

Risiko sucht Ausgleich

Zum Wesen der (Kranken-)Versicherung

Jürgen Graalmann

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland folgt einer einfachen Regel, nämlich dem des Ausgleichs von Risiken in einer großen Gemeinschaft: Es stehen die Gesunden für die Kranken, die Jungen für die Alten, der Gutverdiener für den Geringverdiener und der Single für die Familie ein. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat die Möglichkeit, Verhandlungen um Preis, Menge und Qualität zu führen. Die private Krankenversicherung (PKV) gleicht die Risiken durch risikoadäquate Prämien aus, differenziert nach Alter, Geschlecht und Morbidität (Abb. 1). Beide Versicherungssysteme müssen ihren jeweiligen Aufgaben gerecht werden.

Aufgaben einer Krankenversicherung		GKV	PKV
AUSGLEICH ZWISCHEN...			
GESUND	KRANK	✓	✓
JUNG	ALT	✓	⊖
GUTVERDIENER	GERINGVERDIENER	✓	⊖
SINGLE	FAMILIE	✓	⊖
VERHANDLUNG VON...			
PREIS		✓	⊖
MENGE		✓	⊖
QUALITÄT		✓	⊖

Abb. 1

Der Interessenausgleich zwischen gesunden Beitragszahlern, welche zu günstigen Konditionen versichert sein wollen, und erkrankten Leistungsbeziehern, die das breite Leistungsspektrum in Anspruch nehmen wollen, wird zusehends zur Herausforderung.

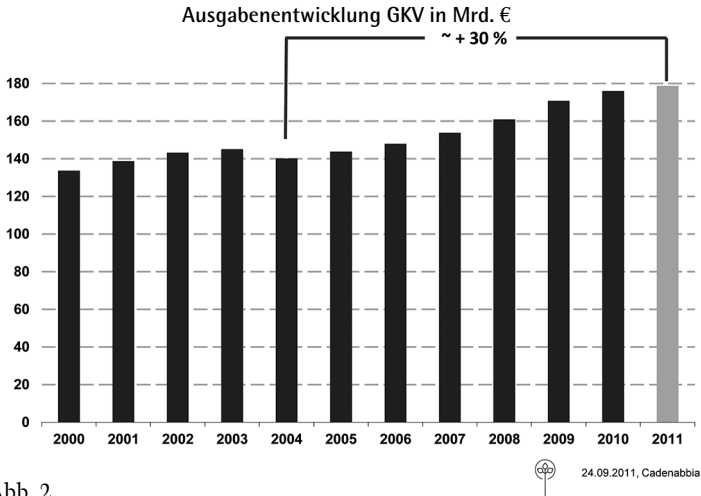


Abb. 2

Wie aus Abbildung 2 ersichtlich ist, steigen die Ausgaben in der GKV stetig an. Allein seit 2004 sind sie um fast 30 % gestiegen. Die Einnahmen sind in diesem Zeitraum nicht parallel dazu gestiegen. Durch Steuermittel wurden lediglich die versicherungsfremden Leistungen zum Teil ausgeglichen. Ansonsten stehen jährlich steigende Leistungsausgaben von rund 4 % einer Steigerung der Einnahmen, bedingt durch den wirtschaftlichen Aufschwung, von 2–2,5 % entgegen.

Wie bereits erwähnt, hat jeder unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand in Deutschland Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung. Seit Ende des 19. Jahrhunderts sorgen Versicherungen dafür, das Krankheitsrisiko finanzierbar zu halten. Ist diese vermeintliche Selbstverständlichkeit durch die demografische Ent-

wicklung, den medizinisch-technischen Fortschritt und durch – gemessen an der Einkommensentwicklung – überproportional steigende Gesundheitsausgaben gefährdet? Wie sind gesetzliche und private Krankenversicherung auf diese Herausforderungen vorbereitet?

Vor allem stellt sich die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit der Krankenversicherung. Für die GKV geht es darum, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und die strukturelle Einnahmenschwäche zu beseitigen. Dagegen müssen in der PKV ältere Versicherte vor sprunghaften Prämiensteigerungen und einer weiteren Erhöhung der Selbstbehalte bzw. einer erzwungenen Kürzung des Leistungsumfangs geschützt werden. Beitrags- und Prämiensteigerungen in der Krankenversicherung haben ihre Ursache im demografischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt, einer Über-, Unter- und Fehlversorgung der Versicherten sowie einer dem Wirtschaftswachstum hinterherlaufenden Einkommensentwicklung. Das gilt für die GKV wie für die PKV.

Wie muss also der Krankenversicherungsmarkt der Zukunft gestaltet werden, damit weiterhin alle Menschen eine umfassende medizinische Versorgung zu bezahlbaren Preisen erhalten? Zur Beantwortung dieser Frage muss man sich zunächst auch die Unterschiede zwischen GKV und PKV vergegenwärtigen. In der PKV wird die Prämie in Abhängigkeit vom gewählten Leistungsumfang und dem versicherten Risiko individuell erhoben. Menschen mit Vorerkrankungen oder ältere Versicherte zahlen Risikoaufschläge, der Vertrag kann bestimmte Leistungen ausschließen, oder die Versicherung nach den normalen Tarifen kann ganz verweigert werden. Die risikoäquivalente Kalkulation der PKV-Prämien berücksichtigt zudem Selbstbeteiligungen der Versicherten. Junge Versicherte entrichten höhere Prämien, von denen ein Teil in die Alterungsrückstellung fließt, die im Alter sukzessive aufgebraucht wird. Die Versicherer erhöhen die Prämien, wenn sie nicht reichen, um

die Ausgaben zu finanzieren. Die Versicherten können ihre Krankenversicherung später nur schwer wechseln: Sie verlieren einen Großteil ihrer Alterungsrückstellungen, oder es drohen Risikoaufschläge. Ihnen bleibt dann oft nur, steigende Prämien zu akzeptieren, Leistungen aus dem Vertrag auszuschließen oder Selbstbehalte zu erhöhen. Ein Wettbewerb um PKV-Bestandskunden findet also kaum statt, weil sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen keine echte Wahlfreiheit haben. PKV-Versicherte zahlen Arztbesuche und andere medizinische Leistungen zunächst selbst, und die Versicherung erstattet ihnen dann die Kosten. Die PKV hat im Gegensatz zur GKV keine direkten Vertragsbeziehungen zu Kliniken, Ärzten und anderen Therapeuten. Sie kann also Preis, Menge oder Qualität der Behandlung nicht selbst beeinflussen.

Die GKV ist grundsätzlich anders konzipiert. Sie erhebt den Beitrag nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten. GKV-Versicherte erhalten Gesundheitsleistungen nach medizinischem Bedarf im Umfang des gesetzlichen Leistungskatalogs. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt fest, welche Gesundheitsleistungen als medizinisch notwendig zu erachten sind und damit von den Krankenkassen übernommen werden dürfen. Dabei wird er vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wissenschaftlich unterstützt. GKV-Mitglieder beteiligen sich nach dem Solidarprinzip. In jungen Jahren zahlen GKV-Versicherte daher oft mehr, als sie an Leistungen in Anspruch nehmen. Im Alter ist es dagegen meist umgekehrt. Dadurch werden in der GKV – anders als in der PKV – keine individuellen Rückstellungen für das Alter benötigt. In der GKV besteht Kontrahierungszwang: Unabhängig vom Gesundheitsstatus muss jede gesetzliche Krankenkasse prinzipiell jeden Versicherten aufnehmen. Ein Kassenwechsel ist nahezu jederzeit möglich. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) simuliert in der GKV risiko-

äquivalente Prämien. Er soll dafür sorgen, dass der Beitrag einer Krankenkasse nicht von der Alterszusammensetzung und dem Gesundheitszustand ihrer Mitglieder abhängt, sondern allein von der Managementleistung. Da der Morbi-RSA mit prognostizierten Durchschnittskosten rechnet, fördert er das Leistungs- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen. Anreize zur Risikoselektion werden minimiert. Reichen die Einnahmen der GKV nicht aus, um die Gesundheitskosten zu decken, muss der Beitragssatz erhöht oder ein Zusatzbeitrag erhoben werden. Die Krankenkassen bündeln die Interessen ihrer Versicherten und vertreten deren Versorgungsanspruch in Verhandlungen mit Ärzten, Kliniken und anderen Leistungserbringern. Sie haben damit Einfluss auf Preis, Menge und Qualität der medizinischen Behandlung.

Welche Versicherungsform ist nun besser für die Zukunft gewappnet – GKV oder PKV? Die GKV mit ihrer solidarischen Finanzierung scheint grundsätzlich besser in der Lage zu sein, das Krankheitsrisiko unabhängig von Alter, Einkommen und Gesundheitszustand abzusichern. Die PKV nimmt Menschen mit bestimmten Erkrankungen erst gar nicht auf. Der Basistarif ist nur scheinbar eine Alternative, denn er ist nicht an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten orientiert. Die PKV darf ihn zum GKV-Höchstpreis anbieten und muss ihn bei Bedürftigkeit halbieren. Zudem liegt der Leistungsumfang des Basistarifs unter dem der GKV. Wichtiger ist jedoch die Frage der langfristigen Finanzierbarkeit der Krankenversicherung. In der Vergangenheit sind die Prämien in der PKV fast doppelt so schnell gestiegen wie die Beiträge in der GKV. Diese steigen im Einklang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Die demografische Entwicklung trifft die GKV nicht so stark, wie das häufig anhand des Altersquotienten dargestellt wird. Dieser setzt die Zahl der über 65-Jährigen ins Verhältnis zur Zahl der Erwerbstätigen. Der Altersquotient ist zur Bewertung der Finanzierbarkeit der Rentenversicherung

durchaus sinnvoll. Für die Kostenprognose der Krankenversicherung maßgeblich ist jedoch das Zahlenverhältnis von Versicherten mit gesundheitlicher Beeinträchtigung zu Versicherten ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Dank des medizinischen Fortschritts, der verbesserten Hygiene und des gestiegenen Lebensniveaus verbringen die Versicherten mehr Lebensjahre in Gesundheit. Das gilt sowohl für die GKV als auch für die PKV. Zahlreiche Experten kommen daher zu dem Ergebnis, dass die demografische Entwicklung auf der Ausgabenseite mit nur etwa 0,4 % Steigerung pro Jahr zu Buche schlagen wird – eine überschaubare Belastung. Da die PKV hingegen Preis, Menge und Qualität der Behandlung nicht beeinflussen kann, wachsen ihre Ausgaben, wenn der Anteil ihrer älteren und kranken Versicherten steigt. Der demografische Wandel belastet die PKV stärker als die GKV.

Eine Herausforderung für die GKV stellt jedoch die Entwicklung ihrer Finanzbasis dar. Die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Versicherten bleiben hinter der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung zurück. Die Gründe für die geringere Dynamik der Einnahmen sind vielfältig. Zum einen sind mehr Menschen im Niedriglohnsektor beschäftigt, also beispielsweise bei Leiharbeitsfirmen oder in 400-Euro-Jobs. Die Teilzeitbeschäftigung hat zugenommen, und die Bemessungsgrundlage der GKV-Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II ist unzureichend. Die Gründe für die Einnahmenschwäche liegen aber auch in der schwachen Rentenentwicklung und einer Verlagerung der gesamtwirtschaftlichen Verteilung weg von den Löhnen und Gehältern hin zum Vermögen. Soll die Finanzierung der GKV dauerhaft gewährleistet sein, sollte die Politik die Finanzbasis der Krankenkassen auf den Prüfstand stellen und „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Zweigen der Sozialversicherung zurückbauen.

Anders als in der GKV werden in der PKV die steigenden Gesundheitsausgaben im Alter durch Alterungsrückstellungen abgesichert. Dafür müssen Annahmen über die

künftige Schadensentwicklung getroffen und abgezinst bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden. Berechnungsgrundlage der Alterungsrückstellungen sind die derzeitige durchschnittliche Lebenserwartung und die aktuellen Kosten der Gesundheitsversorgung. Medizinischer Fortschritt, steigende Lebenserwartung und steigende Leistungsausgaben werden nicht ausreichend einkalkuliert. Die PKV hatte im Jahr 2010 für ihre rund neun Millionen Vollversicherten Rückstellungen von insgesamt 135 Mrd. Euro gebildet, pro Versichertem 15.000 Euro. Ab dem 65. Lebensjahr stehen danach aktuell 50 Euro pro Monat prämiensmindernd zur Verfügung. Nach Modellrechnungen müssten die Alterungsrückstellungen um mindestens 24 Mrd. Euro pro Jahr höher liegen, um das Versprechen der Prämienstabilität einzulösen. Das entspricht ungefähr dem gesamten Prämienaufkommen der privaten Krankenvollversicherung in einem Jahr.

So werden Prämiensteigerungen im Alter für PKV-Versicherte immer problematischer. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung hat Daten von 2006 vorgelegt, nach denen die PKV-Prämien doppelt so stark gestiegen sind wie die GKV-Beiträge. Seit Mitte der neunziger Jahre gab es mehrere Ansätze von Politik und PKV, dieser Herausforderung gerecht zu werden. So legte die „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter“ bereits 1996 ein Gutachten vor, in dem sie empfahl, mehr Zinsgewinne in die Alterungsrückstellungen fließen zu lassen und einen zehnprozentigen Aufschlag auf die Prämie zu erheben, um so die Prämiensteigerungen im Alter zu begrenzen. Der Gesetzgeber hat die Vorschläge später aufgegriffen. Trotz dieser Veränderungen berichten zahlreiche Medien und die Verbraucherzentralen verstärkt über Prämiensteigerungen für ältere PKV-Versicherte. Dazu mehren sich die Aussagen politischer Entscheidungsträger aller Parteien, die auch eine Änderung des PKV-Geschäftsmodells ins

Auge fassen. Die Probleme der PKV werden mittlerweile als sozialpolitische Frage gewertet. Sie müssen von der PKV selbst gelöst und dürfen nicht zulasten der GKV-Beitragszahler sozialisiert werden. Es darf nicht sein, dass Verhandlungserfolge, zum Beispiel bei den Erstattungspreisen für Medikamente, als *windfall profits* von der PKV einfach mitgenommen werden. Eine Reduzierung des GKV-Leistungsangebots zugunsten privater Zusatzversicherungen als Kompensationsgeschäft ist ebenfalls auszuschließen. Seit fast zehn Jahren gibt es in der GKV keine Leistungseinschränkungen mehr. Seitdem setzt die Politik vermehrt auf Wettbewerb auch auf der Vertragsseite, auf eine (Kosten-)Nutzen-Bewertung, evidenzbasierte Medizin und gesicherten Zugang zu Innovationen. Als AOK unterstützen wir angesichts der bestehenden Effizienzreserven diesen Weg der intelligenten Rationalisierung durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie durch bessere und relevantere Informationen für die Patienten. Die Reformen der letzten Jahre sind ein Beleg für die Anpassungsfähigkeit der GKV. Die Politik muss diesen evolutionären Ansatz konsequent weiterverfolgen. Dann kann die GKV weiterhin für alle medizinisch notwendigen Leistungen aufkommen.

Eine Konvergenz der Systeme ist kein Selbstzweck. Alle Verantwortlichen sollten sich fragen: Wie können wir den Krankenversicherungsmarkt so gestalten, dass er auch den Anspruch unserer Kinder und Enkel auf eine umfassende medizinische Versorgung zu bezahlbaren Preisen erfüllen kann? Wenn wir dieses Bild klarer vor Augen haben, dann sind wir in der Lage, schon heute die richtigen Entscheidungen zu treffen. Aus meiner Sicht sollte der Krankenversicherungsmarkt der Zukunft folgende Anforderungen erfüllen: Alle sollen unabhängig von Alter und Gesundheitszustand Anspruch auf eine Krankenversicherung haben und die Möglichkeit, ohne große Hürden in eine Krankenversicherung ihrer Wahl zu wechseln. Dafür bedarf es eines Wettbewerbs im Hinblick auf die Qualität und Effizienz der Versorgung

statt einer Risikoselektion. Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich ist dafür die grundlegende Voraussetzung. Evidenzbasierte (Kosten-)Nutzen-Bewertungen müssen konsequent ausgebaut werden, um allen Versicherten die Teilhabe am gesicherten medizinischen Fortschritt zu ermöglichen. Dabei dürfen überteuerte oder sogar gefährliche Verfahren nicht zur Erstattung durch die Krankenkassen zugelassen werden. Die Versicherten wünschen sich Leistungen aus einer Hand. Alle Krankenversicherungen, sowohl gesetzliche wie auch private, sollten daher die Möglichkeit erhalten, Voll- und Zusatzversicherungen anzubieten. Die Rechtsform spielt dabei nicht die zentrale Rolle. Vielmehr können den Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts schon heute deutlich mehr wettbewerbliche Spielräume eingeräumt werden, damit sie besser auf die Kundenpräferenzen eingehen und Effizienzpotenziale heben können. Angesichts der auch politisch initiierten Entwicklung hin zu einer Konvergenz der Systeme ist ein gemeinsamer, wettbewerblich orientierter Markt mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen die logische Konsequenz.

Wettbewerb und Gesundheitswirtschaft – Die Perspektive der GKV

Christoph Straub

1. Wachsendes Angebot, mehr Möglichkeiten, höhere Bedürfnisse

„Das Problem der modernen Medizin sind in erster Linie ihre Möglichkeiten. [...] Der Bedarf an Ressourcen ist auf diesem Feld nach oben unbegrenzt“, so äußerte sich der Vorstandsvorsitzende der Charité in einem FAZ-Interview vom 11. Januar 2009. Und in der Tat stellen das wachsende Angebot an Gesundheitsdienstleistungen sowie die höheren Bedürfnisse der Versicherten, die in dieser schnelllebigen Zeit ein stärkeres und kritisches Konsumentenbewusstsein aufweisen als in der Vergangenheit, eine Herausforderung für die Krankenkassen dar.

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) als solidarisches Versicherungssystem und als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge steht in dem Spannungsfeld, einerseits eine umfassende gesundheitliche Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (einschließlich des medizinischen Fortschritts) garantieren zu müssen (§ 2 SGB V) und andererseits nur über begrenzte finanzielle Ressourcen zu verfügen.

Dieses Leistungsversprechen lässt sich nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erreichen. Demnach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Aber auch die Krankenkassen selbst sind von dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht ausgenommen. Auch sie müssen als Sachwalter von Zwangsbeiträgen wirt-