

Vision oder Illusion
Zur Logik der Reformdebatte
Christian Weber

Die noch vor wenigen Jahren als verkrustet empfundene Reformdiskussion im Gesundheitswesen ist einer neuen Aufbruchstimmung gewichen. Es scheint Einigkeit zu bestehen, dass die Grundpfeiler unserer sozialen Sicherungssysteme neu gestaltet werden müssen. Während die Reformdebatte in der Rentenversicherung und auch in der Arbeitslosenversicherung noch relativ geordnet verläuft, darf im Gesundheitswesen völlig neu gedacht werden. Nicht mehr kontinuierliche Weiterentwicklung ist gefragt, sondern von vielen wird ein grundlegender Neuaufbau gefordert.

Aber: Reformen dürfen nicht um ihrer selbst willen geschehen. Sie haben oft tiefgreifende Auswirkungen auf Menschen und Institutionen. Sie müssen also nicht nur erklärt, sie müssen auch gerechtfertigt werden. Sie stehen in der Beweispflicht, vieles im Vergleich zum Status quo besser zu machen.

Eine rationale Reformdiskussion orientiert sich deshalb immer an Zielen. Sie transparent zu machen, ihren Erreichungsgrad offen zu legen, gehört zur Ehrlichkeit einer fairen Diskussionskultur.

1. Das Zielsystem

1.1 Das Ziel der Nachhaltigkeit

Wenn heute jeder fünfte Bürger ab 60 Jahre, in 30 Jahren jeder 3te Bürger älter als 60 Jahre ist, die Zahl der Hochbetagten (älter als 90 Jahre) voraussichtlich um rd. 90 Prozent steigen wird und zugleich die Gesamtbevölkerung je nach Annahmen der Bevölkerungsprognose um etwa 10 Prozent abnehmen wird, dann muss das gravierende Auswirkungen auf die Gesundheitskosten haben. Ältere Menschen benötigen überproportional mehr Gesundheitsleistungen als jüngere Menschen. Das Finanzierungssystem muss folglich auf den demographischen Wandel vorbereitet werden.

Es gibt zwei populäre Gegenargumente. Zum einen behauptet die sog. Kompressionsthese, dass mit der Verlängerung der Lebenserwartung die Gesundheitskosten lediglich in einen späteren Lebensabschnitt verlagert werden, es also in der Summe nicht zu einer Erhöhung

der Gesamtkosten kommt. Dieses Argument übersieht, dass schon die Veränderung des Zahlenverhältnisses von jung und alt für sich genommen zu einer Kostensteigerung führt. Auch der reine Kompressionssachverhalt ist wissenschaftlich bisher nicht belegt, es lässt sich im Gegenteil aufzeigen, dass die altersabhängigen Kostenverläufe in den letzten Jahren zunehmend steiler verlaufen.

Das zweite Gegenargument behauptet, die demographisch bedingte Beitragssatzdynamisierung sei gemessen an den anderen Kostensteigerungsfaktoren wie insbesondere dem medizinischen Fortschritt von nachrangiger Bedeutung. Richtig ist, dass der reine demographische Effekt nicht von allen Prognosen gleich vorausgesagt wird. Bis 2050 liegt er zwischen 3,2 und 5,1 Beitragspunkten. Dies ist gemessen am heutigen Beitragssatz von 14 % eine Spannweite zwischen 22 und 36 Prozent. Wäre der demographische Effekt also heute schon eingetreten, dann betrügen die GKV-Ausgaben nicht 140 Mrd. € , sondern zwischen 171 und 191 Mrd. €.

Vor diesem Hintergrund ist die These, man könne den demographischen Wandel in Anbetracht der größeren Kostendimension anderer Kostensteigerungsfaktoren wie der medizinische Fortschritt vernachlässigen, politisch nicht zu verantworten. Richtig ist vielmehr, der demographische Wandel ist ein erhebliches Kostensteigerungspotential für die Zukunft.

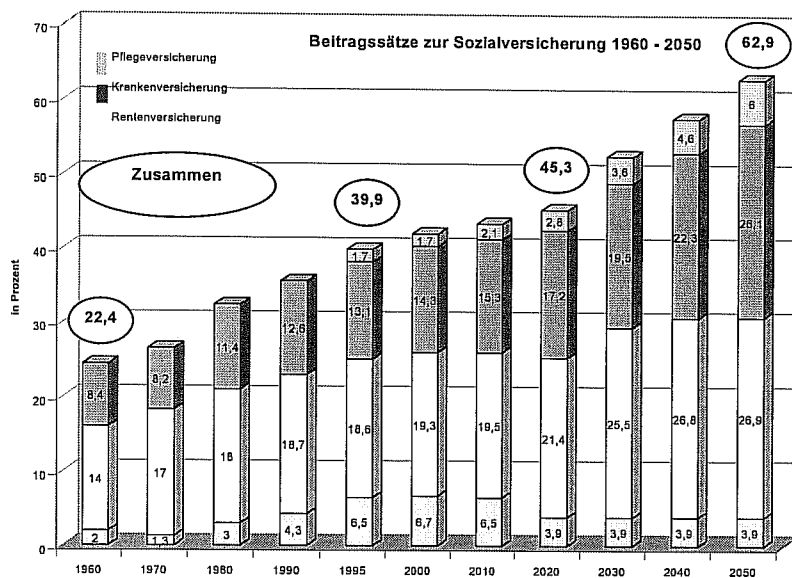
Nachhaltigkeit kann auch unter dem Aspekt der intergenerativen Verteilungsgerechtigkeit diskutiert werden (vgl. 1.6).

Der Verzicht auf Kapitaldeckung ist in dieser Situation ökonomisch nichts anderes als eine implizite Verschuldung. Wie bei der Staatsverschuldung werden höchst zweifelhafte Wechsel auf die finanzielle Belastbarkeit nachwachsender Generationen gezogen. Das Instrument der Generationenbilanzen zeigt deutlich, wie der Einzahlungsverpflichtung eine echte Negativrendite gegenübersteht. Und deshalb ist jeder Euro Vorsorge in der Kapitaldeckung eine Minderung der Belastung nachwachsender Generationen.

1.2 Das Ziel der Entlastung der Lohnnebenkosten

Die mittlerweile erreichte Sozialabgabenquote von 42,3 Prozent bedeutet, dass die Lohnkosten mit über 20 Prozent für Sozialabgaben zusätzlich belastet werden.

Die Prognose über die Entwicklung der Sozialabgaben und damit der Lohnnebenkosten ist ernüchternd:



Quelle: Bernd Hof: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung

Die darin prognostizierte Dynamik ist ein Vernichtungspotential für Arbeitsplätze und die internationale Wettbewerbsfähigkeit.

Es besteht deshalb ein weitreichender Konsens, dass eine Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnnebenkosten ein wichtiges Ziel ist. Die verschiedenen gesundheitspolitischen Reformkonzepte müssen deshalb daraufhin geprüft werden, welchen Beitrag sie hierfür leisten.

1.3 Mehr Wahlfreiheit und Wettbewerb

Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Generierung von Effizienz allerdings unter der Voraussetzung, dass funktionsfähige Wettbewerbsbedingungen bestehen.

Der Begriff Wettbewerb bezieht sich in erster Linie auf die Beziehung zwischen Kostenträger und Leistungsanbieter sowie auf die Beziehung der Leistungsanbieter zu ihren Patienten. Wahlfreiheit ist eine besondere Form des Wettbewerbs und meint die Auswahl der Versicherten zwischen verschiedenen Versicherungen/Krankenkassen einschließlich der Auswahl unterschiedlicher Gestaltungsformen des Versicherungsschutzes.

Spezielle Versorgungsprogramme – DMP's und integrierte Versorgungsformen – sind als kostenträgerspezifisches Differenzierungsmerkmal möglich, ihre Einsatzmöglichkeit ist auf begrenzte Versichertengruppen zugeschnitten und stellt für sich genommen noch keinen ausreichenden Wettbewerbsparameter zur Verfügung.

Differenzierungsmerkmale die über Produktgestaltungen Boni an bestimmte Versicherte eröffnen, werden sich langfristig nur als erfolgreich erweisen können, wenn die Boni aus echten Kosteneinsparungen finanziert werden können. Sind sie lediglich ein Marketinginstrument umlagefinanzierter Kassen, dann können sie schnell in Konflikt mit dem Solidaritätsprinzip geraten.

Die Produktdifferenzierung stößt in der Umlagefinanzierung darüber hinaus an enge Grenzen. Da damit keine risikogerechte Beitragsdifferenzierung verbunden ist, begünstigt es solidaritätswidrige Risikobewegungen. Der Bonus in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Teilnahme am Hausarztmodell ist im Grunde genommen nicht einmal dann gerechtfertigt, wenn dem echte Ersparnisse gegenüberstehen. Denn der Versicherte, der sich bei Krankheit in späteren Jahren wieder für die freie Arztwahl entscheidet, muss für diese Versicherungsmehrleistung keinen risikogerechten Mehrbeitrag, sondern nur einen Verzicht auf den Bonus leisten.

1.4 Effektivität und Effizienz

Die Effektivität und Effizienz des deutschen Gesundheitswesens gilt im internationalen Vergleich als verbesserungsbedürftig. Effektivität misst den gesundheitlichen Output, Effizienz den ökonomischen Rationalitätsgrad. Eine hohe Wettbewerbsintensität gilt als Garant einer hohen Effizienz. Effektivität setzt sinnvollerweise voraus, dass konsentrierte Gesundheitsziele angestrebt werden.

Effizienz ist in dem Umfang im Gesundheitswesen ein Steuerungsproblem, wie die Bedingungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb geschaffen werden können. Prinzipiell ist die Frage der Effektivität und Effizienz weitestgehend unabhängig vom zugrunde gelegten

Finanzierungssystem. Allerdings sollte das gewählte Finanzierungssystem keine wettbewerbshinderlichen Rahmenbedingungen erforderlich machen.

1.5 Tragbare Beitragsbelastung

Das Gesundheitswesen gilt als Wachstumsbranche. Unabhängig von der Frage, wie die finanziellen Rahmenbedingungen eines künftigen Gesundheitswesens geschaffen werden, gilt es als ein wesentliches Ziel, im Rahmen individuell tragfähiger Beitragsbelastungen zu bleiben. Eng verwandt ist damit das Ziel der Staatsferne. Es gilt die Finanzierungsbeitrag der öffentlichen Hand an den Gesundheitskosten und Beiträgen so niedrig wie möglich zu halten. Zudem ermöglicht nur ein voll beitragsfinanziertes System unter Heraushaltung des Staates aus der Finanzierung möglichst weitgehende Spielregeln eines funktionsfähigen Wettbewerbs.

1.6 Verteilungsgerechtigkeit

Während in der gesundheitspolitischen Diskussion zunächst die unter 1.1. bis 1.5 genannten Ziele im Vordergrund standen, hat in den letzten Wochen das Ziel der Verteilungsgerechtigkeit eine besondere Diskussion erfahren.

Dieses Ziel berührt drei Fragestellungen:

- (1) Interpersonelle Einkommensverteilung: Das System der GKV beinhaltet eine Einkommensumverteilung. Eine Veränderung beeinflusst somit unmittelbar die Einkommensumverteilung. Alternativ ist eine Einkommensumverteilung über das Steuersystem möglich.
- (2) Intergenerative Verteilung: Die Frage der finanziellen Vorsorge für die künftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (im Alter) berührt unmittelbar die Frage, in welchem Umfang nachwachsende Generationen zur (Mit)Finanzierung der Gesundheitskosten älterer Versicherter herangezogen werden.
- (3) Intersystematische Verteilung: Damit ist im derzeitigen Gesundheitssystem das Verhältnis von GKV und PKV und die daraus sich ableitenden Konsequenzen sowohl auf die Einkommensverteilung als auch auf den möglicherweise unterschiedlichen Anspruch auf angemessene Gesundheitsleistungen angesprochen. Unterschiede im letzteren können die Existenz einer Zweiklassenmedizin begründen.

Schließlich gibt es einen philosophisch begründeten Verteilungsaspekt, wie er von der Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft unter Bezugnahme auf John Rawls Theorie

der Gerechtigkeit begründet worden ist. Die dahinter stehende Fragestellung lautet, wie jemand hinter dem „Schleier des Nichtwissens“ über seine künftige gesellschaftliche Situation Spielregeln für das Gesundheitswesen entwerfen würde. Dabei wird dem tatsächlichen sozialpsychologischen Verhalten angemessen eine gewisse Risikoscheuheit vorausgesetzt. Die Gemeinschaftsinitiative hat aus dieser Konstellation abgeleitet, dass alle Versicherten über den – verbindlich vorgeschriebenen – gleichen Mindestversicherungsschutz verfügen müssen. Sie haben von einer Situation der Ungewissheit auf eine Behandlung in Gleichheit geschlossen. Diese Schlussfolgerung ist jedoch nicht zulässig: Aus John Rawls lässt sich gewöhnlich sowohl das Prinzip der Chancengleichheit als auch das Prinzip des sozialpolitischen Mindestschutzes ableiten, nicht aber die Gleichheit. Vertragstheoretisch lässt sich daraus insbesondere das Schutzbedürftigkeitsprinzip ableiten, das den Staat veranlasst für sozial als schutzbedürftig zu interpretierende Bevölkerungsgruppen ein für sie finanzierbares ausreichendes gesundheitliches Angebot zur Verfügung zu stellen. Wer hingegen im Prinzip der Eigenvorsorge selber Vorsorge gegen das Krankheitsrisiko und seine finanziellen Folgen leisten kann, der soll dies auch aus eigener Verantwortung heraus tun. John Rawls beinhaltet folglich das Subsidiaritätsprinzip, nicht hingegen das Gebot der gleichen und einheitlichen Versorgung.

Hinzu kommt die Frage, ob sich jemand unter dem Schleier des Nichtwissens für ein Finanzierungsmodell entscheiden würde, das systematisch in einer Situation des demographischen Ungleichgewichts nachwachsende Generationen stärker als ältere Generationen belastet ?

2. Die Zielerreichungsgrade im derzeitigen Gesundheitssystem

2.1 GKV

2.1.1 Nachhaltigkeit

Die GKV trifft keine finanzielle Vorsorge für die zukünftig steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Das Problem ist ein vierfaches:

- (1) Im Umlageverfahren müssen die höheren Behandlungskosten älterer Versicherter von den jüngeren Versicherten mitfinanziert werden. Im demographischen Wandel, wenn ein immer größer werdender Anteil älterer Menschen einem immer kleiner werdenden Anteil junger Menschen gegenübersteht, müssen immer mehr Kosten von jüngeren mitfinanziert werden. Die Versorgung der krankenversicherten Rentner

verursacht derzeit ein jährliches Defizit von rd. 33 Mrd. Euro mit stark steigender Tendenz in den nächsten Jahrzehnten.

- (2) Eine kontinuierlich steigende Lebenserwartung führt zu einer längeren Lebensspanne im Lebensabschnitt der Inanspruchnahme höherer Gesundheitskosten. Verschiedentlich wird die finanzielle Belastung mit der Kompressionsthese zurück gewiesen, die behauptet, eine längere Lebenserwartung würde lediglich bedeuten, dass der Lebensabschnitt mit höheren Gesundheitskosten im Umfang nicht erhöht wird, sondern lediglich in einen gemäß der längeren Lebenserwartung späteren Lebensabschnitt verlagert werden würde. Selbst wenn dies, empirisch übrigens nicht benötigte Kompressionsthese richtig wäre, würde die mit der Veränderung des Verhältnisses jung zu alt einhergehende Belastung bereits einen erheblichen Kostenschub bewirken. Die mit der längeren Lebenserwartung einhergehende Kostenbelastung wird in der GKV im wesentlichen auf die Finanzierung nachwachsender Generationen verschoben.
- (3) Der medizinische Fortschritt ist in aller Regel kostenintensiv, da es sich fast immer um add-on-Technologien und nicht um Prozessverbesserungen handelt. Weder kommen die neuen Technologien allen Versicherten gleichermaßen zugute, noch werden alle gleichermaßen an der Finanzierung beteiligt. Überwiegend kommen neue Technologien denjenigen zugute, die auch vermehrt Gesundheitsleistungen benötigen. In der Mehrzahl der Fälle profitieren ältere Versicherte deshalb überproportional, obwohl sie nur unterproportional an der Finanzierung beteiligt sind. Damit enthält die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts ein Demographieproblem. Jüngere Versicherte zahlen den medizinischen Fortschritt, der älteren Versicherten zugute kommt. Dabei überzeugt auch nicht der Gegeneinwand, dass die heute jüngere Generation dann im Alter ja von der Finanzierungsbereitschaft der dann jüngeren Generation profitiert, denn dies gilt erstens wie beim Demographieproblem generell nur bei einem pyramidalen Bevölkerungsaufbau, nicht aber in einer Situation des demographischen Wandels eines zunehmenden Altenquotienten und zweitens wird dabei übersehen, dass die ältere Generation sich den medizinischen Fortschritt zu heutigen Preisen von der nachwachsenden Generation bezahlen lässt, ihrerseits in jungen Jahren aber den medizinischen Fortschritt für die damals ältere Generation aber zu wesentlich günstigeren Preisen bezahlt hat.

- (4) Da ältere Menschen in aller Regel niedrigere Einkommen als jüngere Menschen haben, zahlen sie absolut gesehen auch weniger Beitrag. Damit ist die umlagefinanzierte GKV auch von der Beitragsseite einem demographischen Risiko unterworfen.

2.1.2 Belastung der Lohnnebenkosten

Die GKV-Beiträge der Arbeitnehmer werden zur Hälfte durch den Arbeitgeber bezahlt. Damit belastet die absolute Höhe sowie die kostenbedingte Steigerung der Beiträge unmittelbar die Lohnnebenkosten.

2.1.3 Wahlfreiheit und Wettbewerb

GKV-Versicherte haben die freie Wahl zwischen allen geöffneten Krankenkassen. Es besteht eine Bindungsfrist von mindestens 18 Monaten; außerdem ein Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen.

Da Leistungsunterschiede der Krankenkassen keinen Niederschlag in risikogerecht kalkulierten Beitragsdifferenzen finden dürfen, muss der Leistungskatalog der Krankenkassen bis auf einige satzungsbedingte Randbereiche vereinheitlicht sein.

Beitragssatzdifferenzen können dann noch die Folge von unterschiedlichen Risikozusammensetzungen auf der Seite der Beitragszahler sein. Um diese Differenzen ausgleichen und um damit den Versicherten erst die Möglichkeit der Kassenwahlfreiheit zu geben, ist der Risikostrukturausgleich geschaffen worden. Dieser gleicht derzeit die Faktoren Alter, Familie, Geschlecht und Einkommen aus. Wesentliche Beitragssatzdifferenzen bleiben derzeit vor allem durch unterschiedliche Morbiditätsstrukturen der Versicherten bestehen. Sollte etwa ab 2007 tatsächlich die Morbidität als zusätzlicher Ausgleichsfaktor eingeführt werden, dann müssten die faktischen Beitragssatzdifferenzen sich auf ein vor allem durch Unterschiede in den Verwaltungskosten und Satzungsleistungen resultierendes Minimum beschränken. Die Kassenwahlfreiheit ist darüber hinaus in letzter Konsequenz dann nichts anderes mehr als eine Auswahlentscheidung zwischen gleichen Leistungen zu gleichen Preisen.

Der Wettbewerb zur PKV ist eingegrenzt, weil er

- nur für freiwillig GKV-Versicherte besteht
- eine Rückkehr von der PKV zur GKV grundsätzlich ausgeschlossen ist.

2.1.4 Effektivität und Effizienz

Der innerhalb der GKV eingeschränkte Wettbewerb ist ein Zeichen für eine unbefriedigende Effizienzregelung.

2.1.5 Bezahlbarkeit der Beiträge

Alle bekannten Prognosen zur Beitragsentwicklung in der GKV gehen davon aus, dass auf der Basis der heutigen Leistungskatalogs der Beitragssatz auf über 20 Beitragspunkte, bei Zugrundelegung von pessimistischen Annahmen der Beitrag sogar bis auf über 30 Punkte ansteigen wird.

Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Belastung mit den Abgaben für die anderen Sozialversicherungssysteme nicht verkraftbar.

Gegen diese Beitragssatzdynamik hat man sich in den letzten 20 Jahren mit einer ununterbrochenen Folge von Kostendämpfungsgesetzen zu wehren versucht. Dabei hat Kostendämpfung immer auf den beiden Seiten Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (im Rahmen des Möglichen) und Leistungskürzungen stattgefunden. Je stärker weiterhin ein Beitragssatzdruck festzustellen ist, desto größer wird in Zukunft der Rationierungsdruck sein. Da der demographische Wechsel erst in den nächsten Jahren – etwa 2010 – als weiterer Beitragsbelastungsfaktor hinzutritt, wird dann auch der Rationierungsdruck in eine neue Dimension eintreten.

2.1.6 Verteilungsgerechtigkeit

Konzeptionell ist die Einkommensumverteilung in der Krankenversicherung ein Fremdkörper. Trotzdem ist sie historisch gewachsen.

Die interpersonelle Einkommensumverteilung weist große Defizite auf:

- Einkommen außerhalb des Erwerbseinkommens bleibt für die Einkommensumverteilung unberücksichtigt.
- Einkommen jenseits der Bemessungsgrenze bleibt ebenfalls unberücksichtigt.
- Die Einkommensumverteilung in Kombination mit der Familienkomponente funktioniert nicht. Ein Doppelverdienerehepaar mit zwei Kindern zahlt i.d.R.

mehr Beitrag als ein kinderloses Einverdienerehepaar mit gleichem Einkommen.

Die intergenerative Einkommensumverteilung weist aufgrund der fehlenden Nachhaltigkeit der Finanzierung extreme Defizite auf. Die junge Generation zahlt in überproportionalem Maße die Gesundheitskosten der älteren Versicherten.

Dieser vor allem demographisch bedingte Defizit wird wie oben dargestellt ansteigen. Intergenerativ betrachtet ist die GKV eine Veranstaltung zur Ausbeutung der Jüngeren zugunsten der Älteren. Dies ist zudem ein Angriff auf die Bestandsfähigkeit des Generationenvertrages.

Die intersystemische Einkommensumverteilung zwischen GKV und PKV ist dadurch geprägt, dass die GKV in der Regel Versicherte, die bisher hohe Beiträge gezahlt haben, an die PKV verliert. Wenn dies – wie meist – in jüngeren Jahren geschieht, ist der für die GKV zumindest zum Übertrittszeitpunkt entstehende Nachteilssaldo beträchtlich. Dem stehen zwei Faktoren gegenüber:

- Viele Wechsler zur PKV befinden sich in einem Lebensalter, in dem sie die längste Zeit als „gutes Risiko“ in der GKV verbracht haben. Die Lebensabschnitte mit hohen Gesundheitskosten verbringen sie dann in der PKV.
- Die PKV leistet einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag an das Gesundheitswesen, indem sie für viele Gesundheitsleistungen deutlich höhere Preise als die GKV bezahlen muss. So sieht zum Beispiel die von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für ärztliche Leistungen vor, dass der Privatpatient für die gleiche Leistung nahezu das Dreifache gegenüber dem Kassenpatienten zu bezahlen hat. Diese „Überzahlungen“ des selbstzahlenden Sektors summieren sich im Jahr auf etwa 5 bis 6 Mrd. Euro auf. Ohne diese Beiträge sind weite Teile des gesundheitlichen Versorgungsangebotes entweder wirtschaftlich nur begrenzt noch überlebensfähig oder können gegenüber heute nur einen niedrigeren medizinischen Versorgungsstandard aufrecht erhalten.

2.2 PKV

2.2.1 Nachhaltigkeit

Das derzeitige Kapitaldeckungsverfahren der PKV leistet Nachhaltigkeit auf mehreren Ebenen:

- Die Alterungsrückstellung ist der Garant dafür, dass die Beiträge allein wegen des Älterwerdens der versicherten Person nicht angehoben werden können.
- Die Zurverfügungstellung von 90 Prozent der rechnerischen Überzinsen für die Alterungsrückstellungen ist ein weiterer Teil der Zukunftsvorsorge.
- Der seit 2000 individuell zu erhebende Zuschlag von 10 Prozent auf die Beiträge zur Ausfinanzierung von Beitragserhöhungen und damit ihrer Vermeidung ab dem 65sten Lebensjahr ist ein weiterer Teil der Zukunftsvorsorge.

Die Versorgungsfunktion ist damit über dem demographischen Wandel, also die rein demographische Vorsorge hinaus ausgeweitet worden.

Es ist eine offene Frage, ob diese Zukunftsvorsorge in ihrer Gesamtheit ausreicht, alle Kostensteigerungsfaktoren der Zukunft aufzufangen. Überzinsverwendung und 10-Prozent-Zuschlag sind gesetzestechnisch nicht besonderen Steigerungsfaktoren *expressis verbis* zugewiesen. Sie stellen nur in ihrer Gesamtheit ein System dar, dass heute jemanden, der in jungen Jahren zur PKV kommt, die Aussicht gibt, im Alter ab dem 65sten Lebensjahr selbst dann keine Beitragserhöhung mehr zu bekommen, wenn die Kostendynamik so bleibt, wie sie in der Vergangenheit der zurückliegenden Jahre war.

Die Vorsorge in der PKV ist bezogen auf alle Kostensteigerungsfaktoren eine Teilvorsorge. Insbesondere bis zum 65sten Lebensjahr sind Beitragssteigerungen keineswegs ausgeschlossen.

Die Effekte sind im Einzelnen zu analysieren:

- (1) Der demographische Wandel hat aufgrund der Alterungsrückstellung im Grundsatz keine Auswirkung auf die Beitragsentwicklung im Alter.
- (2) Eine Besonderheit ist die verlängerte Lebenserwartung. Diese führt kalkulatorisch dazu, dass die zugrundegelegte Alterungsrückstellung - solange nicht

uneingeschränkt die Kompressionsthese gilt (s.o.) – nicht ausreicht. Erforderlich ist eine Nachfinanzierung. Dies führt zu Beitragserhöhungen, soweit dies nicht durch oben erläuterte zusätzliche Vorsorgemaßnahmen abgedeckt ist. Allerdings wird damit jede Generation nur in ihrer eigenen Betroffenheit belastet (vgl. 2.1.6 und 2.2.6).

- (3) Im Prinzip dieselbe Argumentation gilt für die Finanzierung des medizinischen Fortschritts. Finanziell belastet wird jede Generation präzise im Ausmaß ihre Inanspruchnahme. (vgl. 2.1.6 und 2.2.6).
- (4) Der allgemeine Preisanstieg im Gesundheitswesen begründet weiterhin Beitragserhöhungen, die partiell durch die Überzinsverwendung und durch den 10-prozent-Zuschlag im Alter ausgeglichen werden.

2.2.2 Lohnnebenkosten

Im heutigen System belasten die PKV-Beiträge die Lohnnebenkosten so wie die GKV-Beiträge. Dabei gibt es einen Unterschied. Der Arbeitgeberzuschuss für einen PKV-Versicherten endet in Höhe der Hälfte des durchschnittlichen GKV-Beitrags. Hat ein Arbeitnehmer mit seinem PKV-Beitrag die Höhe des durchschnittlichen GKV-Beitrags erreicht, dann führt eine weitere PKV-Beitragserhöhung nicht mehr zu einer weiteren Arbeitgeberbelastung.

Umgekehrt stellt eine Unterschreitung des GKV-Höchstbeitrags eine Entlastung des Arbeitgebers um Lohnnebenkosten dar.

2.2.3 Wahlfreiheit und Wettbewerb

Risikogerecht kalkulierte Tarife ermöglichen einen Versicherungsschutz nach individuellen Präferenzen. Veränderungen im Versicherungsschutz während der Vertragsfreiheit sind generell möglich, da dies entsprechende Veränderungen im Risikobeiträge nach sich ziehen kann.

Da der Versicherungsschutz allerdings mit Blick auf die möglicherweise erst in späteren Jahren eintretende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abgeschlossen wird, bestehen objektive Schwierigkeiten im Wechsel des Versicherungsunternehmens während der Vertragslaufzeit. Derzeit ist ein Wechsel des Versicherungsunternehmens nur möglich, indem auf die erworbenen Rechte beim bisherigen Unternehmen verzichtet wird. Die oft

geforderte Mitgabe der Alterungsrückstellung beim Wechsel würde im Ergebnis eine Erleichterung des Wechsels für das „gute Risiko“ bedeuten, während das „schlechte Risiko“ einer Entsolidarisierung durch den Abgang von guten Risiken aus der Versichertengemeinschaft gegenüberstünde. Derzeit liegt kein zufriedenstellendes Modell einer Verbesserung des Bestandswettbewerbs innerhalb der PKV vor.

2.2.4 Effektivität und Effizienz

Der dem System geschuldete Mangel an Bestandswettbewerb ist ein Zeichen für eine unbefriedigende Effizienzregelung.

2.2.5 Bezahlbarkeit der Beiträge

Die nach dem Eintrittsrisiko differenzierte Beitragsgestaltung in der PKV erlaubt im Grundsatz keine Berücksichtigung von sozialpolitischen Faktoren bei der Beitragsgestaltung. Die Existenz eines Standardtarifs analog dem Leistungsniveau der GKV mit einer Höchstbeitragsgarantie zeigt allerdings, dass im begrenzten Rahmen auch Versicherungsangebote für sozial Schutzbedürftige denkbar sind.

2.2.6 Verteilungsgerechtigkeit

Die PKV-Beitragsgestaltung weist keine Elemente der Einkommensumverteilung auf. Jede Generation zahlt präzise die ihr zuzurechnenden Kosten.

Im Einzelnen hat das folgende Effekte:

- Steigende Kosten belasten jede Generation im Ausmaß ihrer Betroffenheit.
- Kosten des medizinischen Fortschritts werden alterskohortengerecht präzise den in Anspruch nehmenden Altersgruppen zugerechnet.
- Kosten aus einer steigenden Lebenserwartung sind von den Gruppen zu tragen, die von der Wahrscheinlichkeit der steigenden Lebenserwartung profitieren.

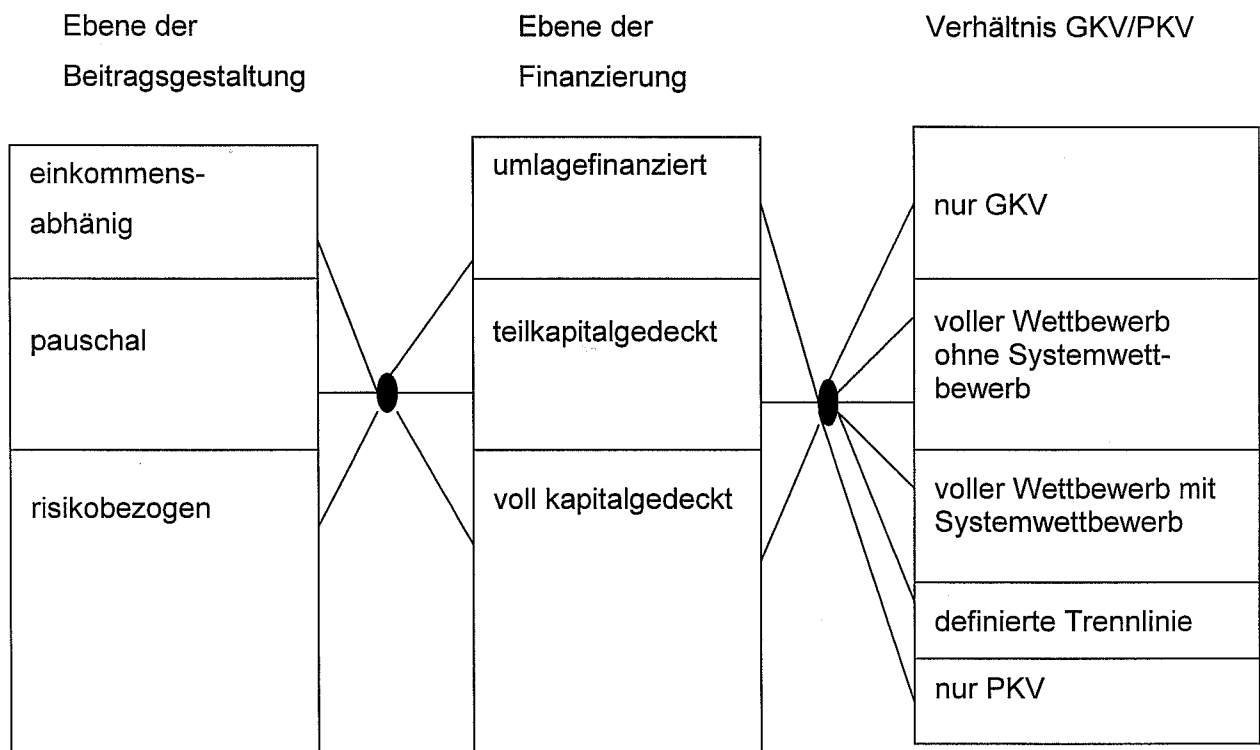
3. Theorie der Modellkonstruktion

Gegenwärtig existiert eine Flut von mehr oder weniger ausführlich diskutierten Reformvorschlägen. Eine Analyse zeigt, dass für die Reformarchitekten nur eine begrenzte Zahl an Gestaltungsvariablen zur Verfügung steht.

Jeder Reformvorschlag muss zu drei unterschiedlichen Entscheidungsebenen Stellung beziehen:

- Beitragsgestaltung
- Finanzierungsgestaltung
- Verhältnis GKV/PKV

Innerhalb jeder Entscheidungsebene gibt es weiter festzulegende Untergruppen, die in nachfolgender Grafik verdeutlicht werden:



Von damit theoretisch möglichen 45 Kombinationen ist nicht jede sinnvoll. Eine einkommensunabhängige Beitragsgestaltung, die voll kapitalgedeckt wäre und nur von der GKV angeboten werden sollte, würde wohl niemand ernsthaft in Erwägung ziehen. Eine risikobezogene, aber umlagefinanzierte PKV ist theoretisch vorstellbar.

Alle Modellvarianten können vor dem Hintergrund des oben geschilderten Zielsystems diskutiert werden.

4. Prüfung von Modellvorschlägen

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen im Folgenden wichtige Modellvorschläge geprüft werden.

4.1 Die Bürgerversicherung

Die medial geschickt mit dem Begriff Bürgerversicherung bezeichnete Reformvariante beinhaltet aus der o.g. Modellkonstruktion folgende Elemente:

- einkommensabhängige Beitragsgestaltung (je nach Variante mit oder ohne Beitragsbemessungsgrenze)
- Umlagefinanzierung
- Zum Verhältnis GKV/PKV gibt es unterschiedliche Modellvarianten. In reiner Form ist es ein reines GKV-Modell; in einer Variante (SPD-Leitantrag für den Bundesparteitag) wird ein Systemwettbewerb mit der PKV als möglich angesehen allerdings unter Einbeziehung der PKV in einen Finanzausgleich mit der GKV.

Die Bürgerversicherung gibt keine Antwort auf den demographischen Wandel. Selbst wenn die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage die evtl. erfolgende Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Verbreiterung des in der GKV versicherten Personenkreises eine – wenn auch geringfügige – Absenkung des Beitragssatzes erlauben sollte, wird das in keinem Fall etwas an der für die nächsten Jahrzehnte prognostizierten Beitragsdynamik ändern.

Auch die Verlängerung der Lebenserwartung und die daraus resultierenden Kosten sowie der medizinische Fortschritt führt zu einer erheblichen Beitragsmehrbelastung nachwachsender Generationen.

Die Entlastung der Lohnnebenkosten gelingt nur in dem Umfang, in dem eine Beitragssatzsenkung möglich sein sollte. Geht mit der Bürgerversicherung eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze einher, bedeutet dies eine Erhöhung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber bei allen davon betroffenen Arbeitnehmern. Hochlohnintensive

Wachstumsbranchen werden davon besonders betroffen sein. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Lage hat durch die Bürgerversicherung deshalb eine Vernichtung von Arbeitsplätzen bis zu 3 Prozent vorausgerechnet. Die Lohnnebenkosten werden in der Bürgerversicherung voll mit der Dynamik der Beitragssatzentwicklung belastet, da der Arbeitgeberzuschuss im gleichen Umfang wie die Beiträge steigt.

Die Befürworter der Bürgerversicherung ziehen als tragfähiges Unterstützungsargument insbesondere die verbesserte Einkommensumverteilung heran. Dies mag auf den ersten Blick plausibel erscheinen, hält aber einer näheren Prüfung nicht stand. Eine erste genaue Beschreibung findet sich im Abschlussbericht der Rürup-Kommission. Danach soll sich die Beitragsbemessung am einkommenssteuerlichen Einkommensbegriff ausrichten. Bemessungsgrundlage soll sein

- bei den Einkünften aus Gewerbebetrieb, aus selbständiger Tätigkeit und aus Land und Forstwirtschaft jeweils der Gewinn (= Nettoprinzip),
- bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, aus Kapitaleinkünften, aus sonstigen Einkünften jeweils die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (= Nettoprinzip),
- bei den Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit die Summe der Einnahmen ohne Abzug von Werbungskosten (=Bruttoprinzip).

Abgesehen von der Tatsache, dass eine Ungleichbehandlung unterschiedlicher Einkunftsarten auch vor dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgebot keinen längerfristigen Bestand haben dürfte, wird das Ziel Verteilungsgerechtigkeit krass verfehlt. Es gilt in der Verteilungspolitik schon seit jeher als unbefriedigender Tatbestand, dass Selbständige und Gewerbetreibende ein unverhältnismäßig größeres steuerliches Gestaltungsprivileg als Arbeitnehmer haben. Diese Ungleichbehandlung würde auf die Spitze getrieben, indem das Gestaltungsprinzip der Selbständigen und Gewerbetreibenden voll anerkannt, den Arbeitnehmern aber die Anerkennung von Werbungskosten zur Gänze aberkannt werden würde.

Die Alternative einer Gleichbehandlung aller Einkunftsarten dürfte daran scheitern, dass die Bürgerversicherung dann ein pauschaler Zuschlag auf die Einkommenssteuer wäre. Aus der Tatsache heraus, dass das Aufkommen des Staates in veranlagter und nicht veranlagter Einkommenssteuer sowie an Lohnsteuer im Jahr 2002 139,7 Mrd. Euro betrug, die Ausgaben der GKV im selben Jahr aber geringfügig über 142 Mrd. Euro lagen, wird deutlich,

dass eine Verdopplung der Einkommenssteuer das Ergebnis wäre. Im Ergebnis ist die Bürgerversicherung damit wirtschafts- wie finanzpolitisch unverantwortlich.

Vor diesem Hintergrund ließe sich die Bürgerversicherung auch nicht als eine staatsferne Lösung behaupten, zudem der Beitragseinzug im wesentlichen unter Einbeziehung der Finanzämter laufen müsste. Vor diesem Hintergrund ist es nur schwer vorstellbar, wie ein System von unterschiedlichen Kassen mit unterschiedlichen Beitragssätzen aufrecht erhalten bleiben soll. Die Einbeziehung der Finanzämter in die Beitragserhebung bzw. in den Beitragseinzug legt einen kasseneinheitlichen Beitrag nahe, zumal aufgrund des um den Morbiditätsfaktor erweiterten Risikostrukturausgleichs und aufgrund des kasseneinheitlichen Leistungsangebots die wichtigsten Differenzierungsmerkmale für die Beitragssätze entfallen sind. Am Ende steht die Frage, ob die Bürgerversicherung nicht einen direkten Pfad in eine Einheitsversicherung begründet.

4.2 Modelle einer Gesundheitsprämie

Es gibt derzeit ein breites Spektrum unterschiedlicher Modelle einer Gesundheitsprämie. Übereinstimmend verfolgen sie die Idee eines einkommensunabhängigen über Pauschalen finanzierte Gesundheitssystems.

Sie unterscheiden sich bei der weiteren Ausgestaltung:

- Das Rürup-Modell ist umlagefinanziert und hält eine Versicherungspflichtgrenze als Trennungsmerkmal zwischen PKV und GKV aufrecht.
- Das Modell der Gemeinschaftsinitiative ist umlagefinanziert und lässt GKV und PKV (ebenfalls umlagefinanziert) unter gleichen Wettbewerbs- und Finanzierungsbedingungen im Wettbewerb antreten.
- Das Modell der Herzog-Kommission ist voll kapitalgedeckt und hält eine Versicherungspflichtgrenze als Trennungsmerkmal zwischen PKV und GKV aufrecht.
- Das Modell der CDU modifiziert den Vorschlag der Herzog-Kommission in Richtung einer Teilkapitaldeckung.

4.2.1 Der Zielerreichungsgrad des Rürup-Modells

Das Rürup-Modell leistet für die GKV keine Antwort auf den demographischen Wandel. Sowohl die Verlängerung der Lebenserwartung als auch der medizinische Fortschritt muss überproportional von den nachwachsenden Generationen finanziert werden.

Eine tragbare Beitragsbelastung wird nur erreicht, wenn Beziehende niedriger Einkommen staatliche Transfers erhalten. Der Bedarf an staatlichen Transfers nimmt dabei fortwährend zu, die Pauschalprämie wird im Zeitablauf stärker steigen als die allgemeine Einkommensentwicklung (vgl. 4.2.2). Dabei nimmt nicht nur die Zahl der Transferberechtigten sondern auch die durchschnittliche Höhe des Transfers überdurchschnittlich zu.

Die Staatsferne wird verfehlt in dem Umfang, in dem der Staat zum Mitfinanzierer des Gesundheitswesens durch seine Transferverpflichtung wird. Es ist nur ein begrenzt überzeugend anmutender Lösungsansatz, wenn alle Kostenrisiken bis hin zum medizinischen Fortschritt auf den Staat als Transfergeber überantwortet werden. Der Staat wird seinerseits nicht zur Übernahme der Kostenrisiken bereit sein, wenn er nicht unmittelbar steuernd und das heißt kostenbegrenzend auf das Gesundheitswesen Einfluss nehmen kann.

Eine Entlastung der Lohnnebenkosten gelingt in dem Umfang, in dem die Entwicklung der Lohnnebenkosten von der Entwicklung der Beiträge abgekoppelt wird. Die Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses bedeutet, dass dieser dem Gehalt zuzurechnende Zuschuss zwar das Schicksal der Lohndynamik nicht aber mehr das Schicksal der Beitragsentwicklung teilt.

Die Problematik der Lohnnebenkosten liegt in ihrem wirtschaftspolitisch lähmenden Effekt. Dies muss im Zusammenhang zur Transferverpflichtung im Prämienmodell gesehen werden. Je höher der Transferbedarf desto höher ist das notwendige Steueraufkommen zur Finanzierung dieses Bedarfs. Steuertechnisch ist die Mittelaufbringung über Verbrauchswachstum oder über Einkommens-/Gewinnsteuer möglich. Die Mittelaufbringung über Verbrauchssteuern ist deshalb nicht empfehlenswert, weil damit in einem erheblichen Umfang Personen belastet werden, die zugleich transferanspruchsberechtigt sind. Bei einer Mittelaufbringung über Einkommens-/Gewinnsteuern muss bedacht werden, dass ihre Mittelaufbringung umso ergiebiger ist, je mehr auch untere und mittlere Einkommensbezieher zur Finanzierung herangezogen werden. Da dies nicht gewollt ist, weil künftige Transferempfänger nicht zusätzlich belastet werden sollen, bleibe die Konzentration

auf höhere Einkommensbezieher. Damit verbinden sich zwei Probleme. Zum einen ist die Mittelaufbringung in diesem Einkommenssegment vermutlich nicht ausreichend, zum anderen werden damit in erheblichem Umfang auch Unternehmen belastet. Die Folgen sind entsprechend nachteilige wirtschaftspolitische Konsequenzen. Überspitzt formuliert droht die Gefahr, dass die Entlastung der Lohnnebenkosten zumindest partiell über eine höhere Unternehmensbelastung finanziert wird.

Es ist bisher unbeantwortet, wie viel Raum das Modell für Wettbewerb und Wahlfreiheit lässt. Im allgemeinen gilt auch hier, dass Beitragsdifferenzierungen nur bei Leistungsdifferenzierungen möglich sind, die in der Umlagefinanzierung ausgeschlossen sind. Die zweite Alternative besteht in einem Vertragswettbewerb in der Beziehung zur Leistungsanbieterseite. Da hierfür zur Zeit kein konsistentes Modell vorliegt, ist die Frage nach einem funktionsfähigen Wettbewerb bisher unbeantwortet.

Das Prämienmodell verändert die Wettbewerbsbeziehung zwischen PKV und GKV. In der Regel dürfte die Einstiegsprämie in der PKV zur Gesundheitsprämie im Rürup-Modell kaum wettbewerbsfähig sein, solange die PKV in ihre Prämie nicht nur zusätzlich die volle Alterungsrückstellung, sondern auch Mehrausgaben für höhere Preise von Leistungsanbietern gegenüber den GKV-Preisen einkalkulieren muss. Um das Modell an der Trennlinie funktionsfähiger zu machen, bedürfte es zumindest einer Nachjustierung der Leistungspreise.

4.2.2 Das Herzog-Modell

Das Herzog-Modell sieht zunächst eine einkommensabhängige Übergangsförderung vor bis nach dem Ablauf von 10 Jahren ein ausreichender Kapitalstock aufgebaut ist, um dann in ein voll kapitalgedecktes Prämienmodell zu wechseln.

Es unterscheidet sich vom Rürup-Modell allein durch den Tatbestand der vollen Kapitaldeckung. Dies führt zu einer größeren Demographiefestigkeit, allerdings um den Preis einer zunächst höheren Pauschalprämie und damit auch eines zunächst höheren staatlichen Transferbedarfs.

4.2.3 Das Modell der CDU

Entsprechend setzt der CDU-Leitantrag hieran nun einen anderen Schwerpunkt. Um den Preis der Aufgabe einer vollen Kapitaldeckung lässt sich die Einstiegsprämie reduzieren. Die

Teilkapitaldeckung dabei ist zur Ergänzung der Umlagefinanzierung generell geeignet, um Demographiefestigkeit zu erreichen, wenn sie in dem Umfang aufgebaut wird, in dem das Gleichgewicht des pyramidalen Bevölkerungsaufbaus geschwächt ist. Dies geschieht allerdings um den Nachteil, dass die Kostenfaktoren steigende Lebenserwartung und medizinischer Fortschritt wie in der reinen Umlagefinanzierung überproportional von den nachwachsenden Generationen bezahlt werden müssen.

4.2.4 Das Modell der Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft

Das Modell besteht aus folgenden Elementen:

- pauschalierte Einheitsprämien je Krankenkasse
- vollständige Umlagefinanzierung
- reines GKV-Modell (Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung); Bestandsschutz für PKV-Versicherte, PKV kann unter GKV-Bedingungen anbieten.

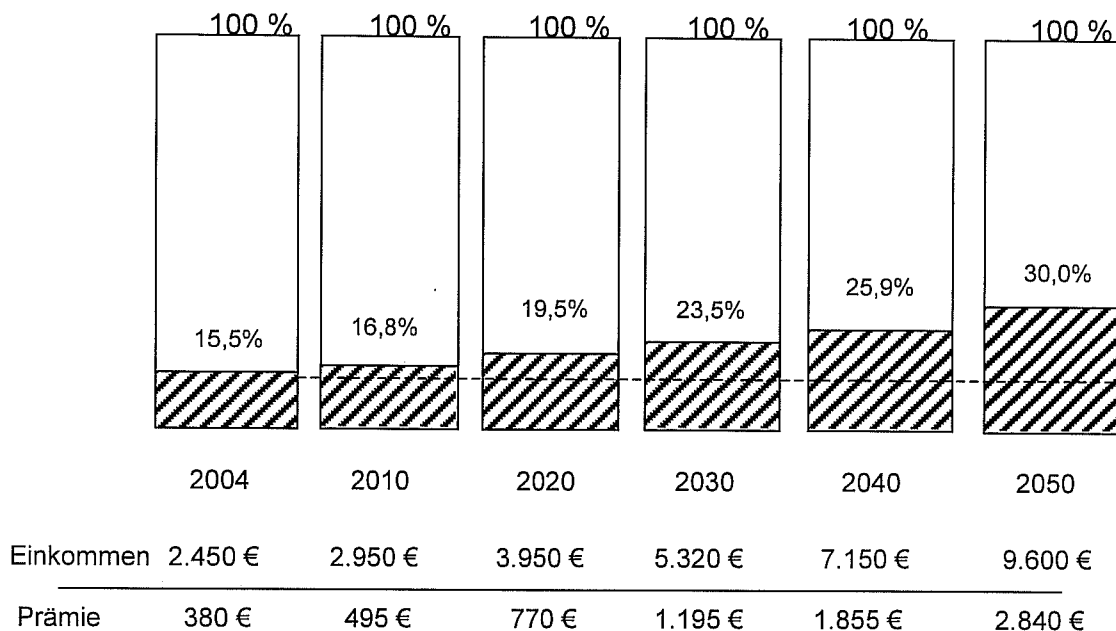
Damit leistet das Modell keine demographische Vorsorge.

Ebenso sind die Kosten des medizinischen Fortschritts und eine steigende Lebenserwartung überproportional von den nachwachsenden Generationen zu bezahlen.

Von entscheidender Konsequenz ist, dass diese nicht gebildete Zukunftsvorsorge zu erheblichen Steigerungen der pauschalen Prämie in der Zukunft führt.

Die folgende Grafik stellt die Auswirkungen in einem von Bernd Hof entwickelten Beitragsprognosemodell dar. Ausgangspunkt ist ein Einverdienerehepaar mit einem Durchschnittseinkommen als Arbeitnehmer. Im Ergebnis wird deutlich, dass die Pauschale, die anfänglich für ein Ehepaar noch 380 € (2 x 190 €) beträgt, in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigt. Im hier zugrundegelegten Modell wächst bedingt durch den demographischen Wandel, den medizinischen Fortschritt sowie durch die allgemeine Kostenentwicklung im Gesundheitswesen die Prämie pro Jahr um etwa 1,45 % schneller als das Bruttoeinkommen. Folglich steigt die prozentuale Belastung des Einkommens für die Prämie kontinuierlich bis zu einem Wert von 30 % im Jahr 2050 an.

Belastung durch Gesundheitsprämie
 (Arbeitnehmerehepaar mit einem Verdiener und durchschnittlichem Einkommen)
 (Annahme: jährliches Einkommenswachstum von 3 %)

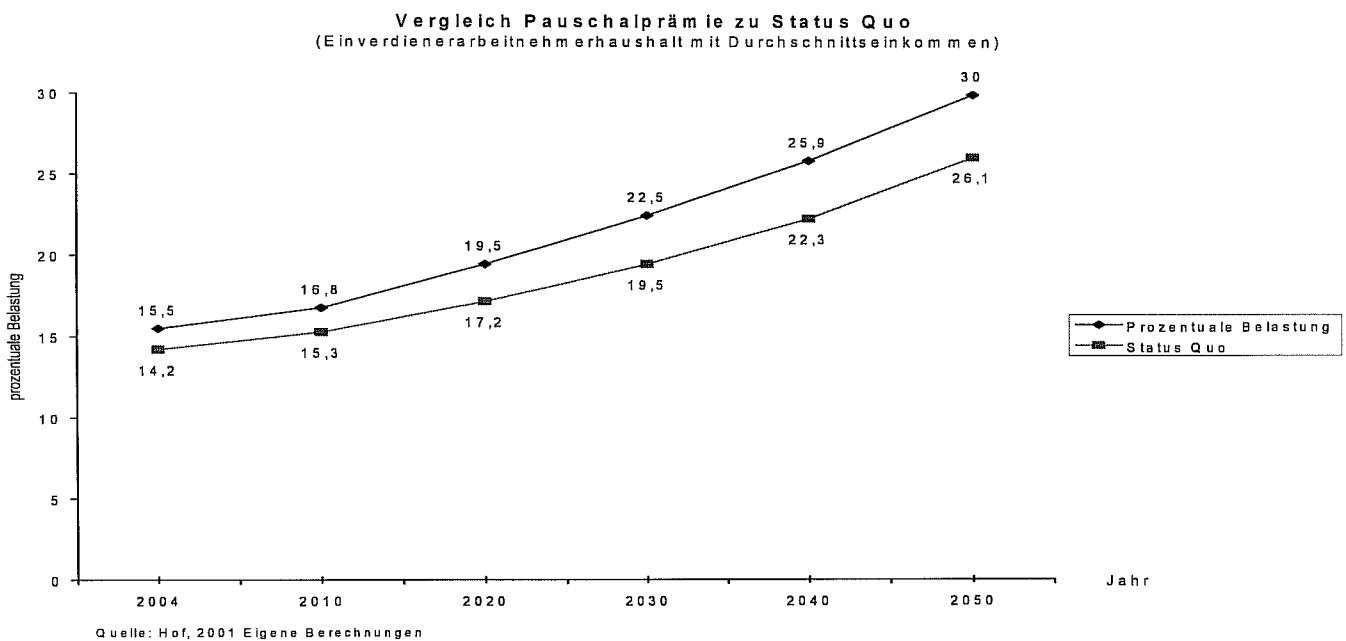


Quelle: Hof 2001
 Eigene Berechnungen

Dies hat wiederum zwei Konsequenzen. Zum einen sollen Einkommensbezieher ab einer bestimmten festzulegenden Prämienbelastung zum finanziellen Ausgleich staatliche Transfers erhalten. Die erforderlichen Transfers werden folglich immer größer. Außerdem steigt zum anderen die Zahl der Transferanspruchberechtigten, weil selbst Bezieher einer überdurchschnittlichen Einkommens systematisch in den Bereich des Transferbedarfs hineinwachsen.

Damit verbindet sich zugleich die Frage der Finanzierung des Transferbedarfs. Da die Steuerergiebigkeit in aller Regel mit dem Anstieg des Einkommens abnimmt, werden die erforderlichen Steuereinnahmen für den Transferbedarf nur aufgebracht werden können, wenn zunehmend nicht nur überdurchschnittliche, sondern auch durchschnittliche oder sogar unterschiedliche Einkommensbezieher steuerlich zusätzlich belastet werden. Je höher der absolut notwendige Transferbedarf wird, desto mehr besteht die Gefahr, dass die zusätzliche für die Transferverpflichtung erforderliche Steuerbelastung und die Transferanspruchsberechtigung in einer Hand vereint werden. Das Prinzip „linke Tasche – rechte Tasche“ würde damit zu einem wichtigen sozialpolitischen Gestaltungsprinzip werden. Anders gewendet ist das Ergebnis eine Erhöhung der Staatsquote.

Die eigentlich von den gesundheitspolitischen Reformvorschlägen zu lösende Aufgabe einer Bewältigung der zukünftigen Finanzierungsanforderungen wird nicht gelöst. Das demographische Risiko, die Finanzierung des medizinischen Fortschritts, wird letztlich via steigender Transferverpflichtung auf den Staat als Finanzier abgewälzt. Das ist nicht nur kein zukunftsweisendes Konzept, sondern schneidet, wie nachfolgende Grafik zeigt, sogar gegenüber dem Status Quo eines Weiterbestehens der derzeitigen Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge - gemessen an der Belastung der Versicherten - schlechter ab.



In dieser Grafik ist die Beitragssatzentwicklung im bestehenden Finanzierungssystem auf dem Prognose-Modell von Bernd Hof als Status quo Entwicklung dargestellt. Demgegenüber steht die prozentuale Einkommensbelastung mit Prämien im Pauschalmodell der Gemeinschaftsinitiative.

5. Schritte für eine Rationalisierung des Reformprozesses

In einer Zusammenschau der oben vorgestellten Modelle bleibt festzustellen: Solange sie keine Elemente der Kapitaldeckung – also zumindest eine Teilkapitaldeckung beinhalten – leisten sie keine zusätzliche Zukunftsvorsorge. Das Hauptproblem des zukünftigen Gesundheitswesens wird dann nicht angegangen.

Dafür thematisieren diese Modelle umso ausführlicher Fragen der Einkommensverteilung. Dabei bleibt jedoch die wichtige Frage der intergenerativen Einkommensverteilung unbeantwortet.

Zum großen Teil stellen sich die Modelle der Notwendigkeit einer Entlastung der Lohnnebenkosten. Allen Modellen, denen eine Entlastung gelingt, kommen ohne eine größere Steuerfinanzierung (für die Finanzierung der Einkommenstransfers) nicht aus. Es ist bisher nicht untersucht, inwieweit der positive Wirtschaftsimpuls einer höheren Steuerbelastung auch für Unternehmen kompensiert wird.

Vor diesem Hintergrund hilft nur die Erkenntnis, dass es das „ideale Modell“, mit dem sich alle Probleme lösen lassen und mit dem sich alle anvisierten Ziele erreichen lassen und das noch dazu in einem überschaubaren Umbauprozess vom heutigen System auf das neue System offensichtlich nicht gibt und vermutlich auch gar nicht geben kann.

Nicht hinreichend geprüft ist auch bis heute die Frage, ob das derzeitige System nicht genügend Raum für Korrekturen gibt, um einen höheren Zielerreichungsgrad zu schaffen.

Im Folgenden sollen hierfür nur Stichworte gegeben werden.

5.1 Problem der fehlenden Nachhaltigkeit

Die oben skizzierte Zukunftsbelastung macht deutlich, dass jeder Euro zu bildende Zukunftsvorsorge ein Euro Beitragsentlastung in der Zukunft darstellt. Etwaige Zinsgewinne sind noch hinzuzurechnen.

Deshalb führt an einer neuen Balance zwischen Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung kein Weg vorbei. Eine Umstellung auf ein System der vollständigen Kapitaldeckung scheidet schon deshalb aus, weil der nachwachsenden Generation keine vollständige Doppelfinanzierung von einer Mitfinanzierung der Gesundheitskosten älterer Versicherter einerseits und dem Aufbau einer eigenen Zukunftsvorsorge andererseits zuzumuten ist.

Eine Teilkapitaldeckung ist systematisch auch deshalb ausreichend, weil die Umlagefinanzierung nur in dem Umfang demographiefähig ist, wie die Idealform des demographischen Aufbaus verfehlt wird. Es ist als eine Teilkapitaldeckung für die „demographischen Dellen“ erforderlich.

Eine neue Balance zwischen beiden Finanzierungsverfahren ist in mehrfacher Form möglich. Zum einen kann in der GKV z.B. für kinderlose Paare ein Zusatzbeitrag erhoben werden, um gezielt eine demographische Rücklage zu bilden. Zum anderen ist eine neue Balance auch möglich, indem gezielt einige Leistungen aus der GKV herausgenommen werden und in eine kapitalgedeckte PKV zu überführen. Konkrete Vorschläge hat es bereits für die Leistungen Krankengeld, zahnmedizinische Versorgung und private Unfälle gegeben.

Ohnehin wird – egal in welchem System – die Beitragsentwicklung einen erheblichen Rationierungsdruck in der GKV auslösen. Es bietet sich an, dann gleichzeitig über eine Überführung in die Kapitaldeckung nachzudenken.

Auch unmittelbare Kooperationen zwischen GKV und PKV sind möglich. Die PKV ist dabei ein solches Modell in der Pflegeversicherung zu entwickeln, indem die heute festgeschriebenen Leistungen in der Pflegeversicherung künftig dynamisiert werden und für die Finanzierung eine private Versicherung bspw. in einer Prämienhöhe von 7 € abgeschlossen wird. Zugleich wird aus diesem Beitrag schrittweise eine kapitalgedeckte Finanzierung aufgebaut.

5.2 Problem: steigende Lebenserwartung

Im geltenden System der GKV werden nachwachsende Generationen zur Mitfinanzierung der Lebenserwartung der älteren Versicherten herangezogen. Dies ist unter Aspekten der Verteilungsgerechtigkeit höchst problematisch.

Im bestehenden System der GKV lässt sich trotzdem eine Lösung finden, indem darüber nachgedacht wird, ob ältere Versicherte bei steigender Lebenserwartung nicht eine höhere Mitfinanzierung zugemutet werden kann. Die jetzige Gesundheitsreform ist ein Schritt in diese Richtung gegangen, indem Rentner jetzt auf Betriebsrenten den vollen Beitragssatz zahlen müssen. Auch andere Formen, etwa in der Form einer unterschiedlichen Beitragsgestaltung für Erwerbstätige und Ruheständler sind denkbar. Aufgabe der Krankenversicherung sollte es nicht sein, besondere Einkommensverteilungsaspekte für Rentner zusätzlich zu den ohnehin schon vorhandenen Einkommensverteilungsaufgaben zu übernehmen.

5.3 Problem: medizinischer Fortschritt

Im Prinzip die gleichen Überlegungen gelten für die Finanzierung des medizinischen Fortschritts, sofern er insbesondere älteren Versicherten zugute kommt. Eine Diskussion

darüber kann nicht verfehlt sein, ob Nutzer des medizinischen Fortschritts nicht auch in angemessener Form an der Finanzierung beteiligt werden müssen.

5.4 Problem: Belastung der Lohnnebenkosten

Eine Entlastung der Lohnnebenkostendynamik ist auch über eine Festschreibung des Arbeitgeberzuschusses erreichbar. Auch eine Auszahlung ist im bestehenden System denkbar.

Im Unterschied zum Pauschalprämiensystem wird sogar die Gefahr vermieden, dass die Arbeitgeber mit zusätzlichen Steuern für die Transferfinanzierung belastet werden.

5.5 Problem: Verteilungsgerechtigkeit

Die Ungleichbehandlung von doppelt verdienenden Ehepaaren zu Einverdienererehepaaren lässt sich durch die Anwendung eines Splittingverfahrens lösen.

Auch familienpolitisch ist zu überlegen, von nicht erwerbstätigen Ehegatten, die weder Kinder noch Pflegebedürftige versorgen, einen eigenen Beitrag zu verlangen.

Auch die Umstellung des Einkommensbegriffs auf die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist, wie die Behandlung freiwillig Versicherter zeigt, möglich.

Hinsichtlich der systemischen Verteilungsgerechtigkeit muss ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen GKV und PKV bestehen. Dies wird heute durch die Überzahlungen im Wege eines indirekten Finanzausgleichs geleistet. Die verschiedentlich geforderte Alternative einer Zahlung in den Risikostrukturausgleich ist zumindest diskutierbar. Klar sollte nur sein, dass Verhältnis ist zum einen gestaltbar und zum anderen hat die PKV durch die Anwendung des Kapitaldeckungsverfahrens einen festen Stellenwert, dessen Schwächung im Hinblick auf die genannten Ziele kontraproduktiv wäre.

5.6 Problem: Effizienz und Effektivität

Effizienz und Effektivität lösen sich nicht durch eine Neugestaltung des Finanzierungssystems. Hier handelt es sich um individuell zu lösende Aufgaben in den einzelnen Versorgungsbereichen.