

Wolfram F. Richter

Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag

Im Streit über die Finanzierungsreform des Gesundheitswesens haben sich die politischen Parteien in unterschiedliche Positionen verteilt. Während SPD und Grüne das Bürgergeld bevorzugen, vertritt die CDU/CSU die Gesundheitsprämie. Welche Argumente haben zur Polarisierung der politischen Diskussion geführt? Wie könnte ein Kompromiss zwischen diesen beiden Konzepten gestaltet werden?

Die Bundestagswahl sorgte für keine klaren Mehrheiten. Ob die neue Bundesregierung die politische Kraft haben wird, die als notwendig erachteten Reformen durchzusetzen, wird sich noch zeigen müssen. Einer derjenigen Bereiche, in dem Reformen anzupacken sind, betrifft die Finanzierung des Gesundheitswesens. Die grundsätzliche Reformbereitschaft eint die Parteien. Nicht einig ist man sich dagegen hinsichtlich der anzustrebenden Form der Finanzierung. Die Vertreter von Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung stehen sich unversöhnlich gegenüber, und dabei bleiben die weiter gehenden Vorstellungen der FDP noch ausgeklammert. Ein politischer Kompromiss scheint derzeit unvorstellbar, die Blockade in der Gesundheitspolitik unausweichlich.

Dass die Gegensätze nur vordergründig sind und ein Kompromiss möglich und darstellbar ist, soll im Folgenden gezeigt werden¹. Zu diesem Zweck werden zunächst die Argumente, denen die beklagenswerte Polarisierung der politischen Diskussion zuzuschreiben ist, zurückgewiesen. Sie erweisen sich als untauglich, die Wahl zwischen Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung sachlich zu entscheiden. Im Anschluss daran wird ein Weg aufgezeigt, wie sich die einkommensunabhängige Pauschalprämie im Gesundheitswesen einführen lässt, ohne dass man in Widerspruch zu den Gerechtigkeitszielen gerät, für welche sich die Vertreter der Bürgerversicherung stark machen.

Argumente für eine Reform, die nicht überzeugen

Die öffentliche Diskussion um die Finanzierungsreform im Gesundheitswesen wird von zwei Argumenten beherrscht. Nach dem ersten wird das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung in

den Vordergrund gerückt und für eine Versicherung geworben, die allen Bürgern diskriminierungsfrei offen stehen soll. Um es deutlich zu sagen: Überzeugende Gründe für ein Festhalten an dem historisch gewachsenen Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung gibt es nicht. Diskussionswürdig ist allenfalls, wie sich das Nebeneinander in verfassungskonformer Weise beenden lässt. Der noch zu unterbreitende Vorschlag setzt darauf, dass das Nebeneinander zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungen nicht durch Gesetz, sondern durch Wettbewerb überwunden wird. Der Gegensatz von privat und gesetzlich Versicherten ist jedenfalls nicht geeignet, die Wahl zwischen einkommensunabhängiger Pauschalprämie und Bürgerversicherung auf sachlicher Ebene zu entscheiden.

Auch das zweite Argument eignet sich nicht besonders gut, um zwischen den konkurrierenden Finanzierungsmodellen eine Wahl zu begründen. Es wird insbesondere von der CDU und der Rürup-Kommission² bemüht und stellt auf die Senkung der Lohnzusatzkosten ab. Das Argument ist bei näherer Betrachtung nicht wirklich überzeugend. Zum einen lässt sich nicht leugnen, dass sich mit der Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, wie sie mit der Bürgerversicherung angestrebt wird, die Beitragsätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit die Lohnzusatzkosten ebenfalls senken lassen. Zum anderen wird man bei Entkoppelung von Versicherungsbeiträgen und Löhnen, wie die Union sie anstrebt, an kompensierenden Maßnahmen im Steuer- und Sozialbereich nicht vorbei kommen. Die Gefahr ist damit groß, dass die lohnsteuerartige Finanzierung der GKV durch lohnabhängige Beiträge lediglich durch

Prof. Dr. Wolfram F. Richter, 56, lehrt Öffentliche Finanzen an der Universität Dortmund und ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

¹ Vgl. W. F. Richter: Wirkungen von Steuern und Sozialbeiträgen, Beitrag für die 30. Jahrestagung der Deutschen Steuerjuristischen Gesellschaft, 19./20. September 2005, Freiburg.

² Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherung, Bericht der Kommission, 2003.

eine einkommensteuerliche Bezuschussung der Pauschalprämien abgelöst würde. Wo da der durchschlagende Vorteil gegenüber der Bürgerversicherung sein soll, wird nicht recht klar.

Die öffentliche Diskussion um die Finanzierungsreform im Gesundheitswesen krankt daran, dass wenig überzeugende Argumente bemüht und die Sorgen der Bevölkerung vor negativer persönlicher Betroffenheit bisher nicht überzeugend ausgeräumt wurden. Die Reform wird sich aber politisch nur dann durchsetzen lassen, wenn ihre Ziele besser vermittelt werden und die unvermeidbaren Einkommenswirkungen begrenzt bleiben. Folgende Reformstrategie versucht, diesen Anforderungen gerecht zu werden. Sie ist zweistufig angelegt. Auf einer ersten Stufe sollen die gesetzlich Versicherten ihre Beiträge zur GKV wie bisher lohnbezogen entrichten. Sie sollen die Sicherheit haben dürfen, dass sie keine nennenswerten persönlichen Einkommenseinbußen erleiden. Der Übergang zur Pauschalprämie soll lediglich für die Versicherungen wirksam werden. Das heißt, dass diese pro Versicherten eine Prämie erhalten, die einkommensunabhängig ist. Die Reform zielt auf der ersten Stufe lediglich auf eine Veränderung der Rahmenbedingungen, unter denen die Versicherungen um ihre Kunden konkurrieren. Der Wettbewerb um kostengünstige Lösungen bei der Sicherung der medizinisch notwendigen Versorgung soll stimuliert werden. Die wichtigsten Elemente der ersten Stufe wären die folgenden³.

Erste Reformstufe: Ermöglichung von Kassenwettbewerb ohne Finanzkraftausgleich

- An der lohnbezogenen Beitragserhebung wird zunächst festgehalten. Die Beiträge werden nach einem einheitlichen Durchschnittssatz vom versicherungspflichtigen Entgelt bemessen und einem einzurichtenden „Sonderhaushalt GKV“ zugeführt⁴.
- Die Einnahmen des Sonderhaushalts werden durch die Anzahl der Versicherten dividiert und in gleichen Anteilen diesen mit der Maßgabe gutgeschrieben, sich bei einer Versicherung eigener Wahl gegen Krankheit zu versichern.
- Die Versicherungen werden verpflichtet, Tarife anzubieten, die nach Berücksichtigung einheitlich geregelter Selbstbehalte alle Kosten eines Katalogs medizinisch definierter Mindestleistungen decken und dafür eine vom Unternehmen kalkulierte

einkommensunabhängige Pauschalprämie verlangen.

- Differenzen zwischen der von der Versicherung geforderten einkommensunabhängigen Pauschalprämie und dem Zahlungsanspruch gegenüber dem Sonderhaushalt GKV sind – sofern positiv – vom Versicherten zu tragen bzw. – sofern negativ – an diesen auszus zahlen.

Jeder dieser Punkte müsste eingehend erläutert werden. Das kann an dieser Stelle natürlich nicht geleistet werden. Vielmehr müssen ein paar kurze Hinweise genügen. Zum ersten Punkt: Die Bemessung der Beiträge nach dem in der GKV geltenden Durchschnittssatz widerspricht vordergründig der Zielsetzung, auf der ersten Reformstufe Verteilungswirkungen zu vermeiden. Versicherte von Kassen mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz müssten als Folge der Reform mehr zahlen. Andererseits macht das Festhalten an unterschiedlichen Beitragssätzen keinen Sinn, wenn nicht länger Anspruch auf kassenspezifische Leistungen erworben wird, sondern lediglich Anspruch auf eine Gutschrift im Sinne des zweiten Punktes. Diese Gutschrift hat die Funktion eines Vouchers und erinnert an Reformvorschläge, wie sie für den Bildungsbereich diskutiert werden. Bei dem dritten Punkt sei unterstrichen, dass der Leistungskatalog medizinisch zu definieren ist. Organisatorische Fragen wie etwa das Recht auf freie Arztwahl bleiben bewusst unspezifiziert und ungeregelt. Was als medizinisch notwendig gelten darf und somit nach Gesetz durch die einkommensunabhängige Pauschalprämie abgedeckt ist, ändert sich im Zeitablauf und ist – nicht anders als heute – durch politische Entscheidungsdelegation von Experten zu klären. Die Regulierung des Leistungskatalogs muss die Vereinbarung von Selbstbehalten einbeziehen. Andernfalls lohnten sich Vertragsgestaltungen, die man als „Rosinen picken“ bezeichnet.

Der vierte Punkt ist auf der ersten Stufe der Reform der zentrale. Er erlaubt, allokativen und distributiven Wirkungen zu trennen. Ein Versicherter muss ja nur dann persönliche Einkommenseinbußen hinnehmen, sollte er sich für eine Versicherung entscheiden, die eine überdurchschnittliche Pauschalprämie verlangt. Das ist aber nur dann sinnvoll, wenn die Versicherung mit Leistungen lockt, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen und die nachgefragt werden. Steht der Preisforderung dagegen kein präferenzgerechtes Angebot gegenüber, wird die Versicherung ihre Kostenstruktur kritisch überprüfen müssen, oder aber sie wird vom Markt verdrängt. Zu erwarten ist,

³ In einer kurzen Stellungnahme vom Oktober 2005 appelliert der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen an die Politik, eine Reform im Sinne der ersten Stufe zu verwirklichen.

⁴ Der Wissenschaftliche Beirat beim BMF, 2005, spricht von einer Inkassostelle.

dass der Wettbewerb die Versicherungen veranlassen wird, medizinisch Notwendiges von medizinisch nicht Notwendigem vertraglich zu trennen und Ersteres über die einkommensunabhängige Pauschalprämie abzudecken, hingegen Letzteres über private Zusatzversicherungen. Diese Trennung ist allokatons- und distributionspolitisch gleichermaßen wünschenswert. Solidarität kann allenfalls für das medizinisch Notwendige eingefordert werden. Die Pauschalprämie gewährleistet solche Solidarität dadurch, dass auf der Beitragsseite nicht nach Risikomerkmale differenziert wird. Im Bereich des medizinisch nicht Notwendigen kann und muss dagegen stärker auf Eigenverantwortlichkeit der Nutznießenden gesetzt werden. Wer Komfortmedizin in Anspruch nimmt, wer z.B. die freie Arztwahl wünscht oder eine Behandlung, deren medizinischer Nutzen zweifelhaft ist, sollte für die zusätzlichen Kosten selbst aufkommen. Auf dieser Forderung ist bei einer alternden Gesellschaft und bei einem medizinisch-technischen Fortschritt, der ständig neue Bedürfnisse weckt, zu insistieren.

Die Bürgerversicherung ist aus diesem Grunde abzulehnen. Ihr Charakteristikum ist die Einkommensabhängigkeit des Preises für Versicherungsschutz. Was scheinbar der Gerechtigkeit dient, erweist sich bei näherer Betrachtung als ein gravierendes Strukturhindernis mit dem Ziel, Kosten und Nutzen medizinischer Versorgung in Einklang zu bringen. Wettbewerb ist bei einkommens- oder lohnbezogener Preisstellung ohne einen anbieterübergreifenden Finanzkraftausgleich nicht funktionsfähig. Das gilt für den Versicherungsmarkt wie für jeden anderen Markt. Ohne Finanzkraftausgleich haben Versicherungen mit einer einkommensstarken Versichertengemeinschaft einen Wettbewerbsvorteil, der völlig ungerechtfertigt sein kann. Er kann seine Ursache in regionalen oder branchenbezogenen Eigenheiten haben und jedenfalls nicht unbedingt in einem honorierungswürdigen Kostenmanagement der Versicherungen. Bei einem Ausgleich der Finanzkraft zwischen den Versicherungsanbietern ist aber deren Anreiz – wie man bei den gesetzlichen Kassen auch meint beobachten zu können – gering, kostengünstige Modelle für die Sicherung des medizinisch Notwendigen zu entwickeln. Versicherte mit unterdurchschnittlichem Einkommen hätten an solchen Modellen nur begrenztes Interesse, da sie die zurechenbaren Kosten bei einkommensabhängigen Beitragszahlungen lediglich anteilig tragen. Versicherte mit überdurchschnittlichem Einkommen müssten eher Interesse zeigen, denn schließlich zahlen sie mehr ein, als den durchschnittlichen Kosten der beanspruchten Leistungen entspricht. Der

Finanzkraftausgleich nimmt den Versicherungen aber den Anreiz, kostengünstige Lösungen für die gut verdienenden Versicherten zu konzipieren. Jeder Einnahmewachstum, den die Versicherungen durch die gezielte Ansprache beitragsstarker Versicherten realisieren, wird ja durch den Finanzkraftausgleich abgeschöpft. Zu befürchten wäre, dass die Senkung der Beitragssätze, welche die Bürgerversicherung verspricht, von allzu kurzer Dauer ist.

Mit der Einführung der Pauschalprämie im Gesundheitswesen soll der existierende kassenübergreifende Finanzkraftausgleich verzichtbar und die Voraussetzung für einen funktionsfähigen Wettbewerb der Versicherungen geschaffen werden. Dass Pauschalprämien den Finanzkraftausgleich verzichtbar machen, ist allgemein bekannt⁵. Weniger klar wird dagegen gesehen, dass der Finanzkraftausgleich mit einem funktionsfähigen Wettbewerb unvereinbar ist. Der ausgabenseitige Risikostrukturausgleich soll im Übrigen nicht angetastet werden. Bei einer Prämienbemessung, die nicht nach Risikomerkmale differenziert, kommt man ohne ihn nicht aus. Ohne ihn zahlte es sich für die Versicherungen aus, Angebote zu konzipieren, die nur gute Risiken ansprechen. Es käme zu einer Entmischung der Risiken und Pauschalprämien ließen sich nicht durchsetzen.

Zweite Reformstufe: Auflösung des Sonderhaushalts GKV

Auf der zweiten Stufe der Reform gilt es, den Sonderhaushalt GKV aufzulösen. Die Auflösung kann man sich so vorstellen, dass der Sonderhaushalt in den Bundeshaushalt eingegliedert wird und die Auswirkungen auf die Finanzen der anderen Gebietskörperschaften durch begleitende Maßnahmen neutralisiert werden. Bei dieser Gelegenheit wird man sich dem Problem stellen müssen, die lohnbezogene Beitragserhebung zum Gesundheitswesen mit dem Einkommensteuertarif zu verschmelzen. Diese Verschmelzung verspricht eigene Effizienzgewinne, weil die Umverteilungskonzeption der lohnabhängigen Beitragserhebung erkennbar schlecht mit der einkommensteuerlichen Umverteilung abgestimmt ist⁶. Man denke lediglich an die Beitragsbemessungsgrenze,

⁵ Vgl. etwa Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Programmpunkt 18, Stuttgart 2002/03, S. 285/6; sowie D. Cassel: Ordnungspolitische Reformoptionen im deutschen Gesundheitssystem: Wo liegt Toulon?; in: Ordnungspolitik als aktuelle Herausforderung; H. Leipold, D. Wentzel (Hrsg.): Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Bd. 78, Stuttgart 2005, S. 243-261.

⁶ F. Breyer, A. Haufler: Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, in: International Tax and Public Finance 7, 2000, S. 445-461.

den Grundfreibetrag, die Steuerprogression und die Abgabepflicht der verschiedenen Einkunftsarten – alles Dinge, die in den beiden Umverteilungssystemen unterschiedlich geregelt sind. Effektiv wird es auf der zweiten Reformstufe auf eine verbreiterte Finanzierung des Gesundheitswesens hinauslaufen, so wie es von den Vertretern der Bürgerversicherung gefordert wird. Gleichzeitig wird die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen vom Arbeitsmarkt entkoppelt, so wie es die Unionsparteien mit ihrer Gesundheitsprämie anstreben. Die Ausgaben für die medizinisch nicht notwendige Versorgung hat jeder Bürger persönlich zu verantworten. Sie können sich unabhängig vom Arbeitsmarkt entwickeln. Die Kostenentwicklung im Bereich des medizinisch Notwendigen ist dagegen so weit vom Arbeitsmarkt entkoppelt, wie es in einem Sozialstaat vertretbar erscheint. Gehen die Kosten hinauf, wird die durchschnittliche Pauschalprämie entsprechend steigen. Die Situation unterscheidet sich dann nicht wesentlich von der steigender Lebenshaltungskosten. Die Politik wird von Zeit zu Zeit prüfen müssen, ob Anpassungen beim steuerlichen und sozialrechtlichen Existenzminimum geboten sind. Allokationspolitisch entscheidend ist, dass der Wettbewerbsdruck auf die Versicherungen, kostengünstige Lösungen für eine medizinisch notwendige Versorgung zu finden, dank unverfälschten Preiswettbewerbs ungebrochen wirken kann.

Die Entrichtung der lohnbezogenen Beiträge an den Sonderhaushalt GKV dürfte für Jedermann den lohnsteuerlichen Charakter der Zahlungen deutlich machen. Die politische Bereitschaft, eine Erhöhung der Einkommensteuer mit dem Fortfall der Beitragspflicht zur GKV zu verrechnen, sollte zunehmen. Gewisse Probleme wird die Einbeziehung der nicht gesetzlich Versicherten und die Regelung des Familienlastenausgleichs aufwerfen. Aber diesen Problemen wird sich jede Reform stellen müssen, die darauf abzielt, die lohnbezogene Beitragserhebung zur GKV zu verändern. Ein nicht unbedeutender Vorteil der vorgeschlagenen Reformstrategie ist, dass das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Versicherung den Marktkräften überantwortet werden kann. Es bedarf keiner gesetzlichen Regelung zur Abgrenzung der je-

weiligen Geschäftsfelder. Jedenfalls ist nicht einzusehen, weshalb sich die privaten Versicherungen auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen im medizinisch nicht notwendigen Bereich zurückziehen sollten. Sie sollten vielmehr das Recht erhalten, Angebote im Bereich des medizinisch Notwendigen auf der Basis von Pauschalprämien zu machen. Umgekehrt sollten die gesetzlichen Kassen das Recht haben, ihr Geschäft auf den Bereich des medizinisch nicht Notwendigen auszudehnen.

Pauschalprämien, private Krankenversicherung und Kapitalbildung

Private Versicherungsverträge herkömmlicher Art wird es allein schon aus Gründen des Bestandsschutzes noch einige Zeit geben. Ob sie schließlich vom Markt verschwinden, ist nicht einfach vorauszusagen⁷. Schließlich haben sie Merkmale, die sie als Vorsorgeform attraktiv erscheinen lassen. Das augenfälligste Merkmal ist das der Kapitalbildung. Kapitalbildende Vorsorgesysteme erwirtschaften systematisch höhere Renditen als umlagefinanzierte. Nun bedeutet die Einführung von Pauschalprämien nicht zwingend ein Verzicht auf Kapitalbildung⁸. Da die Krankheitskosten mit dem Alter zunehmen, werden Pauschalprämien die in der Jugend anfallenden Kosten immer übersteigen müssen.

Vorstellbar wäre daher eine Ausgestaltung, in der die Differenz als Altersrückstellung verbucht und am Kapitalmarkt angelegt würde. Das wäre aber nicht nur ein Novum für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung, es würde auch Probleme aufwerfen, die in der Alterssicherung bekannt und dort hinlänglich diskutiert sind. Der Aufbau eines Kapitalstockes und die gleichzeitige Bedienung erworbener Systemansprüche verursacht in der Phase der Umstellung eine doppelte Belastung. Von daher lässt sich die Meinung vertreten⁹, dass die Politik zwar grundsätzlich die Bedeutung umlagefinanzierter Vorsorgesysteme zurückdrängen sollte, dass dies aber nicht in allen Zweigen der Sozialversicherung gleichzeitig geschehen muss. Die Institutionalisierung einer parallel organisierten Kapitalbildung dürfte unnötige Transaktionskosten verursachen. Von daher spricht viel dafür, die kapitalbildende Vorsorge auf die Altersvorsorge zu konzentrieren. Viel wäre in Deutschland schon erreicht, wenn man in der Gesetzlichen Rentenversicherung stärker auf Kapitalbildung setzte.

⁷ Private Versicherungsverträge herkömmlicher Art differenzieren nach Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen, garantieren umfassenden Versicherungsschutz, sind kapitalbildend und behindern den Versicherungswechsel. Die hier vorgeschlagene Versicherung auf Pauschalprämienbasis differenziert nach keinen Risikomerkmale, deckt lediglich die Kosten der medizinisch notwendigen Versorgung, ist nicht kapitalbildend und erlaubt einen raschen Versicherungswechsel. Die beiden Versicherungsformen sind also schwer zu vergleichen. Welche sich unter Wettbewerbsbedingungen langfristig durchsetzt, wird man sehen müssen.

⁸ Vgl. K.-D. Henke, W. Johannßen, G. Neubauer, U. Rumm, J. Wasem: Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung, München 2002.

⁹ Wissenschaftlicher Beirat beim BMF: Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, 2004.

Die Verknüpfung von Kapitalbildung mit der Versicherung gegen Krankheit wirft Probleme eigener Art auf¹⁰. Diese lassen sich bei der PKV studieren. Bekanntlich sind die bei privaten Versicherungen gebildeten Altersrückstellungen nicht portabel. Das angesparte Kapital geht beim Ausstieg aus dem Vertragsverhältnis verloren. Es verfällt an das Versicherungskollektiv. Dadurch leidet der Wettbewerb. Er beschränkt sich weitgehend auf die Gewinnung von Versicherungsnehmern, die einen Vertrag erstmals abschließen. Je länger das Vertragsverhältnis andauert, desto unvorteilhafter ist für den Versicherten der Tarifwechsel. Die Versicherungsbranche begründet die Behinderung des Versicherungsverwechslens mit der Notwendigkeit, adverse Selektion zu unterbinden. Das Problem wurzelt in der Diskrepanz, die sich bei fortschreitender Versicherungsdauer zwischen der individuell angesparten Altersrückstellung und derjenigen Rückstellung ergibt, die auf der Basis der individuellen Krankheitsgeschichte zur vorausschauenden Deckung des Versicherungsrisikos erforderlich ist. Diese Diskrepanz macht bei einem Versicherungsverwechsel eine Prämienneukalkulation versicherungstechnisch notwendig. Das Risiko der Prämienanpassung darf nun nicht den Versicherungsnehmer belasten, soll der Versicherungsverwechsel nicht erschwert werden. Für das Risiko muss vielmehr eine originäre Form von Versicherung gefunden werden, ohne dass dadurch negative Selektionseffekte ausgelöst werden. In der Literatur gibt es verschiedene Vorschläge¹¹. Ob sich das Prämienanpassungsrisiko unter Marktbedingungen versichern lässt, wird gleichwohl kontrovers diskutiert¹².

Sollte sich das Problem nicht befriedigend lösen lassen, dürften sich weitergehende Reformüberlegungen in Richtung risikodifferenzierter Versicherungsprämien verbieten. Der Kronberger Kreis tritt für marktradikalere Reformen ein und auf politischer Ebene die FDP¹³. Der Reiz völlig liberalisierter Prämiengestaltung wurzelt in der Hoffnung, den staatlichen Regulierungseinfluss eindämmen zu können. Insbesondere denkt man, auf den Risikostrukturausgleich verzichten zu können. Die Frage ist allerdings, ob dieser Vorteil

andere Nachteile ausgleicht. Für nachteilig kann man halten, dass risikodifferenzierende Prämien hohe Anforderungen an die Rationalität und Informationsverarbeitungsmöglichkeiten der Marktakteure stellen. Dagegen erscheint die Einfachheit von Pauschalprämien geradezu als Vorteil. Sie haben eine eindeutige Signalfunktion und ermöglichen einen transparenten und intensiven Preiswettbewerb.

Gelegentlich werden die wettbewerbsbelebenden Wirkungen von Pauschalprämien bezweifelt. Die Zweifel werden mit den Erfahrungen in der GKV begründet. Dort gibt es ja differierende Beitragssätze bei kaum nennenswerten Unterschieden auf der Leistungsseite. Obwohl die Versicherten schon heute das Recht zum Kassenwechsel haben, machen sie davon so gut wie keinen Gebrauch. Aus dieser Beobachtung wird dann geschlossen, dass die Wechselbereitschaft bei Pauschalprämien nicht wesentlich höher sein dürfte. Dieser Einschätzung ist entgegenzuhalten, dass Beitragssätze anders wahrgenommen werden als absolute Preise. Zudem sind die absoluten Einkommenswirkungen von Beitragssatzdifferenzen gerade bei Versicherten mit kleinem Einkommen am geringsten, und dies sind die Personen, die erfahrungsgemäß die preisbewusstesten Entscheidungen treffen.

Die Argumente, die für den Wechsel von lohnbezogenen Beitragssätzen zu Pauschalprämien sprechen, sind strukturell von der Art, wie sie üblicherweise bemüht werden, um liberale Handelspositionen zu begründen. Kein Ökonom zweifelt an der Erkenntnis, dass bei unterschiedlichen relativen Güterpreisen in Autarkie Freihandel allen Ländern Vorteil verspricht. Im Gesundheitswesen treten nun Individuen an die Stelle von Ländern, lohnbezogene Beitragssätze an die Stelle unterschiedlicher relativer Preise zwischen Gesundheitsgütern und sonstigen Konsumgütern sowie Pauschalprämien an die Stelle von Weltmarktpreisen. Die offene Flanke der liberalen Handelsdoktrin ist, dass Freihandel zwar allen Ländern nutzt, nicht aber zwingend allen Produzenten. Die Anbieter von Gütern, die auf den Weltmärkten billiger gehandelt werden als in Autarkie, sind Verlierer, für die gegebenenfalls Kompensation zu schaffen ist. In dem vorgeschlagenen Modell sorgt die Einführung von Gutschriften bzw. Vouchers dafür, dass es zumindest bei statischer Betrachtung keine Reformverlierer gibt. Die Reform ist eine der seltenen Situationen, in der eine Verbesserung im Sinne von Pareto möglich erscheint.

¹⁰ Ebenda, Abschnitt IV.4.

¹¹ Vgl. J. Cochrane: Time-consistent health insurance, in: Journal of Political Economy, 103, 1995, S. 445-473; vgl. M. Pauly, H. Kunreuther, R. Hirth: Guaranteed renewability in insurance, in: Journal of Risk and Uncertainty, 10, 1995, S. 143-156. Literaturüberblicke liefern M. Kifmann: Insuring premium risk in competitive health insurance markets, Tübingen 2002; V. Meier: Übertragbarkeit von Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung, in: ifo Schnelldienst, 24/2003, S. 5-8.

¹² M. Kifmann: Health insurance in a democracy: Why is it public and why are premiums income related?, in: Public Choice, 124, 2005, S. 283-308, nimmt beispielsweise an, dass sich das Prämienrisiko nicht marktmäßig versichern lässt.

¹³ Kronberger Kreis: Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Stiftung Marktwirtschaft, 2002; vgl. auch P. Zweifel, M. Breuer: Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller, Zürich 2002.