerweise eine kurze, dient auch dem Aufbau von individuellen Altersrückstellungen und dem Sammeln ausreichender Erfahrung mit ihnen.
- (10) Die Krankenkasse schließt mit Ärzten und Krankenhäusern ihrer Wahl Verträge über eine Zusammenarbeit und über Leistungsvergütungen. Zwischen den Vertragsärzten einer Krankenkasse können deren Versicherte frei wählen.
- (11) Ärzte, mit denen eine Krankenkasse keine Zusammenarbeit vereinbart hat, kann ein Versicherter dieser Kasse in Anspruch nehmen, ohne Nachteile daraus zu haben, falls er sich eine uneingeschränkt freie Arztwahl als Teil einer Zusatzversicherung (mit entsprechend erhöhter Prämie oder erhöhtem Selbstbehalt als Gegenleistung) ausbedungen hat. Andernfalls hat er bei der Behandlung durch einen Arzt, der nicht Vertragsarzt seiner Krankenkasse ist, eingeschränkte Erstattungsansprüche bezüglich der ihm entstandenen Aufwendungen. Eine die Berufsausübung der Ärzte regulierende „Zulassung als Kassenarzt“ gibt es jedoch nicht mehr.
- (12) Es werden Unternehmensformen für Ärzte zugelassen, die es erlauben, neue Formen der Arbeitsteilung zu nutzen. Entgegenstehende Regulierungen werden aufgehoben.
- (13) Das Sachleistungsprinzip wird durch das Kostenerstattungsprinzip ersetzt.
- (14) Für die Krankenhäuser wird die alte duale Form der Finanzierung aufgegeben; Krankenhäuser finanzieren sich künftig ausschließlich über Leistungsentgelte.

Kernelement der Reform ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Dem dient der Übergang von lohnbezogenen auf personenbezogene Beiträge, die beim Eintritt in die Versicherung nach dem Geschlecht sowie dem Alter und Gesundheitszustand differenziert werden. Insoweit hätte jeder Versicherte eine risikoäquivalente Prämie an seine Krankenversicherung zu zahlen. Auch die unentgeltliche Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern sowie die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs entfielen. Ist der Versicherte durch die Prämie und den Selbstbehalt zu stark belastet, wird er mit öffentlichen Mitteln unterstützt. Damit wird die Umverteilung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen und künftig über Steuern finanziert.

Voraussetzung für intensiven Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen ist die Möglichkeit der Versicherten, von einer Versicherung zu einer anderen zu wechseln. Von der Möglichkeit des Wechsels werden die Versicherten aber nur dann Gebrauch machen, wenn ihnen Altersrückstellungen, die für jeden Einzelnen von ihnen der Differenz zwischen erwarteten, abgezinsten Gesundheitsausgaben einerseits und Beitragseinnahmen andererseits entsprechen, im Falle des Wechsels zu einer anderen Versicherung mitgegeben werden. Ohne Übertragbarkeit der Altersrückstellungen gibt es nur eine kurze Phase zu Beginn der Versicherungszeit, in der ein Versicherter zu einer anderen Krankenkasse wechseln kann. Wird seine Altersrückstellung nicht übertragen, müsste er der aufnehmenden Versicherung schon allein aufgrund des altersbedingt höheren Krankheitsrisikos eine höhere Prämie zahlen.

Bislang überwiegt die Skepsis, ob die schwierige Aufgabe lösbar ist, angemessene individuelle Altersrückstellungen zu ermitteln und sie übertragbar zu gestalten. Selbst die privaten Krankenversicherungen, die immerhin Erfahrungen mit typisierten Altersrückstellungen haben, verhalten sich eher abwehrend. Ganz und gar unvorbereitet auf die Anforderungen, die individuelle Altersrückstellungen stellen, sind aber sogar die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht. Die Bemühungen, auf der Grundlage personenbezogener Daten die individuelle Anfälligkeit für Krankheiten, die Morbidität des Einzelnen im prospektiven Sinne, zu schätzen, sind in den letzten Jahren intensiviert worden.

Im Gegensatz zu den privaten Versicherungen haben die gesetzlichen Krankenkassen bislang überhaupt keine individuellen Altersrückstellungen aufgebaut. Damit das seit 1996 gegebene Recht zum Versicherungswechsel nicht schlimme, ja, katastrophale Folgen für strukturell schwache Krankenkassen hat, wurde ein Ausgleichsmechanismus in Form eines Risikostrukturausgleichs geschaffen. Bislang ist es allerdings nicht gelungen, damit die Strukturunterschiede zwischen den Krankenkassen hinreichend zu neutralisieren, um so einen funktionstüchtigen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu ermöglichen. Es gibt starke Gründe zu erwarten, dass auch weitere bürokratische Anstrengungen, die systematischen Unterschiede zwischen den Versicherungen bei den morbiditätsbedingten Ausgaben genauer auszugleichen, wenig Erfolg haben werden, zumal den Krankenkassen die unternehmerischen Anreize fehlen, bei der Lösung der Aufgabe vorbehaltlos mitzuspielen.

Der konsequente Weg zu mehr Wettbewerb und auch sozial sinnvollen Ergebnissen führt nicht über den Risikostrukturausgleich, sondern über risikoäquivalente Prämien und übertragbare individuelle Altersrückstellungen. Dass es für ihn noch keine Erfahrung gibt, ist kein Grund, sich darauf nicht einzulassen. Die individuellen Krankheitsrisiken und die Kostenfolgen zu schätzen, bleibt zwar eine schwierige Aufgabe. Das gilt für die Bildung von individuellen Altersrückstellungen nicht weniger als für den richtig bemessenen Risikostrukturausgleich. Beiden ist im Grunde die gleiche Aufgabe gestellt. Und für beides braucht man die Lösung von Informationsproblemen, die ohne die Krankenkassen nicht zu lösen sind. Aber: An richtig individuellen Altersrückstellungen haben die Krankenkassen ein eigenes unternehmerisches Interesse, an einem richtigen Risikostrukturausgleich hingegen nicht ohne weiteres.

Helfen kann und muss der Risikostrukturausgleich allerdings bei der Bewältigung der Übergangsschwierigkeiten, die mit einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens verbunden sind. Das vorgeschlagene Reformkonzept, in dem übertragbare individuelle Altersrückstellungen eine wichtige Rolle spielen, lässt sich nur in mehreren Schritten verwirklichen. Der Risikostrukturausgleich muss – wenn auch in rasch sich reduzierendem Umfang – wesentlich dazu beitragen, die Reform des Krankenversicherungssystems zu begleiten und zu erleichtern. Nachdem der Wechsel zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen zuge-

lassen wurde, kann der Risikostrukturausgleich nur in dem Maße zurückgeführt werden, in dem er durch neue Regelungen überflüssig gemacht wird.

Um mehr als ein Übergangsproblem geht es, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Vermögensposition der gesetzlichen Krankenversicherungen derzeit wegen des absehbaren Alterungsprozesses durchweg negativ sein dürfte, eben weil sie keine Rückstellungen gebildet haben. Die ungedeckten Ansprüche, die das Umlagesystem jeweils in Gestalt einer erhöhten Beitragslast auf die nächste Generation weiterwälzt, werden als Vermögensdefizit offenbar, sobald das Recht auf Umlage erlischt. Das Weiterwälzen muss freilich schon deshalb aufhören, weil es wegen der demographischen Situation nach und nach zu unerträglich hohen Beitragsätzen führt. Also auch ohne das in dieser Studie erörterte Reformkonzept ist eine Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung unumgänglich und unaufschiebbar. Es geht dabei um etliche hundert Milliarden Euro.

Die nötige Ausweitung der Selbstverantwortung des Einzelnen betrifft außer den zu verändernden Beitragsregeln vor allem zwei weitere unpopuläre Punkte. Zu den wichtigsten Entscheidungen für mehr Markt im Gesundheitswesen gehört die Entscheidung für eine breitere und intelligenter ausgestaltete Selbstbeteiligung der Versicherten an den Gesundheitsausgaben. Außerdem ist neu zu definieren, welche Gesundheitsleistungen jedermann garantiert sein sollen. Der für die Krankenversicherung in Deutschland charakteristische Grundsatz, dass der Leistungsrahmen der Kassen offen sein müsse, offen auch für neue Diagnose- und Therapiemethoden sowie neue Medikamente, muss auch in Zukunft gelten. Das schließt jedoch nicht aus, künftig zu unterscheiden zwischen einem Katalog von Regelleistungen, für die eine Versicherungspflicht gilt, und einer offenen Menge von Wahlleistungen, auf die der Einzelne nur Anspruch hat, insoweit er eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen hat. Mit der Bestimmung der Regelleistungen und einer korrespondierenden Mindestversicherungspflicht wird der Bereich, in dem die sozialen Garantien voll zur Geltung kommen sollen – der Staat steht hier notfalls für die Beiträge ein –, begrenzt und gegen Missbrauch abgeschirmt.

Mit den vorgeschlagenen Systemänderungen erhalte der Versicherte Entscheidungskompetenz und Kostenverantwortung zurück. Im Rahmen seiner Tragfähigkeit! Die soziale Abfederung bleibe intakt. Die Diskrepanz zwischen Leistungsansprüchen und Zahlungsbereitschaft würde nicht beseitigt, aber verringert. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen würde gestärkt. Der negative Einfluss auf den gesamtwirtschaftlichen Beschäftigungsstand, der sich aus der Besteuerungswirkung der vom Lohneinkommen abhängigen Beiträge ergibt, würde entfallen; der daraus zu gewinnende Vorteil wäre größer als der Nachteil aus der Steuererhöhung, die eine Befreiung der Krankenkassen von Aufgaben der Einkommensumverteilung erforderte.