

Allianz Private Krankenversicherung

Weichenstellung im Gesundheitswesen

Reformmodelle in der Diskussion



Zukunft
braucht
Visionen

Allianz 

Inhalt

Vorwort	3
ZUR ZUKUNFT DER PATIENTIN GKV – KANN SIE GESUNDEN?	
Prof. Dr. Bernd Hof	4
DIE BÜRGERVERSICHERUNG – WAS SIE WILL UND DOCH NICHT SCHAFFT	
Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen und Dipl.-Vw. Christian Hagist	8
VERFASSUNGSRECHTLICHE PROBLEME DER „BÜRGERVERSICHERUNG“	
Prof. Dr. Helge Sodan	10
KANN DIE GESUNDHEITSPRÄMIE DIE PROBLEME DER GESETZLICHEN KRANKEN- VERSICHERUNG LÖSEN?	
Prof. Dr. Eckhard Knappe	13
KAPITALDECKUNGSVERFAHREN UND ÄQUIVALENZPRINZIP	
Prof. Dr. Hartmut Milbrodt	16
KAPITALDECKUNG ALS BAUSTEIN IN DEN NÄCHSTEN GESUNDHEITSREFORMEN	
Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke	18
UMLAGEFINANZIERTER PFLEGEVER- SICHERUNG GERÄT IN SCHWIERIGKEITEN	
Prof. Dr. Johann Eekhoff	21
SCHLUSSWORT	
Dr. Ulrich Rumm	24
AUTOREN	26

Vorwort

Es vergeht zur Zeit kein Tag, an dem nicht die nächste grundlegende Reform der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung öffentlich thematisiert wird. Gesundheit und mögliche Pflegebedürftigkeit im Alter sind Themen, die jeden interessieren, weil alle davon betroffen sind oder in der Zukunft sein können. Dass es angesichts zunehmender Alterung und ständig neuer Finanzprobleme einer grundlegenden Reform bedarf – diese Ansicht wird inzwischen wohl allgemein geteilt. Doch was bedeuten die gegenwärtigen Schlagworte in dieser Diskussion eigentlich genau, und welche Auswirkungen werden sie dann, wenn sie Grundlage realer Politik werden sollten, für den Einzelnen haben?

Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung sind bei Lichte betrachtet zunächst nichts anderes als recht unscharfe Begriffe, mit denen die Parteien ihren Wahlkampf führen. Kein Wunder, wenn die meisten Bürger sagen, dass sie die Probleme der Krankenversicherung und die Lösungsbeiträge der verschiedenen Reformvorschläge in ihrer Komplexität nicht wirklich durchdringen.

Als privates Krankenversicherungsunternehmen stehen wir mit in der Verantwortung für die Zukunftsfähigkeit der gesundheitlichen Absicherung – unseren Kunden gegenüber, aber auch unseren Mitarbeitern, unseren Aktionären sowie der Öffentlichkeit. Deshalb betrachten wir es als unsere Aufgabe, über wesentliche Aspekte der Reformdiskussion fundiert und gleichzeitig allgemeinverständlich zu informieren. Der von namhaften Wissenschaftlern geschriebene Überblick deckt darüber hinaus die Schwachstellen der zentralen Reform-Alternativen auf. Damit werden dem Leser grundlegende Informationen zur Verfügung gestellt, die Gültigkeit für die weitere Diskussion um die Zukunft der Krankenversicherung haben.

Die Broschüre behandelt Themen der Auseinandersetzung um die Zukunft der Kranken- und Pflegeversicherung: Die jeweiligen Beiträge geben die Position der Autoren wieder. Wir hoffen, mit den hier zusammengestellten Fakten und Argumenten die zum Teil stark emotional und ideologisiert geführte Diskussion zu versachlichen.



Dr. Ulrich Rumm

Vorsitzender des Vorstandes

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Im August 2005

Zur Zukunft der Patientin GKV – Kann sie gesunden?

Prof. Dr. Bernd Hof

Unter Medizinern ist es eine Binsenweisheit: Immer dann, wenn es mehrere Behandlungsmethoden gibt, hilft keine wirklich, denn sonst hätte sich eine längst durchgesetzt. Ein paar Orientierungspunkte mögen helfen, welchen Kurs nachhaltige Therapieansätze für den Patient GKV einnehmen müssen.

Vorweg: Auslöser des gegenwärtigen Reformdrucks ist zum einen die Wachstumsschwäche mit strukturellen Veränderungen im Branchenmix aber auch im Beschäftigungsstatus. Konsequenz: Die Zahl der Arbeitnehmer ist seit Beginn der 90er Jahre deutlich zurückgegangen. So sank die Lohnquote, also der Anteil der Arbeitnehmereinkommen am Volkseinkommen von knapp 75 Prozent 1993 auf rund 70 Prozent 2004. Das nagt an der Einnahmenseite der GKV und es ist sicher nicht von der Hand zu weisen, dass die steigenden Lohnnebenkosten zur schwachen Beschäftigungsentwicklung beigetragen haben. Aktuell muss die GKV weitere Einnahmeherausfälle verkraften, verursacht durch die

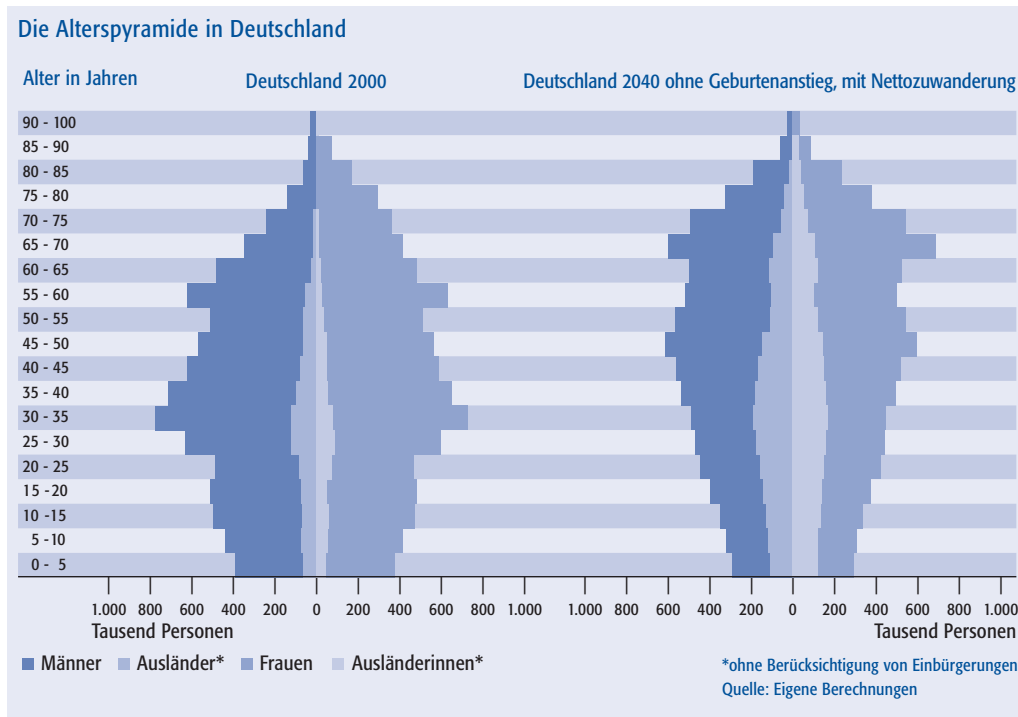
hohe Zahl Arbeitsloser. Hinzu kommt auf der Ausgabenseite eine Entwicklung der Gesundheitskosten, der bislang noch keine Reform wirksam Einhalt gebieten konnte. All diese Dinge sind hinlänglich bekannt. Neu ist, dass die Politik auch den absehbaren demographischen Wandel beginnt ernst zu nehmen und zugleich ein ehrgeiziges Ziel setzt. Nachhaltig soll die Reform sein. Was lehrt die Demographie?

Zunächst einmal: Schon seit Mitte der siebziger Jahre werden mehr Sterbefälle als Geburten gezählt. Und was die nachwachsenden Generationen betrifft, haben sich die Deutschen grundsätzlich zur Kleinstfamilie und Kinderlosigkeit entschieden.

Aus dem Geburtenrückgang erwächst ein nachhaltiges Einnahmenproblem: Es wird immer weniger Beitragszahler im erwerbstätigen Alter geben. Selbst wenn künftig das im Inland verfügbare Arbeitskräftepotential über kürzere Ausbildungszeiten, späteren Wechsel in den Ruhestand, mehr erwerbstätige Mütter und verstärkten Einsatz von ausländischen Arbeitskräften positiv beeinflusst werden kann, es bleibt dabei: Auch unter günstigsten Bedingungen sinkt zwischen 2010 und 2050 das Arbeitskräfteangebot um gut 9 Millionen Personen auf dann 32,5 Millionen.

Hinzu kommen die Altersstruktureffekte – in der aktiven Bevölkerung selbst und darüber hinaus wesentlich gravierender bei Rentnern und Pensionären. Nichts kann das deutlicher

machen, als der Vergleich der aktuellen Bevölkerungspyramide mit der des Jahres 2040.



Dabei ist der Alterungseffekt doppelt angelegt: Zum einen sind die vorauseilenden Generationen stärker besetzt als die nachrückenden und überdies nimmt die Lebenserwartung kräftig zu. Legt man neueste Sterbeparameter zugrunde, steigt die Lebenserwartung der 65-jährigen bis 2050 um mindestens 5 Jahre auf dann rund 23 Jahre.

Dieser doppelte Alterungseffekt ist für die Ausgabenseite der GKV bestimmend. Das zeigt der typische Verlauf der altersspezifischen Ausgabenprofile, die besonders ab dem Alter 65 einen steilen Verlauf nehmen: Ein 65-jähriges männli-

ches (weibliches) GKV-Mitglied verursachte im Jahr 2002 pro Tag Krankheitsausgaben in Höhe von 6,51 Euro (5,99 Euro). Bis zum Alter 90 steigt der tägliche Ausgabensatz kontinuierlich an – bei den Frauen auf 13,45 Euro und bei den Männern auf 14,83 Euro.

Hinzu kommt das Problem der Versteilerung im zeitlichen Verlauf: Die Gesundheitsausgaben für die Älteren steigen stärker als für die Jüngeren. Dahinter steckt der medizinische Fortschritt, der komplizierte Behandlungen in immer höhe-

rem Lebensalter ermöglicht. Das ist ganz ohne Zweifel ein Segen der Medizin.

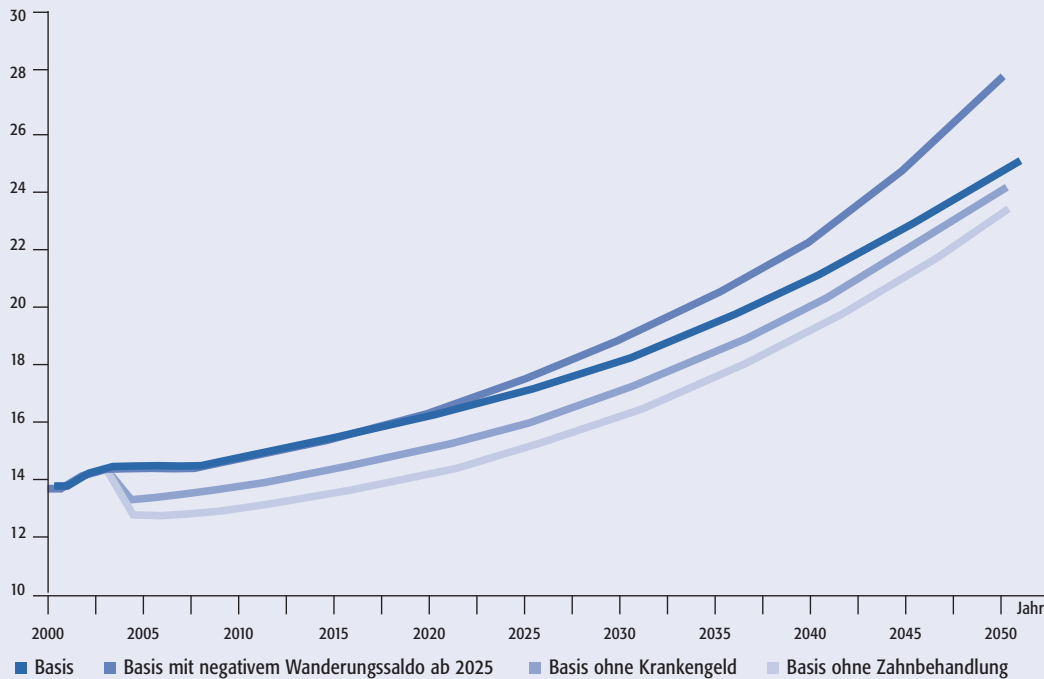
Bei diesen Zusammenhängen zwischen unabwendbaren demographischen und ökonomischen Entwicklungslinien sowie Weiterwirken des medizinischen Fortschritts, ist der Beitragsatzanstieg programmiert – bis 2050 auf Werte zwischen 20 und 25 Prozent. Es wird schlimmer kommen, wenn angesichts hoher Sozialbeiträge Arbeitgeber Arbeitsplätze ins Ausland verlagern und Ausländer den Standort Deutschland zuneh-

Beitragsatzentwicklung in der GKV

Basismodell mit beispielhaften Reformschritten und langfristig negativem Wanderungssaldo

(ab 2004 Prognose)

Beitragsatz in %



Quelle: Hof 2005

mend meiden und letztendlich sogar abwandern. Dann wären Beitragssätze nahe 28 Prozent nicht auszuschließen mit allen Gefahren einer sich selbst beschleunigenden Abwärtsspirale.

Welche Reformoptionen machen Sinn, damit der Trend steigender Beitragssätze gebrochen werden kann? Die Ausgliederung von Leistungen, seien sie versicherungsfremd oder werden sie bewusst in die Eigenverantwortung des Einzelnen gelegt, etwa Krankengeld oder Zahnersatz, senkt den Beitragssatz, aber bewirkt keine strukturelle Veränderung. Der steigende Trend wird dadurch nicht gebrochen.

Wenn tiefgreifende strukturelle Eingriffe in das Versorgungsniveau nicht diskutabel sind, die Krankenversicherung aber altersgerechter gestaltet werden soll, hilft letztendlich allein Kapitalbildung heute, um Vorsorge zu treffen für die Finanzierung der hohen Gesundheitskosten im Alter. Das ist die Suche nach einem gerechteren Ausgleich zwischen den Generationen. Allein die Kapitalbildung hilft überdies den Wachstumsengpass Arbeitskräftemangel zu beseitigen, Produktivitätseffekte zu ermöglichen und Einkommenserhöhungsspielräume zu erschließen.

Die Therapie muss auch auf der Versorgungsseite ansetzen. Über mehr Transparenz und Datenaustausch in dem System, das durch die klassische Dreiecksbeziehung Arzt-Kasse-Patient beherrscht wird, gilt es die Effizienz des gesamten Gesundheitswesens zu erhöhen. Es bedarf keiner großen Phantasie, dass daraus kassenwirksame Vorteile erwachsen. Auch das macht gesund. □

Die Bürgerversicherung – Was sie will und doch nicht schafft

**Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen und
Dipl.-Vw. Christian Hagist**

Gäbe es einen Preis für Politikmarketing, die Rot-Grüne-Koalition hätte ihn alleine schon aufgrund der Begriffswahl Bürgerversicherung verdient. Der Bürger im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik, was kann das bürgerliche Lager dem entgegenstellen? Und was spricht schon gegen ein System, das offensichtlich alle Bürger gleich behandelt und absichert? Kann man diesem Gedanken überhaupt irgendetwas absprechen? Kurz gesagt: Man kann. Denn hinter dem Begriff Bürgerversicherung steht ein Konzept, welches das eigentliche Problem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schlicht nicht lösen kann.

Eine wirkliche Gesundheitsreform muss nämlich in erster Linie dem demographischen Wandel in Deutschland begegnen. In der Folge der seit den 1970er Jahren geringen Geburtenraten und der stetig zunehmenden Lebenserwartung steigt das Durchschnittsalter der deutschen Bevölkerung sehr stark an. Weil nun aber die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit dem Alter zunimmt, Beiträge jedoch vorwiegend von Erwerbstätigen bezahlt werden, kommt es bei einer drastischen Erhöhung des Durchschnittsalters zwangsläufig zu einer Diskrepanz zwischen

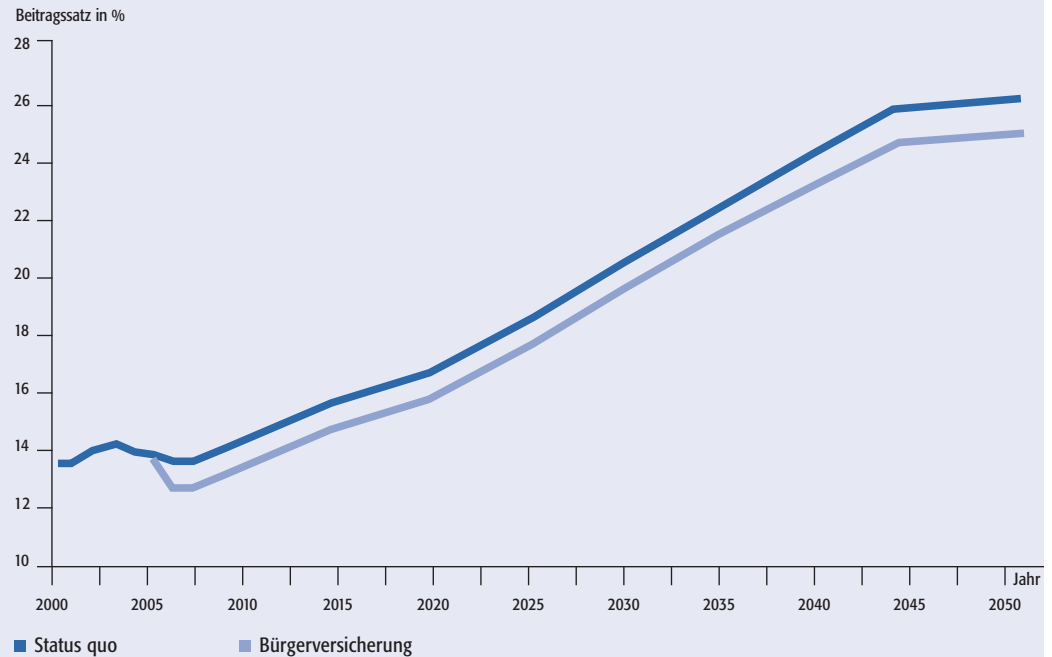
Einnahmen und Ausgaben in der GKV. An dieser Tatsache kommt auch die Bürgerversicherung nicht vorbei, denn eines kann jeder Analyse vorangestellt werden: Dort, wo der zukünftige Beitragszahler des bisherigen Systems nicht geboren wurde, wurde auch der zukünftige Bürger einer Bürgerversicherung nicht geboren – und nebenbei gesagt auch nicht der zukünftige Zahler einer Gesundheitsprämie.

Doch was steckt nun tatsächlich hinter dem Begriff der Bürgerversicherung? Eine einfache Antwort auf diese Frage kann nicht gegeben werden, da die bislang vorgelegten Konzeptskizzen (ausgearbeitete Konzepte existieren bisher eigentlich überhaupt nicht) sich doch in einigen Punkten unterscheiden. Gemeinsamer Ansatz aller Gedankenspiele in diese Richtung ist jedoch die vermeintliche Solidarität zu stärken und langfristig alle Bürger, also auch Beamte, Selbstständige und gutverdienende Angestellte in einer Bürgerversicherung nach den Prinzipien der GKV abzusichern. Weiterhin soll je nach Modell oder Vorschlag die reine Lohnbezogenheit der Beiträge durch die Einbeziehung von Kapitaleinkünften und/oder Mieten durchbrochen werden. Auf den ersten Blick erscheint dieser Vorschlag ökonomisch sinnvoll, hat Krankheit doch nichts mit dem Arbeitslohn zu tun. Bislang ist jedenfalls niemand durch eine Lohnerhöhung krank geworden. Ebenso wenig gibt es einen Zusammenhang zwischen Kapital- bzw. Immobilienbesitz und Krankheit, was eine Verbeitragung der daraus erzielten Einkommen (Zinsen und Mieten) auch nicht rechtfertigt. Dazu kommt, dass ein solcher Vorschlag gelinde

gesagt schwierig in die Tat umzusetzen ist, zumindest auf keinen Fall in den Dimensionen wie uns die Befürworter dieser Konzepte weis machen wollen. So wird beispielsweise nicht beantwortet, warum die Krankenkassen bei der Erhebung der Kapitaleinkommen ihrer Versicherten

erfolgreicher sein sollten als die Finanzämter, denen dies seit Jahren nicht so recht gelingen mag. Eine wirkliche Loslösung vom Lohn und eine damit verbundene Entlastung des Arbeitsmarktes wird so nicht erreicht, so dass auch weiterhin die immer kleiner werdende Zahl von Erwerbstätigen die Hauptlasten tragen müsste. Und diese Lasten werden ohne eine wirkliche Reform im oben genannten Sinne in der Zukunft drastisch zunehmen. In der unten gezeigten Beitragssatzprognose wird deutlich, dass dies auch bei Einführung einer Bürgerversicherung der Fall ist. Denn würden alle bisher privat Versicherten zum ersten Januar 2006 in die GKV wechseln (juristisch ein mehr als fragliches Szenario), könnte zwar der Beitragssatz kurzfristig um etwa einen Prozentpunkt gesenkt werden. Die langfristige Dynamik würde aber keinesfalls gebrochen, so dass auch im Falle einer Bürgerversicherung zukünftige Generationen mit Bei-

Beitragssatzprognose: Status quo versus Bürgerversicherung



tragssätzen von über 20 Prozent und mehr leben müssten.

Was also bleibt, ist das Argument der gestärkten Solidarität. Doch auch diese Rechtfertigung einer Bürgerversicherung ist nicht zu Ende gedacht, denn wer verhält sich hier eigentlich zu wem solidarisch? Die Antwort ist, dass wir uns auch mit der Bürgerversicherung weiterhin unsolidarisch gegenüber zukünftigen Generationen verhalten würden, denn sie sind diejenigen, die letztlich die Zeche zahlen müssen. Nimmt man die Entwicklung der anderen Zweige der Sozialversicherungen wie Renten- und Pflegeversicherung noch hinzu, werden unsere Kinder und Enkel anstatt zu Bürgern wohl eher zu Revolutionären, die den Generationenvertrag „Gesetzliche Sozialversicherung“ aufkündigen. Es stellt sich somit die Frage, ob man dann wirklich von einer Stärkung der Solidarität sprechen kann?

Verfassungsrechtliche Probleme der „Bürgerversicherung“

Prof. Dr. Helge Sodan

1. Gesetzliche Krankenversicherung als umfassende Bürgerzwangsversicherung

Seit die „Rürup-Kommission“ im Jahr 2003 die Einführung einer „Bürgerversicherung“ zur Diskussion stellte, hat sich das Modell einer umfassenden Einwohnerversicherung zu einem politischen Dauerthema entwickelt. Es erweitert durch die Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze den Kreis der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und bezieht auch Selbstständige sowie Beamte ein. Die private Krankenversicherung (PKV) wird auf das Angebot von Zusatzversicherungen beschränkt. Diesem Konzept stehen schwerwiegende verfassungsrechtliche Einwände entgegen.

Problematisch ist bereits die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes zur Regelung einer als umfassende Zwangsversicherung gestalteten GKV. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts können neue Lebenssachverhalte in das Gesamtsystem „Sozialversicherung“ einbezogen werden, wenn sie sich zumindest

am klassischen Bild der Sozialversicherung orientieren. Diesem Bild entspräche das genannte Modell einer Bürgerversicherung aber nicht mehr.

Historisch fußt die deutsche GKV auf völlig anderen Grundlagen. Das durch Otto von Bismarck beeinflusste Gesetz von 1883 zur Errichtung der Krankenversicherung der Arbeiter bezog in sie nur die Arbeiter mit den niedrigsten Löhnen ein. Der Versicherungsschutz konzentrierte sich damit auf tatsächlich schutzbedürftige Personen. So umfasste die Krankenversicherung der Arbeiter seinerzeit nur etwa 10 Prozent der Bevölkerung. Dieser Versichertenkreis ist allerdings im Laufe der Zeit immer weiter ausgedehnt worden. Heute sind rund 90 Prozent der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland dem Schutz der GKV unterworfen. Eine Einwohnerversicherung würde sich – gerade durch die Einbeziehung von Selbstständigen und Beamten – vollständig vom traditionellen Bild der deutschen GKV lösen.

Ferner ist zu beachten, dass das Bundesverfassungsgericht aus dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit das Recht ableitet, nicht zwangsweise in „unnötige“ Körperschaften einbezogen zu werden. Viele der in eine umfassende Zwangsversicherung eingebundenen Menschen können jedoch nicht ernsthaft als sozial schutzbedürftig angesehen werden. Sie vermögen ihr Krankheitsrisiko selbstverantwortlich abzusichern. Statt diese Eigenverantwortlichkeit zu fördern, wird ihnen die Entscheidungsfreiheit über den Umfang ihres Versiche-

rungsschutzes genommen. Eine umfassende GKV-Zwangsversicherung stünde somit in keinem vernünftigen Verhältnis zu den Vorteilen der Pflichtmitgliedschaft. Sie wäre daher wegen Verstoßes gegen das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verfassungswidrig.

Ebenso wenig ließe sich der zumindest mittelbare Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen rechtfertigen. Der Gesetzgeber muss insofern die bipolare Versicherungsverfassung beachten.

2. Modell einer „solidarischen Bürgerversicherung“

Eine abgeschwächte Variante der „Bürgerversicherung“ sieht das Modell einer „solidarischen Bürgerversicherung“ vor, das der Vorstand der SPD im August 2004 vorgelegt hat. Danach bleiben die Altverträge in der PKV zwar unangetastet, was schon aus verfassungsrechtlichen Gründen zwingend ist, zumal die Altersrückstellungen der Versichertengemeinschaften unter dem Schutz der grundgesetzlichen Eigentums-garantie stehen. Für Neuverträge soll jedoch ausschließlich ein „Tarif Bürgerversicherung“ zur Verfügung stehen. Zum Angebot dieses Tarifs könnten sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die privaten Krankenversicherungsunternehmen zu vermeintlich gleichen Wettbewerbsbedingungen zugelassen werden; Beitrags-satzunterschiede wären möglich. Kennzeichen des „Tarifs Bürgerversicherung“ wären u. a. ein einheitlicher gesetzlicher Leistungskatalog und ein Kontrahierungszwang auch für private Krankenversicherer.

Gleiche Wettbewerbsbedingungen für gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen lassen sich in diesem Reformmodell aber nicht erkennen. So benötigen die gesetzlichen Kassen kein Eigenkapital, während dies die privaten Versicherer bereits aus rechtlichen Gründen zur Sicherstellung ihrer langfristig eingegangenen Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen nachweisen müssen.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen dieses Modell bestehen schon im Hinblick auf die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes. Diese könnte sich, soweit die PKV betroffen ist, aus dem Kompetenztitel „privatrechtliches Versicherungswesen“ ergeben. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 zum Pflege-Versicherungsgesetz gibt jedoch zu erkennen, dass die „Nivellierung der Prämien“ die Grenze zu einem nicht mehr privatrechtlichen Versicherungswesen überschreitet. Die Einführung eines von individuellen Risiken gelösten, versicherungsintern einheitlichen „Tarifs Bürgerversicherung“ würde indes genau diese Gleichschaltung bewirken.

Der einzige Unterschied zu einer umfassenden Zwangsversicherung läge darin, dass sich der Einzelne innerhalb seiner Krankenversicherungspflicht zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und einer privaten Versicherungsgesellschaft entscheiden könnte, ohne freilich die Wahl zwischen verschiedenen Leistungsspektren zu erhalten. Für die Versicherten ergäbe sich also keine nennenswert geringere Belastung

als im Falle der zwangsweisen Einbeziehung in eine Sozialversicherung. Somit verstößt auch diese Variante einer „Bürgerversicherung“ gegen das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit.

Private Krankenversicherungsunternehmen könnten dem genannten Modell ihr Grundrecht der Berufsfreiheit entgegenhalten, das auch die Wettbewerbsfreiheit umfasst. Der mit einem generellen Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung verbundene Eingriff in diese Freiheit ließe sich nicht rechtfertigen. Gleiches gilt für die Pflicht, einen einheitlichen Leistungskatalog und Pauschalprämien anzubieten.

3. Ergebnis

Beide Modelle einer künftigen Bürgerversicherung erweisen sich als verfassungswidrig

Kann die Gesundheitsprämie die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung lösen?

Prof. Dr. Eckhard Knappe

Die „Bürgerversicherung“ sieht vor, die gesamte Bevölkerung in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einzubeziehen und die Einkommensumverteilung innerhalb der GKV von lohnbezogenen auf einkommensbezogene Beiträge auszuweiten. Der Teufelskreis zwischen Lohnnebenkosten und Arbeitslosigkeit bliebe ebenso erhalten, wie alle übrigen Ursachen für offensichtliche Fehlentwicklungen der GKV. Ein Ende der seit 1977 betriebenen Ausgabendämpfungs politik ist damit nicht in Sicht, im Gegenteil: Die Bürgerversicherung sieht die Auflösung des Kapitaldeckungsverfahrens der Privaten Krankenversicherung (PKV) vor und verschärft damit noch die ohnehin erdrückenden Belastungen der nachwachsenden Generationen.

„Gesundheitsprämien“ sind dagegen ein sehr viel weiter gehender Reformentwurf. Im demographischen Wandel wird sich der Anteil der Älteren an der Bevölkerung und damit der Rent-

ner deutlich erhöhen. Werden die Beiträge als Prozentsatz vom Bruttolohn und der Rente bzw. vom Gesamteinkommen (Bürgerversicherung) erhoben, dann zahlen Rentner aufgrund ihrer geringeren Rente (ihres geringeren Einkommens) niedrigere Beiträge. Im demographischen Wandel erodiert deshalb die Einnahmenbasis. Bei Gesundheitsprämien existiert diese Problematik nicht.

Der soziale Ausgleich nach „ökonomischer Leistungsfähigkeit“ wird von der GKV-Finanzierung getrennt. Über Transfers erhalten „Ärmere“ die nötige Kaufkraft, über Steuern müssen sich alle beteiligen.

Dadurch wird der Widerspruch zwischen lohnbezogenen Beiträgen und einer funktionsfähigen Wettbewerbsordnung aufgelöst, denn Wettbewerb kann ohne eine Finanzierung über kostendeckende „Preise“ nicht funktionieren. Gesundheitsprämien ähneln einem Preissystem für Krankenversicherungsschutz und sind damit die Basis für einen „funktionsfähigen Wettbewerb im Gesundheitswesen“. Wettbewerb erhöht gleichzeitig die Effizienz der Gesundheitsversorgung, weil er u. a. kostensenkende Innovationen belohnt und damit indirekt auch die Ausgabenentwicklung bremst. Gesundheitsprämien erfordern eine Abschaffung des Arbeitgeberanteils. Dieser ist den Arbeitnehmern als Lohn, der Zuschuss der Rentenversicherung den Rentnern als Rente auszuführen. Die Abkoppelung vom Arbeitsmarkt befreit die Gesundheitspolitik vom permanenten Zwang zu sachfremden Ausgabendämpfungsmaßnahmen, die nicht gesundheits-

politisch, sondern nur arbeitsmarktpolitisch geboten sind. Steigende Lohnnebenkosten belasten in Zukunft nicht mehr den Arbeitsmarkt, eine wesentliche Beschäftigungs- und Wachstumsbremse wird gelöst.

Gesundheitsprämien lösen nicht alle Probleme.

- ▶ (1) Demographischer Wandel: Ältere sind und bleiben aus der Sicht der Krankenversicherung „hohe Ausgabenrisiken“. Der steigende Anteil Älterer im demographischen Wandel wird unweigerlich das Ausgabenniveau und damit die Gesundheitsprämien erhöhen.
- ▶ (2) Medizinisch-technischer Fortschritt: Neue Diagnose- und Behandlungsmethoden lassen den Bedarf an Gesundheitsleistungen und damit die Ausgaben schneller steigen als das Sozialprodukt.
- ▶ (3) Versteilerung der Ausgabenprofile: Ältere verursachen im Durchschnitt höhere Ausgaben als Jüngere. Im Zeitablauf wachsen die Ausgaben für Ältere wesentlich schneller als die Ausgaben für Jüngere, die Schere der Pro-Kopf-Ausgaben öffnet sich jedes Jahr mehr.

Die Brisanz liegt darin, dass sich diese drei Faktoren in ihrer ausgabensteigernden Wirkung gegenseitig verstärken. Während heute knapp 11 Prozent des Sozialproduktes für Gesundheitsleistungen aufgebracht werden, könnte es in 30 bis 40 Jahren mehr als das Doppelte sein.

Der zügige Ausbau einer auf mehr Wettbewerb ausgerichteten Rahmenordnung muss daher

weiterverfolgt werden. Gesundheitsprämien sind hierzu die geeignete Plattform, weil sie mehr Wahlfreiheit der Versicherten bezüglich ihrer Versicherungsdeckung zulassen. Durch Verträge zwischen Krankenkassen und den verschiedenen Leistungserbringern, die eine „gute und kostengünstige“ Versorgung der Patienten „belohnen“, könnte die Versorgungsqualität gesteigert und der Kostenanstieg gebremst werden. Private Krankenversicherungen müssten überhaupt erst die Möglichkeit zu Entgelt- und Versorgungsverträgen mit den Leistungserbringern erhalten.

Auch bei einem Ausbau der Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen werden aber letztlich die Ausgaben in Zukunft schneller steigen als die Einkommen. Die Pro-Kopf-Belastung der Bevölkerung wird insgesamt zunehmen. Vor allem aber werden sich die Finanzierungslasten – wegen des demographischen Wandels – auf die „Kindergenerationen“ konzentrieren. Diese intergenerative Lastenabwälzung stellt eine eklatante „Generationen-Ungerechtigkeit“ dar. Kapitaldeckung (Altersrückstellungen), wie sie beispielsweise in der Privaten Krankenversicherung üblich ist, kann diese Lastenverschiebung aufheben. Im Kapitaldeckungsverfahren sorgt jede Altersgruppe für sich selbst vor: In den früheren Versicherungsjahren wird eine Altersrückstellung angespart, um diese in den späteren Jahren zur Finanzierung der höheren Leistungsanspruchnahme aufzuzehren. Da die Altersrückstellungen auf dem Kapitalmarkt angelegt werden, muss der Einzelne im Normalfall wesentlich weniger an Beiträgen zahlen, als

er im Schnitt an Leistungen erhält. Mit der Anlage der Alterungsrückstellungen am Kapitalmarkt werden gleichzeitig die volkswirtschaftliche Kapitalbildung, die Beschäftigung und das Wachstum gefördert. Es ist daher ein Irrweg, die vorhandene Kapitaldeckung der Privaten Krankenversicherung der „Bürgerversicherung“ opfern zu wollen. Stattdessen besteht die Notwendigkeit, das Kapitaldeckungsverfahren drastisch auszuweiten. Sowohl der prozentuale Anteil der Vorsorge, den der Einzelne über Kapitaldeckung für das eigene Alter aufbringt, als auch der Teil der Bevölkerung, der vollständige Vorsorge über Kapitaldeckung betreibt, muss steigen. Gesundheitsprämien sind also nur ein erster, wenn auch entscheidender Reformschritt zur Lösung der Zukunftsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung. □

Kapitaldeckungsverfahren und Äquivalenzprinzip

Prof. Dr. Hartmut Milbrodt

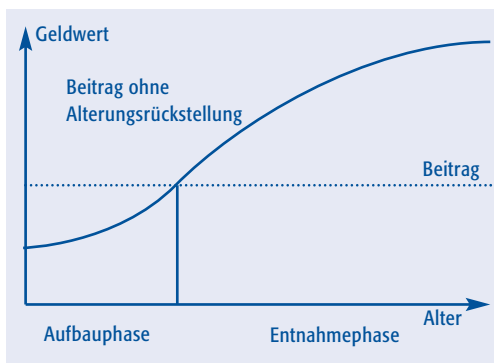
„Versicherung ist Deckung eines im einzelnen ungewissen Mittelbedarfs auf der Grundlage des Risikoausgleichs im Kollektiv und in der Zeit.“ Diese prägnante Begriffsbestimmung des berühmten Versicherungswissenschaftlers Dieter Farny aus dem Jahre 1988 ist inzwischen zum geflügelten Wort geworden, zeigt sie doch knapp und klar, worum es bei Versicherung stets geht – die Tragung nicht vorhersehbarer, zufälliger Schäden durch eine über die Zeit bestehende Risikogemeinschaft.

Dazu erhebt die Private Krankenversicherung grundsätzlich individuell risikogerechte Beiträge nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip, dem Prinzip der Gleichwertigkeit von Leistungen des Versicherers (für eingetretene Schäden) und Gegenleistungen des Versicherungsnehmers (in Form von Beiträgen). Die zu versichernden Personen werden bei Versicherungsbeginn eingestuft nach Eintrittsalter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Mit Hilfe statistisch ermittelter Kenngrößen für die Leistungsausgaben, die

Sterblichkeit der Versicherten und ihr Kündigungsverhalten sowie mit Hilfe des Rechnungszinses lässt sich daraus der aktuell erwartete Gesamtwert aller zukünftigen Versicherungsleistungen errechnen. Dieser Wert ist wegen der Zufallsschwankungen natürlich nicht als Einzelfallprognose des Wertes der zukünftigen Leistungen zu verstehen. Vielmehr ist er auf Grund des Gesetzes der großen Zahlen eine Prognose des Mittelwertes der zukünftigen Leistungen über eine große Zahl gleichaltriger, gleichgeschlechtlicher Versicherter mit etwa gleichem Gesundheitszustand. Nach dem Äquivalenzprinzip wird genau dieser Wert in Form konstanter Monatsbeiträge über die gesamte Versicherungszeit ratierlich aufgebracht. Diese Form der Beitragskalkulation hat Konsequenzen:

- ▶ Jedes Kollektiv gleichgeschlechtlicher, beim Eintritt gleichaltriger Versicherter eines Tarifs („Kohorte“) zahlt seine lebenslangen Versicherungsleistungen selbst. Besondere Gesundheitsverhältnisse werden durch Risikozuschläge berücksichtigt. Es erfolgt kein Risikoausgleich jung – alt.
- ▶ Bei im Mittel gleichbleibenden Leistungsausgaben, gleichbleibender Sterblichkeit und gleichbleibendem Kündigungsverhalten bleiben die Beiträge lebenslang konstant. Die Beiträge hängen zwar vom Eintrittsalter, nicht aber vom fortschreitenden Lebensalter ab. Da allerdings die Leistungsausgaben bei den meisten Leistungsarten mit wachsendem Alter steigen, führt dies zur Notwendigkeit der Bildung einer Alterungsrückstellung: Jede Kohorte muss die später höheren Aufwendungen durch

einen Ansparvorgang in frühen Versicherungsjahren teilweise vorfinanzieren. Die Versicherungszeit beginnt mit einer Aufbauphase für die Alterungsrückstellung, gefolgt von einer Entnahmephase, in der die laufenden Versicherungsleistungen aus der angesparten Alterungsrückstellung „bezuschusst“ werden. Auf Grund der Verzinsung der Alterungsrückstellung ist die Entnahmephase länger als die Aufbauphase und die durchschnittliche Summe der Beitragszahlungen geringer als die durchschnittliche Summe der Versicherungsleistungen. Die folgende Grafik illustriert den Sachverhalt. Sie stellt einen für eine Krankheitskostenvollversicherung typischen Beitragsverlauf ohne Bildung einer Alterungsrückstellung (hypothetisch!) dem tatsächlichen, konstanten Beitrag gegenüber. Der hypothetische Beitragsverlauf ohne Alterungsrückstellung entstände, wenn man keinen Risikoausgleich in der Zeit durchführen und für jedes Versicherungsjahr nur genau die in diesem Jahr zu erwartenden Versicherungsleistungen durch Beiträge finanzieren würde.



Die Tatsache, dass für lebensaltersbedingt steigende Krankheitskosten durch Kapitalansammlung vorgesorgt wird, gibt diesem Finanzierungsverfahren den Namen: Kapitaldeckungsverfahren.

- Änderungen der Leistungsausgaben, die sich als nachhaltig und nicht nur vorübergehend erweisen, lösen Beitragsanpassungen aus, bei deren Höhe dann auch zwischenzeitliche Änderungen der Sterblichkeit und des Kündigungsverhaltens zu berücksichtigen sind.

Im Rahmen der Beitragskalkulation wird in der privaten Krankenversicherung auch gegen hohe Beitragssteigerungen im Alter durch Beitragsanpassungen vorgesorgt: Zum einen werden 90 Prozent des Kapitalertrages, der über die rechnungszinsmäßige Verzinsung hinausgeht, zur Begrenzung von Beitragsanpassungen oder gar zur Beitragsreduktion ab Vollendung des 65. Lebensjahres verwandt; zum anderen wird seit einigen Jahren bis zum Alter 60 ein 10prozentiger Beitragszuschlag erhoben, der personengebunden zur Beitragsermäßigung ab Alter 65 eingesetzt wird.

Im Gegensatz zum Finanzierungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung, dem Umlageverfahren („Generationenvertrag“), ist das in der Privaten Krankenversicherung praktizierte Kapitaldeckungsverfahren nur geringfügig vom demographischen Wandel – also der rasch fortschreitenden Alterung der Bevölkerung – betroffen, da jede Versichertengeneration für sich selbst vorsorgt. □

Kapitaldeckung als Baustein in den nächsten Gesundheitsreformen

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke

In einem kapitalgedeckten System bauen die einzelnen Kohorten oder Jahrgänge in der Anfangsphase einen Kapitalbestand auf, aus dem in der Altersphase z.B. die Renten-, Pflege oder Gesundheitsleistungen, bezahlt werden können.

Umverteilungswirkungen, die über die versicherungsimmanente Umverteilung zwischen „gesund und krank“ hinausgehen, gibt es in diesem Finanzierungsverfahren, anders als im praktizierten Umlageverfahren in der gesetzlichen Sozialversicherung, nicht. Dort treten ein Familienlastenausgleich, ein Ausgleich zwischen „alt und jung“ (Generationenvertrag) und eine Einkommensumverteilung hinzu.

Die Einführung bzw. Stärkung der Kapitalbildung kann das volkswirtschaftliche Wachstum über eine mögliche Erhöhung der gesamtwirtschaftlichen Ersparnis erhöhen und zur Realkapitalbildung führen. Ob es zu diesen Effekten kommt, hängt jedoch davon ab, in welchem

Erste Bausteine für eine Reform hin zu mehr kapitalgedeckten Anteilen in der Krankenversicherung können sein:

- ▶ die Verlagerung von klar abgrenzbaren Leistungsbereichen wie Zahnbehandlung und Zahnersatz, Krankengeld und Satzungsleistungen, z.B. Kuren, in private kapitalgedeckte Zusatzversicherungen. Damit steigt der kapitalgedeckte Anteil an der gesamten Krankenversicherung an. Dabei ist darauf zu achten, dass der Bürger Vertrauensschutz genießt – durch die Verlagerung dürfen also keine unbilligen Härten entstehen.
- ▶ generell mehr Bürgern eine kapitalgedeckte Krankenversicherung ermöglichen.

Ein solcher Umstieg vom Umlageverfahren auf teilkapitalgedeckte Verfahren bietet einen weiteren deutlichen Vorteil: Während im heutigen Umlagesystem Kostendämpfungsgesetze mit immer neuen Leistungsausgrenzungen inzwischen zum Standard geworden sind, kann der Gesetzgeber in private kapitalgedeckte Verträge nicht eingreifen – sie bieten damit einen verlässlichen Versicherungsschutz auf Dauer.

Zahlen, Daten, Fakten

Das gegenwärtige Umlageverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet neben der für die Krankenversicherung konstitutiven Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken weitere Umverteilungs-Effekte, insbesondere den Familienlastenausgleich sowie eine Umverteilung zwischen Jungen und Alten. Welche Dimensionen diese Umverteilung hat, wird am Beispiel der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) deutlich :

- ▶ Im Jahr 2004 beliefen sich die Leistungsausgaben für die knapp 18,3 Millionen Versicherten in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) auf 64,8 Mrd. EUR; die Einnahmen der KVdR betragen im gleichen Jahr 32,3 Mrd. EUR.

- ▶ Damit betrug das Defizit in der KVdR 32,5 Mrd. EUR oder 1.776 EUR pro Rentner.
- ▶ Den Ausgleich dieses KVdR-Defizits finanzieren die erwerbstätigen Mitglieder der Krankenversicherung: Ihre Beiträge beliefen sich im Jahr 2004 auf 106,0 Mrd. EUR gegenüber 66,4 Mrd. EUR Leistungsausgaben.
- ▶ Der Überschuss in Höhe von 39,6 Mrd. EUR wurde dazu verwendet, das Defizit der KVdR auszugleichen. Jeder aktiv im Berufsleben Stehende hat also im Jahr 2004 rein rechnerisch die KVdR mit 1.172 EUR subventioniert. Das ist gut ein Drittel der von jedem Aktiven insgesamt gezahlten Beiträge (3.136 EUR im Jahr 2004).

Der heute schon sehr hohe Subventionsbedarf für die ältere Bevölkerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird stark ansteigen. Denn die Zahl älterer, nicht mehr aktiv im Berufsleben stehender Versicherter wächst schnell weiter. Deutlich wird dies an der Entwicklung des Altenquotienten: Diese Verhältniszahl – sie drückt die Zahl der 60jährigen und älteren Personen bezogen auf je 100 Personen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 59 Jahren aus – steigt nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorberechnung des Statistischen Bundesamtes von 43,9 im Jahr 2001 auf 70,9 im Jahr 2030 an. Während also heute bereits nahezu zwei Aktive die Sozialkosten eines Älteren mit finanzieren müssen, wird sich dieses Verhältnis schon 2030 auf 1,4 zu 1 verschlechtert haben. Bleibt die Umverteilung wie dargestellt unverändert bestehen, droht eine Überforderung der Aktiven – und damit die Kündigung des Generationenvertrages.

Quellen: BMGS; Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ 1 – 2004 vom 15.07.2005 sowie: BMGS; Kennzahlen und Faustformeln GKV 2005; Stand Juli 2005; sowie eigene Berechnungen

Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050; 10. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung; Wiesbaden 2003, S. 32

Ausmaß es zu einer zusätzlichen Ersparnis oder ob es lediglich zu einer Umstrukturierung des Sparvolumens kommt.

Eine stärkere Berücksichtigung von kapitalbildender Vorsorge, wie sie dem Grunde nach in der Riester-Rente angelegt wurde, ist wünschenswert. Denn das Kapitaldeckungs- und das Umlagesystem decken unterschiedliche Risiken ab. Dies spricht für eine Kombination von Kapitaldeckungs- und Umlagesystem in der Finanzierung von Sozialleistungen. Bei der institutionellen Ausgestaltung sind jedoch vielfältige Besonderheiten zu beachten. Die bestehende Praxis der Kapitaldeckung in der privaten Krankenversicherung zeigt, dass es trotz bestehender Versicherungsaufsicht aufgrund der konkreten Ausgestaltung der Kapitalbildung zu erheblichen Einschränkungen des Wettbewerbs unter den Anbietern kommt. Die mangelnde Portabilität des individuell angesparten Kapitals reduziert im gegenwärtigen System den Wettbewerb weitgehend auf die Gruppe der Neuversicherten. Mit seinem Reformkonzept hat der PKV-Verband aber bereits Lösungsansätze vorgestellt, die auch zu mehr Wettbewerb innerhalb der PKV führen würden.

Um innerhalb der Zweigleisigkeit in der Finanzierung der Krankenversicherung dem kapitalgedeckten Finanzierungsanteil mehr Gewicht zu geben, könnte zukünftig eine (Teil-)Kapitalbildung in der Form erfolgen, dass alle Versicherten einen Aufschlag von z. B. einem Prozent auf die altersspezifischen Gesundheitsausgaben als kohortenspezifische Alterungsrückstellung aufbringen.

Diese Zahlung käme zu den umlagefinanzierten Gesundheitsprämien oder Kopfpauschalen hinzu. Über die Attraktivität der unterschiedlichen Angebote zur Kapitalbildung würde dann im Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungsunternehmen entschieden. Alternativ könnte man auch die umlagefinanzierten Gesundheitsausgaben allmählich abschmelzen und im gleichen Ausmaß über eine entsprechende kapitalgedeckte Krankenversicherung die wünschenswerten Rückstellungen aufbauen (siehe Kasten). Allerdings müsste sichergestellt werden, dass die Mittel nicht durch politische Zugriffe zweckentfremdet werden. Ob die öffentlich-rechtlichen GKV-Kassen diese Sicherheit bieten, darf stark angezweifelt werden.

Schließlich ist vorstellbar, dass die Teilkapitaldeckung, die zur nachhaltigeren Finanzierung der sozialen Sicherung im Alter erforderlich ist, über alle Zweige hinweg durch einen einzigen Sparvertrag herbeigeführt würde, der dann aber in seinem Umfang dem Gesamtumfang der gewünschten Kapitaldeckung entspräche. Zu bedenken ist dabei, dass dann junge Berufseinsteiger hohe umlagefinanzierte Gesundheitsprämien zahlen müssten, ohne wie die Älteren über Einnahmen aus den Sparverträgen zu verfügen.

Insgesamt betrachtet, ist ein vollständiger Umstieg in der Finanzierung des Gesundheitswesens von der Umlage- zur Kapitalfinanzierung unter dem Aspekt einer Risikomischung nicht wünschenswert und auch nicht finanzierbar. Eine Verschiebung vom Umlageverfahren zu einer Teilkapitaldeckung dagegen ist sinnvoll und erforderlich. □

Umlagefinanzierte Pflegeversicherung gerät in Schwierigkeiten

Prof. Dr. Johann Eekhoff

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist erst im Jahre 1995 eingeführt worden. Die Aufteilung folgte der Krankenversicherung: Rund 90 Prozent der Bürger sind nach dem Umlageverfahren und etwa 10 Prozent sind nach dem Kapitaldeckungsverfahren versichert. Leider wurde die Chance vertan, für alle Bürger eine kapitalgedeckte Versicherung zu wählen, in der grundsätzlich in der Erwerbsphase angespart wird, damit im hohen Alter Mittel für die Pflege bereitstehen. Der Gesetzgeber hat sich vielmehr im Kern für das Umlageverfahren entschieden, in dem die Beiträge sofort für Pflegeleistungen ausgegeben werden konnten, also auch an Personen, die nie in eine Versicherung eingezahlt haben oder die in der Lage wären, die Mittel selbst aufzubringen. Der Beitragssatz betrug im ersten Jahr ein Prozent vom Lohneinkommen, soweit es auch zur Krankenversicherung herangezogen wird. Seit dem 1. Januar 1996 liegt der Beitragssatz bei 1,7 Prozent; allerdings wurde er zum 1. Januar 2005 für Personen ohne Kinder auf 1,95 Prozent erhöht.

In den Anfangsjahren wurde ein Überschuss von insgesamt rund fünf Milliarden Euro erzielt, da die Auszahlungen mit Verzögerung anliefen. Seit

dem Jahr 1999 übersteigen die Ausgaben die Einnahmen. Für das Jahr 2005 ist mit einem Defizit von etwa 800 Mio. Euro zu rechnen. Ab dem Jahr 2007 dürfte die gesetzliche Mindestreserve unterschritten werden. Spätestens dann stellt sich das Problem steigender Beitragssätze. Die Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben wird ständig größer, obwohl die Zahlungen je Pflegefall seit 1995 nominal unverändert geblieben sind. Die inzwischen eingetretenen Preissteigerungen haben die ursprünglichen Pflegeleistungen bereits um rund 15 Prozent entwertet.

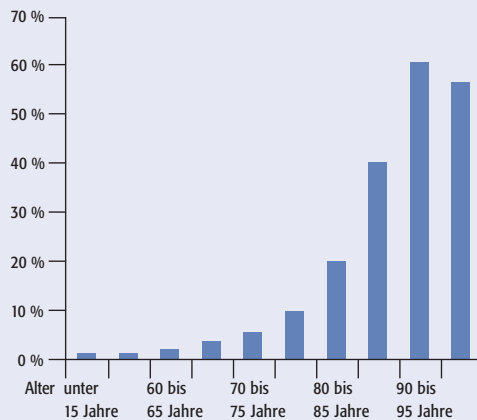
Zurzeit erhalten 1,9 Mio. Menschen Leistungen aus dem Umlageverfahren. Das sind 2,3 Prozent der Bevölkerung. Dieser Anteil wird kontinuierlich zunehmen und sich bis zum Jahr 2050 fast verdoppeln. Der Beitragssatz wird noch schneller steigen und je nach der wirtschaftlichen Entwicklung und der Anpassung der Pflegeleistungen über vier Prozent hinausgehen. Damit wird klar, dass die künftigen Generationen von der Pflegeversicherung im Umlageverfahren erheblich stärker belastet werden als die gegenwärtigen Erwerbstätigen. Die Erhöhung von 1,7 auf vier oder auch fünf Prozent mag nicht sehr hoch erscheinen. Aber die Belastung der versicherungspflichtigen Einkünfte mit Sozialbeiträgen liegt inzwischen bei 42 Prozent. Zusätzlich wird ein Drittel der Renten bereits aus dem Bundeshaushalt gezahlt. Und es ist zu berücksichtigen, dass die Alterung der Gesellschaft sowohl die gesetzliche Renten- als auch die gesetzliche Krankenversicherung erheblich belasten wird, d. h. auch dort drohen den künftigen Generationen höhere Beiträge.

Das Pflegefallrisiko nimmt in höheren Alterklassen stark zu. Verbunden mit dem demographischen Wandel führt dies zu einer erheblichen Zunahme pflegebedürftiger Personen und zu entsprechenden Ausgabensteigerungen der Pflegeversicherung.

Alterspyramide

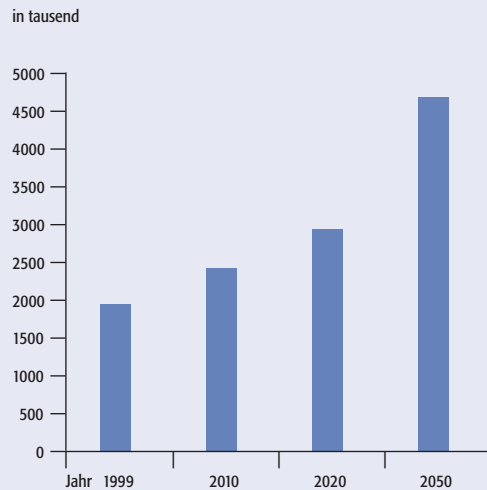


Anteil Pflegebedürftiger in Altersklasse



Quelle: Stat. Bundesamt, Pflegestatistik 2003

Anzahl Pflegefälle



Quelle: DIW, Diskussionspapier Nr. 240

Durch das Anknüpfen der Beiträge an die Löhne ergeben sich Schwierigkeiten für die Beschäftigung. Die Beiträge wirken wie eine Lohnsteuer. Wer mehr arbeitet, muss mehr zahlen, ohne zusätzliche Leistungen zu erhalten. Der Anreiz, mehr zu arbeiten oder überhaupt eine Beschäftigung aufzunehmen, wird durch diese Form der Beitragserhebung verringert – wie schon durch die Lohnsteuer und die Beiträge zur Krankenversicherung.

Arbeitnehmer mit vergleichsweise hohen Löhnen unterstützen mit ihren Beiträgen die Arbeitnehmer mit geringen Löhnen. Diese Umverteilung erscheint auf den ersten Blick wünschenswert. Es ist aber durchaus möglich, dass jemand einen geringen Beitrag zahlt, weil er nur halbtags arbeitet, weil er sonstige Einkünfte und Vermögen hat oder weil der Ehepartner ein weiteres Einkommen erzielt. Ein Anspruch auf Unterstützung ist in diesen Fällen nicht zu rechtfertigen.

Die sich abzeichnende finanzielle Schieflage der umlagefinanzierten Pflegeversicherung und die Bemessung der Beiträge nach der Höhe des Lohnes erfordern schnelle Reformen. Es geht darum, die eigenen Möglichkeiten stärker zu nutzen, die Beitragslasten nicht weiter auf die kommenden Generationen zu verlagern und die Beiträge von den Arbeitsverhältnissen abzukoppeln.

Wer die zahlenmäßig schwachen künftigen Erwerbstätigengenerationen nicht übermäßig belasten will, muss für die eigenen Pflegeleistungen selbst ansparen oder eine kapitalgedeckte Versicherung abschließen. Junge Menschen, die ins Erwerbsleben eintreten, können problemlos eine kapitalgedeckte Versicherung zu einem

Monatsbeitrag von rund 20 Euro abschließen. Hält man einen Monatsbeitrag bis zu 50 Euro für zumutbar, könnten alle Bürger mit normaler Gesundheit bis zum Alter von etwa 60 Jahren noch eine entsprechende Versicherung erhalten. Dann stellt sich aber die Frage, wie die Mittel für bestehende Pflegefälle und für die so genannten pflegenahen Jahrgänge aufgebracht werden sollen.

Es gibt zwei Extrempositionen. Die erste Position geht davon aus, dass mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1995 viele Menschen – auch die gegenwärtig Pflegebedürftigen – einen unverdienten Vorteil erhalten haben, den man auch wieder wegnehmen könne. Dann wäre der Zustand von 1994 wieder hergestellt, und ein größerer Teil der Pflegebedürftigen wäre auf Sozialhilfe angewiesen. Nach der anderen Extremposition würden nicht nur alle aktuell Pflegebedürftigen, sondern auch die Menschen, die in einem längeren Zeitraum pflegebedürftig werden, die volle Pflegeleistung bekommen, also auch diejenigen, die nur wenig in das System eingezahlt haben oder über ein beträchtliches Einkommen und Vermögen verfügen. Die Lasten würden der übrigen Gesellschaft noch über viele Jahre aufgebürdet.

Gerade in der Pflegeversicherung erscheint es aber möglich zu sein, über einen Kompromiss zwischen den beiden Extrempositionen, eine faire Lösungen zu finden, mit denen die Fehler der Umlagefinanzierung und der Lohnabhängigkeit korrigiert werden können. Je früher auf die Kapitaldeckung umgestellt wird, um so weniger Menschen haben über viele Jahre in das Umlagesystem eingezahlt und um so leichter lässt sich ein angemessener sozialer Ausgleich finanzieren. □

Schlusswort

Dr. Ulrich Rumm

Vorsitzender des Vorstandes

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Keine Frage: Das jetzige System der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf einer grundlegenden Reform „an Haupt und Gliedern“. Die Beiträge in dieser Broschüre machen aber auch deutlich: Die so genannte Bürgerversicherung lässt nicht nur die meisten der zu lösenden Probleme offen oder verschiebt ihre Lösung in die Zukunft – sie verschärft viele der Probleme sogar noch! Andererseits stellt auch die Einführung einer Gesundheitsprämie allein keine dauerhafte Lösung für die Grundprobleme der Krankenversicherung dar, weil insbesondere die für die Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit unabdingbare Stärkung der Kapitaldeckung fehlt.

Eine Reform der Krankenversicherung, die über die nächste Legislaturperiode hinaus deren Zukunft garantiert, muss tiefer greifen. Sie muss:

Nachhaltigkeit und Zukunftsfähigkeit erhöhen

Eine Reform unseres Gesundheitssystems muss die Finanzierung auf eine solide Grundlage stel-

len und die Zukunftsfähigkeit und Zukunftssicherheit des Systems erhöhen. Vor allem dürfen kurzfristige Verbesserungen auf keinen Fall länger damit erkaufte werden, dass die Probleme langfristig noch größer werden. Ein System wird nachhaltig, wenn jeder für die eigenen steigenden Gesundheitskosten im Alter vorsorgt – über individuelle Alterungsrückstellungen, also Kapitaldeckung.

Solidarität und Generationengerechtigkeit sichern

Auch in Zukunft müssen Bürger mit geringerem Einkommen unterstützt werden, damit ihnen das, was medizinisch notwendig ist, weiterhin zur Verfügung steht. Dabei muss Solidarität aber konsequent auf tatsächliche Bedürftigkeit und echte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bezogen werden. Der daraus resultierende Unterstützungsbedarf muss über das Steuer- und Transfersystem finanziert werden, weil dies die sinnvollste und solidarischste Lösung ist. Solidarität muss schlussendlich auch generationenübergreifend realisiert werden: Ohne eine gerechte Lastenverteilung zwischen Jung und Alt bleibt Solidarität ein leeres Versprechen; ja, langfristig droht sogar die Kündigung des Generationenvertrags. Solidarität und einen funktionierenden Generationenvertrag wird es in Zukunft nur noch zusammen mit mehr Generationengerechtigkeit geben.

Wachstum und Arbeitsplätze fördern

Ein wesentlicher Grund für die Wachstumsschwäche der deutschen Wirtschaft – und damit für die zunehmenden Probleme bei den sozialen Sicherungssystemen – sind die zu hohen Lohn-

nebenkosten. Jede Gesundheitsreform bleibt Makulatur, wenn sie nicht dazu beiträgt, den Teufelskreis von hohen Lohnnebenkosten – verminderter Wettbewerbsfähigkeit – Verlust von Arbeitsplätzen – Einnahmeverlusten bei der GKV – steigenden Beitragssätzen – steigenden Lohnnebenkosten zu durchbrechen. Dazu ist die Abkoppelung der Prämien für die gesundheitliche Absicherung vom Einkommen unabdingbar.

Freiheit und Eigenverantwortung stärken

Wir leben in einer Gesellschaft freier und mündiger Bürger. Es sind die Menschen selbst, die ihr Leben bestimmen. Skepsis ist angebracht, wenn der Bürger auf Entscheidungsmöglichkeiten und Wahlrechte verzichten soll. Freiheit geht dabei Hand in Hand mit Eigenverantwortung im Sinne von Subsidiarität. Das Subsidiaritätsprinzip, das in Deutschland zu Recht einen hohen Stellenwert genießt und Verfassungsrang besitzt, bedeutet, dass der Bürger alles, was er selbst regeln kann, möglichst auch selbst regelt. Andere nicht mit dem zu belasten, was man ohne größere Probleme auch selber stemmen könnte, ist konkrete Solidarität.

Ziel aller Reformanstrengungen muss es sein, eine leistungsfähige medizinische Versorgung langfristig zu sichern, so dass jeder Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Grundversorgung hat. Unabhängig von der Art der künftigen Finanzierung muss dabei auch in Zukunft der medizinische Fortschritt im erforderlichen Ausmaß für alle Patienten zugänglich bleiben. Abstriche im Sinne von weniger Qualität, weniger Fortschritt oder weniger Gerechtigkeit und

Solidarität sollten tabu sein. Eine Flucht in die Billig-Medizin oder in Richtung Rationierung darf es nicht geben. Doch diesen Fluchtweg müssen wir auch nicht beschreiten, wenn die richtigen Weichen gestellt werden – und zwar möglichst bald!

Das bedeutet aber auch: Gesundheit war nie und ist in Zukunft erst recht nicht zum Nulltarif zu haben! Angesichts der von den Autoren dieser Broschüre unmissverständlich aufgezeigten ernsthaften Probleme und Risiken muss der Ehrlichkeit halber sogar gesagt werden: Mittel- und langfristig wird die Vorsorge für unsere Gesundheit generell mehr Geld kosten als dies bisher der Fall war, wenn angesichts einer alternden Gesellschaft eine qualitativ hochwertige Grundversorgung für jeden erhalten bleiben soll und die Lasten generationen- und leistungsgerecht verteilt werden sollen!

Die Weichen für die Zukunft des Gesundheitssystems müssen von der Politik gestellt werden. Doch der Bürger hat es selbst in der Hand, die Weichen für seine persönliche gesundheitliche Absicherung zu stellen. Gesundheitsschutz mit zukunftssicherer Kapitaldeckung in der Privaten Krankenversicherung ist ja bereits heute für nicht versicherungspflichtige Personen die funktionierende und durch den verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutz sichere Alternative gegenüber einem Umlageverfahren, das angesichts der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts vor unlösbaren Finanzierungsproblemen steht. □

Autoren



Johann Eeckhoff ist Professor für Wirtschaftspolitik und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik sowie des Otto-Wolf-Instituts für Wirtschaftsordnung an der Universität zu Köln.

Von 1991-1994 war er Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft. Er ist Mitglied im Konsilium der Bundeszahnärztekammer und Kuratoriumsmitglied der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Prof. Eeckhoff ist zudem Sprecher des Kronberger Kreises, dem wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Marktwirtschaft (Frankfurter Institut).



Klaus-Dirk Henke bekleidet den Lehrstuhl für Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin. Er ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats

beim Bundesminister der Finanzen. Er war u.a. Mitglied und langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Prof. Henke ist Mitherausgeber verschiedener Fachzeitschriften.



Bernd Hof ist Professor für Volkswirtschaftslehre und empirische Wirtschaftsforschung an der International School of Management (ISM) in Dortmund. Zuvor forschte er am Institut der deutschen Wirtschaft Köln mit den Schwerpunkten „Analyse und Prognose konjunktureller und struktureller Zusammenhänge“ sowie „Demographischer Wandel und soziale Sicherungssysteme“.



Eckhard Knappe ist Professor für Volkswirtschaftslehre und Sozialpolitik an der Universität Trier. Er ist Kodirektor des Zentrums für Arbeit und Soziales (ZENTRAS) sowie des Zentrums für Gesundheitsökonomie (ZfG) an der Universität Trier. Er war Sachverständiger in der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags und Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitsökonomie im Verein für Sozialpolitik. Prof. Knappe veröffentlicht u.a. zur Sozial- und Verteilungspolitik, Gesundheitsökonomik, Umweltökonomik und zur Arbeitsmarktpolitik.



Hartmut Milbrodt ist Inhaber des Lehrstuhls für Versicherungs- und Finanzmathematik an der Universität Rostock. Zuvor war er Professor für Versicherungsmathematik am Mathematischen Institut der Universität zu Köln, verbunden mit der Leitung der Abteilung Versicherungsmathematik des Instituts für Versicherungswissenschaft. Prof. Milbrodt ist geprüfter Aktuar (DAV) und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Versicherungsmathematik sowie Autor der Monographie „Mathematische Methoden der Personenversicherung“.

Bernd Raffelhüschen ist Professor für Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und Professor an der Universität Bergen (Norwegen). Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Sozialpolitik und angewandten intergenerativen Analyse. Prof. Raffelhüschen war Mitglied der Rürup-Kommission. Er ist darüber hinaus Mitglied vieler internationaler Forschungsprojekte und publiziert in führenden Zeitschriften seines Fachgebiets.



Christian Hagist ist Diplomvolkswirt und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Helge Sodan hält an der Freien Universität Berlin den Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Öffentliches Wirtschaftsrecht und Sozialrecht inne. Prof. Sodan ist Präsident des Verfassungsgerichtshofes des Landes Berlin und Mitglied des Beirates der Bertelsmann Stiftung, Zentrum für Gesundheitspolitik (ZGP). Er war Vizepäsident des Deutschen Juristentags 2002.



Herausgeber:
Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Fritz-Schäffer-Straße 9
81737 München
Gesundheitspolitik
Broschürenbestellung Telefon 01801.11 22 88

www.gesundheit.allianz.de