

Jochen Pimpertz

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen
Vorgaben

Positionen

Beiträge zur Ordnungspolitik
aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Jochen Pimpertz

Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung

Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen
Vorgaben



DEUTSCHER
INSTITUTS-VERLAG

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-602-24125-5

Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln

© 2007 Deutscher Instituts-Verlag GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 84–88, 50968 Köln
Postfach 51 06 70, 50942 Köln
Telefon 0221 4981-452
Fax 0221 4981-445
div@iwkoeln.de
www.divkoeln.de

Druck: Hundt Druck GmbH, Köln

Inhalt

1	Einleitung: Ungelöster Zielkonflikt	4
2	Vorrangiges Problem auf der Ausgabenseite	6
2.1	Fehlende Aussagekraft der Ausgabenquote	6
2.2	Das Ausgabenproblem in der Pro-Kopf-Betrachtung	8
2.3	Probleme auf der Einnahmenseite?	9
2.4	Keine Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage	11
3	Ursachen des überproportionalen Ausgabenanstiegs	14
3.1	Steigender Wohlstand	14
3.2	Demografische Entwicklung	14
3.3	Medizinisch-technischer Fortschritt	17
3.4	Institutionelle Fehlanreize und Wettbewerbshemmnisse	19
4	Wettbewerb in der solidarischen Krankenversicherung	23
4.1	Vermeidung von Risikoselektion	23
4.2	Exkurs: Zur Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs	26
4.3	Sicherstellung der Versorgung	27
4.4	Wettbewerbliches Leitbild	29
4.5	Trade-off zwischen Effizienz und Umverteilung	31
4.6	Ambivalente Implikationen neuer Vertragsfreiheiten	33
4.7	Der Gesundheitsfonds – weniger statt mehr Wettbewerb	34
5	Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung	37
5.1	Allgemeine Versicherungspflicht	38
5.2	Alterungs- und Prämienrisiko	40
5.3	Durchschnittliche Altersrückstellungen	43
5.4	Kranken- und Lebensversicherungsvertrag	44
5.5	Individuell prospektive Altersrückstellungen	45
5.6	Der neue Basistarif	48
6	Drei Säulen der Gesundheitsreform	50
	Literatur	54
	Kurzdarstellung / Abstract	58
	Der Autor	59

Nach zähem Ringen hat die Große Koalition die Gesundheitsreform 2007 auf den Weg gebracht. Trotz ambitionierter Ziele – nachhaltige Finanzierung, Entlastung der Arbeitskosten, mehr Wettbewerb – stößt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz aber bereits vor seinem Inkrafttreten auf breite Ablehnung. Vor allem aus der ökonomischen Wissenschaft wurde noch während des Gesetzgebungsverfahrens kritisiert, dass mit der Einführung eines Gesundheitsfonds ab 2009 weder eine Entkoppelung der Finanzierung von den Arbeitskosten noch eine nachhaltige Vorsorge gegen die Folgen des demografischen Wandels gelingt. Nicht zuletzt deshalb kommen die „Fünf Weisen“ in ihrem Gutachten 2006/2007 zu dem vernichtenden Urteil einer ordnungspolitischen „Missgeburt“ (SVR, 2006, Ziff. 279 ff.). Damit droht dem deutschen Gesundheitssystem ein weiteres Kapitel in seiner schier endlosen Reformgeschichte.

Bereits die letzte „Gesundheitsreform“, das GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2003, konnte wie ihre zahlreichen Vorgänger die strukturellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht lösen. Weder die Kostendämpfungsmaßnahmen und Leistungskürzungen noch die Einführung moderater, die Nachfrage steuernder Elemente – etwa in Form der Praxisgebühr – waren von nachhaltigem Erfolg gekrönt. Zwar sind die jahresdurchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen pro Kopf in 2004, dem ersten Jahr der Reform, von 1.993 auf 1.866 Euro gesunken. Aber bereits im Jahr 2005 erreichten sie mit 1.913 Euro fast wieder das Ausgangsniveau (BMG, 2006a). Der langfristige Trend überproportional steigender Ausgaben setzte sich auch in 2006 fort. Die Wachstumsrate der durchschnittlichen Leistungsausgaben übertraf mit 2,6 Prozent den Anstieg der Beitragseinnahmen je Mitglied um mehr als 2 Prozentpunkte (BMG, 2007a).

Trotz der offensichtlichen Probleme auf der Leistungs- und Ausgabenseite wurde die Diskussion aber in den letzten Jahren von dem Streit um die Finanzierungsreform dominiert. Auslöser sind die Arbeitskostenproblematik – aufgrund der Aufteilung des Beitrags in einen Arbeitgeber- und einen Arbeitnehmeranteil und ausgelöst durch höhere Arbeitskosten infolge steigender Beitragssätze –, die mangelnde Treffsicherheit des Einkommensausgleichs sowie die Anreizproblematik, die sich bei den Versicherten infolge der lohnsteuerähnlichen Finanzierung ergibt (stellvertretend Pimpertz, 2002, 24 ff.). Mit dem Abschlussbericht der Rürup-Kommission aus dem Jahr 2003 (Rürup-Kommission, 2003, 143 ff.) und

den politischen Festlegungen der beiden Volksparteien auf die Finanzierungsalternativen der Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie wurde die politische und wissenschaftliche Debatte über alternative Finanzierungsformen zudem verkürzt.

Die Große Koalition konnte sich aber nicht einmal auf die ökonomisch und sozialpolitisch überlegene Prämienfinanzierung einigen. Mit der für 2009 geplanten Einführung eines weitgehend beitragsfinanzierten Gesundheitsfonds wird an der lohnbezogenen Finanzierung des Status quo festgehalten. Damit rückt die Schöpfung zusätzlicher Einnahmen für die gesetzlichen Krankenkassen in den Vordergrund, statt die Finanzierungsmodalitäten ökonomisch sinnvoll zu reformieren. Gänzlich in den Hintergrund tritt dabei die Frage nach möglichen Vorkehrungen gegen die Folgen des demografischen Wandels. Statt die Einführung einer zumindest ergänzenden Kapitaldeckung im gesetzlichen System zu diskutieren, wird über Möglichkeiten gestritten, privat Versicherte in die Aufgaben der Sozialversicherung einzubinden – mit der fatalen Folge, dass das kapitalgedeckte und damit gegenüber demografischen Einflüssen unabhängigeres Versicherungsmodell an Attraktivität verliert.

So wird in der politischen Rhetorik versucht, die Beitragszahler mit Hinweis auf den medizinisch-technischen Fortschritt und den demografischen Wandel auf weiter steigende Lasten einzustimmen. Dies kommt jedoch einer politischen Kapitulation gleich, denn eine Modifikation der Beitragsfinanzierung kann nur begrenzt zur Lösung der Ausgabenprobleme beitragen. Schlimmer noch: Die Namensgebung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes suggeriert, dass das Ausgabenproblem zukünftig über mehr Wettbewerb diszipliniert werde. Doch während auf dynamischen und effizient gesteuerten Märkten Differenzierungen der Versicherungsangebote und -preise zu erwarten sind, droht der Gesundheitsfonds mit einheitlichem Beitragssatz potenzielle Preisunterschiede einzuebnen. Damit wird jedoch das Bemühen um einen effizienzsteigernden Wettbewerb konterkariert.

Das grundlegende Dilemma zieht sich wie ein roter Faden durch die Reformdiskussionen der vergangenen Dekaden: Wie lassen sich sozialpolitische Vorgaben mit der Notwendigkeit verbinden, auch im Gesundheitswesen effizient mit knappen Ressourcen zu wirtschaften? Während das Effizienzziel aus ökonomischer Perspektive am ehesten erreicht werden kann, wenn die betreffenden Leistungs- und Versicherungsmärkte wettbewerblich organisiert und über knappheitsgerechte Preise gesteuert werden, erfordert insbesondere die Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung weitreichende Eingriffe des Staates. Im Status quo wird hoheitliche Zwangsausübung nicht nur