

Marco Penske

Der Gesundheitsfonds löst keines der Finanzierungsprobleme der GKV

Mitte Juli haben sich die Regierungsparteien auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ geeinigt. Eine Reform der Einnahmenseite hatten die Koalitionsparteien bereits im Koalitionsvertrag für das Jahr 2006 beschlossen. Wie ist der vereinbarte Kompromiss ökonomisch zu bewerten?

Angesichts steigender Beitragssätze und eines Finanzierungsdefizits in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von bis zu 7 Mrd. Euro im Jahr 2007 haben sich die Unionsparteien und die SPD auf „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“¹ verständigt. Eine Reform der Einnahmenseite hatten die Koalitionspartner bereits im Koalitionsvertrag² für das Jahr 2006 vereinbart, nachdem das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 seine Ziele nicht erreicht hatte. Nach dem GMG sollte der Beitragssatz zur GKV von 14,3% im Jahr 2003 auf 13,6% im Jahr 2004, 12,95% im Jahr 2005 und 12,15% in den Jahren 2006 und 2007 sinken.³ Aktuell liegt der durchschnittliche Beitragssatz jedoch bei 13,3% zuzüglich des von Arbeitnehmern alleine zu tragenden Sonderbeitragssatzes von 0,9%.

Gesundheitsfonds: ein schlechter Kompromiss

Im Mittelpunkt der nun geplanten Finanzreform steht ein neu einzurichtender Gesundheitsfonds, aus dem die einzelnen Kassen ab dem Jahr 2008 einen Pauschalbetrag für jeden ihrer Versicherten erhalten. Dieser Betrag wird „risikoadjustiert“, um unterschiedliche Ausgabenrisiken, die heute der Risikostrukturausgleich ausgleichen soll, anhand von Faktoren wie Alter und Geschlecht zu berücksichtigen. In den Fonds zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer lohnabhängige Beiträge ein. Der Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt. Hinzu kommt für den Arbeitnehmer der heute schon erhobene Sonderbeitragssatz. Daneben sehen die Pläne wachsende Steuerzuschüsse vor. Für das Jahr 2008 sind 1,5 Mrd. Euro, für das Jahr 2009 3 Mrd. Euro veranschlagt. Reichen einer Kasse die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zur Finanzierung ihrer Ausgaben nicht aus, kann sie einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern erheben. Umgekehrt kann die Kasse Überschüsse an ihre Versicherten zurückerstatten.

Dr. Marco Penske, 30, ist Unternehmensberater. Zuvor war er Mitarbeiter am Institut für Finanzwissenschaft der Johannes Gutenberg-Universität Mainz am Lehrstuhl von Prof. Dr. Rolf Peffekoven.

Die vorgelegten Eckpunkte sind ein Versuch, die konträren Vorstellungen der Regierungsparteien in der Finanzierung der GKV zu vereinen. Die Kassen erhalten pauschale Beiträge. Dies kommt den ursprünglichen Reformvorstellungen der CDU entgegen, die die GKV über Kopfpauschalen mit sozialem Ausgleich finanzieren wollte. Die lohnabhängigen Beiträge entstammen den Vorstellungen der SPD zu einer Bürgerversicherung. Zurück geht dieser Kompromiss auf ein vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesministerium der Finanzen⁴ im Oktober 2005 vorgelegtes Reformmodell. Demzufolge sollen die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge an eine neu zu gründende Inkassostelle abgeführt werden, von der jeder Versicherte eine Gutschrift in Höhe des durchschnittlichen Beitrags erhält. Die Krankenversicherungen erheben pauschale Beiträge. Liegt der Versicherungsbeitrag über der Gutschrift, muss der Versicherte zuzahlen, umgekehrt erhält er eine Rückerstattung. Die Eckpunkte unterscheiden sich jedoch in diesem für den Wettbewerb entscheidenden Punkt von dem Beiratsmodell und sind unter allokativen, distributiven und Nachhaltigkeitsüberlegungen abzulehnen.

Finanzierung bleibt beschäftigungsfeindlich

Bei der allokativen Bewertung des Gesundheitsfonds sind verschiedene Ebenen zu unterscheiden. Im Vordergrund stehen Beschäftigungswirkungen. Hier sind die negativen Wirkungen der Beibehaltung der lohnabhängigen Finanzierung am gravierendsten. Die

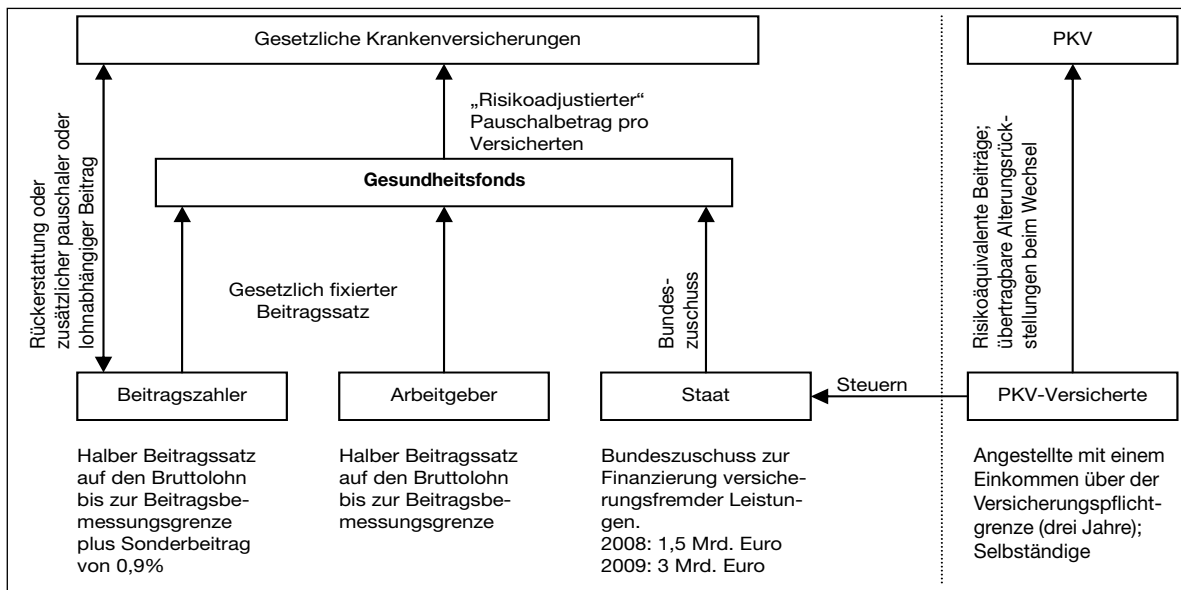
¹ Siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf (15.7.2006), S. 21ff.

² Siehe CDU, CSU, SPD: Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, <http://www.tagesschau.de/static/pdf/Koalitionsvertrag.pdf> (25.7.2006), S. 87.

³ Siehe Bundestags-Drucksache Nr. 15/1525 vom 8.9.2003, S. 172.

⁴ Siehe Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen: Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, http://www.bundesfinanzministerium.de/lang_de/DE/Service/Downloads/Abt_1/0510171a3001,templateId=raw,property=publicationFile.pdf (16.7.2006). Siehe auch W. F. Richter: Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: WIRTSCHAFTSDIENST, 85. Jg. (2005), H. 11, S. 693 ff.

Finanzströme im Gesundheitsfonds-Modell



Quelle: Eigene Darstellung.

Unionsparteien und die SPD haben ihre ursprünglichen Ziele aufgegeben: Die Kopfpauschale hätte den Zusammenhang zwischen Arbeitseinkommen und Versicherungsbeitrag oberhalb der Belastungsgrenze vollständig aufgehoben. Die Bürgerversicherung sollte die Beitragsbemessung auf alle Einkünfte erweitern und damit immerhin die einseitige Abhängigkeit vom Arbeitseinkommen reduzieren. Beim Gesundheitsfonds bleiben die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge aber ausschließlich vom Arbeitseinkommen abhängig. Der Abgabenkeil zwischen Produzenten- und Konsumentenlohn wird lediglich durch den Steuerzuschuss etwas reduziert, verursacht aber weitere Verzerrungen am Arbeitsmarkt, die sich in der hohen Arbeitslosigkeit niederschlagen. Die Wissenschaft fordert deshalb seit langem, die Beiträge vom Arbeitslohn abzukoppeln und den Arbeitgeberbeitrag mit dem Arbeitsentgelt auszuführen.

Die vorgesehene Festschreibung des Beitragssatzes hebt zwar den Automatismus aus steigenden Gesundheitsausgaben und damit einhergehenden Beitragssatzsteigerungen (zunächst) auf. Gleichwohl führen Lohnerhöhungen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze weiterhin für Arbeitgeber und Versicherte zu steigenden GKV-Beiträgen. Verringert wird lediglich der mit der Abführung der Beiträge verbundene Verwaltungsaufwand bei den Arbeitgebern, die die Beiträge nicht mehr an verschiedene Kassen mit unterschiedlichen Beitragssätzen, sondern mit einem einheitlichen Beitragssatz an den Gesundheitsfonds zahlen.

Kassenwettbewerb sinkt

Problematisch ist auch die Wirkung auf den Wettbewerb zwischen den Kassen. Im Modell des Wissenschaftlichen Beirats hätten die Kassen pauschale Beiträge von den Versicherten erhoben, was den Wettbewerb gefördert hätte. Nach den Eckpunkten erhalten die Kassen ihre Einnahmen aber aus dem Fonds. Damit sinkt der Wettbewerb; denn die Krankenkassen verlieren ihre Finanzautonomie, die sich bislang in der eigenverantwortlichen Bestimmung ihres Beitragssatzes niederschlägt.⁵ Mit Wettbewerb hat das wenig zu tun, zumal das einzige wettbewerbliche Element auf der Einnahmenseite – der Zusatzbeitrag – nur begrenzt erhoben werden darf. Der Fonds muss 95% der Gesundheitsausgaben (2005: 145 Mrd. Euro) finanzieren und der Zusatzbeitrag darf 1% des Haushaltseinkommens eines Mitglieds nicht überschreiten. Hinzu kommt, dass die Einnahmen der GKV weiterhin maßgeblich von der Entwicklung der Lohneinkommen abhängen. Die Hauptursache für den zu beobachtenden Beitragssatzanstieg bleibt damit bestehen.⁶

Steuerfinanzierte Kinderversicherung problematisch

Nachdem der infolge des GMG eingeführte Bundeszuschuss (2004: 1 Mrd. Euro, 2005: 2,5 Mrd. Euro,

⁵ Vgl. M. Hütter: Politisches Piercing, in: Handelsblatt Nr. 129 vom 7.7.2006, S. 8; J. Wasem: Die Politik ist zu kurz gesprungen, in: Handelsblatt Nr. 128 vom 6.7.2006, S. 8.

⁶ Zur Einnahmenerosion in der GKV siehe M. Penske: Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – Probleme und Reformoptionen, Finanzwissenschaftliche Schriften, Bd. 115, Frankfurt u.a. 2006 (erscheint in Kürze), S. 76 ff.

ab 2006: 4,2 Mrd. Euro) durch das Mitte Juni 2006 beschlossene Haushaltsbegleitgesetz⁷ im Jahr 2007 auf 1,5 Mrd. Euro reduziert und danach abgeschafft werden soll, sehen die Eckpunkte wieder Steuerzuschüsse vor. Finanziert werden damit die Ausgaben der GKV für Kinder. Unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten ist die Erstattung dieser Ausgaben als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus dem Bundeshaushalt zwar zu begrüßen. Sie wirft aber auch Probleme auf: Bislang ist unklar, wie der Ausgabenbedarf für Kinder von derzeit rund 14 Mrd. Euro aufgebracht werden soll. Da die Koalitionspartner Steuererhöhungen zu Recht ausgeschlossen haben, bleibt die Finanzierung aus dem laufenden Bundeshaushalt. Dazu müssen noch Ausgabenkürzungen vorgelegt werden. Zudem führt die lohnabhängige Finanzierung dazu, dass Bezieher hoher beitragspflichtiger Einkommen von einer Beitragssatzsenkung absolut stärker entlastet werden als Bezieher niedrigerer Arbeitsentgelte. Zielgenauer könnten Familien mit einem höheren Kindergeld gefördert werden; denn auch Kinderlose profitieren von der Beitragssatzsenkung. Als größtes Hindernis für die geplante Steuerfinanzierung dürfte sich die Behandlung von in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherten Kindern erweisen. Nach den Eckpunkten sollen nur die Ausgaben für in der GKV versicherte Kinder steuerfinanziert werden. Dies ist verfassungsrechtlich mehr als umstritten. Müssten auch die Ausgaben von in der PKV versicherten Kindern aus Steuermitteln finanziert werden, würde der Finanzbedarf um rund 2 Mrd. Euro steigen. Die PKV würde dann aber für Familien an Attraktivität gewinnen. Die GKV könnte sogar Einnahmen verlieren, wenn bislang freiwillig in der GKV Versicherte verstärkt in die PKV wechseln.

Diffuse und mitunter unerwünschte Verteilungswirkungen

Die lohnbezogenen Beiträge zum Gesundheitsfonds belassen einen Risiko-, Einkommens- und Familienlastenausgleich in der GKV. Die Verteilungseffekte sind deshalb auch beim Gesundheitsfonds diffus und zielungenau.

Da der GKV-Beitrag unabhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko ist, werden unterschiedliche Risiken von Versicherten mit hohen erwarteten Gesundheitsausgaben und Versicherten mit niedrigerem Risiko ausgeglichen (Risikoausgleich). Außerdem wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze zwischen Versicherten mit hohem Einkommen zu Versicherten mit niedrigerem Einkommen umverteilt (Einkommensausgleich). Durch die Kombination von Risiko- und Einkommensausgleich subventioniert aber z.B. eine gesunde

Person, die nur über ein relativ geringes Einkommen verfügt, einen Vermögenden mit schlechtem Gesundheitszustand.⁸ Der von den GKV-Mitgliedern finanzierte Familienlastenausgleich wird zwar durch den Bundeszuschuss für Kinderausgaben reduziert. Nicht erwerbstätige Familienmitglieder werden aber weiter beitragsfrei mitversichert und somit zulasten Lediger subventioniert. Damit nimmt die GKV neben ihrer eigentlichen Versicherungsfunktion (Allokation) weiterhin auch Umverteilungsaufgaben (Distribution) wahr, deren Verteilungsströme ineffektiv und kaum messbar sind.

Stattdessen sollte die GKV über Kopfpauschalen finanziert werden. Dies würde den Risikoausgleich in der GKV belassen. Davon abgesehen die GKV aber auf ihre Allokationsaufgabe beschränken und den Kassenwettbewerb fördern. Die Versicherten, deren Beitrag über einer als angemessen betrachteten Eigenbelastungsgrenze liegt, erhielten einen Transfer aus dem allgemeinen Steueraufkommen. Dieser wäre zielgenau und würde nach Maßgabe der individuellen Leistungsfähigkeit von allen Steuerzahlern finanziert. Die Distributionsaufgabe würde vom dafür vorgesehenen Steuer- und Transfersystem wahrgenommen. Ein Problem ist die Finanzierung der Transfers an Bezieher niedriger Einkommen. Abhängig von der Höhe der Kopfpauschale und der Eigenbelastungsgrenze variiert der Finanzbedarf zwischen 16 Mrd. Euro und 28 Mrd. Euro.⁹

Kapitaldeckung ist notwendig

Unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit ist die Beibehaltung der Umlagefinanzierung problematisch. Sie führt zu intergenerativen Umverteilungen¹⁰ und damit zu einer Abhängigkeit der GKV von der demographischen Entwicklung, weil jüngere Mitglieder der GKV mit ihren Beiträgen die Ausgaben für ältere mitfinanzieren. Der Beitragssatz gerät über die Einnahmen- und Ausgabenseite unter Druck. Auf der Einnahmenseite sinken mit Renteneintritt die Beitragsbemessungsgrundlage und damit der Beitrag sprunghaft. Die Alterung der Bevölkerung und der Rückgang der Zahl der Erwerbspersonen reduzieren daher die Einnahmen. Dem stehen steigende Ausgaben gegenüber: Zum einen ermöglicht der medizinisch-technische

⁸ Vgl. stellvertretend Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Bd. II, Sondergutachten 1997, Baden-Baden 1998, Ziff. 562 ff.; P. Zweifel, M. Breuer: Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbands forschender Arzneimittelhersteller e.V., Zürich 2002, S. 45.

⁹ Vgl. M. Penske, a.a.O., S. 189.

¹⁰ Das Umlageverfahren führt nicht zwangsläufig zu intergenerativen Umverteilungen, Ursache dafür sind die altersunabhängigen Beiträge; vgl. F. Breyer, P. Zweifel, M. Kifmann: Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin u.a. 2005, S. 202, 539.

⁷ Siehe Bundestags-Drucksache Nr. 16/1525 vom 17.5.2006, S. 43.

Fortschritt neue und damit meist auch kostenintensive Behandlungsmöglichkeiten. Zum anderen führt der demographische Wandel zu höheren Ausgaben, weil die Gesundheitsausgaben in der Regel mit zunehmendem Alter steigen. Der Steuerzuschuss verlagert die Abhängigkeit zwar teilweise auf das Steuersystem, verschiebt aber damit das Finanzierungsproblem nur von der GKV auf den Bundeshaushalt. Die Deckung der absehbaren Finanzierungslücke – Projektionen ermitteln einen Beitragssatzanstieg auf bis zu 37% im Jahr 2040¹¹ – wird zur politischen Entscheidung zwischen höheren Steuerzuschüssen, Beitragssatzsteigerungen und Leistungskürzungen. Es fehlt also eine nachhaltige Finanzierung.

Dazu sind kapitalgedeckte Elemente in der GKV notwendig. Das Hauptproblem ist die Finanzierung des Übergangs, da die aktuelle Erwerbstätigen generation selbst Kapital bilden, gleichzeitig aber die Ausgaben für ältere Versicherte mitfinanzieren muss. Wechseln alle Versicherten sofort in das Kapitaldeckungsverfahren, müssen die Alterungsrückstellungen für die Älteren entweder über Bundeszuschüsse oder über Beiträge nachfinanziert werden. Ein schrittweiser Übergang kann die Umstellungskosten zeitlich verteilen: Die Ausgaben für die Älteren werden in der Übergangsphase weiter umlagefinanziert, jüngere Versicherte werden in einem kapitalgedeckten System versichert. Die Übergangsbelastung kann reduziert werden, wenn das Umlageverfahren nur mit kapitalgedeckten Elementen ergänzt wird. Die Finanzierung der GKV bleibt dann zwar abhängiger von der demographischen Entwicklung als bei einem vollständig kapitalgedeckten System. Hierin liegt aber der praktikable Weg zu einer nachhaltigeren Finanzierung.

Vorsorgekonten sind machbar

Die Frage der Kapitaldeckung ist unabhängig von der Beitragsbemessung zu sehen. Sowohl in einem Gesundheitsfonds als auch in einem über Kopfpauschalen finanzierten GKV-System oder in einer Bürgerversicherung können kapitalgedeckte Elemente implementiert werden. Alterungsrückstellungen können dazu individuell oder kollektiv gebildet werden. Der wesentliche Unterschied sind die intergenerativen Verteilungswirkungen. Kollektive Kapitaldeckung reduziert die intergenerativen Transfers zugunsten künftiger Generationen. Demgegenüber hat die individuelle Kapitaldeckung keine intergenerativen Verteilungseffekte, weil die Beitragslast lediglich intertemporal geglättet wird. Abgesehen von der bei kollektiver Kapitaldeckung problematischen Entscheidung über

den Zeitpunkt der Auflösung des Kapitalstocks empfiehlt sich auch aus ordnungspolitischen Gründen die Bildung von individuellen Alterungsrückstellungen. Dann kann das Kapital außerhalb der GKV angespart werden und ist vor politischer Zweckentfremdung sicher. Zudem werden eigene – wenn auch obligatorische – Ersparnisse weniger als Steuer empfunden als kollektive Ersparnisse, weshalb die negativen Folgen für Wachstum und Beschäftigung geringer sein dürften. Beispiele aus dem Ausland (Singapur, Südafrika, China, USA) zeigen, dass Gesundheitskonten die demographische Abhängigkeit reduzieren.¹² Analog zur Riester-Rente in der Gesetzlichen Rentenversicherung sollte auch in der GKV – allerdings verbindlich – individuell Kapital angespart werden. Um Transaktionskosten zu sparen, könnte das Kapital für alle Zweige der Sozialversicherung auf einem „Vorsorgekonto“ gebildet werden. Das Mischsystem aus Umlageverfahren und Kapitaldeckung hat einen weiteren Vorteil: Es wäre weniger risikobehaftet als ein rein kapitalgedecktes oder umlagefinanziertes System. Die Kapitalmarkttheorie zeigt, dass bei der Kombination von zwei nicht vollständig korrelierten Anlagen das Risiko im Vergleich zur Beschränkung auf eine Anlage sinkt.¹³

Reformen in der PKV

Neben den Änderungen in der GKV sehen die Eckpunkte im Wesentlichen folgende Änderungen im System der privaten Krankenversicherung (PKV) vor:¹⁴

- Angestellte sollen künftig erst in die PKV wechseln können, wenn ihr versicherungspflichtiges Einkommen mindestens drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze (2005: 3937,50 Euro im Monat) lag.
- Die PKV wird verpflichtet, einen Basistarif mit Kontrahierungszwang und ohne individuelle Risikoprüfung anzubieten. Geöffnet werden soll dieser Tarif für ehemalige PKV-Versicherte ohne Versicherungsschutz und freiwillig in der GKV Versicherte. Der Basistarif umfasst den Leistungskatalog der GKV.
- Versicherte in der PKV sollen beim Wechsel des Versicherers ihre Alterungsrückstellungen mitnehmen können.

Durch den ersten Punkt wird der Wechsel in die PKV zwar erschwert, Bezieher von Einkommen oberhalb

¹² Vgl. J. Schreyögg: „Medical Savings Accounts“ – Eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten und seine Implikationen für Deutschland, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Bd. 92 (2003), S. 510 ff.

¹³ Vgl. A. Börsch-Supan: Kapitaldeckung in der Rentenversicherung, in: H. Rische, W. Schmähl (Hrsg.): Gesundheits- und Alterssicherung – gleiche Herausforderungen, gleiche Lösung?, Münster 2004, S. 81.

¹⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, a.a.O., S. 23 f.

¹¹ Siehe stellvertretend Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden 2004, Tabelle 51 f.

der Versicherungspflichtgrenze und damit besonders Leistungsfähige können sich aber nach wie vor der Umverteilung in der GKV entziehen. Dem steht gegenüber, dass Leistungserbringer bei einem Privatversicherten die gleiche Leistung zu einem höheren Preis abrechnen als bei einem in der GKV Versicherten. Diese indirekte Quersubventionierung von der PKV zur GKV beläuft sich immerhin auf 5 bis 6 Mrd. Euro per annum.¹⁵

Schätzungen zufolge sind etwa 200 000 Personen nicht krankenversichert. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Selbständige oder um ausschließlich geringfügig Beschäftigte, die nicht pflichtversichert sind und keinen Anspruch auf Familienversicherung in der GKV haben.¹⁶ Dieses Problem greift der zweite Punkt auf: Ein Basistarif in der PKV soll für diese Personen mit geringen Einkünften die Versicherung in der PKV bezahlbar machen.

Am bedeutendsten für die PKV dürfte die in den Eckpunkten vorgesehene Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen sein. Bislang scheitern der Wechsel und damit der Wettbewerb um Bestandskunden daran, dass ein Versicherter beim Wechsel seine Alterungsrückstellungen verliert und einer erneuten Risikoprüfung unterliegt. Ob Alterungsrückstellungen übertragen werden können, wird in der Literatur kontrovers diskutiert.¹⁷ Durchschnittliche Rückstellungen könnten zwar technisch einfach übertragen werden, dann würden jedoch nur gute Risiken wechseln, bei denen das mitgegebene Kapital über den erwarteten Ausgaben liegt. Deshalb empfiehlt es sich, individuelle Alterungsrückstellungen als Differenz aus dem Barwert von erwarteten Ausgaben und Prämien zu übertragen.¹⁸ Der Versicherungswettbewerb setzt die richtigen Anreize zur Ermittlung: Solange die mitzubehaltende Alterungsrückstellung unter dem erwarteten negativen

Deckungsbeitrag eines Versicherten liegt, profitiert der abgebende Versicherer vom Wechsel. Die neue Versicherung wird aber erst zur Aufnahme des Versicherten bereit sein, wenn die Alterungsrückstellung zumindest dem erwarteten Defizit entspricht. Aufnehmende und abgebende Versicherer sind daher am Wechsel und an der richtigen Höhe der Alterungsrückstellungen interessiert. Hinzu kommt: Würde ein ausreichender Kapitalstock angespart und entspricht dieser der Summe der individuellen Alterungsrückstellungen, hat keine Versicherung einen Anreiz, die individuellen Beträge für gute Risiken zu niedrig anzusetzen; denn dann wären die für schlechte Risiken zu hoch und beim Wechsel eines schlechten Risikos würde der Versicherer einen Verlust machen. Das Gleiche gilt umgekehrt, wenn die Alterungsrückstellungen für schlechte Risiken zu niedrig angesetzt sind und daher überwiegend gute Risiken wechseln würden.

Die Übertragung individueller Alterungsrückstellungen ist zwar durchaus mit Problemen verbunden,¹⁹ kann aber insbesondere von der PKV erreicht werden. Dabei kann sie auch auf die Forschungsergebnisse für die Entwicklung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in der GKV zurückgreifen.

Nebeneinander von GKV und PKV

Den Eckpunkten zufolge werden sich also die Bedingungen für die privaten Versicherer verschlechtern. Solange die Finanzierung der GKV nicht sichergestellt ist, bleibt auch die private Vollversicherung gefährdet, da das problematische Verhältnis zwischen GKV und PKV nach wie vor besteht. Dabei spricht einiges dafür, die demographiefestere, auf privaten Verträgen beruhende marktwirtschaftliche PKV als Vollversicherung zu erhalten. Die PKV lässt sich jedoch – entgegen der weit verbreiteten Auffassung in der Politik – nicht sinnvoll in den Risikostrukturausgleich einbeziehen. Dafür sind die beiden Systeme zu verschieden.²⁰

Die Umstellung der Finanzierung der GKV auf Kopfpauschalen aber würde die Wettbewerbsfähigkeit der GKV gegenüber der PKV erhöhen und auch die PKV-Versicherten über das Steuersystem am Solidarausgleich beteiligen. Die Bundesregierung sollte die Sommerpause nutzen, um ihre Eckpunkte dahingehend zu überarbeiten und um darin kapitalgedeckte Elemente vorzusehen.

¹⁵ Nach Berechnungen für die PKV beträgt die Quersubventionierung im Jahr 2003 8,5 Mrd. Euro; vgl. F. Niehaus, C. Weber: Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln 2005, S. 46. Darin sind allerdings auch Zahlungen der PKV für Leistungen, die der GKV-Leistungskatalog nicht vorsieht, enthalten.

¹⁶ Siehe ausführlich S. Greß, A. Walendzik, J. Wasem: Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen 2005, S. 11 ff.

¹⁷ Für einen Überblick siehe Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts: Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004, o.O. 2004, S. 144 ff.; V. Meier u.a.: Modelle zur Übertragung individueller Alterungsrückstellungen beim Wechsel privater Krankenversicherer, ifo Beiträge zur Wirtschaftsforschung, Bd. 14, München 2004, S. 21 ff.

¹⁸ Siehe U. Meyer: Mehr Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung durch Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen, o.O. 2001, S. 14 ff.; Kronberger Kreis: Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Stiftung Marktwirtschaft, Frankfurter Institut, Bd. 39, Berlin 2002, S. 49 ff.; Rürup-Kommission: Bericht der Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, Kasten 4-4.

¹⁹ Siehe z.B. Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts, a.a.O., S. 150; H. Milbrodt: Eine unendliche Geschichte? Zur Mitgabe der Alterungsrückstellungen in der PKV, in: PKV publik, 3/2005, S. 34.

²⁰ Zu den mit einer Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich verbundenen Problemen siehe M. Penske, a.a.O., S. 138 ff.