



Universität Hamburg

DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

hche

Hamburg Center
for Health Economics

Fairer Systemwettbewerb
zwischen gesetzlicher und
privater Krankenversicherung

Mathias Kifmann and Martin Nell

Research Paper

Jahr: 2013

Nr. 06

Fairer Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Mathias Kifmann und Martin Nell

hche Research Paper No. 06 (2013)

<http://www.hche.eu>

Zusammenfassung

Wir entwickeln einen Reformvorschlag, der den problematischen Selektionswettbewerb zwischen GKV und PKV beendet und zu einem fairen Systemwettbewerb führt. Jeder Bürger leistet einen einkommensabhängigen Beitrag zum Gesundheitsfonds und hat bei einem Wechsel in die PKV Anspruch auf risikogerechte Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds. Die Versicherungspflichtgrenze wird gesenkt und langfristig abgeschafft. Private Versicherungen können nicht mehr allein deshalb mit Versicherten rechnen, weil diese durch einen Wechsel Solidarbeiträge vermeiden können. Die Nachhaltigkeit unseres Reformvorschlags wird durch eine Kapitalbildung gesichert.

JEL-Klassifikation: I13, I18

Schlagwörter: Gesetzliche Krankenversicherung, Private Krankenversicherung, Solidaritätsprinzip, Gesundheitsfonds, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Mathias Kifmann

Hamburg Center for Health Economics

Universität Hamburg

Esplanade 36

20354 Hamburg

mathias.kifmann@wiso.uni-hamburg.de

Martin Nell

*Hamburger Zentrum für
Versicherungswissenschaft*

Universität Hamburg

Von-Melle-Park 5

20146 Hamburg

martin.nell@wiso.uni-hamburg.de

Wir danken Friedrich Breyer, Jan Brosse, Konrad Himmel, Robert Nuscheler und Jörg Schiller für hilfreiche Kommentare.

1. Einleitung

Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Bereich der Krankenvollversicherung in Deutschland ist weltweit einmalig und allenfalls historisch begründbar: Bei der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entfielen mehr als die Hälfte der Versicherungsleistungen auf das Krankengeld, also auf eine Lohnersatzleistung, während die Krankheitskosten nur einen relativ geringen Teil der Versicherungsleistungen ausmachten.¹ Besserverdienende wurden von der Versicherungspflicht ausgenommen, da sie privat vorsorgen konnten und im Krankheitsfall nicht auf das Krankengeld angewiesen waren. Mittlerweile hat sich die Ausgabenstruktur der GKV massiv geändert und das Krankengeld spielt nur noch eine geringe Rolle. Damit ist verbunden, dass die grundsätzliche Äquivalenz von Beitragshöhe und Leistungshöhe, die beim Krankengeld gegeben war, mittlerweile in der GKV nahezu keine Bedeutung mehr hat. Heute sind die Leistungen praktisch gleich, während die Versicherungsbeiträge proportional zur Einkommenshöhe bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben werden. Als Folge subventionieren innerhalb der GKV Besserverdienende, gute Risiken und Kinderlose die Gesundheitsausgaben von Geringverdienenden, schlechten Risiken und Familien mit Kindern. Diese Umverteilung ist Ausdruck eines politisch gewollten Solidarprinzips, nach dem die Versicherungsprämien nach finanzieller Leistungsfähigkeit abgestuft werden und starke Schultern mehr Lasten tragen.

Gemessen an dem Umverteilungsziel in der GKV mutet die historisch gewachsene Regelung absurd an, dass Bezieher von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, Selbständige sowie Beamte von der Versicherungspflicht in der GKV befreit sind und sich stattdessen in der privaten Krankenversicherung (PKV) privat vollversichern können. Gutverdiener und Selbständige haben die Wahl zwischen der PKV mit risikogerechten Versicherungsprämien und der GKV mit risikounabhängigen Prämien.² Sie werden sich tendenziell nur dann für die GKV entscheiden, wenn der dort erhobene Versicherungsbeitrag unterhalb der risikogerechten Prämie liegt, sie also in der GKV von den übrigen Beitragszahlern

¹ Vgl. Breyer (2012), S. 656 sowie Frerich und Frey (1996), S. 102.

² Beamte sind hingegen de facto (nicht de jure) in der PKV pflichtversichert, da die staatliche Beihilfe bei der Höhe der Beiträge in der GKV nicht berücksichtigt wird. Daher wird die Sondersituation der Beamten in diesem Beitrag nicht weiter behandelt. Grundsätzlich ist die Sonderregelung für Beamte wenig überzeugend, da zum einen das Beihilfesystem mit hohen Transaktionskosten verbunden ist, und es zum anderen nicht einleuchtet, Beamte vom Solidarprinzip auszunehmen.

subventioniert werden.³ Daher bewirkt die momentan geltende Regelung in der GKV eine Umverteilung von mittleren sowohl zu niedrigen als auch zu hohen Einkommen. Dies ist nicht nur verteilungspolitisch zweifelhaft, sondern führt zu einem Selektionswettbewerb zu Lasten der GKV bei den Versicherten, die zwischen GKV und PKV wählen können. Diese Selektion zerstört auch weitgehend einen sinnvollen, effizienzsteigernden Wettbewerb. Für gutverdienende, junge und gesunde Individuen, die nicht in der GKV pflichtversichert sind, ist ein Wechsel in die PKV schon allein deshalb attraktiv, weil sie damit Solidarbeiträge vermeiden können.

Vor dem Hintergrund des unbefriedigenden Status quo gibt es eine Reihe von Reformvorschlägen, die bei aller Unterschiedlichkeit in der Zielsetzung und Ausgestaltung alle die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes zum Ziel haben. Die Bürgerversicherung weitet das GKV-Modell aus, während die Bürgerprivatversicherung das PKV-Modell auf alle Bürger überträgt. Das Kopfpauschalen- bzw. Gesundheitsprämienmodell ist eng an die GKV angelehnt, ändert jedoch die Finanzierungsweise des Systems. Diese im folgenden Abschnitt diskutierten Reformvorschläge weisen nach unserer Ansicht allesamt erhebliche Nachteile auf. Insbesondere schaffen sie jeweils ein System ab, obgleich beide Systeme ihre spezifischen Vor- und Nachteile haben. Aus diesem Grund unterbreiten wir den neuen Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“. Er beseitigt die verteilungspolitische Inkonsistenz des Status quo und sorgt für die Umsetzung des Solidarprinzips innerhalb der Krankenversicherung, lässt aber die GKV und die PKV nebeneinander bestehen und ermöglicht einen fairen Wettbewerb zwischen beiden Systemen. Die Wahlfreiheit der Versicherten wird dadurch gestärkt. Schließlich erfordert der von uns vorgeschlagene Weg im Vergleich zu den anderen Reformoptionen die bei weitem geringsten Modifikationen des Status quo und dürfte auch juristisch ohne Komplikationen begehbar sein.

Das weitere Vorgehen ist wie folgt: Nach der Diskussion der bisherigen Reformvorschläge im folgenden Abschnitt 2, erläutert Abschnitt 3 die Ausgangslage für unseren Vorschlag und hier insbesondere den Gesundheitsfonds sowie den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Abschnitt 4 stellt den

³ Bei Rückkehrmöglichkeiten in die GKV besteht noch ein weiterer Mechanismus der Risikoselektion zu Ungunsten der GKV. PKV-Versicherte, die schwerer krank werden, haben den Anreiz, in die GKV zurückzukehren, um Selbstbehalte zu vermeiden. Zudem haben PKV-Versicherungen Interesse daran, dass diese Versicherten abwandern. Siehe hierzu Grunow und Nuscheler (2013).

Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“ vor, wobei die zentralen Elemente in Abschnitt 4.1 dargelegt werden. Die Bedeutung des Gesundheitsfonds und des Risikostrukturausgleichs ist Gegenstand von Abschnitt 4.2, während sich Abschnitt 4.3 mit den Folgen unseres Vorschlags für die Nachhaltigkeit des Krankenversicherungssystems befasst. In den Abschnitten 4.4 und 4.5 werden die Auswirkungen unseres Vorschlags auf die PKV und die GKV erörtert. Die Umsetzung des Reformvorschlags ist Gegenstand von Abschnitt 5. Abschnitt 6 fasst unseren Vorschlag zusammen.

2. Bürgerversicherung, Bürgerprivatversicherung und Kopfpauschale: Probleme bestehender Reformvorschläge

Das in der öffentlichen Diskussion bekannteste Reformmodell ist die **Bürgerversicherung**.⁴ De facto weitet sie das GKV-Modell auf alle Bürger aus.⁵ Alle Bürger erhalten ein einheitliches Leistungspaket und entrichten einkommensabhängige Beiträge. Darüber hinausgehender Versicherungsschutz kann über Zusatzversicherungen erworben werden. Dieser Reformansatz hat den Vorteil, dass das Solidarprinzip innerhalb der Bürgerversicherung konsistent umgesetzt werden kann. Allerdings sind mit dem Konzept auch gravierende Nachteile verbunden: Bei Anwendung des Solidarprinzips und daraus resultierender Umverteilung zwischen den Versicherten sind Einschränkungen der Wahlfreiheit durch eine weitgehende Normierung des Leistungspakets unvermeidlich. Insbesondere Wahltarife mit Selbstbeteiligungen sind problematisch, denn sie können von den Kassen zur Risikoselektion genutzt werden. Besserer Versicherungsschutz ist dann nur mit einer Zusatzversicherung möglich. Durch den Abschluss eines zweiten Versicherungsvertrags entstehen allerdings zusätzliche Kosten. Zudem kann die Aufteilung der Versicherung auf zwei Versicherungsträger problematisch sein.⁶ Des Weiteren weist die Bürgerversicherung Nachteile bei der Nachhaltigkeit auf, da durch die

⁴ Vgl. bspw. Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2009), SPD-Präsidium (2011).

⁵ Private Versicherer können Krankenversicherungsschutz anbieten, allerdings zu den Regeln der GKV.

⁶ Für Grundversicherer ist es wichtig, den Gesamtversicherungsschutz ihrer Versicherungsnehmer zu kennen, da dieser das Verhalten von Versicherungsnehmern und Leistungserbringern beeinflusst. Zu den daraus resultierenden Problemen im stationären Bereich vgl. beispielsweise Ellert (2013). Des Weiteren bedarf es einer genauen Abgrenzung von Grund- und Zusatzversicherungsleistungen, um klar zu regeln, welche Leistungen von welchem Versicherer bezahlt werden. Dies ist insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung schwierig. Diese Probleme ließen sich vermeiden, wenn die Zusatzversicherung auch vom Grundversicherer angeboten würde. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass die Zusatzversicherung als Instrument der Risikoselektion genutzt wird (Kifmann 2006).

Ausweitung des Umlageverfahrens die Kapitaldeckung des gesamten Gesundheitssystems reduziert und die implizite Staatsschuld erhöht wird (Felder und Kifmann 2004). Schließlich ist verfassungsrechtlich zu klären, ob Privatversicherte in die Bürgerversicherung eingegliedert werden können und ob ihre Alterungsrückstellungen überführt werden dürfen. Dies erscheint zumindest bedenklich, da die Privatversicherten mit den angesparten Alterungsrückstellungen Eigentumspositionen besitzen. Würden hingegen Personen, die bereits privatversichert sind, von einer Pflichtmitgliedschaft in der Bürgerversicherung befreit, so würde es noch ca. 70 Jahre dauern, bis die Bürgerversicherung die gesamte Wohnbevölkerung umfasst.

Ein völlig anderer Ansatz wird im Rahmen der **Bürgerprivatversicherung** verfolgt.⁷ Dieses Konzept sieht eine Abschaffung der GKV und eine Ausdehnung des PKV-Modells auf alle Bürger vor, wobei ein flankierender Sozialausgleich über das Steuer- und Transfersystem erfolgen soll. Grundsätzlich lassen sich Umverteilungsziele auf diese Weise erreichen, auch wenn die langfristige Stabilität einer solchen Lösung im Vergleich zu einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen bezweifelt wird.⁸ Des Weiteren kann das Steuer- und Transfersystem unterschiedliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsnehmer ausgleichen, für einen Sozialausgleich prämienvirksamer Vorerkrankungen ist es hingegen weniger geeignet. Bei der Bürgerprivatversicherung gäbe es im Vergleich zur Bürgerversicherung deutlich mehr Wahlfreiheit, und es wäre nicht notwendig, den Versicherungsschutz in Basisversorgung und Zusatzdeckungen aufzuspalten. Des Weiteren bewirkt der Übergang zu einem kapitalgedeckten System eine Verringerung der impliziten Staatsschuld, der allerdings eine Erhöhung der expliziten Staatsschuld gegenübersteht, da der Sozialausgleich über das Steuer- und Transfersystem organisiert wird. Gravierende Nachteile der Bürgerprivatversicherung sind neben den Zweifeln an der Stabilität und Vollständigkeit des Sozialausgleichs der bislang in der PKV nicht funktionsfähige Wettbewerb um Bestandskunden sowie die fehlende Erfahrung und Kompetenz der privaten Krankenversicherer bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern.

⁷ Vgl. bspw. Eekhoff et. al. (2008), FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag (2009).

⁸ Vgl. Wasem und Walendzik (2012), S. 661.

Beim **Kopfpauschalen –bzw. Gesundheitsprämienmodell**⁹ zahlen die Versicherten einen einheitlichen, einkommens- und risikounabhängigen Beitrag. Auch in diesem Modell bestehen Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang der Anbieter, die sowohl aus der GKV als auch aus der PKV stammen können. Wie bei der Bürgerversicherung gilt das Umlageverfahren. Der Sozialausgleich aufgrund der unterschiedlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten erfolgt über das Steuer- und Transfersystem, während der Ausgleich aufgrund von Vorerkrankungen innerhalb des Krankenversicherungssystems stattfindet, da die Prämien risiko-unabhängig erhoben werden. Dieser Verzicht auf risikogerechte Prämien hat dieselben Konsequenzen wie bei der Bürgerversicherung: Der Leistungskatalog muss weitgehend normiert werden; Selbstbeteiligungen bergen die Gefahr der Risikoselektion. Eine Wahlfreiheit der Versicherten kann nur über Zusatzversicherungen erreicht werden, was zusätzliche Kosten sowie Schnittstellen- und Informationsprobleme zwischen den Versicherern verursacht. Auf der Angebotsseite ähnelt das Kopfpauschalenmodell daher stark der gegenwärtigen GKV. Des Weiteren wird die Nachhaltigkeit durch die Umstellung auf das Umlageverfahren vermindert und es ist unklar, wie rechtskonform mit den existierenden Alterungsrückstellungen umgegangen werden kann.

Alle drei Reformvorschläge versuchen, die verteilungspolitischen Inkonsistenzen bei der Umsetzung des Solidarprinzips zu beseitigen, sei es innerhalb des Krankenversicherungssystems wie bei der Bürgerversicherung oder im Steuer- und Transfersystem wie bei der Bürgerprivatversicherung oder sowohl innerhalb des Krankenversicherungssystems als auch im Steuer- und Transfersystem wie beim Kopfpauschalenmodell. Andererseits weisen alle drei Modelle gravierende Nachteile auf: Die Bürgerversicherung und das Kopfpauschalenmodell implizieren einen einheitlichen Grundleistungskatalog. Selbstbeteiligungen sind bei beiden problematisch, weil sie von den Kassen zur Risikoselektion genutzt werden können. Wahlfreiheit ist auf den Abschluss von Zusatzversicherungen begrenzt. Darüber hinaus erhöhen Bürgerversicherung und Kopfpauschalenmodell die implizite Staatsschuld und haben daher ein Nachhaltigkeitsproblem, wobei das Kopfpauschalenmodell bei diesem Kriterium besser abschneidet als die Bürgerversicherung. Dies liegt daran, dass beim Kopfpauschalenmodell die

⁹ Vgl. SVR (2004), Breyer (2012), S.658, Wasem und Walendzik (2012), S. 661 f.

Rentnergeneration stärker belastet wird als bei der Bürgerversicherung.¹⁰ Schließlich ergeben sich bei beiden Konzepten verfassungsrechtliche Probleme im Umgang mit den bestehenden Alterungsrückstellungen der Privatversicherten. Bei der Bürgerprivatversicherung wird das System der PKV mit seinem bislang nicht funktionierenden Wettbewerb auf das gesamte Krankenversicherungssystem ausgedehnt. Des Weiteren ist das in der PKV übliche Kostenerstattungsprinzip auf Grundlage einer Einzelleistungsvergütung vermutlich nicht effizient.¹¹ Schließlich erscheint das Steuer- und Transfersystem für einen Sozialausgleich aufgrund von Vorerkrankungen eher ungeeignet.

Ein grundlegendes Problem aller Vorschläge ist, dass sie jeweils ein Versicherungssystem abschaffen. Bei der Bürgerversicherung und de facto bei der Kopfpauschale bzw. der Gesundheitsprämie ist dies die PKV, bei der Bürgerprivatversicherung die GKV. Dabei haben beide Systeme ihre Stärken und Schwächen. Die GKV verwendet das administrativ einfache Sachleistungsprinzip. Zudem ist die Qualitätssicherung relativ weit entwickelt. Die Umverteilung innerhalb des Systems setzt allerdings eine weitgehende Regulierung des Leistungspakets sowie einen Verzicht auf substantielle Selbstbehalte beim Krankenversicherungsschutz voraus.¹² Dies führt zum einen dazu, dass die Individuen im Allgemeinen nicht den Versicherungsschutz erhalten, den sie wünschen, zum anderen verschärfen die fehlenden Selbstbehalte Moral Hazard auf Seiten der Versicherungsnehmer.

Die PKV kann mit mehr Freiheiten bei der Vertragsgestaltung punkten. Insbesondere Selbstbehaltstarife können Anreize zur effizienten Nutzung von Gesundheitsleistungen setzen. Jedoch ist diese Wahlfreiheit zum großen Teil auf den ersten Vertrag beschränkt. Bestandskunden können aufgrund fehlender bzw. unzureichender Übertragung der Alterungsrückstellungen bereits nach wenigen Vertragsjahren nur unter hohen Kosten den Versicherer wechseln.¹³ Ein Problem ist

¹⁰ Vgl. Felder und Kifmann (2004).

¹¹ Einzelleistungsvergütung gibt den Leistungsanbietern geringe Anreize zur Kostenkontrolle und befördert angebotsinduzierte Nachfrage, vgl. Breyer et al. (2013), Kapitel 8 und 10.

¹² Die GKV darf seit 2007 Wahltarife mit Selbstbeteiligungen oder Beitragsrückerstattungen anbieten, wobei die Wahltarife kostendeckend kalkuliert sein müssen. Gleichwohl stellen Wahltarife einen Bruch mit dem Solidarprinzip dar, da gute Risiken in der GKV auf diese Weise ihre Solidarbeiträge mindern können.

¹³ Vgl. zur Diskussion über die Portabilität von Alterungsrückstellungen u.a. Meyer (1992) sowie Nell und Rosenbrock (2008).

auch das Verhältnis zwischen privaten Krankenversicherern und Leistungserbringern, das durch die Vorschrift nach GOÄ zu vergüten und dem damit implizierten Verbot von Selektivverträgen reguliert ist. Dies verstärkt Moral Hazard auf Anbieterseite.

Da unklar ist, welches System konzeptionell das bessere ist, und weil die Versicherten auch unterschiedliche Präferenzen bezüglich der Systeme haben dürften, lässt unser Vorschlag die GKV und die PKV nebeneinander bestehen. Er beseitigt die verteilungspolitische Inkonsistenz des Status quo, sorgt für die Umsetzung des Solidarprinzips innerhalb der Krankenversicherung und ermöglicht dadurch einen fairen Wettbewerb zwischen beiden Systemen. Zentrale Bausteine sind der Gesundheitsfonds sowie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), die wir im folgenden Abschnitt darstellen.

3. Der Status quo

Momentan sind die GKV und die PKV zwei voneinander getrennte Versicherungssysteme, d.h. die Bürger sind entweder in der GKV oder in der PKV versichert. Dabei umfasst die GKV ca. 90% und die PKV ca. 10% der Bevölkerung.

In der PKV werden die Prämien nach dem Äquivalenzprinzip risikogerecht kalkuliert. Höhere Risiken zahlen höhere Prämien. Eine systematische Umverteilung zwischen den Versicherten in der PKV findet deshalb im Allgemeinen nicht statt. Ausnahmen sind lediglich das gesetzliche Verbot, nach Geschlecht zu differenzieren, sowie die Verpflichtung, einen Basistarif anzubieten. Mit dem Anwartschaftsdeckungsverfahren wird ein kapitalgedecktes Verfahren verwendet, um trotz im Alter steigender Gesundheitsausgaben eine bei unveränderten Rechnungsgrundlagen im Lebenszyklus konstante Prämie zu ermöglichen. Daher ist die Versicherungsprämie in den ersten Vertragsjahren höher als die erwarteten Gesundheitsausgaben. Die überschüssigen Prämienteile werden zur Bildung einer sogenannten Alterungsrückstellung verwendet. In der späteren Lebensphase, in der die erwarteten Gesundheitsausgaben höher als die Prämienzahlungen sind, werden dann die benötigten Mittel aus der Alterungsrückstellung entnommen. Die Alterungsrückstellungen werden bei einem Versicherungswechsel nicht bzw. nicht vollständig übertragen. Bereits nach wenigen Vertragsjahren ist ein Anbieterwechsel

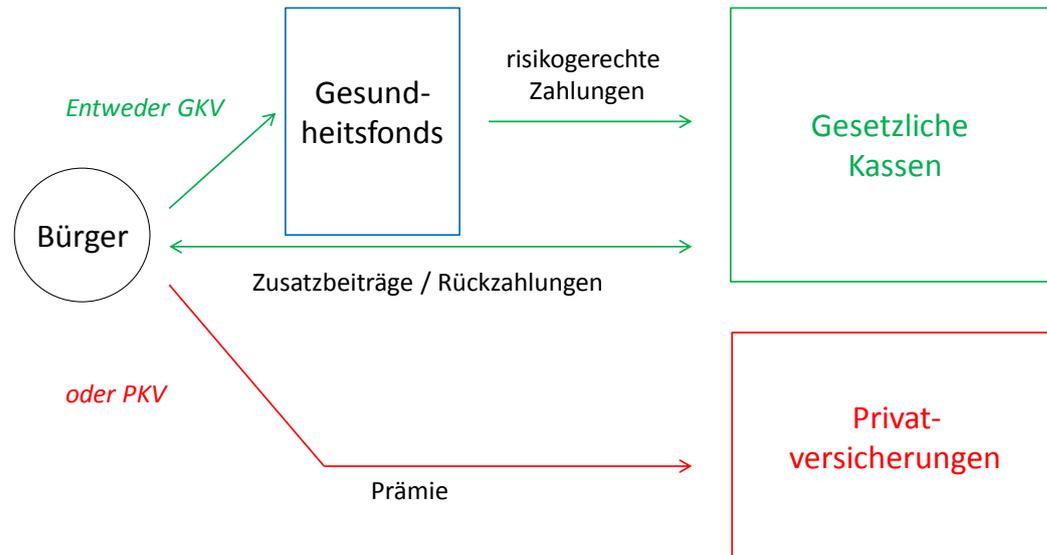


Abbildung 1: Versicherungsbeiträge im Status quo

mit hohen Verlusten verbunden, so dass in der PKV kein funktionsfähiger Wettbewerb im Bestandskundensegment besteht.

Die GKV beruht auf dem Umlageverfahren. Die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. Wenn, wie in Deutschland, mehrere gesetzliche Krankenversicherungen im Wettbewerb miteinander stehen, besteht die Gefahr des Rosinenpickens: Da die Beiträge nicht risikogerecht kalkuliert werden, gibt es ex ante erkennbar Versicherte, deren erwartete Versicherungsleistungen niedriger als ihre Beitragszahlungen sind (gute Risiken), und Versicherte, bei denen die erwarteten Versicherungsleistungen die Beitragszahlungen übersteigen (schlechte Risiken). Im Wettbewerb stehende Versicherer werden sich daher um die guten Risiken bemühen und die schlechten Risiken tendenziell abschrecken. Um diesen Selektionswettbewerb zu verhindern, muss ein Mechanismus geschaffen werden, der die explizit nicht risikogerecht erhobenen Beiträge für die Versicherer in risikogerechte Beiträge transferiert.

In Deutschland übernimmt seit 2009 der sogenannte Gesundheitsfonds in Kombination mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) diese Aufgabe. Die Beiträge der Versicherten fließen in den Gesundheitsfonds, der den Krankenversicherern wiederum für jeden Versicherten einen nach Risikomerkmale differenzierten Betrag überweist. Darüber hinaus können die Krankenversicherer gemäß ihrer finanziellen Situation Zusatzbeiträge erheben oder Rückzahlungen an die Versicherten leisten (vgl. Abbildung 1), so dass im Idealfall, d.h. bei einem perfekten Risikostrukturausgleich, Krankenversicherer für jeden Versicherten den exakten risikogerechten Beitrag erhalten, so dass keine Selektionsanreize bestehen. Momentan ist der Morbi-RSA allerdings kein perfekt funktionierendes System. Dies liegt insbesondere daran, dass die Zahl der berücksichtigten Vorerkrankungen gesetzlich auf 80 begrenzt ist (§ 268 (1) SGB V). Diese Begrenzung, für die es keine sachliche Begründung gibt, vermindert die Leistungsfähigkeit des Morbi-RSA.¹⁴ Ohne sachfremde gesetzliche Restriktionen kann ein Morbi-RSA als lernendes System ausgestaltet werden, das neue kostenwirksame Vorerkrankungen aufnimmt und die Höhe von Zahlungen anpasst. Damit kann dem Selektionswettbewerb effektiv entgegengewirkt werden.¹⁵

Beide Systeme haben gegenüber dem jeweils anderen System ihre spezifischen Vor- und Nachteile. Für die PKV spricht die Kapitaldeckung, die vor dem Hintergrund des demographischen Wandels zu mehr Generationengerechtigkeit führt, da jede Generation ihre eigenen Gesundheitsleistungen finanziert. Beim Umlageverfahren hingegen transferiert eine Generation, die wenige Kinder bekommen hat, die Finanzierung ihrer Gesundheitsausgaben zu einem erheblichen Teil auf die zahlenmäßig kleinere nächste Generation. Des Weiteren besitzt die PKV deutlich mehr aktuarielle Kompetenz, so dass sie eine breitere Palette von Versicherungsprodukten mit verschiedenen Formen und Höhen von Selbstbeteiligungen anbieten kann. Die Vorteile der GKV liegen in der Beziehung zu den Leistungserbringern. So besitzt das Sachleistungsprinzip der GKV administrative Vorteile gegenüber der Kostenerstattung in der PKV. Zudem hat die GKV einen

¹⁴ Der Gesundheitsfonds könnte heute schon 366 Erkrankungen erfassen; der Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 identifiziert 126 Erkrankungen, für die ebenfalls Zuschläge fällig wären (vgl. Drösler et al. 2011).

¹⁵ Siehe hierzu Breyer et al. (2013), Kapitel 7.

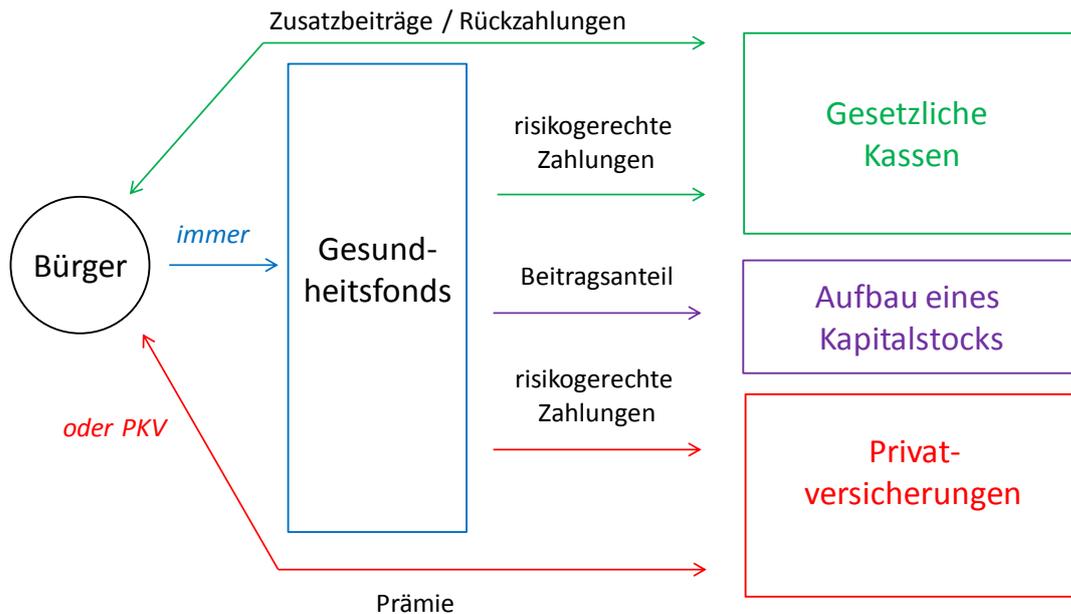


Abbildung 2: Fairer Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Erfahrungsvorsprung in der Gestaltung von Selektivverträgen und bei der Qualitätssicherung.

4. Fairer Systemwettbewerb

Die spezifischen Stärken von GKV und PKV sprechen dafür, beide Systeme grundsätzlich zu erhalten und einem fairen Wettbewerb mit umfassender Wahlfreiheit der Versicherten auszusetzen, bei dem die eingangs beschriebene verteilungspolitische Inkonsistenz des Status quo beseitigt wird. Zugleich soll sichergestellt werden, dass sich die Nachhaltigkeit des gesamten Gesundheitssystems zumindest nicht verschlechtert. Im Folgenden wird ein Reformvorschlag präsentiert, der diese Ziele erreicht und gleichzeitig nur moderate Änderungen am Status quo erfordert.

4.1 Kernelemente der Reform

Der Reformvorschlag für einen fairen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV hat folgende zentrale Punkte:

1. Jeder Bürger zahlt *immer* den Beitrag zum Gesundheitsfonds.
2. Bei einem Wechsel in die PKV erhält der private Krankenversicherer den Beitrag, den auch ein gesetzlicher Krankenversicherer aus dem Gesundheitsfonds erhalten würde.
3. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit wird ein Teil der Einnahmen des Gesundheitsfonds für den Aufbau eines Kapitalstocks verwendet.
4. PKV-Verträge werden wie bisher auch als langfristige Verträge ohne ordentliches Kündigungsrecht des Versicherers geschlossen. Der Unterschied zum Status quo besteht lediglich darin, dass die erwarteten Leistungen aus dem Gesundheitsfonds in die Kalkulation eingehen.

Die daraus folgenden Zahlungsströme werden in Abbildung 2 dargestellt.

Durch die ersten beiden Punkte des Reformvorschlags wird die verteilungspolitische Inkonsistenz des Status quo beseitigt. Für GKV-Versicherte ersetzt der Beitrag zum Gesundheitsfonds den GKV-Beitrag; PKV-Versicherte zahlen ebenfalls in den Gesundheitsfonds ein. Der Beitrag ist für alle Bürger abhängig vom Einkommen. Dies sichert die Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Einkommen. Die Zahlung des Gesundheitsfonds an den Krankenversicherer ist risikogerecht kalkuliert. Dadurch wird die Solidarität zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken erreicht.

Die Differenz zwischen dem Beitrag, den ein Versicherter für den Gesundheitsfonds zu entrichten hat, und dem Beitrag, den der Gesundheitsfonds für diesen Versicherten an den Krankenversicherer zahlt, entspricht gerade dessen Solidarbeitrag. Übersteigt der Versicherungsbeitrag die Zahlung des Gesundheitsfonds für einen Versicherten, so zahlt er einen Solidarbeitrag in Höhe der Differenz. Dies ist bei Bürgern mit hohem Einkommen und geringem Krankheitsrisiko der Fall. Ist hingegen der Versicherungsbeitrag niedriger als die Zahlung des Gesundheitsfonds, so ist er Empfänger eines Sozialbeitrages in Höhe

der Differenz. Dies trifft für Personen mit geringem Einkommen und hohem Krankheitsrisiko zu. Im Ergebnis wird eine konsistente Umsetzung des Solidarprinzips erreicht, da jeder Versicherte unabhängig von seiner Zugehörigkeit zur GKV oder zur PKV am Sozialausgleich teilnimmt.

Die Etablierung eines systemübergreifenden und konsistenten Solidarprinzips ermöglicht einen fairen Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Darüber hinaus ist es nicht mehr notwendig, durch eine Versicherungspflichtgrenze dem größten Teil der Bevölkerung die Wahlfreiheit zwischen den Systemen zu nehmen. Vielmehr könnte jedem Bürger die Wahl zwischen GKV und PKV freigestellt werden. Im Gegensatz zum Status quo kann ein Wechsel auch für Geringverdiener und chronisch Kranke attraktiv sein, da ihnen der empfangene Solidarbeitrag auch bei einem Wechsel in die PKV erhalten bleibt und eine Versicherung in der PKV deshalb günstiger wird. Umgekehrt wird für Gutverdiener und gute Risiken der Wechsel in die PKV weniger attraktiv, weil sie auch bei einem Wechsel den Solidarbeitrag zahlen müssen.

Dies bedeutet zusammenfassend, dass durch die ersten beiden Punkte unseres Reformvorschlags ein fairer Wettbewerb zwischen den Systemen gewährleistet ist, bei dem der Wechsel in die PKV

- sich lohnt, wenn man für eine umfassendere Versorgung mehr zu zahlen bereit ist.
- sich lohnt, wenn man Prämienenkungen durch Selbstbehalte oder Beitragsrückerstattungen bevorzugt.
- sich nicht mehr allein deshalb lohnt, weil man sich Transfers für Geringverdiener und hohe Risiken spart.
- auch für hohe Risiken und/oder Bürger mit geringerem Einkommen finanzierbar sein kann, denn diese erhalten höhere Leistungen aus dem Gesundheitsfonds.

Unser Reformvorschlag bedeutet für die PKV, dass die künftig zu bildenden Alterungsrückstellungen geringer ausfallen, da sie nur noch für die Differenz der im Alter steigenden Gesundheitsausgaben und der im Alter steigenden Zahlung des Gesundheitsfonds gebildet werden müssen. Dies führt zu einer Verringerung der

Kapitaldeckung und damit zu einer Reduktion der Nachhaltigkeit des gesamten Gesundheitssystems. Daher schlagen wir unter Punkt 4.3 vor, den Rückgang der Alterungsrückstellungen in der PKV zu kompensieren, indem ein Teil der Einnahmen des Gesundheitsfonds in den Aufbau eines Kapitalstocks fließt. Dieser dient dazu, die Folgen des demographischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten abzumildern.

Eine zentrale Eigenschaft unseres Reformvorschlags besteht darin, dass weder für die GKV noch für die PKV das Geschäftsmodell grundlegend geändert werden muss. Für die Unternehmen der GKV ändert sich nichts. Auch die PKV kann ihr Modell unverändert beibehalten und langfristige Verträge anbieten, die mit einer bei unveränderten Rechnungsgrundlagen konstanten Prämie kalkuliert sind. Die einzige Änderung für die PKV besteht darin, dass sie für einen Versicherten eine risikogerechte Zahlung aus dem Gesundheitsfonds erhält, die in ihre Prämienkalkulation eingeht, so dass die Versicherungsprämie und die Höhe der Alterungsrückstellungen niedriger ausfallen werden.

Damit unterscheidet sich unser Vorschlag grundsätzlich von Vorschlägen, die eine Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds im Rahmen der Bürgerversicherung fordern. Diese sehen vor, dass PKV-Unternehmen Krankenversicherungsschutz anbieten können, allerdings zu den Spielregeln der GKV, also mit einheitlichem Leistungskatalog und vollständigem Umlageverfahren. Bei unserem Vorschlag behalten sie die unternehmerische Freiheit und die Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Krankenversicherungsmodellen.

4.2 Die Rolle des Gesundheitsfonds und des Risikostrukturausgleichs

Der Gesundheitsfonds und der Morbi-RSA sind von zentraler Bedeutung für unseren Reformvorschlag, denn durch sie wird eine konsistente Umsetzung des Solidarprinzips über das gesamte Krankenversicherungssystem möglich. Ein leistungsfähiger Morbi-RSA, der den gesetzlichen und privaten Versicherungsunternehmen risikogerechte Zahlungen für ihre Versicherten überweist, ist sowohl für einen fairen Wettbewerb ohne Selektionsanreize als auch für die Berechnung korrekter Solidarbeiträge unverzichtbar. Daher bedarf es einer kontinuierlichen und statistisch fundierten Weiterentwicklung des Morbi-RSA. Die sachlich nicht gerechtfertigte Begrenzung auf 80 Krankheiten muss abgeschafft

werden, und weitere Erkrankungen, die statistisch signifikant höhere Ausgaben verursachen, müssen einbezogen werden.

Für eine Verbreiterung der Datenbasis des Morbi-RSA ist es sinnvoll, die PKV-Versicherten in die Datenerhebung einzubeziehen. Für die Umsetzung unseres Vorschlags ist dies aber nicht zwingend nötig. Für Wechsler von der GKV in die PKV können die Zahlungen zunächst nach dem Durchschnitt der Versicherten bemessen werden, die im Ausgangsjahr die gleichen Eigenschaften hatten wie der Wechsler. Eine Folge davon ist, dass die Beträge gemäß der Altersentwicklung steigen. Wenn verlässliche Daten aus der PKV verfügbar sind, lässt sich das Ausgleichssystem ausbauen. Bei Krankheiten, die im Morbi-RSA erfasst sind, würden dann die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds angepasst. Grundlage sind dabei immer die Kosten einer Versorgung im Rahmen der GKV.¹⁶

Änderungen im Zeitablauf bei Gesundheitsfonds und Morbi-RSA werden von den PKV-Versicherten mitgetragen. Dies gilt auch für eine Änderung des Beitragssatzes in der GKV. Ebenso führt eine Neuberechnung des Morbi-RSA zu geänderten Zahlungen sowohl an GKV-Versicherer als auch an PKV-Versicherer. Da die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds in die Prämienkalkulation der PKV-Unternehmen eingehen, stellt eine Neuberechnung des Morbi-RSA eine Änderung der Rechnungsgrundlagen dar, die wiederum eine Prämienanpassung auslösen kann. Dies ist unproblematisch, da sich die Rechnungsgrundlagen der PKV alleine aufgrund von Preissteigerungen sowie dem medizinisch-technischen Fortschritt häufiger ändern, so dass schon aus diesem Grund die Beiträge regelmäßig angepasst werden.

4.3 Sicherung der Nachhaltigkeit

Unser Reformvorschlag erhöht das Volumen des Gesundheitsfonds. Dies für sich genommen würde zu einer Ausweitung des Umlageverfahrens und damit zu einer Belastung zukünftiger Generationen führen. Es ist auch mit einem Rückgang der Alterungsrückstellungen in der PKV zu rechnen, weil PKV-Unternehmen risikogerechte Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Ein wichtiges

¹⁶ Die Zahlungen für PKV-Versicherte, die keine Krankheiten haben, die im Morbi-RSA erfasst werden, würden neu berechnet, da diese dann im Durchschnitt geringere Ausgaben verursachen.

Element unseres Reformvorschlags ist deshalb, einen Beitragsanteil aus dem Gesundheitsfonds zum Aufbau eines Kapitalstocks zu verwenden.

Als Regel für den Umfang der Kapitalbildung schlagen wir vor, die „implizite Steuer“ durch die soziale Krankenversicherung nicht zu erhöhen. Diese bemisst sich aus der Differenz zwischen dem Barwert der Einzahlungen und dem Barwert der Leistungen, die eine Generation erbringt bzw. erhält, und bildet die finanziellen Belastungen unterschiedlicher Generationen durch das Umlageverfahren ab.¹⁷ Die hierfür nötige Kapitalbildung lässt sich nach einer einfachen Regel bemessen: Sie muss so hoch sein, dass die zusätzlichen Nettoeinnahmen des Gesundheitsfonds durch die Reform in die Kapitalbildung fließen.¹⁸ Genau dann kommt es nicht zu einer Entlastung der älteren Generationen, die noch vom Umlageverfahren einen Vorteil haben und – der Nullsummenlogik des Umlageverfahrens folgend – nicht zu einer Belastung jüngerer Generationen.

Die Kapitalbildung lässt sich unterschiedlich umsetzen. Aufbauend auf Konzepten zur Teilkapitalbildung in der GKV zum Ausgleich zwischen den Generationen (siehe Cassel 2003 und Ulrich et al. 2005), könnte ein kollektiver Fonds gebildet werden, der Ein- und Auszahlungen nach der Regel der konstanten impliziten Steuer vorsieht. Er muss institutionell so verankert werden, dass er vor kurzfristigen politischen Eingriffen geschützt ist. Als Vorbild kann der norwegische Government Pension Fund Global dienen,¹⁹ dem es gelingt, die Erträge aus der Ölförderung auf zukünftige Generationen zu übertragen.

Eine Alternative stellen zweckgebundene private Sparkonten dar. Bei diesem Konzept erhalten die Versicherten proportional zu ihren Beiträgen eine Gutschrift auf ein Sparkonto, das im Alter für die Minderung der Krankenversicherungsbeiträge eingesetzt wird. Der Vorteil wäre im Zweifelsfall ein höherer Schutz vor einer Zweckentfremdung der Mittel. Dem gegenüber steht ein höherer administrativer Aufwand als bei der Verwaltung eines zentralen Fonds.

¹⁷ Siehe hierzu Lüdeke (1988) und Homburg und Richter (1990) sowie für eine Anwendung auf die Krankenversicherung Felder und Kifmann (2004).

¹⁸ Diese sind positiv, denn die zusätzlichen Beitragszahler verfügen über relativ hohe Einkommen und sind überdurchschnittlich gesund.

¹⁹ See Norwegian Ministry of Finance (2013).

4.4 Die PKV nach der Umsetzung des Reformvorschlags

Bei unserem Reformvorschlag bleibt das Geschäftsmodell der PKV grundsätzlich erhalten. Sie kann wie bislang langfristige Krankenversicherungsverträge mit risikogerechten und bei unveränderten Rechnungsgrundlagen konstanten Prämien anbieten. Da sie für jeden Versicherten Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds erhält, die mit Alter und Morbidität des Versicherten ansteigen, werden sowohl die Versicherungsprämien als auch die zu bildenden Alterungsrückstellungen sinken. Dies vermindert das momentan wohl gravierendste Problem der PKV, die nicht zufriedenstellend gelöste Übertragung der Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel des Versicherers.

Die PKV kann weiterhin eine große Vielfalt von Versicherungsverträgen, insbesondere verschiedene Selbstbehaltstarife anbieten. Momentan liegt der zulässige maximale jährliche Selbstbehalt bei 5.000 Euro (§ 193 VVG), wobei nur wenige Tarife einen so hohen Selbstbehalt vorsehen. Wenn sich jeder Bürger für die PKV entscheiden kann, ließe sich über eine deutliche Absenkung des maximalen Selbstbehaltes nachdenken, z.B. auf 1800 Euro, um sicherzustellen, dass die Versicherten nicht überfordert werden. Höhere Selbstbehalte können in Form von Beitragsrückerstattungen erfolgen. Diese weisen vergleichbare Steuerungswirkungen wie Selbstbehaltstarife auf, verlangen aber eine Vorauszahlung des Versicherten. Deshalb sind sie nicht mit eventuell schwer finanzierbaren Belastungen im Krankheitsfall verbunden.

In ihren Beziehungen zu den Leistungserbringern sind PKV-Unternehmen bislang stark eingeschränkt. Der gesetzliche Rahmen bewirkt, dass sie praktisch nur Verträge mit Kostenerstattung auf Einzelvergütungsbasis anbieten. Diese Einschränkung mag noch gerechtfertigt sein, wenn man wie heute den ungleichen Systemwettbewerb nicht verschärfen möchte. Bei Verwirklichung unseres Vorschlags entfällt jedoch diese Begründung. Deshalb können den PKV-Unternehmen bei der Gestaltung der Beziehung zu den Leistungserbringern weitreichende Freiheiten gewährt werden. Bei der Kostenerstattung können die Verträge festlegen, welche Steigerungssätze im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) maximal erstattet werden. Es muss lediglich eine Untergrenze festgelegt werden, damit ein

Mindestversicherungsschutz gewährleistet ist.²⁰ Des Weiteren ist es für einen fairen Wettbewerb wichtig, dass die PKV die gleichen Rechte beim Abschluss von Selektivverträgen erhält wie die Unternehmen der GKV.

Nachteilig aus Sicht der PKV ist zunächst, dass es keine Vertragsabschlüsse mehr geben wird, die nur dadurch zustande kommen, dass Versicherte mit einem Wechsel in die PKV den zu entrichtenden Solidarbeitrag einsparen wollen. Dies ist aber sowohl im Rahmen eines konsistenten Solidarprinzips als auch für einen fairen Systemwettbewerb sinnvoll. Diesem Nachteil steht zudem der erhebliche Vorteil gegenüber, dass das Kundenpotential für die PKV erheblich größer wird. Bislang hatte nur ein geringer Teil der Bürger die Möglichkeit, sich in der PKV zu versichern. Nach unserem Reformvorschlag kann sich jeder Bürger privat versichern. Wird das Familienversicherungsprinzip aus der GKV beibehalten, erhöht sich zudem die Attraktivität der PKV für Familien, da dann auch für jedes nicht erwerbstätige Familienmitglied ein Anspruch auf Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds besteht. Wir erwarten, dass es wie bisher zu einem Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kommt.²¹

Theoretisch kann es bei unserem Reformvorschlag zu negativen PKV-Prämien kommen. Dies ist dann der Fall, wenn die erwarteten Versicherungsleistungen in der PKV etwa aufgrund eines hohen Selbstbehalts unterhalb der erwarteten Versicherungsleistungen in der GKV liegen, so dass die Zahlung aus dem Gesundheitsfonds die risikogerechte Prämie übersteigt. Dies ist aber unproblematisch und im Übrigen in der GKV auch Realität, da die Unternehmen dort die Möglichkeit haben, über Rückzahlungen an die Versicherten eine negative Prämie zu erheben.

Ein Problem bleibt der Wechsel zwischen Krankenversicherern. Dieser ist zwar zwischen GKV-Versicherern problemlos, aber der Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem GKV- oder PKV-Unternehmen ist für ein Versicherten aufgrund der inadäquaten Übertragung der Alterungsrückstellungen nicht ohne

²⁰ Die Regelungen für den Basistarif könnten hierfür verwendet werden.

²¹ Theoretisch ist es möglich, dass sich in Zukunft alle Bürger in der PKV versichern. In diesem Fall wird unser Vorschlag obsolet, denn er berechnet die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds auf Grundlage der GKV-Versorgung. Wir würden dies als Votum für die Bürgerprivatversicherung werten. Eine Neukonzeption des Sozialausgleichs wäre dann nötig. Wir halten diesen Fall jedoch für unwahrscheinlich.

Nachteile möglich. Durch unseren Reformvorschlag wird das Problem verringert, denn die Höhe der Alterungsrückstellungen sinkt. Auch zur grundsätzlichen Lösung dieses Problems kann unser Vorschlag beitragen. Die entsprechenden Ansätze sehen vor, dass die Alterungsrückstellungen risikogerecht übertragen werden, um zu verhindern, dass nur gute Risiken die Versicherung wechseln.²² Wenn die PKV im Rahmen unseres Vorschlags in den Morbi-RSA eingebunden wird, so entsteht eine Datengrundlage, mit der sich auf dem individuellen Gesundheitszustand der Versicherten basierende übertragbare Alterungsrückstellungen berechnen lassen. Die Etablierung eines sinnvollen Übertragungsmechanismus für Alterungsrückstellungen ist für unseren Reformvorschlag unverzichtbar, da nur dann die PKV sinnvoller Bestandteil eines wettbewerblichen Gesundheitssystems sein kann.

4.5 Die GKV nach der Umsetzung des Reformvorschlags

Für die GKV bleibt das Geschäftsmodell vollständig unverändert. Ein Vorteil für die GKV besteht darin, dass sie nicht alleine deshalb Kunden im Segment der freiwillig Versicherten verlieren, weil die Versicherten durch einen Wechsel in die PKV Solidarbeiträge sparen können. Dem steht der Nachteil gegenüber, dass die GKV ihre Monopolstellung für große Teile der Bevölkerung verliert, die nach unserem Reformvorschlag in die PKV wechseln können. Des Weiteren verliert die GKV ihre regulatorischen Vorteile gegenüber der PKV bei der Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern. Dem fairen Systemwettbewerb müssen sich auch gesetzliche Kassen stellen.

²² Vgl. u.a. Meyer (1992) sowie Nell und Rosenbrock (2008).

5. Die Umsetzung des Reformvorschlags

5.1 Kurzfristige Umsetzung

Mit dem Gesundheitsfonds und dem Risikostrukturausgleich bestehen bereits zentrale Institutionen für unseren Reformvorschlag. Durch die Beschränkung auf 80 Erkrankungen bleibt der Morbi-RSA allerdings unter seinem Potenzial. Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt sprechen statistische Gründe dafür, 126 weitere Erkrankungen in den Morbi-RSA einzubeziehen (Drösler et al. 2011). Dies lässt sich schnell umsetzen.

Kurzfristig schlagen wir folgende Berechnung der risikogerechten Zahlungen für Wechsler in die PKV vor: Im ersten Jahr entsprechen die Zahlungen dem Betrag, den auch eine gesetzliche Kasse erhalten hätte. Da zunächst keine Daten für die PKV-Versicherten vorliegen, um die Zahlungen an das Risiko anzupassen, werden diese in den folgenden Jahren nach dem Durchschnitt der Ausgaben der GKV-Versicherten bemessen, die im Ausgangsjahr die gleichen Eigenschaften hatten wie der Wechsler. Für nachgewiesene Krankheiten nach Vertragsabschluss erhalten PKV-Versicherte Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds, wenn diese dort erfasst sind. Ebenso erfolgt eine Anpassung der Zahlungen nach dem Alter.

Des Weiteren muss entschieden werden, ob die Kapitalbildung durch einen zentralen Fonds oder private Sparkonten organisiert wird. Bei beiden Varianten wird Kapital nach der Regel der konstanten impliziten Steuer gebildet, so dass zukünftige Generationen nicht stärker belastet werden als im Status quo. Schließlich wird der rechtliche Rahmen für die unternehmerischen Spielräume der PKV erweitert. PKV-Unternehmen werden bei der Gestaltung der Beziehung zu den Leistungserbringern die gleichen Freiheiten wie GKV-Versicherern gewährt.

Mit diesen Maßnahmen sind bereits die wesentlichen Elemente unseres Reformvorschlags umgesetzt. Der Wechsel zwischen GKV und PKV wird wesentlich fairer erfolgen als bisher. Aus diesem Grund kann auch mehr Bürgern die Möglichkeit gegeben werden, in die PKV zu wechseln. Wir schlagen vor, im ersten Schritt die Versicherungspflichtgrenze (momentan 4.350 € monatlich) auf die Beitragsbemessungsgrenze (momentan 3.937,50 €) zu senken.

5.2 Langfristige Umsetzung

Langfristig kann die Versicherungspflichtgrenze vollständig abgeschafft werden. Dies setzt voraus, dass der Risikostrukturausgleich weiter verbessert wird. Insbesondere sollen auch in der PKV systematisch Daten erhoben werden, mit denen sich die Gesundheitsentwicklung der PKV-Versicherten nachvollziehen lässt. Damit können die Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds genauer an das Risiko der Versicherten angepasst werden.²³ Referenz sind dabei immer die Kosten des Versicherten bei GKV-Versorgung. Schließlich wäre es bei der Abschaffung der Versichertenpflichtgrenze nötig, den Selbstbehalt zu begrenzen bzw. Selbstbehalte ab einer gewissen Höhe nur noch in Form von Beitragsrückerstattungen zuzulassen. Dies verhindert mögliche Überforderungen der Versicherten bei hohen Krankheitskosten.

6. Zusammenfassung

Das deutsche Krankenversicherungssystem leidet unter einer anachronistischen Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Gutverdiener und Selbstständige haben die Wahl zwischen der PKV mit risikogerechten Versicherungsprämien und der GKV mit einkommensabhängigen Beiträgen. Dies führt zu einem Selektionswettbewerb zu Lasten der GKV bei den Versicherten, die zwischen GKV und PKV wählen können, und zu einer Aushöhlung des Solidaritätsprinzips in der Krankenversicherung. In diesem Beitrag haben wir den Reformvorschlag „Fairer Systemwettbewerb“ unterbreitet, der diese Situation beendet. Entscheidende Neuerung ist, dass durch einen Wechsel in die PKV keine Solidarbeiträge mehr vermieden werden können. Dies wird dadurch erreicht, dass jeder Bürger einen einkommensabhängigen Beitrag zum Gesundheitsfonds leistet und bei einem Wechsel in die PKV Anspruch auf die risikogerechten Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds besitzt. Dadurch wird im Gegensatz zum Status quo der Solidarbeitrag immer geleistet.

²³ Wichtig ist diese genauere Berechnung, um zu hohe Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds an die PKV auszuschließen. Dieser Effekt würde dann auftreten, wenn überdurchschnittlich Gesunde in die PKV wechseln und dies durch den Vergleich mit den GKV-Versicherten, die im Ausgangsjahr die gleichen Eigenschaften hatten wie der Wechsler, nicht ausreichend erfasst würde.

Die Nachhaltigkeit unseres Reformvorschlags wird durch eine Kapitalbildung gesichert, die sowohl kollektiv als auch mittels privater zweckgebundener Sparkonten umgesetzt werden kann. Sie sorgt dafür, dass zukünftige Generationen nicht stärker belastet werden als im Status quo. Dies lässt sich mit Hilfe des Konzepts der impliziten Steuer umsetzen.

Mit dem Gesundheitsfonds und dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich besteht bereits das zentrale Element unseres Vorschlags. Bisher bleibt letzterer durch die gesetzliche Beschränkung auf 80 Krankheiten unter seinen Möglichkeiten. Wir fordern, diese willkürliche Einschränkung aufzuheben und weitere Erkrankungen zu berücksichtigen, die statistisch zu höheren Ausgaben führen. Darüber hinaus sollen auch Daten von PKV-Versicherten erhoben werden, um den Risikoausgleich genauer zu gestalten.

Die Möglichkeit, in die PKV zu wechseln, soll ausgeweitet werden. In einem ersten Schritt halten wir die Senkung der Versicherungspflichtgrenze auf die Beitragsbemessungsgrenze für sinnvoll. Nach einer Verbesserung des Risikostrukturausgleichs soll die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft werden. Jeder Bürger kann dann in die PKV wechseln. Dies wird einen neuen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen schaffen, der im Gegensatz zum Status quo fair ist, denn die Solidarbeiträge lassen sich durch einen Wechsel in die PKV nicht mehr vermeiden. Obsolet wird dadurch auch die Einschränkung der PKV auf Kostenerstattungstarife bei Einzelleistungsvergütung. PKV-Unternehmen sollen die Freiheit bekommen, Verträge mit Leistungserbringern zu schließen. Neben dem Angebot von Selbstbeteiligungstarifen eröffnet sich damit ein weiterer Spielraum für unternehmerisches Handeln. Im Vergleich zu anderen Konzepten besitzt unser Reformvorschlag den Vorteil, dass er auf dem heutigen System aufbaut und es weiterentwickelt, ohne dass damit eine Form der Krankenversicherung abgewickelt wird. In einem fairen Systemwettbewerb können sich die Bürger zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung entscheiden.

Kassen und Versicherungen stellt unser Reformvorschlag vor neue Herausforderungen. Gesetzliche Kassen werden sich bei der Senkung bzw. der Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze vermehrt der privaten Konkurrenz stellen müssen. Private Versicherungen können nicht mehr allein deshalb mit

Versicherten rechnen, weil diese sich aus der Solidaritätsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung verabschieden können. Sie werden mit einem attraktiveren Angebot überzeugen müssen, etwa durch die Gestaltung von Selbstbeteiligungstarifen und besonderen Angeboten auf der Leistungsseite. Vorteilhaft ist dieser faire Wettbewerb für die Versicherten, die mehr Wahlfreiheit erhalten und für die Versicherungsgemeinschaft insgesamt, denn ein Leistungswettbewerb tritt an die Stelle des heutigen Selektionswettbewerbs.

Literatur

- Breyer, F. (2012): Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, *Wirtschaftsdienst* 92, S. 655 - 658.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann (2013): *Gesundheitsökonomik*, 6. Aufl. Berlin u.a.: Springer.
- Cassel, D. (2003): Intergenerative Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Cassel, D., H. Müller und H. Thieme (Hrsg.) *Stabilisierungsprobleme in der Marktwirtschaft: Prozesse und Strukturen*, Festschrift zum 80. Geburtstag von Artur Woll, München: Vahlen, S. 235-261.
- Drösler, S., J. Hasford, B.-M. Kurth, M. Schaefer, J. Wasem und E. Wille (2011): *Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich*. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes, Bonn.
- Eekhoff, J., V. Bünnagel, S. Kochskämper und K. Menzel (2008): *Bürgerprivatversicherung*, Mohr Siebeck.
- Ellert, A. (2013): *Supplementary Products in the Health Insurance Market and its Implications*, Dissertationsschrift, Hamburg.
- FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag (2009): Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen, *BT-Drucksache* 16/11879.
- Felder, S. und M. Kifmann (2004): Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung, in: Cassel, D. (Hrsg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen* (Gesundheitsökonomische Beiträge Nr. 44), Baden-Baden: Nomos (2004), S. 9 – 32.
- Fraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (2009): Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens, *BT-Drucksache* 17/258.
- Frerich, J. und M. Frey (1996): *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland*, München: Oldenbourg.
- Grunow, M. und R. Nuscheler (2013): Public and Private Health Insurance in Germany: The Ignored Risk Selection Problem. Erscheint in *Health Economics*. Online am 21. Mai 2013 veröffentlicht: DOI: 10.1002/hec.2942.

- Homburg, S. und W. Richter (1990): Eine effizienzorientierte Reform der GRV, in: B. Felderer (Hrsg.), *Bevölkerung und Wirtschaft*, Duncker & Humblot, Berlin, S. 183 - 191.
- Kifmann, M. (2006): Risk Selection and Complementary Health Insurance: The Swiss Approach, *International Journal of Health Care Finance and Economics* 6, S. 151 – 170.
- Lüdeke, R. (1988): Staatsverschuldung, intergenerative Redistribution und umlagefinanzierte gesetzliche Rentenversicherung: Eine andere Sicht der Lasten durch ein negatives Bevölkerungswachstum, in: J. Klaus und P. Klemmer (Hrsg.), *Wirtschaftliche Strukturprobleme und soziale Fragen*, Berlin, S. 167 - 181.
- Meyer, U. (1992): Zwei überflüssige Wettbewerbshemmnisse in der privaten Krankenversicherung, in: *Volkswirtschaftliche Diskussionsbeiträge der Universität Bamberg*, Band 53.
- Nell, M. und S. Rosenbrock (2008): Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen – Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, S. 173-195.
- Norwegian Ministry of Finance (2013): *The Government Pension Fund*. www.regjeringen.no/en/dep/fin/Selected-topics/the-government-pension-fund.html (Abruf: 9. Juli 2013).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004): *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*, Jahresgutachten 2004/05, S. 512-553.
- SPD-Präsidium (2011): *Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig*, Pressemitteilung 116/11.
- Ulrich, V., S. Felder, U. Schneider und A. Werblow (2005): *Stärkung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung des Versicherungsschutzes der GKV-Versicherten*, Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- Wasem, J. und A. Walendzik (2012): Reformvorschläge für ein einheitliches Versicherungssystem, *Wirtschaftsdienst* 92, S. 659-662.

The Hamburg Center for Health Economics is a joint center of the School of Business, Economics and Social Sciences and the Medical School at the Universität Hamburg.

Contact: Hamburg Center for Health Economics
Esplanade 36, 20354 Hamburg, Germany
Tel. +49 (0) 42838-9515/16, Fax: +49 (0) 42838-8043
Email: info@hche.de, <http://www.hche.de>

hche Research Paper Series, ISSN 2191-6233 (Print), ISSN 2192-2519 (Internet)

- 2011/1 Mathias Kifmann and Kerstin Roeder, Premium Subsidies and Social Insurance: Substitutes or Complements? March 2011
- 2011/2 Oliver Tiemann and Jonas Schreyögg, Changes in Hospital Efficiency after Privatization, June 2011
- 2011/3 Kathrin Roll, Tom Stargardt and Jonas Schreyögg, Effect of Type of Insurance and Income on Waiting Time for Outpatient Care, July 2011
- 2012/4 Tom Stargardt, Jonas Schreyögg and Ivan Kondofersky, Measuring the Relationship between Costs and Outcomes: the Example of Acute Myocardial Infarction in German Hospitals, August 2012
- 2012/5 Vera Hinz, Florian Dreves, Jürgen Wehner, Electronic Word of Mouth about Medical Services, September 2012
- 2013/6 Mathias Kifmann and Martin Nell, Fairer Systemwettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, July 2013