



Direktoren: Professor Dr. Juergen B. Donges  
Professor Dr. Johann Eekhoff  
Geschäftsführer: Dr. Steffen J. Roth

## **Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem<sup>♦</sup>**

Johann Eekhoff, Vera Bünnagel, Susanna Kochskämper, Kai Menzel\*

### **Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 1/2008**

(Stand Februar 2008)

**Zugleich: Beitrag zum Hochschulwettbewerb**

**„Perspektive 2020 - Gesundheit als Chance! Ideenwettbewerb als Auftakt für die 5. Janssen-Cilag Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens“**

**Prämiert mit dem 1. Platz**

---

<sup>♦</sup> Der Beitrag entstand im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte am Otto-Wolff-Institut, deren Ergebnisse Anfang Juni unter dem Titel *Bürgerprivatversicherung* in Buchform veröffentlicht werden (Verlag Mohr Siebeck). Dort wird das Konzept in ausführlicher Fassung nachzulesen sein.

\* Johann Eekhoff ist Professor am Wirtschaftspolitischen Seminar der Universität zu Köln und Direktor des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung. Vera Bünnagel, Susanna Kochskämper und Kai Menzel sind wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts.

# Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem

Johann Eekhoff, Vera Bünnagel, Susanna Kochskämper, Kai Menzel

## 1. Die Ausgangslage: Warum ein Systemwechsel so dringend erforderlich ist

Das überwiegend umlagefinanzierte Gesundheitssystem in Deutschland steht angesichts demografischer Verschiebungen und medizinisch-technischen Fortschritts vor großen Herausforderungen. Im bestehenden System sind diese kaum zum Vorteil aller zu bewältigen. Seine Beibehaltung wird langfristig nicht ohne Leistungskürzungen möglich sein. Der hier skizzierte Vorschlag einer Bürgerprivatversicherung setzt auf ein wettbewerbliches System, das den Rationierungsdruck erheblich abmildert. Effizienzgewinne einer wettbewerblichen Organisation des Gesundheitsmarktes erleichtern die Finanzierung des Fortschritts, der Umstieg auf Kapitaldeckung beseitigt die Anreize zur Verschiebung von Lasten auf zukünftige Generationen und verringert die Krisenanfälligkeit des Systems nachhaltig.

Die Fortschreibung des (Mindest-) Leistungskatalogs orientiert sich an den Präferenzen der Bürger (vgl. Kap. 4). Die Gesellschaft wird allerdings nicht umhin kommen, die Frage zu stellen, welches medizinische Versorgungsniveau sie auch den Bürgern solidarisch zur Verfügung stellen will, die nicht in der Lage sind, die Kosten zu tragen. Effizienzgewinne und eine treffsicherere Organisation der Umverteilung ermöglichen jedoch eine kostengünstigere Versorgung und mit den gegebenen Mitteln ein höheres solidarisches Gesundheitsniveau für die tatsächlich Bedürftigen.

Mehr Wettbewerb muss keineswegs mit Qualitätseinbußen und Intransparenz verbunden sein. Im Gegenteil: Bei entsprechenden Rahmenbedingungen sollten Qualität und Transparenz im Vergleich zum Status quo verbessert werden können.

Die Bürgerprivatversicherung kommt ohne die erheblichen Nachteile der bestehenden Versicherungssysteme aus. Um die Vorteile des Systemwechsels zu verdeutlichen, sollen die Probleme des Status quo kurz skizziert werden, bevor die Grundzüge der Bürgerprivatversicherung sowie die Organisation des Systemwechsels dargestellt werden.

*a) Private Krankenversicherung: Kaum Wettbewerb mangels Übertragbarkeit der Altersrückstellungen*

Die private Krankenversicherung (PKV) ist nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert. Problematisch ist, dass die gebildeten Altersrückstellungen beim Versicherungswechsel nicht auf die aufnehmende Versicherung übertragen werden: Sie werden an das abgebende Kollektiv vererbt. Dadurch muss ein Wechsler bei der aufnehmenden Versicherung aufgrund seines dann höheren Alters und eventuell zwischenzeitlich aufgetretener Erkrankungen eine deutlich höhere Prämie zahlen als bei der abgebenden. Auf diese Weise werden die Versicherten praktisch bei ihrer Versicherung eingesperrt. Wer dennoch wechselt, erleidet einen kaum zu rechtfertigenden Vermögensverlust. Den Versicherten werden wesentliche Wahlfreiheiten genommen. Selbst wenn andere Versicherungen erfolgreiche Präventionsprogramme, effiziente Disease-Management-Programme oder innovative Versorgungsformen entwickeln, können die Versicherten davon kaum profitieren.

Die fehlenden Wechselmöglichkeiten zerstören Anreize zu qualitativ hochwertiger Versorgung, gutem Service und effizienter Leistungserstellung: Die Versicherten jedes Unternehmens können die Versicherung kaum verlassen, die Versicherten anderer Versicherungen kaum abgeworben werden. Dies steht einem sinnvollen Wettbewerb diametral entgegen.

Ein Versicherter kann bei Vertragsabschluss kaum absehen, welche Versicherung ihn viele Jahre später am besten versorgen können wird. Es kommt zur ungünstigen Aufteilung der Versicherten auf die Versicherungen. Gerade in einem so dynamischen Markt wie dem Gesundheitswesen ist eine faktisch lebenslange Bindung an einen Versicherer sehr problematisch.

Die Bürgerprivatversicherung beruht ebenfalls auf Kapitaldeckung. Durch Individualisierung und Übertragung von Altersrückstellungen ist sie jedoch deutlich flexibler und wettbewerbsorientierter und erhöht die Effizienz des Gesundheitswesens.

*b) Gesetzliche Krankenversicherung: Risikoselektion und unerwünschte Verteilungswirkungen*

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) richten sich nicht nach dem individuellen Krankheitsrisiko, sondern nach dem Lohneinkommen aus abhän-

giger Beschäftigung. Dies führt zu unerwünschten Verteilungswirkungen und zu Risikoselektion.

Das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung ist kein sinnvoller Indikator für die Leistungsfähigkeit. Es ist keine Seltenheit, dass Personen mit hohen Miet- und Zins-einkünften, großem Vermögen oder gut verdienendem Ehepartner deutlich geringere Krankenkassenbeiträge zahlen als wirtschaftlich weniger leistungsfähige Bürger. Das System kann sich nicht sozial nennen, da die Einkommensschwächsten, nämlich die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialhilfe, nicht innerhalb des Systems unterstützt werden, sondern durch Steuermittel. Auf der anderen Seite werden aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze nicht alle Leistungsfähigen in den sozialen Ausgleich einbezogen.

Alle Versuche, eine treffsichere Umverteilung von wirtschaftlich leistungsfähigen zu bedürftigen Bürgern innerhalb der Krankenversicherung zu organisieren, sind zum Scheitern verurteilt. Im günstigsten Fall würden sie darauf hinauslaufen, die im Steuersystem angelegte Bemessung der Leistungsfähigkeit und die im Transfersystem institutionalisierte Bedürftigkeitsprüfung zu duplizieren. Die Krankenversicherung würde zu einem zweiten Finanz- und Sozialamt mit dem entsprechend vervielfachten administrativen Aufwand.

Die Lohnbezogenheit der Krankenkassenbeiträge belastet zudem unnötig den Arbeitsmarkt und die Umlagefinanzierung führt zu untragbaren Lastenverschiebungen auf künftige Generationen. Das System ist aufgrund der altersabhängig steigenden Kosten und der hauptsächlich lohnbezogenen Beitragseinnahmen sehr anfällig gegenüber demografischen Verschiebungen.

Die Bürgerprivatversicherung löst das Umlagesystem durch eine flächendeckende kapitalgedeckte Versicherung ab. Die Umverteilung wird ins Steuer-Transfersystem verlagert, wo sie im Rahmen bestehender Umverteilungssysteme treffsicherer und effizienter organisiert werden kann. Da jede Generation für ihre eigenen steigenden Gesundheitskosten im Alter aufkommt, ist das System weniger anfällig für demografische Verschiebungen.

Da die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht an den erwarteten Krankheitskosten orientiert werden dürfen, wird es für Versicherungen interessant, gute Risiken anzuziehen und schlechte Risiken fernzuhalten. Solche Aktivitäten füh-

ren gesamtwirtschaftlich zur Ressourcenverschwendung. Es bestehen keine Anreize, beispielsweise chronisch kranke Versicherte qualitativ hochwertig zu versorgen, da dies diese schlechten Risiken anziehen würde. Die Versorgungsqualität bleibt also eher niedrig. Die Abwerbung guter Risiken führt dazu, dass überproportional viele Kranke bei bestimmten Kassen bleiben und daher tendenziell höhere Beiträge zahlen als Gesunde.

Der Risikostrukturausgleich soll die unterschiedlichen Strukturen der Kassen ausgleichen, ist jedoch sehr unvollständig. Auch der für 2009 geplante morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird dieses Problem nicht lösen, da in allen bekannten Ausgleichsverfahren nur ein sehr unvollständiger Ausgleich gelingt. Daher ist die Gefahr groß, dass erhebliche Anreize zur Risikoselektion verbleiben. Zugleich besteht ein Zielkonflikt zwischen der Verhinderung von Risikoselektion durch feine Klassenbildung und bürokratischem Aufwand. Die Abwägung zwischen den Kosten zusätzlicher Informationsgewinnung und der Gefahr eines unvollständigen Ausgleichs wird (anders als in der Bürgerprivatversicherung mit übertragbaren risikoäquivalenten Altersrückstellungen) nicht über den Markt getroffen, sondern administrativ. Daher ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass es nicht zu einem optimalen Gleichsniveau kommt.

Ein weiterer wichtiger Einwand gegen den administrativen Risikoausgleich ist, dass eine Krankenversicherung ihre Risikostruktur selbst beeinflussen kann. Zur Verbesserung der eigenen Risikostruktur durch Prävention besteht bei einem Risikostrukturausgleich kein Anreiz: Betreibt eine Versicherung kostensenkende Prävention, erhält sie in Zukunft geringere Ausgleichszahlungen, die Erträge aus der Verbesserung der Risikostruktur werden sozialisiert. Wer keine Prävention betreibt, erhält hingegen künftig höhere Ausgleichszahlungen. Es handelt sich um eine klassische Fehlsteuerung (Gefangenendilemma). Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ist präventionsfeindlich.

Zugleich bestehen Anreize, Versicherte in höhere Risikoklassen einzuordnen als angemessen, um höhere Ausgleichszahlungen zu erhalten. Das verschwendet Ressourcen und benachteiligt korrekt arbeitende Versicherungen. Zudem werden Versicherte, die sich nicht in höhere Risikoklassen einordnen lassen, zu schlechten Risiken, da sie höhere Kosten verursachen als der durch Coding-up gesenkte Durchschnitt ihrer Klasse.

Die für Deutschland in Frage kommenden Modelle eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs basieren auf Krankenhausdiagnosen und ambulanten Medikamentenverordnungen. Diese Ausgleichskriterien führen zu Fehlanreizen. Die Berücksichtigung von Krankenhausdiagnosen nimmt den Krankenkassen das Interesse, durch kostspielige Kontrollen unnötige Krankenhauseinweisungen und zu teure Klassifizierungen der Patienten zu verhindern. Krankenkasse und Leistungserbringer können ein gleichgerichtetes Interesse an unnötigen Einweisungen und an zu schwerwiegenden Codierungen entwickeln. Noch problematischer sind die Fehlanreize bei den Medikamentenverordnungen. Einem für Arzneimittel ausgegebenen Euro würden etwa drei Euro an Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich gegenüberstehen. Dies alleine schafft Anreize zu vermehrter – suboptimaler – Medikamentenverordnung. Mit (wünschenswerten) zunehmenden Möglichkeiten zum Abschluss selektiver Verträge durch die Krankenkassen nehmen ihre Einflussmöglichkeiten auf das Verschreibungsverhalten zu. Insgesamt ist zu befürchten, dass der unbefriedigende Wettbewerb um die beste Risikoselektion durch einen ebenso unbefriedigenden Wettbewerb um Morbiditätszuschläge ersetzt wird.

Die Bürgerprivatversicherung kommt ohne einen administrativen Risikostrukturausgleich aus. Die risikoäquivalente Prämienkalkulation vermeidet Selektionsanreize, ohne dass kranke Menschen höhere Prämien zahlen müssten. Die Unternehmen kalkulieren unter Abwägung der Kosten und Nutzen der Informationsbeschaffung individuelle risikoäquivalente Prämien und Altersrückstellungen.

## **2. Alternativvorschlag Bürgerprivatversicherung: Wesentliche Merkmale**

### *a) Versicherungspflicht und Mindestleistungskatalog*

Mit Einführung der Bürgerprivatversicherung werden alle Bürger in einem einheitlichen, wettbewerblich organisierten Versicherungssystem versichert. Eine Versicherungspflicht ist erforderlich, da die Gefahr besteht, dass ein Teil der Bürger keine ausreichende Eigenvorsorge trifft und später die Mindestsicherung der Gesellschaft (Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II) in Anspruch nimmt, obwohl das Lebenseinkommen ausreichend ist, die Alters- und Gesundheitsrisiken mit eigenen Mitteln abzudecken. Insbesondere Personen mit vergleichsweise geringen Einkommen könnten das laufende Einkommen vollständig verbrauchen und sich später auf Sozialleistungen ver-

lassen (Freifahrerverhalten). Bei Gesundheitsleistungen ist unsere Gesellschaft der Ansicht, dass jeder Bürger unabhängig vom Einkommen Zugang zu den notwendigen Leistungen haben soll. Die Sozialhilfebezieher und ALG II-Empfänger bekommen deshalb keine schlechteren Gesundheitsleistungen als der normale Arbeitnehmer. Insoweit besteht kein Anlass, sich überhaupt zu versichern, wenn die Standardleistungen mit oder ohne Beitragszahlungen gesichert sind. Die Gesellschaft könnte sich zwar auf die Position zurückziehen, dass ein Bürger, der keine Versicherung abschließt, obwohl er die Prämie aus den laufenden Einkommen zahlen kann, auch die Folgen zu tragen hat, wenn er schwer erkrankt. Diese Position lässt sich aber nicht durchhalten, wenn lebensbedrohende Krankheiten auftreten. Davor kann sich die Gesellschaft nur durch eine verpflichtende Mindestabsicherung schützen. Dann muss sie allerdings auch einen Mindestleistungskatalog festlegen. Dieser sollte sich daran orientieren, was der Staat allen Bürgern zugesteht, wenn sie in Not geraten. Er könnte am bestehenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung orientiert werden.

Die Versicherung soll zu einem Zeitpunkt abgeschlossen oder zugesagt werden, zu dem noch keine Risikounterschiede erkennbar sind. Um die Differenzierung nach potenziellen Erbkrankheiten auszuschließen, sollen die (potenziellen) Eltern die Zusage erhalten, Kinder ab Geburt ohne Risikozuschläge versichern zu können.<sup>1</sup>

#### *b) Ausgliederung der Einkommensumverteilung*

Dass eine soziale Mindestabsicherung notwendig ist und dass zur Mindestsicherung auch eine Krankenversicherung gehört, ist unbestritten. Fragwürdig ist hingegen, ob sich die Krankenversicherung neben der Absicherung gegen Krankheitsrisiken als Umverteilungssystem eignet. Die Einkommensumverteilung muss nicht in ihrem Umfang reduziert werden, sie sollte jedoch aus der Krankenversicherung ausgegliedert werden. Innerhalb der Krankenversicherung werden Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit nicht treffsicher erfasst. Im Status quo wird nicht zwischen Leistungsfähigen und Bedürftigen, sondern nur innerhalb bestimmter Gruppen umverteilt (vgl. Kap. 1.

---

<sup>1</sup> Somit ergeben sich innerhalb eines Versicherungstarifs kohorteneinheitliche Prämien. Diese sind jedoch keineswegs mit Pauschalprämien (Gesundheitsprämie, Kopfpauschale) zu verwechseln. Letztere sind administrativ vorgegeben; Risikoselektion und Demografieabhängigkeit werden nicht beseitigt.

b). Darüber hinaus ist die Höhe des Lohneinkommens kein hinreichender Indikator für Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit.

Statt ein zusätzliches Umverteilungssystem innerhalb der Krankenversicherung zu etablieren, sollte die Umverteilung im Steuer-Transfer-System gebündelt werden. Dort werden die Leistungsfähigkeit bzw. Bedürftigkeit in der vollen Breite erfasst. Die Beiträge zur Krankenversicherung könnten sich wie in anderen Versicherungssystemen an den Risiken orientieren, was mehr Wettbewerb ermöglicht und die Kosten dieser Versicherung transparent macht. Wer sie nicht selbst aufbringen kann, wird von der Solidargemeinschaft der Steuerzahler unterstützt.

Eine Auslagerung der Umverteilung könnte das Umverteilungsvolumen erheblich verringern: Die gesetzlichen Krankenversicherungen würden stärker entlastet als die allgemeinen Umverteilungssysteme belastet würden, da unnötige Umverteilungsströme entfielen. Die Versicherung konzentriert sich auf den Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden – ihre zentrale Aufgabe. Dieser Ausgleich verhindert, dass kranke Versicherte höhere Prämien zahlen müssen als gesunde.

### *c) Versicherung bei privaten Unternehmen auf Kapitalbasis*

Um einen unverzerrten Wettbewerb zu ermöglichen, werden alle Anbieter von Krankenversicherungsleistungen als private Unternehmen organisiert. Dazu gehört auch, dass eine Versicherung mit umfassendem Eigenkapital haftet und insolvent gehen kann. Nur dann besteht ein ausreichender Anreiz, effizient zu wirtschaften und nachhaltig zu kalkulieren. Für Insolvenzfälle muss es – wie bereits heute – Auffanglösungen für die betroffenen Versicherten geben.

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass in einem rein privatwirtschaftlich organisierten Krankenversicherungsmarkt ein Zielkonflikt zwischen der Absicherung des langfristigen Gesundheitskostenrisikos (Prämienrisiko) und der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs um Bestandsversicherte besteht: Systeme wie die deutsche PKV erreichen eine Absicherung des Prämienrisikos um den Preis, dass kaum Wettbewerb um Bestandsversicherte herrscht. Kurzfristverträge mit risikoäquivalenten Prämien versagen hingegen bei der Absicherung des Prämienrisikos. Die Bürgerprivatversicherung erreicht beide Ziele. Das Prämienrisiko wird versichert, indem Langfristverträge mit (bei unverändertem Leistungskatalog) real konstanten Prämien ab-

geschlossen werden. Durch die Individualisierung und Übertragung von Altersrückstellungen herrscht Wettbewerb auch um Bestandsversicherte, und zwar unabhängig von ihrem Risiko. Die reale Konstanz der Prämien wird erreicht, indem die durchschnittlich über den Lebensverlauf zu erwartenden Krankheitskosten kalkuliert und geglättet werden. Theoretisch ist auch eine andere Aufteilung der Kosten über den Lebenszyklus denkbar. Wichtig ist eine Absicherung der Versicherten gegen eine Überforderung und der Gesellschaft gegen eine unberechtigte Inanspruchnahme durch Versicherte, die nicht vorgesorgt haben. Altersrückstellungen werden in Phasen gebildet, in denen die durchschnittlichen Krankheitskosten unter den Prämieeinnahmen liegen. In Phasen, in denen die durchschnittlichen Krankheitskosten über den Prämieeinnahmen liegen, werden Altersrückstellungen abgebaut (siehe auch Kap. 3). Die Vorsorge mittels eines Kapitalstocks verstärkt die Präventionsanreize und macht das System weniger anfällig gegenüber demografischen Verschiebungen: Jede Kohorte sorgt selbst für ihre zu erwartenden Krankheitskosten vor, statt zu deren Finanzierung zu weiten Teilen jüngere Beitragszahler in Anspruch zu nehmen. Zugleich bietet das System Anreize zur langfristigen kostengünstigen Versorgung der Versicherten (Innovation und Prävention), da die Unternehmen selbst von diesen Einsparungen profitieren: Bei präventionsbedingt geringeren erwarteten Kosten sind entsprechend geringere Altersrückstellungen erforderlich; das Unternehmen kann geringere Prämien verlangen und/oder höhere Gewinne erwirtschaften (zu eventuellen Einschränkungen vgl. Kap. 3. c).

#### *d) Kostenverantwortung durch Selbstbeteiligungen*

Selbstbeteiligungen sind ein wirksamer Weg, die versicherten Patienten zu einem kostenbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen anzuhalten, also moral hazard zu verringern. In einem System mit nicht-risikoäquivalenten Prämien (GKV) führen wählbare Selbstbeteiligungen jedoch zur Selbstselektion: Gesunde Versicherte wählen höhere Selbstbeteiligungen, kranke Versicherte geringe oder keine. Der Versicherungsausgleich zwischen Gesunden und Kranken wird eingeschränkt. Überdies sind höhere Selbstbeteiligungen für Gesunde in der GKV eine risikoarme Strategie: Verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand, können sie in Tarife ohne Selbstbeteiligung wechseln.

Im System der Bürgerprivatversicherung entstehen solche Probleme nicht. Wählen Personen mit hohem Risiko eine höhere Selbstbeteiligung, kann die Versicherung ihnen Prämienreduktionen gewähren, die dem Erwartungswert der übernommenen Kostenverantwortung entsprechen. Auch für hohe Risiken kann die Wahl einer Selbstbeteiligung rational sein, so dass auch sie Anreize zu einem sparsamen Umgang mit Gesundheitsleistungen haben. Ihre Prämienabschläge fallen entsprechend höher aus als die geringer Risiken. Der Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken wird nicht gefährdet, da die Prämienreduktionen risikoäquivalent sind.

### **3. Kalkulation von Prämien und Altersrückstellungen in der Bürgerprivatversicherung**

#### *a) Glättung der Prämien*

Das System der Bürgerprivatversicherung zeichnet sich durch lebenslange Versicherungsverträge aus, die wie heute in der PKV nicht von den Versicherungsunternehmen gekündigt werden können. Die Prämien werden so geglättet, dass sie unter der (fiktiven) Annahme, dass es keine Veränderungen bei den Gesundheitskosten gibt, über das gesamte Leben real konstant bleiben. Zur Prämienglättung wird in jüngeren Jahren eine Prämie verlangt, die über den erwarteten Ausgaben für einen Versicherten liegt. Aus diesem Überschuss werden Altersrückstellungen aufgebaut, um die erwarteten hohen Kosten im Alter zu decken (vgl. Abb. 1). In späteren Jahren sind die Prämien geringer als die erwarteten Kosten. In diesem Zeitraum werden die zuvor gebildeten Rückstellungen abgebaut und zur Deckung der Differenz zwischen den tatsächlichen Kosten und der Prämie verwendet. Kommt es allerdings zu einem nicht einkalkulierten Anstieg bei den Gesundheitskosten, z. B. durch medizinisch-technischen Fortschritt, so müssen die Prämien erhöht werden.

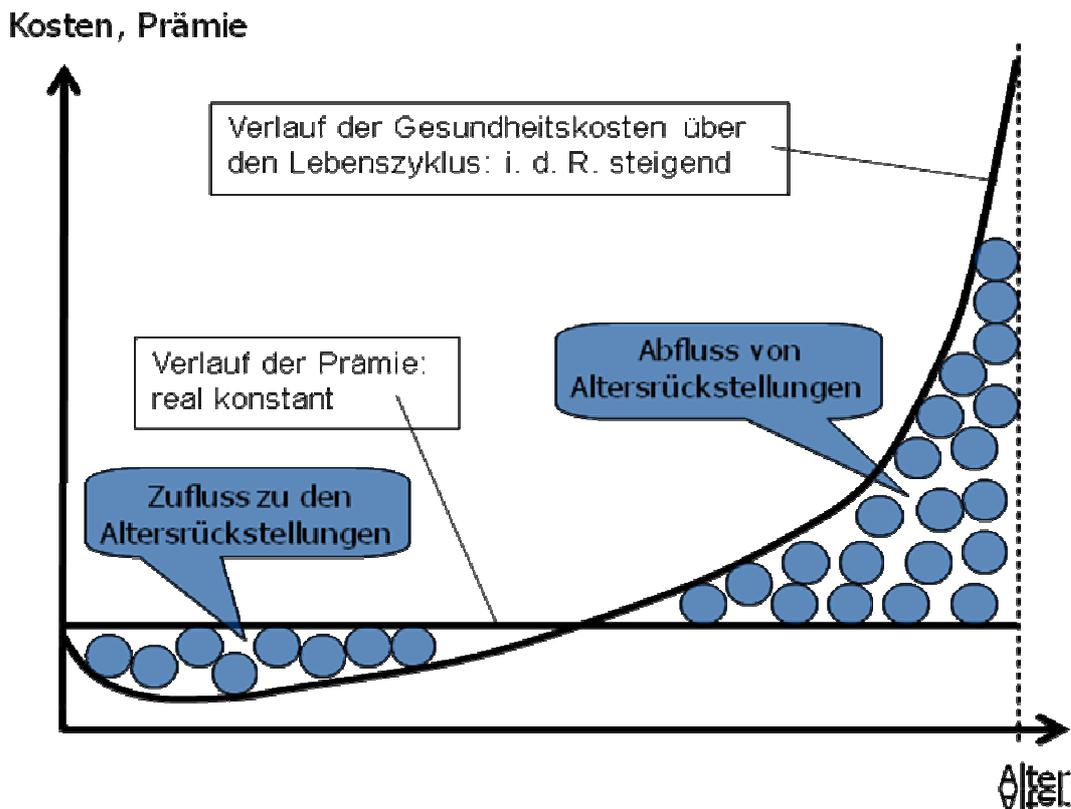


Abb. 1: Real konstante Prämien durch Auf- und Abbau von Altersrückstellungen

Dieses System führt dazu, dass auch Menschen, die sich nach Versicherungsabschluss als *schlechte Risiken* für eine Versicherung erweisen, da sie überdurchschnittliche Kosten verursachen, bis zum Ende ihres Lebens im gewählten Umfang versichert bleiben können und keine höheren Prämien zahlen müssen als relativ gesunde Versicherte. Der eigentliche Sinn einer Krankenversicherung, der Schutz vor dem Risiko hoher Krankheitskosten im Lebensverlauf, wird damit erfüllt.

*b) Nachteilsfreier Versicherungswechsel auch für kranke Menschen durch Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen*

Der entscheidende Unterschied zwischen der Bürgerprivatversicherung und dem bisherigen PKV-System besteht darin, dass individuelle risikoäquivalente Altersrückstellungen übertragen werden und auf diese Weise ein Wettbewerb um alle Bestandsversicherten ermöglicht wird. Die Gesamtheit der Prämienüberschüsse eines Kollektivs (die bilanziell ausgewiesenen Altersrückstellungen) wird den versicherten Individuen gemäß ihrem Krankheitskostenrisiko zugerechnet. Die Höhe der individu-

ellen risikoäquivalenten Altersrückstellung ergibt sich also nicht aus den individuellen Einzahlungsüberschüssen der Vergangenheit, sondern aus der Differenz zwischen den vom Versicherten noch zu erwartenden Prämienzahlungen und Gesundheitsaufwendungen: Die individuelle risikoäquivalente Altersrückstellung ist definiert als Barwert der erwarteten zukünftigen Gesundheitsaufwendungen abzüglich des Barwerts der erwarteten zukünftigen Prämienzahlungen eines Versicherten. Wer sich nach Versicherungsabschluss zu einem schlechten Risiko entwickelt, bekommt eine hohe Rückstellung zugewiesen, wer gesund bleibt, eine niedrige. Selbstverständlich sind regelmäßige Anpassungen an die Risikoentwicklung erforderlich.

Bei einem Versicherungswechsel wird die individuelle risikoäquivalente Altersrückstellung auf die neue Versicherung übertragen. Die alte Versicherung gibt jedem Versicherungswechsler so viel an Altersrückstellungen mit, wie er sie netto noch kosten würde, wenn er bei ihr bliebe. Schätzt die Versicherung, dass ein Versicherter bis zum Ende seines Lebens noch Gesundheitsaufwendungen von 250.000 € verursachen und 150.000 € an Prämien zahlen wird, so könnte sie ihm eine Altersrückstellung in Höhe von 100.000 € mitgeben. Diesen Betrag müsste sie auch aufwenden, wenn der Versicherte bei ihr bleibt – schließlich besteht ein lebenslanges Leistungsversprechen. Die individuelle Altersrückstellung entspricht dem Preis, den eine Versicherung maximal zu zahlen bereit ist, um sich von diesen Verbindlichkeiten trennen zu können.

Wenn eine andere Versicherung im Fall des obigen Beispiels ebenfalls Gesundheitskosten von 250.000 € erwartet, kann der Versicherte ohne Nachteile zu dieser Versicherung wechseln, wenn er eine Altersrückstellung von 100.000 € mitbekommt. Erwartet die andere Versicherung aber geringere Kosten, weil sie beispielsweise effizienter arbeitet oder sich auf seine Erkrankung spezialisiert hat, kann sie dem Versicherten eine geringere Prämie anbieten und/oder Gewinn aus dem Wechsel erzielen.

So kann in diesem System jeder Versicherte unabhängig von seinem Gesundheitszustand in eine Versicherung wechseln, die ihn besser versorgen kann. Hohe Risiken erhalten beim Wechsel hohe Altersrückstellungen, niedrige Risiken niedrige Rückstellungen, so dass Risikounterschiede ausgeglichen werden. Dadurch ist der Schutz vor dem Risiko krankheitsbedingt steigender Prämien in der Bürgerprivatversicherung auch bei einem Versicherungswechsel gewährleistet: Kranke Versicherte müs-

sen bei einem Wechsel keine höheren Prämien zahlen als gesunde. Im Nachhinein gute Risiken können sich nicht von der Ausgleichspflicht im Kollektiv befreien, da sie entsprechend niedrige individuelle Altersrückstellungen erhalten. Anreize zur Risiko-selektion entfallen, alle Versicherten werden zu attraktiven Kunden. Hier liegt der entscheidende Vorteil gegenüber dem Status quo.

*c) Anreiz, die richtigen Altersrückstellungen auszuweisen*

Die theoretische Überlegenheit des Systems mit übertragbaren risikoäquivalenten Altersrückstellungen ist weitgehend unbestritten. Es wird aber eingewandt, dass die Versicherungen keine Anreize hätten, die *richtigen* risikoäquivalenten Altersrückstellungen zu übertragen: Die abgebende Versicherung würde stets zu niedrige Rückstellungen mitgeben, die aufnehmende zu hohe haben wollen, so dass es zu ständigen Rechtsstreitigkeiten käme. Diese Befürchtungen sind unbegründet.

Selbst ohne Regulierung bestehen erhebliche Anreize zur Mitgabe der *richtigen* Rückstellungen.<sup>2</sup> Gibt die abgebende Versicherung einem Wechsler genau die netto erwarteten Kosten mit, ist sie indifferent, ob der Versicherte geht oder bleibt. Sie hat aus dem Wechsel keinen Nachteil. Wechselt der Versicherte aber bereits bei einem etwas geringeren Betrag, kann die abgebende Versicherung aus dem Wechsel sogar einen Gewinn erzielen. Dieser Fall ist denkbar, wenn die aufnehmende Versicherung effizienter ist und dem Versicherten auch bei einer etwas geringeren Altersrückstellung eine günstigere Prämie anbieten kann. Würde die abgebende Versicherung versuchen, die Altersrückstellung zu weit abzusenken, besteht die Gefahr, dass der Versicherte nicht wechselt und ihr ansonsten entstehende Gewinne aus dem Wechsel entgehen. Spiegelbildlich verhält es sich bei der aufnehmenden Versicherung: Lehnt sie einen Versicherten mit einer an sich ausreichenden Altersrückstellung ab, besteht die Gefahr, dass der Versicherte nicht wechselt und ihr Gewinne entgehen. Alle Beteiligten haben bei geringerer Effizienz der abgebenden Versicherung Interesse daran, dass sich gebotene und geforderte Altersrückstellung in einem Bereich

---

<sup>2</sup> Vgl. dazu ausführlich Eekhoff, Johann (2005), Übertragbare Altersrückstellungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 54. Jg., H. 1, S. 52-68. Im heutigen PKV-System können diese Anreize nicht wirksam werden, da die Versicherungen verpflichtet sind, einen bestimmten Betrag für die von Wechslern zurückgelassenen Altersrückstellungen bereits bei Vertragsabschluss prämiemindernd zu berücksichtigen.

bewegen, der den Wechsel möglich macht. Dieser Anreiz ist für die Funktionsfähigkeit des Systems ausreichend.

Die objektiv richtige Altersrückstellung gibt es ohnehin nicht. Die korrekte Höhe ist abhängig von der Risikoeinschätzung der Versicherung. Die Schätzung kann zwischen unterschiedlichen Versicherungen variieren. Gerade dies macht Versicherungswechsel interessant und gesamtwirtschaftlich effizient.

### *Hold-up-Probleme? Die Summenregel*

Bisweilen wird ein Hold-up-Problem befürchtet: Die Versicherungen könnten die Qualität ihrer Leistungen verringern und die Versicherten durch zu geringe Rückstellungen von einer Sanktionierung durch Versicherungswechsel abhalten und so Kosten sparen. Der Reputationsmechanismus wirkt einem solchen Verhalten entgegen, ganz ausgeschlossen werden kann dieses potenzielle Problem jedoch nicht. Es lässt sich allerdings leicht durch eine einzige gesetzliche Bestimmung lösen: Die Summenregel. Die Versicherungen müssen die gesamten, nach den bisherigen Regeln gebildeten (und leicht kontrollierbaren) bilanziellen Altersrückstellungen den einzelnen Versicherten zuweisen, so dass die Summe der individuellen risikoäquivalenten Altersrückstellungen den bilanziellen Rückstellungen entspricht. Wie die bilanziellen Altersrückstellungen auf die einzelnen Versicherten verteilt werden, kann den Unternehmen selbst überlassen bleiben. Es liegt im eigenen Interesse der Versicherungen, die Rückstellungen nach bestem Wissen und Gewissen auf die einzelnen Versicherten zu verteilen: Versucht eine Versicherung, einen Versicherten durch eine bewusst zu niedrig angesetzte Altersrückstellung am Wechsel zu hindern, muss sie bei Gültigkeit der Summenregel einem (oder mehreren) anderen Versicherten eine zu hohe Rückstellung zuordnen. Diese haben dadurch einen hohen Wechselanreiz, da sie bei einer gleich effizienten neuen Versicherung eine geringere Prämie zahlen müssten. Die abgebende Versicherung würde sich selbst schädigen: Wechselt der Versicherte mit der höheren als eigentlich angemessenen Altersrückstellung, kostet er die abgebende Versicherung mehr, als wenn er bliebe. Sie macht einen Verlust.

Die Altersrückstellungen sind dann richtig auf die Versicherten verteilt, wenn die abgebende Versicherung bei jedem Versicherten indifferent ist, ob der Versicherte geht oder bleibt. Für die aufnehmende Versicherung und den Versicherten ergeben sich

aber Vorteile, wenn die andere Versicherung effizienter ist. In anderen Fällen wäre ein Wechsel ökonomisch nicht sinnvoll. Ein Recht auf einen Wechsel zu gleicher Prämie besteht daher nicht. Wenn der Versicherte bei seiner bisherigen Versicherung geringere erwartete Nettokosten verursacht, ist er dort gesamtwirtschaftlich gesehen gut aufgehoben. Selbstverständlich kann er eine etwas höhere Prämie in Kauf nehmen, die die höheren Kosten deckt, und trotzdem wechseln.

Entscheidend für den Wettbewerb ist nicht, dass es zu einem massiven Anstieg der Wechseltätigkeit kommt. Bereits die Möglichkeit des Wechsels führt dazu, dass sich die Unternehmen verstärkt um Effizienz und die Erfüllung der Wünsche ihrer Kunden bemühen.

Außer der Summenregel sind prinzipiell keine weiteren Regulierungen erforderlich, um die Zuweisung der richtigen Altersrückstellungen sicherzustellen.<sup>3</sup> Eine Schiedsstelle, ein Ombudsmann oder andere Einrichtungen, die zur Bestimmung der Altersrückstellung vorgeschlagen worden sind, sind überflüssig. Es ist auch vorstellbar, dass die Unternehmen die Ausweisung angemessener individueller Altersrückstellungen als Wettbewerbsinstrument nutzen, ein Hold-up-Problem also gar nicht entsteht. Dann erübrigte sich selbst die Summenregel.

Praktisch könnte das System so funktionieren, dass die individuellen Altersrückstellungen jährlich zu einem Stichtag für alle Versicherten festgestellt werden. In einem anschließenden Wechselzeitraum könnten die Versicherten, die an einem Wechsel interessiert sind, den in Frage kommenden neuen Versicherungen ihre Altersrückstellungen mitteilen oder mitteilen lassen. Auf dieser Grundlage könnten die neuen Versicherungen Angebote unterbreiten, die die Versicherten innerhalb dieses Zeitraums annehmen oder ablehnen können.

---

<sup>3</sup> Die Summenregel könnte die Präventionsanreize für die Versicherungen zunächst einschränken. Führt ein Präventionsprogramm kurzfristig zu Kosten, aber längerfristig zu Einsparungen, könnten andere Versicherungen die Teilnehmer mit niedrigeren Prämien abwerben, bevor die Prävention betreibende Versicherung von den langfristigen Einsparungen profitiert. Allerdings sind marktliche Lösungen möglich, mit denen Synergieeffekte und Informationsvorteile der Versicherungen bei der Prävention genutzt werden können. Die Versicherten könnten die Präventionskosten vorfinanzieren und periodische Rückzahlungen erhalten (deren Barwert gegebenenfalls bei erwarteter erfolgreicher Kostensenkung den Barwert der Präventionskosten übersteigen kann). Wechselt ein Versicherter vor der vollen Rückzahlung, kann er eine um die erwartete Kostensenkung geringere Prämie bei der neuen Versicherung zahlen. Keinem der Beteiligten entstünden Nachteile. Würde das Modell im GKV-System mit Morbi-RSA angewandt, könnte der Versicherte nicht ohne Nachteil wechseln, da die aufnehmende Versicherung die individuelle Prämie nicht um eingesparte Kosten senken darf. Es käme zum Lock-in.

#### **4. Bürgerprivatversicherung und Entwicklung des Leistungskatalogs**

Bei Leistungsausweitungen kommt es im Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung zur Lastverschiebung zwischen den Generationen, da die Versicherten, die von den zusätzlichen Leistungen profitieren, einen Teil ihrer Beitragsphase bereits hinter sich haben, in der ihre relativ niedrigen Beiträge noch nicht auf die die zusätzlichen Leistungen bezogen waren. Zwar können die durch die Leistungsausweitung belasteten jüngeren Beitragszahler ebenfalls hoffen, künftig ebenfalls von weiteren Leistungsausweitungen zu profitieren – jedoch wiederum auf Kosten dann jüngerer Beitragszahler. So wird eine steigende implizite Last von Generation zu Generation vorangewälzt. Mangels Kostenverantwortung bestehen starke Anreize zur stetigen Leistungsausweitung.

In einem kapitalgedeckten System müssen höhere Rückstellungen gebildet werden, um die mit Leistungsausweitungen verbundenen zusätzlich zu erwartenden Kosten zu decken. Im Umlageverfahren werden diese – dort ebenfalls anfallenden – Kosten verschleiert und auf die nächste Beitragszahlergeneration überwälzt. Bei jeder Leistungsausweitung fallen neue Einführungsgeschenke an – wie bei der Einführung eines umlagefinanzierten Systems. Hierdurch ergeben sich für die politisch entscheidenden Generationen Anreize, auch Leistungen mit eher ungünstigem Kosten-/Nutzenverhältnis in den Leistungskatalog aufzunehmen, da ein erheblicher Teil der Kosten von nicht wahlberechtigten Generationen getragen werden muss.

Im kapitalgedeckten System hingegen fallen die Kosten unmittelbar bei den Nutznießern an, da jede Generation für ihre eigenen Krankheitskosten verantwortlich ist. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis zusätzlicher Leistungen wird relevant, es kommt zur unverzerrten Abwägung.

#### **5. Vertragsfreiheit und Reformen auf der Leistungsseite**

Die Bürgerprivatversicherung führt schon für sich genommen zu einem effizienteren Versicherungsbetrieb. Sein volles Potenzial könnte dieses wettbewerbliche Versicherungssystem entfalten, wenn die Möglichkeiten zum selektiven Vertragsschluss mit den Leistungserbringern ausgeweitet würden.

Heute verfügt die PKV über nahezu keine, die GKV über nach wie vor stark beschränkte Handlungsspielräume. Die Befürchtung, dass in Managed-Care-Systemen die Qualität der medizinischen Versorgung absinkt, könnte durch die Wechselbarrieren in der heutigen PKV und die Selektionsanreize in der GKV durchaus begründet sein. Übertragbare Altersrückstellungen verhindern jedoch beides, so dass ein aktives Versorgungsmanagement durch die Krankenversicherer Qualitäts- und Effizienzsteigerungen erwarten lässt.

*a) Selektive Verträge ermöglichen*

In der Bürgerprivatversicherung sollten die Krankenversicherungen mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge schließen und die Vergütung frei vereinbaren können. Zur Erfüllung der Versicherungspflicht müssen die Versicherungen eine Mindestversorgung gewährleisten: Notwendig ist eine Mindestanzahl von Leistungserbringern, die eine qualitativ angemessene Versorgung ihrer Versicherten ermöglichen. Zur Versorgung von Notfällen muss außerdem eine hinreichende räumliche Nähe eines unter Vertrag stehenden Krankenhauses zum Wohnort jedes Versicherten sicher gestellt sein. Natürlich liegt es ohnehin im Interesse der allermeisten Versicherten, eine Versicherung mit einem hinreichenden Angebot an Leistungserbringern zu wählen, so dass sich eine ausreichende Versorgung über den Markt ergeben sollte. Allerdings muss verhindert werden, dass manche Menschen die Versicherungspflicht unterlaufen.

Um Menschen in teurer zu versorgenden Regionen kostendeckend versichern zu können, müssten regionale Prämiendifferenzierungen zugelassen werden. Auf diese Weise sollte sich ein flächendeckendes Angebot an medizinischen Leistungen ergeben. Die staatliche Krankenhausplanung und -finanzierung der Länder könnte entfallen. Öffentliche, freigemeinnützige und private Häuser würden um Verträge mit den Versicherungen konkurrieren, wobei zur Schaffung eines fairen Wettbewerbs der Defizitausgleich bei öffentlichen Häusern wegfallen müsste. Auch die duale Krankenhausfinanzierung sollte abgeschafft und durch eine ausschließliche Finanzierung durch Leistungsentgelte ersetzt werden. Krankenversicherungen könnten auch selbst Krankenhäuser, Arztpraxen und andere Einrichtungen betreiben.

Lediglich das Vorhalten von Kapazitäten in Krankenhäusern für Katastrophenfälle bedarf weiterer staatlicher Eingriffe, da hier aufgrund der sehr unsicheren Nachfrage ein Angebot über den Markt problematisch erscheint. Zudem könnte eine Versicherung, die solche Kapazitäten vorhält, dadurch nicht unbedingt einen Wettbewerbsvorteil erlangen, da dort im Katastrophenfall wohl auch die Versicherten anderer Versicherungen behandelt würden. Solche Kapazitäten können beispielsweise die Länder in Ausschreibungsverfahren bereitstellen. Sollten sich in der sonstigen Krankenhausversorgung entgegen der Erwartung regionale Engpässe ergeben, kann das Verfahren auch hier zum Einsatz kommen.

#### *b) Wegfall von Zulassungsbeschränkungen*

Im ambulanten Bereich würden die Zulassung als Kassenarzt und damit die Niederlassungsbeschränkungen entfallen. Jeder Arzt könnte Verträge mit Versicherungen schließen oder frei praktizieren. In letzterem Fall müssten die Patienten privat zahlen oder in ihrer Krankenversicherung für die freie Arztwahl einen Prämienzuschlag in Kauf nehmen. Auch die strikte Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor würde entfallen. Vielmehr könnten die Versicherungsunternehmen entscheiden, ob ambulante fachärztliche Leistungen nur im Krankenhaus angeboten werden, ob sie einen Vertrag mit einem integrierten Anbieter schließt o.ä.

Wünscht eine große Anzahl von Versicherten weiterhin freie Arzt- und Krankenhauswahl, könnten Einzelverhandlungen zwischen allen Kassen und allen Leistungserbringern sehr transaktionskostenintensiv sein. Daher könnte weiterhin auf kollektiver Ebene verhandelt werden. Allerdings dürfte in bi- oder multilateralen Vereinbarungen ohne Beteiligung der Kollektivverhandlungspartner beliebig von den entsprechenden Abschlüssen abgewichen werden. Dies könnte anders als heute auch die Möglichkeit zur freiwilligen Aufgabe der freien Arztwahl durch die Versicherten beinhalten und mehr Gestaltungsmöglichkeiten für Managed Care eröffnen. Eine Versicherung könnte auf einen hohen Qualitätsstandard und angemessene Honorare der Ärzte achten, mit denen sie Verträge geschlossen hat.

#### *c) Transparenz durch Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren und Vermeidung von Marktmacht*

Die Funktionsfähigkeit des Marktes für medizinische Dienstleistungen wird dadurch eingeschränkt, dass Patienten die Qualität der Behandlungen und Leistungserbringer oft schlecht einschätzen können. Daher sollten ausgereifte risikoadjustierte Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden, um Patienten, einweisenden Ärzten, Krankenversicherungen und Medien die Beurteilung zu erleichtern. Für den Krankenhausbereich existiert bereits ein ausgefeiltes System von Qualitätsindikatoren. Hier sollte an eine allgemein zugängliche Publikation gedacht werden. Vergleichbare Indikatoren-Sets sollten für den ambulanten Sektor entwickelt werden. Für die Krankenversicherungswahl wären zudem leistungserbringerübergreifende Qualitätsindikatoren hilfreich, die z. B. die Qualität gesamter Behandlungsketten bei einer Erkrankung messen.

Ein weiteres Instrument zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Marktes kann die Einrichtung einer Regulierungsbehörde nach dem Vorbild der Niederlande sein. Eine zusammenhängende Regulierung und Aufsicht im Gesundheitsmarkt kann die Marktwirkung stärken. Die Behörde sollte den Wettbewerb stärken, indem sie Märkte beaufsichtigt, reguliert und wettbewerbswidriges Verhalten sanktioniert, sowie für Transparenz sorgt und die Verbreitung irreführender Information verhindert. Überdies kann sie die Einhaltung der an die Versicherungsunternehmen gestellten Anforderungen überwachen, beispielsweise hinsichtlich der Einhaltung des Mindestleistungsumfangs. Sollten die Krankenversicherungen bei völliger Vertragsfreiheit die Preise der Leistungserbringer durch ein monopsonartiges Verhalten drücken, könnte die Regulierungsbehörde die Kartelle aufbrechen oder Mindestpreise festlegen. Bei einem regionalen natürlichen Monopol eines Krankenhauses könnte eine Missbrauchskontrolle erforderlich sein.

Unter diesen Umständen ist eine Gefahr von Marktmacht kein grundsätzliches Argument gegen eine Liberalisierung der Vertragsbeziehungen von Krankenversicherungen und Leistungserbringern. Wo die größere Vertragsfreiheit vorteilhaft ist, sollte sie genutzt werden, in allen anderen Fällen kann die Behörde eingreifen. Gleiches gilt für Bedenken gegen irreführende Werbung: Ein generelles Werbeverbot für Ärzte kann schwer aufrechterhalten werden, wenn die Behörde als irreführend empfundene Werbung verweigern kann.

Um zu vermeiden, dass die Behörde das Marktgeschehen zu sehr einengt, sind klare Regelungen und Beschränkungen für ihr Tätigwerden vorzusehen.

## 6. Organisation des Systemwechsels zur Bürgerprivatversicherung

### a) *Kostenneutralität des Übergangs*

Die bisher gesetzlich im Umlagesystem versicherten haben keine Altersrückstellungen gebildet. Gegen eine Umstellung eines Umlagesystems auf ein kapitalgedecktes System wird daher oft eingewendet, eine Umstellung sei zu teuer, da die Umstellungsgeneration doppelt belastet würde: Sie müsste sowohl die Leistungsansprüche der älteren Generation erfüllen als auch selbst einen Kapitalstock aufbauen. Für den konkreten Fall der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich die Belastung aus dem Erfordernis, nicht gebildete Altersrückstellungen nachzufinanzieren – entweder durch künftige höhere Prämien oder durch die direkte Bereitstellung entsprechenden Kapitals. Das bedeutet jedoch nicht, dass zusätzliche Kosten gegenüber der Fortführung des Status quo anfallen. Es heißt lediglich, bislang auf künftige Generationen verschobene Kosten, die als implizite Verschuldung zu betrachten sind, explizit zu machen. Die Krankheitskosten fallen vor und nach einer Umstellung an. Durch den Übergang entstehen somit keine zusätzlichen Kosten und deshalb auch keine gravierenden Kapitalmarkteffekte.

In der GKV besteht gegenwärtig eine implizite Verschuldung von 800 Mrd. Euro. Dieser Betrag entspricht den nicht gedeckten Gesundheitsaufwendungen für die gegenwärtig Versicherten, die von künftigen Generationen getragen werden müssen. Bei einer Umstellung auf die kapitalgedeckte Bürgerprivatversicherung müsste diese implizite Verschuldung in eine explizite Verschuldung umgewandelt werden, etwa in Form eines Sondervermögens in Höhe der impliziten Verschuldung. Aus diesem Sondervermögen würden die Versicherten der Übergangsgeneration mit Altersrückstellungen ausgestattet. Die Versicherungen würden die Rückstellungen am Kapitalmarkt anlegen und daraus Zinserträge erzielen. Die beim Staat anfallenden Zinskosten können durch Abschöpfung der Zinserträge der Versicherungen gedeckt werden. Die Zinserträge ermöglichen den Versicherungen die Erhebung geringerer Prämien, der Prämienvorteil könnte durch eine Versicherungssteuer abgeschöpft und zur Tilgung der Schuldzinsen verwendet werden. Die Gesamtbelastung bliebe somit zunächst unverändert.

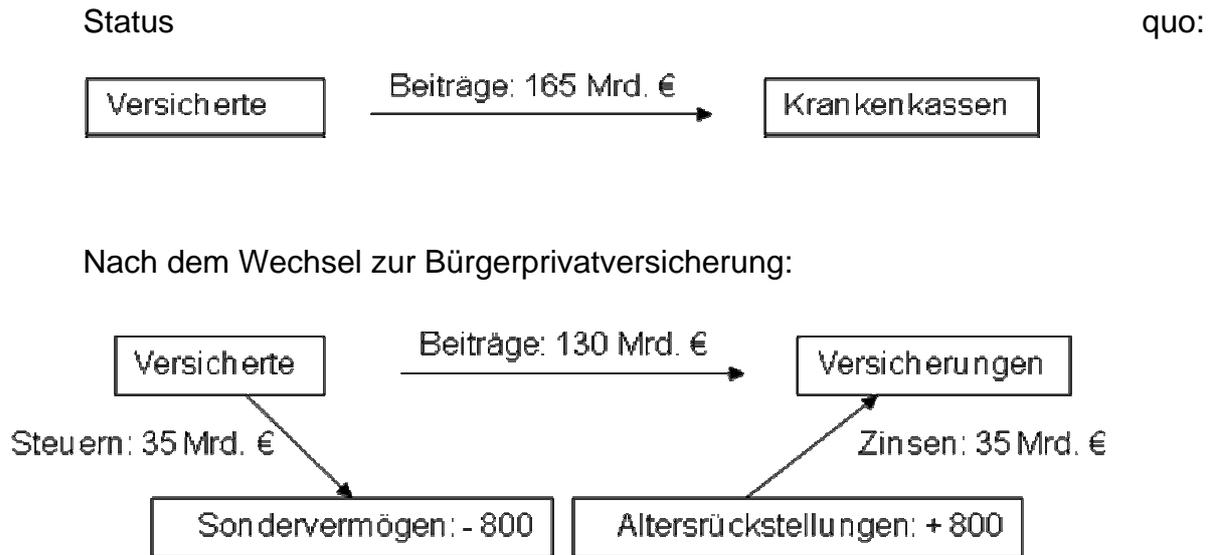


Abb. 2: Finanzierungsströme im Status quo und nach der Umstellung

Durch die höhere Effizienz der Bürgerprivatversicherung könnte die Gesamtbelastung allerdings gesenkt werden. Außerdem wird die bestehende Verschuldung transparent. Dies könnte zum Anlass genommen werden, die im Umlageverfahren ursprünglich angelegte Belastung zukünftiger Generationen über die Gewinne durch Effizienzgewinne und verbesserte Anreize hinaus zu reduzieren, also mittelfristig einen Teil der impliziten Schuld zu tilgen.

#### *b) Zuteilung der Altersrückstellungen auf die Versicherten<sup>4</sup>*

Um die Altersrückstellungen zu ermitteln, die für bestimmte Versicherte bzw. Versichertengruppen angemessen sind, um also die 800 Mrd. Euro impliziter Verschuldung den einzelnen Versicherten zuzurechnen, ist ein Bieterverfahren sinnvoll. Dazu wird eine Prämie festgesetzt, die eine Versicherung von einem Versicherten höchstens verlangen kann und die im Zeitablauf nur bei einem entsprechenden Anstieg der Kopfschäden angepasst werden darf. Diese Prämie könnte sich an der Einstiegsprämie eines heute 20-Jährigen in der PKV orientieren. Anschließend können die Versicherungen in einem Ausschreibungsverfahren die Altersrückstellung angeben, die sie für erforderlich halten, um bestimmte Risikogruppen zur festgelegten Prämie zu übernehmen. Die effizienteste Versicherung sollte die niedrigste Altersrückstellung

<sup>4</sup> Vgl. dazu ausführlicher Zimmermann, Anne: Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Köln 2007.

verlangen. Diese wird aus dem Sondervermögen finanziert. Der Versicherte könnte also zu der für alle gleichen festgesetzten Prämie in diese effiziente Versicherung wechseln. Möchte er sich jedoch bei einer anderen Versicherung versichern, die eine höhere Altersrückstellung verlangt, müsste er eine Einmalzahlung leisten oder eine höhere Prämie zahlen.

Das Ausschreibungsverfahren für alle Versicherten einzeln durchzuführen, wäre sehr aufwendig. Deshalb dürfte es zweckmäßig sein, die GKV-Versicherten nach Unternehmen, nach Jahrgangsguppen oder ähnlich wie im Rahmen des Risikostrukturausgleichs nach Risikoklassen einzuteilen und die notwendigen Altersrückstellungen für die jeweilige Klasse von Versicherten in einem Ausschreibungsverfahren zu ermitteln. Die Einteilung nach Risikoklassen ist im Gegensatz zu einem Poolausgleich nur einmal zum Umstellungszeitpunkt erforderlich und bietet weniger Manipulationsanreize.

## **6. Fazit: Ein Wechsel zur Bürgerprivatversicherung löst die im Status quo beobachtbaren und für die Zukunft absehbaren Probleme**

Die Bürgerprivatversicherung ist den Versicherungssystemen im Status quo überlegen. Ihre Einführung würde verteilungspolitische Ungerechtigkeiten beseitigen, durch echten Wettbewerb der Versicherungen und Leistungserbringer für mehr Effizienz sorgen und damit die künftige Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen und technischem Fortschritt im Gesundheitsbereich erleichtern. Die Anfälligkeit des Systems gegenüber demografischen Verschiebungen wird beseitigt: Das System ist nachhaltig und beseitigt die Anreize zur fortwährenden Überwälzung von Lasten auf künftige Generationen. Der Prozess steigender impliziter Verschuldung wird gestoppt.<sup>5</sup>

Die Bürgerprivatversicherung setzt Anreize zur Innovation und Prävention und löst einen Wettbewerb um hohe Versorgungsqualität aus. Davon werden insbesondere kranke Menschen profitieren. Entgegen intuitiver Vorurteile entstehen für Menschen mit erhöhtem Krankheitsrisiko keine Nachteile durch den Wechsel zu einem privatwirtschaftlichen System mit individuell risikoäquivalenten Prämien. Durch die indivi-

---

<sup>5</sup> Die sich aus dem Sondervermögen – den einmal angehäuften Altlasten der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung – ergebenden Belastungen sind pro Kopf allerdings für kleinere Generationen höher als für größere. Demografieabhängig ist damit jedoch nicht das neue System, lediglich die Belastung durch eine mögliche Tilgung der bestehenden impliziten Verschuldung.

duellen risikoäquivalenten Altersrückstellungen werden auch sie zu umworbenen Kunden, die keine höheren Prämien zahlen müssen als ihre gesünderen Mitmenschen. Risikoselektion wird effektiv vermieden, die de facto höhere Prämienbelastung Kranker im Status quo entfällt. Alle Versicherten sind in einem einheitlichen, wettbewerblichen System versichert, die Ungleichbehandlung privat und gesetzlich Versicherter entfällt. Bisher privat Versicherte profitieren von Wechselmöglichkeiten und Wahlfreiheit, jeder Versicherte kann unabhängig vom Gesundheitszustand und bisheriger Vertragslaufzeit jederzeit die Versicherung wechseln, ohne Nachteile zu erleiden. Es kommt zur effizienten Aufteilung der Versicherten auf die Versicherungen.

Die Umstellung ist ohne die viel zitierte Doppelbelastung durch Umstellungskosten möglich, es kommt lediglich zur Offenlegung der bereits als implizite Schuld im Umlageverfahren angelegten Kosten.

Als erster, unmittelbar umsetzbarer Schritt zur Etablierung dieses idealen Systems würde sich in Deutschland die Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung anbieten, da hier keine Vorfinanzierung von Altersrückstellungen erforderlich ist. Stattdessen sieht die für 2009 beschlossene Gesundheitsreform allerdings vor, dass in der PKV vom individuellen Risiko unabhängige Altersrückstellungen übertragen werden müssen. Dies wird zur Risikoselektion und mittelfristig zu einer Zerstörung des Systems führen. Noch kann dies verhindert und die historisch günstigste Chance genutzt werden, die Übertragung individueller risikoäquivalenter Altersrückstellungen einzuführen.