

# Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

Tagung der Stiftung Marktwirtschaft  
am 21. Mai 2003 in Berlin

Das Gesundheitssystem gehört zu den Dauerbrennpunkten der deutschen Politik. Wie in kaum einem anderen Bereich fallen Reformanspruch – Verwirklichung einer effizienten, gerechten und finanzierbaren Gesundheitsversorgung – und Realität auseinander. Denn trotz vielfältiger Reformbemühungen ist es bisher nicht gelungen, das Gesundheitswesen auf eine dauerhaft tragfähige Grundlage zu stellen. Bereits heute stößt es an seine finanziellen Grenzen. Angesichts der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft droht bei Fortschreibung des Status quo der vollständige finanzielle Kollaps. Darüber herrscht in Fachkreisen weitgehend Einigkeit.

## Umstrittene Reformen

Umstritten sind hingegen sowohl die Hauptstoßrichtung als auch der Umfang konkreter Reformschritte, insbesondere auf der Finanzierungsseite. Neben schrittweisen Effizienzsteigerungen innerhalb des bestehenden Systems – etwa durch eine Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen – wird auch ein kompletter Systemwechsel mit risikoäquivalenten Versicherungsbeiträgen und übertragbaren, individuellen Altersrück-



Christoph Keese,  
Financial Times  
Deutschland.



Peter Thelen, Han-  
delsblatt.



Dr. Rainer Hank,  
FAZ am Sonntag.

stellungen vorgeschlagen. Die Stiftung Marktwirtschaft stellte deshalb die Frage nach ökonomisch sinnvollen und politisch realisierbaren Reformmöglichkeiten in das Zentrum eines eintägigen Symposions. Führende Gesundheitsexperten stellten mögliche Alternativen zur Diskussion und beurteilten ihre Wirksamkeit sowie Umsetzbarkeit. Moderiert wurde die Tagung von den Journalisten Christoph Keese (Chefredakteur der Financial Times Deutschland), Peter Thelen (Gesundheitsexperte beim Handelsblatt) und Dr. Rainer Hank (Verantwortlicher Redakteur für Wirtschaft und Gesundheitsexperte bei der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung).

Lesen Sie auf den kommenden Seiten Zusammenfassungen der Vorschläge, mit denen die Experten das deutsche Gesundheitswesen vor dem Kollaps bewahren wollen. Weiterhin finden Sie die Stellungnahmen dreier mit Gesundheitspolitik befaßter Bundestagsabgeordneter – Daniel Bahr (FDP), Hildegard Müller (CDU) und Karsten Schönfeld (SPD). Ebenfalls eingeladen war Petra Selg (Bündnis 90 / Die Grünen), die jedoch wegen einer kurzfristigen Terminverschiebung im Bundestag verhindert war.

Dr. habil. Lüder Gerken, Stiftung Marktwirtschaft:

### „Ursachentherapie statt Symptomkur!“



„Das deutsche Gesundheitssystem bedarf grundlegender Reformen“: Dieser Aussage würde wohl fast jeder zustimmen. Denn zu offenkundig wurde in den letzten Monaten deutlich, daß das gegenwärtige System an seine finanziellen Grenzen stößt. Im Jahr 2001 wurden, so das Statistische Bundesamt, in Deutschland 226 Mrd. Euro oder 2740 Euro pro Einwohner für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt entspricht das einem Anteil von 10,9 %. Verglichen mit 1992 ist das ein Anstieg von 0,8 Prozentpunkten. Die gesamten Gesundheitsausgaben wiesen demnach im letzten Jahrzehnt eine höhere Dynamik als das Wirtschaftswachstum auf. Dies muß nicht per se schlecht sein. Denn mit steigendem Wohlstand nimmt die relative Bedeutung von Gesundheitsgütern zu – allerdings nur, wenn der Preismechanismus seine steuernde Wirkung entfalten kann. Dies ist jedoch im gegenwärtigen System kaum der Fall.

Denn zum einen bewirken asymmetrische Informationsverteilungen zwischen Arzt, Patient und Krankenversicherung ein ineffizient hohes Ausgabenniveau. Angesichts eines umfassenden Versicherungsschutzes fragen die Patienten regelmäßig mehr Leistungen nach, als es unter Marktbedingungen der Fall wäre. Daneben eröffnet die Krankenversicherung auch den Ärzten Spielraum für eine übermäßige Angebotsausweitung. Zum anderen hat der Gesetzgeber Strukturen geschaffen, die diesen Problemen geradezu unverantwortlich Vorschub leisten. Dies gilt vor allem für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), über die der Löwenanteil der Gesundheitsausgaben (128,9 Mrd. Euro oder 57 %) abgewickelt wird. Auf Seiten der Versicherten verhindert ein einheitlicher Versicherungsschutz eine freie Entscheidung über dessen effizienten Umfang. Gleichzeitig untergräbt das Sachleistungsprinzip jedes Kostenbewußtsein. Schließlich verzichten sowohl GKV als auch PKV auf eine effiziente Kostenkontrolle.



Bereits nach dieser kurzen Diagnose werden sehr schnell die Grundzüge erforderlicher Reformen auf der Leistungsseite der (Gesetzlichen) Krankenversicherung deutlich. Eine wirkungsvolle Kostenkontrolle und ein effizienter Mitteleinsatz setzen zum einen wettbewerbliche Strukturen und transparente Abrechnungsmechanismen voraus. Notwendig ist daher eine sehr viel stärkere Orientierung an Wettbewerbsprinzipien als es bisher der Fall ist. Zum anderen ist eine Stärkung der Eigenverantwortung unerlässlich, beispielsweise durch die Unterscheidung von Regel- und Wahlleistungen, durch intelligent ausgestaltete Selbstbeteiligungsmodelle sowie durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips. Die Vorschläge aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gehen hier in die richtige Richtung.

Gravierender aber sind die Probleme auf der Finanzierungsseite, insbesondere in der GKV. Kern des Problems ist das System lohnabhängiger Beiträge in Kombination mit willkürlich gewählten Grenzen für die Beitragsbemessung und Versicherungspflicht. Daraus resultieren erhebliche Ineffizienzen: Eine risikoäquivalente Prämiengestaltung ist nicht möglich. Zudem belasten lohnabhängige Versicherungsbeiträge einseitig den Faktor Arbeit und verschärfen so das Problem der Massenarbeitslosigkeit.

Die gegenwärtigen Probleme sind jedoch nur die Vorboten einer noch viel dramatischeren Entwicklung durch die Alterung unserer Gesellschaft. Modellsimulationen zeigen, daß die Beibehaltung des Status quo zu Beitragssätzen von deutlich über 20 % allein in der GKV führen wird. Wenn wir nachkommenden Generationen ein funktionsfähiges Gesundheitssystem hinterlassen wollen, müssen wir schnell handeln.

## Teil I: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen – Solidarität im Steuersystem

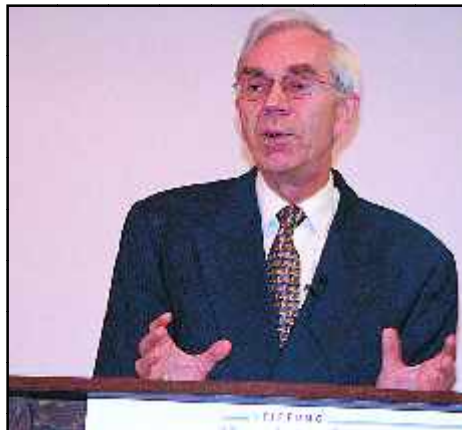
Prof. Dr. Johann Eekhoff, Universität Köln und Kronberger Kreis:

### „Wir müssen an die Zukunft denken“

Hauptursache der Reformunfähigkeit im deutschen Gesundheitswesen ist die politische Dominanz von Verteilungsfragen. Eine Diskussion, wie das Gesundheitssystem besser organisiert und Ressourcen effizienter eingesetzt werden könnten, kommt nicht im notwendigen Umfang zustande. Statt dessen beschränkt sich die Diskussion vor allem auf das Problem der kurzfristigen Kostenverteilung. Die Lohnbezogenheit der Beiträge, die Höhe der Beitragsbemessungsgrundlage, die Einbeziehung weiterer Einkommenskategorien zur Beitragsberechnung oder die Kofinanzierung des Gesundheitssystems durch Steuern – immer steht die Lastenverteilung in der Gegenwart im Vordergrund.

Weitgehend unstrittig ist, daß das gegenwärtige Umlagesystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Reihe verteilungspolitischer Defizite aufweist: Die ausschließliche Orientierung am Lohn erfaßt die Leistungsfähigkeit der Beitragszahler unzureichend und wirkt wie eine Zusatzsteuer auf abhängige Beschäftigung. Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in Kombination mit einem Wahlrecht für Besserverdienende stellt eine familienpolitische Begünstigung dar; die Regelungen für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse sowie freiwillig versicherte Rentner können ebenfalls nicht überzeugen.

Der aufgrund der demographischen Entwicklung viel schwerwiegendere Konflikt der Lastenverteilung zwischen den gegenwärtigen und den zukünftigen Generationen wird dagegen nur unzureichend thematisiert. Das in den Sozialversicherungssystemen dominierende System der Umlagefinanzierung unterstellt, daß die



zu erbringenden Leistungen zu jedem Zeitpunkt aus den Zahlungen der aktuellen Beitragszahler finanziert werden können, unabhängig von der demographischen Entwicklung. Doch dem massiven demographischen Wandel, der unserer Gesellschaft bevorsteht, ist das Umlageverfahren nicht gewachsen.

Bereits heute besteht im Gesundheitssystem aus aufgebauten Ansprüchen eine implizite Verschuldung von mehreren hundert Milliarden Euro, die von zukünftigen Generationen getragen werden muß. Der Übergang zu einem kapitalgedeckten System mit risikoäquivalenten Versicherungsprämien und übertragbaren Altersrückstellungen, wie es der wissenschaftliche Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, Kronberger Kreis, entwickelt hat, ist daher nicht mit hohen Übergangskosten verbunden, wie gemeinhin angenommen wird. Da die bereits heute bestehende implizite Verschuldung lediglich offengelegt wird, sind die Kosten der Umstellung de facto Null.

Risikoäquivalente Versicherungsprämien hätten wegen der Trennung von Versicherungsleistung und Umverteilung entscheidende Vorteile. Da sie auf das Gesamtleben des Versicherten eingestellt sind, lösen sie das Generationenproblem. Kombiniert mit übertragbaren, individuellen Altersrückstellungen wird die Voraussetzung für einen funktionierenden Versicherungsmarkt mit kostendämpfendem und leistungssteigerndem Wettbewerb geschaffen. Dabei müßte ein auf risikoäquivalenten Prämien basierendes System nicht weniger solidarisch als das gegenwärtige Umlagesystem sein. Vielmehr könnte der Solidargedanke – etwa im Rahmen der bedürftigkeitsorientierten staatlichen Grundsicherung – viel zielgenauer verwirklicht werden.



## Teil I: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen – Solidarität im Steuersystem

### Prof. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim: „Transparenz durch Kopf-Beiträge“

Das Solidarprinzip in der Krankenversicherung kann grundsätzlich vertragstheoretisch mit dem Schleier der Unwissenheit gerechtfertigt werden, da die spätere Risiko- und Einkommensposition bei Geburt unbekannt ist. Seine konkrete Ausgestaltung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung basiert aber weder auf dem Äquivalenzprinzip noch auf dem Leistungsfähigkeitsprinzip und hat daher keine direkte ökonomisch-theoretische Begründung.

#### Vier Umverteilungselemente

Die Gesetzliche Krankenversicherung beinhaltet vier Umverteilungselemente: Erstens eine ex-ante Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Gesundheitsrisiken. Die Höhe der Versicherungsbeiträge ist unabhängig vom Risiko, so daß hohe und niedrige Risiken bei sonst identischen Umständen gleich behandelt werden. Zweitens findet innerhalb der Versicherungspflicht- bzw. Beitragsbemessungsgrenze eine Umverteilung von Beziehern hoher Arbeitsentgelte zu den Beziehern niedriger statt. Drittens beinhaltet die Gesetzliche Krankenversicherung einen Familienlastenausgleich mit Umverteilungswirkungen von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien. Schließlich kommt es zu einem Generationenausgleich von jüngeren zu älteren Versicherten. Zu den weiteren Charakteristika der Gesetzlichen Krankenversicherung zählen Kontrahierungszwang, Diskriminierungsverbot sowie der Risikostrukturausgleich.

Die Problematik der vier Umverteilungselemente liegt in ihrer simultanen Wirkungsweise mit teilweise gegenläufigen Tendenzen für die versicherten Haushalte. So ist ein gesunder, gutverdienender Familienvater mit

mehreren Kindern, von denen eines chronisch krank ist, im Hinblick auf Risikoausgleich und Arbeitseinkommen Nettozahler, hinsichtlich Familienlastenausgleich aber eindeutig Nettoempfänger. Über seine Gesamtsituation bleibt er aufgrund der gegenläufigen Wirkungen häufig im unklaren. Darüber hinaus erhöht sich diese Intransparenz bei einer intertemporalen Betrachtung. Denn grundsätzlich können sich im Zeitablauf bei allen vier Umverteilungselementen die Vorzeichen ändern. Sehr wahrscheinlich findet eine solche Entwicklung im Rahmen des Alterungsprozesses sowie – temporär – durch den Familienlastenausgleich statt. Die Überlagerung von intragenerativen Umverteilungseffekten zu einem bestimmten Zeitpunkt mit intertemporalen Wirkungen ist für die hohe Intransparenz des Systems verantwortlich.

#### Alles eine Frage der Transparenz

Deutlich transparenter wäre eine Finanzierung über Kopf-Beiträge möglich. Der zu diesem Thema von der Rürup-Kommission künstlich aufgebaute Konflikt zwischen beschäftigungsfördernden, weil allokativ effizienten, Kopf-Beiträgen und einer verteilungsorientierten Erweiterung der Bemessungsgrundlage im Sinne einer Bürgerversicherung ist dagegen nicht zielführend. Denn wie das Modell der Schweiz zeigt, lassen sich auch im Rahmen eines Systems mit Kopf-Beiträgen vergleichbare verteilungspolitische Ziele verfolgen. So könnten z.B. bedürftige Versicherte einen steuerfinanzierten Transfer erhalten und die bisherige beitragsfreie Mitversicherung der Kinder über eine Erhöhung des Kindergeldes ausgeglichen werden. Vor allem aber würde ein System der Kopf-Beiträge das Problem der Erfassung der übrigen Einkommenskategorien – Zinsen, Mieten u.ä. – umgehen. Letztlich geht es nicht um die Frage Allokation oder Distribution, sondern um die Frage der Transparenz.



# Teil I: Eigenverantwortung im Gesundheitswesen – Solidarität im Steuersystem

Prof. Dr. Eckhard Knappe, Universität Trier:

## „Wettbewerb mit personenbezogenen Prämien“

Die derzeitigen lohnbezogenen Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ungerecht, behindern nachhaltig den Wettbewerb und lassen im demographischen Wandel die Finanzierungsseite wegbrechen. Die bisherige administrative Ausgabendämpfungs- politik kann hier keine ausreichende Lösung darstellen. Vielmehr ist der Einstieg in stärker wettbewerblich organisierte Strukturen erforderlich – und das in mindestens drei Bereichen: Zum einen benötigen die Krankenversicherungen auf ihrer Absatzseite mehr Handlungsspielraum, z.B. in Form von Wahlleistungen bei einem gleichzeitig reduzierten Regelleistungskatalog. Zum anderen ist auch ein stärkerer Vertragswettbewerb zwischen in Konkurrenz stehenden Kassen und in Wettbewerb stehenden medizinischen Leistungserbringern notwendig, um neue, effizientere und bedarfsgerechtere Versorgungsformen hervorzubringen. Schließlich bedarf es einer wettbewerbskompatiblen und solidarischen Finanzierung, die aber auch politisch umsetzbar sein muß.

### Kopf-Prämien als Anreiz für Wettbewerb

Der vom Kronberger Kreis vorgeschlagene Übergang zu einem vollständig kapitalgedeckten System mit risikoäquivalenten Prämien und portablen Altersrückstellungen ist der Politik nur schwer zu vermitteln, da die bisher implizite Verschuldung plötzlich offengelegt würde. Ein realistischeres Alternativmodell könnte dagegen auf personenbezogenen Kopf-Prämien für die Absicherung von Regelleistungen beruhen. Diese Prämien würden sich von Versicherung zu Versicherung unterscheiden und so Anreize für Wettbewerb beinhalten. Ohne weitere Reformmaßnahmen müßten die Prämien derzeit ca. zwischen 135 € und 155 € liegen. Die Zulassung von Vertragswettbewerb auf der Ausgabenseite würde eine stärkere Prämienpreizung und damit verstärkte Wettbewerbsanreize erwarten lassen.

Das Solidarprinzip ließe sich durch folgende Regelungen sichern. Zum einen ist die Kopf-Prämie nicht nach dem individuellen Risiko differenziert, so daß auch schlechte Risiken keine existenzbedrohend hohe Prämien bezahlen müßten. Zum anderen ist ein solidarisches Auffangsystem denkbar, dergestalt, daß bedürftige Personen eine personenbezogene Transferzahlung erhalten, unabhängig von der Höhe ihrer Kopf-

Prämie. Dabei könnte man sich auf das untere Einkommensdrittel beschränken. Ein geeigneter Indikator im Sinne des Leistungsfähigkeitsprinzips wäre das familiengrößenjustierte, die Summe aller Nettoeinkommen umfassende Äquivalenzeinkommen.



Da die Transferzahlung unabhängig von der konkreten Höhe der Kopf-Prämie ist, haben die Versicherten weiterhin Anreize, sich bei möglichst günstigen und effizienten Anbietern zu versichern, so daß Wettbewerbsanreize erhalten bleiben. Ein solches System stellt den maximal möglichen Wettbewerb im Rahmen eines Umlagesystems dar. Seine Vorteile bestünden in der Verringerung der Demographieabhängigkeit der Beitragsseite, im verstärkten Preiswettbewerb und in der Beschränkung der systemimmanenten Solidarkompo-

nente auf das Kriterium Gesundheit. Fortbestehende Probleme wären dagegen die Demographieabhängigkeit der Ausgabenseite sowie das Erfordernis eines – wenn auch kleineren – Risikostrukturausgleichs.

Zur besseren Lösung des Demographieproblems könnte ein solches Kopf-Prämienystem auch als Ausgangspunkt für ein Mischsystem aus Umlageverfahren und (Teil)Kapitaldeckung dienen. Grundsätzlich ist bei einem graduellen Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren zu prüfen, welcher Personenkreis für den Systemwechsel besonders geeignet ist. Junge Versicherte könnten zwar problemlos einen Kapitalstock aufbauen, höhlen aber die Finanzierungsbasis des Umlageverfahrens aus. Ältere Versicherte würden zwar das Umlagesystem entlasten, finden aber im Kapitaldeckungsverfahren keine Versicherung zu einer akzeptablen Prämie mehr. Konzentriert man sich auf diejenigen, die im derzeitigen lohnbezogenen System hohe Prämien bezahlen und von einer Kopf-Prämie besonders stark profitieren würden, also die oberen Einkommensschichten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, so hätte man vermutlich eine größtenteils geeignete Personengruppe für den Übergang in das Kapitaldeckungsverfahren. Denn die Betroffenen könnten den Wechsel zumeist finanzieren, ohne sich schlechter zu stellen und würden gleichzeitig das Umlageverfahren im Hinblick auf die demographische Entwicklung entlasten.

## Teil II: Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung

### Prof. Dr. Juergen B. Donges, Universität Köln, Kronberger Kreis: „Effizienz durch übertragbare Altersrückstellungen“

Für eine tragfähige Reform des Gesundheitswesens ist das Wettbewerbsprinzip von zentraler Bedeutung. Denn nur so lassen sich die vielfältigen kosten-treibenden Fehlanreize und Organisationsmängel beseitigen, vorhandene Effizienzreserven erschließen sowie die Abstimmung zwischen Leistungsangebot und Nachfragepräferenzen verbessern. Dann, und nur dann, wird sich der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Zukunft auf Dauer begrenzen lassen. Aus demographischen Gründen und wegen des medizinisch-technischen Fortschritts ist zwar mit weiterhin steigenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Dies allein stellt jedoch keine Fehlentwicklung dar. Problematisch ist lediglich jener bedeutende Teil des Ausgabenanstiegs, der in Systemdefekten wurzelt.



Allerdings korreliert die Wechselneigung stark mit dem Risikotypus. Daraus entsteht für die Krankenkassen der Fehlanreiz, eine Politik aktiver Selektion günstiger Risiken zu betreiben. Im Bereich der Privaten Krankenversicherungen gibt es faktisch nur Wettbewerb um Neukunden, weil mit zunehmendem Alter die risikoäquivalente Prämie prohibitiv hoch wird und die aufgebauten Altersrückstellungen bei einem Wechsel verfallen.

#### Spielräume erweitern

Wettbewerb ist auf zwei Märkten notwendig: dem Versicherungsmarkt und dem Markt für Gesundheitsleistungen. Aus Sicht der Krankenversicherungen bedeutet das auf der Absatzseite eine freie Gestaltung der Versicherungsleistungen, diese Möglichkeit haben bereits heute die Privaten. In der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Spielräume noch sehr begrenzt, die Beitragssätze werden risikounabhängig festgesetzt, eine Aufteilung in Regel- und Wahlleistungen ist nicht möglich. Auch der Risikostrukturausgleich in seiner gegenwärtigen Form mit indirekten Morbiditätsindikatoren bildet keinen Anreiz für Innovationen, Leistungsqualität und Kostenkontrolle. Daneben muß es auch auf der Beschaffungsseite Wettbewerb geben – durch vollständige Vertragsfreiheit der Versicherungen gegenüber einzelnen Leistungserbringern. Dies ist den Gesetzlichen Krankenversicherungen bisher verboten. Doch werden die Anbieterkartelle, wie z.B. die Kassenärztlichen Vereinigungen, nicht aufgebrochen, läßt sich die Ausgabenentwicklung nie unter Kontrolle bringen.

Entscheidend für die Stärkung des Wettbewerbs ist, daß der einzelne Versicherte das Recht hat, jederzeit zu einer anderen Versicherung zu wechseln. In der Gesetzlichen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber die freie Kassenwahl ab 1996 möglich gemacht.

Deshalb muß das Wettbewerbsprinzip institutionell abgesichert werden mit dem Ziel, die Mobilität der Versicherten zu gewährleisten und zugleich systematische Nachteile für die verlassene Krankenversicherung zu verhindern. Notwendig sind daher übertragbare, individuelle Altersrückstellungen, die die erwartete Morbidität des einzelnen berücksichtigen. Diese werden dem Wechselbereiten beim Verlassen der bisherigen Versicherung ausbezahlt und beim neuen Anbieter eingezahlt. Bei richtiger Bemessung braucht der Versicherer eine negative Auslese nicht zu befürchten. Auch wenn die Einführung von individuellen Altersrückstellungen schwierige Daten- und Meßprobleme aufwirft, sollten diese prinzipiell lösbar sein. Gegenteiligen Behauptungen sollte man mißtrauisch gegenüber stehen, vor allem, wenn sie von begünstigten Unternehmen vorgebracht werden.

Ein Problem besonderer Art betrifft die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Durch ihre Umlagefinanzierung haben sie keine Altersrückstellungen gebildet. Zu klären ist deshalb, wie und zu wessen Lasten ihr Vermögensdefizit ausgeglichen werden könnte. Unstrittig sollte sein, daß sie ab sofort für alle Neuversicherten Altersrückstellungen bilden müssen.

Langfristig gehört zum Wettbewerbsprinzip, daß die Trennung zwischen Gesetzlichen und Privaten Versicherungen aufgehoben wird. Letztlich entsteht so ein gemeinsamer Markt, auf dem Leistung und Gegenleistung durch risikoäquivalente Versicherungsprämien gesteuert werden – kostensenkend und effizienzsteigernd. In einem solchen System wäre allerdings kein Platz mehr für sozialpolitische Ziele im Rahmen der Krankenversicherung.

Dr. Volker Leienbach, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.:

### „Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis“

Nicht alles, was an Reformen im Gesundheitssystem ordnungspolitisch richtig und wünschenswert ist, läßt sich auch politisch realisieren. Große Systemreformen mit Übergangsszenarien von mehreren Legislaturperioden sind mit der politischen Wirklichkeit nicht vereinbar. Derzeit scheint eine konsistente Gesundheitspolitik nicht einmal für eine Legislaturperiode möglich zu sein. Von daher haben nur evolutorische Reformansätze eine hinreichende Aussicht auf Erfolg.

Die beiden im Rahmen der Rürup-Kommission diskutierten Konzepte – das Kopf-Pauschalen-Modell und die Bürgerversicherung – stellen keine geeigneten Modelle dar. Denn sie bieten keine Lösung für das zentrale Problem des Gesundheitssystems an, den demographischen Wandel, sondern verharren im System der Umlagefinanzierung. Das Modell der Bürgerversicherung verschlimmert die Situation sogar noch, indem es die bereits heute im Rahmen der Privaten Krankenversicherung bestehende Kapitaldeckung auflösen und weitere positiv wirkende Wettbewerbsanreize beseitigen will. Die gegenwärtigen Beitragssatzerhöhungen zeigen die Erfolglosigkeit der bisherigen Kostendämpfungsmaßnahmen. Sie sind aber erst der Anfang einer noch viel bedrohlicheren Entwicklung. Angesichts des Zusammenwirkens von demographischer Entwicklung und medizinisch-technischem Fortschritt kommen Beitragsatzprognosen für die Gesetzliche Krankenversicherung auf Werte von bis zu 40 %. Vor diesem Hintergrund ist eine angebliche Stärkung des Solidargedankens durch Ausbau der Umlagefinanzierung nicht nachvollziehbar. Letztlich handelt es sich dabei um das genaue Gegenteil von Solidarität, denn Solidarität muß auch nachkommende Generationen miteinbeziehen.

#### PKV: Für die Zukunft gerüstet

Die Privaten Krankenversicherungen haben mit ihren Alterungsrückstellungen dagegen eine gute Antwort auf das demographische Problem. Ende 2002 betragen sie 76 Mrd. Euro. Rechnet man diese Alterungsrückstellung – bei allen methodischen Problemen – zu Illustrationszwecken auf die Gesetzliche Krankenversicherung um, so zeigt sich dort ein Defizit in Höhe von rund 700 Mrd. Euro, das von kommenden Generationen zu tragen sein wird. Die Lösung kann

daher nur in einer Ausweitung der Kapitalbildung und nicht in einer Ausweitung der Umlagefinanzierung bestehen.

Es ist unbestritten, daß der Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung eingeschränkt ist, zumindest für Bestandskunden, da deren Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel verfallen würden. Aber unbeschränkte Wechselmöglichkeiten würden, zumindest in der PKV, mit negativen Effekten für das Versicherungskollektiv einhergehen. Denn die Erfahrungen der GKV zeigen, daß vor allem die Jungen und die Gesunden wechseln,

so daß in der Folge die Versicherungsbestände vergreisen würden und Tarifierungen erforderlich wären. Die Hemmnisse beim Wechsel der Versicherung dienen daher dem Schutz des Kollektivs. Würde man den Wettbewerbsgedanken wirklich ernst nehmen, müßte man auch den Versicherern ein Kündigungsrecht einräumen – welches in der PKV jedoch aus guten Gründen ausgeschlossen ist. Unproblematisch wäre eine Wechselmöglichkeit nur, wenn es gelänge, individuelle, prospektive Alterungsrückstellungen korrekt zu berechnen, und diese den Versicherten mitzugeben. Doch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erscheinen die damit verbundenen Schwierigkeiten kaum lösbar. Zumindest gibt es bisher noch keine erfolversprechenden Konzepte. Denn die Berechnung übertragbarer, individueller, prospektiver Alterungsrückstellungen würde exakte Prognosen über das Krankheitsgeschehen des einzelnen, seine Lebenserwartung, die Preisentwicklung und den medizinischen Fortschritt erfordern. Darüber hinaus müßte sie zu vertretbaren Kosten möglich sein. Probleme durch einen Wechsel des Versicherungsumfanges lassen sich aber auch dann noch nicht lösen.

Es reicht nicht, die Umsetzung eines interessanten theoretischen Konzepts zu fordern, ohne gleichzeitig einen Implementierungsvorschlag zu liefern. Ein solcher ist derzeit nicht erkennbar. Sollten sich jedoch überzeugende Lösungswege für eine Ermittlung individueller, prospektiver Alterungsrückstellungen zu vertretbaren Kosten abzeichnen, ist die PKV bereit, in eine intensive Diskussion zu treten. Für die heutigen Probleme scheint allerdings eine verstärkte Kapitalbildung durch eine Ausweitung der Privaten Krankenversicherung die näherliegende Lösung zu sein.





### Prof. Dr. Ulrich Meyer, Universität Bamberg: „Vom Payer zum Player“

Typischerweise steigen die Krankheitskosten eines Individuums mit zunehmendem Alter stark an. Altersabhängige Risikoprämien sind daher für Menschen höheren Alters in der Regel nicht mehr finanzierbar. Daher werden in der Privaten Krankenversicherung die Versicherungsprämien seit vielen Jahren mit Alterungsrückstellungen kalkuliert.

Die Grundidee ist die Kalkulation einer lebenslang konstanten Prämie derart, daß die Summe der Prämieinnahmen gerade die lebenslang voraussichtlich anfallenden Krankheitskosten deckt. In jungen Jahren ist die Versicherungsprämie daher höher, in späteren Jahren niedriger als die zu erwartenden Krankheitskosten. Je früher der Eintritt in die Versicherung erfolgt, desto niedriger ist die Versicherungsprämie. Verläßt ein Versicherungsnehmer die Private Krankenversicherung, so fällt seine Alterungsrückstellung an das Versichertenkollektiv. Daß auch in der PKV die Versicherungsprämien im Zeitablauf ansteigen, liegt daran, daß bei der Kalkulation die aktuell geltenden Krankheitskosten als für die Zukunft konstant unterstellt werden.

#### Der Wechsel wird immer schwieriger

Insbesondere der Verfall der Alterungsrückstellungen führt zu einer Beschränkung des Wettbewerbs in der PKV. Faktisch können Bestandskunden nach einigen Jahren nicht mehr zu einer anderen Versicherung wechseln, da sie ihre bis dahin aufgebauten Altersrückstellungen verlieren und bei der neuen Versicherung entsprechend ihres aus Altersgründen höheren, aktuellen Gesundheitsrisikos eingestuft würden.

Dieser Sachverhalt zieht mehrere negative Implikationen nach sich. Zum einen werden die Interessen der Bestandskunden nicht ausreichend beachtet. Im Kampf um Neukunden müssen die Unternehmen attraktive Prämien und hohe Beitragsrückerstattungen anbieten. Die dafür verwendeten Beitragsüberschüsse können nicht mehr für die Dämpfung des Prämienanstiegs der Älteren verwendet werden.

Zum anderen verhindert die fehlende Wechselmöglichkeit, daß die Privaten Krankenversicherungen Anreize zur Entwicklung innovativer und kostensparender Gesundheitsversorgungsprogramme mit neuen Behandlungsmethoden (z.B. Disease management programs) haben. Solche Programme würden sich aufgrund hoher Entwicklungs- und Einführungskosten nur dann lohnen, wenn Versicherungsnehmer mit entsprechenden (chronischen) Krankheiten zur jeweils besonders effizient arbeitenden Versicherung wechseln könnten. Solange das nicht der Fall ist, bleibt die PKV nur Payer und wird nicht zum Player in einem effizient organisierten Gesundheitswesen.

Wirklicher Wettbewerb in der PKV erfordert übertragbare Alterungsrückstellungen, genau: individuell übertragbare, prospektive Alterungsrückstellungen. Denn die Mitgabe durchschnittlicher oder bisher aufgebauter Alterungsrückstellungen würde zu einem unerwünschten Risikoselektionsprozeß führen, bei dem schlechte Risiken am Wechsel gehindert wären. Bei den individuellen, prospektiven Alterungsrückstellungen handelt es sich um den Geldbetrag, der ausreicht, um zusammen mit den Prämienzahlungen, die für diesen Versicherungsnehmer zu erwartenden zukünftigen Krankheitskosten zu decken.

Zwar beinhaltet ihre Ermittlung eine Reihe technischer Probleme – diese erscheinen jedoch alle prinzipiell lösbar. Das Hauptproblem besteht vielmehr darin, daß es noch niemand wirklich ausprobiert hat bzw. ausprobieren mußte. Denn die ablehnende Haltung der Privaten Krankenversicherungen gegen ein Konzept, das sie zu wirklichem Wettbewerb zwingen würde, ist wenig verwunderlich. Die notwendigen Daten sind bei den Versicherungsunternehmen vorhanden. Ihre systematische Auswertung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen geeigneten Risikoindikatoren und späteren Krankheitsverläufen könnte erste Anhaltspunkte liefern. Unbestritten ist, daß jedoch weiterer grundlegender Forschungsbedarf zu diesem Thema besteht. Doch hier kommt man nur weiter, wenn man endlich entsprechende Bemühungen unternimmt.





## Teil II: Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung

Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen:

### „Für einen morbiditätsorientierten RSA“

Der Status quo in der Gesetzlichen Krankenversicherung kann nicht befriedigen. Einem hohen Ressourceneinsatz steht ein höchstens als durchschnittlich zu bezeichnendes Ergebnis des Gesamtsystems gegenüber. Eine Umsteuerung in Richtung mehr Wettbewerb ist daher unausweichlich, ohne daß dabei politisch gewünschte Solidarziele aufgegeben werden müßten.

Eine solidarische Wettbewerbsordnung beinhaltet zwei zentrale Elemente: Zum einen den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen, die mit einem attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnis um die Versicherten konkurrieren. Zum anderen den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um Versorgungsverträge mit den Krankenkassen. Letzteres erfordert eine Abkehr von der Verpflichtung der Kassen, mit allen Anbietern kontrahieren zu müssen – ansonsten bleibt das Konzept Wettbewerb nur Schall und Rauch. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse sind aber die Voraussetzung für innovative, sektorübergreifende Versorgungsformen.

Ein funktionierender Vertragswettbewerb ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Hierzu gehören u.a. ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich und die Überwindung sektorspezifischer Regelungen, wie beispielsweise sektoraler Budgets. Darüber hinaus muß die marktbeherrschende Stellungen einzelner Unternehmen – beispielsweise im Rahmen des Kartellrechts – verhindert werden. Sofern Marktfehler auftreten, muß ein ausreichendes Versorgungsangebot durch andere Auffangregelungen sichergestellt sein. Weitere Voraussetzungen sind die klare Definition von Rechten und Pflichten – sowohl der Versicherten als auch der Versicherungsunternehmen – sowie die Neuordnung verschiedener für die Gesundheitspolitik relevanter Institutionen. Nicht zwingend erforderlich ist dagegen ein einheitlicher Leistungskatalog. Vertragswettbewerb ist prinzipiell auch mit differenzierten Leistungsumfängen vorstellbar, wobei dann Kopf-Prämien die bessere Finanzierungsalternative als einkommensabhängige Prämien sind.

Will man einen effizienzfördernden Wettbewerb im status-quo-nahen Umlageverfahren verwirklichen, so stellt

der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich eine der zentralen Voraussetzungen dar. Denn er verhindert, daß sich die Krankenkassen mit aktiver und passiver Risikoselektion Beitragssatzvorteile und Versichererwachstum sichern können. Statt dessen zwingt er sie, echte Effizienzvorteile zu suchen und zu realisieren. Der bisherige Risikostrukturausgleich – das zeigen die gemachten Erfahrungen – kann diese Aufgabe nicht erfüllen und muß daher weiterentwickelt werden. Ein funktionierender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich gleicht auf Basis standardisierter Leistungsausgaben die unterschiedlichen Risikostrukturen aus und wahrt dabei die Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten, so daß die Effizienzgewinne beim Versicherer bzw. den Beitragszahlern bleiben. Konkret sieht das beispielsweise so aus, daß aus der Vielzahl der Diagnosen kostenmäßig homogene Cluster gebildet werden und den Versicherern die Durchschnittsausgaben dieser kostenmäßig homogenen Cluster erstattet werden, damit sie sich nicht länger auf Risikoselektion konzentrieren.



Aber auch in einem System mit Kapitaldeckung und Alterungsrückstellungen käme dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eine wichtige Funktion zu. Um einen funktionierenden Wettbewerb sicherzustellen, müßte er die Abweichungen von der durchschnittlichen alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität mit standardisierten Leistungsausgaben ausgleichen. Im Gegensatz zu übertragbaren, individuellen Alterungsrückstellungen, die Informationen über die Restlebenserwartung und die während dieser Zeit – unter Einschluß des medizinisch-technischen Fortschritts – anfallenden Kosten benötigen, hat der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich einen geringeren Informationsbedarf. Neben der Mitgabe der durchschnittlichen rechnerischen Alterungsrückstellungen müssen die Risikostrukturen nur auf einer Jahresbasis ausgeglichen werden, so daß man lediglich Jahresinformationen benötigt. Abschließend bleibt festzuhalten, daß das gegenwärtige System – unabhängig von der Frage, ob man den Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren für geboten hält – in jedem Fall einen deutlichen Schub in Richtung mehr Wettbewerb benötigt.

## Teil II: Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung

### Prof. Dr. Manfred J.M. Neumann, Universität Bonn, Kronberger Kreis: „Die individuelle Altersrückstellung ist möglich“

Es bedarf eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Im gegenwärtigen System wäre dieser nur möglich, wenn Unterschiede in den lohnbezogenen Beitragssätzen nicht durch Unterschiede in der Risikostruktur der Versichertenkollektive bestimmt würden, sondern durch Unterschiede in der unternehmerischen Leistungskraft der Kassen. Dieses Ergebnis soll der Risikostrukturausgleich bewirken, doch er schafft es nicht. Vielmehr nehmen die Unterschiede in den Risikostrukturen der gesetzlichen Kassen weiter zu.

Grundsätzlich läßt sich der Risikostrukturausgleich verbessern, indem die Morbidität der Versichertenkollektive anhand geeigneter Indikatoren der Morbidität der einzelnen Versicherten präziser bestimmt wird. Durch seine Bürokratie bietet der Risikostrukturausgleich den Kassen jedoch einen nicht zu unterschätzenden Anreiz, ihre Risikostruktur ungünstiger darzustellen, als es der Realität entspricht. So hoffen sie, Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Dieser Fehlanreiz folgt aus der Institution der Ausgleichszahlungen und hat insgesamt höhere Beitragssätze zu Folge.

#### Die überlegene Alternative

Übertragbare individuelle Altersrückstellungen sind im Vergleich zum Risikostrukturausgleich die überlegene Alternative, um Wettbewerb zu ermöglichen. Die Gesundheitsausgaben für einen Versicherten steigen im Laufe des Lebens stark an. Altersrückstellungen verhindern, daß es mit zunehmendem Alter zu einem entsprechend starken Anstieg der Versicherungsprämien kommt. Der Aufbau der Altersrückstellungen erfolgt aus den Überschüssen der Prämien über die Ausgaben in den jüngeren Lebensjahren der Versicherten.

Ein funktionierender Wettbewerb ist nur mit übertragbaren individuellen Altersrückstellungen möglich. Sie erlauben es gleichermaßen alten wie jungen Menschen, schlechten wie guten Risiken, die Krankenkasse zu wechseln und damit die Kassen unter Leistungsdruck zu setzen. Der Wechsel wird jedem



Versicherten möglich, weil der Wechsler von der abgehenden zur aufnehmenden Versicherung eine Kapitalsumme mitbringt, die dem gegenwärtigen Wert der zu erwartenden zukünftigen Ausgaben – aufgrund seines individuellen Krankheitsrisikos – entspricht, abzüglich der künftigen Prämienzahlungen.

Individuelle Altersrückstellungen sind zu verstehen als Summe aus einer typisierten Altersrückstellung, die lediglich Lebensalter und Geschlecht berücksichtigt, und einem Zuschlag bzw. Abschlag, der die zu erwartenden zusätzlichen Kosten bzw. Einsparungen durch Abweichung des individuellen vom durchschnittlichen Krankheitsrisiko bewertet. Die Kalkulation der zweiten

Komponente ist regelmäßig anhand der individuellen Krankheitsgeschichte zu prüfen. Dabei gibt es Einschätzungsprobleme im Einzelfall, die aber prinzipiell nicht andere sind als beim Risikostrukturausgleich auch.

Korrekt bemessene individuelle Altersrückstellungen sind die entscheidende Voraussetzung dafür, daß es zu einem funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Versicherungen kommt. Im eigenen Überlebensinteresse kann keine Versicherung daran interessiert sein, systematisch falsch zu kalkulieren, und bei risikoäquivalenter Rückstellungsvorsorge zielt sie auch nicht auf die Abwanderung bestimmter Versicherter. Keine Versicherung wird die Altersrückstellungen zu üppig kalkulieren, weil sie dann mit der Abwanderung von Kunden rechnen muß: Zum einen würde die Aufnahme solcher Versicherter für andere Versicherungen besonders interessant, zum anderen würde die Versicherung für ihre eigenen Kunden unattraktiv, weil sie höhere Preise verlangen müßte, um die überhöhten Rückstellungen aufbauen zu können.

Größer könnte die Versuchung sein, den Wechslern zu geringe Rückstellungen mitzugeben. Diesem Phänomen ließe sich aber vorbeugen. So könnte der Gesetzgeber vorschreiben, daß jede Versicherung die jährlich zu bestimmenden individuellen Altersrückstellungen so zu bemessen hat, daß sie in der Summe der für den Altersjahrgang bilanzierten Rückstellung entsprechen.

Guido Raddatz, Stiftung Marktwirtschaft:

### „Machen wir doch den Praxistest!“

Die Tagung „Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ verdeutlichte einmal mehr den großen Reformbedarf im deutschen Gesundheitswesen. Praktisch alle Referenten wiesen übereinstimmend auf die grundlegenden Effizienz- und Verteilungsprobleme des Status quo hin und plädierten für gravierende Änderungen, um das Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen. Denn das Zusammenspiel aus demographischer Entwicklung und kostentreibendem medizinisch-technischen Fortschritt bedeutet für unsere Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten eine außergewöhnliche Herausforderung. Konsens bestand auch darüber, daß sich die Probleme nur durch wettbewerbsorientierte Reformen lösen lassen – sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Leistungsseite. Einem bürokratisch organisierten staatlichen Interventionismus, wie er für die deutsche Gesundheitspolitik in der Vergangenheit charakteristisch war, wurde dagegen eine klare Absage erteilt.

#### Umverteilung herausnehmen

Dem reinen Wettbewerbsideal am nächsten kommt, wie ebenfalls deutlich wurde, ein kapitalgedecktes System mit einer Mindestversicherungspflicht, risikoäquivalenten Versicherungsprämien und weitgehender Vertragsfreiheit zwischen Versicherten, Krankenversicherungen und medizinischen Leistungserbringern. Die Wechselmöglichkeit der Versicherten zwischen den Versicherungsunternehmen müßte dabei durch übertragbare individuelle Altersrückstellungen sichergestellt werden. Solidarische Ziele ließen sich allokativ effizient außerhalb des Systems im Rahmen allgemeiner Steuer-Transfer-Mechanismen realisieren. Allerdings bestand ebenfalls Konsens, daß sich ein solches Idealsystem wegen der damit verbundenen sachlichen Probleme und politischen Widerstände allenfalls langfristig verwirklichen läßt.

Unterschiedlich beurteilt wurden die Informationsanforderungen eines solchen Systems. Als schwierig wurde vor allem die korrekte Ermittlung der übertragbaren, individuellen Altersrückstellungen gesehen. Festgestellt wurde freilich auch, daß ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, wie derzeit vorgesehen, ähnlich hohe Informationsanforderungen stellt, wobei sich dieser nicht auf den Wettbewerbsmechanismus verlassen kann, sondern einen erheblichen bürokratischen Aufwand erfordert.

Ob sich das Konzept der übertragbaren, individuellen Altersrückstellung in der Realität bewähren kann, läßt

sich nur in der Praxis herausfinden. Daraus, daß die Altersrückstellungen der PKV heute nicht übertragbar sind, darf jedenfalls nicht der Schluß gezogen werden, daß dies nicht möglich sei. Es sollte nicht verwundern, daß es bisher in dieser Richtung in der PKV keine Ansätze gibt, denn eine solche Änderung würde zu einem sehr viel intensiveren Wettbewerb zwischen den Versicherungen führen. Im übrigen ist es gerade die große Stärke des Wettbewerbsprozesses, bisher unbekannte Lösungen zu entdecken. Es ist jedoch positiv zu werten, daß der Bundesverband der privaten Krankenversicherung auf der Tagung seine Bereitschaft zum Ausdruck gebracht hat, an diesem Konzept mitzuarbeiten. Man sollte ihn hier beim Wort nehmen.

#### Die demographische Herausforderung

Die legislative Umsetzung jeder Reform kann nur durch die Politik erfolgen. Diese schreckt jedoch regelmäßig vor langfristig angelegten Reformen über mehrere Legislaturperioden zurück. Vor diesem Hintergrund wurde auch der Übergang zu einem kapitalgedeckten System kontrovers diskutiert. Insbesondere die Offenlegung der bereits heute bestehenden impliziten Belastung zukünftiger Generationen wurde als eines der politischen Haupthindernisse für grundlegende Reformen gesehen. Denn weder eignet sich dieses Problem zum Gewinnen von Wahlen, noch läßt es die bisherige Politik in einem besonders guten Licht erscheinen. Einige Referenten plädierten daher – und weniger aus theoretischer Überzeugung – für eine modifizierte Umlagefinanzierung. Entsprechende Reformen, etwa in Form von Kopf-Prämien, würden, so diese pragmatische Auffassung, zumindest einen bedeutenden Fortschritt im Vergleich zu den lohnabhängigen Beiträgen des Status quo bedeuten. Freilich können sie die demographische Herausforderung nicht wirklich lösen.

Verantwortungsbewußte Politiker müssen sich den Realitäten stellen. Und diese erfordern heute ein entschlossenes Handeln, das auch die Interessen zukünftiger Generationen mitberücksichtigt. Die ausschließliche Orientierung am nächsten Wahltermin ist zwar verständlich, aber für die Zukunft unserer Gesellschaft kontraproduktiv. Die Politik sollte hier nicht darauf bauen, die Bevölkerung auf Dauer über die kommenden Probleme im unklaren lassen zu können. Das weit verbreitete Mißtrauen gegenüber Politikern und die allgemeine Politikverdrossenheit lassen sich nur durch ehrliches Handeln verringern.

## Teil III: Wie lösen wir das Demographieproblem des Gesundheitswesens?



### Prof. Dr. Günter Neubauer, München: „Reformen sind unvermeidlich“

Prof. Dr. Günter Neubauer faßte den Diskussionsprozeß der Tagung vor der abschließenden Podiumsdiskussion pointiert zusammen. Als entscheidendes Hindernis für

die politische Umsetzung der notwendigen Reformen sah er die zunehmende Alterung der (Wahl)bevölkerung. Diese führe dazu, daß ein immer größerer Bevölkerungsanteil von scheinbar unattraktiven, reformbedingten Leistungskürzungen betroffen wäre. Die Politik müsse daher deutlich machen, daß es sich dabei um das kleinere Übel handele, da das System ohne Reformen mit Sicherheit nicht überlebensfähig sei.

### Daniel Bahr, MdB (FDP):

#### „Streichpotentiale nutzen“

Die Arbeitgeberbeiträge zur Krankenversicherung sollten, so die Aussage von Daniel Bahr, festgeschrieben und die starke Kopplung zwischen Beiträgen und Arbeitseinkommen beendet werden. Streichpotential sah er in den folgenden Bereichen: Zahnersatz, Zahnbehandlung, Kuren, Selbstbehalte, Hausarztmodelle, Unfälle. In der Frage „Kostenerstattung oder Sachleistungen?“ plädierte er für die Kostenerstattung, eine Wahlmöglichkeit wäre ihm ebenfalls sym-

pathisch, in der Hoffnung, daß sich die Kostenerstattung im Wettbewerb durchsetze. Auch die gesetzlichen Krankenkassen, so Bahr, müßten langfristig kapitalgedeckt finanziert werden. Dies sei im Moment allerdings nicht finanzierbar.

**Daniel Bahr ist Mitglied des Gesundheitsausschusses, Sprecher für demographische Entwicklung und Vorsitzender der Jungen Liberalen.**



### Karsten Schönfeld, MdB (SPD):

#### „Klares Plädoyer für paritätische Finanzierung“

Der SPD-Abgeordnete plädierte für die Beibehaltung der Umlagefinanzierung. Allerdings sollte man sich über den Leistungskatalog unterhalten. Außerdem müsse man das Kostenbewußtsein der Patienten stärken – Stichwort „Patientenquittung“. Seiner Ansicht nach gibt es in Deutschland zu viele Krankenkassen. Fusionen solle man jedoch nicht gesetzlich vorschreiben, sondern das solle der Wettbewerb entscheiden. Bei der Finanzierung der Beiträge plädierte er klar für die paritätische Finanzierung. Er könne nicht einsehen, warum der Beitrag auf der Arbeitgeberseite eingefroren werden sollte.

**Karsten Schönfeld ist Mitglied im Ausschuß für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Mitglied im Bundesvorstand der Arbeiterwohlfahrt.**



### Hildegard Müller, MdB (CDU):

#### „Kapitaldeckung als Chance“



„Wir müssen soviel wie möglich auf die Kapitaldeckung umstellen. Dies ist die einzige Chance der jungen Generation, die Demographie in irgendeiner Weise zu schultern“, lautete die Ansicht von Hildegard Müller. Doppelt zahlen würden die Jungen in

jedem Fall, durch die Marktmacht der Rentner. Das Sachleistungsprinzip fand sie nur sinnvoll in Verbindung mit Selbstbehalten. Das Grundprinzip des Risikostrukturausgleichs hielt sie für richtig. Allerdings dürften nicht 98 % der Unterschiede nivelliert werden, das habe mit Wettbewerb nichts mehr zu tun. Die Frage der paritätischen Finanzierung ist für sie eine Scheindiskussion: „Denn die Arbeitgeber werden sich ohnehin über die Tarifverhandlungen beteiligen.“

**Hildegard Müller ist Mitglied im Gesundheitsausschuß und des CDU-Präsidiums, 1998 - 2002 war sie Bundesvorsitzende der Jungen Union.**